



รายงานการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการ
สนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันใน
ระบบทางเดินหายใจวัย 1 – 5 ปี

**The study of social support, resources and health care seeking behavior
in parents of children with acute respiratory infection age 1-5 years old.**

ได้รับทุนอุดหนุนจากการวิจัยจาก
กองทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รายงานการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการ
สนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันใน
ระบบทางเดินหายใจวัย 1 – 5 ปี

**The study of social support, resources and health care seeking behavior
in parents of children with acute respiratory infection age 1-5 years old.**

หัวหน้าโครงการ

นางภรณี อนุสนธิ

สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปีงบประมาณ 2555

ผลงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าโครงการวิจัยแต่เพียงผู้เดียว

กรกฎาคม 2558

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยความช่วยเหลือจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กและผู้ป่วยเด็กทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กในครั้งนี้ซึ่งเป็นการสะท้อนมุมมองต่อพฤติกรรมการดูแลต่อการเจ็บป่วยจนทำให้ปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษากระจ่างและชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา ที่ให้ความเอื้ออาทรตลอดจนอำนวยความสะดวกต่างๆตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้าย ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จทั้งที่ได้กล่าวถึงและมีได้กล่าวถึงทุกท่าน

ภรณี อนุสนธิ



บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ตลอดจนหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอายุ 1-5 ปี จำนวน 221 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล และตรวจหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรอัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร โดยมีค่าเฉลี่ย 3.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.344 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการประเมินมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.544 รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.34 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.419 ด้านทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 3.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.599 และด้านข้อมูล 3.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.429

2. กลุ่มของบุคคลที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนมากที่สุดขณะที่ผู้ดูแลมีเด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดถึงร้อยละ 52.94 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยละ 41.62 และจากกลุ่มเพื่อนร้อยละ 5.42

3. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและทดสอบความสัมพันธ์ตามอาการสำคัญ ได้แก่ อาการไข้ ไอ น้ำมูกไหล หายใจอึดอัด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.135, p=0.045$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r=0.284, p=0.000$) รองลงมา คือการสนับสนุนด้านการประเมินพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = 0.044, p = 0.520$) การสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = -0.011, p = 0.876$) และการสนับสนุนด้านข้อมูล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = 0.054, p = 0.423$)

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางสังคม ระบบทางเดินหายใจ ผู้ดูแล เด็ก

Abstract

This descriptive research aimed to 1) describe health care seeking behavior, resource and social support of caregivers of children with acute respiratory tract infection and 2) examine the relationship between social support and health care seeking behavior of them. Using purposive sampling, sample composed of 221 caregivers of children with acute respiratory tract infection age between 1 and 5 years old who visited MaharatNakhonRatchasima Hospital. The instruments used in this study were an interview questionnaire for social support and health care seeking behavior of caregivers which modified House's Social Support Concept and behavior scale for respiratory tract infection patient developed by researcher. Conbach's alpha reliability coefficient was 0.749. Data were analyzed by using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard derivation). Pearson's product moment correlation coefficient was used to examine the relationship between social support and health care seeking behavior.

Results were as follows:

1. Caregivers received all 4 dimensions of social support including; emotion, appraisal, information and resource. Average score was 3.28, Standard deviation (S.D.) was 0.344. When consider each dimension, it revealed that the highest score was appraisal support ($\bar{x}=3.26$, S.D. = 0.544) followed by; emotional support ($\bar{x}=3.34$, S.D. = 0.599), instrument support ($\bar{x}=3.29$, S.D.=0.599), and information support ($\bar{x}= 3.14$, S.D.=0.429), respectively.
2. Caregivers accepted social support from relatives (52.94%), health care professions(41.62%) and friends (5.42%), respectively.
3. The relationship between Family Social Support on caregiving and caregiver behavior including chief complaint correlation testing for instance, fever cough, nasal congestion and sternal retraction found that total social support related to caregiver behavior significantly at $p < 0.05$ ($r=0.135$, $p=0.045$). Determining each mode found that emotional support related to caregiver behavior significantly ($p < .05$) ($r=0.284$, $p=0.000$)

Keywords: Social Support, caregiver, acute respiratory tract infection

สารบัญ		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		ค
สารบัญ		ง
สารบัญตาราง		ฉ
บทที่ 1 บทนำ		
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา		1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย		3
3. ขอบเขตของการวิจัย		3
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4	
5. คำจำกัดความในการวิจัย		4
บทที่ 2 วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง		
1. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก		5
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม		27
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม		29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย		
1. ประชากร		31
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย		31
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล		31
4. การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย		32
5. การคำนวณขนาดตัวอย่าง		32
6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย		32
7. การหาคุณภาพของเครื่องมือ		33
8. กระบวนการเก็บข้อมูล		33
9. การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย		34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	
	1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	35
	2. การสนับสนุนทางสังคม	38
	3. แหล่งสนับสนุน	39
	4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม	39
	แหล่งสนับสนุน กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ	
	5. อภิปรายผล	40
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	1. สรุปผลการวิจัย	46
	2. ข้อเสนอแนะ	47
	เอกสารอ้างอิง	48
	ประวัติผู้วิจัย	53



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญที่ใช้ในการแยกโรค acutelaryngotracheobronchitis จาก acute epiglottitis	10
ตารางที่ 2 แสดงการใช้อาการและอาการแสดงในการประเมินความรุนแรง ของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น	11
ตารางที่ 3 แสดงเชื้อก่อโรคปอดบวมที่พบบ่อยในเด็กจำแนกตามกลุ่มอายุ ลักษณะทางคลินิกของ acute bronchitis ที่เกิดจากเชื้อกลุ่มที่ไม่ใช่ไวรัส	14 ตารางที่ 4 21
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	36
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 38 ตารางที่ 7 แหล่ง สนับสนุนของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน 39 ในระบบทางเดินหายใจ	38 ตารางที่ 7 39
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล	39

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำวิจัย

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Infection in Children : ARIC) เป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจซึ่งรวมถึงการติดเชื้อตั้งแต่จมูก หู คอ กล่องเสียง หลอดลมจนถึงปอด นับเป็นสาเหตุสำคัญของประเทศไทย ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา และเป็นสาเหตุการตายสำคัญในเด็ก ซึ่งจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว องค์การอนามัยโลกในปี 2543 สำรวจพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจประมาณปีละ 2 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนา และจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกปี 2568 จะมีเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอีกประมาณ 5 ล้านคน โดยร้อยละ 97 ของจำนวนเด็กอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ร้อยละ 70 พบว่า การเจ็บป่วยเนื่องจากระบบทางเดินหายใจมาจากการติดเชื้อไวรัส (สกุลยา คงสวัสดิ์, 2557). เพราะช่วงอายุหลัง 4-6 เดือนไปแล้ว ภูมิคุ้มกันโรคตั้งต้นที่ได้รับจากแม่เริ่มลดลง ถ้าได้รับเชื้อโรค อาการเจ็บป่วยก็เกิดขึ้นได้ บางครอบครัวที่มีเด็กอยู่ร่วมกันหลายคน หรือมีที่ที่อยู่ในวัยเรียน ก็มีโอกาสรับเชื้อได้

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจแบบเฉียบพลันเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญในเด็กและยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กทั่วโลก รวมทั้งยังเป็น โรคติดเชื้อที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จ.นครราชสีมา ซึ่งพบโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจติดเป็นลำดับแรกของการเกิดโรคที่หอผู้ป่วยเด็กเล็กอีกด้วย เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส Respiratory Syncytial Virus (RSV) มักจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจในเด็กทั่วประเทศยังมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้สูงและไม่มีแนวโน้มจะลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่าอาจเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคหรือปัญหาเรื้อรังของระบบหายใจตามมาที่พบได้บ่อย เช่น โรคหืด (Asthma) หรือภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม (Reactive airway disease) และ post infection cough เชื้อ RSV พบได้ในทุกภูมิภาค เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กเล็กทั่วไป มีการระบาดเป็นฤดูกาล ในแถบประเทศทางตะวันตกพบอุบัติการณ์ของโรคสูงในฤดูหนาว ในประเทศไทยพบเชื้อมากในปลายฤดูฝน โดยเฉพาะในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม การติดเชื้อ RSV เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคของระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบน และส่วนล่าง บางครั้งเป็นถึงปีละหลายครั้งและอาจมีความรุนแรงแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของไวรัส และภูมิคุ้มกันของเด็ด้วย หากได้รับการรักษาไม่ถูกวิธีอาจส่งผลให้เชื้อโรคสามารถขยายความรุนแรง เพราะโรคทางเดินหายใจมีโอกาสลุกลามไปถึงปอด ท้ายที่สุดอาจเป็น

โรคปอดบวม การรักษาที่จะยากตามไปด้วย นอกจากนี้ ยังสามารถติดเชื้อในกระแสเลือด ยิ่งทวีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจเมื่อเกิดขึ้นกับเด็ก ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลสุขภาพจะต้องปฏิบัติการแสวงหาการดูแลสุขภาพทั้งที่เป็นวิธีการและการใช้แหล่งบริการสุขภาพ เมื่อสอบถามถึงการช่วยเหลือที่ได้รับ ผู้ดูแลเข้าใจว่าการช่วยเหลือที่ได้รับนั้นเป็นสิ่งที่วัดได้ มองเห็นได้ เช่น การให้เงิน ให้อาหาร ให้ยืมพาหนะ การแนะนำวิธีการดูแลเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และเป็นเพื่อนพาไปปรับการรักษายังแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Klienman, A. (1980) กล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะของการรักษาหลายๆ วิธี ที่มีอยู่ 3 ส่วน คือ 1) ส่วนของประชาชน (The popular sector) เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดมีวิธีการและแหล่งรักษามากมาย นับตั้งแต่การดูแลตนเอง โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การงดอาหาร การนวด การใช้ยาสมุนไพร กระทั่งการใช้ยาปัจจุบัน 2) ส่วนของพื้นบ้าน (The folk sector) มีการรักษาที่ถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ ไม่ใช้ยาแผนปัจจุบัน เน้นการใช้ยาพื้นบ้าน เช่น น้ำผึ้ง ผลไม้ เห็ด วาน เป็นต้น หรือสังเกตจากการ การปรึกษาหารือ ตลอดจนทำพิธีกรรมทางศาสนา และ 3) ส่วนของวิชาชีพ (The professional sector) ที่มีการเรียนรู้จากองค์กร มีวิธีการและเทคโนโลยีที่พัฒนาแล้วนำมาใช้บำบัดโดยผู้ชำนาญการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ต่อมา แคปแลน (Caplan, 1974) และ เฮาส์ (House, 1981) ได้พยายามให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแนวคิดที่ชัดเจนและสะดวกต่อการวัด กล่าวว่า ระบบสนับสนุนจะดำเนินไปได้ต้องประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ห่วงใย รักผูกพัน การเห็นอกเห็นใจ (emotional support) 2) ด้านการช่วยด้านสิ่งของหรือการให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ (instrumental support) 3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) รวมถึงการชี้แนะให้คำปรึกษา 4) ด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือการรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ โดยจะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์ และมีกลไกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพขึ้น (Pender, N.J., 1987) การสนับสนุนทางสังคมนี้เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลที่จะได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ด้านการช่วยด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (House, J.J., 1981) จัดได้ว่าเป็นการสนับสนุนที่ผู้ดูแลได้รับจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จากการติดต่อสัมพันธ์นี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพขณะที่เด็กเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนำมาซึ่งการหายจากการเจ็บป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงได้ แต่อย่างไรก็ตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนแก่บุคคลนั้นไม่ได้คงอยู่กับที่ตลอดเวลา หากมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดชีวิตของบุคคล และจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์โดยเฉพาะบุคคลที่มีการติดต่อใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์มาก ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาและความต้องการของบุคคลในแต่ละสถานการณ์นั้นมีความแตกต่างกันไป

จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอาจเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุนหลายประการที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน (intertwined) ซึ่งอาจแปรผันไปตามบริบท วัฒนธรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาและทำความเข้าใจธรรมชาติของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถออกแบบงานวิจัยและใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

การปฏิรูประบบสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจําจัดรูปแบบระบบบริการ โดยกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้น ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนที่ประชาชนจะเข้าถึงบริการอย่างสะดวก บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนจะเป็นผู้ดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีเป็นกันเอง ไว้วางใจกันและกันเป็นส่วนหนึ่งของระบบในชุมชนนั้น อันจะนำไปสู่รูปธรรมของการสร้างสุขภาพ ซึ่งก่อผลดีทั้งในระดับตัวบุคคล ครอบครัว สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนยังเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการรักษาเบื้องต้นและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน เป็นสถานบริการด้านสุขภาพที่เอื้อประโยชน์ ในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยมารับบริการด้วยการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการรายงานผู้ป่วยจะช่วยให้การวางแผนและสามารถจัดการเตรียมรับมือกับภาวะการเจ็บป่วยต่างๆ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมและป้องกันโรคภัยต่อไป นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลดีต่อชุมชนและประเทศ ที่จะได้คนที่มีคุณภาพซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญของประเทศต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจนั้น จำเป็นต้องดำเนินการในสถานบริการของรัฐ ดังนั้นผู้วิจัย จึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5

2. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

3. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยตั้งแต่อายุ 1 - 5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ที่โรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา ตั้งแต่เดือนกันยายน 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2557

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับบุคลากรทางด้านการพยาบาล ในการนำผลการศึกษารับรู้ อากาและแบบแผนการดูแลของผู้ดูแล ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการให้ความรู้ที่ถูกต้อง
- 4.2 เป็นแนวทางพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กที่มีปัญหาติดเชื่อเฉียบพลันในระบบทางเดิน หายใจ และพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันควบคุมโรคในเด็กได้
- 4.3 นำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการบริหารมาตรฐานโรคติดเชื่อเฉียบพลันในระบบทางเดิน หายใจในเด็ก

5. คำจำกัดความในการวิจัย

- 5.1 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ขณะที่เด็กเจ็บป่วยอายุน้อยกว่า 5 ปี ป่วยเป็น โรคติดเชื่อเฉียบพลันทางเดินหายใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้
 - 5.1.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการเยี่ยมเยียน การถามข่าวคราว การ พุดคุย การให้กำลังใจ และรับฟังปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก
 - 5.1.2 การสนับสนุนทางด้านการประเมิน หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสะท้อนกลับการกระทำ การเห็นพ้อง และรับรองพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ
 - 5.1.3 การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการบริการโดยตรงเกี่ยวกับการดูแล รักษา การช่วยเหลือ การเสียสละเวลาอยู่เป็นเพื่อน และพาไปรับการรักษา การเงิน สิ่งของ หรือ อาหาร
 - 5.1.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง ผู้ดูแล ได้รับบริการโดยตรงเกี่ยวกับ การรักษา การช่วยเหลือ การเสียสละเวลาอยู่เป็นเพื่อน และพาไปรับการรักษา การใช้จ่ายพาหนะในการ เดินทาง การเงิน สิ่งของ หรืออาหาร
- 5.2 แหล่งสนับสนุน หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลมากที่สุด ขณะที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื่อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ
- 5.3 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำครั้งแรกของผู้ดูแลเพื่อบำบัดอาการ เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื่อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยวิธีการและการ ใช้แหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ โดยครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวคิดในการศึกษาดังนี้

1. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

1. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute respiratory tract infection in children : ARIC) หรือโรคกลุ่มอาการไข้หวัดและปอดอักเสบ หมายถึง การติดเชื้อตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงถุงลมปอดและมีอาการไม่เกิน 4 สัปดาห์ (WHO,1994) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้

1) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Acute Upper Respiratory Infection : AURD) หมายถึง โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจตั้งแต่ช่องจมูก คอ และหู โดยโรคที่พบบ่อยคือ โรคหวัด (common cold) คออักเสบ (pharyngitis) ช่องหูชั้นกลางอักเสบ (otitis media) และต่อมทอลซิลอักเสบ (tonsillitis)

2) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Acute Lower Respiratory Infection : ALRI) หมายถึง โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ การติดเชื้อของระบบหายใจตั้งแต่ส่วนบนของหลอดคอไปจนถึงถุงลมในปอด โดยโรคที่พบบ่อยคือหลอดลมอักเสบ (bronchitis) และปอดอักเสบ (Pneumonia)

1.1 อุบัติการณ์และสาเหตุ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Tract Infection in Children : ARIC) ซึ่งประกอบไปด้วยโรคหวัด คออักเสบ หูอักเสบ กล้องเสียงอักเสบ หลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นโรคที่พบบ่อยโดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กเล็กอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

เนื่องจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่พบอุบัติการณ์ของโรคในเด็ก โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูง รวมทั้งทำให้เกิดความรุนแรงจนทำให้เกิดความรุนแรงจนทำให้เด็กเสียชีวิต ได้แก่ โรคหวัดและปอดอักเสบ สำหรับปอดอักเสบอาจเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการเป็นหวัด ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคหวัดจึงเปรียบเสมือนการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็ก ดังนี้

โรคหวัด (acute rhinitis, acute nasopharyngitis, common cold)

เกิดจากการติดเชื้อไวรัสหลายชนิด ส่วนใหญ่เป็น rhinovirus และ coronavirus ในเด็กเล็กมักมีไข้ร่วมด้วย เด็กอายุ 3 เดือน – 3 ปี อาจมีไข้สูง อาการเริ่มด้วยคัดจมูก ระบายคอก หรือเจ็บคอเล็กน้อย มักมีจาม น้ำมูกใส มีไข้ต่ำ ๆ เกิดขึ้นใน 2-3 ชั่วโมง เด็กมักไม่สบาย เมื่ออาหาร ปวดเมื่อย อาการโอบปร่วมด้วยร้อยละ 60-80 1-3 วันต่อมา น้ำมูกจะเริ่มเป็น mucopurulent ซึ่งเป็นการดำเนินโรคปกติของหวัด เพราะมักจะมีการอักเสบของ sinus ร่วมด้วย (บางครั้งจึงใช้ชื่อ viral rhinosinusitis) อาการที่ไม่สบายนี้มักเป็นอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 31 มีไอ และร้อยละ 35 มีน้ำมูกต่อไปนาน 2 สัปดาห์

เด็กส่วนใหญ่เป็นหวัด 3-8 ครั้งต่อปีร้อยละ 10-15 เป็น 12 ครั้งต่อปี โดยเฉพาะเด็กที่เลี้ยงใน day care center มักเป็นหวัดบ่อยมากกว่าเด็กอื่น

การรักษา

โรคหวัดเป็นโรคที่หายได้เอง ควรให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น ได้แก่

1. การดูแลทั่วไป ได้แก่ การกินอาหารตามปกติ ไม่ลดอาหาร ไม่ควรบังคับให้เด็กกิน เพราะจะทำให้เด็กอาเจียนได้

2. รักษาตามอาการ

2.1 ในรายที่ไข้สูงกว่า 38.0 เซลเซียสทางรักแร้ ควรให้ยาลดไข้ paracetamol 10 มก./กก./ครั้ง เป็นครั้งคราว ทุก 4-6 ชั่วโมง แต่ในเด็กเล็กต่ำกว่า 3 เดือน ซึ่งมีไข้สูง จะต้องตรวจหาสาเหตุอื่นของไข้เสมอ เช่น การติดเชื้อของระบบประสาท การติดเชื้อในหูส่วนกลาง การติดเชื้อของระบบปัสสาวะ เป็นต้น

2.2 บรรเทาอาการคัดจมูกและลดน้ำมูก ในเด็กเล็กที่มีน้ำมูกมาก แนะนำให้ผู้ปกครองช่วยดูดออก หรือใช้ไม้พันสำลี หรือผ้านุ่มที่ม้วนปลายแหลมสอดเข้าไปซับน้ำมูก หรือดูดออกโดยใช้ลูกยางแดง ในเด็กโตสอนให้สั่งน้ำมูกเอง

- ถ้าเด็กคัดจมูกหรือมีน้ำมูกข้นเหนียวแห้งกรังในจมูกจนหายใจลำบากให้หยอดด้วย 0.9% NSS ข้างละ 1-2 หยด หรือใช้ไม้พันสำลี หรือผ้านุ่มที่ม้วนปลายแหลมชุบน้ำอุ่น หรือน้ำเกลือสอดเข้าจมูก เพื่อให้ น้ำมูกเปียกและอ่อนตัว เอาออกได้ง่ายขึ้น เด็กจะหายใจโล่งขึ้น

- ยากลุ่ม decongestant ได้ผลในผู้ใหญ่ สามารถลดอาการบวมของ nasal mucosa และลด nasal discharge มี 2 ชนิด ได้แก่

ก. Oral decongestant เช่น pseudoephedrine ให้ขนาด 1 มก./กก./ครั้งวันละ 3-4 ครั้ง จะช่วยลดอาการคัดจมูกได้บ้าง แต่ต้องระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ confusion, hallucination, aggression, hypertension และ dystonia จึงไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กเล็กโดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 1 ปี

ข. Topical decongestant เช่น 0.25% ephedrine จะช่วยลดอาการคัดจมูกได้ แต่ต้องใช้ให้ถูกวิธี และไม่นานเกิน 3-5 วัน เนื่องจากถ้าใช้นานเกินไปอาจเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ rhinitis medicamentosa, rebound congestion และ rhinorrhea มากขึ้น ถ้าเกิด rebound congestion ในทารกซึ่งหายใจทาง

ปากไม่ได้ อาจทำให้หายใจไม่ออก เป็น obstructive apnea ได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดผลข้างเคียงจาก systemic absorption ได้ จึงไม่ควรใช้ในเด็กเล็ก โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 1 ปี

- ยากลุ่ม antihistamine ไม่แนะนำให้ใช้บรรเทาอาการหวัดในเด็กทั่วไป เพราะไม่มีหลักฐานว่าได้ผล และยังมีผลข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ซึม ชัก เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะได้ผลเฉพาะในรายที่เป็น allergic rhinitis metholated balms ไม่แนะนำให้ใช้

2.3 การบรรเทาอาการไอ oral hydration เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการบรรเทาอาการไอ ควรดื่มน้ำมาก ๆ เพราะจะทำให้เสมหะเหลวและถูกขับออกได้

- soothing remedies ยากลุ่มนี้อาจลดอาการไอที่เกิดร่วมกับคอแห้ง อาจใช้น้ำอุ่นผสมกับน้ำผึ้ง น้ำมะนาว ให้ดื่มบ่อย ๆ ทำให้ชุ่มคอ และเสมหะหลุดออกมาได้ง่าย
- ยาขับเสมหะ (expectorant) ที่มีการศึกษาว่าได้ผล และ WHO แนะนำให้ใช้ได้แก่ guaifenesin หรือ glyceryl guaiacolate แต่ต้องระวังผลข้างเคียงจากการให้ขนาดสูงเกินไป ซึ่งจะ ทำให้คลื่นไส้ อาเจียนได้ ส่วนชนิดอื่น ๆ เช่น ammonium chlorate, terpine hydrate, syrup ipecac ไม่มีการพิสูจน์ว่าได้ผล
- ยาละลายเสมหะ (mucolytic drug) ไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่ามีประโยชน์ในโรคหวัด
- ยากดการไอ (cough suppressant) เช่น codiene, dextromethorphan จะทำให้เด็กไอไม่ออก มีเสมหะค้างและอุดตันหลอดลม ไม่ควรใช้ในเด็ก

3. การรักษาจำเพาะ (specific treatment) ยาปฏิชีวนะ ไม่ควรใช้ในการรักษาโรคหวัด หรือป้องกันโรคแทรกซ้อนจากหวัด จากการศึกษามากมายพบว่า นอกจากจะไม่จำเป็นแล้ว ยังมีอันตรายทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเชื้อที่ดื้อยา

4. การให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง เป็นสิ่งสำคัญมากในการรักษาหวัดในผู้ป่วยเด็ก ควรแนะนำให้ผู้ปกครองทราบถึงการดำเนินโรค การดูแลรักษาทั่วไป และลักษณะอาการต่าง ๆ ซึ่งบ่งว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อน และควรรีบปรึกษาแพทย์ถ้าเด็กมีอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการหายใจเร็วหรือหอบ หายใจลำบาก ไม่ดื่มนมและน้ำซึ่ม หรือดูป่วยมากขึ้น

คออักเสบ (acute pharyngitis, tonsillitis, pharyngotonsillitis)

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส แต่แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุสำคัญและจำเป็นต้องวินิจฉัยให้ได้ คือ beta-hemolytic streptococcus group A เพราะจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนระยะยาวได้ เช่น acute rheumatic fever, acute glomerulonephritis เป็นต้น

Streptococcal sorethroat มักพบในเด็กอายุมากกว่า 3 ปี มีอาการเจ็บคอมาก มีฝ้าขาวหรือจุดหนองที่ tonsils และ pharynx ต่อม tonsils แดงจัด บางรายอาจมีต่อมน้ำเหลืองที่คออักเสบ (cervical lymphadenitis) มีจุดเลือดออกที่เพดานปากบริเวณ soft palate ไข้สูง ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคคอติบ การติดเชื้อ adenovirus, infectious mononucleosis ถ้าผู้ป่วยมีอาการน้ำมูกไหล ไอ เสียงแหบ หรือเยื่อตาอักเสบ มักไม่คิดถึง streptococcal sorethroat เนื่องจากอาการดังกล่าวมักพบในคออักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัสมากกว่า

การรักษา

1. การรักษาจำเพาะ (specific treatment)

ในรายที่อาการเข้าได้กับ streptococcal sorethroat ให้รักษาด้วย penicillin V 50,000 – 100,000 ยูนิต/กก./วัน หรือ amoxycillin 30 – 50 มก./กก./วัน รับประทานนาน 10 วัน ถ้าแพ้ penicillin ให้ erythromycin 30 – 50 มก./กก./วัน นาน 10 – 14 วัน

2. การรักษาตามอาการ

- ให้ยาลดไข้

- Soothing remedies อาจใช้น้ำอุ่นผสมน้ำผึ้งและมะนาว ห้ามใช้ยาอมต่าง ๆ ในเด็กโดยเฉพาะยาที่มียาชาผสม ได้แก่ lozenges, ยาพ่นคอ, xylocaine gel หรือ น้ำยา gargle ซึ่งมักจะมี antiseptic ผสมอยู่ด้วย ไม่มีประโยชน์ในการทำลายเชื้อไวรัส หรือแบคทีเรีย หรือลดอาการเจ็บคอ ไม่ควรใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพราะเสี่ยงต่อการสำลัก และเด็กเล็กไม่สามารถกลืนคอได้ จะเป็นอันตรายถ้ากลืนยาพวกนี้ ถ้าให้ขนาดมากจะอาเจียน หรือมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด จึงไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กเล็ก

Acute otitis media

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* เป็นต้น ส่วนน้อยเกิดจาก virus, *Mycoplasma pneumoniae* หรือ *Chlamydia pneumoniae* เด็กมักมีไข้ ปวดหู หูอื้อ ในเด็กเล็กอาจดึงหู ร้องกวน หงุดหงิด บางรายอาจมีหนองไหลจากหู ถ้าตรวจด้วย otoscope จะพบ tympanic membrane แดง โป่ง ออก หรือ tympanic membrane เป็นฝ้าขุ่น มีน้ำในช่องหูส่วนกลาง

การรักษา

1. การรักษาจำเพาะ (specific treatment)

ให้ยาปฏิชีวนะตามเชื้อที่พบได้บ่อย ได้แก่ amoxycillin, erythromycin, cotrimoxazole นาน 5 – 7 วัน ยกเว้นในกลุ่มผู้ป่วยเด็กต่อไปนี้ ต้องให้ยานาน 10-14 วัน ได้แก่

- เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี
- มีเยื่อแก้วหูทะลุ
- มี recurrent otitis media
- มี craniofacial abnormalities
- เป็น immunocompromised host

ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาการไม่ดีขึ้นใน 48 ชั่วโมง ให้พิจารณาเปลี่ยนยาเป็นยาในกลุ่ม 2nd generation cephalosporin, amoxycillin + clavulanic acid รายที่กินยาปฏิชีวนะครบ อาการทั่วไปดีขึ้นแล้ว แต่ยังคงตรวจพบ serous effusion ในช่องหูส่วนกลาง ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะต่อ serous otitis media นี้จะพบอยู่ได้นาน ส่วนใหญ่จะหายเองภายใน 3 เดือน พบว่าร้อยละ 70 จะยังมี effusion อยู่หลังรักษา 2 สัปดาห์ ร้อยละ 50 จะยังพบ

ได้ใน 1 เดือน และร้อยละ 20 จะยังพบได้หลังรักษา 2 เดือน แต่ถ้ายังพบ serous effusion อยู่หลังรักษา 3 เดือน ควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

2. การรักษาตามอาการ ในรายที่มีหนองออกจากช่องหู ให้ใช้ผ้าสะอาดชนิดดูดซับได้ดี หรือไม้พันสำลี พันเป็นแท่งให้ปลายแหลมสอดเข้าในรูหู ทิ้งไว้ 1 นาที จึงเอาออก ทำใหม่โดยใช้ผ้าชิ้นใหม่ วันละ 3 – 4 ครั้ง จนกว่าหนองจะแห้ง การให้ยาหยอดหู ยา decongestant และ antihistamine ชนิดรับประทาน ไม่มีรายงานว่า มีประโยชน์

ไซนัสอักเสบ Acute sinusitis

เป็นการอักเสบเฉียบพลันของโพรงอากาศรอบจมูก (paranasal sinuses) พบเป็น complication ของโรคหวัดได้ประมาณ 0.5 – 5% เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย ได้แก่ *S. pneumoniae*, *H. influenzae* และ *M. catarrhalis* ในเด็กมักมาด้วยอาการของหวัดเรื้อรังนานกว่า 10 วัน หรืออาจมาด้วยไข้สูง บวมที่หน้าหรือรอบกระบอกตา และปวดบริเวณไซนัส

การถ่ายภาพรังสี paranasal sinuses ควรทำเฉพาะในรายที่สงสัยว่าจะมีภาวะแทรกซ้อน หรือไม่แน่ใจในการวินิจฉัย บางครั้งการอ่านภาพรังสี paranasal sinuses ถ้าเห็นลักษณะพยาธิสภาพไม่ชัดเจน อาจพิจารณาทำ CT scan ของ paranasal sinuses เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคนี้

การรักษา bacterial sinusitis

1. ให้กินยาปฏิชีวนะ amoxicillin, erythromycin หรือ cotrimoxazole 10 – 14 วัน ในรายที่อาการไม่ดีขึ้น ใน 48 ชั่วโมง ควรพิจารณาเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นกลุ่ม 2nd generation cephalosporin, amoxicillin + clavulanic acid
2. รายที่อาการดีขึ้นช้ามาก อาจให้ยานานขึ้นเป็น 3 สัปดาห์
3. ในรายที่รักษาด้วยยาปฏิชีวนะไม่ดีขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

Acute epiglottitis การอักเสบของฝาปิดกล่องเสียงอย่างเฉียบพลัน

คือ การอักเสบและบวมของบริเวณ supraglottic ได้แก่ ส่วนของ epiglottis, aryepiglottic fold และ ventricular band ซึ่งอาจเป็นเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดก็ได้ มักพบในเด็กอายุ 2 - 6 ปี ในประเทศไทยพบโรคนี้น้อย

สาเหตุ

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Hemophilus influenzae* type B

อาการและอาการแสดง

เจ็บคอ กลืนลำบาก น้ำลายไหล ต่อมาไข้สูง หายใจดัง (stridor) และหายใจลำบากมาก ผู้ป่วยมักอยู่ในท่านั่งเอนตัวไปข้างหน้า เพื่อช่วยให้การหายใจดีขึ้น โรคมักลุกลามมากขึ้นอย่างรวดเร็วจนทำให้เกิดอาการของการอุดตันทางเดินหายใจส่วนต้นอย่างรุนแรงภายใน 24 ชั่วโมงได้ (ดูตารางที่ 1)

การวินิจฉัย

การส่องดูบริเวณคอจะพบว่า epiglottis บวมมาก และมีสีแดงจัด (cherry red epiglottis) แต่การตรวจคอ ควรตรวจด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวัง โดยเฉพาะการใช้ไม้กดลิ้นคอ เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลันได้ เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยไอ หรือขย้อน epiglottis ซึ่งบวมมากจะถูกดูดเข้าไปอุดตันอยู่ใน glottis พร้อมกับมีการสำลักเสมหะเข้าไปด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ

การรักษา

ควรพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอโดยผู้ชำนาญที่สุดเท่าที่จะหาได้ในห้องผ่าตัดซึ่งมีบุคลากรและเครื่องมือพร้อมที่จะเจาะคอในกรณีที่ไม่สามารถใส่ท่อหลอดลมคอได้ ควรให้ออกซิเจนที่มีความชื้น ให้สารน้ำทางหลอดเลือด และยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ได้แก่ ampicillin, amoxycillin หรือ chloramphenical ในกรณีที่เชื่อมีโอกาสคือต่อยา ampicillin ควรใช้ 2nd หรือ 3rd generation cephalosporins

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญที่ใช้ในการแยกโรค acute laryngotracheobronchitis จาก acute epiglottitis

ลักษณะอาการ	Laryngotracheobronchitis	Epiglottitis
อายุ	6 เดือน-3 ปี	2-6 ปี
Onset	Gradual	Rapid
Etiology	Viral	Bacterial
Swelling site	Subglottic	Supraglottic
Symptoms		
Cough – voice	Hoarse cough	No cough Muffled voice
Posture	Any position	Sitting
Mouth	Closed : nasal flaring	Open-chin forward, drooling
Fever	Absent to high	High
Appearance	Often not acutely ill	Anxious, acutely ill
X-ray	Narrow subglottic area	Swollen epiglottis and supraglottic structures
Palpation larynx	Non tender	Tender
Recurrence	May recur	Rarely recurs

Reference : Weber MW, Mulholland EK and Greenwood BM. (1998)

Acute laryngotracheobronchitis (viral croup)

คือการอักเสบเฉียบพลันบริเวณกล่องเสียง และหลอดลมใหญ่ พบบ่อยในเด็กอายุ 6 เดือน–3 ปี

สาเหตุ

เกิดจากเชื้อไวรัส ที่พบบ่อย ได้แก่ parainfluenza virus type 1, 2, 3 และ influenza virus A, B, respiratory syncytial virus และ measles

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมักมีอาการหวัดนำมาก่อน หลังจากนั้น 1-3 วัน การอักเสบจะลุกลามลงไปยังส่วนของกล่องเสียง และบริเวณ subglottic ทำให้เกิดการบวม และการอุดกั้นทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจเสียงดัง (stridor) เสียง stridor จะได้ยินชัดเจนเวลาหายใจเข้า ไอเสียงก้อง (barking cough) เสียงแหบแห้ง ความรุนแรงสามารถให้เป็นคะแนน croup score ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการใช้อาการและอาการแสดงในการประเมินความรุนแรงของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ส่วนต้น

อาการและอาการแสดง	คะแนน		
	0	1	2
ไอ	ไม่มี	ร้องเสียงแหบ	ไอเสียงก้อง (barking cough)
Stridor	ไม่มี	มีขณะหายใจเข้า	หายใจเข้า และหายใจออก
Chest retraction & nasal flaring	ไม่มี	มี nasal flaring & suprasternal retractions	เหมือน 1 ร่วมกับ subcostal & intercostal retractions
เขียว	ไม่มี	เขียวในอากาศธรรมดา	เขียวในออกซิเจน 40%
เสียงหายใจเข้า	ปกติ	Harsh with rhonchi	ซ่า และเข้ายาก

หมายเหตุ คะแนน < 4 = ทางเดินหายใจถูกอุดกั้นเล็กน้อย

คะแนน 4-7 = ทางเดินหายใจถูกอุดกั้นปานกลางถึงมาก

คะแนน > 7 = มีการอุดกั้นทางเดินหายใจรุนแรงมาก มักต้องใส่ท่อหลอดลมคอ

(จ 1ก Downes JJ. Acute upper airway obstruction. In : Annual refresher course lectures. A.S.A. annual meeting 1980 ; 535)

การรักษา

การรักษาตามอาการและ supportive care เป็นหัวใจสำคัญของการรักษา ในกรณีที่อาการไม่รุนแรง (croup score < 4) ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ควรให้การรักษาตามอาการ แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ อาจให้ยาแก้ไอขับเสมหะหรือยาขยายหลอดลม (ถ้ามีอาการเกร็งตัวของหลอดลมร่วมด้วย)

ในรายที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง (croup score 4-7) ควรต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ให้ออกซิเจนเมื่อจำเป็น ระบายผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถ้ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจมากให้ฉีด dexamethasone 0.6 มก./กก. เข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับการพ่น epinephrine (1 : 1000) 0.05 - 0.5 มล./กก. ขนาดสูงสุดสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี = 2.5 มล./ครั้ง ผสมใน NSS เป็น 3 มล. จะได้ผลในครึ่งชั่วโมง อาจให้ยาซ้ำได้ทุก 2 ชม. หรือถึกว่านั้นถ้าจำเป็น ถ้าการหายใจยังไม่ดีขึ้น (croup score > 7) หรืออาการรุนแรงมากขึ้นควรพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอหรือบางรายอาจต้องเจาะคอ สำหรับยาปฏิชีวนะไม่จำเป็นต้องใช้ในกรณีที่ เป็น viral croup

โรคหลอดลมอักเสบ

โรคหลอดลมอักเสบ (Acute bronchitis) เป็นการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนล่างตั้งแต่ distal trachea ลงไปจนถึง medium และ large-sized bronchi มักเกิดตามหลังการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้มีการอักเสบร่วมกับการทำลายของ ciliated epithelium ของหลอดลม (นวลจันทร์ ปรามพาล และคณะ, 2549; ประยงค์ เวชวิชนอง & วนพร อนันตเสรี, 2550)

สาเหตุและระบาดวิทยาของโรค

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น adenovirus, influenza virus, parainfluenza virus, respiratory syncytial virus และ measles อาจพบการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการเกิน 2 สัปดาห์หรือมีเสมหะคั่งค้างมาก เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza และ Moraxella catarrhalis (Knutson & Braun, 2002)

โรคหลอดลมอักเสบ อาจเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่เริ่มแรก เช่น เชื้อไอกรน (Bordetella pertussia) คอตีบ (Corynebacterium diphtheriae) ซึ่งมักพบในรายที่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้ไม่ครบตามกำหนด นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากเชื้ออื่นๆ เช่น Mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia (Tipaya et al., 2001) เป็นต้น

โรคนี้อพบได้ในทุกอายุและพบได้ตลอดทั้งปี ระบาดวิทยาของโรคขึ้นกับเชื้อที่เป็นสาเหตุซึ่งแปรเปลี่ยนตามอายุของผู้ป่วยและฤดูกาล โดย adenovirus, parainfluenza virus, respiratory syncytial virus มักพบในเด็กเล็ก ส่วน influenza virus มักพบในเด็กโต Mycoplasma pneumonia มักพบในเด็กวัยรุ่น (นวลจันทร์ ปรามพาล & จิตลัดดา ติโรจนวงศ์, 2551)

Acute Bronchiolitis (โรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน)

หลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) คือ โรคติดเชื้อที่ทำให้มีการอักเสบอย่างเฉียบพลันของหลอดลมฝอย (bronchioles) มักเกิดในเด็กเล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุระหว่าง 6 - 24 เดือน

สาเหตุ

ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ respiratory syncytial virus (RSV) รองลงมา ได้แก่ parainfluenza, adenovirus type 7, 3, 21, rhinovirus, influenza virus เป็นต้น จากการศึกษาในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจจำนวน 739 คน ในระหว่างปี พ.ศ.2529-2530 โดย สุกรี สุวรรณจุฑะ และคณะ พบว่าเด็ก 25 คนที่เป็นหลอดลมฝอยอักเสบสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสรวมด้วย 11 คน (ร้อยละ 44) เป็น RSV ร้อยละ 32, parainfluenza virus type 3 ร้อยละ 8, influenza virus type 6 ร้อยละ 4

อาการและอาการแสดง

มักเริ่มด้วยอาการน้ำมูกไหล มีไข้ต่ำ ๆ อาจมีอาการไอน้ำมาก่อน 2-3 วัน หลังจากนั้นจะเริ่มหายใจเร็ว หอบ และไอมาก การตรวจร่างกายพบว่าทรวงอกโป่ง เนื่องจากมีลมค้างค้างอยู่ในถุงลมปอด การเคาะปอดจะได้ยินเสียงโปร่ง เสียงหายใจเข้าค่อนกว่าปกติ (diminished vesicular breath sound) เสียงหายใจออกยาวกว่าปกติ และได้ยินเสียง wheezing ทั่ว ๆ ไป ในช่วงการหายใจเข้าอาจได้ยินเสียง fine crepitation ร่วมด้วยในบางครั้ง เพราะมีเสมหะที่เกิดจากการอักเสบค้างค้างอยู่ในหลอดลมฝอย

การวินิจฉัย

นอกจากประวัติการเจ็บป่วย และการตรวจร่างกายดังกล่าวข้างต้นแล้ว การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยวินิจฉัยโรค คือ การตรวจนับเม็ดเลือดขาว ซึ่งมักอยู่ในเกณฑ์ปกติ และอาจพบจำนวนของลิมโฟไซต์สูงขึ้น ในกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อนจะพบจำนวนนิวโทรฟิลสูง การแยกเชื้อไวรัสโดย fluorescence antibody technique และการเจาะเลือดตรวจหาไตเตอร์ของแอนติบอดีในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นตัว อาจช่วยบอกชนิดของไวรัสที่เป็นสาเหตุได้ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก มักพบ generalized hyperinflation ของปอดทั้งสองข้าง และอาจพบว่าปอดบางส่วนแฟบ ถ้าพบว่ามี interstitial หรือ alveolar infiltration บ่งถึงว่าน่าจะมีปอดบวมร่วมด้วย

ให้พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อพบสิ่งต่อไปนี้

Respiratory rate มากกว่า 60 ครั้งต่อนาที และพบ retraction ของ chest wall ขณะพัก หรือในกรณีที่สามารถ monitor oxygen saturation ได้ พบว่า oxygen saturation ต่ำกว่า 94% หลังจากให้ oxygen ที่มีความเข้มข้น 35-40% ผ่านทาง mask หรือ hood

Apnea อายุต่ำกว่า 2 เดือน หรือมีประวัติ prematurity มี underlying cardiopulmonary disease หรือมี immunosuppression หรือ immunodeficiency

การรักษา

การรักษาทั่วไป (general supportive care) ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษา ได้แก่

- แยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยอื่นๆ เนื่องจาก RSV ติดต่อดี้ง่ายมาก ผู้ดูแลต้องล้างมือบ่อยๆ จัดให้อยู่ในท่าที่สบายที่สุด เช่น ให้บิดามารดาอุ้ม หรือจัดให้อยู่ในท่านั่งหรือนอนที่สบาย
- ให้ humidified oxygen ถ้าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของ hypoxemia หรือ monitor ด้วยเครื่อง

pulse - oximeter ได้ค่า oxygen saturation ต่ำกว่า 94%

- ดูแล hydration ให้เพียงพอ ได้แก่ การดื่มนม-น้ำ และ monitor ภาวะ hydration จากปริมาณปัสสาวะ การมีไข้และหายใจเร็วจะทำให้เสียน้ำได้ถ้าหอบมากต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

- ถ้าพบ expiratory wheezes มากและดิ่ง อาจเกิดจาก bronchospasm ให้ beta-2 agonists ตามวิธีและขนาดที่ใช้ใน asthma แต่ถ้าไม่ตอบสนอง ประกอบกับ clinical signs บ่งถึง generalized air trapping น่าจะเกิดจาก debris และ edema ในห้วงขยายหลอดลมและทดลองให้พ่น epinephrine (1 : 1000)

- ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ให้พิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลพิสูจน์ว่าได้ผลดีในการรักษา
- พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเฉพาะในกรณีที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย

Pneumonia (โรคปอดบวม)

ปอดบวม เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบด้วย terminal และ respiratory bronchiole กับ alveoli พบในเด็กบ่อยกว่าผู้ใหญ่ เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ นับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

สาเหตุ

เชื้อที่ทำให้เกิดโรคปอดบวม อาจเกิดได้ทั้งจาก ไวรัส, แบคทีเรีย ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงเชื้อก่อโรคปอดบวมที่พบบ่อยในเด็กจำแนกตามกลุ่มอายุ

เชื้อก่อโรค	<3 เดือน	3 เดือน – 5 ปี	>5 ปี
Streptococcus pneumoniae	+++	+++	+++
Viruses	+++	+++	++
Enteric bacilli	+++	+	+
Group B streptococci	+++	-	-
Chlamydia trachomatis	+++	+	±
Staphylococcus aureus	++	+	+
Haemophilus influenzae	+	+++	+
Group A streptococci	-	+	+
Mycoplasma pneumoniae	±	++	+++
Chlamydia pneumoniae	-	+	++

+++ very frequent ; ++ moderately frequent ; + rare ; ± very rare ; - absent

Ref: Pechère. Community-acquired pneumonia in children. Cambridge Medical Publication 1995: 30

จากการรวบรวมผลการศึกษา 13 แห่ง โดยองค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2513 - 2523 พบว่าสาเหตุของโรคปอดบวมในเด็กที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน โดยวิธีเพาะเชื้อจาก lung aspirates และ blood culture เกิดจากเชื้อแบคทีเรียร้อยละ 54.6 แบคทีเรียที่แยกได้จาก lung aspirates เป็นเชื้อ S. pneumoniae ร้อยละ 45.5 มากที่สุด รองลงไปคือ H. influenzae และ S. aureus ร้อยละ 28.4 และ 9.4 ตามลำดับ

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่ทำให้นึกถึงโรคปอดบวมได้แก่

1. ไข้ ไอ
2. อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ
 - อายุ < 2 เดือน อัตราการหายใจตั้งแต่ 60 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป
 - อายุ 2 เดือน - 12 เดือน อัตราการหายใจตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป
 - อายุ 1-5 ปี อัตราการหายใจตั้งแต่ 40 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป
3. มีอาการหายใจลำบาก มี chest wall retraction, flaring ala nasi ในขณะที่หายใจเข้า ถ้าเป็นมากอาจเห็นมีริมฝีปากเขียว
4. ฟังเสียงปอดมักจะได้ยินเสียง fine หรือ medium crepitation อาจได้ยินเสียง sonorous rhonchi ร่วมด้วย หรืออาจได้ยินเสียง bronchial breath sound ในกรณีที่เนื้อปอดมีพยาธิสภาพแบบ consolidation
5. ท้องอืด เกิดเนื่องจากมีอาการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณส่วนล่างที่ติดกับกระบังลม
6. ในเด็กเล็กอาจแสดงอาการอื่นที่ไม่จำเพาะ ซึ่งเป็นอาการของการติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่ อุคมนมน้อยลง ซึม หรือหยุดหายใจเป็นพักๆ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ การตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย

1. การตรวจนับเม็ดเลือดขาว ควรทำทุกราย แม้จะไม่สามารถใช้แยกสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้ชัดเจน ในกรณีที่พบเม็ดเลือดขาวสูงมาก (> 15,000/ลบ.มม.) มีลักษณะ shift to the left และมี toxic granules ในนิวโทรฟิล จะช่วยสนับสนุนการติดเชื้อแบคทีเรีย
2. ภาพรังสีทรวงอก ช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคปอดบวมในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน ในรายที่มั่นใจในการวินิจฉัยแล้วไม่มีความจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอก นอกจากต้องการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดบวมหรือไม่ นอกจากนี้อาจใช้เป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่น ภาพรังสีที่เป็นลักษณะ parahilar peribronchial (interstitial) infiltration ช่วยสนับสนุนสาเหตุจากเชื้อไวรัส ลักษณะ lobar consolidation ในเด็กโตทำให้นึกถึงเชื้อ S. pneumoniae ถ้าพบ pneumatocele มักคิดถึงเชื้อ S. aureus ถ้ามี pleural effusion ทำให้นึกถึงเชื้อ S. aureus, S. pneumoniae, H. influenzae,

Mycoplasma เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาภาพรังสีในเด็กที่เป็นปอดบวม ยังไม่สามารถที่จะแยกความผิดปกติของการอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้อย่างชัดเจน

3. การย้อม sputum หรือ nasopharyngeal aspiration เป็นวิธีที่ sensitive แต่ไม่ specific ต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจเป็นแนวทางคร่าว ๆ ถึงเชื้อก่อโรค
4. การเพาะเชื้อแบคทีเรียจาก nasopharyngeal aspiration ไม่ช่วยในการวินิจฉัยเพราะพบ colonization ของเชื้อแบคทีเรียได้ในเด็กปกติ
5. Hemoculture ควรทำเฉพาะในรายที่สงสัยเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย หรือรายที่มีไข้สูง โอกาสพบเชื้อในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 20 แต่ถ้าพบเชื้อจะช่วยในการวินิจฉัยเชื้อที่เป็นสาเหตุ
6. การตรวจหา antigen ของไวรัส จาก nasopharyngeal aspirate จะช่วยในการวินิจฉัยโรคปอดบวมที่เกิดจากเชื้อไวรัสได้ เช่น respiratory syncytial virus, adenovirus, influenza virus แต่ทำได้เฉพาะในบางสถาบันเท่านั้น ส่วนการหา antigen ของแบคทีเรียในเลือด, nasopharynx และ pleural effusion ยังมีความแม่นยำน้อย
7. Pleural fluid gram stain และ culture กรณีที่มี pleural effusion ควรเจาะดูลักษณะของ effusion ย้อมและส่งเพาะเชื้อ จะช่วยในการหาเชื้อที่เป็นสาเหตุได้
8. Cold agglutinin และ mycoplasma titer ทำในรายที่สงสัยสาเหตุจากเชื้อ Mycoplasma Tuberculin test ในรายที่สงสัยเป็นวัณโรคปอด

การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดบวม

เพื่อให้การรักษาเป็นไปตามแนวทางที่ถูกต้อง ควรแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดบวมเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. โรคปอดบวมไม่รุนแรง สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีอัตราการหายใจเร็วตั้งแต่ 50 ครั้ง/นาทีขึ้นไป (เด็กอายุ 2 เดือน ถึง 1 ปี) และ 40 ครั้ง/นาทีขึ้นไป (เด็กอายุ 1 ปี ถึง 5 ปี)
2. โรคปอดบวมรุนแรง ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่
 - เด็กอายุ < 2 เดือน อัตราการหายใจตั้งแต่ 60 ครั้ง/นาทีขึ้นไป
 - ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มี chest wall retraction ที่บริเวณส่วนล่างของทรวงอก
3. โรคปอดบวมรุนแรงมาก ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยด่วน ได้แก่
 - มีอาการและอาการแสดงของ hypoxemia หอบ ชายโครงบวมเขียว หูดหายใจ เป็นต้น
 - ซึม ไม่สามารถดื่มน้ำหรือนมได้ มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว

การดูแลรักษา

การรักษาจำเพาะ (specific treatment)

1. ในรายที่เป็นปอดบวมจากเชื้อไวรัส ไม่มียารักษาที่จำเพาะ การให้ supportive care รวมทั้งการบำบัดรักษาทางระบบหายใจที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. ในกรณีที่สงสัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้ออื่น ๆ และยังไม่สามารถแยกเชื้อได้ชัดเจน พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะดังนี้

1. โรคปอดบวมไม่รุนแรง

เด็กอายุ 2 เดือน – 5 ปี

- ให้กิน amoxicillin 40-50 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 3 ครั้ง ถ้าแพ้ยาในกลุ่ม penicillin ให้กิน erythromycin 30-40 มก./กก./วัน เมื่อกินยา 2 วันแล้ว ควรให้กลับมาตรวจอีกครั้ง ถ้าอาการดีขึ้นให้กินยาจนครบ 5-7 วัน ถ้าไม่ดีขึ้นพิจารณาเปลี่ยนยาหรือรับไว้ในโรงพยาบาล และให้การักษาแบบปอดบวมรุนแรง

- ในกรณีที่เปลี่ยนยา ควรให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ H.influenzae และ S.pneumoniae ที่คือยา และ S.aureus ได้ดีขึ้น ได้แก่ cefuroxime axetil หรือ amoxicillin + clavulanic acid หรือ cefprozil หรือ cefaclor (ดูรายละเอียดในตารางที่ 5 และ 7)

- ในเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 6 เดือน และเป็นปอดบวมโดยไม่มีไข้ สงสัยว่าเป็นปอดบวมจากเชื้อ Chlamydia trachomatis ให้ erythromycin นาน 14 วัน

เด็กอายุ 5 – 15 ปี

- ให้กิน amoxicillin หรือ penicillin V นาน 5 - 7 วัน ถ้าสงสัยว่าเป็นปอดบวมจากเชื้อ Mycoplasma pneumoniae หรือ Chlamydia pneumoniae ให้ erythromycin นาน 14 วัน

2. โรคปอดบวมรุนแรงและรุนแรงมาก ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน

- เมื่อเป็นปอดบวมถือว่ารุนแรงทุกราย ให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด คือ penicillin หรือ ampicillin ร่วมกับ aminoglycoside หรือ 3rd generation cephalosporin เช่น cefotaxime หรือ ceftriaxone นาน 7-10 วัน

- ถ้ามีข้อสันนิษฐานว่าเกิดจากเชื้อกรัมลบ ควรให้ยาปฏิชีวนะนาน 14-21 วัน ถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าติดเชื้อ S.aureus ควรให้ cloxacillin ตั้งแต่เริ่มแรก และให้นาน 3 สัปดาห์

เด็กอายุ 2 เดือน – 5 ปี

- ให้ฉีด ampicillin IV ทุก 6 ชั่วโมง อย่างน้อย 3 วัน ถ้าดีขึ้นจึงเปลี่ยนเป็น amoxicillin กินจนครบ 7 วัน

- ในรายที่เป็นรุนแรงมาก หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ให้ฉีด ampicillin ร่วมกับ aminoglycoside หรือ

cephalosporin ที่ครอบคลุมเชื้อ H.influenzae ที่ดีเยี่ยม ได้แก่ cefuroxime หรือ cefotaxime หรือ amoxicillin + clavulanic acid ให้ยาทั้งหมดนาน 10-14 วัน

- ในรายที่มีอาการแสดงของ Staphylococcal pneumonia ชัดเจน ให้ฉีด cloxacillin ตั้งแต่เริ่มแรก เมื่ออาการดีขึ้น เปลี่ยนเป็นยากิน ให้นานทั้งหมดอย่างน้อย 3 สัปดาห์

เด็กอายุ 5 – 15 ปี

- ให้ penicillin G IV ทุก 6 ชั่วโมง จนไข้ลงอย่างน้อย 7 วัน แล้วเปลี่ยนเป็น penicillin V หรือ amoxicillin กินจนครบ 3 วัน ถ้าแพ้ยาในกลุ่ม penicillin ให้ยาในกลุ่ม erythromycin แทน

- ถ้าไม่ดีขึ้นหรือสงสัยว่าเกิดจากเชื้อ S.pneumoniae ที่ดีเยี่ยม ให้ penicillin ขนาด 200,000-300,000 ยูนิต/กก./วัน หรือ cefotaxime หรือ ceftriaxone

- ถ้ามีข้อมูลที่น่าสงสัยว่าเป็น staphylococcal pneumonia ให้เริ่มด้วย cloxacillin 100 - 150 มก./กก./วัน แล้วปรับเปลี่ยนยาตามผลเพาะเชื้อ ถ้าเป็นจากเชื้อ S.aureus ควรให้ยานานอย่างน้อย 3 สัปดาห์ ในกรณีที่มี empyema หรือ pleural effusion ให้เพิ่มขนาด cloxacillin เป็น 200-300 มก./กก./วัน

การรักษาทั่วไป (general supportive care) ได้แก่

1. ให้สารน้ำให้เพียงพอ แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ ในรายที่หอบมาก ท้องอืด กินอาหารไม่ได้ พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และงดอาหารทางปาก
2. ให้ออกซิเจน พิจารณาให้ในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว (อัตราการหายใจตั้งแต่ 70 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป) หอบชายโครงบวม กระวนกระวาย หรือซึม
3. ให้ยาขยายหลอดลมในรายที่ได้ยินเสียง wheeze หรือ rhonchi และมีการตอบสนองดีต่อขยายยาหลอดลม
4. พิจารณาให้ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะ ในกรณีที่ให้สารน้ำเต็มที่แล้วแต่เสมหะยังเหนียวอยู่
5. ทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) ได้แก่ การจัดทำระบายนเสมหะและเคาะปอดให้กับเด็กที่มีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอดและหลอดลมได้ดีขึ้น ในผู้ป่วยที่อาการหนักอาจให้เพียงการสั่นสะเทือนบริเวณทรวงอก (vibration) และช่วยดูดเสมหะก็จะช่วยระบายนเสมหะที่คั่งค้างในหลอดลมออกมาได้
6. การรักษาอื่น ๆ ตามอาการ ได้แก่ ยาลดไข้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวหรือหยุดหายใจพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจ

ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

นอกจากผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีอาการรุนแรง และรุนแรงมากแล้ว ยังมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่ใช้ในการพิจารณารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เช่น ในรายสงสัยว่าเชื้อก่อโรคเกิดจากเชื้อ S. aureus เพราะมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว และรุนแรง ตลอดจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย (pleural effusion, empyema, lung abscess) หรือในรายที่ให้การรักษาเบื้องต้นแล้วอาการทรุดลงหรือไม่ดีขึ้น หรือในรายที่ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือบ้านอยู่ไกล บิดามารดาไม่สามารถพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องได้

1.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยจากภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งแปลกปลอมที่ปนอยู่ในอากาศหายใจ คือ จุลชีพ สารก่อภูมิแพ้ และสารระคายเคือง

1. จุลชีพ คือ สิ่งมีชีวิตเล็กๆ ที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น จุลชีพที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคของทางเดินหายใจ ได้แก่ ไวรัส และแบคทีเรีย

1.1) ไวรัส หมายถึง สิ่งที่มีชีวิตขนาดเล็ก ที่มีการเพิ่มจำนวนภายในเซลล์สิ่งมีชีวิตโดยใช้สารประกอบต่างๆ ภายในเซลล์เพื่อสังเคราะห์ไวรัสตัวใหม่ขึ้นและสามารถถ่ายทอดไปสู่เซลล์อื่นๆ ได้ ไวรัสเป็นสาเหตุของโรคทางเดินหายใจที่พบบ่อย ได้แก่

- ไรโนไวรัส เป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุสำคัญของไข้หวัดซึ่งมีมากกว่า 100 ชนิด ในการเป็นหวัดแต่ละครั้งจะเกิดจากเชื้อคนละตัวและหลังจากป่วยเป็นไข้หวัดจากเชื้อตัวใดแล้วจะมีความต้านทานต่อเชื้อนั้นในเวลาต่อมา (Yeolekar et al., 2008)

- อินฟลูเอนซ่าไวรัส เป็นสาเหตุของไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมี 3 ชนิด คือ เอ บี และซี การระบาดส่วนใหญ่เกิดจากชนิดเอถึง 99% ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของเชื้อมากกว่าชนิดอื่นในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังเชื้อชนิดนี้อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดบวมอย่างรุนแรงได้

- พาราอินฟลูเอนซ่าไวรัสที่พบมี 4 ชนิด เป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจได้ ตั้งแต่ไข้หวัดธรรมดา คออักเสบจนถึงปอดบวม มักเป็นสาเหตุของ คroup (Croup) ในเด็กทารกทำให้เป็นโรคหลอดลมอักเสบและปอดบวม ในผู้ใหญ่มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อนี้มักเป็นแค่หวัดธรรมดา (Francis, N. et al, 2008).

1.2) แบคทีเรีย เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีโครงสร้างแบบง่ายๆ โดยประกอบด้วยเซลล์เดี่ยวๆ แต่ละเซลล์มีขนาดเล็กมากสามารถเจริญเติบโตได้ในงานทดลองในทางเดินหายใจมีแบคทีเรียหลายชนิดอาศัยอยู่แต่ไม่ทำให้เกิดโรค แบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจที่สำคัญ ได้แก่ (เพชรไสว ลีมตระกูล, 2543)

- เมต้าฮีโมไลติกสเตรปโตคอกคัส กลุ่มเอ ทำให้เกิดโรคคออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ

- คอรีน แบคทีเรีย ทำให้เกิดโรคคออักเสบ

- ฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนซ่าชนิดบี เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคลิ้นกล่องเสียงอักเสบเฉียบพลัน

การที่จุลชีพทั้งไวรัสและแบคทีเรียสามารถทำให้ร่างกายเกิดโรคได้หรือไม่เพียงใด นอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิดของจุลชีพนั้นๆ แล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1.2.1 พันธุกรรม ภูมิคุ้มกันของร่างกายอยู่ภายใต้การควบคุมของพันธุกรรมนอกจากนี้ พันธุกรรมยังทำให้ความไวของการติดเชื้อต่างกันถึงแม้จะมีพื้นฐานอื่นๆ เหมือนๆ กัน เช่น คนผิวดำป่วยเป็นวัณโรคปอดได้ง่ายกว่าคนผิวขาว เป็นต้น

1.2.2 อายุ ในเด็กเล็กระบบภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นระบบที่ทำให้ร่างกายมีภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคต่างๆ ยังไม่เจริญเต็มที่จึงยังทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับยังขาดภูมิต้านทานเฉพาะโรคนั้นๆ จึงทำให้เด็กเล็กๆ ติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรียได้ง่ายกว่าเด็กวัยอื่น (สุกรี สุวรรณจุฑา, 2540)

1.2.3 ภาวะโภชนาการ เด็กที่ขาดอาหารทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เด็กทารก และเด็กวัยก่อนเรียน จึงมักป่วยเป็นโรคติดเชื้อจากไวรัสและแบคทีเรียได้ง่าย โดยเฉพาะในเด็กขวบปีแรก (Unicef, 1988) ซึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการตายถึงร้อยละ 55 หรือประมาณ 6 ล้านคนที่มีสาเหตุการตายจากภาวะทุพโภชนาการ (WHO, 1995)

1.2.4 สิ่งแวดล้อม จะพบว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพมากกว่าการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นถ้าสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ไม่ดี อาจเนื่องมาจากต้องสัมผัสกับเชื้อโรคมมากขึ้น (ชุมศักดิ์ พุกยาพงษ์, 2548)

2. สารก่อภูมิแพ้ ได้แก่ สารที่มีอยู่ทั่วไปซึ่งคนปกติทั่วไปจะไม่มีอาการแพ้ แต่ในคนที่ภูมิไวเกินเมื่อสารเหล่านี้เข้าสู่ร่างกาย จะกระตุ้นเซลล์พลาสมา (Plasma cell) สร้างแอนติบอดีเฉพาะขึ้นในเยื่อเมือก โดยเฉพาะที่จมูกและหลอดลม โดยเคลือบอยู่ที่ผิวของเซลล์แมส (Mass cell) เมื่อสารภูมิแพ้ชนิดเดิมผ่านเข้ามา จะมีการรวมตัวของสารกับแอนติบอดี (Antibody) นี้จะปล่อยสารบางชนิดออกมาเช่น ฮิสตามีน สารที่เซลล์แมสที่ปล่อยออกมานี้จะไปทำให้เส้นเลือดฝอยบริเวณนั้นขยายตัว เยื่อเมือกของจมูกหลังน้ำมูกมากขึ้นผนังหลอดลมบวมและเกร็ง สารภูมิแพ้ที่พบบ่อย ได้แก่ เกสรดอกไม้ ไรบ้าน แมลงสาบ เชื้อรา ขนสัตว์ อาหารบางชนิด เป็นต้น สารภูมิแพ้ที่ทำให้เกิดโรคของทางเดินหายใจคือ ไข้หวัดจากภูมิแพ้และโรคหืด (มนตรี ตู้อินดา, ชลรัตน์ ติเรกวัดวัฒนชัย, นวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร, และสุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, 2544)

3. สารระคายเคือง ได้แก่ สารที่มีคุณสมบัติในการทำลายเยื่อเมือก โดยเฉพาะเยื่อเมือกทางเดินหายใจ เช่น ในโทรเจนออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ แอมโมเนีย คาร์บอนนุหรี โดยเฉพาะในคาร์บอนนุหรีมีสารหลายชนิดอยู่ในรูปของอนุภาคและก๊าซ (นิตยา เอกวัฒน์, 2540) สารเหล่านี้จะทำปฏิกิริยากับเยื่อเมือกทางเดินหายใจตลอดตั้งแต่เยื่อเมือกในจมูกจนถึงถุงลม ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังและทำลายหลอดลมฝอยส่วนปลายและถุงลมไปทีละน้อยเมื่อทำลายถึงระดับหนึ่งจนทำให้ปอดเสื่อมสมรรถภาพทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองขึ้น

1.3 พยาธิกำเนิด

การอักเสบเฉียบพลันของหลอดลมจากการติดเชื้อไวรัสอาจเกิดจากการทำลายเยื่อเมือกหลอดลมโดยตรงจากเชื้อก่อโรค ได้แก่ influenza viruses หรือ adenoviruses หรือเกิดจากการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสาร cytokines ทำให้เกิดการชุมนุมกันของเซลล์เม็ดเลือดขาว และเกิดการอักเสบของหลอดลมตามมาจากการติดเชื้อ ได้แก่ เชื้อ rhinoviruses ส่วนเชื้อ M.pneumoniae และ B.pertussis การก่อโรคเกิดจากเชื้อไปยึดติดอยู่กับเซลล์เยื่อเมือกหลอดลมซึ่งอยู่ระหว่างขนเซลล์ (cilia) (จักรพันธ์ สุริยะ, 2551) อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเกิดจากการติดเชื้อชนิดใดเมื่อเกิดการอักเสบของหลอดลมแล้วจะพบว่าเยื่อเมือกหลอดลมโดยทั่วไปจะเกิดการบวมแดง และมีการหลั่งสารคัดหลั่งออกมา การอักเสบจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ คือ influenza viruses จะทำให้มีการตายและหลุดลอกของเยื่อเมือกหลอดลมจำนวนมาก ส่วนการติดเชื้อไข้หวัด คือ จากเชื้อ rhinoviruses จะทำให้เกิดการตายของเซลล์เยื่อเมือกน้อยกว่า นอกจากนี้การอักเสบของหลอดลมยังทำให้การทำงานของเยื่อเมือกในการโบกพัดเสมหะหรือสิ่งแปลกปลอม

(mucociliary function) เสียไป กลไกดังกล่าวทั้งหมดจึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นเชื้อประจำถิ่น (colonization) ได้แก่ *S. pneumoniae*, *H. influenzae* และ *M. catarrhalis* ตามมาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ หรือมีผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ภายในบ้าน มีโรคปอดหรือโรคหอบหืดเดิม (เพชรไสว ลิมตระกูล, 2543; ประยงค์ เวชวินชสนอง & วนพร อนันตเสรี, 2550)

ความรุนแรงของโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันจะพบความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และ อยู่ในมลภาวะที่มีสิ่งกระตุ้นหอบหืด นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำ (recurrent infection) ได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งอาจจะทำให้มีการทำลายหอบหืด มีผลทำให้เกิดหอบหืดมากขึ้นถาวรเกิดโรคหอบหืดเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) ตามมาได้ นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ของโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันกับผู้ป่วยโรคหืด โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันมักจะมีภาวะหอบหืดเกร็ง (broncospasm) และบางรายอาจจะพบอุบัติการณ์ของโรคหืดมากขึ้น (รัตนาวดี ขอนตะวัน & พัชรี วรกิจพูนผล, 2547) ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคหืดมักจะเกิดโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันจากการติดเชื้อไวรัสได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

1.4 ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยมักมีอาการคล้ายไข้หวัดนำมาก่อนในช่วง 3 - 5 วันแรก อาจมีไข้ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ถ้าเป็นจาก *Mycoplasma* มักไม่มีอาการหวัดหรือคัดจมูกนำมาก่อน ต่อมาจะมีอาการทางหอบหืด โดยอาการไอเป็นอาการที่สำคัญที่สุด ระยะแรกจะไอแห้งๆเสียงก้อง ฟังปอดได้ยินเสียง harsh breath sound และมีไข้ต่ำๆร่วมด้วย ต่อมาผู้ป่วยจะไอมากขึ้นและมีเสมหะสีขาวหรือใสเหนียวแล้วเปลี่ยนเป็นสีเหลืองขุ่น ฟังปอดอาจได้ยินเสียง coarse crepitation หรือ rhonchi ไม่มีอาการหายใจเร็วหรือหายใจอึดขัด ผู้ป่วยที่มีโรคหืดร่วมด้วยหรือเด็กเล็กที่มีเสมหะอุดตันในหอบหืด อาจตรวจได้ยินเสียง wheeze ร่วมด้วย ในรายที่มีสาเหตุจากเชื้อ *mycoplasma* มักมีอาการไอบ่อยแต่ตรวจพบเสียงผิดปกติของปอดน้อย (วิภา รัชชพิชิตกุล, 2550) ลักษณะทางคลินิกของโรคหอบหืดอักเสบที่เกิดจากเชื้อกลุ่มที่ไม่ใช่ไวรัสดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลักษณะทางคลินิกของ acute bronchitis ที่เกิดจากเชื้อกลุ่มที่ไม่ใช่ไวรัส

เชื้อที่เป็นสาเหตุ	ลักษณะทางคลินิก
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ไม่มีอาการหวัดหรือคัดจมูก พบเสียงผิดปกติของปอดน้อย แต่มีอาการไอบ่อย
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	ส่วนใหญ่พบในเด็กวัยเรียน มักมีอาการไอ เจ็บคอ
<i>Bordetella pertussis</i>	พบในเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี และไม่ได้รับวัคซีนหรือได้ไม่ครบตามกำหนด มีอาการหวัดนำมาก่อน ต่อมาไอ เสมหะมาก
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	พบในเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้ไม่ครบตามกำหนด มีอาการไอแบบ croup-like cough หายใจลำบาก มักพบ pseudomembranous tonsillopharyngitis ร่วมด้วย

อ้างอิง : นวลจันทร์ ปราบพาล และ จิตต์ดาศิโรจนวงศ์, 2551

1.5 การวินิจฉัยโรค

โดยทั่วไปวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงทางคลินิก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากไวรัส ดังนั้น จึงไม่จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจภาพรังสีทรวงอก ยกเว้น ในรายที่มี underlying diseases หรือนึกถึงสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่เริ่มแรก อาจมีความจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคและหาเชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่น การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด (CBC) การตรวจเสมหะ และภาพรังสีทรวงอก ในรายที่เกิดจาก Chlamydia trachomatis มักตรวจพบ eosinophil ในเลือดเพิ่มขึ้น (นวลจันทร์ ปราบพาล & จิตลัดดาดีโรจนวงศ์, 2551)

โดยทั่วไปอาการของ Acute bronchitis มักดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่อาการไม่ดีขึ้นควรตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุ เช่น การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การทำ tuberculin test และการส่องกล้องตรวจหลอดลม (bronchoscopy) เป็นต้น

1.6 การประเมินอาการ

อาการแสดงของเด็กมีหลากหลายขึ้นอยู่กับอายุของเด็ก โดยสรุปพบว่าเด็กจะเริ่มมีอาการของโรคหัด ก่อน ประมาณ 2-3 วัน จากการอักเสบในช่องจมูกและคอร่วมกับมีอาการคัดจมูกและเจ็บคอ ต่อมาจะมีไข้สูง หนาวสั่น ไอมาก หายใจเร็ว หายใจหอบหรือหายใจลำบาก ซึ่งถ้าเป็นมากจะหายใจแรงจนบริเวณชายโครงบวม ปีกจมูกบาน มีไข้สูงตลอดเวลา เห็นได้ชัดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ถ้ามีอาการป่วยรุนแรง อาการซึมลง ไม่อยากอาหาร ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำ อาจมีอาการชักได้ บางคนมีเสียงหายใจที่ผิดปกติ หายใจเสียงดัง พบริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้าเขียว และมีอาการกระสับกระส่าย ในเด็กบางคนอาจไม่มีอาการไอแต่จะมีอาการซึมลง คุณนมและน้ำน้อยลงมาก บางรายมีอาการอาเจียน เจ็บหน้าอก (วิภา รัชชพิชิตกุล, 2550) หากมีอาการดังกล่าว ต้องนำเด็กไปพบแพทย์ทันที

กรณีที่เด็กจะใช้วิธีการชั่งประวัติและการตรวจร่างกาย อาการที่เด็กแสดงออกพบว่ามีอาการไอ ไข้ร่วมกับ การตรวจร่างกายโดยเฉพาะการฟังเสียงปอด ได้ยินเสียงเสมหะคั่งค้างในปอด (Crepitation) นอกจากนี้อาจพบว่ามี การติดเชื้อ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และภาวะปอดแฟบ จึงทำให้เด็กป่วยเสียชีวิตมากที่สุด

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบมาตรฐานในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจและเลือกแบบแผนในการดูแลสำหรับผู้ดูแล การประเมินจึงขอสรุปตามบทเรียน การบริหารผู้ติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (กลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม, 2546) ดังนี้

การประเมินอาการ ใช้วิธีตามประวัติการเจ็บป่วยของผู้ดูแล ในเรื่องเกี่ยวกับอายุของเด็ก ระยะเวลาการไอ ไม่ดื่มนมหรือน้ำ คุณคนมน้อยลงมาก ระยะเวลาของอาการตัวร้อน ประวัติอาการชัก ผู้ตรวจใช้วิธีดูแลฟัง นับอัตราการหายใจใน 1 นาที สังเกตการหายใจเข้ามีชายโครงบวม มีเสียงดังฮืด หายใจออกมีเสียงหวีด เด็กซึมมาก ปลุกตื่นยาก ประเมินภาวะทพ โภชนาการระดับ หากพบว่าเด็กมีอาการไอหรือหายใจลำบากอาจเป็น โรคหอบหืด ซึ่งมีอาการรุนแรงอาจถึงตายได้หรืออาการเหล่านี้อาจเป็นเพียง โรคหัด คัดจมูก หรือแพ้ฝุ่นละอองก็ได้ การประเมินอาการของเด็กโดยละเอียดจะเป็นขั้นตอนแรก ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางเพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป ถ้ามอาการผู้ดูแลเด็กในขั้นต้นถึงการมีอาการไอหรือหายใจลำบากในรายที่ผู้ป่วยมีอาการหนักมากควรส่งโรงพยาบาลทันที

ถ้าเด็กร้องจะทำให้การตรวจผิดพลาด ดังนั้น ระหว่างถามประวัติและตรวจร่างกายจะต้องไม่รบกวนเด็ก โดยไม่ปลุกเด็กหรือให้ถอดเสื้อ ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคหอบหืดในเด็กในปัจจุบัน ควรเน้นให้ผู้ดูแลทราบวิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคและสามารถให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้านได้ หรือมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถสรุปจำแนกตามบทเรียนการบริบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (กลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเกณฑ์การประเมินการรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลของผู้ดูแลในครั้งนี้ โรคหอบหืดในเด็กอายุ 0 – 5 ปี แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับดังนี้

1. กลุ่มอาการที่มีความรุนแรงน้อย (Mild) จะมีอาการน้ำมูกใสหรือคัดจมูก ไอและมีไข้ น้อยกว่า 3 วัน
2. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate) จะมีอาการและอาการแสดงต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือรวมกันได้แก่

- 2.1 มีน้ำมูกข้นๆปนหนองในจมูกหรือมีเสมหะหลังคอ
- 2.2 น้ำหนองจากในช่องหู
- 2.3 ไอแบบมีเสมหะ
- 2.4 หายใจเร็วเกิน 50 ครั้งต่อนาที ในเด็กเล็กต่ำกว่า 1 ปี หรือเกิน 40 ครั้งต่อนาทีในเด็กเกิน

1 ปีขึ้นไป

- 2.5 ไข้ นานกว่า 3 วันหรือสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส

3. กลุ่มอาการรุนแรงมาก (Severe) ได้แก่ อาการและอาการแสดงอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้และอาจร่วมกับอาการและอาการแสดงข้างต้นหรือไม่ก็ได้

- 3.1 อาการไอเสียงก้อง (Barking Cough) หรือมีเสียงสู่วอดันท้าย (Whooping)
- 3.2 เสียงฮืดในลำคอ (Stridor) ได้ยินชัดเจนเวลาหายใจเข้า และมีอาการหายใจลำบาก เห็นได้

จากอกนูน

- 3.3 ปีกจมูกบาน (Nasal Flaring)
- 3.4 ริมฝีปาก และเล็บมือเล็บเท้าเขียว (Cyanosis)
- 3.5 ชัก (Convulsion)
- 3.6 ดูคนมหรือรับประทานอาหารได้น้อย (Poor Feeding)

การตรวจร่างกายใช้หลักการดูและฟัง

เพื่อจะตรวจว่าเด็กมีอาการหายใจลำบากหรือไม่ ถ้าเด็กร้องหรือตกใจกลัวควรปล่อยให้เด็กนิ่ง โดยให้เล่นของให้ดูคนม หรือให้อุ้มเดินไปข้างนอกสักพักหนึ่งแล้วจึงทำการตรวจใหม่

การนับการหายใจใน 1 นาที ใช้นับเต็มเวลา 1 นาที ควรนับการหายใจจากความเคลื่อนไหวของหน้าอกหรือท้อง โดยไม่ต้องถอดเสื้อก็ได้ ถ้าเห็นไม่ชัดเจนให้แม่ช่วยยกชายเสื้อเด็กขึ้นเบาๆ โดยอย่าให้เด็กร้อง หากนับแล้วยังไม่แน่ใจให้นับซ้ำอีกครั้ง โดยจุดกำหนดการหายใจของเด็กมีดังนี้ เด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือนหายใจตั้งแต่ 60

ครั้งต่อมาที่ขึ้นไปแสดงว่าหายใจเร็ว เด็กอายุ 2 – 12 เดือนหายใจตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปแสดงว่าหายใจเร็ว เด็กอายุ 1 ถึง 5 ปีหายใจตั้งแต่ 40 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปแสดงว่าหายใจเร็ว

ลักษณะชายโครงนูน อาการหอบชายโครงนูน หมายถึง เด็กต้องใช้กำลังในการหายใจเข้าอย่างแรงจน บริเวณทรวงอกส่วนล่างตั้งแต่ลิ้นปี่ถึงชายโครงถูกดึงเข้าข้างใน ถ้าเพียงแต่ผนังหน้าอกระหว่างซี่โครงหรือ เหนือไหปลาร้าหุบเข้าไป ไม่ถือว่าเป็นชายโครงนูนในรายที่ไม่สามารถบอกชัดเจนว่าชายโครงนูนหรือไม่ให้ถือว่าไม่มี

ดูการหายใจและฟังเสียงอืดเวลาหายใจเข้า

ให้ผู้ตรวจแนบหูใกล้ปากของเด็กเมื่อฟังเสียงหายใจเข้า เสียงอืดที่ได้ยินเวลาหายใจเข้าเกิด จากเด็กหายใจเข้าผ่านช่องทางที่แคบ คือบริเวณกล่องเสียงและหลอดลมใหญ่ที่กำลังอักเสบในเด็กที่มีอาการคัด จมูกจะได้ยินเสียงครีคราดได้ ต้องเช็ดน้ำมูกออกเสียก่อนแล้วฟังดูใหม่หรือในเด็กที่ร้องไห้ อาจจะมีเสียงอืดได้ จึงจำเป็นต้องตรวจเวลาเด็กไม่ร้อง

ดูการหายใจและฟังเสียงหวีดเวลาหายใจออก

ฟังเสียงหายใจโดยผู้ตรวจแนบหูใกล้ปากเด็ก ถ้ามีเสียงหวีดเวลาหายใจออกแสดงว่าเด็กหายใจลำบากเด็ก จะหายใจออกยาวกว่าหายใจเข้า เกิดจากต้องออกกำลังให้ลมผ่านหลอดลมฝอยที่แคบเล็กซึ่งเกิดจากการอักเสบ ถ้าได้ยินเสียงหวีดเวลาหอบ จากนั้นผู้ตรวจอาจสัมผัสเด็กได้รู้ว่าเด็กซึ่มมาก ปลุกไม่ค่อยตื่น ไม่มองหน้าผู้ดูแล หรือไม่ตอบสนองเมื่อพูดด้วย เด็กอาจเหม่อลอยผู้ตรวจอาจตบมือเพื่อปลุกเด็ก ถ้าซึ่มมากเด็กจะไม่ตื่นในขณะที่ ผู้ดูแลถอดเสื้อให้เด็กปกคิมักจะตื่นแสดงว่าเด็กไม่ซึ่ม

1.7 การรักษา

1) การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่

การทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อระบายเสมหะ แนะนำให้ทำในผู้ป่วยที่เป็นเด็กเล็ก ผู้ป่วยที่มีปัญหาทาง ระบบกล้ามเนื้อหรือระบบประสาท เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การรักษาตามอาการ ได้แก่

- ดื่มน้ำอุ่นมากๆอาจให้ดื่มน้ำผลไม้ น้ำผึ้งผสมมะนาว เพื่อช่วยให้ชุ่มคอและบรรเทาอาการไอ
- การให้ยาแก้ไอต่างๆ ไม่มียากลุ่มใดที่มีประโยชน์ต่อการรักษา อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้ใช้ยากด อาการไอ (cough suppressant) เพราะจะทำให้เสมหะแห้งเหนียวมากขึ้น ยกเว้นในรายที่ไอมากจนนอนไม่หลับ แต่ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง
- ไม่ควรให้ยากลุ่ม antihistamine หรือ decongestant เพราะจะทำให้เสมหะแห้งเหนียวขึ้นยิ่งขึ้น ทำให้ เกิดการคั่งค้างของเสมหะและเกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังตามมาได้
- การให้ยาขยายหลอดลมประเภท β_2 antagonist ชนิดรับประทานหรือชนิดพ่นละอองฝอย ไม่มีที่ใช้น

รายที่มีตัวอาการไอ และไม่มีอาการแสดงของ airway obstruction ที่ชัดเจน ควรให้ในรายที่มีโรค reactive airway disease หรือโรคหืด หรือมีอาการแสดงของ small airway obstruction เช่น ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง wheeze เป็นต้น

- การให้อาหาร พยายามให้อาหารในช่วงที่ป่วยโดยให้ครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้งและเพิ่มอาหารขึ้น หลังจากมีอาการป่วยดีขึ้น ถ้าเด็กไม่สามารถรับประทานอาหารได้เนื่องจากจมูกมีน้ำมูก หรือเสมหะอุดตัน ต้องเช็ดออกก่อน โดยใช้ผ้านุ่มๆ ม้วนเป็นแท่งเล็กๆ ปลายแหลมสอดเข้ารูจมูกเพื่อซับน้ำมูก การให้อาหารในระหว่างที่ป่วยหรือหลังจากหายป่วยแล้วจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้น อาหารที่ให้ต้องมีคุณค่าทางอาหาร และแคลอรีสูง เช่น อาหารประเภทถั่ว หรือเนือปลา ในรายที่ยังกินนมแม่ควรกระตุ้นให้ดูดนมบ่อยๆ

- การเพิ่มสารน้ำ เพิ่มปริมาณน้ำดื่มหรือเพิ่มนมมารดา อาการไข้หอบทำให้เด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมีภาวะขาดน้ำได้ การให้เด็กดูดนมมารดาบ่อยๆ หรือการป้อนน้ำ น้ำแกง น้ำผลไม้ หรือนมเพิ่มขึ้นระหว่างมีไข้จะช่วยป้องกันภาวะขาดน้ำได้เป็นอย่างดี

- การรักษาอาการไอ ให้ดื่มน้ำอุ่น หรือป้ายลิ้นผู้ป่วยด้วยน้ำผึ้งผสมมะนาว ซึ่งอาจช่วยให้ชุ่มคอ และลดอาการไอถ้าไอมากให้กินยาแก้ไอซึ่งแนะนำให้ใช้ยาขับเสมหะสำหรับเด็กขององค์การเภสัชกรรมไม่ควรใช้ยาลดอาการไอในเด็กเล็ก เพราะจะทำให้เสมหะตกลงไปในหลอดลม

3) **การรักษาจำเพาะ** เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของ acute bronchitis เกิดจากไวรัส ดังนั้น การให้ยาต้านจุลชีพจึงไม่มีประโยชน์ ยกเว้นในรายที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน หรือนึกถึงการติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ควรให้ยาครอบคลุมเชื้อที่น่าจะเป็นสาเหตุ ในรายที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนควรให้ยาที่ครอบคลุม β -lactamase producing bacteria ระยะเวลาในการให้ยาร่วมกับเชื้อที่เป็นสาเหตุ

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดลมอักเสบเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดขึ้นเป็นระยะๆ ดังนั้น การรักษาจึงต้องประกอบไปด้วยการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาตามอาการ และการรักษาแบบจำเพาะรวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวดูแลตนเองได้ตามความต้องการการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม มีการเตรียมตัวเผชิญกับการกำเริบของโรค และสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด

1.8 ผลกระทบ

1) ผลกระทบต่อเด็ก

ด้านร่างกาย ในระยะนี้เด็กบริโภคอาหารได้น้อย และไม่ค่อยหิว ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตช้าลง และอีกประการหนึ่งเด็กเริ่มเลือกอาหารที่ชอบอีกด้วย โรคที่มักจะเป็นกับเด็กวัยนี้คือ โรคหวัด คางทูม อีสุกอีใส บิดามารดา หรือผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวล หรือแสดงความตื่นเต้นให้เด็กเห็นเมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบเด็กจะเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถหายไปได้ (สุชา จันทน์เอม, 2541)

ด้านพัฒนาการ เนื่องจากเด็กวัย 1 - 5 ปี เป็นวัยที่ต้องการการสนใจเอาใจใส่อยู่ในครอบครัวที่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล ถูกจำกัดการเยี่ยม การเล่นสนุกสนานตามวัยและพัฒนาการ และแยกจากบุคคลที่รักและไว้วางใจ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการแยกจาก เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันเด็กจะมีอาการต่อต้าน ประท้วง ผิดหวัง และท้อแท้ คิดว่าคนอื่นไม่รัก ไม่ไว้วางใจใคร เกิดปัญหาทางด้านการขีดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและอารมณ์ได้ ระยะเวลาที่เด็กชอบเล่นกับเพื่อนๆมาก และการเล่นกับเพื่อนจะช่วยให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งขณะเจ็บป่วย (ศิริณี อิ่มน้ำขาว, 2548; สุชา จันทน์เอม, 2541)

ด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยเด็กวัยนี้มักจะเป็นคนเจ้า

อารมณ์ หงุดหงิดและโมโหง่าย โดยปกติเด็กมักจะมีเหตุผลมักแสดงความขัดแย้งและคือรันต่อบิดามารดาเสมอ เป็นวัยที่เรียกว่า ระยะเวลาปฏิเสธ ซึ่งเป็นลักษณะอย่างหนึ่งของมนุษย์ และเมื่อต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็กมักจะเกิดอาการกลัวจากการที่ได้พบสิ่งแปลกๆ ใหม่ ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนแต่ความกลัวของเด็กจะหายไปได้โดยได้รับคำอธิบายและการให้เด็กได้คุ้นเคยกับสิ่งที่เคยกลัวมาก่อนก็ได้ แต่ต้องทำในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (สุชา จันทน์เอม, 2541)

ด้านสังคมและบุคลิกภาพ เด็กป่วยมักจะถูกจำกัดกิจกรรมจากผู้ปกครองเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือกลัวว่าเด็กจะมีอาการมากขึ้น ถ้าเด็กเล่นมากหรือทำกิจกรรมต่างๆมากเด็กมักจะแยกตัวไม่ค่อยเข้าสังคมกับเพื่อน ทำให้มีโอกาสนในการปรับตัวเข้ากับสังคมได้น้อยกว่าเด็กปกติ ทำให้มีความรู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น (สุชา จันทน์เอม, 2541)

2) ผลกระทบต่อครอบครัวในด้านอื่นๆ อีก ดังนี้

บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ครอบครัวต้องจัดระบบภายในครอบครัวใหม่เพื่อรักษาความสมดุลของครอบครัวไว้ การเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น เช่น เพิ่มความกดดันในบทบาทและลดสัมพันธภาพของบทบาท โดยเฉพาะ โรคระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและอาจเกิดอาการเรื้อรังได้ เมื่อสมาชิกคนหนึ่งป่วยสมาชิกคนอื่นจะต้องทดแทนบทบาทของผู้ป่วยในระยะยาวหรือตลอดไป (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) ซึ่งบางครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า การทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำร่วมกันลดลง แต่บางครั้งความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวสนิทสนมกันมากขึ้นหรือเกิดความขัดแย้งกันมากขึ้น (วาสนา ไชยวงศ์, 2546)

ภาวะเศรษฐกิจ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวก็อาจจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวมาก และหากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนก็จะส่งผลกระทบมากขึ้นครอบครัวจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวคนอื่นมารับบทบาทใหม่ในฐานะของผู้หาเลี้ยงครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งการมีรายได้สู่ครอบครัว (มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์, 2543) นอกจากนี้ยังต้องมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องจ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งค่ายานพาหนะค่าใช้จ่ายเมื่อเด็กนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

3) ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยซ้ำบ่อยๆ จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีระดับความรุนแรงของการรักษาโรค

และปริมาณยาสูงที่สูงมากขึ้น ยาราคาแพงมากขึ้น เป็นการก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองทางด้านงบประมาณและค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพ อีกทั้งเป็นการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริการเด็กโรคหอบหืดอีกเสบไม่ได้ประสิทธิผลอีกด้วย (วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ล่ามช้าง และวิมล ธนสุวรรณ, 2547) ดังนั้น การดูแลเด็กโรคหอบหืดอีกเสบจึงเป็นหน้าที่ที่ต้องร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งด้านเจ้าหน้าที่ รวมถึงผู้ดูแลที่มีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรค อีกทั้งป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนกลายเป็นโรคหอบหืดอย่างรุนแรง โรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นในเด็กมีผลกระทบต่อทั้งตนเองและครอบครัวในด้านต่างๆ

การดูแลเด็กที่เป็นโรคนี้อาจต้องอาศัยความอดทนและความมีเหตุผลอย่างมากเพราะมีภาวะดิ่งเครียดในอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งสามารถส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กได้ จึงมีผลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลพึงตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ ดังนั้น การรักษาที่ได้ผลต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจอย่างใกล้ชิดระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้ดูแลเด็ก โดยอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความเป็นมาของโรค การรักษาและวิธีช่วยเหลือตนเองเมื่อเด็กเกิดอาการเมื่ออยู่ที่บ้าน การสังเกตอาการ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมากระตุ้นให้เกิดอาการ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กและครอบครัว โดยเน้นการดูแลเด็กให้มีสุขภาพที่ดีตามระยะพัฒนาการ ทราบถึงผลกระทบต่างๆของโรคที่มีต่อตัวเด็กและครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ สามารถเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรมและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

ความหมาย สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุน ทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1979:300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et. Al., 1981 : 386) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

แคปแลน คาสเซล และกอร์ (Kaplan, Cassel & Gore, 1977 : 50-51) ได้ให้ความหมายของการ

สนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว โดยแนวแรก หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่อง นับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและความช่วยเหลือ ซึ่งได้จากการติดต่อกับสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ส่วนแนวคิดที่สอง หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคม ที่ให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น

คาห์น (Kahn, 1979 : 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่นๆ

ดังนั้น จากความหมายการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และการยอมรับนับถือ ได้รับความรัก การเอาใจใส่ จากบุคคลในสังคมเกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือเจ็บป่วยได้

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายชนิด และมีความแตกต่างกันตามความคิดของนักทฤษฎีแต่ละคน ซึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981 : 385-386) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ซึ่งรวมถึงความใกล้ชิด และความรักใคร่ ผูกพัน การให้ความมั่นใจ ความไว้วางใจ การยอมรับ ความหวังใจ เอาใจใส่ กระตุ้นเตือน ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก และหวังใจ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้านสิ่งของ เงินทอง เวลา แรงงาน เมื่อบุคคลต้องการ

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถช่วยให้บุคคลแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความหวังใจ และการรักฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เงิน

การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

โดยสรุปแล้ว การสนับสนุนทางสังคม แม้จะมีหลายความหมาย และมีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลลัพธ์โดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมก็คือ ช่วยให้บุคคลมีชีวิต ความเป็นอยู่ และสุขภาพอนามัยที่ดี ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ในด้านของจิตใจ อารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ และด้านการประเมินคุณค่าในตนเอง แล้วทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้สุขภาพที่ดี และมีความสุขในชีวิต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House) ที่แบ่งออกเป็น 4 ชนิด นั้นครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการ สามารถนำมาใช้ในการศึกษาผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจได้

3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

พรทิพย์ ขุนจันทร์ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขอนแก่นพัฒนศึกษา ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกิจกรรมอภิปราย การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การกระตุ้น การเตือนให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายในเรื่องการรับรู้ ความรุนแรงจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการดื่ม ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นุชจรี อิ่มมาก (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตัวเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 13 – 19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนเมษายน 2551 จำนวน 115 คน ผลการศึกษาพบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ พบว่าความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตัวเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลที่คลินิกฝากครรภ์จึงควรส่งเสริมให้คู่สมรสและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตใจขณะตั้งครรภ์

มุตตา คุณวงศ์ และ รุจิรา ดวงสงค์ (2553) ศึกษาการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถตนเองในการลดน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนักและการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งค่าดัชนีมวลกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภาพ อิ่มอ้วน (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่มาติดตามการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับที่มากที่สุดเป็นด้านความรู้ โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีทั้งหมด 7 ด้าน คือ ครอบครัว มีความสำคัญมากที่สุด รองลงมา คือ แพทย์ พยาบาล เพื่อนบ้าน เพื่อน และแหล่งอื่นๆ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการกับผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการล้างไตอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวทางโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เฉลิมพร ติดย์ผาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์โดยประยุกต์รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมมารับประทานอาหารต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยสรุปว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตั้งแต่ตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นโดยเฉพาะกับผู้ป่วยเด็ก จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด บุคคลที่สำคัญยิ่งสำหรับบุตรคือ บิดามารดาที่จะต้องทำหน้าที่ในการแสวงหาวิธีการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย หากบิดามารดา หรือผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่เป็นญาติพี่น้อง และเป็นคนที่คุ้นเคยเนื่องจากผู้ดูแลอาจยังไม่พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคม ทำให้ผู้ดูแลประสบกับภาวะเครียดขณะที่เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น จึงต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ในการที่จะทำให้ผู้ดูแลเด็กมีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ตลอดจนหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีบุตรป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุ 1 - 5 ปี

3.1 ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยตั้งแต่อายุ 1 - 5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ที่โรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการคำนวณของ Yamane, T. (1970)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำหนังสือจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการศึกษาที่เด็กผู้ป่วยเด็ก

2. หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการใช้สถานที่ที่จำเป็นต่อโครงการขึ้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยศึกษารายชื่อเด็กป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลหรือบิดามารดาที่มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การศึกษาและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ ชี้แจงโครงการ การดำเนินการครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ดูแล บิดาหรือมารดาเด็กเข้าร่วมโครงการในทุกกระบวนการ ตลอดจนการศึกษา ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้น ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ดูแล บิดาหรือมารดาเด็กเข้าใจว่า การตอบตกลงหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการไม่มีผลต่อการรับการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และเมื่อบิดา มารดา หรือผู้ดูแลยินดีที่เข้าร่วมโครงการสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษาได้ตลอดเวลา

ระหว่างเข้าร่วมโครงการบิดา มารดา หรือผู้ดูแล มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ หรือหากมีการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอใน ภาพรวมหรือใช้นามสมมติแทนเท่านั้น

3.4 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Subject selection and allocation)

3.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

บิดามารดาหรือผู้ดูแลที่นำเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอาการสำคัญ เช่น 1. อาการไข้ 2. อาการคัดจมูก 3. อาการไอ 4. อาการหายใจมีเสียงดัง หายใจลำบาก หน้าอกบวม หรือหอบ 5. อาการเจ็บคอ คอขาวแดง คุดน้ำ นม หรือกินอาหารไม่ได้

3.5 การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

กลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้ หาขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรยามาเน่ (Yamane, 1973 : 727) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } N &= \text{ขนาดของประชากร} \\ n &= \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \\ e &= \text{ความคลาดเคลื่อนของการกำหนดตัวอย่าง} \end{aligned}$$

(ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5)

$$\begin{aligned} \text{แทนด้วย } n &= \frac{493}{1 + 493(0.05)^2} = 220.82 \\ n &= 221 \text{ คน} \end{aligned}$$

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กป่วยที่ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของประชากร การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มญาติพี่น้อง และจากกลุ่มเพื่อน ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ตัวเลือก ประกอบด้วย

1. ด้านอารมณ์ มีจำนวน 6 ข้อ
2. ด้านการประเมิน มีจำนวน 5 ข้อ
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 5 ข้อ
4. ด้านทรัพยากร มีจำนวน 4 ข้อ

แบบสัมภาษณ์นี้มีลักษณะการให้ค่าคะแนนคำตอบที่ได้ โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 1 คำตอบ จาก 4 ตัวเลือก ที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ดูแลประเมินตามการรับรู้การได้รับสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน โดยประเมินทุกข้อในทุกด้าน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก	= 4 คะแนน
เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง	= 3 คะแนน
เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นจริงน้อย	= 2 คะแนน
ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย	= 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ แบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้ คือ

3.50 – 4.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

2.50 – 3.49 หมายถึง ผู้ดูแลมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูง

1.50 – 2.49 หมายถึง ผู้ดูแลมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

1.00 – 1.49 หมายถึง ผู้ดูแลมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ขณะที่เด็กป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน

แบบสัมภาษณ์นี้มีลักษณะการให้ค่าคะแนนคำตอบที่ได้ โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือก 1 คำตอบ จาก 3 ตัวเลือกที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติจริงเมื่อเด็กมีอาการเหล่านั้น

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติทุกครั้งเมื่อมีอาการ = 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติทำบางครั้ง เมื่อมีอาการ = 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติเมื่อมีอาการ = 1 คะแนน

3.7 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และ พยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนของเนื้อหา และมีความเหมาะสมของภาษาตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น

นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง = 0.74

3.8. กระบวนการเก็บข้อมูล (Data collection process)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย โดยยื่นแบบเสนอถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา เพื่อขอรับพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.8.2 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามให้เป็นที่เข้าใจ ทดลองใช้กับผู้ป่วย 1 คนและทำความเข้าใจกับผู้ช่วยอีกครั้ง

3.8.3 เมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัย-เทคโนโลยีสุรนารีถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.8.4 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานแผนกกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.8.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยทีละคน โดยเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคล การตอบแบบสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ถ้าผู้ดูแลเด็กที่มีเด็กป่วยที่ติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยยินยอมยุติการสัมภาษณ์ตามความต้องการของผู้ดูแลเด็ก และยกเลิกการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยรายนั้นทันที

3.8.6 หลังจากสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ครบถ้วน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กซักถาม พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ จากนั้นจบการสัมภาษณ์และแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

3.9 การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย (Outcome measurement / Data Analysis)

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่ได้รับสามารถเป็นแนวทางพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กที่มีปัญหาติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ และพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันควบคุมโรคในเด็กได้ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแหล่งสนับสนุน
2. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) Cohen (Runyon and Other. 1996 : 238 อ้างอิงมาจาก Cohen. 1988) ไว้ดังนี้

- สหสัมพันธ์ที่มีขนาดเล็ก หรือมีความสัมพันธ์กันน้อย ค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ระหว่าง -0.29 ถึง -0.10 หรือ 0.10 ถึง 0.29
- ส่วนสหสัมพันธ์ที่มีขนาดปานกลาง หรือมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ระหว่าง -0.49 ถึง -0.30 หรือ 0.30 ถึง 0.49
- สหสัมพันธ์ที่มีขนาดใหญ่ หรือมีความสัมพันธ์กันสูง ค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ระหว่าง -1.00 ถึง -0.50 หรือ 0.50 ถึง 1.00

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุน ตลอดจนหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองกับแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุ 1-5 ปี จำนวน 221 ราย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 การสนับสนุนทางสังคม

4.3 แหล่งสนับสนุน

4.4 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุน กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีจำนวน 221 คน เป็นมารดาร้อยละ 47.06 เป็นยายร้อยละ 32.13 ป้าร้อยละ 9.05 ตาร้อยละ 5.43 บิดาและลุงร้อยละ 3.17 หากพิจารณาจากข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดาที่คอยดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 25-40 ปี มีการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส อยู่แบบครอบครัวขยาย ซึ่งส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งรายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน

เมื่อพิจารณาด้านลำดับการเกิดของเด็กที่ป่วย พบว่า ผู้ดูแลที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 52.04 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุในขวบปีแรกพบร้อยละ 30.32 ส่วนใหญ่มาด้วยโรคหัด ไข้ ร้อยละ 37.56 รองลงมาคือปอดบวมร้อยละ 22.62 คออักเสบร้อยละ 16.74 ต่อมทอลซิลอักเสบ ร้อยละ 12.22 หลอดลมอักเสบ ร้อยละ 9.95 และหลอดลมฝอยอักเสบ ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
N=221		
ความเกี่ยวข้องของผู้ป่วยเด็ก		
พ่อ	7	3.17
แม่	104	47.06
ตา	12	5.43
ยาย	71	32.13
ลุง	7	3.17
ป้า	20	9.05
อายุ		
<25 ปี	28	12.67
25-40 ปี	94	42.53
41-60 ปี	73	33.03
>61 ปี	26	11.76
สถานภาพสมรส		
โสด	13	5.90
คู่	183	82.80
หม้าย	14	6.33
หย่า/แยก	11	4.97
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	6.79
ประถมศึกษา	99	44.80
มัธยมศึกษา	83	37.56
อนุปริญญา	10	4.52
ปริญญาตรี	13	5.88
ปริญญาโท	1	0.45

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
N=221		
อาชีพ		
รับจ้าง	107	48.42
แม่บ้าน	46	20.81
รับราชการ	10	4.52
เกษตรกร	50	22.62
รัฐวิสาหกิจ	1	0.45
อื่นๆ	7	3.17
รายได้		
ไม่มีรายได้	12	5.43
<5,000	27	12.22
5,001-10,000	123	55.66
>10,000	59	26.70
ระดับครอบครัว		
เดี่ยว	106	47.96
ขยาย	115	52.04
ผู้ป่วยเด็ก		
ชาย	131	59.28
หญิง	90	40.72
อายุ		
1 ปี	67	30.32
2 ปี	48	21.72
3 ปี	42	19.00
4 ปี	25	11.31
5 ปี	39	17.65

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
N=221		
ลำดับบุตร		
คนที่ 1	115	52.04
คนที่ 2	80	36.20
คนที่ 3	24	10.86
คนที่ 4	2	0.90
โรค		
หลอดลมอักเสบ	22	9.95
หลอดลมฝอยอักเสบ	2	0.90
ไข้หวัด	83	37.56
ต่อมทอลซิลอักเสบ	27	12.22
คออักเสบ	37	16.74
ปอดบวม	50	22.62

4.2 การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.344 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการประเมินมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.544 รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.34 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.419 ด้านทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 3.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.599 และด้านข้อมูล 3.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.429 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนนการสนับสนุนทางสังคม		
	คะแนนเฉลี่ย (\bar{x})	SD	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	3.28	.344	สูง
ด้านอารมณ์	3.34	.419	สูง
ด้านข้อมูล	3.14	.429	สูง
ด้านการประเมิน	3.36	.544	สูง
ด้านทรัพยากร	3.29	.599	สูง

4.3 แหล่งสนับสนุน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มของบุคคลที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนมากที่สุดขณะที่ผู้ดูแลมีเด็กป่วย ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติ พี่ น้องที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดถึงร้อยละ 52.94 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยละ 41.62 และจากกลุ่มเพื่อนร้อยละ 5.42 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แหล่งสนับสนุนของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

แหล่งสนับสนุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ญาติ พี่ น้อง	117	52.94
เพื่อน	12	5.42
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	92	41.62

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และทดสอบความสัมพันธ์ตามอาการสำคัญ ได้แก่ อาการไข้ ไอ น้ำมูกไหล หายใจอึดขัด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.135, p = 0.045$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.284, p = 0.000$) การสนับสนุนด้านข้อมูล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ($r = 0.054, p = 0.423$) ด้านการประเมิน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ($r = 0.044, p = 0.520$) และ ด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ($r = -0.011, p = 0.876$) ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0.135	0.045*
ด้านอารมณ์	0.284	0.000*
ด้านข้อมูล	0.054	0.423
ด้านการประเมิน	0.044	0.520
ด้านทรัพยากร	-0.011	0.876

$\alpha < 0.05$

4.5 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจที่มีระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว สถานภาพการสมรส และลักษณะของครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลที่อยู่กับเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ เด็กอายุ 1 - 5 ปี ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนสูง อาจเนื่องมาจากอาการของกลุ่มนี้มีความชัดเจนของอาการและอาการแสดงคือ เด็กไม่ยอมดื่มนม หรือรับประทานอาหารไม่ได้ ไข้สูง ทำให้ผู้ดูแลสังเกตและประเมินอาการได้ง่าย อีกทั้งการที่เด็กไม่ดื่มนมหรือไม่รับประทานอาหาร จะเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กแสดงอาการร้องไห้ ลักษณะของเด็กที่ไม่สบายมากจะร้องกวนตลอดเวลา การดูแลเมื่อเด็กมีอาการหายใจเสียงดัง หายใจลำบาก หน้าอกบวม หรือหอบ สอดคล้องกับเชาว์ (Chou, 2000) กล่าวว่าภาระของการดูแลของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของแต่ละความต้องการของผู้รับการดูแลเมื่อเปรียบเทียบกับแหล่งประโยชน์ที่มี ระบุว่า เป็นภาวะมากเกินไปทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแล ความเกี่ยวข้องทางสายเลือด การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นจะทำให้เด็กทุกข์ทรมานมาก เด็กจะกระสับกระส่าย ผู้ดูแลจึงสามารถประเมินได้ และรับรู้ว่ามี ความรุนแรงเนื่องจากระบบการสร้างภูมิคุ้มกัน โรคและการเจริญเติบโตของระบบทางเดินหายใจยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ประกอบกับพฤติกรรมด้านสุขอนามัยและธรรมชาติของเด็กที่มักชอบหยิบจับสิ่งของเข้าปาก มีการเล่นของเล่นร่วมกัน เด็กเล็กจึงมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าเด็กโต (ลีชา, สมศักดิ์, และประนอม, 2552)

การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย สอดคล้องกับ House, J.J (1981) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากน้อยแตกต่างกัน และพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการประเมินมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่ผู้ดูแลได้รับการประเมินมากที่สุด จากสถานการณ์ของเด็กที่เจ็บป่วย เนื่องจากเด็กป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกอายุ 1 - 3 ปี การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีอาการรุนแรง ทำให้เกิดการวิตกกังวลขาดความมั่นคงทางจิตใจ จึงได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้องโดยการปรึกษาถึงวิธีการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยมาก่อน ย่อม

เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ครอบครัวต้องใช้เวลา และพลังงานในการดูแลเด็ก ไม่มีเวลาติดต่อกับสังคม ทำให้ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอก สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่สุด และขณะเดียวกันเมื่อเด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทำให้บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่จัดเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การรับรอง ยืนยัน หรือให้ข้อมูลย้อนกลับ ตลอดจนแสดงการยอมรับหรือเห็นพ้องกับความคิดหรือการกระทำอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าสามารถปฏิบัติ และดูแลเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้สามารถนำไปปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยได้ House, J.J (1981) กล่าวว่า การประเมินทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ มั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรมต่อไปในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนสังคมทางด้านการประเมินมีความสำคัญส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถดูแลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย วันทา (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตที่ห้องห้องชนิดถาวรได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ การแบ่งเบาภาระจากคนในครอบครัว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ประกอบกับวิธีการล้างไตทางหน้าท้องเป็นวิธีที่ยุงยาก ต้องได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ และเมื่อมีปัญหาต่างๆสามารถรับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลได้

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงทำให้ผู้ดูแลและเด็กป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ขาดความมั่นคงทางจิตใจ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เป็นครอบครัวขยาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้อาวุโส (ทั้งอายุ และการนับถือตามสายเลือด) มีการไปมาหาสู่ และช่วยเหลือกัน เยี่ยมเยียนเวลาเจ็บป่วย ซึ่งเป็นลักษณะของครอบครัวไทย โดยทั่วไปสมาชิกครอบครัวจะต้องมีความรักใคร่ ร่วมทุกข์ร่วมสุข และมีความปรารถนาดีต่อกัน เมื่อได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จึงเกิดความรู้สึกสบายใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเกิดกำลังใจในการแสวงหาการดูแลสุขภาพของเด็กป่วยได้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับงานวิจัยของ วินัย สวัสดิ์ดิร (2551) ที่กล่าวว่า การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรสามารถเป็นสะพานเชื่อมให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการได้มีโอกาสดูแลซึ่งกันและกัน

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร มีความสำคัญต่อผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยเช่นกัน อาจเนื่องมาจากการได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลฟรีสำหรับสถานบริการของรัฐบาล เมื่อพิจารณาถึงรายได้เฉลี่ย อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน และมีบุตรโดยเฉลี่ย 2 คน ต่อครอบครัว ซึ่งการมีเด็ก 1-2 คน มีความพอเพียงต่อครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชนบท สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพลิน ปรัชญกุลป์ 2548 พบว่าเพื่อนบ้านให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา อาหาร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไปรับยามาให้ผู้ป่วยแทนครอบครัวที่ไม่สามารถมารับยาได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่สำคัญคือ การอยู่เป็นเพื่อน และการพาไปรับบริการตรวจที่สถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้น การสนับสนุนด้านนี้จึงเป็นสิ่งที่คุณดูแลได้รับอยู่เป็นประจำในชีวิตประจำวัน

จากการเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องพึ่งพามุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดจากญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเพื่อน ในการดูแลสังเกตอาการเพื่อนำมาใช้ในการดูแลเด็ก เมื่อได้รับ

คำแนะนำ ข้อมูล ความรู้จากบุคคลรอบข้างแล้วทำให้สามารถดูแลเด็กได้ดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้สามารถประเมินได้ว่าการสนับสนุนทางด้านข้อมูลได้รับน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 4 ด้าน อาจเนื่องมาจากขณะที่อยู่โรงพยาบาลบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีจำนวนน้อย อาจให้ข้อมูลได้ไม่ทั่วถึง และผู้ดูแลยังบอกว่าได้รับข้อมูลจากการดูโทรทัศน์ และอ่านนิตยสารต่างๆ แสดงให้เห็นว่าสื่อต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน

สำหรับแหล่งสนับสนุนของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจมี 3 แหล่ง คือ มากที่สุดคือญาติพี่น้อง ประกอบด้วย บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย และญาติ ซึ่งแหล่งดังกล่าวเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลทั้งในสภาพแวดล้อมเดิมก่อนการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลขณะเด็กเจ็บป่วยคือ ญาติพี่น้อง โดยเฉพาะมารดาของเด็กเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นรายวัน เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยจึงสามารถมาดูแลเด็กได้เต็มที่ การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นมาจากแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลเด็ก ทั้งในสภาวะปกติ และสภาวะเจ็บป่วยของเด็กคือกลุ่มบุคคลที่เป็นญาติพี่น้อง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด บุคคลเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการช่วยดูแล ทำหน้าที่แทน ให้เงิน อาหาร ตลอดจนการปลอบใจ พุดคุยถามข่าวคราวโดยเฉพาะในสังคมไทยชนบทที่สถานที่มีความผูกพันแน่นแฟ้นในระบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือกันตลอดเวลา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้อาวุโสหรือญาติพี่น้องจะมีการปรึกษาร่วมกันให้ได้ความหมาย การหาวิธีการดูแล การเตรียมการ และการตัดสินใจใช้แหล่งบริการรักษานั้นๆ ตามความเข้าใจ และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ซึ่งการเลือกใช้แหล่งบริการเมื่อมีการเจ็บป่วยการตัดสินใจส่วนใหญ่จะขึ้นกับมารดาเด็ก และญาติผู้ใหญ่ให้การสนับสนุนโดยอาศัยจากการใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ที่เคยเป็น เคยทำ และญาติหรือเพื่อนบ้านให้การแนะนำ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า แหล่งสนับสนุนที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในการแสวงหาการดูแลสุขภาพนั้น คือ บุคคลที่เป็นญาติพี่น้อง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่มีเด็กป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.135, p = 0.045$) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยอาจแสดงให้เห็นว่าผลที่ได้โดยรวมมีการสนับสนุนพฤติกรรมทางสังคม แต่เมื่อพิจารณารายด้านยังพบว่าพฤติกรรมบางอย่างผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติ แสดงว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี หรือในทางตรงข้ามถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโคเฮนและวิลส์ (Cohen & Will, 1985 : 310 - 353) ที่ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพและจิตมนุษย์ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยช่วยให้ความเครียดลดลงซึ่งความเครียดนี้เกิดจากการที่เราารู้สึกว่าตนเองไม่สามารถช่วยตัวเองได้ รู้สึก

ด้อย และไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง ซึ่งเป็นเหตุให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสี่ยงและเกิดการล้มเหลวในการดูแลสุขภาพ และเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 255-256) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้เกิดความสำเร็จในการปรับตัว ส่งเสริมความพึงพอใจ และดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคม คือ ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Basic Human Need) ระบบการคำนึงสนับสนุนจะทำให้บุคคลเห็นศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียด นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าตนได้รับความรัก มีคุณค่า และการยอมรับ รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลหรือมารดาเป็นผู้อยู่ในสถานการณ์ของการเจ็บป่วยเช่นเดียวกันกับเด็กป่วย เพราะในฐานะที่ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา เด็กที่ป่วยเป็นบุตรคนแรก จะต้องให้การดูแลสุขภาพเด็กทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บางครั้งขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของขั้นตอนในการดูแลเด็กเมื่อเกิดการผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว ออกบูม ไข้สูง วิธีการเช็ดตัวลดไข้ การดูดเสมหะ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลหรือมารดาเกิดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก กังวลว่าตนเองไม่สามารถให้การดูแลเด็กได้ตามคำแนะนำ เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ตลอดจนเกิดความเครียดจากการต้องดูแลเด็ก ดังนั้น ผู้ดูแลหรือมารดาจึงต้องการการปลอบโยน ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจจาก ญาติพี่น้อง Caplan (1974) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนของสามีว่า เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือภรรยาด้านอารมณ์เพื่อให้มีความสามารถในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ เพื่อบำบัดการเจ็บป่วยของเด็กตามที่คาดหวังได้ การที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมและเพียงพอทุกด้านทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กป่วยได้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กป่วยของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.284, p = 0.000$) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้คือ ผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ไม่ปลอดภัย ผู้ดูแลจึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์มาก ซึ่งอาจรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย โกรธ หรือวิตกกังวลต่อความสามารถในการดูแลเด็กป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ สามารถระบายความรู้สึกคับข้องใจ คาดหวังว่าจะมีคนคอยช่วยในยามทุกข์ การตอบสนองความต้องการเหล่านี้จึงเป็นแรงกระตุ้นทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องความรู้สึกเหล่านี้เป็นความต้องการทางด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Thoits (1986) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือ ข้อมูล จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การสนับสนุนจากญาติพี่น้องด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลหรือมารดาในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนจากคนใกล้ชิด ญาติพี่น้องเป็นการสนับสนุนในระดับลึก

หรือระดับแคบ ซึ่ง Gottlieb (1985) กล่าวว่า เป็นการสนับสนุนที่พบได้ในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมมากที่สุดได้แก่ สามี ภรรยา ซึ่งการสนับสนุนที่ได้รับเป็นการสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักห่วงใยซึ่งกันและกัน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนจากญาติพี่น้องในการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลหรือมารดาในการดูแลเด็กที่ป่วยเป็น โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

การสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = 0.044, p = 0.520$) แสดงว่า ผู้ดูแลหรือมารดาส่วนใหญ่ที่ได้รับการประเมินคุณค่าซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ อาจจะส่งผลให้บุคคลมีความเข้าใจและมองเห็นศักยภาพเป็นของตนเอง ประเมินตนเองได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เมื่อพานบุตรกลับไปรักษาตัวที่บ้านสามารถประเมินได้เกี่ยวกับการป้องกันโรค เช่น การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค โดยไม่ให้บุตรคลุกคลีกับผู้ป่วยตลอดจนหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กอยู่ใกล้ควันธูป บุหรี่ หรือควันไฟ แต่ในความเป็นจริงแล้วเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลหรือมารดาส่วนใหญ่ต้องทำงานรับจ้างเพื่อหารายได้ช่วยครอบครัว ไม่ได้ดูแลบุตรตลอดเวลาและต้องฝากบุตรไว้กับญาติพี่น้อง นอกจากนี้ อาจประเมินได้ว่าอาการของระบบติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่ไม่รุนแรง รักษาได้ง่าย จึงไม่ได้ให้ความสำคัญของโรคมามากนัก แต่จะให้ความสำคัญขณะที่บุตรเจ็บป่วยเหมือนนอนโรงพยาบาลมากกว่า

การสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = -0.011, p = 0.876$) แสดงว่า เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย มีอาการไอ หายใจลำบาก หน้าอกบวม ซึ่งอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อาชีพรับจ้าง เห็นความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจมากกว่า ผู้ดูแลอาจไม่สามารถประเมินอาการเหล่านี้ได้ เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้จะส่งเสริมให้เกิดอาการที่รุนแรงได้จึงต้องรีบเร่งบำบัดอาการเจ็บป่วยโดยการซื้อยามากินเอง เนื่องจากสถานบริการสุขภาพนั้นอยู่ไกล และต้องเหมารถซึ่งค่าเหมาแต่ละรอบประมาณ 300 - 500 บาท เพราะเด็กมักจะมีอาการผิดปกติตอนกลางคืน ไม่สามารถประเมินหรือดูแลเบื้องต้นได้ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะหวังพึ่งพิงบริการจากสถานบริการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น และสอดคล้องจากการศึกษานำร่องพบว่า การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่สำคัญคือ การอยู่เป็นเพื่อน และการพาไปรับบริการตรวจที่สถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ท้องถิ่นของตนเอง ทำให้การสนับสนุนด้านนี้เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับอยู่เป็นประจำในชีวิตประจำวันทำให้การทดสอบที่ได้ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

การสนับสนุนด้านข้อมูล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = 0.054, p = 0.423$) อาจกล่าวได้ว่าเมื่อเด็กมีอาการผิดปกติขณะที่อยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้ ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจที่จะแสวงหาการดูแลสุขภาพรักษาแผนปัจจุบัน จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ อายุ 1-3 ปี เป็นบุตรคนแรก เด็กที่อายุน้อยจะร้องกวนไม่สามารถบอกอาการต่างๆ ของตนเองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลกลัว วิตกกังวล เมื่อเด็กมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจึงจำเป็นต้องการทราบถึงการดูแลและข้อมูลการเจ็บป่วยตลอดจนการประเมินการปฏิบัติ และการนำพาไป

ตรวจรักษา และเมื่อขณะอยู่โรงพยาบาลจะมีแพทย์ พยาบาล คอยช่วยเหลือซึ่งการดูแลเด็กบางอย่างต้องหมั่นสังเกต และประเมินอาการที่รุนแรงเมื่อเด็กมีอาการผิดปกติได้ ซึ่งในทางปฏิบัติจริงแล้วถึงแม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ผู้ดูแลก็ไม่สามารถประเมินอาการที่รุนแรงหรือผิดปกติได้ และเมื่อเกิดอาการแล้วไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไร ซึ่งทักษะดังกล่าวต้องได้รับการฝึกฝนและต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และบางครั้งเด็กต้องนอนโรงพยาบาลจึงต้องมีการคัดเปลี่ยนหมุนเวียนของผู้ดูแลในการดูแลเด็กเมื่อนอนโรงพยาบาล ทำให้การทดสอบที่ได้ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจได้ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ถ้าไม่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และสิ่งเร้าอื่นๆร่วมด้วย อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็กได้



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุน ตลอดจนหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองกับแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุ 1-5 ปี จำนวน 221 ราย โรงพยาบาลมหาราชนิเวศน์ราชสิริมา โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของ House, J.J. (1981) เป็นกรอบในการศึกษา ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดย

1. จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแหล่งสนับสนุน
2. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 3.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.344 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการประเมินมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.544 รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.34 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.419 ด้านทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 3.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.599 และด้านข้อมูล 3.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.429

2. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มของบุคคลที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนมากที่สุดขณะที่ผู้ดูแลมีเด็กป่วยส่วนใหญ่นับได้รับความช่วยเหลือจากญาติ พี่ น้องที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดถึงร้อยละ 52.94 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยละ 41.62 และจากกลุ่มเพื่อนร้อยละ 5.42

3. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และทดสอบความสัมพันธ์ตามอาการสำคัญ ได้แก่ อาการไข้ ไอ น้ำมูกไหล หายใจอึดขัด พบว่าพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.135, p = 0.045$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.284, p = 0.000$) รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็ก

ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = 0.044, p = 0.520$) การสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = -0.011, p = 0.876$) และการสนับสนุนด้านข้อมูล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ($r = 0.054, p = 0.423$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจเมื่อมีอาการไอ อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล หายใจหอบ ออกนํมึน นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดาที่ดูแลบุตรเอง และเป็นบุตรคนแรกซึ่งไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กมาก่อน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านบริการพยาบาล และทีมสุขภาพ ควรมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพที่เน้นถึงระบบบริการสุขภาพท้องถิ่นนั้นๆ เช่น ด้านข้อมูลโดยให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ด้านการประเมิน โดยแนะนำและสังเกตอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล การสอน การสาธิตวิธีการดูแลเด็กเมื่อมีอาการผิดปกติแก่ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่พื้นที่เดียวกัน ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นคนตัดสินใจในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ

2. พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดซึ่งควรคำนึงถึงกลุ่มญาติพี่น้องที่เป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลโดยให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้องภายในครอบครัวและชุมชน ด้วยวิธีการดูแล และการใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาเจาะลึกถึงความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในวัยต่างๆ เช่น มารดาที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2. ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพ ในลักษณะตัวแปรอื่นๆ เช่น การเข้าถึงบริการ การประกันสุขภาพ คุณภาพการพยาบาล เป็นต้น

บรรณานุกรม (Bibliography)

- กิดานันท์ มลิทอง. ไอทีเพื่อการศึกษา. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์; 2548.
- จิราพร พงศาสนองกุล. Chest physiotherapy. ใน อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์, ชิติดา ชัยศุภมวงคตลาภ, จงรักษ์ อุตราชต์กิจ, หลุทัย กมลารณ์ และธีรเดช คุปตานนท์ (บรรณาธิการ), ตำราการบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็กสำหรับแพทย์และพยาบาล. The Essentials of pediatric respiratory care (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 185-194). กรุงเทพฯ : บียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์ ;2550.
- จุฑาภรณ์ ขำขันธมาลี. ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมของ มารดาในการดูแลบุตรอายุ 0 – 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ. รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;2553.
- เฉลิมพร ถิษฐ์ผาด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2555; 27(4) : 347-53.
- ชุมศักดิ์ พุทธยาพงษ์. 10 โรคคุกคามคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. ไกล่หมอ : กรุงเทพฯ ;2548.
- ข้อผกา จิระกาล. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว : กรณีศึกษานำร่อง. รายงาน การศึกษาอิสระ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- ดุสิต ขาวเหลือง. การบูรณาการใช้สื่อประสมและสื่อหลายมิติเพื่อการสอนและการเรียนรู้. วารสารศึกษาศาสตร์ 2544 ;18(1):29 – 44.
- นงลักษณ์ จินตนาดิกล. การพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยเด็ก. ใน บัญจางค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, ฟองคำ ติลกสกุลชัย และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก (หน้า 205-218). กรุงเทพฯ พรึ วัน ;2551.
- นวลจันทร์ ปราบพาด และคณะ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพฯ: ชมรมโรคหัวใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ;2549.
- นิตยา เอกวัฒน์. ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมกับอาการหอบกำเริบหลังการรักษาในเด็กป่วยโรคหืดหลอดลม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล;2540.
- นุชจรี อิ่มมาก. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรสการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;2552.

บทเรียนการบริหารผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (กลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม).

กรุงเทพฯ : ชุมชนุสสทกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย ;2546.

ประยงค์ เวชวานิชสนอง & วนพร อนันตเสวี. **กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ ;2550.

พรทิพย์ ขุนจันทร์. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค**

ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขอนแก่นพัฒนศึกษา ตำบลสำราญ อำเภอ

เมือง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;2551.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์. **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

;2551.

เพชรไสว ลีมตระกูล. **โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ การดูแลบำบัดทางการพยาบาล**. ขอนแก่น:

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;2543.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. **ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การทบทวนองค์ความรู้**

สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ;2542.

ไพลิน ปรัชญคุปต์. **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. ขอนแก่น:

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.

ไพศาล เลิศฤดีพร และ มุกดา หวังวีรวงศ์. **ความรู้เรื่องโรคหอบหืดในเด็ก**. กรุงเทพฯ : ภาควิชากุมารเวช-

ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ;2544.

มณีนรัตน์ บัณฑิตวงษ์. **การประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการศึกษา รูปแบบ การ**

ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;2543.

มุตตา คุณวงศ์ และ รุจิรา ดวงสงค์. **ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดน้ำหนักรวมในผู้ป่วย**

ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน

ทางสังคมตำบลบ้านภูอำเภอวังสามหมอจังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2553; 3(3) : 11-20.

มนตรี ตู้อินดา, ชลิตรัตน์ วัฒนชัย, นวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร และสุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. **Guideline optimal**

care in Pediatric Allergy. กรุงเทพฯ : บริษัท ธรรมสาร จำกัด; 2544.

รุ่งจิตร เต็มต่อ และคณะ. **สรุปรายงานการป่วย**. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระ

บรมราชูปถัมภ์ : กรุงเทพฯ ;2552.

รัตนาวดี ขอนตะวัน และ พัชรี วรกิจพูนผล. โรคหอบหืดในเด็ก ความรู้ ความต้องการและประสบการณ์การดูแลของบิดามารดา. **พยาบาลสาร** 2547; 31(3), 16 – 45.

ลีอชา วานรัตน์, สมศักดิ์ ชัยพิพัฒน์, และประนอมภูวนัตตชัย. **หลักเกณฑ์การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อและอันตรายในสถานรับเลี้ยงดูเด็ก**. ค้นเมื่อ 25 กันยายน 2556 จาก

<http://advisor.anamai.moph.go.th/262/26207.html>; 2552.

วาสนา ไชยวงศ์ สุธิศา ล่ามช้าง & วิมล ธนสุวรรณ. **สิ่งก่อกวนความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนล่างเฉียบพลัน**. **พยาบาลสาร**; 2547. 31(3), 29-45.

วินัย สวัสดิ์วร. **การล้างไตทางช่องท้อง**. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : กรุงเทพฯ; 2551.

วิภา ริชชัยพิชิตกุล. (2550). **โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง = Lower respiratory tract infection**. ขอนแก่น : คลังนานา.

ศิริธานี อิ่มน้ำขาว. **การรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแล : การศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;2548.

สรศักดิ์ โล่จินดา. **Infectious upper airway obstruction**. กรุงเทพฯ:ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2549.

สิรินาถยา วงศ์वाल. **การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ;2551.

สุกัลยา คงสวัสดิ์. **รายงานผลสำเร็จการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557**. หน้าที่ ก่อปี่ : กรุงเทพฯ; 2557.

สุชา จันทร์เอม. **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช ;2541.

สุชาดา ศรีทิพวรรณ, ชัยณู พันธุ์เจริญ และอุษา ทิสยาพร.(บรรณาธิการ). **Pediatric Health Children Healthy World**. ปทุมวัน: ธนาเพลส จำกัด ;2548.

สุภาพ อิ่มอ้วน. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.

สุกรี สุวรรณจุฑะ. **กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า 2**. กรุงเทพฯ : ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

อมรรักษ์ งามสวย. **บทบาทพยาบาลด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กป่วย**. **พยาบาลสาร** 2551; 35(3).

อรทัย วันทา. **พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

Backofen DE, Roger MC. **Pediatric Intensive Care**. ;1987.

Caplan, G. **Support system and Community Mental Health**. New York : Behavioral Publication; 1974.

- Cobb, S.. Socail Support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 1979; 38 (September-October), 300-314.
- Chou. K.L. Assessing Chinese adolescents' social support: the multidimensional scale of perceived social support. **Personality and Individual Differences** 2000. 28(2), 299-307.
- Downes. J.J. **Acute upper airway obstruction**. In : Annual refresher course lectures. A.S.A. Annual meeting 1980; 535.
- Francis, N. et al. Developing an interactive booklet an respiratory tract infection in children for use in primary care consultation. **Patient Education and Couselling** 2008. (73), 286–293.
- Gottlieb. Social support and community mental health. Sheldon Cohen and S. Leonard Syme (eds.), **Social Support and Health**: 303-326. New York: Academic Press; 1985.
- Hinkle, D.E, William, W. & Stephen G. J. (1998). *Applied Statistics for the Behavior Sciences*. 4 th ed. New York: Houghton Mifflin.
- House, J.J. **Work Stress and Social support**. London: Addison Wesley Publishing Company; 1981.
- Kahn, R. L. **Aging and Social Support**. In M. W. Riley (Ed), *Aging from birth to death :Interdisciplinary perspectives* (pp.77-91). Cororado Boulder : Westview Press; 1979.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., and Gore, S. Social support and Health. **Medical Care** 1977; 15(May): 47-58.
- Koehoorn, M. et al. Descriptive Epidemiological Features of Bronchiolitis in a Population Base Cohort. **PEDIATRICS** 2008; **122**(6), 1196-1203.
- Marcia S. & Jeanette L. **Community & Public Health Nursing**. America : St. Louis; 2004.
- Pender, N.J. **Healthy Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. California : Appleton & Lange; 1987.
- Plint, A.C., et al. **Predicting the development of severe bronchiolitis among an emergency department cohort : a multi-centre study.**[Abstract]. Department of Pediatrics. ;2008.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. & Lazalus, R. The Health-Related function of Social Support. **Journal of Behavioral Medicine** 1981. 4, 381-406.
- Subharee Suwuanjutha. et. al. Respiratory Syncytial Virus-Association Lower Respiratory Tract Infection in Under 5 Year old children in a Rural community of central Thailand, A population Base Study. **Journal of medical association Thai**, 85(4). 1111-1119; 2002.
- Thoits, P. (1986). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior**, 23, 145 – 159.
- Unicef. (1998). **The state of world's children** . USA : Oxford University press; 1998.

Weber MW, Mulholland EK, Greenwood BM. Respiratory syncytial virus infection in tropical and developing countries. **Trop Med Int Health**. 1998; 3(4): 268-280.

World Health Organization: WHO. **Who classification of ARIC, case management Chart 1990**.
Switzerland : Who publication; 1990.

World Health Organization: WHO. **Who classification of ARIC, case management Chart 1994**.
Switzerland : Who publication; 1994.

Yeolekar, L.R., et al. Respiratory Viruses in Acute Respiratory Tract Infection. **Indian J Pediatric** 2008.
75(4):341-5.



ประวัติผู้วิจัย

1. ชื่อ (ภาษาไทย) นาง ภรณ์ อนุสนธิ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Paranee Anusonthi
2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้พร้อมโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง นครราชสีมา
โทรศัพท์ 044- 223515
email address: paranee@sut.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	วัน เดือน ปี ที่ สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา
ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง	15 มีนาคม 2548	วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี นครราชสีมา
วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต (พย.ม.)	15 ตุลาคม 2553	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

