

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคติดเชื้อและพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตร
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของมารดาที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในเด็ก
3. ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข
4. แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อของมารดาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อในเด็กตามวัฒนธรรมท้องถิ่น
5. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรักและความผูกพันของมารดาที่มีต่อบุตร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรส่วนบุคคล

#### 1. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคติดเชื้อ และพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตร

##### 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

ความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

คาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1966, อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก 2534:20-23 ) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไว้ว่าเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่

พฤติกรรมกรรมการป้องกันอื่นๆเช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจคลื่นหัวใจ หรือตรวจฟันเป็นระยะๆ อาจจะไม่ป้องกันความเจ็บป่วย แต่จะช่วยให้บุคคลนั้นพบอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น จะได้ทำการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ทำให้บุคคลได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยน้อยลง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพเน้นเฉพาะเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค เป็นการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง ( มัลลิกา มัติโก 2530: 11 ,อ้างถึงใน ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ 2536 : 11-12 ) ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintainance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยการหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

2. การป้องกันโรค ( Disease Prevention ) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย หรือเป็นโรคต่างๆ การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น

### **พฤติกรรมการป้องกันโรค : มุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรม**

การมองพฤติกรรมสุขภาพในสาขานักสังคมศาสตร์มุ่งเน้นไปที่การเชื่อมโยงพฤติกรรมกับระบบสังคมวัฒนธรรม นักสังคมศาสตร์มีความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วย หรือพฤติกรรมการเขียวยารักษาของประชาชน ตลอดจนพฤติกรรมผู้ป่วยนั้นสะท้อนระบบสังคม วัฒนธรรม ความเข้าใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมทำให้เข้าใจสาเหตุแห่งพฤติกรรม ในทัศนะของนักสังคมวิทยาจะบอกว่าพฤติกรรมสุขภาพคือพฤติกรรมในขณะที่บุคคลยังไม่เกิดพยาธิสภาพ ( ความเจ็บป่วย ) ฉะนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่คนพยายามกระทำเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย พฤติกรรมความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับความรู้สึกละการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เป็นเรื่องของการแสวงหารักษาในรูปแบบที่หลากหลาย ภายใต้ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ โดยการแสวงหารักษาจะขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เขาอาศัยอยู่รวมทั้งสถานการณ์ต่างๆ (มัลลิกา มัติโก 2534 : 23 )

การศึกษาในเชิงสังคมศาสตร์จึงเป็นการมองภาพรวมของชุมชนทั้งหมด ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงพฤติกรรมอื่น ๆ ที่อาจเป็นทั้งผลดี และผลเสียต่อสุขภาพ และเมื่อถึงเวลาที่ต้องแก้ปัญหาโดยเราทราบว่าพฤติกรรมที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพเปลี่ยนแปลงยาก เราก็ควรไปส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นผลดีแทน ยิ่งถ้าพฤติกรรมที่เป็นผลดีนั้นเป็นที่ยอมรับของประชาชนก็จะไปคานกับพฤติกรรมที่ไม่เป็นผลดีจึงเป็นหนทางหนึ่งที่แก้ปัญหาได้ ( ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2524 ,อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก 2534: 25-26 )

ในแนวคิดทางมนุษยวิทยาและสังคมวิทยาการแพทย์ ระบบการแพทย์ คือ แบบแผนของสถาบันทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีวิวัฒนาการมาจากพฤติกรรมของมนุษย์ต่อสุขภาพ (Dunn 1976, อ้างถึงใน วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ 2534: 4-8) ระบบการแพทย์เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรม เป็นทั้งระบบสังคมและวัฒนธรรมย่อยที่ประกอบขึ้นด้วยส่วนต่าง ๆ อันสลับซับซ้อน นับแต่ความคิด ความเชื่อ พิธีกรรม สัญลักษณ์ บทบาท บรรทัดฐาน จนถึงเทคนิคและเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ( ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุปโยคิน 2533: 64)

ดัน (Dunn 1976, อ้างถึงใน วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ 2534:4-8) ได้ให้แง่คิดว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรม ( Cultural system ) นิยามของ “ระบบวัฒนธรรม” ใน

ความหมายของค่านิยม (Dunn 1976, อ้างถึงใน วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ 2534: 4-8) เป็นการผสมผสานของ ค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติซึ่งแสดงออกในรูปของภาษา เครื่องมือเครื่องใช้ และเทคโนโลยี ตลอดจนสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย ค่านิยม (Dunn 1976, อ้างถึงใน วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ 2534: 4-8) อธิบายโครงสร้างของระบบวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมด้วยรูปปิรามิด ฐานของปิรามิด ในทัศนะของค่านิยม (Dunn 1976, อ้างถึงใน วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ 2534: 4-8) ก่อขึ้นด้วยค่านิยมซึ่ง มนุษย์โดยทั่วไปยึดเป็นหลักอยู่ 4-5 ประการ กล่าวคือ

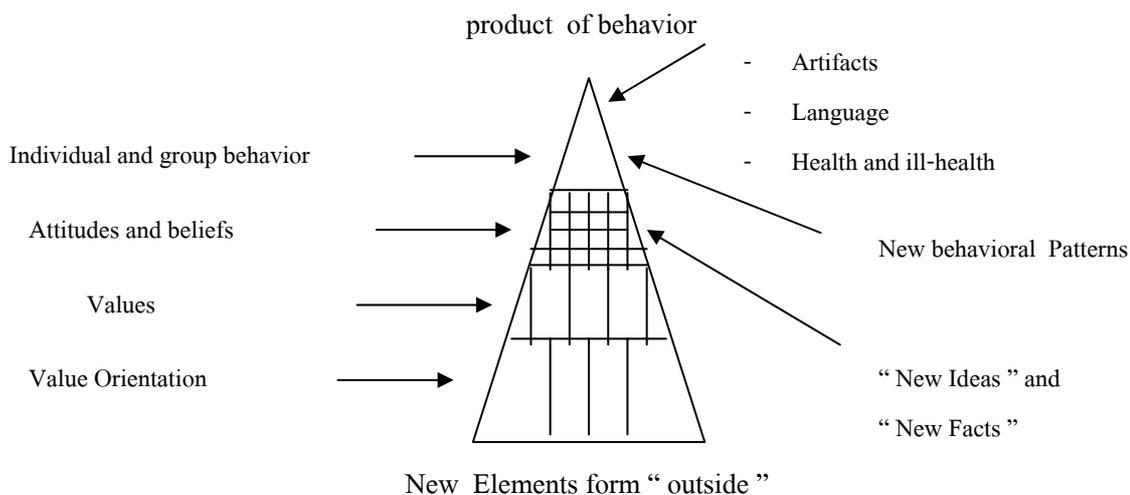
1. มนุษย์กำหนดตำแหน่งของตนเองไว้ตรงจุดไหนในส่วนของธรรมชาติ มนุษย์เป็นนายเหนือธรรมชาติ เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติอยู่ใต้อาณัติกำหนดกฎเกณฑ์ของธรรมชาติหรือทำหน้าที่ พิทักษ์อนุรักษ์ธรรมชาติให้ดำรงคงอยู่ ซึ่งเงื่อนไขข้อนี้เป็นตัวกำหนดปรัชญาในการดำเนินชีวิตของ มนุษย์ทั้งในรูปของศาสนา ศิลปวัฒนธรรม และการพัฒนาเทคโนโลยี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับผู้อื่นในสังคมเป็นอย่างไร (man to man) อยู่ในวัฒนธรรม ที่เน้นการประนีประนอม โอนอ่อนผ่อนตาม เกรงใจ ความรักใคร่ผูกพัน หรือเป็นสังคมที่เน้นการแข่งขัน ในระบบตัวใครตัวมันด้วยความสามารถและกลยุทธ์อื่นๆ

3. มนุษย์นึกถึงตนเองอย่างไร (man to himself) ความไม่ยึดมั่นในตัวตนตาม แนวปรัชญา ของพระพุทธศาสนา ก็เป็นตัวอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตอย่างสมณะของชาวพุทธ

4. ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งเหนือธรรมชาติ (man to the supernatural world) มนุษย์มีความคิดความเชื่อในเรื่องของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ภูตผีปีศาจ เทพเจ้าอย่างไร สิ่งเหล่านี้เป็น เงื่อนไขหนึ่งที่จะเข้ามากำหนดพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลของมนุษย์ การที่คนไปหาคนทรงเป็น วิธีหนึ่งที่จะทำการคิดต่อเทพเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์โดยคนทรงเจ้าทำหน้าที่เป็นคนกลางเพื่อสื่อให้ ผู้ป่วยได้รู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่สำคัญของความเจ็บป่วย และสามารถแก้ไขได้อย่างไร

5. ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับกาลเวลา (man relationship to time) มนุษย์ของอดีต ปัจจุบัน และอนาคตอย่างไร สาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บในบางสังคม วัฒนธรรม อาจอธิบายได้ด้วย “กรรมเก่า” ที่ติดตามมาในชาตินี้หรือการกระทำคุณงามความดีในปัจจุบันจะส่งผลที่ดีในอนาคต



แผนภูมิที่ 1 ระบบวัฒนธรรม (A Cultural System)

ที่มา : มัชยา แซ่จิ่ง , “ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค” (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2547) , 33.

ดัน (Dunn 1976, อ้างถึงใน มัชยา แซ่จิ่ง 2547: 33) ให้แนวคิดว่าค่านิยม 5 ประการนี้ดำรงอยู่อย่างมั่นคงในแต่ละวัฒนธรรม ส่วนฐานขั้นที่อยู่เหนือค่านิยมขึ้นมาเป็นเจตคติ ความเชื่อ ซึ่งสอดคล้องประสานและสร้างขึ้นจากค่านิยมพื้นฐาน ซึ่งขั้นนี้สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าขั้นแรก ส่วนที่ยอดของปิรามิดซึ่งเป็นช่องสี่เหลี่ยมเล็ก ๆ นั้น คือ พฤติกรรมของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่ม ซึ่งเกิดผลและเติบโตขึ้นมาจากรากฐานเดียวกันซึ่งส่วนยอดนี้จะสามารถเปลี่ยนแปลงหรือถูกแทนที่ได้ตลอดเวลา เมื่อบุคคลได้รับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

ดัน (Dunn 1976, อ้างถึงใน มัชยา แซ่จิ่ง 2547: 33) อธิบายว่าส่วนยอดของปิรามิด ซึ่งรูปธรรมของระบบวัฒนธรรมนี้เองเป็นที่เกิดของพฤติกรรมมนุษย์ในรูปแบบของภาษา เครื่องมือเครื่องใช้ สุขภาพอนามัย ความเจ็บไข้ได้ป่วย ความคิด และสัจธรรมใหม่ๆ และให้เป็นตัวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิด ค่านิยม และพฤติกรรมในฐานรากทั้ง 2 ระดับ แต่จะสามารถเปลี่ยนแปลงหรือแทนที่กระบวนการความคิด และพฤติกรรม เดิมได้มากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับศักยภาพของสิ่งใหม่ที่จะเข้ามาแทนที่ว่าจะสามารถสอดคล้องกับแนวความคิดและพฤติกรรมเดิมได้มากเพียงใด

อย่างไรก็ตาม ถ้ากระแสซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกนั้นรุนแรงและมีอำนาจปิรามิดอาจสลายลงถึงรากฐาน เมื่อถึงจุดนี้แม้แต่ค่านิยมเดิมก็ไม่อาจคงอยู่ ระบบวัฒนธรรมย่อมสูญเสียบูรณภาพ ความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และแบบแผนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

เป็นที่ทราบกันว่าพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เป็นพฤติกรรมที่ก่อเกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การออกกำลังกาย

กายหรือการรู้จักเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากความตั้งใจของบุคคลเพราะจะมีการรับรู้ว่าจะทำให้ตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก ทำให้บุคคลนั้นได้ทำการรักษาเสียแต่เนิ่น ๆ และได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยลดน้อยลง ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดัน(Dunn 1976, อ้างถึงใน มัชยา แซ่จิ่ง 2547: 33) ได้อธิบายว่าสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคนที่ต่อสู้กับความผิดปกติทุกชนิดเพื่อความอยู่รอด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยภายนอกทั้งที่มีชีวิต เช่น เชื้อโรค และทั้งที่ไม่มีชีวิต เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยภายใน เช่น ลักษณะทางกรรมพันธุ์ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความหมายทางสังคม จิตวิทยา และวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยทั้งหมดล้วนมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันอย่างมีเหตุผล และส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลแต่ละคน

นอกจากนั้นในการทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หรือแนวโน้มจะนำไปสู่การกระทำบางอย่างที่มีความหมายต่อการป้องกันโรคซึ่งในที่นี้ คือพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อในเด็กที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยใด แนวคิดที่น่าสนใจและเหมาะสมกับประเด็นที่ศึกษาครั้งนี้คือแนวคิดการอธิบาย เกี่ยวกับความรู้ การยอมรับการแนะนำ ความเชื่อ ความรัก ความผูกพัน และพฤติกรรม ( Explanatory Model ) ซึ่งเป็นแนวคิดที่คำนึงถึงประสบการณ์ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยของบุคคลที่แตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ให้ความสนใจและได้ให้หมายของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ดังนี้ คือ การปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมสุขภาพของบุตรอายุแรกเกิดถึง5ปี เพื่อมิให้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งรวมถึงการส่งเสริมในด้านโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

## 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ( พ.ศ.2530-พ.ศ.2534 )และแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7(พ.ศ.2535-พ.ศ.2539) ประเทศไทยมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศปรับเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง หรืออุบัติเหตุจากการจราจร ส่วนโรคติดต่อร้ายแรงที่เคยฆ่ามนุษย์ครั้งละมาก ๆ เช่นอหิวาตกโรค ก็ค่อย ๆ ลดลงหรือลดความรุนแรงลงไป แต่ปัจจุบันโรคติดต่อกลับสร้างปัญหาไปทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายที่สูงที่สุดในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก ในแต่ละปีมีวัยรุ่นเสียชีวิตจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้มากกว่า 13 ล้านคน ซึ่ง 1 ใน 2 ของการตายเหล่านั้นอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ ( Emerging Infectious Diseases ) สร้างความตื่นตัวไปทั่วโลก เนื่องจากมักจะมีลักษณะการระบาดมีผู้ป่วยและตายเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นยุคของโลกไร้พรมแดนมีผู้อพยพและเดินทางท่องเที่ยวมากมาย ทำให้โรคแพร่ไปสู่พื้นที่ต่างๆ ได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง

ความก้าวหน้าทางการสื่อสารทำให้ข่าวการระบาดแพร่ไปอย่างรวดเร็วจนก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจได้อย่างกว้างขวาง เช่น การระบาดของโรคกาฬโรคที่ประเทศอินเดีย ใน พ.ศ. 2537 ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านการค้า การจ้างงาน การท่องเที่ยว คิดเป็นมูลค่าถึง 37,500 ล้านบาท สำหรับประเทศไทยก็ประสบปัญหาโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่หลายโรค เช่น โรคเอดส์ที่ก่อให้เกิดการระบาดของวัณโรค โรคเท้าช้างที่มาจากการย้ายถิ่นของชาวพม่า โรคคอติบริบาดตามชายแดน เป็นต้น การป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว จึงถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องเตรียมพร้อมและดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

### หลักการป้องกันโรค

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่มีการใช้มากที่สุด คือ ลีวีเวลล์ (Leavell 's level) ซึ่งกำหนดโดย ฮัก ลีวีเวลล์ (Hugh leavell) มีแนวคิดว่าการเกิดโรคเป็นกระบวนการที่มีความเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรค เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องจนเกิดการเสียสมดุลและเกิดเป็นโรค มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเจ็บป่วย ซึ่งอาจให้ผลลัพธ์ เป็นการหายจากโรคป่วยเรื้อรัง พิการ ตาย การป้องกันจึงควรดำเนินการตามขั้นตอนของการเกิดโรคเป็น 3 ชั้น

1. การป้องกันชั้นที่ 1 (Primary prevention: การป้องกันปฐมภูมิ) เป็นการป้องกันในระยะที่ยังไม่เกิดโรค มุ่งเน้นไปที่ผู้ที่มีความไวต่อการเกิดโรค เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรค ประกอบด้วย 2 มาตรการที่สำคัญ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันเฉพาะโรค

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการเสริมสร้างให้คนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่เป็นโรคง่าย โดยการส่งเสริมปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

1.1.1 ปัจจัยทางโภชนาการในการส่งเสริมสุขภาพให้มีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางโภชนาการ เพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร การเป็นโรคอ้วนหรือโรคอื่น ๆ จากการรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ โดยให้ข้อเสนอแนะทางโภชนาการ เช่น

- 1.1.1.1 ควรรับประทานอาหารหลากหลายชนิดและให้มีความสมดุล
- 1.1.1.2 ควรรับประทานอาหารประเภทเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ ให้มากพอ
- 1.1.1.3 รับประทานอาหารประเภทไขมันให้น้อย
- 1.1.1.4 ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม มากเกินไป
- 1.1.1.5 รับประทานอาหารที่ปรุงสุก ไม่รับประทานที่ดิบหรือสุกๆดิบๆ

1.1.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมสุขภาพ เชื้อโรค และสิ่งคุกคามในสิ่งแวดล้อม เข้าสู่ร่างกายได้ทั้งทางผิวหนังโดยการสัมผัส ทางเดินอาหารโดยการกินและทางปอดโดยการหายใจ ผลจากการได้รับเชื้อโรคและสิ่งคุกคามมีทั้งแบบเฉียบพลันเนื่องจากได้รับในระยะเวลาสั้นและปริมาณมากและแบบเรื้อรังจากการได้รับการสะสมเป็นเวลานาน ดังนั้นการป้องกันการได้รับ

การสัมผัสจึงต้องรู้ทางเข้าสู่ร่างกาย และชนิดของเชื้อโรคหรือสิ่งคุกคามนั้น การป้องกันด้านสิ่งแวดล้อม มี 2 วิธี คือ

1.1.2.1 การกำจัดหรือลดสิ่งคุกคาม เช่น การกวาดล้างเชื้อโรคใช้ทรัพย์สิน การใช้ยาฆ่าแมลงที่สกัดจากพืชแทนสารเคมีฆ่าแมลง การใช้น้ำมันไร้สารตะกั่ว

1.1.2.2 การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดน้ำเสีย อูจจาระ ขยะ การควบคุมแมลงนำโรค การสุขาภิบาลอาหาร การปรุงคุณภาพน้ำบริโภค การสงวนรักษาป่าไม้ แหล่งน้ำ และทรัพยากรธรรมชาติ เป็นต้น

1.1.3 ปัจจัยทางพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษาเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาพดี เช่น

1.1.3.1 การให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอ โดยเฉพาะโฟลิก แอสติก (Folic acid) หลีกเลี่ยงการใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น รวมทั้งการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งจะช่วยให้คลอดก่อนกำหนด เด็กน้ำหนักตัวน้อย เด็กพิการหรือ ความผิดปกติอื่นๆ

1.1.3.2 การให้คำปรึกษา พ่อ แม่ ในการเลี้ยงดูบุตร ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยรุ่น เช่น โภชนาการ การให้วัคซีน การตรวจสุขภาพ ความปลอดภัย และการป้องกันอุบัติเหตุ ตลอดจนพัฒนาการ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป

1.1.3.3 การให้คำปรึกษาผู้ที่ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ส่วนใหญ่มีความสำคัญ ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีผล กระทบต่อสุขภาพ อนามัยของผู้สูงอายุด้วย การดื่มสุรา นอกจากจะทำให้เกิดโรคตับ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคประสาท จิตฟั่นเฟือน และอื่นๆ แล้วยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุด้วย การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ประกอบกับลักษณะอาหารที่รับประทานมีแนวโน้มเปลี่ยน ไปเป็นแบบวัฒนธรรมตะวันตกคือมีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมันสูง แต่ไม่มีใยอาหารทำให้เกิดภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง และอื่นๆ พฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างก็ก่อให้เกิด โรคติดต่อได้ เช่น การเดินบนดินไม่สวมรองเท้าเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิปากขอ การเที่ยวล่าสัตว์ทางเพศ การใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ และอื่นๆ การให้คำปรึกษา จึงควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามผล อย่างต่อเนื่อง

## 1.2 การป้องกันเฉพาะโรค ( Specific Protection ) ได้แก่

1.2.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค เป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อ โดยกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคขึ้น หรือให้ภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคที่สร้างขึ้นแล้วแก่ร่างกาย เป้าหมายของการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันมี 3 ประการ คือ กวาดล้างโรค กำจัดโรคในบางพื้นที่ และป้องกันและควบคุมโรค

1.2.2 การป้องกันในสถานะที่มีความบกพร่อง เช่น การให้รับประทานเกลือไอโอดีน เพื่อป้องกันโรคคอพอก การเติมฟลูออไรด์ ในน้ำดื่ม เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคฟันผุในเด็ก

1.2.3 การป้องกันการบาดเจ็บและการได้รับสัมผัสสิ่งคุกคามเฉพาะอย่าง เช่น การสวมหมวกนิรภัยป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะในคนงานก่อสร้าง การใช้เครื่องป้องกันหูในผู้ที่ทำงานในบริเวณที่มีเสียงดัง การใช้หน้ากาก (mask) ป้องกันฝุ่น เป็นต้น

2. การป้องกันขั้นที่ 2 ( Secondary prevention : การป้องกันทุติยภูมิ ) เป็นการป้องกันหลังจากเกิดโรคขึ้นแล้วเพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดการแพร่กระจายโรค โดยการวินิจฉัย โรคให้ได้ในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาทันที วิธีการป้องกันมีดังนี้

2.1 การตรวจคัดกรองโรค ( Screening ) เป็นการตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ปรากฏ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือวิธีอื่นๆที่ได้รวดเร็ว อาจทำในโรงเรียน โรงงาน หรือกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ การตรวจคัดกรองโรคไม่ใช่การวินิจฉัยโรคเป็นเพียงวิธีการสืบค้นหาบุคคลที่มีโอกาสเป็นโรคหรือบุคคลที่เป็นโรคแต่ไม่แสดงอาการ เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง ให้คำแนะนำ และดูแลการรักษาทันเวลา เช่นการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก การวัดความดันโลหิตเพื่อค้นหาโรคความดันโลหิตสูง การตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะเพื่อค้นหาโรคเบาหวาน เป็นต้น

2.2 การตรวจวินิจฉัยโรคเมื่อเริ่มมีอาการและให้การรักษาทันที ( Early diagnosis and prompt treatment ) เป็นการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจอื่นๆเพื่อวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มมีอาการและให้การรักษาทันทีที่จะช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย อัตราการหายขาดเพิ่มมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อน และความพิการต่างๆน้อยลง

3. การป้องกันขั้นที่ 3 ( Tertiary Prevention : การป้องกันตติยภูมิ )

เป็นการป้องกันในระยะที่เกิดความพิการหรือในระยะสุดท้ายของโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ และสามารถฟื้นฟู สมรรถภาพของร่างกายในส่วนที่ยังใช้การได้ โดยการทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ สังคม และการประกอบอาชีพที่เหมาะสม ที่งานที่ดำเนินการประกอบด้วยบุคลากรจากหลายสาขาอาชีพ

### หลักการควบคุมโรค

หลังการควบคุมโรคมานอกจากแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรค คือโรคเกิดขึ้นจากผลการเสียสมดุลระหว่างองค์ประกอบ 3 ประการได้แก่ คน สิ่งที่ทำให้เกิดโรคและสิ่งแวดล้อม จึงควรทำให้องค์ประกอบดังกล่าวอยู่ในสมดุล ดังนี้

#### 1. กำจัดแหล่งรังโรค

1.1 การรักษาผู้ป่วยและพาหะ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ จะช่วยให้รู้สาเหตุของโรค และจำนวนผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาโดยเร็ว เป็นการลดแหล่งแพร่เชื้อแก่ชุมชน ส่วนผู้ที่เป็นพาหะ หมายถึงผู้ที่ตรวจพบเชื้อแต่ไม่มีอาการป่วย สามารถแพร่เชื้อได้ สำหรับพาหะ

ของเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่รักษาให้เชื้อหมดไปโดยใช้ยาต้านจุลชีพ ส่วนพาหะของเชื้อไวรัส เช่น เชื้อเอดส์ หรือตับอักเสบบี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดชีวิตของพาหะ ไม่มีวิธีกำจัดเชื้อออกได้ จึงต้องให้คำแนะนำให้ป้องกันการแพร่เชื้อ

1.2 การแยกผู้ป่วย (Isolation) เป็นการแยกผู้ป่วยไว้จนพ้นระยะอันตรายที่จะแพร่เชื้อโรคไปยังผู้อื่น การที่จะแยกไว้เป็นเวลานานเท่าใดพิจารณาการตรวจหาห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อเช่นตรวจเสมหะ อุจจาระ ปัสสาวะ หรือพิจารณาจากระยะการติดต่อของโรคนั้นๆ เนื่องจากการแยกผู้ป่วยทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ไม่สะดวกในการให้การดูแลรักษา บางกรณีอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันจึงเน้นการระมัดระวังและใช้เครื่องป้องกันอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยทุกราย (universal precautions) โดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายมีเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อที่อยู่ในเลือดตัวอื่น ๆ ที่สามารถแพร่กระจายสู่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ หากไม่ระมัดระวัง และในทางกลับกันก็เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อจากบุคลากรไปสู่ผู้ป่วยด้วย

1.3 การเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรค ผู้สัมผัสโรคหมายถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในระยะติดต่อของโรค ซึ่งอาจได้รับเชื้อและป่วย หรือเป็นพาหะแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น เดิมใช้วิธีการกักกัน (Quarantine) ไว้จนพ้นระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) หรือระยะเวลาการติดต่อของโรคหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกใช้วิธีการกักกันเฉพาะกับกาฬโรค ไข้เหลือง และเอชไอวี โดยเน้นการเฝ้าระวังแทนเพื่อวิเคราะห์ และตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

1.4 การควบคุมสัตว์รังโรค สัตว์เป็นแหล่งของเชื้อโรคหลายโรคซึ่งแพร่มาสู่คนได้หลายลักษณะ เช่น โรคแอนแทรกซ์ (Anthrax) เกิดจากการสัมผัส หนั่ง ขน เลือดของสัตว์ที่เป็นโรค การรับประทานเนื้อสัตว์ป่วย โดยไม่ปรุงให้สุก หรือหายใจเอาสปอร์ของเชื้อเข้าไป การได้รับเชื้อจากการสัมผัสในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน เช่น เลปโตสไปโรซิส โรคติดเชื้อซัลโมเนลลา และที่พบมากที่สุดคือโรคที่นำโดยแมลง เช่น ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ กาฬโรค การควบคุมสัตว์รังโรคจึงมีหลายชนิด ดังนี้

1.4.1 การควบคุมยุง มีหลายวิธีต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม เช่นการพ่นสารเคมี เพื่อกำจัดตัวเต็มวัย มักใช้ในการกำจัดยุง พาหะนำเชื้อไข้มาลาเรีย และใช้ในการควบคุมการระบาดของไข้เลือดออก วิธีนี้มักไม่ใช้ในการควบคุมโรคไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้างเพราะไม่ได้ผล การใช้สารเคมี เช่น ทรายาอะเบทหรือแบคทีเรียกำจัดลูกน้ำ การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทำได้ยากเพราะแหล่งเพาะพันธุ์ยุงมีอยู่ทั่วไป

1.4.2 การควบคุมแมลงวันโดยการกำจัดขยะมูลฝอย มูลสัตว์หรือสิ่งปฏิกูล ไม่ให้แมลงวันมีแหล่งวางไข่ โดยการเผา ฟิ้ง หรือนำไปหมักทำปุ๋ย เป็นวิธีที่ดีที่สุด หรืออาจใช้สารเคมีพ่นทำลายตัวอ่อนหรือตัวเต็มวัย ก็ได้

1.4.3 การควบคุมหนู หนูเป็นสัตว์ที่ขยายพันธุ์ได้เร็ว เป็นศัตรูของมนุษย์ ทั้งในบ้านเรือน และในพื้นที่ทำการเกษตร หนูเป็นพาหะของเชื้อโรค และเป็นที่พักอาศัยของหมัดและไรอ่อน ซึ่งเป็นพาหะสำคัญของกาฬโรค Murine Thyphus และ Scrub Thyphus การป้องกันกำจัดหนูในบ้านเรือน หรือยุงฉาง โดยการปรับปรุงสภาพภายใน และรอบๆบ้านเรือนหรือยุงฉางให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่ให้มีขยะหรือเศษอาหารเป็นที่อยู่อาศัยของหนู โดยการกั้นหนู ( rodent exclusion ) หรือการทำให้อาคารเป็นที่ปลอดหนู เช่นการใช้กรงดัก กับดัก หรือ กาวดักหนู การใช้สารกำจัดหนู ( rodenticide) เป็นต้น

2. การตัดการแพร่เชื้อโรค ซึ่งมีวิธีการดังนี้ คือ การจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การควบคุมแมลงและสัตว์นำโรค การทำลายเชื้อและปราศจากเชื้อ และการจัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3. การป้องกันบุคคลไม่ให้ติดเชื้อหรือเกิดโรค ซึ่งมีวิธีการป้องกันได้ดังนี้

3.1 การให้วัคซีน ปัจจุบันวัคซีนที่มีความสำคัญบางชนิดยังมีความครอบคลุมของการให้วัคซีนไม่เพียงพอในบางพื้นที่ เช่นวัคซีนป้องกันโรคหัด คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก นอกจากนี้ในผู้ใหญ่บางกลุ่มวัคซีนก็ยังมีผลจำเป็น เช่นมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 49 – 66 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีระดับ Antitoxin ต่อโรคบาดทะยักในระดับที่ไม่สามารถป้องกันโรคได้ บาดทะยักเป็นโรคที่ป้องกันได้ และพบในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 70 ดังนั้นจึงควรเน้นการให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในกลุ่มอายุนี้ ส่วนวัคซีนบางชนิดเช่น วัคซีนป้องกันโรคอหิวาตกโรคไม่มีผลในการป้องกันและควบคุมการระบาด เนื่องจากให้ผลในการป้องกันต่ำและอยู่ได้ในระยะสั้น

3.2 การป้องกันด้วยการให้ยาต้านจุลชีพ (Chemoprophylaxis) ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความไวของเชื้อต่อยา การติดเชื้อชนิดเดียวหรือหลายชนิด ระยะเวลาให้ยาที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อและความเข้มข้นของยาในร่างกายที่มากพอ มักจะให้ยาในผู้ที่สัมผัสโรคในการระบาด เช่น โรคไข้กาฬหลังแอ่น ให้ยาผู้สัมผัสโรคในบ้านเดียวกับผู้ป่วยวัณโรค ให้ยาเมื่อรู้ว่าติดเชื้อแล้วเพื่อเป็นการป้องกันพาหะ ข้อจำกัดของการให้ยามีหลายประการเช่น การดื้อยาของเชื้อจุลชีพ มีเชื้อที่ทำให้เกิดโรคหลายชนิด การไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในกรณีที่ต้องให้ยาป้องกันเป็นเวลานาน เป็นต้น

3.3 การป้องกันส่วนบุคคล บุคคลที่มีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรงเป็นการเสริมสร้างความต้านทานโรคของร่างกายให้มีความเข้มแข็งเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรค พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่นรับประทานอาหารที่สะอาด มีสารอาหารครบถ้วน มีปริมาณเพียงพอและไม่มากเกินไป พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการสันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เป็นต้น

3.4 โภชนาการที่ดี การมีภาวะโภชนาการที่ดี การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความสมดุลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วยง่าย

## กลวิธีดำเนินการเพื่อป้องกันโรค

โครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่แข็งแกร่ง จะนำไปสู่การเฝ้าระวังโรคและดำเนินมาตรการต่างๆ ได้ดีขึ้นเป็นการป้องกันและควบคุมการระบาด และทำให้ลดอัตราป่วย และอัตราตายลงได้ในที่สุด กลวิธีการดำเนินการประกอบด้วย

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรค การเฝ้าระวังโรคประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การแปลความหมายข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินการหลังจากได้รับข้อมูล และการประเมินผล ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังโรคเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคจะต้องรวบรวมและวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สามารถพบการเปลี่ยนแปลงที่จะบ่งชี้ถึงการระบาดของโรคได้รวดเร็ว การเฝ้าระวังโรคอาจมีทั้งระบบปกติ (Passive system) เช่นการรายงานจากโรงพยาบาล หรือเฝ้าระวังเชิงรุก (Active system) เช่นในช่วงของการระบาดต้องเฝ้าระวังผู้ที่สงสัยว่าติดเชื้อรวมทั้งออกไปค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่หรือในระยะที่ควบคุมการระบาดได้แล้วก็ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่เพื่อให้แน่ใจว่ามาตรการควบคุมโรคได้ผล

2. การสนับสนุนงานชันสูตรโรค การชันสูตรเป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนการสอบสวนโรค ช่วยยืนยันการป่วยและสามารถจำแนกลักษณะทางระบาดวิทยาของเชื้อได้ ดังนั้นจึงควรเตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการทั้งอาคารที่ทำการ เครื่องใช้ สารที่ใช้ในการตรวจ การพัฒนาบุคลากร การสร้างเครือข่ายที่สามารถประสานสนับสนุนกันได้ในทุกระดับตลอดจนการเชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังโรคด้วย

3. การเตรียมทีมเคลื่อนที่เร็วเพื่อการควบคุมโรค การสอบสวนการระบาดต้องดำเนินการอย่างทันทั่วทั้งที่ สิ่งแรกที่ต้องดำเนินการคือการทบทวนองค์ความรู้ทางด้านระบาดวิทยาของโรค และพิจารณาวิธีที่จะดำเนินการสอบสวนโรค รวมทั้งการค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคในพื้นที่ด้วยการสอบสวนเบื้องต้นมักเป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยโยงใยข้อมูลลักษณะอาการ ผลการชันสูตรโรค ข้อมูลทางระบาดวิทยาและสิ่งแวดล้อม เมื่อได้ข้อมูลเบื้องต้นแล้วจะสามารถศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์เพื่อพิสูจน์สมมติฐาน และสรุปผลการสอบสวนได้ชัดเจนมากขึ้น

มาตรการควบคุมโรคต้องดำเนินการทันทีในขั้นต้นอาจจะยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนให้ใช้มาตรการที่เร่งด่วนก่อน เมื่อผลการสอบสวนโรครู้แหล่งแพร่เชื้อแล้วจึงดำเนินการควบคุมให้ครบถ้วนตรงกับสาเหตุต่อไป

ทีมเคลื่อนที่เร็วควรประกอบด้วย บุคลากรจากหลายสาขาอาชีพ เช่น ระบาดวิทยา แพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญด้านการชันสูตรโรค และผู้ประสานงานกับชุมชนเป็นต้น

จากรายงานการสอบสวนโรค ควรประกอบด้วยข้อมูลการเกิดเหตุการณ์นั้นในเชิงวิทยาศาสตร์ และข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคซึ่งจะเป็นประโยชน์เมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ในอนาคต

4. การจัดระบบประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้กับประชาชน และความสัมพันธ์อันดีกับสื่อ เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรค ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็วทันเหตุการณ์ ข้อมูลที่ให้ต้องไม่สร้างความตื่นตระหนกแก่ประชาชน ควรอธิบายสาเหตุการเกิด และการระบาดของโรคอย่างชัดเจนจะให้การรักษาอย่างไร จะช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ใด และจะหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้อย่างไร เป็นต้น

5. การเฝ้าระวังโรคระหว่างจังหวัด ระหว่างประเทศ และเครือข่าย สิ่งสำคัญคือต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเฝ้าระวังโรคระหว่างจังหวัดหรือระหว่างประเทศ เนื่องจากการเดินทางสะดวก รวดเร็ว ดังนั้นการเชื่อมโยงของเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคจะช่วยทำให้ตื่นตัว และรับรู้ข่าวสารการระบาดได้รวดเร็ว โดยเฉพาะโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ ทำให้สามารถป้องกันและควบคุมการระบาดได้ทันทั่วทั้งที่

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยได้ให้ความสนใจและได้ให้หมายของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคครั้งนี้คือการปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมสุขภาพของบุตรอายุแรกเกิดถึง5ปี เพื่อมิให้ป่วยด้วยโรคติดต่อซึ่งรวมถึงการส่งเสริมในด้านโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

## บททวิศึกษาลักษณ์ปกาส ส่วนลิขสิทธิ์

### 2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดต่อในเด็ก

ความรู้ เป็นนามธรรมที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึง สิ่งเฉพาะอย่างหรือเรื่องทั่วไป เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการจัดระบบข้อมูลใหม่ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษาค้นคว้า การสังเกตหรือจากประสบการณ์ที่ต้องอาศัยเวลาเก็บรวบรวมสะสมไว้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิด และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ฉะนั้นก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ มาก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น

#### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อในเด็ก

โรคติดต่อ (infectious disease) คือ โรคที่เป็นสาเหตุจากจุลชีพที่ก่อโรคได้ โดยร่างกายได้รับจุลชีพนั้นและสร้างสภาวะหรือพยาธิสภาพต่างๆ ให้เกิดขึ้นภายในร่างกายที่เรียกว่าการติดเชื้อ (infection) ดังนั้นการติดเชื้อของแต่ละคนแต่ละครั้งจึงมีลักษณะต่างๆกันขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยต่าง ๆ การติดเชื้อบางอย่างอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ (fulminant infection) เช่น กาฬโรคที่ปอด โลหิตเป็นพิษจากพวกแบคทีเรียแกรมลบบางอย่างไม่ก่อให้เกิดอาการแสดงใดๆแต่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปให้ผู้อื่นได้ (inapparent หรือ subclinical infection) เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แต่บางชนิดโดยเฉพาะพวกไวรัสก่อให้เกิดอาการเมื่อเวลาผ่านไปเป็นเวลานาน อาจเป็นปี ภายหลังการได้รับเชื้อ

นั้น ๆ ( latent infection ) เช่น varicella-zoster virus ซึ่งก่อโรคงูสวัด นอกจากการจำแนกการติดเชื้อโดยใช้อาการแล้ว การติดเชื้อยังมีลักษณะต่างๆดังนี้

การติดเชื้อครั้งแรก(Primary infection) จะก่อให้เกิดอาการของโรคสำหรับการติดเชื้อครั้งที่ 2 (secondary infection) เป็นการติดเชื้อด้วยจุลชีพอีกชนิดหนึ่งตามหลังการติดเชื้อครั้งแรกในบริเวณหรือที่อวัยวะเดิม ส่วนการติดเชื้อร่วมกัน(mixed infection) เป็นการติดเชื้อจุลชีพมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไปในเวลาเดียวกันซึ่งพบมากในการติดเชื้อร่วมกันของพวกแบคทีเรียแอนอโรบ (Anaerobes) และ ฟาล์ลคูเททีป แอนอโรบ (facultative anaerobes)

การติดเชื้อชนิดเฉียบพลัน (acute infection)เป็นการติดเชื้อที่มีระยะฟักตัวสั้น กล่าวคือระยะเวลาตั้งแต่ร่างกายได้รับเชื้อจนถึงแสดงอาการของโรคเป็นระยะเวลาสั้นๆ อาจเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน และเวลาที่เป็นโรคง่ายไม่ยาวนาน เช่น ไข้หวัด โรคคออักเสบ โรคอาหารเป็นพิษ เป็นต้น ส่วนเป็นการติดเชื้อแบบเรื้อรัง (chronic infection) มีทั้งระยะฟักตัวที่ยาวและอาการแสดงของโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน

การติดเชื้อเฉพาะที่ (Localization infection) จะไม่แพร่กระจายไปที่อื่น เช่น การเป็นฝีที่ผิวหนัง จุลชีพบางชนิดเริ่มจากการติดเชื้อเฉพาะที่ ( local )ต่อมาแพร่กระจายไปทางกระแสโลหิตหรือน้ำเหลืองไปยังอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งโดยเฉพาะจะเรียกการติดเชื้อแบบนี้ว่า โฟกัสอินเฟกชัน (Focal infection) เช่น โรคพิษสุนัขบ้า เชื้อบาดแผลจะตรงเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนการติดเชื้อที่แพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทางกระแสโลหิตหรือน้ำเหลือง (generalized หรือ system infection) สภาวะที่พบแบคทีเรียในกระแสโลหิต เรียกว่าแบคทีเรเมีย (bacteremia) ส่วนสภาวะที่แบคทีเรียมีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนภายในกระแสโลหิตเรียกว่าเซปติซีเมีย (septicemia) หากมีทอกซิน ที่แพร่กระจายอยู่ในกระแสโลหิตจะเรียกว่า ทอกซีเมีย(toxemia)

โรคติดเชื้อบางชนิดมีอาการแสดงที่จำเพาะต่อโรค สามารถวินิจฉัยโรคได้จากอาการ เช่นบาดทะยัก โรคไอกรน แต่โรคติดเชื้อบางโรคไม่สามารถแสดงที่จำเพาะ และมีสาเหตุมาจากจุลชีพต่าง ๆ หลายชนิด เช่นโรคปอดบวม ไตอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ในทางกลับกันจุลชีพก่อโรคบางตัวก็ยังสามารถก่อให้เกิดอาการโรคได้หลายแบบต่าง ๆ กัน เช่น สเตรปโตคอคคัส ไพโอจีนัส (Streptococcus pyogenes) สามารถก่อโรคได้ในอวัยวะต่างๆทั้งในระบบทางเดินหายใจ ผิวหนัง กระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคที่เกิดจากปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกันเช่น ไข้รูห์มาติก เฉียบพลัน (acute rheumatic fever) poststreptococcal acute glomerulonephritis ซึ่งมีอาการแสดงของโรคต่าง ๆ กัน

### โรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นใหม่

จากการค้นพบยาปฏิชีวนะและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้เชื่อกันว่าโรคติดเชื้อจะเป็นโรคที่สามารถควบคุมและป้องกันได้โดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาและเป็นสาเหตุการตายมากมายในอดีตที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามสถานการณ์มิได้เป็นอย่างที่คาดการณ์ด้วยว่ามีการค้นพบ

จุลชีพก่อโรคใหม่เพิ่มขึ้น ส่วนจุลชีพก่อโรคที่เคยรักษาได้ง่ายก็มีสายพันธุ์ที่ดื้อยาหลายชนิดเกิดขึ้น ทำให้ยากแก่การรักษา ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไปทั่วโลก จุลชีพที่พบใหม่ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบ ซี, จี และเอช ไอ วี ที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ เป็นต้น จุลชีพที่มีสายพันธุ์รุนแรงในการก่อโรค เช่น อี โคไล : โอ157 : เฮช 7 (E.coli : O157: H7) หรือสายพันธุ์ที่ดื้อยาหลายชนิด ได้แก่ ไมโคแบทีเรียม ทิวเบอร์คิวโลสิส (Mycobacterium tuberculosis) ชิเจลลา ดิสเซนเทอริ (Shigella dysenteriae) เป็นต้น

### แหล่งที่มาของโรค

แหล่งที่อยู่ของจุลชีพก่อโรคจะต้องเป็นที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ของจุลชีพทั้งอาหารและสภาวะที่เหมาะสมต่อการยังชีพของเชื้อ ดังนั้นจุลชีพก่อโรคในคนและสัตว์ส่วนใหญ่จึงมีแหล่งที่อยู่ในร่างกายของคนหรือสัตว์ เนื่องจากเป็นแหล่งที่มีอาหารและอุณหภูมิที่พอเหมาะต่อการเจริญแพร่พันธุ์มากที่สุด นอกจากนี้จุลชีพก่อโรคบางชนิดสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น ดิน น้ำ อากาศ พืช อาหาร วัตถุสิ่งของต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม คนเป็นแหล่งที่อาศัยของจุลชีพก่อโรคที่สำคัญที่สุด ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยระยะที่กำลังแสดงอาการ และแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นได้ หรือผู้ที่เป็นพาหะ (carrier) ซึ่งไม่สามารถแสดงอาการแต่มีเชื้ออยู่ในร่างกายและพร้อมที่จะแพร่ไปสู่ผู้อื่นตลอดเวลา โรคติดเชื้อที่แพร่จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ เรียกว่า โรคติดต่อ (Communicable disease) ตัวอย่างเช่น ไข้หวัด คอตีบ ไอกรน วัณโรค ไข้ไทฟอยด์ ซิฟิลิส หนองใน และเอดส์ เป็นต้น

สัตว์เป็นที่อาศัยหรือรังของโรคของจุลชีพหลายชนิด โดยเฉพาะโรคติดเชื้อในคนที่มิสัตว์และแมลงเป็นพาหะ ได้แก่ โรคแอนแทรกซ์ กาฬโรค เลปโตสไปโรซิส มาลาเรีย ไข้สมองอักเสบเจอี โรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

แหล่งที่อาศัยของจุลชีพในสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือ น้ำ และดิน ซึ่งมีจุลชีพนานาชนิด ทั้งแบคทีเรีย รา โปรโตซัว และหนอนพยาธิ นอกจากนี้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ก็อาจเป็นแหล่งของจุลชีพก่อโรคได้ เช่น ลีจิโอเนลลา นิวโมฟิลา (Legionella pneumophila) ที่พบในน้ำขังที่อุณหภูมิอุ่นๆ ภายในระบบเครื่องทำความเย็น หัวอาบน้ำฝักบัว สเปรย์ฉีดน้ำ เป็นต้น

### โรคติดเชื้อในเด็ก

เมื่อเชื้อโรคลุกลามเข้าไปอาศัยอยู่ในร่างกายเด็กแล้วเจริญเติบโต ทำให้เด็กเจ็บป่วยเราเรียกการเจ็บป่วยนั้นว่า โรคติดเชื้อ เราสามารถวินิจฉัยโรคติดเชื้อหรือค้นหาเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคนั้น ๆ ได้โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจหาไข่มูกพยาธิในอุจจาระเด็ก หรือการตรวจหาเชื้อมาลาเรียในเลือด เป็นต้น

### วิธีที่ร่างกายต่อสู้เชื้อโรค

เมื่อเชื้อโรคลุกลามเข้าไปในร่างกายเด็ก ร่างกายจะพยายามต่อสู้กับเชื้อโรคนั้น ถ้าเด็กมีภูมิคุ้มกันต้านโรคดี ร่างกายก็จะเอาชนะเชื้อโรคได้ และเด็กจะไม่เป็นโรค แต่ถ้าเด็กร่างกาย

อ่อนแอมิภูมิต้านทานโรคต่ำ เชื่อโรจะสามารถเจริญเติบโตแพร่กระจายไปทำให้เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในกรณีที่ร่างกายเด็กมีภูมิต้านทานโรคบ้างแต่ไม่สูงพอที่จะกำจัดเชื้อโรคได้ เชื่อนั้นก็อาจมีอาการป่วยแต่ไม่รุนแรง

เด็กแรกเกิด โดยเฉพาะเด็กเกิดก่อนกำหนดและเด็กขาดสารอาหาร มีภูมิต้านทานเชื้อโรคต่ำ จึงมักเป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย รุนแรง และอาจตายจากโรค เมื่อเด็กโตขึ้นร่างกายจะค่อย ๆ สร้างภูมิต้านทานเชื้อโรคเพิ่มขึ้น เด็กโตจึงไม่ค่อยติดเชื้อโรคง่ายเท่าเด็กเล็ก ๆ

ในบางครั้งเชื้อโรคอาจอาศัยอยู่ในร่างกายของเด็กที่แข็งแรง และภูมิต้านทานโรคดีโดยไม่ทำให้เด็กผู้นั้นเจ็บป่วย แต่เชื้อโรคเหล่านี้อาจจะกระจายไปยังเด็กอื่น โดยเฉพาะเด็กเล็ก ๆ ซึ่งอาจเกิดโรคได้ เราเรียกบุคคลที่แข็งแรงแต่ไม่มีเชื้อโรคที่อาจแพร่กระจายไปยังอื่นๆ ได้นี้ว่า ตัวนำโรค

### การติดเชื้อและการอักเสบชนิดเฉียบพลัน

เมื่อเชื้อโรคที่มีอันตรายเข้าไปในร่างกายเด็ก เชื้อโรคนั้นจะเจริญเติบโตในเนื้อเยื่ออวัยวะที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งทำให้เนื้อเยื่อนั้นเกิดการอักเสบ การติดเชื้อและการอักเสบอย่างเฉียบพลันนี้อาจเกิดขึ้นที่ใดที่ร่างกายก็ได้ แต่พบได้บ่อยและเห็นร่องรอยได้ชัดเจนเมื่อเกิดบนผิวหนัง

อาการเฉพาะที่และอาการทั่วไป ผิวหนังรอบๆบริเวณที่มีอาการอักเสบอย่างเฉียบพลัน เช่นรอบ ๆ ตุ่มหนองฝีจะมีอาการปวด บวม แดงและร้อนซึ่งเป็นอาการเฉพาะที่ของการอักเสบ ส่วนบนของฝีจะมีสีเหลืองและต่อมาจะแตกมีหนองไหล แล้วจึงค่อยๆแห้งและตกสะเก็ด อาการปวดบวมแดงร้อนก็จะค่อย ๆ หายไป แต่อาจมีรอยแผลเป็นเหลืออยู่

เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เนื้อเยื่อเกิดเป็นหนอง เรียกว่า แบคทีเรียเกิดหนอง ( Pyogenic bacteria ) บริเวณที่มีเชื้อโรคนี้อาจมีการอักเสบพร้อมทั้งมีหนองเรียกว่าเกิดการติดเชื้อแบบเซพติก (Septic) โรคต่อมทอนซิลอักเสบ หนองใน หูดบวม ตุ่มหนองต่าง ๆ ตามผิวหนังล้วนเป็นตัวอย่าง การติดเชื้อแบบเซพติกในเด็กที่มีภูมิต้านทานโรคดี ร่างกายจะควบคุมแบคทีเรียเกิดหนองที่เข้ามาทำลายเนื้อเยื่อนั้นให้อยู่เฉพาะที่จึงเกิดการอักเสบเฉพาะตำแหน่งนั้นๆ โดยที่เชื้อโรคไม่ลุกลามเข้ากระแสเลือด และกระจายไปทั่วร่างกาย ทำให้เด็กมีอาการทรุดหนัก เช่น มีไข้ กระสับกระส่าย ซิพจรเต้นเร็ว เบื่ออาหาร เป็นต้น อาการประเภทรุนแรงนี้เป็นอาการทั่วไปของการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน ภาวะที่เชื้อโรคกระจายเข้าสู่กระแสเลือดเรียกว่าโลหิตเป็นพิษ ( Septicaemia) ซึ่งเป็นภาวะรุนแรงและอันตราย เด็กอาจช็อก มือเท้าซีดเย็นและอาจถึงแก่ความตายได้

การกระจายของการติดเชื้อในผิวหนัง เมื่อเชื้อโรคกระจายลุกลามจากบริเวณผิวหนังที่เริ่มมีการอักเสบ ผิวหนังบริเวณรอบๆจะบวมแดงแผ่เป็นวงกว้างขึ้น เชื้อโรคจะขยายอย่างรวดเร็วและแทรกซึมไปได้ผิวหนัง อาการนี้เรียกว่าผิวหนังอักเสบ ( Cellulitis)

ผิวหนังที่หลอดน้ำเหลืองกระจายอยู่ทั่วไป น้ำเหลืองเป็นน้ำใส ซึ่งสร้างขึ้นโดยเนื้อเยื่อปกติทั่วไป น้ำนี้จะไหลกลับสู่กระแสเลือดโดยผ่านทางหลอดน้ำเหลือง ซึ่งเป็นท่อขนาดเล็กๆ จำนวนมากมายที่วิ่งเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองซึ่งมีอยู่ทั่วไปตามตำแหน่งต่าง ๆ ทั่วร่างกายและมีหน้าที่กรองและฆ่าเชื้อโรคต่าง ๆ ก่อนที่จะปล่อยให้ น้ำเหลืองที่กรองแล้วไหลกลับไปลงกระแสเลือด

เชื้อแบคทีเรียจากบริเวณผิวหนังอักเสบอาจลุกลามไปตามหลอดน้ำเหลืองได้ผิวหนังทำให้หลอดน้ำเหลืองอักเสบ เรียกว่าหลอดน้ำเหลืองอักเสบ (Lymphangitis) เมื่อไปถึงต่อมน้ำเหลืองเชื้อโรคนั้นก็อาจเติบโตเอาชนะต่อมน้ำเหลืองได้ทำให้ต่อมน้ำเหลืองอักเสบมีหนองและกลายเป็นก้อนปวดบวมแดงร้อนขึ้นได้เช่นกัน เราเรียกว่าอาการต่อมน้ำเหลืองอักเสบเฉียบพลัน (Acute lymphadenitis) โรคนี้พบได้บ่อยแต่ไม่ค่อยรุนแรงนัก ดังนั้นถ้าพบการอักเสบที่บริเวณใด ควรตรวจดูต่อมน้ำเหลืองที่รับน้ำเหลืองบริเวณนั้นด้วยเสมอว่าเกิดการอักเสบหรือไม่

นอกจากการอักเสบเฉียบพลันแล้วต่อมน้ำเหลืองยังอาจอักเสบเรื้อรังทำให้ต่อมโตกว่าปกติแต่จะไม่เจ็บปวด และไม่รุนแรงนัก ต่อมน้ำเหลืองอักเสบเรื้อรังนี้พบได้บ่อยเช่นที่บริเวณขาหนีบของเด็กที่ชอบเดินเท้าเปล่า และมีแผลเกิดบริเวณตามขาบ่อย ๆ

เชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่มักจะไม่ลุกลามขยายตัวไปมากกว่าบริเวณที่ทำให้เกิดการอักเสบเฉพาะที่ การอักเสบจากการติดเชื้อโดยส่วนใหญ่จึงไม่รุนแรงแต่ต้องเฝ้าติดตามดูอย่างระมัดระวังว่าจะมีอาการแสดงว่าเชื้อโรคกระจายลุกลามไปจากที่นั้นหรือไม่ เช่นตุ่มหนองของผิวหนังอักเสบหลอดน้ำเหลืองอักเสบและต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นอักเสบ และดูว่าเด็กมีไข้สูง ซิพจรเต้นเร็ว และการเจ็บป่วยทรุดลงหรือไม่ ถ้าพบร่องรอยเหล่านี้ต้องนึกไว้ว่าเชื้อโรคอาจกำลังกระจายเข้าสู่กระแสเลือดและอาจทำให้เด็กช็อก หรือตายจากภาวะโลหิตเป็นพิษ จึงจำเป็นต้องรีบให้การรักษาย่างเต็มที่ด้วยยาปฏิชีวนะซึ่งอาจช่วยชีวิตเด็กได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ จะเห็นว่าโรคติดเชื้อเป็นโรคติดต่อที่มีสาเหตุจากเชื้อจุลชีพซึ่งเมื่อร่างกายรับเชื้อโรคนั้นจะแสดงอาการอย่างเฉียบพลันที่อวัยวะส่วนหนึ่ง ส่วนใดของร่างกายนั้น เช่นมีอาการปวด บวม แดง บริเวณที่ติดเชื้อ และจากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความของโรคติดเชื้อในเด็กว่าหมายถึงโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก และโรคอุจจาระร่วงซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

## 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute respiratory infection in children) เป็นโรคที่พบบ่อยทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว และเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราป่วยและอัตราตายสูงสุดในผู้ป่วยบางคนที่รอดชีวิต อาจจะมีคามผิดปกติของระบบ

หายใจและระบบอื่นตามมา เช่น โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมโป่งพอง โรคสมองพิการ หรือ โรคเรื้อรังของระบบอื่นตามมาได้ เป็นต้น

**โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นตั้งแต่ช่องจมูก จนถึง งดลมปอด มีอาการไม่เกิน 4 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

1. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนบน หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับทางเดินหายใจตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงกล่องเสียง โรคที่พบบ่อยได้แก่ ไข้หวัดธรรมดา ( Common cold หรือ Acute nasopharynxgitis) หูส่วนกลางอักเสบเฉียบพลัน ( Acute otitis media ) คออักเสบเฉียบพลัน (Acute pharynxgitis) และต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน( Acute tonsillitis)

2. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่าง หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับทางเดินหายใจตั้งแต่ส่วนบนของหลอดลมคอ ไปจนถึงงดลมในปอด โรคที่พบบ่อยได้แก่ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ( Acute bronchitis) หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน ( Acute bronchiolitis) และโรคปอดบวมเฉียบพลัน( Acute pneumonia)

#### สาเหตุของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

โรคนี้พบได้บ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สาเหตุส่วนใหญ่พบว่าในประเทศกำลังพัฒนาจะเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ สเตรปโตคอคคัส นิวโมเนีย (Streptococcus pneumonia) และ ฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนซา (Haemophilus influenza) ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส

#### ปัจจัยส่งเสริมการเจ็บป่วยของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

1. ฤดูและอุณหภูมิของอากาศ จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบน จะมีมากขึ้นในฤดูฝนและฤดูหนาว โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนฤดู การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิอย่างรวดเร็ว เช่น กลางวันร้อน กลางคืนหนาวหรือการเข้าออกห้องปรับอากาศที่มีอุณหภูมิแตกต่างจากภายนอกมาก จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเช่นกัน การใช้เครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมกับภูมิอากาศจะช่วยลดอัตราป่วยลงได้

2. การอยู่รวมกันมากและภาวะมลพิษ ตัวอย่างได้แก่สถานที่ทำงานหรือบ้านที่อยู่กันแออัด ควันจากบุหรี่ ควันไฟจากการหุงต้ม หรือภาวะมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

3. เพศและอายุ เพศชายและเพศหญิงมีการเสี่ยงต่อการป่วยไม่แตกต่างกันอาการที่เป็นรุนแรงหรือโรคลุกลามสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สำหรับการติดเชื้อไวรัสนั้น เด็กชายมีอัตราการเกิดสูงกว่าเด็กหญิงและทารกมีอัตราป่วยด้วยโรคนี้สูงสุด

4. ภาวะโภชนาการมีรายงานการศึกษาหลายรายงานแสดงว่ามีอัตราการติดเชื้อเฉียบพลันที่ทางเดินหายใจในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการไม่เพิ่มขึ้น แต่ความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้นและอัตราตายสูงขึ้น เนื่องจากเด็กมีภาวะทุพโภชนาการมีระดับของ IgA ในน้ำมูกต่ำระดับคอมพลีเมนต์ในซีรัมต่ำ

ภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell mediated immunity) ถูกกดและสมรรถภาพการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวลดลง นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าภาวะขาดวิตามินเอ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ

5. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา แสดงให้เห็นชัดว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่มีอัตราการติดเชื้อเฉียบพลันที่ทางเดินหายใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6. โรคประจำตัว ผู้ที่มีความพิการของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือทางเดินหายใจ (ที่เป็นแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง) และโรคภูมิแพ้มีการเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อที่ทางเดินหายใจสูง

7. น้ำหนักแรกเกิดน้อย ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีการเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบนสูง

8. ภูมิคุ้มกันโรคในปัจจุบัน ถ้าได้รับวัคซีนครบ จะป้องกันการตายจากปอดบวม ที่เป็น ผลแทรกซ้อนของหัดและไทรอยน ได้ร้อยละ 15-25

#### การแบ่งกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

เพื่อเป็นแนวทางการบริหารจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ในเด็กตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก โดยจำแนกโรคตามแนวทางการรักษาในสถานพยาบาล เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ในสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ และ โรงพยาบาล (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2539 : 3-4)

1. ในสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ คือ เจ้าหน้าที่สถานอนามัยจะได้รับมอบหมายให้สามารถบริหารผู้ป่วยโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกโดยจำแนกโรคตามแนวทางการรักษาออกเป็น

1.1 เด็กที่มาด้วยอาการไอหรือหายใจลำบาก (อายุ 2 เดือน -5 ปี) จะจำแนกโรคดังนี้

1.1.1 ไม่เป็นปอดบวม ส่วนใหญ่ได้แก่โรคหวัด ส่วนน้อยได้แก่ หลอดลมอักเสบ กลุ่มนี้จะได้รับการบริหารที่บ้าน ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ

1.1.2 ปอดบวมไม่รุนแรง ได้แก่โรคปอดบวมซึ่งมีอาการหายใจได้เร็วกว่าปกติ จะได้รับการรักษาโดยการบริหารที่บ้านรวมกับการกินยาปฏิชีวนะ

1.1.3 ปอดบวมรุนแรง ได้แก่โรคปอดบวมที่มีอาการหายใจแรงจนหน้าอกส่วนล่าง บวมเวลาหายใจเข้า กลุ่มนี้จะรวมหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน(Acute bronchiolitis) ซึ่งจะมี เสียงหายใจดังวี๊ดครั้งแรก (First wheezing) รวมด้วยจะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

1.1.4 ภาวะป่วยหนัก จะรวมปอดบวมรุนแรงมาก ได้แก่การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และเชื้อหุ้มสมองอักเสบ(meningitis)ไว้ด้วย เพราะอาการแสดงในเด็กบางครั้งแยกกันได้ยาก กลุ่มนี้จะมีอาการชี้บ่งอันตราย(danger signs)ได้แก่ การไม่กินนมหรือน้ำ ซึมมาก ชัก หายใจมีเสียงฮีด (stridor)หรือมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงในปอดบวมรุนแรงมาก (Very severe pneumonia) และจะต้องรักษาในโรงพยาบาล

ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือนถ้าเป็นปอดบวมถือว่ารุนแรงทั้งสิ้นจะต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล อาการซึ่งอันตรายจะประกอบด้วย ซึมมากหรือชัก คุณคนมน้อยลงมาก หายใจมีเสียงฮีด (stridor) หรือหายใจมีเสียงวี๊ด (wheezing) มีไข้หรือตัวเย็น เด็กที่มาด้วยอาการทางหูและเจ็บคอในรายที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียจะได้รับการบริบาลด้วยยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันโรคหูหนวกและโรคหัวใจรูห์มาติก

## 2. ในโรงพยาบาล

เมื่อรับเด็กป่วยจากเจ้าหน้าที่สถานเอนามัย แพทย์จะทราบการจำแนกโรคตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก และเมื่อตรวจร่างกายพร้อมทั้งการตรวจทางห้องทดลองที่จำเป็นแล้ว แพทย์จะนิยมใช้การแบ่งตามกายวิภาคศาสตร์ (Anatomical classification) ดังนี้

2.1 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนบน (Acute upper respiratory infection) ประกอบด้วย

2.1.1 โรคหวัดธรรมดา ไข้แฉ่งจมูกและคอหอยส่วนบนอักเสบ (Acute asopharyngitis) ไข้หวัด (Common cold, Coryza, URI) โพรงจมูกและคอหอยอักเสบ (Rhinopharyngitis)

2.1.2 คอหอยอักเสบเฉียบพลัน (Acute pharyngitis) ต่อมทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis) คอหอยและต่อมทอนซิลอักเสบ (Pharyngotonsillitis) หูส่วนกลางอักเสบเฉียบพลัน (Acute otitis media)

2.1.3 โพรงกระดูกรอบจมูกอักเสบเฉียบพลัน (Acute sinusitis)

2.2 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่าง (Acute lower respiratory infections) ประกอบด้วย

2.2.1 กล่องเสียงส่วนบนอักเสบเฉียบพลัน (Acute epiglottitis) กล่องเสียงอักเสบ (Laryngitis) กล่องเสียงและหลอดคออักเสบ (Laryngotracheitis) หลอดลมคออักเสบ (Tracheitis) หรือรวมเรียก กลุ่มอาการหัดเกร็งของกล่องเสียง (Croup syndrome)

2.2.2 หลอดลมคออักเสบเฉียบพลัน (Acute bronchitis) หลอดลมคอ และหลอดลมปอดอักเสบเฉียบพลัน (Tracheobronchitis)

2.2.3 หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)

2.2.4 ปอดบวมอักเสบเฉียบพลัน (acute pneumonia) แบ่งความรุนแรงตามองค์การอนามัยโลก เป็น

2.2.4.1 ปอดบวมไม่รุนแรง (non Severe pneumonia)

2.2.4.2 ปอดบวมรุนแรง (Severe pneumonia)

2.2.4.3 ปอดบวมรุนแรงมาก (Very Severe pneumonia)

## การบริหารผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

การบริหารเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กนั้นจะเน้น 3 ด้าน คือการประเมินอาการ โดยใช้อาการทางคลินิก ( Simple clinical signs ) เป็นหลัก การจำแนกโรคและการให้การรักษาที่ถูกต้อง โดยแบ่งการบริหารผู้ป่วยโรคติดเชื้อแบบเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กตามกลุ่มโรคดังนี้

### 1. กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไอหรือหายใจลำบาก

#### 1.1 โรคหวัด ( Common cold )

เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามไปยังส่วนล่างของระบบหายใจที่อยู่ใกล้เคียง เช่น Paranasal sinus หูส่วนกลาง เป็นต้น สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสทางเดินหายใจกว่า 20 ชนิด

#### อาการและอาการแสดง

ในทารกระยะแรกอาจมาด้วยอาการไข้ และตรวจไม่พบความผิดปกติอื่น ๆ ต่อมาจะมีน้ำมูกไหล จาม ร้องกวน น้ำมูกอาจจมากทำให้เกิดการหายใจลำบาก คุณคนม ไม่ดี บางคนอาจมีอาเจียนหรืออุจจาระร่วงร่วมด้วย ในเด็กโตจะเริ่มด้วยอาการจาม คอแห้ง ปวดเมื่อยตามตัว หนาวๆ ร้อนๆ และน้ำมูกไหลซึ่งตอนแรกอาจจะเป็นน้ำมูกใส ๆ ต่อมาข้นขึ้นสีเหลืองหรือเขียวเหมือนหนอง ไอ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และมีไข้ต่ำ ซึ่งระยะนี้อาจเป็นอยู่ 2 – 4 วัน

#### ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติมไปยังอวัยวะของระบบทางเดินหายใจที่ใกล้เคียง ได้แก่ หูชั้นกลางอักเสบ ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะในเด็กเล็ก นอกจากนี้ยังพบว่ามีการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนล่างเกิดขึ้นร่วมด้วย ทั้ง ๆ ที่ไม่มีอาการและอาการแสดงเลย

#### การรักษา

แนะนำให้การดูแลที่บ้าน ถ้ามีอาการผิดปกติต้องพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแพทย์

#### พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1. การให้อาหาร พยายามให้อาหารในช่วงที่ป่วยโดยให้ครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง และเพิ่มอาหารขึ้นหลังจากที่อาการป่วยดีขึ้น ถ้าเด็กไม่สามารถรับประทานอาหารได้เนื่องจากจุกมีน้ำมูก หรือเสมหะอุดตันต้องเช็ดออกก่อน โดยใช้ผ้านุ่มๆ ม้วนเป็นแท่งเล็กๆ ปลายแหลม สอดเข้าจุกเพื่อขับน้ำมูก การให้อาหารในระหว่างที่ป่วยหรือหลังจากหายป่วยแล้วจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นอาหารที่ให้อาจมีคุณค่าทางอาหาร และแคลอรีสูงเช่นอาหารประเภทถั่ว หรือเนื้อมีไขมันในรายที่ยังกินนมแม่ควรกระตุ้นให้ดื่มนมบ่อยๆ

2. การเพิ่มสารน้ำ เพิ่มปริมาณน้ำดื่มหรือเพิ่มนมมารดา อาการไข้ หอบ ทำให้เด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมีภาวะขาดน้ำได้ การให้เด็กดื่มนมมารดาบ่อย ๆ หรือการป้อนน้ำน้ำแกง น้ำผลไม้ หรือนมเพิ่มขึ้นระหว่างมีไข้จะช่วยป้องกันภาวะขาดน้ำได้เป็นอย่างดี

3. การรักษาอาการไอ ให้ดื่มน้ำอุ่น หรือป้ายลิ้นผู้ป่วยด้วยน้ำผึ้งผสมมะนาว ซึ่งอาจช่วยให้ชุ่มคอ และลดอาการไอ ถ้าไอมากให้กินยาแก้ไอซึ่งแนะนำให้ใช้ยาขับเสมหะสำหรับเด็กขององค์การเภสัชกรรม ไม่ควรใช้ยาลดอาการไอในเด็กเล็ก เพราะจะทำให้เสมหะตกลงไปในหลอดลม

4. สังเกตอาการของปอดบวม ถ้ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ต้องพาเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแพทย์

4.1 ไข้สูงเกิน 3 วัน

4.2 หายใจลำบาก ใต้แก้ม หายใจเร็วกว่าปกติ หายใจแรงจนชายโครงบวม หรือหายใจมีเสียงดัง

4.3 เด็กไม่ยอมกินนมหรือน้ำ

4.4 อาการป่วยมากขึ้น

5. การลดไข้ ถ้าเด็กมีไข้ให้เช็ดตัวด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่น บิดให้หมาดเช็ดตามหน้า ลำตัว แขน ขา และข้อพับต่างๆ ถ้าเช็ดตัวแล้วไข้ยังไม่ลงให้กินยาลดไข้พาราเซตามอลดังนี้

อายุ 2 เดือน – 1 ปี ให้กินชนิดน้ำครั้งละ ½ ช้อนชา

อายุ 1 – 3 ปี ให้กินชนิดน้ำครั้งละ 1 ช้อนชา

อายุ 3 – 5 ปี ให้กินชนิดน้ำครั้งละ 1 – 2 ช้อนชา

ยาลดไข้ควรกินเฉพาะเวลาตัวร้อนเท่านั้น ไม่ให้บ่อยกว่าทุก 4 ชั่วโมง เมื่อใช้ลดแล้วให้งดในรายที่ไข้ไม่สูงให้แม่กระตุ้นให้เด็กกินน้ำบ่อยๆ เวลาที่มีไข้้นถ้าอายุต่ำกว่า 2 เดือน หรือ เด็กมีไข้เกิน 5 วัน หรือ ไข้สูงเกิน 3 วัน ควรพาไปโรงพยาบาล

6. การดูแลทั่วไป เช่น อย่าให้เด็กถูกอากาศที่เย็นจัด และเพื่อช่วยให้หายใจสะดวก ในรายที่คัดจมูก หรือมีน้ำมูกมากควรใช้ผ้านุ่มๆ ม้วนเป็นแท่งเล็กปลายแหลมสอดเข้ารูจมูก ชับน้ำมูกเพื่อให้จมูกโล่ง

## 1.2 โรคปอดบวม ( Pneumonia )

เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ที่มีความรุนแรงมากที่สุดที่ต้องได้รับการรักษาทันที สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย มักจะเริ่มโดยเป็นหวัดก่อน 2 – 3 วัน ในเด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เด็กวัยขวบแรก เด็กขาดสารอาหาร เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจ เมื่อเป็นปอดบวมจะรุนแรงและเสียชีวิตได้ง่าย

### อาการและอาการแสดง

1. อาการไอ ในผู้ป่วยที่เริ่มด้วยการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ และมีไข้สูงนาน
2. อาการไอ มักมีอาการไอบาง ยกเว้นในเด็กที่ขาดสารอาหารขั้นรุนแรง อาจไม่มีอาการไอ หรือไอน้อยมาก เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. หายใจเร็ว เป็นอาการเริ่มแรก เนื่องจากมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ ดังนี้ ( กรมควบคุมโรคติดต่อ 2539 : 7 )
  - เด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ตั้งแต่ 60 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป
  - เด็กอายุ 2 – 12 เดือน ตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป
4. หอบเหนื่อย จะเห็นผนังทรวงอกบุ๋มขณะหายใจเข้าในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง อาจไม่พบว่ามีหายใจเร็วหรือหอบชายโครงบุ๋มเลย เนื่องจากว่าไม่มีแรงหอบ
5. มีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงสภาพของเนื้อปอด ที่เริ่มแข็งตัวกว่าปกติ เกิดเสียงดังภายในปอดขณะที่หายใจเข้า หายใจออก
6. มีความเจ็บปวดเฉียบพลัน และเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนถูกมีดแทงเป็นๆ หนๆ และเวลาหายใจลึกๆ จะทำให้เจ็บปวดมากขึ้น
7. อาการอื่นๆ ที่บ่งถึงภาวะป่วยหนัก ถ้าเด็กอายุ 2-5 ปี จะมีอาการซึม ไม่กินนมกินน้ำ ซึม ปลูกต้นยาก อาจชัก บางรายมีหายใจเสียงดัง ปาก เล็บมือ เท้าเขียว มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือนนั้น อาการไม่ชัดเจน บางรายอาจไม่ไอ แต่จะมีอาการซึม กินนมหรือน้ำน้อยลงมาก ซึมปลูกต้นยาก หายใจเข้ามีเสียงดังฮืด (Stridor) หายใจออกมีเสียงวี๊ด (Wheeze) มีไข้หรือตัวเย็น

ถ้ามีอาการเช่นนี้ ต้องพาไปโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดบวมเกิดจากรักษาช้า ได้รับยาไม่ถูกต้อง ที่พบบ่อยได้แก่ หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด แผลฝีในปอด ทำให้การรักษายากขึ้น

### การรักษา

ในรายที่เป็นปอดบวมไม่รุนแรง ให้กินยาปฏิชีวนะ เป็นระยะเวลา 5-7 และให้การบริบาลที่บ้าน

ในรายที่เป็นปอดบวมรุนแรง ปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ภาวะป่วยหนัก จะส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะจะต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด อาจให้ออกซิเจนในรายที่ไม่ดีขึ้น อาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

การดูแลผู้ป่วยปอดบวมไม่รุนแรงที่บ้าน

1. ให้การดูแลที่บ้านเช่นเดียวกับไข้หวัด
2. กินยาตามแพทย์สั่ง
3. ระวังอาหาร ถ้าไม่ดีขึ้น ให้รับนำไปตรวจ หรือให้ไปตรวจตามที่แพทย์นัด

## 2. กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางหูหรือเจ็บคอ

### 2.1 โรคหูอักเสบ หรือหูน้ำหนวก ( Otitis media )

ส่วนใหญ่เป็นโรคแทรกซ้อนของไข้หวัด ทำให้หูชั้นกลางอักเสบ เพราะมีท่อเชื่อมกับช่องปาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา กลายเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้หูน้ำหนวกได้ เชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ไวรัส และแบคทีเรีย

อาการและอาการแสดง

เด็กจะปวดหูมาก มีไข้ เด็กเล็กๆ ที่ยังพูดไม่ได้ จะมีอาการร้องกวนมาก ต่อมาราว 1 – 2 วัน ส่วนใหญ่แก้วหูจะทะลุ มีหนองไหลออกมา อาการปวดก็จะหายไป อาการอักเสบนี้ จะลุกลามไปยังกระดูกหลังหู และอาจลามไปที่สมอง จะมีอันตรายถึงชีวิตได้ ในรายที่มีหนองไหลจากหูเกิน 2 สัปดาห์ ถือว่าเป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง

การรักษา

1. ให้กินยาปฏิชีวนะ ตามแพทย์กำหนด 5 – 7 วัน

### 2. ให้การดูแลที่บ้าน

3. กินยาให้ครบ และมาตรวจใหม่ ถ้ายังมีน้ำหนวก ให้ยาต่ออีก 1 ชุด

การดูแลที่บ้าน โรคหูอักเสบและหูน้ำหนวก

1. เช็ดหูให้แห้ง โดยใช้ผ้านุ่มพันให้แหลม สอดเข้าไปซับหนองจากใบหู เมื่อผ้าชุ่มแล้ว เอาออกเปลี่ยนใหม่ทำจนหูแห้ง ทำอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ จะดีขึ้นมาก

2. กินยาให้ครบ และกลับมาตรวจตามแพทย์นัด

3. ถ้ามีอาการบวม เจ็บบริเวณหลังหู หรือปวดหัวมาก หรืออาเจียน ให้ไปพบแพทย์

ทันที

4. ถ้ามีหนองไหลเกิน 1 เดือน ให้ส่งโรงพยาบาล

ข้อควรระวังดังนี้

- ไม่ควรทิ้งสิ่งแปลกปลอม ไว้ในรูหู เช่น สำลี เศษผ้า
- ไม่ควรหยอดหู ด้วยยาหยอดหู หรือน้ำมัน
- ต้องระวังไม่ให้ น้ำเข้าหู หรือไปว่ายน้ำ

## 2.2 โรคคออักเสบ ( Pharyngitis )

โรคคออักเสบ หมายถึง การติดเชื้อของบริเวณคอหอยรวมทั้งการอักเสบที่ต่อมทอนซิลด้วย พบได้บ่อยในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนวัยเรียน จนถึงเด็ก โต เชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่กลุ่มไวรัส และเชื้อแบคทีเรียที่สำคัญได้แก่ สเตปโทคอคคัส(Streptococcus) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีอาการ

อาการและอาการแสดง

1. คออักเสบจากเชื้อไวรัส (Viral pharyngitis) อาการสำคัญ คือ ไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บคอ อาการจะค่อยๆเป็นมากขึ้น และมากที่สุด ในวันที่ 2 และ 3 อาจมีเสียงแหบ ไอ และมีน้ำมูกไหลได้ ตรวจร่างกายจะพบว่าคอแดงมาก อาจพบแผลที่เพดานอ่อนและต่อมทอนซิล มักจะมีอาการอักเสบลุกลามไปที่กล่องเสียงด้วย ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่นานเกิน 5 วัน

2. คออักเสบจากเชื้อสเตปโทคอคคัส(Streptococcal pharyngitis) มักพบในเด็กอายุเกิน 2 ปีขึ้นไป อาการที่สำคัญคือ ไข้สูง ซึ่งมักเป็นอยู่ 1-4 วัน ในคนที่มีอาการรุนแรงอาจเป็นได้นานถึง 2 สัปดาห์ มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาเจียน เจ็บคอ กลืนลำบาก ตรวจร่างกายพบว่ามคอแดง อาจมีต่อมทอนซิลโต มีแผ่นหนองอยู่ในบริเวณคอร่วมด้วย และมักพบต่อมน้ำเหลืองในบริเวณคออักเสบด้วยเสมอ

การรักษาโรคคอเจ็บจากเชื้อสเตปโทคอคคัส

1.ให้กินยาปฏิชีวนะทุกวันจนครบ 10 วัน เพื่อป้องกันโรคไขุ้รุกรามติด และไตอักเสบ

2.ให้ยาลดไข้พาราเซตามอลเป็นครั้งคราว

3. ถ้าอาการไม่ดีขึ้นใน 2 วัน ให้มาตรวจใหม่

การรักษาโรคคอเจ็บจากเชื้อไวรัส

ให้รักษาตามอาการโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

การดูแลผู้ป่วยคออักเสบที่บ้าน

1.รักษาอาการระคายเคืองคอ โดยให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ หรือให้ดื่มน้ำหวาน น้ำผึ้งให้ชุ่มคอบ่อยๆ

2.ลดไข้ ให้เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น หรือให้ยาลดไข้พาราเซตามอล

3.กินยาตามแพทย์สั่ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นใน 2 วัน ให้พาไปพบแพทย์

4.ให้กินอาหารอ่อนได้ทีละน้อย บ่อยๆ เมื่อหายแล้วควรเพิ่มอาหารให้มากขึ้น ถ้าเด็กยังกินนมแม่อยู่ ให้กระตุ้นให้เด็กดื่มนมบ่อยๆ

## การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

### 1. ลดปัจจัยเสี่ยงโดย

1.1 แนะนำไม่ให้ผู้ใหญ่ในบ้านสูบบุหรี่ หรือมีควันไฟในบ้าน

1.2 เมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง เช่น เย็นจัด ชื้นจัด ต้องให้เด็กรับความอบอุ่น

พอควร ถ้าเปียกฝนต้องรีบเช็ดตัวให้แห้ง

1.3 วางแผนให้ลูกแข็งแรง โดย

1.3.1 ผู้จะเป็นมารดาควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน ตั้งแต่ก่อนแต่งงาน

1.3.2 มารดาควรได้รับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

1.3.3 ในระหว่างตั้งครรภ์มารดาควรรับประทานอาหาร ให้เพียงพอและครบทั้ง 5 หมู่

1.4 เพิ่มภูมิต้านทานโรค

1.4.1 เลี่ยงทารกด้วยนมมารดา อย่างน้อย 4-6 เดือน ให้อาหารเสริมตามปกติ กินอาหารให้ครบ 5 หมู่

1.4.2 เด็กควรได้รับการฉีดวัคซีน พื้นฐานครบ 6 โรคในขวบแรก (ป้องกันวันโรค คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปлио และหัด)

### 2. ผู้ปกครองต้องมีความรู้

2.1 ต้องรู้จักอาการของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

2.2 ต้องรู้จักวิธีการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่บ้านอย่างถูกต้อง รวมทั้งการสังเกตอาการของเด็ก ถ้าพบว่าเด็กมีอาการหายใจเร็ว แสดงว่าอาจเป็นปอดบวมระยะแรก ๆ จะต้องรีบพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์หรือถ้าหายใจเข้ามีเสียงโครมโครมจะต้องนำส่งโรงพยาบาล

### 3. ป้องกันการติดต่อของโรค

3.1 เด็กเล็กๆ ควรหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้เป็นหวัดหรือปอดบวม

3.2 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ชุมชนที่มีคนแออัด

3.3 ไม่ควรให้เด็กป่วยไปโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก เพราะนอกจากจะไม่ได้รับการดูแลและพักผ่อนเพียงพอแล้ว อาจแพร่เชื้อไปยังเด็กคนอื่นอีกด้วย หากมารดามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมตามการดูแลข้างต้น ก็จะส่งผลให้บุตรมีสุขภาพแข็งแรงมีพัฒนาการปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับเป็นซ้ำเพื่อเติบโตเป็นอนาคตของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

นิยามและความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง (Diarrhea)

โรคอุจจาระร่วง ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกหมายถึงภาวะที่ร่างกายถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมีปริมาณมากๆ แม้เพียงครั้งเดียวต่อวัน (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2535:1-3) สำหรับเด็กที่ดื่มนมมารดาจะถ่ายอุจจาระค่อนข้างเหลว และในคนปกติที่อุจจาระลักษณะปกติ แต่ถ่ายบ่อยครั้ง ไม่นับว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง โรคอุจจาระร่วงพบได้บ่อยที่สุดในเด็กโดยเฉพาะ อายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี และพบได้บ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนที่ดื่มนมผสม โดยที่อุจจาระร่วงเฉียบพลันจะเกิดขึ้นที่ทันใด และดำเนินโรคไปได้หลายวัน ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่จากการติดเชื้อในลำไส้ ( World Health Organization 1989: 1 )

**อุจจาระร่วงจำแนกได้หลายกลุ่มดังต่อไปนี้**

- ก. ตามระยะเวลาที่มีการแสดงอาการของโรค
- ข. ตามบัตรรายงาน (รง. 506) จากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ
- ค. ตามพยาธิสภาพของการเกิดโรค

**ก. ตามระยะเวลาที่มีการแสดงอาการของโรคอุจจาระร่วง อาจแบ่งได้ 3 ชนิดคือ**

1. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) มีอาการแสดงหลายชั่วโมง หลายวันแต่ มักจะหายภายใน 7 วัน
2. อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistant diarrhea) : มีอาการแสดงนานเกิน 2 สัปดาห์
3. อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic diarrhea) : มีอาการแสดงนานเกิน 3 สัปดาห์

**ข. ตามบัตรรายงาน (รง. 506) จากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ กลุ่มโรคอุจจาระร่วงประกอบด้วย :**

1. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) เกิดจากการติดเชื้อต่างๆ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส โปริโตซัว และพยาธิ

2. โรคบิด (Bacillary dysentery, Amoebic dysentery และ Unspecified)
3. อาหารเป็นพิษ (Food poisoning) เกิดจากพิษของแบคทีเรีย, เชื้อรา, เห็ด และสารเคมี
4. ไช้เอนเทอริก (Typhoid, Paratyphoid และ Enteric ที่ไม่ระบุชนิด)
5. อหิวาตกโรค (Cholera) เกิดจากพิษ (Toxin) ของ Vibrio cholerae 01

**ค. ตามพยาธิสภาพของการเกิดโรค โรคอุจจาระร่วงแบ่งได้ 2 ประเภท**

1. นอน อินวาซีฟ ไคอาเรีย (Non-Invasive diarrhea) หรือ ท็อกซิโคเจนิค ไคอาเรีย (Toxicogenic diarrhea) หรือ Secretory diarrhea เกิดจากแบคทีเรียสร้างพิษ (Toxin) เมื่อเกาะติดผนังลำไส้แล้วสารพิษจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในเซลล์ผิวผนังลำไส้ทำให้เกิดการหลั่งน้ำ

และเกลือแร่เข้าไปในลำไส้มาก ทำให้เกิดอาการถ่ายเป็นน้ำและมีอาการขาดน้ำและเกลือแร่ตามมา ซึ่งอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เมื่อนำอุจจาระที่เป็นน้ำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะไม่พบเม็ดเลือดขาว เชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่น *Vibrio cholerae* 01, *Staphylococcus aureus*, และ *Clostridium perfringens*

2. อินวาสิฟ ไคอาเรีย(Invasive diarrhea) มีการทำลายเยื่อบุลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบและมีการทำลายเซลล์ การหลุดลอกตัวของเซลล์ทำให้เกิดแผลเป็นหย่อมๆ ดังนั้นลักษณะอุจจาระจึงมีได้หลายลักษณะคือ เป็นน้ำ เหลว มีมูกปน มูกปนเลือดจนถึงเป็นหนอง เมื่อนำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง เชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่น *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, Enteroinvasive *E.Coli* (EIEC) และ *Entamoeba histolytica*

### อันตรายจากโรคอุจจาระร่วง

1. ภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงจะมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้ง จึงทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ โขเซียม โพแทสเซียม และคลอไรด์ ออกไปทางอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน และอาการขาดน้ำจะมีอาการรุนแรงมากถ้าเกิดขึ้นกับทารกหรือเด็กเล็กๆ ถ้าหากให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขไม่ทันก็จะเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้

2. ภาวะขาดสารอาหาร ในเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงบ่อยครั้ง หรือเรื้อรัง จะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร ร่างกายเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง และภาวะขาดอาหาร



แผนภูมิที่ 2 วัฏจักรของโรคอุจจาระร่วงกับภาวะขาดสารอาหาร

ที่มา: สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และคณะ, คู่มือการดูแลเด็ก (กรุงเทพมหานคร : เมดิคัลมีเดีย, 2529), 72.

การเกิดโรคอุจจาระร่วงแต่ละครั้งเท่ากับอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ ( ภาวะขาดสารอาหาร ) เสียบบนได้เพราะมีการลดการดูดซึมของลำไส้ ปริมาณอาหารที่กินก็ลดลงด้วยเพราะเด็กจะเบื่ออาหาร มารดามักจะเข้าใจว่าไม่ควรให้อาหารแก่เด็กขณะเกิดโรคอุจจาระร่วง ภาวะทุพโภชนาการ

อย่างเดียวมักไม่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แต่สามารถทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเรื้อรังที่เป็นอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือนได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการด้วย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกินและการดูดซึมอาหารคือ

1. กินได้น้อยลง เพราะเบื่ออาหาร และมารดาไม่ให้อาหารลูกขณะมีโรคอุจจาระร่วง
2. เวลาที่อาหารอยู่ในลำไส้ลดลงเพราะลำไส้บีบตัวเพิ่มขึ้นทำให้อาหารเคลื่อนที่เร็ว

การดูดซึมลดลง

3. เยื่อผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงจากการติดเชื้อเป็นผลให้มีการสร้างสารบางอย่างที่ช่วยให้การดูดซึมอาหารเสถียรลงไป

4. ในรายที่มีไข้ ร่างกายต้องการอาหารมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้อาหารที่ร่างกายเก็บสะสมไว้ เมื่อหยุดถ่ายเด็กต้องการอาหารชดเชยเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นอีกหลายสัปดาห์จึงจะมีน้ำหนักกลับมาเท่ากับก่อนป่วย

ในทางกลับกันภาวะทุพโภชนาการทำให้ภูมิคุ้มกันของเด็กลดลง และเพิ่มโอกาสให้มีโรคอุจจาระร่วงเกิดขึ้นใหม่และรุนแรงขึ้น

อาการแสดงของการขาดน้ำ (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2535: 10-13)

1. ทรานซุเจนซีเป็นอาการแรกของการขาดน้ำในเด็กเล็กไม่สามารถบอกได้ว่าทรานซุเจนซีนอกจากทดลองให้ดื่มน้ำดูจะรู้ว่าทรานซุเจนซี

2. น้ำหนักลด เมื่อเด็กเสียน้ำและขาดน้ำ น้ำหนักตัวจะลดลง ในรายที่มีภาวะขาดน้ำรุนแรง น้ำหนักจะลดไปร้อยละ 10 ของน้ำหนักปกติ อาจเกิดภายใน 2-3 ชั่วโมง หรือ 2-3 วันก็ได้

3. เบ้าตาลึก เป็นอาการแสดงที่สำคัญ ปกติในร่างกายของเด็กจะมีเนื้อเยื่อไขมันที่มีน้ำมาก ถ้าเด็กขาดน้ำเนื้อเยื่อเหล่านี้จะแห้งและบวมลงและตาก็จะลึกลง แต่ควรจำไว้ว่าในเด็กที่มีภาวะ ทุพโภชนาการอย่างรุนแรง เนื้อเยื่อไขมันที่หนังตาจะแห้ง และเบ้าตาลึกเหมือนกัน

4. ปากแห้ง ในเด็กที่ขาดน้ำจะไม่สามารถสร้างน้ำลายได้เพียงพอ ปากและลิ้นจะแห้ง

5. ทรานซุเจนซี ทรานซุเจนซีเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะส่วนบนสุด แรกคลอดจะกว้าง เมื่ออายุ 1 ปี ทรานซุเจนซีจะเล็กลง ทรานซุเจนซีจะปิดเมื่ออายุประมาณ 18 เดือน เมื่อเด็กมีภาวะการขาดน้ำสมองจะเหี่ยวและเล็กลง ทำให้ทรานซุเจนซีระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะ ในเด็กที่ขาดน้ำจะเห็นว่าทรานซุเจนซีบวมลง สามารถคลำขอบกระดูกกะโหลกศีรษะได้รอบ ๆ ในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ทรานซุเจนซีจะบวมลงได้ ดังนั้นจึงไม่ใช่อาการแสดงที่จะวินิจฉัยภาวะขาดน้ำในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ

6. สูญเสียการยืดหยุ่นของผิวหนัง ในเด็กปกติผิวหนังจะยืดหยุ่น ถ้าลองคืบผิวหนังที่ท้องดึงขึ้นและปล่อย ผิวหนังจะกลับเข้าที่เดิมได้อย่างรวดเร็ว แต่ในภาวะขาดน้ำผิวหนังเด็กจะแห้งและสูญเสียความยืดหยุ่น ดังนั้นมันจะต้องค้างอยู่ชั่วขณะประมาณ 2 วินาทีก่อนจะราบลงอย่างเดิม

7. หายใจเร็วขึ้นเหมือนหอบ เด็กที่ขาดน้ำมากมักจะหายใจเร็ว 40-60 ครั้ง/นาที หายใจลึกและแรงกว่าปกติ ลักษณะเช่นนี้จะเกิดขึ้นในเด็กที่ขาดน้ำมาเป็นวันๆ อย่าสับสนกับการหายใจเร็วและตื่น (มากกว่า 60 ครั้ง/นาที) ในโรคปอดบวม เด็กที่เป็นโรคปอดบวมอาจจะหายใจตื่น ๆ

8. ซีฟจรเบาเร็ว ภาวะการขาดน้ำทำให้ซีฟจรเด็กเต้นเร็วและเบาลง เมื่อเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ซีฟจรอาจจะเบาจนคลำที่ข้อมือไม่ได้ อาจจะต้องคลำที่ขาหนีบหรือฟังเสียงหัวใจ

9. ปัสสาวะน้อย ในเด็กปกติจะถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมง ในเด็กที่มีอาการขาดน้ำจะมีปัสสาวะน้อยลงเพราะร่างกายพยายามเก็บน้ำไว้ มารดามักทราบว่าลูกปัสสาวะมากเท่าไร ดังนั้นถามดูว่าปัสสาวะน้อยกว่าปกติหรือไม่ เมื่อเด็กที่มีภาวะการขาดน้ำได้รับการรักษาแล้วเด็กจะถ่ายปัสสาวะเหมือนเดิม

10. ซ็อก ในรายที่มีอาการขาดน้ำรุนแรงมากจะเกิดอาการซ็อก เด็กจะนอนซึม ผิวหนังซีดเย็น ซ็อก เป็นภาวะที่อันตรายเพราะเป็นอาการแสดงว่าเด็กคนนั้นจำเป็นต้องให้น้ำทางหลอดเลือดดำ ทันที

11. ไข้ เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในเด็กที่มีการขาดน้ำอาจมีไข้ได้ในระยะนี้ถึงโรคปอดอักเสบหรือโรคหูน้ำหนวกร่วมด้วย

### การรักษาโรคอุจจาระร่วง

การปฏิบัติรักษาเบื้องต้นโดยทั่วไปด้วยการให้สารน้ำและอาหารเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยขาดน้ำและอาหาร และยังเป็น การทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียออกไปกับอุจจาระ ดังนั้นการให้สารน้ำทดแทนในการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การทดแทนน้ำและเกลือแร่เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญที่สุดเพราะการให้สารน้ำทดแทนที่ทันการและในปริมาณเพียงพอจะช่วยลดอันตรายและผลแทรกซ้อนได้ (สุรพล กอบวรธรรมะกุล และอุดม คชินทร, 2537)

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2535: 11-13) ได้เสนอแนวทางในการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไว้ดังนี้คือ

1. งดอาหาร ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่นน้ำเกลือแกง ข้าวต้มใส่เกลือ

2. ใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ให้กินได้ตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งหาย สารละลายเกลือน้ำตาลสามารถทำขึ้นใช้เองได้ โดยใช้น้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะกับเกลือครึ่งช้อนชา ผสมน้ำต้มสุกหนึ่งขวดน้ำปลา หรือ 750 ซีซี ใช้ภายใน 1 วันเท่านั้น หรืออาจใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งต้องผสมในน้ำต้มสุกที่ทิ้งไว้ให้เย็น ห้ามผสมในน้ำร้อน โดยใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ 1 ชงต่อน้ำต้มสุก 1 ขวดน้ำปลาหรือ 750 ซีซี ไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง หากเกินต้องทิ้ง ถ้ามีอาการอาเจียนอาจหยุดให้สารละลายประมาณ 5-6 นาที แล้วค่อยๆ ให้ใหม่

3. ให้น้ำเกลือริงเกอร์แลคเตท (Ringer Lactate) เข้าเส้นโลหิตและสารละลาย น้ำตาลเกลือแร่

#### 4. การให้ยาปฏิชีวนะ ตามเชื้อของโรคตามผล Sensitivity Test

วิธีการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่บ้าน กรมควบคุมโรคติดต่อ (2535 : 39) ได้เสนอแนวทางโดยใช้กฎ 3 ข้อดังต่อไปนี้

1. ให้อาหารเหลวแก่เด็กให้มากกว่าปกติเพื่อป้องกันการขาดน้ำ ใช้ของเหลวที่ทำได้ในบ้าน เช่น น้ำข้าว น้ำแกงจืด สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ให้เด็กกินเท่าที่ต้องการ หรือกินทุกครั้งที่ถ่ายเหลว โดยเด็กต่ำกว่า 2 ปี ดื่มน้ำ 50-100 ซีซี หรือ 1/4 - 1/2 ถ้วยแก้ว เด็ก 2 ปี-10 ปี ดื่มน้ำ 100-200 ซีซี หรือ 1/2-1 ถ้วยแก้ว

2. ให้อาหารแก่เด็กเพื่อป้องกันการขาดอาหาร การเลี้ยงด้วยนมแม่ให้ลูกดูดนมให้มากขึ้น ถ้าไม่ได้เลี้ยงด้วยนมแม่ ควรให้นมหรือให้อาหารตามปกติ ถ้าเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนและยังไม่ได้กินอาหารเสริม ควรให้นมผสมซึ่งเจือจางกว่าที่เคยให้เท่าตัวเป็นเวลา 2 วันถ้าเด็กอายุ 6 เดือนหรือมากกว่า ให้กินอาหารอื่นนอกจากของเหลว ให้อาหารที่มีผัก ปลา เนื้อสัตว์ และผสมน้ำมันพืช 1-2 ช้อนชา ให้นำผลไม้ หรือกล้วย เพื่อเพิ่มโปแตสเซียม ให้อาหารที่เตรียมสุกใหม่ๆ พยายามให้เด็กกินบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 6 ครั้ง ให้อาหารเพิ่มอีกวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากอุจจาระร่วงหายแล้วเพื่อชดเชยการขาดสารอาหาร

3. นำเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้าไม่ดีขึ้นใน 3 วัน หรือมีอาการเลวลง เช่น ถ่ายเป็นน้ำมากขึ้น อาเจียนบ่อยๆ กระหายน้ำมาก กินหรือดื่มน้ำไม่ได้ มีไข้ ถ่ายอุจจาระเป็นมูก หรือมูกปนเลือด

#### การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

- ให้นมแม่ในระยะ 4-6 เดือนแรก และให้นมแม่ต่อไปในช่วงหลังของขวบปีแรก
- ขณะหย่านมให้อาหารที่สะอาด มีคุณภาพ
- ให้คนในบ้านล้างมือด้วยสบู่หลังเข้าห้องส้วมให้สะอาด และก่อนเตรียมอาหาร
- ก่อนป้อนอาหารเด็ก ให้ล้างมือด้วยสบู่ทั้งเด็กและผู้ป้อน
- ให้คนในบ้านใช้ส้วม
- กำจัดอุจจาระโดยทิ้งลงส้วม รวมทั้งซักผ้าเปื้อนอุจจาระเด็ก
- ให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ

สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (สุมาลี ศรีจามร 2537: 40-42)

สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) คือสารละลายที่มีค่าความเข้มข้นของเกลือแร่ที่พอเหมาะที่ร่างกายจะดูดซึมกลับเข้าไปได้ และปริมาณใกล้เคียงกับที่ร่างกายสูญเสียออกมา สารละลายที่ให้ทางปากมีหลายชนิด ปัจจุบันประเทศไทยใช้สูตรสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่ปี 2523 เป็นต้นมา

ส่วนประกอบของเกลือแร่ในน้ำ 1 ลิตร ประกอบด้วย

- โซเดียมคลอไรด์	3.5 กรัม
- โซเดียมไบคาร์บอเนต	2.5 กรัม
- โพแทสเซียมคลอไรด์	1.5 กรัม
- กลูโคส	20.0 กรัม

สำหรับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ขององค์การเภสัชกรรม ในน้ำ 750 ซีซี มีส่วนประกอบ ดังนี้ (วันดี วราวิทย์ 2534: 17)

- โซเดียมคลอไรด์	2.625 กรัม
- โซเดียมซิทเรทไดไฮเดรต	2.175 กรัม
- โพแทสเซียมคลอไรด์	1.125 กรัม
- กลูโคส	15.000 กรัม
- น้ำหนักรวม	20.925 กรัม

สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO 1992, อ้างถึงใน สุมาลี ศรีจามร 2537: 41) หมายถึง

1. น้ำตาลเกลือแร่ทั้งชนิดผง และชนิดน้ำที่ผลิตขึ้นโดยองค์การเภสัชกรรม
2. น้ำตาลเกลือแร่ทั้งชนิดผง และชนิดน้ำที่ผลิตขึ้นเอง โดยสถานบริการของรัฐทุกแห่ง
3. น้ำตาลเกลือแร่ที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมในภาคเอกชน

- 3.1 มีค่าความเข้มข้นรวม เท่ากับ 200-360 มิลลิโมล/ลิตร
- 3.2 มีค่าความเข้มข้นของโซเดียมระหว่าง 60-90 มิลลิโมล/ลิตร
- 3.3 มีค่าความเข้มข้นของกลูโคสอย่างน้อยเท่ากับโซเดียม แต่ไม่เกิน 111 มิลลิโมล/ลิตร
- 3.4 มีค่าความเข้มข้นของโพแทสเซียมระหว่าง 15-25 มิลลิโมล/ลิตร
- 3.5 มีค่าความเข้มข้นของซิทเรตระหว่าง 8-12 มิลลิโมล/ลิตร หรือไบคาร์บอเนต

25-35 มิลลิโมล/ลิตร

- 3.6 มีค่าความเข้มข้นของคลอไรด์ระหว่าง 50-80 มิลลิโมล/ลิตร

**การใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (สุมาลี ศรีจามร 2537: 41)**

การใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่สามารถใช้ได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการอุจจาระร่วง เตรียมได้ง่าย ราคาถูก ได้พลังงานเพียงพอ สามารถลดอันตรายได้โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาลแต่แรกดีกว่าการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ ไม่มีภาวะการให้สารน้ำจำนวนมากเกินไป ไม่ทำให้เกิดอาการบวม

### ข้อควรระวังในการใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่

1. ต้องผสมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ที่ถูกต้อง การดื่มสารละลายที่ถูกต้องในเด็กโตและผู้ใหญ่จิบจากแก้วครึ่งละ 1/4 แก้ว จิบบ่อยๆ ในเด็กเล็กใช้ช้อนป้อน ถ้าอาเจียนให้หยุดพัก 15 นาทีแล้วเริ่มป้อนใหม่
2. ต้องมีการคำนวณการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่โดยใช้น้ำหนักเป็นเกณฑ์ โดยคำนวณจากน้ำหนักเป็นกรัม  $\times 0.075$  ในกรณีที่ไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักให้ใช้อายุเป็นเกณฑ์คำนวณ

ตารางที่ 1 จำนวนสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ที่ให้ใน 4 ชั่วโมงแรก

อายุ	น้อยกว่า 4 เดือน	4-11เดือน	12-23 เดือน	2-4 ปี	5-14 ปี	15 ปีขึ้นไป
น้ำหนัก	น้อยกว่า 5ก.ก.	5 - 7.9ก.ก.	8 - 10.9ก.ก.	11- 15.9ก.ก.	16-29.9ก.ก.	30 ก.ก.หรือมากกว่า
มิลลิลิตร (ซีซี)	200 - 400	400 - 600	600 - 800	800-1,200	1,200 -2,200	2,200 -4,000

ที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ, คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการควบคุมโรคอุจจาระร่วงสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2535), 40.

3. เด็กที่กินนมแม่ควรให้นมแม่ต่อ ให้สลับกับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ และน้ำเปล่าในเด็กกินนมผสมลดปริมาณนมลงครึ่งหนึ่งของปกติ
4. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดว่าเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรเช่นการปฏิเสธการดื่ม อาเจียน ถ่ายอุจจาระมากขึ้น หน้าตาวม เป็นต้น
5. เริ่มให้อาหารอ่อน ย่อยง่ายด้วย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำข้าว เพื่อป้องกันการขาดอาหาร และกระตุ้นให้น้ำย่อยทำงาน
6. ในเด็กที่ซึม ซ็อก ไม่รู้สึกตัว อาเจียนมาก หรือถ่ายมากๆ ควรระวังเพราะอาจสำลักถึงตายได้
7. ควรแนะนำมารดา ถ้าเด็กอาการเลวลงภายใน 2-3 วัน ให้มาพบแพทย์หรือสังเกตอาการอื่น เช่น อาเจียนบ่อยๆ กระหายน้ำ ถ่ายมากขึ้น มีไข้ หรืออุจจาระมีมูกเลือด
8. อาจให้สารละลายอื่นๆ เพื่อทดแทนการสูญเสียได้ เช่น น้ำแกงจืด น้ำอัดลม หรือน้ำผลไม้ต่างๆ

## การป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไว้ว่าควรส่งเสริมการปฏิบัติดังต่อไปนี้ ( WHO 1989, อ้างถึงใน นันทิกา มิตรสัมพันธ์ 2534 :31 )

1. การส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ควรส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาจนถึงอายุ 4 – 6 เดือน หลังจากนั้นให้ร่วมกับอาหารอื่นจนอายุอย่างน้อย 1 ปี ถ้ามารดาทำงานนอกบ้านควรจะให้ทารกได้ดื่มนมมารดา เมื่อก่อนออกไปทำงานและในเวลากลางวัน หรือในทุกเวลาที่มารดาสามารถให้ได้ ( WHO 1989, อ้างถึงใน นันทิกา มิตรสัมพันธ์ 2534 :31) ทั้งนี้ เนื่องจากในน้ำนมมารดาจะมีอิมมูโนโกลบูลิน แลคโตเฟอริน และไลโซซัยม์ ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางระบบทางเดินอาหาร

2. การปรับปรุงการเตรียมและการเก็บรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ

- ความสะอาดของอาหารเสริมในเด็กอายุต่ำกว่า 4 เดือน
- อาหารในเด็กควรประกอบไปด้วย เนื้อสัตว์, ถั่ว, ไข่ รวมทั้งผักใบเขียวและ

ผักสีเหลือง

- เด็กควรได้รับผลไม้ น้ำผลไม้ รวมทั้งไขมันในอาหารเสริม ข้อสำคัญคือความสะอาดในการเตรียมอาหาร ความสะอาดของครัวและภาชนะใส่อาหาร รวมทั้งการเก็บรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ โดยเก็บอาหาร ป้องกันแมลงวันตอม และการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ และการอุ่นอาหารก่อนรับประทานอาหาร ( WHO 1989, อ้างถึงใน นันทิกา มิตรสัมพันธ์ 2534 :31)

ทั้งนี้การรักษาความสะอาดของการให้นมผสมและอาหารแก่เด็กยังเป็นปัญหาอยู่มาก เนื่องจากความไม่พร้อมในการรักษาความสะอาดในการเตรียมนมผสม ( จริยวัตร คมพยัคฆ์ 2522 : 128 ) ขวดนมจำนวนไม่พอที่จะล้างให้สะอาดและต้มในน้ำเดือด เพราะต้องใช้ต่อเนื่องตลอดเวลา จึงนิยมใช้น้ำร้อนลวกเขย่าล้างก่อนผสมนมครั้งใหม่ รวมทั้งมารดาและคนเลี้ยงใช้มือหยิบจับหัวนมยางไม่ใช้ผ้าครอบปล่อยให้แมลงวันตอม ขวดนมตกพื้นเอามาให้เด็กกินต่อ เชื้อโรคจึงติดปนเปื้อนเข้าปากเด็กและเวลาดูดนมผสมได้สูง ( วันดี วราวิทย์ 2531 : 22 ) และข้อสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือแมลงสาบ และหนู ต้องระวังในเรื่องพาหะนำโรคได้เช่นกัน

3. การปรับปรุงคุณภาพน้ำและจัดหาน้ำสะอาดให้เพียงพอ คุณภาพของน้ำต้องสะอาด แหล่งน้ำสะอาดเก็บในบริเวณที่ห่างไกลสัตว์เลื้อย ห่างไกลส้วม อย่างน้อย 10 เมตร รวมทั้งน้ำใต้ดิน ภาชนะบรรจุน้ำสะอาด และปกปิดน้ำดื่ม และน้ำที่นำมาปรุงอาหารสำหรับทารกต้องต้มดื่ม(WHO 1989, อ้างถึงใน นันทิกา มิตรสัมพันธ์ 2534 :32)

การศึกษาที่ขอนแก่น ( วันดี วราวิทย์ 2531 : 18 ) พบว่าครอบครัวที่ใช้น้ำบ่อที่สร้างขึ้นอย่างถูกสุขลักษณะ เด็กจะเป็นโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่าน้ำบาดาลและน้ำบ่อที่ขุดตื้นๆ เป็นที่ยอมรับว่าน้ำสะอาดเก็บในภาชนะที่ไม่มีสิ่งปนเปื้อนตกลงไปได้ จะทำให้ไม่เป็นโรคอุจจาระร่วง การดูแล

บ่อน้ำ การสร้างถังเก็บน้ำที่มีก๊อกไขแทนใช้ขันตักน้ำ หรือใช้กระบวยที่มีด้ามตักจะลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคได้

4. พฤติกรรมการล้างมือ ทุกคนในครอบครัว ควรล้างมือให้สะอาดหลังจากทำความสะอาดเด็กที่ถ่ายอุจจาระ หลังจากกำจัดอุจจาระเด็ก หลังจากตนเองถ่ายอุจจาระ และก่อนที่จะปรุงอาหาร ก่อนรับประทานอาหารรวมทั้งก่อนให้อาหารทารกและเด็ก ทั้งนี้ควรได้ล้างมือทารกและเด็กด้วย (WHO 1989, อ้างถึงใน นันทิกา มิตรสัมพันธ์ 2534 :32)

การล้างมือเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมแต่สภาพชนบทหลายแห่งในประเทศไทย ไม่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติได้ เพราะขาดแคลนน้ำ ขาดอุปกรณ์การล้างมือ

พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับการล้างมือเป็นอนามัยส่วนบุคคลที่จะต้องส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติโดยเคร่งครัด ซึ่งได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลการล้างมือว่า ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้จริง การศึกษาของเอ็ดมุนด์ ทองกระจายได้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมป้องกันของมารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 13 – 24 เดือน ล้างมือก่อนให้นม อาหาร และให้อาหารที่สุกใหม่ ๆ แก่บุตรทุกครั้ง บุตรของมารดาในกลุ่มนี้จะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่า กลุ่มมารดาที่ไม่ปฏิบัติดังกล่าวประมาณร้อยละ 50 ( วันดี วราวิทย์ 2531, อ้างถึงใน นันทิกา มิตรสัมพันธ์ 2534 :32)

5. พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ส้วม และการขับถ่ายอุจจาระ โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร เชื้อโรคก็จะสามารถขับออกจากร่างกายได้จากทางเดินอาหาร โดยออกมาปนกับอุจจาระ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและการใช้ส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ เชื้อจะติดอยู่ที่มือและจะติดต่อไปสู่คนอื่นได้อีกด้วย ดังนั้น ส้วมที่ถูกสุขลักษณะปกปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงวัน แมลงต่างๆ จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ที่สำคัญ คือพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระของบุคคลต้องถูกสุขลักษณะมีการล้างมือให้สะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง

6. การกำจัดอุจจาระและอุจจาระของเด็ก ทั้งนี้การกำจัดอุจจาระก็เป็นสิ่งสำคัญเพราะในอุจจาระทั้งเด็กและผู้ใหญ่จะมีเชื้อโรคปนเปื้อนอยู่ถ้ากำจัดอุจจาระไม่ถูกวิธี ไม่ถูกสุขลักษณะจะเป็นหนทางของการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ( 2529: 85 ) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องนี้ ว่าเด็กไม่เพียงแต่เป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงมากที่สุด พวกเขายังเป็นแหล่งแพร่เชื้อแหล่งใหญ่ด้วย การติดเชื้อชนิดมีอาการ และไม่มีอาการพบบ่อยที่สุดในเด็ก และอุจจาระร่วงของเด็กนั้นแหละ ที่เป็นตัวการแพร่กระจายเชื้อไปสู่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวและเพื่อนบ้าน พฤติกรรมเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก เป็นปัญหาสำคัญแต่ถูกละเลย

เกี่ยวกับการขจัดสิ่งขับถ่าย ส่วนใหญ่เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงจะถูกขับออกมากับอุจจาระ ดังนั้น การขจัดอุจจาระจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งทุกครอบครัวต้องมีสมาชิกและใช้กันจริงทุกคน รวมทั้งการรักษาความสะอาดตลอดเวลา โครงการจัดหาน้ำและขจัดสิ่งขับถ่ายทั้งหลาย ต้องทำควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษาอย่างจริงจัง และต้องวางแผนร่วมมือปฏิบัติกับชาวบ้าน การรณรงค์ล้างมือบ่อยๆ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ควรเน้นสุขศึกษาทั้งผู้ปกครองโดยเฉพาะมารดา การให้สุขศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องดัดแปลงให้สอดคล้องกับความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละชุมชน

สำหรับแนวทางการกำจัดอุจจาระเด็กนั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้วิธีการเป็นแนวทางได้ดังนี้ คือ

- อุจจาระทารกต้องรีบกำจัดอาจจะห่อในหนังสือพิมพ์ แล้วทำลายโดยการเผา หรือใส่ลงในส้วม

- เด็กควรให้ถ่ายลงในกระโถน ซึ่งง่ายต่อการทำความสะอาด แล้วกำจัดอุจจาระโดยการใส่ลงในส้วม

- เมื่อเด็กถ่ายอุจจาระแล้วต้องทำความสะอาดให้เรียบร้อย รวมทั้งการล้างมือเด็กด้วย ( WHO 1989 อ้างถึงใน นันทิกา-มิตรสัมพันธ์ 2534 :33)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การกำจัดอุจจาระทั้งผู้ใหญ่และเด็ก มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคมานุษยบุคคล แต่ที่ต้องให้ความสำคัญคือ การกำจัดอุจจาระในเด็กให้ถูกวิธี รวมทั้งการล้างมือเด็กเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

7. การให้ภูมิคุ้มกันโรคหัด ในเด็กการให้ภูมิคุ้มกันโรคหัดควรจะให้หลังจากเด็กอายุ 9 เดือนไปแล้ว เพื่อเป็นการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้เช่นกัน ทารกและเด็กที่เป็นโรคหัดจะมีอาการอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 70 – 79.6 ผู้ป่วยโรคหัดมีอาการอุจจาระเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปอาจเกิดจากไวรัสหัดเองและถ้าได้รับเชื้อ เช่น ชิเจลลา(Shigella) ซัลโมเนลลา(Salmonella) จากสิ่งแวดล้อมจะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น การให้วัคซีนป้องกันโรคหัดนั้นจะลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงได้

**มาตรการที่สำคัญในการลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี**

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงโดยเฉพาะในเด็กเล็ก จำเป็นต้องอาศัยกลวิธีการดำเนินงานตามหลักการควบคุมโรคและป้องกันโรคทั่วไป โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการติดต่อโรคต่าง ๆ 3 ประการคือ

1. เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรค (Agent )
2. บุคคลที่เชื้อโรคสามารถทำให้เกิดโรคได้( Host )
3. สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรค( Environment )คือส่วนประกอบที่แวดล้อมทั้ง เอเจนต์(Agent) และ โฮสต์ (Host) เช่น ที่อยู่อาศัย อากาศ ขยะมูลฝอย แมลงวัน น้ำดื่ม น้ำใช้ เป็นต้น

กลวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบที่กล่าวมาคือ

1. เสริมสร้างให้ Host มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค โดยวิธีการ

1.1 ให้โภชนาการแก่แม่โดยเฉพาะก่อนและหลังคลอด เพื่อให้แม่มีสุขภาพแข็งแรง เด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักปกติมีความสมบูรณ์ และแม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้อย่างน้อย 4-6 เดือน หลังจากนั้นควรให้อาหารเสริมและอาหารอื่นๆ ในช่วงการหย่านมแม่ ตั้งแต่ 6 เดือนจนถึง 5 ปี

1.2 สอนให้แม่รู้จักการใช้กราฟแสดงการเจริญเติบโตของเด็ก เพื่อให้แม่สามารถติดตามพัฒนาการในตัวเด็กได้

1.3 ให้วัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กอายุ 9- 12 เดือน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่เป็นผลมาจากโรคหัด ถ้าน้ำหนักเด็กน้อยกว่าปกติให้รับวัคซีนก่อนเกณฑ์ได้

1.4 ในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงหรือบิดในครอบครัว ควรให้ยาป้องกันโรคแก่เด็กด้วย(กรณีที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน)

2. ลดการแพร่กระจายเชื้อที่อาจปนเปื้อนมากับมือ อาหาร น้ำ และแมลงวันเป็นพาหะนำโรค โดยการ

2.1 จัดหาภาชนะเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ให้เพียงพอตลอดปี และสร้างส้วมไว้ใช้ประจำครัวเรือน

2.2 ควรล้างมือด้วยน้ำสบู่และน้ำสะอาดทุกครั้งหลังออกจากห้องส้วม และก่อนเตรียมอาหารหรือป้อนอาหารแก่เด็กหรือรับประทานอาหาร

2.3 อุจจาระของเด็กที่ป่วยต้องเทลงส้วม เสื้อผ้าเครื่องใช้ปนเปื้อนอุจจาระของผู้ป่วยต้องต้มน้ำเดือดก่อนซัก หรือแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคก่อนซัก

2.4 รับประทานอาหารที่เตรียมสุกใหม่ๆ หรือเก็บไว้นานควรอุ่นหรือปรุงใหม่ทุกครั้งก่อนรับประทาน

2.5 สัตว์เลี้ยงทุกประเภทควรแยกจากตัวบ้านที่พักอาศัย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากสัตว์เลี้ยงมาสู่คน

2.6 ควรล้างมือเด็กบ่อยๆ หรือหัดให้เด็กรู้จักล้างมือก่อนรับประทานอาหารเมื่อใช้มือหยิบจับ

2.7 กำจัดขยะสิ่งปฏิกูลบริเวณบ้าน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน

3. ควบคุมและป้องกันโรคระบาดด้วยการเฝ้าระวังโรคและติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัสที่สงสัยจะเป็นแหล่งแพร่โรค ตลอดจนเร่งทำลายเชื้อด้วยยาและเวชภัณฑ์ในคนและสิ่งแวดล้อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง

อัจฉรา ธีระชัย (2529: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง พบว่า มารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการจัดการกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กมาก่อน

จะให้ความเชื่อถืออย่างมากกับบุคคลในครอบครัวเดียวกัน คือ ยาย ย่า หรือป้าของเด็ก ซึ่งบุคคลเหล่านี้ จะให้การวินิจฉัยอาการ ประเมินอาการและเลือกแหล่งรักษาพยาบาล สำหรับมารดาที่เคยมีประสบการณ์ ในการจัดการกับโรคอุจจาระร่วงมาแล้ว บิดาจะมีบทบาทในการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา

พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และคณะ (2530: 1-4) ได้ศึกษาพฤติกรรมอนามัยที่มีบทบาท สำคัญในการทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,265 คน พบว่าพฤติกรรมอนามัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กชนบท คือ พฤติกรรม การล้างมือ การใช้มือรับประทานอาหาร การปรุงอาหาร การเตรียมอาหาร ชนิดของอาหารที่เตรียม และการ खेलกับสัตว์เลี้ยง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงของเด็ก อายุต่ำกว่า 2 ปี ในเขตเมืองคือ ชนิดของนมที่เด็กรับประทาน น้ำดื่ม พฤติกรรม การทำความสะอาดห้วนมกรณี ที่ให้นมมารดา และวิธีการเตรียมนมผสม

อังคณา จิราจินต์ (2530: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดยศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล รามาธิบดีและโรงพยาบาลเด็ก พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวและ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแล เมื่อบุตรป่วยเป็นโรค อุจจาระร่วงแตกต่างกันแต่อายุและลักษณะครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ (2529, อ้างถึงใน วันดี วราวิทย์ 2531:3) ศึกษาปัจจัย ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคอุจจาระร่วง โดยทำการสำรวจ 19 จังหวัด ครอบคลุม ร้อยละ 73.14 ของจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ได้จำนวนตัวอย่าง 36,611 คน พบว่า ปัจจัยทางด้าน สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้แก่ น้ำดื่ม น้ำใช้ในบ้าน การปรับปรุงน้ำก่อน นำมาใช้ การเป็นเจ้าของแหล่งน้ำ การใช้ส้วมที่ถูกลักษณะ

กานดา วัฒนภาส และคณะ (2529, อ้างถึงใน วันดี วราวิทย์ 2531:6) ศึกษาปัจจัยด้าน สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมของมารดา และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปีโดยการสัมภาษณ์มารดา 799 คนที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีในชุมชนแออัดของ กรุงเทพมหานคร จำนวน 21 แห่ง พบว่า สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิด โรคอุจจาระร่วง แต่พฤติกรรมของมารดาในการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ รวมทั้งการใช้ฝาชีครอบอาหารมีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทร์เพ็ญ ชูประภारรรณ และนัยนา แพร่ศรีสกุล (2532 : 364-365) ศึกษาความเชื่อและ แบบแผนการดูแลรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัวชาวไทยพุทธและ ไทยมุสลิม จังหวัดปัตตานี โดยคัดเลือกหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงในเรื่องการดำเนินงานสาธารณสุข ความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี ระดับการพัฒนาหมู่บ้าน ลักษณะสภาพ ทางเศรษฐกิจ และสังคมคล้ายคลึงกัน การคมนาคมสะดวกพอสมควร โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 200

ครัวเรือน พบว่าแบบแผนความเชื่อในเรื่องโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มมุสลิมแตกต่างจากกลุ่มชาวไทยพุทธ โดยกลุ่มชาวไทยมุสลิม จัดกลุ่มอาการถ่ายผิดปกติในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีออกเป็น 3 กลุ่ม คือท้องร่วง หรือท้องเสีย บิด และอหิวาต์ และเชื่อว่าเกิดจากการที่เด็กรับประทานอาหารบูดเสีย อาหารแสลงที่มีรสเปรี้ยวจัด มารับประทานอาหารบูดเสีย หรืออาหารแสลง และถ่ายทอดให้เด็กทานน้ำนมแมลงวันนำเชื้อโรคโดยผ่านทางอาหาร สำหรับแผนการรักษาของชาวไทยมุสลิม นิยมใช้ยา รับประทานแผนปัจจุบัน ยาฉีด และการให้น้ำเกลือเข้าเส้น การใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่มีน้อย คือ ต่ำกว่าร้อยละ 10

วลีลักษณ์ นันทวงศ์ (2533: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษามารดาที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 358 ราย พบว่า ร้อยละ 67.7 มีการล้างมือหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง มีเพียงร้อยละ 35.0 เท่านั้นที่ล้างมือก่อนเตรียมอาหารทุกครั้ง และพบว่าพฤติกรรมของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็ก คือพฤติกรรมอนามัยของมารดาในเรื่องการเลือกน้ำดื่มมาใช้ การล้างมือภายหลังถ่ายอุจจาระ การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร การใช้ภาชนะปกปิดอาหาร การล้างมือก่อนป้อนอาหารบุตร การล้างมือบุตรก่อนให้บุตรรับประทานอาหารเอง การกำจัดอุจจาระบุตร การทำความสะอาดขวดนมของมารดาที่ให้บุตรรับประทานนมผสม และการทำความสะอาดเต้านมของมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมของตนเอง

ชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์ (2534: 215) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและพฤติกรรม การปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ในจังหวัดยโสธร พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและพฤติกรรมปฏิบัติตน ขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติขณะเจ็บป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ถึงอันตราย

สวรรยา คงเปี้ยว และคณะ (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของมารดาในการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วง และศึกษาบทบาทของผู้ดูแลเด็ก (ซึ่งรวมทั้งมารดาและญาติผู้ใหญ่) ของเขตพัฒนาการสาธารณสุขที่ 8 (นครสวรรค์) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและการรักษาโรคอุจจาระร่วงคือประสบการณ์ป่วย อาชีพ ความรู้เรื่องโรค ความสัมพันธ์กับเด็ก และการเคยได้รับการแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วงและเมื่อใส่กิจกรรมสุขศึกษาแล้ว พบว่า ผู้ดูแลเด็กได้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันรักษาโรคอุจจาระร่วงในทางที่ดีขึ้น

สมใจ เต็งสมเพ็ชร และแวป้า อุเช็ง (2531, อ้างถึงใน จรรยา เศรษฐบุตร 2546:19) ศึกษา ระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วง โดยได้ทำการศึกษาในอำเภอสุคีริน จังหวัดนราธิวาส โดยวิธีการ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาของเด็กอายุ 0-4 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและมารับบริการที่

สถานีอนามัยตำบล สุคีริน จำนวน 210 คน พบว่า เด็กอายุ 0-4 ปีส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระบนพื้นทั่วไป ครอบครัวยุคเด็กป่วยร้อยละ 45.1 ถ่ายอุจจาระในป่าใกล้บ้าน และพบว่าถ่ายอุจจาระลงคลองถึงร้อยละ 21.1 ส่วนใหญ่ดื่มน้ำฝน และน้ำบ่อโดยไม่ได้ต้ม ส่วนการทำความสะอาดด้านนม พบถึง ร้อยละ 25 ไม่ได้ทำความสะอาดก่อนให้นมบุตร การทำความสะอาดขวดนมที่ถูกต้องคือ ต้มให้เดือด พบเพียง ร้อยละ 8.3 ส่วนการเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมพบว่าร้อยละ 16.7 จะเก็บนมหลังจากเด็กดูดนมแล้วไว้ให้เด็กรับประทานในมือต่อไป

ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2541, อ้างถึงใน จรรยา เศรษฐบุตร 2546: 20) ศึกษาพฤติกรรมของมารดาชาวพม่าในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง : กรณีศึกษาชุมชนแออัดชาวพม่าในจังหวัดระนอง พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของมารดาชาวพม่า คือ ปัจจัยนำด้านความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และสถานภาพทางกฎหมาย โดยพฤติกรรมของมารดาชาวพม่าในการดูแลบุตรเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่จะซื้อยามารักษาและงดอาหารที่เป็นสาเหตุของโรคตามความเชื่อ

ผดุงเกียรติ อุทกเสณีย์ และคณะ (2538, อ้างถึงใน จรรยา เศรษฐบุตร 2546: 20) ศึกษาการพัฒนากิจการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนชาวเลราไว๋ จังหวัดภูเก็ต พบว่าชุมชนชาวเลราไว๋เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง เกิดจากการกินอาหารไม่สะอาด อาหารที่เป็นของเสถ และมีความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ คือ เชื่อว่าเกิดจากการล่วงเกินผีบรรพบุรุษ

นิพนธ์ อุดมระติ (2543, อ้างถึงใน จรรยา เศรษฐบุตร 2546: 21) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์แนวโน้มโรคอุจจาระร่วง โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กที่ตกเป็น ตัวอย่าง 600 คน ใน 6 ตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างถูกต้อง เช่น การล้างมือด้วยสบู่ก่อนซนมนมให้เด็กและหลังการใช้ส้วม แต่บางส่วนมีพฤติกรรมการรักษาโรคอย่างไม่ถูกต้อง เช่น เรื่องการให้อาหารผงน้ำตาลเกลือแร่ทดแทนแต่ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะนำเด็กมาสถานพยาบาลทันทีที่เด็กมีอาการผิดปกติ

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535, อ้างถึงใน จรรยา เศรษฐบุตร 2546: 22) ภายได้โครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เรื่องโรคอุจจาระร่วงดำเนินงานที่อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุงเป็นการศึกษายทบาทแม่ตัวอย่างในการควบคุมป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคอุจจาระร่วง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านแม่ตัวอย่างในหมู่บ้าน จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใน 10 หมู่บ้าน พบว่าหลังจากการดำเนินงานไปแล้ว 6 เดือน รูปแบบการดำเนินงานของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เรื่องโรคอุจจาระร่วงในอำเภอเขาชัยสนได้ผลในระดับหนึ่ง อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลงเล็กน้อย และประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพิ่มขึ้น

สมศักดิ์ บุตรราช และคณะ (2530, อ้างถึงใน จรรยา เศรษฐบุตร 2546: 23) ได้ศึกษาการยอมรับต่อสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ของชาวไทยมุสลิมในชนบท โดยยอมรับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง การรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงด้วยสารละลายน้ำตาลเกลือแร่และการเตรียมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้านและอิหม่าม สามารถทำให้มารดา หรือผู้ปกครองเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลรักษาไปในทางที่ดี และเหมาะสม เพิ่มขึ้นจากก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถทำให้ชาวไทยมุสลิมในชนบทยอมรับผงน้ำตาลเกลือแร่

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เนื่องจากสภาพแวดล้อม การขาดความรู้ และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของมารดา เช่น สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเกิดจากปรากฏการณ์ธรรมชาติของเด็ก พฤติกรรมการล้างมือของมารดา โดยเฉพาะหลังการถ่ายอุจจาระและก่อนการปรุงอาหารให้เด็ก ชนิดของนมที่ใช้เลี้ยงบุตร เด็กที่ได้รับการเลี้ยงด้วยนมมารดาป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงด้วยนมผสม และนมชั้นหวาน การทำความสะอาดเต้านมมารดา การทำความสะอาดอุปกรณ์การให้นม เช่น ขวดนม จุกนม นอกจากนั้นพฤติกรรมการเตรียมอาหารและการถนอมอาหารก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ เช่นกัน

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

เมื่อพิจารณาการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจที่ผ่านมาพบว่า มารดาส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับการเป็น โรคหวัด และปอดบวมไม่ถูกต้องทั้งในด้านสาเหตุ การป้องกัน การรักษา การให้ความรู้แก่บิดามารดาให้เข้าใจถึงสาเหตุ การป้องกัน และวิธีการรักษาที่ถูกต้อง จะช่วยให้มารดาสามารถที่จะปฏิบัติบริบาลเด็กได้อย่างถูกต้อง (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2533:22)

#### งานวิจัยต่างประเทศ

เบคเกอร์ และคณะ (Becker and others 1974: 205-216 ) ได้ศึกษาพบว่า มารดาที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหุอักเสบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บุตรรับประทานยาปฏิชีวนะและการพาบุตรมาตรวจตามนัด เบคเกอร์ และคณะ (Becker and others 1977:125-135) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความเชื่อทางสุขภาพของมารดากับการพาบุตรมาคลินิก พบว่า มารดาที่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรค มารดาที่มีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับการป้องกันโรค มักจะมีประวัตินบุตรมีการเจ็บป่วย หรือไปรับการรักษาโรคมากกว่ามารดาที่มีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการป้องกันโรค เบคเกอร์และคณะ (Becker and others 1978: 272) ได้ศึกษาพบว่ามารดาของบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่รับรู้ความรุนแรงของโรคว่าทำให้มีผลต่อสุขภาพของบุตรทั่วไป และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตามแผนการรักษา

เกิร์ท และคณะ ( Kircht and others 1976 : 430 ) ได้ศึกษาพบว่า มารดารับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ง่ายเมื่อเจ็บป่วย จะเป็นตัวทำนายที่ดีในการพานบุตรมาตรวจที่คลินิกตรวจโรคเด็ก

ทาเกลีย คอสโซและไอมา (Taglia Cozzo and Ima 1970: 765, อ้างถึงใน อารยา ประเสริฐชัย 2536: 21 ) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมในการรักษา การที่ผู้ป่วยทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคของตนเองและแผนการรักษาเท่าใดก็มิโอกาสมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้องมากเท่านั้น

นอริส (Norris 1974:486, อ้างถึงใน อารยา ประเสริฐชัย 2536: 21) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุของโรค การรักษา การป้องกัน และวิธีการปฏิบัติที่จะช่วยส่งเสริมให้โรคหายเร็วขึ้น ความรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การคิด ตัดสินใจ ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการรักษา

แฮฟเนอร์ และคณะ ( Haefner and others 1970, อ้างถึงใน ทรงพล ต่อนี้ 2539: 111) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้แรงจูงใจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติพบว่าความสนใจความใส่ใจและจูงใจทางด้านสุขภาพ หรือค่านิยมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

นิวมาร์ค และคณะ (Neumark and others 1992, อ้างถึงใน ทรงพล ต่อนี้ 2539: 112 ) ได้ศึกษาถึงการที่มารดาพานบุตรมาตรวจสุขภาพเด็กในเมืองเยรูส ประเทศอิสราเอล พบว่าการที่มารดารับรู้ภาวะสุขภาพของบุตรนั้น จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการที่มารดาพานบุตรมารับบริการสุขภาพ

#### งานวิจัยในประเทศ

ยมศิริ นาวานุรักษ์ ( 2535: 61-67 ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรค การกลับเป็นซ้ำของโรคเจ็บคอ และทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของมารดา ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคเด็ก และสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคคอ และทอนซิลอักเสบด้วยเช่นกัน

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ ( 2536: 102-109 ) ได้ศึกษาอิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จังหวัดชลบุรี พบว่า อายุของมารดา จำนวนบุตร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

อารยา ประเสริฐชัย ( 2537: บทคัดย่อ ) ได้ศึกษาพฤติกรรมมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดาที่มีบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

ทรงพล ต่อนี้ ( 2539: บทคัดย่อ ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและปัจจัยดังกล่าวร่วมกันทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ได้ร้อยละ 62.48 นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่มีอายุ 31 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจดีกว่ามารดาที่มีอายุ 20 – 30 ปี

ชุติมา เนาวีโนทอง ( 2545 : 105 ) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของนักศึกษาสถาบันสวนสุนันทา และพบว่านักศึกษาที่มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในระดับสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่านักศึกษาที่มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจระดับกลางและระดับต่ำ

จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่ามารดาที่ได้รับรู้ภาวะสุขภาพของบุตร มีความสนใจ และใส่ใจสุขภาพของบุตร จะมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคในบุตรของมารดา รวมถึงมารดาที่มีการศึกษาสูงจะได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรค มีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรค มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ผลดีของการปฏิบัติได้สูงทำให้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรและการดูแลบุตรที่ป่วย

จากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการติดเชื้อในเด็ก จะเห็นว่าโรคติดเชื้อในเด็กหมายถึงโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กซึ่งเกิดจากการติดเชื้อตั้งแต่ช่องจมูก จนถึงถุงลมปอด โดยแบ่งเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เริ่มตั้งแต่ช่องจมูกถึงกล่องเสียงและโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เริ่มตั้งแต่การติดเชื้อส่วนบนของหลอดลมคอ ไปจนถึงถุงลมปอดและโรคอุจจาระร่วง ซึ่งทั้งโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กและโรคอุจจาระร่วงนี้เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มารดาจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรดังกล่าว ซึ่งจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้นิยามของความรู้ของโรคติดเชื้อในเด็กว่าหมายถึงความรู้ที่เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกันและการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรเมื่อบุตรป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการแพร่กระจายเชื้อของโรค

### 3. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข

การยอมรับมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ในด้านที่เป็นตัวการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น การที่บุคคลหรือกลุ่มยอมรับสิ่งใหม่ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะส่วนบุคคล การปฏิบัติงาน จิตวิทยาสังคมด้านการได้รับทราบข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในสังคมมีความแตกต่างกันในด้านลักษณะส่วนบุคคล การปฏิบัติงาน จิตวิทยาสังคมด้านการได้รับทราบข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และประสบการณ์การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับสิ่งใหม่นั้น

#### ทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับ

ทฤษฎีของคาร์ทไรท์ (Cartwright's Theory) คาร์ทไรท์ เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของบุคคลนั้นประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 3 ประการ (Cartwright 1947, อ้างถึงใน นิภา ลิขิตประเสริฐ 2532 : 21) โดยที่โครงสร้างทั้งสามมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน คือ โครงสร้างด้านความรู้ ความคิด (Cognitive Structure) โครงสร้างด้านการจูงใจ (Motivational Structure) และโครงสร้างด้านการปฏิบัติ (Action Structure) ซึ่งการจะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านหนึ่งด้านใดจะต้องใช้ช่องทางเฉพาะเท่านั้นจึงจะเปลี่ยนแปลงได้ คือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านความรู้ ความคิด จะต้องใช้การให้ความรู้ข่าวสารที่ผู้รับเข้าใจชัดเจนและสามารถยอมรับได้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านการจูงใจจะต้องใช้วิธีการให้ประชาชนได้รู้ตัวอย่างที่ดีที่ต้องการหรือการทำให้บุคคลได้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง ทำได้ง่าย และเป็นประโยชน์ต่อเขาก่อนแล้วต่อไปจะเกิดพฤติกรรมต้องการได้เอง

การยอมรับนั้นเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ความเชื่อในสิ่งที่ได้รับซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลดังการศึกษาของฮอฟฟ์แลนด์และจานิส (Hovland and Janis 1959, อ้างถึงใน นิภา ลิขิตประเสริฐ 2532 : 22) สำหรับความหมายของการยอมรับนั้น ธอร์นไคด์และบลูมฟิลด์ (Thorndike and Bloomfield 1979, อ้างถึงใน นิภา ลิขิตประเสริฐ 2532 : 22) ได้กล่าวไว้ว่า การยอมรับเป็นการกระทำเพื่อที่จะเอาหรือรับเอาสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีผู้หิบบิ้นให้ ซึ่งการรับเอานั้นเป็นไปด้วยความพอใจและชอบใจหรือเป็นการกระทำที่ตกลงกันแล้ว หรือทำด้วยความเชื่อถือ เช่นการยอมรับทฤษฎี ความจริงหรือสภาวะที่ยอมรับ จากความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การยอมรับ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมพร้อมใจรับบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนประสบพบเห็น หรือเกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วยความเต็มใจ พอใจ เลื่อมใส และเชื่อถือโดยสามารถแสดงออกมาให้บุคคลอื่น ๆ ทราบได้อย่างชัดเจนทางพฤติกรรมของบุคคล

การตกลงใจยอมรับ หรือปฏิเสธของบุคคลนั้น ชูเมกเกอร์ ( Shoemaker 1971, อ้างถึงใน ลำลี ทองทิว 2532: 33 – 35 ) โดยกล่าวถึงกระบวนการการยอมรับของบุคคลจะเป็นไปตามขั้นตอน ดังนี้คือ ขั้นการรับรู้ ขั้นการสนใจ ขั้นตั้งใจ ขั้นการตกลงใจ

### ความหมายของการยอมรับ

ฟอสเตอร์ ( Foster 1973:146-147, อ้างถึงใน สมภพ อาจชนะศึก 2542:43 ) ได้ให้ความหมายการยอมรับว่าหมายถึง การที่ประชาชนได้เรียนรู้ผ่านการศึกษา โดยผ่านขั้นการรับรู้ การยอมรับจะเกิดได้หากมีการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้นั้นจะได้ผลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้ทดลองลงทุนซื้อสิ่งประดิษฐ์นั้น

โรเจอร์ส ( Rogers 1983 :163, อ้างถึงใน สมภพ อาจชนะศึก 2542:43) ได้ให้ความหมายของกระบวนการยอมรับนวัตกรรมว่าเป็นกระบวนการซึ่งแต่ละบุคคลจะผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่ามีนวัตกรรม และเกิดทัศนคติอันนำไปสู่การตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม จนถึงขั้นยืนยันการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม นั้น

เสถียร เขยประทับ ( 2530 : 40 ) กล่าวว่า การยอมรับเป็นกระบวนการตัดสินใจ โดยต้องมีการเรียนรู้ แล้วนำการเรียนรู้ต่อสิ่งใหม่นั้นไปปฏิบัติ เมื่อเห็นว่าเป็นผลดีจึงเกิดการยอมรับในสิ่งนั้นๆ

สุรพงษ์ ไตรณะเสถียร (2533 : 105 ) กล่าวว่า การยอมรับนวัตกรรมเป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมให้คล้ายตามนวัตกรรมรวมทั้งแนวทางของผู้รับสาร

เพลินพร ผิวงาม (2533: 105 ) กล่าวว่า การยอมรับเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการที่รับเอาสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ดีขึ้นเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีกว่า ทั้งรูปธรรมและนามธรรมไปปฏิบัติด้วยความพอใจ และการยอมรับจะเกิดขึ้นได้โดยผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ และได้ทดลองมาแล้วครั้งหนึ่ง โดยระยะเวลาในการตัดสินใจรับเอาสิ่งนั้น อาจกินเวลาเป็นปีๆ

จากการทบทวนเอกสารและทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับ พอสรุปได้ว่าการยอมรับเป็นการกระทำเพื่อรับเอาสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีผู้หยิบยื่นให้ ซึ่งการยอมรับนี้ผู้รับจะรับด้วยความพอใจ หรือกระทำตามที่ตกลงไว้ ดังนั้น การยอมรับคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข จึงหมายถึงการที่บุคคลยินยอมพร้อมใจรับบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ต่างๆที่ตนประสบพบเห็น หรือเกี่ยวข้อง รวมถึงคำแนะนำจากบุคคลที่ตนเชื่อถือด้วยความเต็มใจไม่ว่าคำแนะนำนั้นจะได้จากสื่อต่างๆ ได้แก่ เอกสาร แผ่นพับ โทรทัศน์ เสียงตามสาย ในเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การติดต่อการป้องกัน และการปฏิบัติตนในการดูแลเมื่อบุตรป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการแพร่กระจายของโรค

## ขั้นตอนการยอมรับ

โรเจอร์ส และชูเมคเกอร์ ( Rogers and Shoemaker 1971: 103-114, อ้างถึงใน สมภพ อาจชนะศึก 2542: 44) กล่าวว่า การยอมรับนวัตกรรมมีลักษณะเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยเวลาโดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้คือ

1. **ขั้นความรู้ ( Knowledge )** หมายถึงการที่บุคคลเห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากมีนวัตกรรม การสร้างความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมจึงไม่อาจหลีกเลี่ยงได้โดยที่ความรู้ของบุคคล จะรับรู้ได้มากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 **ตัวแปรผู้รับสาร** ได้แก่ บุคลิกลักษณะนิสัยประจำของบุคคล สถานภาพทางสังคม ความต้องการนวัตกรรม และอื่นๆ

1.2 **ตัวแปรระบบสังคม** ได้แก่ บรรทัดฐานของระบบสังคม ( Social System Norm ) วัฒนธรรมต่อการมีพฤติกรรม (Tolerance of Deviancy ) และบูรณาการของการสื่อสาร ( Communication integration)

2. **ขั้นจูงใจ ( Persuasion )** เป็นขั้นตอนหลังจากบุคคลเกิดความรู้ในนวัตกรรมเป็นเบื้องต้นแล้ว ทั้งนี้ เพื่อนำไปประเมินนวัตกรรมว่า จะตัดสินใจในการดำเนินการอย่างไรต่อไป ความสำเร็จในการจูงใจเพื่อการประเมินนวัตกรรมของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ ประโยชน์เชิงเปรียบเทียบ ( Relative Advantage ) ความสอดคล้อง ( Compatibility ) ความยุ่งยากหรือความสลับซับซ้อน ( Complexity ) ความสามารถในการนำไปทดลองใช้ได้ ( Trainability ) ความสามารถในการสังเกตได้ ( Observability )

3. **ขั้นการตัดสินใจ ( Decision )** เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะต้องตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมหลังจากที่ได้ประเมินในขั้นตอนที่ผ่านมาแล้ว คนส่วนใหญ่จะยอมรับนวัตกรรมได้ก็ต่อเมื่อเขาได้ทดลองใช้แล้ว ดังนั้นการทดลองใช้ก็เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ เพราะเป็นการลดความรู้สึกเสี่ยงในการตัดสินใจ ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ได้จำเป็นต้องปฏิเสธหรือยอมรับนวัตกรรมทั้งหมด คนที่รู้จักหรือคุ้นเคยนวัตกรรมมาก่อนจะมีอิทธิพลมากต่อการตัดสินใจ โดยบุคคลจะรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นเรียกว่าการทดลองนวัตกรรมทางอ้อม

4. **ขั้นการยืนยัน ( Confirmation )** เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการยอมรับนวัตกรรมอย่างถาวร และกลายเป็นพฤติกรรมของบุคคลต่อไป โดยตลอดระยะเวลาในขั้นตอนของการยืนยันนี้บุคคลจะหลีกเลี่ยงสถานะที่ไม่พ้องกับความรู้ หรือทัศนคติที่ตนเองยอมรับ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรมซ้ำหรือเร็วอีก 3 ประการ ( Roger and Shoemaker 1971: 185-191, อ้างถึงใน สมภพ อาจชนะศึก 2542:46) คือ

1. **สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม** ถ้าผู้ยอมรับนวัตกรรมมีการศึกษาในระดับสูง มีฐานะทางสังคม และเศรษฐกิจสูง หรือตั้งจุดหวังในชีวิตเพื่อเลื่อนฐานะทางสังคมสูงขึ้น ประกอบ

กับนวัตกรรมนั้นมีความสอดคล้องกับชีวิตจะเกิดการยอมรับนวัตกรรมนั้นได้เร็วกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา  
น้อยด้วยฐานะในสังคม

2. คุณลักษณะของบุคลิกภาพ บุคคลที่มีความทันสมัยจะเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อ  
และยอมรับในสิ่งใหม่ๆ จากสังคมภายนอกมาใช้ในชีวิตของตน

3. พฤติกรรมในการสื่อสาร เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เห็นถึงการยอมรับนวัตกรรมเร็วกว่า  
ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมดังนี้ คือ มีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม ได้ดีมีการ  
เดินทางบ่อยครั้ง ไม่ติดดิน การมีโอกาสติดต่อกับตัวกลางเผยแพร่ข่าวสาร มีโอกาสเปิดรับข่าวสาร  
จากสื่อมวลชน และสื่อสารระหว่างบุคคล มีระดับของการเป็นผู้นำทางความคิดสูง

จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบุคลากรสาธารณสุข จะพบว่ายังไม่ผู้ศึกษา  
ถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง แต่จากการศึกษาทฤษฎี  
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับทั่ว ๆ ไป ผู้วิจัยจึงนิยามความหมายของการยอมรับการแนะนำของ  
บุคลากรสาธารณสุขว่าหมายถึงการปฏิบัติตามการแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำอำเภอ ในเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การติดต่อ การป้องกัน  
และการปฏิบัติตนในการดูแลเมื่อบุตรป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการแพร่กระจายของโรค

## บททบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนลิขสิทธิ์

เนื่องจากงานวิจัยโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบุคลากรสาธารณสุขยังไม่พบว่ามี  
ผู้วิจัยศึกษามาก่อน ดังนั้นจึงได้ค้นคว้าและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับในเรื่องและกลุ่ม  
ตัวอย่างที่ต่าง ๆ กัน เพื่อนำมาพิจารณาประกอบการคัดเลือกและยืนยันต้นแปรที่สรุปได้จากการ  
ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ตามที่ระบุข้างต้น เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

งานวิจัยของ วินิคอฟฟ์ และแบร์ (Winikoff and Baer 1980, อ้างถึงใน กรรณิกา ทิพย์คง  
2538 : 146) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลัน  
ระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ณ โรงพยาบาลตำรวจพบว่าการให้ความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับนมมารดา  
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์และไปฝากครรภ์มีผลต่อพฤติกรรมของมารดา  
ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

อัล-มานัน (Al – Manun 1992 : 23-37,อ้างถึงใน สมภพ อาจชนะศึก 2542: 48) ศึกษา  
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการรักษาโรคอุจจาระร่วง ด้วยสารน้ำทดแทนทางปาก (ORT) ของ  
มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติของมารดาในด้าน  
ความเชื่อและประโยชน์ของการรักษาด้วยสารน้ำทดแทนทางปาก มีความสัมพันธ์กับการยอมรับ

วชิรา กสิโกศล และคณะ (2528: 168-169) ศึกษาผลของการได้รับและไม่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลอนามัยชุมชนในเรื่องการดูแลทารกพบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลอนามัยชุมชนทำการเลี้ยงบุตรได้ดีกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการแนะนำและติดตามเยี่ยม

อรนุช อุตมางคาวร ( 2532 : 177 ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับของใหม่ของชาวนาภาคใต้ : ศึกษากรณีอำเภอนครศรีธรรมราช ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขของประชาชนในเขตเมือง ผลการศึกษาพบว่าเพศชายจะมีการยอมรับมากกว่าเพศหญิง และประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำ ยอมรับมากกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง

ศิริพร หิตะศิริ ( 2532 : 85-94 ) ศึกษารูปแบบสำหรับการทำนายและอธิบายการยอมรับกิจกรรมกลุ่มสร้างเสริมคุณภาพ ของข้าราชการในกองทัพอากาศ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้มีอายุมาก มีการยอมรับมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ ยอมรับมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง ข้าราชการที่มีอายุราชการต่างกันมีการยอมรับแตกต่างกัน และทัศนคติของข้าราชการมีความสัมพันธ์กับการยอมรับ

อุทุมพร ธีระธรรม ( 2534 : 99-104 ) ศึกษาการยอมรับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงยอมรับมากกว่าเพศชาย การดำรงตำแหน่งในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ การรับรู้แหล่งความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการยอมรับ

ธงชัย มั่นคง ( 2534 : 88-96 ) ศึกษากระบวนการยอมรับและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการยอมรับการทำหมัน ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัว จำนวนปีที่สมรส และการรับรู้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงกระบวนการยอมรับ

วุฒิไกร บัวผัน ( 2535 : 68 ) ศึกษาการยอมรับการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงในการทำงานของคนงานโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ : กรณีศึกษาอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการยอมรับแตกต่างกัน การได้รับข่าวสารที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดผลในการยอมรับแตกต่างกัน และระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงแตกต่างกันทำให้เกิดการยอมรับแตกต่างกัน

วีระ เกศรัย ( 2535 : 89-116 ) ศึกษาการยอมรับการใช้เข็มฉีดยาของผู้ขับขี่ยานยนต์ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ ระดับการศึกษา ปวส. อนุปริญญา และสูงกว่า มีการยอมรับมากกว่ากลุ่มอื่น รายได้มีความสัมพันธ์กับการยอมรับ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์การใช้เข็มฉีดยาบ่อยครั้งจะยอมรับมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และประสบการณ์อุบัติเหตุบนท้องถนนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยอมรับ

วิลล คำสวัสดิ์ ( 2535: 86 ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากบุคลากรสาธารณสุข จากโทรทัศน์ วิทยุ และแผ่นพับ จะมีการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเลย

อำไพ สุภาภา ( 2541 : 87 ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก พบว่าการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

จากทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่างานวิจัยโดยตรง ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบุคลากรสาธารณสุขยังไม่พบว่ามีผู้วิจัยศึกษามาก่อน แต่จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับในเรื่องและกลุ่มตัวอย่างที่ต่าง ๆ กัน สรุปได้ว่าการยอมรับของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การได้รับข่าวสาร การรับรู้แหล่งความรู้ด้านต่าง ๆ จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาลอนามัยชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะไปฝากครรภ์ หรือขณะนำบุตรหลานไปรับการรักษา หรือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทำให้บุคคลเหล่านั้นได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการที่บุคลากรสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงด้านสุขภาพอนามัยกับประชาชน มีการให้บริการเชิงรุกคือมีการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความใกล้ชิดกับประชาชน ประชาชนเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น เมื่อบุคลากรสาธารณสุขมาให้ความรู้ต่างๆ จึงส่งผลให้ประชาชนเกิดการยอมรับและนำความรู้นั้นไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรได้

#### 4. แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในเด็กตามวัฒนธรรมท้องถิ่น

##### แนวคิดเรื่องระบบความเชื่อ

ระบบความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม และเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่กำหนดให้สมาชิกในสังคมมีวิถีชีวิตเป็นแบบอย่างเดียวกัน ความเชื่อที่เกิดขึ้นมีทั้งที่เกิดจากประสบการณ์ของบุคคล ก่อให้เกิดการรับรู้ รวมถึงความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดจากสังคม ระบบความเชื่อเป็นการรับรู้ของมนุษย์ที่ได้อรรถกโลกหรือธรรมชาติที่อาศัยอยู่ มีประสบการณ์ต่อสรรพสิ่งต่างๆที่อยู่รายล้อมตัว ได้เรียนรู้โดยกำหนดสิ่งต่างๆขึ้นตามความรู้ทางวัฒนธรรมที่ตนเองได้รับการถ่ายทอดมา เมื่อมนุษย์มีความเชื่อความเชื่อนั้นมักมีลักษณะที่เป็นจริงตามการรับรู้ซึ่งผ่านขั้นตอนของความสงสัย การตรวจสอบอย่างง่าย ๆ จนกระทั่งเป็นความรู้ที่ถูกต้อง ( อานันท์ กาญจนพันธุ์และคณะ 2533, อ้างถึงใน มัชยา แซ่จิ่ง 2547 : 15 )

ระบบความเชื่อส่งผลต่อแบบแผนการกระทำ มนุษย์จะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับระบบสังคมวัฒนธรรมที่มนุษย์ได้เลือกสรรว่าเป็นประโยชน์และเกิดผลในแง่ดี จึงยึดถือเป็นแบบฉบับเดียวกัน อิทธิพลของความเชื่อที่มีผลต่อแบบแผนพฤติกรรมนี้ ก็คือความพยายามที่จะให้สมาชิกดำเนินชีวิตเป็นแบบอย่างเดียวกับผู้อื่นในสังคมได้ โดยเริ่มกระบวนการนี้ตั้งแต่ระดับครอบครัว คือครอบครัวจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อ ให้แก่สมาชิกใหม่ให้เข้าใจถึงเรื่องต่างๆจนเขาสามารถกระทำที่ถูกต้องตามหน้าที่ที่สังคมกำหนดอย่างเหมาะสมสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ในสถาบันทางสังคมตามระบบวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ การถ่ายทอดความเชื่อให้แก่สมาชิกถือเป็นการปลูกฝังและเตรียมบุคคลให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างครบถ้วน ซึ่งบุคคลจะอยู่ในวิถีชีวิตร่วมกันเป็นการให้บุคคลได้มีการเรียนรู้ มีแรงจูงใจ ความรู้สึก ทักษะ และการรับรู้ ซึ่งถือเป็นการถ่ายทอดระบบวัฒนธรรมให้แก่สมาชิก (จันเพ็ญ ชูประภारรณ และคณะ 2533 :364-365 )

มนุษย์ในแต่ละสังคมมีระบบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ประสบการณ์และการเรียนรู้ที่สืบทอดกันมา ความเชื่อในแต่ละลักษณะจะมีความหมายและสามารถอธิบายอย่างเป็นเหตุเป็นผลตามระบบความคิดของมนุษย์ในสังคมนั้นๆ ความเชื่อในสาเหตุของการเกิดโรคเป็นเงื่อนไขหนึ่งของการเลือกวิธีการรักษาตามระบบสังคมวัฒนธรรมตนเอง ในอดีตความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุซึ่งอาจเกิดจากสิ่งใดก็ตามที่มนุษย์คิด เช่น พระเจ้า ปีศาจ บรรพบุรุษ วิญญาณชั่วร้าย หรืออำนาจเหนือธรรมชาติที่ส่งผลต่อมนุษย์ ทั้งนี้เพราะมนุษย์ยังไม่เข้าใจปรากฏการณ์ธรรมชาติ เมื่อเกิดความเชื่อในสาเหตุการเกิดโรคเช่นไร ก็จะคิดหาวิธีที่จะรักษาตามความเชื่อที่ได้รับการเรียนรู้และถ่ายทอดด้วยวิธีการต่าง ๆ เพราะความเชื่อบางครั้งไม่จำเป็นต้องอาศัยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐาน และไม่ต้องการพิสูจน์ ผู้เชื่อเพียงแต่ยอมรับว่าสิ่งนั้นมีจริง และเป็นจริง ดังนั้นการเขี่ยววารักษาจึงเป็นความรู้ทางวัฒนธรรมที่สั่งสมกันมา และเมื่อเกิดความรู้ความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ต่างๆมากขึ้น ความเชื่อในเรื่องสาเหตุการเกิดโรคและความเจ็บป่วยจึงเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของสังคมและวัฒนธรรม ( อานันท์ กาญจนพันธ์และฉลาดชาย รมิตานนท์ 2533: 115, อ้างถึงใน มัชยา แซ่จิ่ง 2547: 16)

จากการศึกษาอำเภอกำแพงแสน และเพื่อความเข้าใจสภาพทั่วไปของอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยจึงขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พอสังเขปดังนี้

### 1) อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ : ติดจังหวัดสุพรรณบุรี ทิศใต้ : ติดอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ทิศตะวันออก : ติดอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ทิศตะวันตก : ติดจังหวัด

กาญจนบุรี และจังหวัดราชบุรี

## 2) ประวัติความเป็นมา

อำเภอกำแพงแสน ตั้งเมื่อ พ.ศ. 2449 มีตำบล 15 ตำบล 183 หมู่บ้าน 17,164 หลังคาเรือน 1 เทศบาล คือ เทศบาลตำบลกำแพงแสน มีประชากรจำนวน 102,453 คน พื้นที่ 405.019 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ของอำเภอนี้ค่อนข้างสูงกว่าอำเภออื่นๆ จึงเหมาะแก่การทำอ้อย ไร่มันสำปะหลังมากกว่าพืชประเภทผัก ผลไม้ ด้านตะวันตกเฉียงเหนือของบริเวณบ้านห้วยด้วน บ้านทุ่งบัวจะมีการทำนาอยู่บ้าง ส่วนพื้นที่ที่ไถลออกไปค่อนข้างแห้งแล้ง แต่เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมจากกรมชลประทานจึงกลายเป็นพื้นที่ที่เต็มไปด้วยพืชผล และทุ่งหญ้าสำหรับเลี้ยงสัตว์ โค กระบือ การคมนาคมของอำเภอนี้สะดวก มีถนนตัดผ่านหลายสาย สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอกำแพงแสน มีทั้งประชากรที่มีถิ่นฐานเดิมในอำเภอกำแพงแสน และที่อพยพมาจากเบ็ดเตล็ดที่ทำการใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชาชนในอำเภอ และจังหวัดใกล้เคียง ประชาชนที่มาตั้งถิ่นฐานเป็นคนเชื้อสายไทย ลาว ไช่ ลาว และพวน ซึ่งประชาชนที่มีเชื้อสายไทยจะอพยพมาจากอำเภอบางเลนและจังหวัดสุพรรณบุรีอีกเล็กน้อย ประชาชนเชื้อสายลาว ไช่ อพยพมาจากจังหวัดเพชรบุรีและตำบลไผ่หูช้าง ประชาชนเชื้อสายลาวพวนอพยพมาจากจังหวัดราชบุรีและมีประชาชนเชื้อสายอื่นๆ ที่อพยพมาจากที่ต่างๆ ลาวครั่ง ลาวมอญ ลาวอีสานปะปนอาศัยอยู่ตามหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีประชาชนเชื้อสายจีนปะปนอยู่ด้วย จึงทำให้อำเภอกำแพงแสนมีภาษาถิ่นหลายภาษา เช่น ภาษาลาว ภาษากะเหรี่ยง แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชาชนทั้งหมดใช้ภาษาถิ่นเป็นภาษาลาว มีขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ และเป็นศูนย์รวมในการประกอบกิจกรรมในชุมชน พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่พบเห็นบ่อยๆ ที่บ่งบอกถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีต่างๆ เช่น ประชาชนนิยมไปวัด ทำบุญตักบาตร มีประเพณีตักบาตรเทโวในวันออกพรรษา ตลอดจนมีความเชื่อในเรื่องวิญญาณ มีการเซ่นไหว้วิญญาณผี ปู่ ย่า ตายาย ที่ล่วงลับไปแล้ว

## 3) สภาพทั่วไปของอำเภอกำแพงแสน

อำเภอกำแพงแสน มีสภาพเหมือนชุมชนทั่วไปที่มีชนกลุ่มน้อย แต่ละกลุ่มมีประวัติการอพยพจากถิ่นฐานเดิมมาตั้งรกรากในบริเวณต่างๆ ในเขตอำเภอกำแพงแสน และยังคงสืบต่อขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมบางอย่างจากถิ่นฐานเดิมมาด้วย อย่างไรก็ตามชุมชนน้อยเหล่านี้สามารถอยู่ร่วมกับชาวพื้นเมืองของอำเภอกำแพงแสนได้อย่างสงบสุข โดยการยอมรับวัฒนธรรม และรู้จักเคารพสิทธิมนุษยชนของกันและกัน ชนกลุ่มน้อยของอำเภอกำแพงแสนประกอบด้วยชนกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ลาว ไช่ หรือไทยทรงดำ เป็นกลุ่มไทยโบราณกลุ่มหนึ่งเดิมตั้งถิ่นฐานอยู่บริเวณแคว้นสิบสองจุไทย หรือตอนเหนือของประเทศลาวติดต่อกับชายแดนประเทศจีน ลาว ไช่ เดิมมีชื่อเรียกว่าไทยทรงดำเพราะชอบสวมเสื้อสีดำล้วน สภาพความเป็นอยู่ของลาว ไช่ โดยทั่วไป มักมีชีวิต

ความเป็นอยู่อย่างง่าย ๆ จะทำเกษตรแบบเลี้ยงตัวเอง ดำรงชีพด้วยการทำไร่ ทำนา ทำสวน ด้านศาสนา ความเชื่อของลาวโซ่ง ถึงแม้จะนับถือศาสนาพุทธ แต่มีความเชื่อเรื่องผีและขวัญ จึงทำให้เกิด เกี่ยวข้องหลายอย่าง โดยเฉพาะเรื่องผีเรือน ซึ่งกล่าวว่าหากทำไม่ดีจะเป็นการผิดผี ผีเรือนอาจ ลงโทษ ส่วนความเชื่อเรื่องขวัญ มีพิธีเรียกขวัญหรือสู่ขวัญ เนื่องจากเชื่อว่าผีฟ้า หรือแถน ซึ่งเป็น เทวดาเป็นผู้ให้มนุษย์มาเกิด และให้มีขวัญ ขวัญของแต่ละคนจะอยู่ในร่างกายและอาจจะตกหล่น หรือสูญหายได้ถ้าตกใจหรือเจ็บป่วย ขวัญจะไม่อยู่กับตัวจึงต้องทำพิธีเรียกขวัญ หรือเรียกว่าสู่ขวัญ เพื่อให้ขวัญกลับสู่ร่างกายให้มีปกติสุข นอกจากนี้ยังมีพิธีเสนเรือน เป็นการเซ่นไหว้บรรพบุรุษที่ ล่วงลับไปแล้ว ญาติพี่น้องจะมาพร้อมกันนำอาหารที่เซ่นไหว้ใส่ในกระบะซึ่งลาวโซ่งเรียกปานเพื่อน หมอเสนเป็นผู้ทำพิธี และนำอาหารที่เซ่นป้อนให้ผีเรือนโดยใช้ไม้คียบอาหารปล่อยลงช่องข้างฝาผนัง บ้านให้หล่นลงไปใต้ถุนเรือน

3.2 มอญ หรือรามัญ ลักษณะความเป็นอยู่เช่นเดียวกับชาวไทยกลุ่มอื่น ชยันในการ ทำงาน มีอัธยาศัยดี โดยทั่วไปชาวมอญส่วนใหญ่จะมีความเชื่อในเรื่องของการนับถือผี แม้ว่ามอญจะ นับถือศาสนาพุทธ แต่ก็ยังให้ความสำคัญกับการนับถือผีเป็นพิเศษ เนื่องจากเชื่อว่าเป็นบรรพบุรุษ ของตนที่ตามมาคุ้มครองพวกตนจากเมืองมอญ เพื่อช่วยปกป้องรักษาลูกหลานให้อยู่ดีมีมีความสุข ด้าน ประเพณีของชาวมอญ ชาวมอญมีความเชื่อมีความเคารพนับถือผีประจำหมู่บ้าน ผีบ้านผีเรือน มีความเชื่อว่ามีผีจะอำนาจความเจริญรุ่งเรืองตามประสงค์ เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันเกิดขึ้น เช่น คน ในครอบครัวเจ็บป่วยบ่อยๆ อันถือว่าการผิดผี คนในครอบครัวต้องจัดให้มีการรำผี เพื่อขอขมา โทษต่อผี ให้อภัยโทษเรื่องจะได้บังเกิดความสุขความเจริญตลอดไป

3.3 ลาวครั่ง ลักษณะสังคมทั่วไปของลาวครั่ง แต่ดั้งเดิมเป็นสังคมเกษตรกรรมแบบ เลี้ยงตัวเอง เช่นเดียวกับชาวไทยกลุ่มอื่นๆ ส่วนวัฒนธรรมประเพณีบางอย่าง ยังรักษาตามแบบเดิมไว้ บ้างเช่น ประเพณีการทำบุญข้าวจี ซึ่งการทำบุญข้าวจีของชาวไทยลาวครั่งนี้คาดว่าจะได้รับแบบอย่าง จากชาวไทยภาคอีสานซึ่งจะทำประมาณกลางเดือน 3 ของทุกปี ในช่วงฤดูกลางเก็บเกี่ยว นอกจากนี้ยังมี ประเพณีแห่ธงสงกรานต์ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ของทุกปี นอกเหนือจากการทำบุญตักบาตร ก่อ เจดีย์ทราย การสรงน้ำพระ โดยการทำธงจะประกอบด้วยเสาธงซึ่งทำจากไม้สด และตัวธงซึ่ง คณะกรรมการตกลงว่าแต่ละปีทางวัดขาดแคลนสิ่งใดก็ให้นำสิ่งนั้นมาทำธง เช่น ผ้าสีต่างๆ ซึ่งเป็น ของไม่หนักเกินไป แล้วแห่ธงรอบโบสถ์ 3 รอบ จึงยกธงปักลงในหลุมที่เตรียมไว้บริเวณลานวัด

จากการศึกษาสภาพทั่วไปของอำเภอกำแพงแสน ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่า อำเภอกำแพงแสน มีสภาพเหมือนชุมชนทั่วไปที่มีชนกลุ่มน้อย แต่ละกลุ่มมีประวัติการอพยพจากถิ่น ฐานเดิมมาตั้งรกรากในบริเวณต่างๆ ในเขตอำเภอกำแพงแสน และจากการศึกษาถึงขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อของชนกลุ่มน้อยดังกล่าวพบว่าชนกลุ่มน้อยเหล่านี้มีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อที่คล้ายคลึงกันกับคนไทยในท้องถิ่นเดิม ซึ่งส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ

มีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ และเป็นศูนย์รวมในการประกอบกิจกรรมในชุมชน เช่นนิมไปวัด ทำบุญ ตักบาตร มีประเพณีตักบาตรเทโวในวันออกพรรษา แต่ชนกลุ่มน้อยดังกล่าวถึงแม้ว่าจะนับถือ ศาสนาพุทธ แต่ก็ยังคงมีการสืบต่อขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมบางอย่างจากถิ่นฐานเดิม มาด้วย ตลอดจนมีความเชื่อในเรื่องวิญญาณ มีการเซ่นไหว้วิญญาณผี ปู่ ย่า ตายาย ที่ล่วงลับไปแล้ว เช่น เชื่อในเรื่องผีเรือน ผีบรรพบุรุษที่คอยคุ้มครองให้คนในครอบครัวอยู่ดีมีสุข เชื่อในเรื่องการเรียก ขวัญ หรือการสู่ขวัญ เพื่อให้ขวัญกลับสู่ร่างกายและบุคคลนั้นอยู่อย่างปกติสุข เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาชุมชนอำเภอกำแพงแสน ในเขตตำบลสระสีมูม พบว่าชุมชนมีความเชื่อเกี่ยวกับศาลเจ้าพ่อ ที่ตั้งอยู่ในหมู่บ้านซึ่งจากการสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนและผู้อาวุโสในหมู่บ้าน พบว่าสมาชิกในชุมชน มีความเชื่อเกี่ยวกับศาลเจ้าพ่อที่เรียกว่า ศาลเจ้าพ่อเพี้ย ซึ่งถือว่าเป็นเจ้าพ่อที่คอยปกป้องรักษาสมาชิกใน ชุมชน ให้มีความร่มเย็น ช่วยคุ้มครองหมู่บ้านให้มีความสุข เมื่อสมาชิกในชุมชนมีปัญหาหรือ เจ็บป่วย จะมาขอให้เจ้าพ่อ ช่วยปัดเป่าให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บ (เกตุ สระทองอินทร์ 2548)

### ความหมายของความเชื่อ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของคำว่า “เชื่อ” ดังนี้ เห็นตามด้วยมันใจ ไว้ใจ ดังนั้นความเชื่อจึงมีความหมายว่า สภาพที่บุคคลมีความเห็นตามสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจันทร์ศรี นิตยฤกษ์ (ม.ป.ป. :111) ได้ให้ความหมายขยายความต่อไปอีกว่า การมีความเห็นตาม ด้วยนี้อาจจะด้วยความรู้สึกหรือการไตร่ตรองด้วยเหตุผล เมื่อเกิดความเชื่อแล้วมักมีการแสดงออก ทั้งทางกายคือการปฏิบัติและทางวาจาคือการตักเตือนสั่งสอนหรือแจ้งให้ผู้อื่นทราบ ความเชื่อของ บุคคลกลุ่มใดย่อมมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับประเพณี สุภาษิต คำพังเพย ตลอดจนคติแขนงอื่นๆ ของบุคคลกลุ่มนั้น

ประสาธ อิศรปริดา และคณะ (ม.ป.ป.: 4) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเชื่อหมายถึง การยอมรับนับถือหรือยึดมั่นสิ่งหนึ่งสิ่งใดทั้งที่มีตัวตนหรือไม่ก็ตามว่าเป็นความจริงหรือมีอยู่จริงการ ยอมรับนับถือนี้อาจมีหลักฐานอย่างเพียงพอที่จะพิสูจน์ได้หรืออาจจะไม่มีหลักฐานที่จะนำมาใช้พิสูจน์ ให้เห็นจริงเกี่ยวกับสิ่งนั้นก็ได้

ภิญโญ จิตต์ธรรม(2518: 54)ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเชื่อ คือสิ่งที่มนุษย์ค่อย ๆ เรียนรู้และทำความเข้าใจโลกมานับพันๆปี และเชื่อว่ามิอำนาจลึกลับที่จะทำให้มนุษย์ได้รับผลดีผลร้าย เมื่อมนุษย์กลัวอำนาจของสิ่งลึกลับ ก็จะกระทำการต่างๆเพื่อมิให้ถูกลงโทษและทำเพื่อเอาใจอำนาจ ลึกลับนั้นจึงเกิดมีพิธีต่าง ๆ ขึ้น ความเชื่อต่างๆ จะเสื่อมไปเมื่อความเจริญทางวิทยาศาสตร์มาถึงและ สามารถพิสูจน์ความจริงให้ให้เห็น

กล่าวโดยสรุปแล้วความเชื่อหมายถึงสภาพที่บุคคลให้ความมั่นใจ เห็นคล้อยตามสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แล้วนำไปปฏิบัติหรือถ่ายทอดให้บุคคลอื่นได้ทราบเพื่อต้องการให้เกิดความมั่นใจเห็นคล้อยตามด้วย โดยไม่คำนึงว่าความเชื่อนั้น ๆ จะมีเหตุผลที่สามารถพิสูจน์ได้หรือไม่

### สาเหตุที่มาของความเชื่อ

พระยาอนุมานราชชน (2502 : 28-29) ได้กล่าวถึงมูลเหตุความเชื่อไว้ว่ามีความเป็นธรรมดาอยู่อย่างหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรหรือสิ่งใด ถ้ามีลักษณะที่ยังปกปิดเป็นเรื่องลึกลับอยู่ไม่เผยออก ให้ปรากฏเห็นเรื่องนั้นหรือสิ่งนั้นย่อมทำให้เกิดความสงสัยอยากรู้ อยากเห็น ยิ่งปิดบังมากเท่าใดก็ยิ่งเร้าใจให้อยากรู้ อยากเห็นมากขึ้นเท่านั้น ไม่สามารถจะรู้ได้ เห็นได้ก็ต้องใช้วิธีนึกเอาหรือเดาให้สะใจว่าคงจะเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ โดยอาศัยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เห็นว่าใกล้เคียงกับที่ตนเคยรู้เคยเห็นมาก่อน หรือไม่ ก็นึกเดาเอาตามเรื่องราวที่เคยมีกล่าวหรือบอกเล่าไว้ก่อนถ้าเรื่องราวที่ได้รับบอกเล่าไปตรงกับอารมณ์ที่ต้องการจะเชื่ออยู่แล้วก็จะเชื่อทันที

ภิญโญ จิตต์ธรรม (2518: 54-55) ได้กล่าวถึงสาเหตุความเชื่อว่าจะมีที่มาจากความกลัว ความทุกข์และทำอะไรจึงมีความสุข ต่อมาได้มีผู้มีปัญญานำเอาเรื่องความกลัวมาใช้ประกอบการอบรมสั่งสอน บวงเรื่องอาถรรพ์งายไร้สาระ แต่บางเรื่องเมื่อปฏิบัติกันมานาน ๆ ย่อมกลายเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม และเป็นมรดกสืบทอดกันมา

ประสาธ อิศรปริดา และคณะ (ม.ป.ป.: 2) กล่าวว่าน่าจะมีมูลเหตุของใจมาจากอิทธิพลของธรรมชาติที่มีอำนาจเหนือคนเมื่อผนวกกับความไม่รู้ จึงทำให้คนต้องไขว่คว้าหาสิ่ง ยึดเหนี่ยว เพื่อให้เกิดความมั่นใจอบอุ่นใจและเป็นที่พักทางใจ อนึ่งระบบความเชื่อของท้องถิ่นอาจมีมูลเหตุรากฐานมาจากศาสนาหรือค่านิยมของสังคม

หม่อมเจ้าหญิงพูนพิศมัย ดิศกุล(2520, อ้างถึงใน กิ่งแก้ว อัดถากร 2520: 92) ได้ทรงอธิบายไว้ว่าความเชื่อเกิดจากสิ่งที่มีอำนาจเหนือมนุษย์ที่แต่เดิมยึดถือธรรมชาติเป็นที่พึ่ง ต่อมาเมื่อมีศาสนาเกิดขึ้นจึงมุ่งยึดถือเหล่าเทพเจ้า ภูตผีปีศาจ ซึ่งคิดว่ามีตัวตนเป็นสรณะ สามารถช่วยเหลือได้ในยามทุกข์ยาก

บุปผา ทวีสุข (2520: 156-158) ได้กล่าวไว้ในหนังสือคติชนวิทยาว่าสาเหตุ 2 ประการที่มนุษย์สร้าง ความเชื่อขึ้นมา กล่าวคือ

1. ความเชื่อเกิดจากความกลัวของมนุษย์ หรือความไม่รู้ของมนุษย์ หรือบางสิ่งมนุษย์หาเหตุผลไม่ได้ แต่มนุษย์ก็เชื่อว่าผลทั้งหลายต้องมาจากการกระทำของผู้ใดผู้หนึ่ง แต่ไม่ทราบว่ามีใครจึงอาจสมมติว่าเป็นการกระทำของเทพ ภูต ผี ปีศาจ เช่น ฝนตก ฟ้าผ่า น้ำท่วม ไฟไหม้ ก็เป็นเรื่องของธรรมชาติ มนุษย์สมัยก่อนอยู่ภายใต้อิทธิพลเหล่านี้ จึงสมมติให้มีเทพต่างๆประจำ เช่น พระพิรุณ พระแม่คงคา พระเพลิง นางเมขลา รามสูร เป็นต้น หรือเกิดโรคต่างๆซึ่งมนุษย์ไม่ทราบสาเหตุ

เช่น โรคห่า ก็จะมีการทำพิธีอาพาธพินาศเพื่อให้โรคภัยไข้เจ็บนี้หมดไป เป็นความเชื่อเนื่องจากไม่รู้ข้อเท็จจริงความเชื่อที่มีสาเหตุมาจากความกลัวและความไม่รู้นี้ เมื่อวิวัฒนาการต่างๆเจริญขึ้น ก็สามารถอธิบายเหตุผล สืบหาข้อเท็จจริงได้ความเชื่อบางอย่างจึงอาจเสื่อมคลายหรือค่อยๆหมดไป เล็กร้างไปในที่สุด เช่น การแห่นางแมวของฝน เป็นต้น

2. ความเชื่ออันเกิดจากมนุษย์ที่มีความฉลาด มีประสบการณ์มากกว่ามีเจตนาที่จะให้คนอื่น ๆ ในกลุ่มชนหรือสังคมนั้นเชื่อฟังและปฏิบัติตาม จึงตั้งความเชื่อขึ้นโดยแฝงเหตุผลต่าง ๆ กันไป เช่น

2.1 เพื่อความเป็นระเบียบของสังคมเช่น ห้ามฉีกรดอมปลวกอวัยวะเพศจะบวม

2.2 เพื่อความเป็นอยู่มีมารยาท มีความรอบคอบและประณีต เช่น ไม่ให้กินข้าวในหม้อ ห้ามเหยียบผ้าในตัว ห้ามร้องเพลงในครัว

2.3 เพื่อสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการรักษาความปลอดภัย เช่น ไม่ให้นอนตอนเย็นตะวันจะทับตา ห้ามนอนใต้ซื่อผีจะอา

2.4 เพื่อผลทางด้านจิตใจ เช่น เกิดกำลังใจ เกิดความหวัง เกิดความอุตสาหะหรือเพื่อความมุ่งมั่นที่จะทำความดี เช่น ให้ตัดบวกร่วมกันจะได้พบกับอีกชาติหน้า ก่อนออกจากบ้านให้สวมมนต์การเดินทางจะปลอดภัย

2.5 อื่นๆเช่นต้องการให้เป็นผู้มีความเมตตา มีความหักห้ามใจอื่นๆ นอกจากที่กล่าวมาแล้ว เช่น ไม่ให้ร้องไห้หน้าตารดศพจะทำให้วิญญาณของผู้ตายไม่เป็นสุข

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความเชื่อของคนมีสาเหตุสองประการดังนี้ ประการแรก คือความไม่รู้ เพราะจากความไม่รู้จึงทำให้เกิดความกลัว เมื่อมีความกลัวจึงต้องคิดสร้างความเชื่อขึ้นมาเพื่อเป็น ที่พึ่งทางใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและอบอุ่นใจขึ้น ประการที่สองคือ มนุษย์มีความฉลาด มีประสบการณ์ จึงสร้างการเชื่อขึ้นมาซึ่งมีเจตนาจะให้คนอื่น ๆ ในกลุ่มชนหรือสังคมนั้นเชื่อฟังและปฏิบัติตามโดยแฝงเหตุผลไว้เพื่อความสุขและเป็นระเบียบของการอยู่ร่วมกันในสังคม

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดนี้จะเห็นว่าการศึกษาเรื่องความเชื่อมีการแยกประเภท ของความเชื่อออกเป็นพวกๆและมีการแบ่งแตกต่างกันออกไปหลายแบบ แต่พอจะสรุปได้ว่าความเชื่อมีสามกลุ่มใหญ่ๆ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกัน ความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับธรรมชาติ และความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งทีนอกเหนือไปจากธรรมชาติ ทั้งนี้เพราะความเชื่อมีอยู่มากมาย มีอยู่ทั้งในชีวิตประจำวันขนบธรรมเนียมประเพณี พิธีกรรม วรรณกรรม และการปกครองของประเทศ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะประเภทของความเชื่อที่ยังมีอยู่ในชุมชนที่ศึกษาและมีการปฏิบัติสืบต่อกันมาในปัจจุบัน ซึ่งมีความเชื่อ 3 ประเภทด้วยกัน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับยากกลางบ้านในการป้องกันโรคติดเชื้อในเด็ก ความเชื่อเกี่ยวกับเคล็ดและการแก้เคล็ด และความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรืออำนาจเหนือธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อในเด็ก

## ความเชื่อเกี่ยวกับยากกลางบ้านในการป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บ

ในสมัยก่อนเมื่อเจ็บป่วยสมาชิกในชุมชนจะรักษาด้วยสมุนไพรควบคู่กับคาถาอาคมซึ่งในปัจจุบันก็ยังคงมีอยู่บ้างแต่ไม่นิยมมากเท่ากับสมัยก่อน เนื่องจากความเชื่อนี้ส่วนใหญ่เป็นของชาวไทยโชนงซึ่งปัจจุบันนิยมรักษาแบบแผนปัจจุบันมากขึ้น ปัจจุบันการรักษาแบบพื้นบ้านยังคงมีอยู่โดยรักษาควบคู่กับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน

### 1. การรักษาโรคภัยไข้เจ็บโดยทั่วไป

#### 1.1 สมุนไพร

ในอำเภอกำแพงแสนจะมีหมอพื้นบ้านที่รักษาโรคภัยไข้เจ็บซึ่ง คนในหมู่บ้านเรียกว่า “หมอปิดเป่า” รักษาโดยการใช้คาถาอาคมปิดเป่าสิ่งไม่ดีควบคู่กับการใช้สมุนไพร นอกจากนี้คนไทยทั่วไป และชาวไทยโชนงยังปลูกสมุนไพรในบ้านเพื่อดูแลรักษาตัวเองและครอบครัวด้วยสมุนไพรที่นิยมใช้รักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆเช่น

ท้องอืด ลมในกระเพาะ ใช้ลูกยอต้มน้ำดื่ม ในเด็กจะใช้ใบสาระแหน่ ขยี้ แล้วเอามาทาที่ท้องเพื่อบรรเทาอาการท้องอืด

แมลงต่อย ใช้สเลดฟงพอนตำกับเหล้าแล้วนำมาวางบนแผลเพื่อถอนพิษ

ผื่นคัน ใช้ใบพลูขยี้กับเหล้าแล้วทา หรือต้มน้ำดื่มโดยตำใบมะขาม ใบพลู ใบเหลียงแล้ว

โรคบวม ใช้หัวไพลมาตำห่อใส่ผ้าแห้งชุบน้ำร้อนประคบตรงที่บวม

ปวดฟันใช้เปลือกข่อยมาตำกับเกลือแล้วใช้ฟันกัดจะบรรเทาอาการปวด

น้ำร้อนลวก จะราดด้วยน้ำปลาหรือใช้ว่านหางจระเข้ (วุ้น) ทาก็ได้

ปวดท้อง ใช้ตะไคร้แดงต้มน้ำแล้วดื่ม

ลมพิษเริ่ม ใช้ใบพลูตำผสมกับเหล้าแล้วทา หรือใช้เหล้าทาผื่นลมพิษโดยตรง ฯลฯ

#### 1.2 คาถาอาคม

คาถาดับพิษไข้ – ตัวร้อน

คาถาสุนัข ใช้เสกปูน ใช้วงกลมหัวผี

คาถาฟันดาแดง ตาเจ็บ

คาถาคัดเลือดให้เลือดหยุดไหล

#### 1.3 การรักษาด้วยยาหม้อ

การรักษาด้วยยาหม้อ ยาหม้อเมื่อต้มให้คนไข้กินนั้น คนไข้ต้องนึกถึงครูบาอาจารย์ของตำรับยาออกันทุกครั้ง

การต้มยาหม้อเมื่อได้ตัวยาคือหมอยาจดชื่อให้แล้ว ผู้ป่วยหรือญาติจะไปซื้อเครื่องยาแล้วนำกลับมาเพื่อต้มให้ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อช่วยรักษาโรคภัยไข้เจ็บ

## ความเชื่อเกี่ยวกับเคล็ดและการแก้เคล็ด

ความเชื่อเกี่ยวกับมารดาหลังคลอดและเด็กแรกเกิด

### 1. การอยู่ไฟ

หลังจากผู้หญิงคลอดบุตรแล้วจะอยู่ไฟราว 15 วัน ในห้องที่อยู่ไฟใช้เทียนฟากอีกชั้นหนึ่ง และเอาใบหนาดวางไว้ที่มุมห้อง ใช้หนามพุทราสะนอกห้อง เพื่อกันผีมารบกวน เพราะเชื่อว่าผีกลัวใบหนาดและหนาม ภายในห้องต้องใช้ผ้าอุดช่อง อูรูทุกแห่ง ปิดประตู หน้าต่าง เพราะกลัวลมเข้าไปกระทบตัวแม่ซึ่งกำลังอยู่ไฟและร่างกายอ่อนเพลียอยู่ทำให้เจ็บป่วยได้ และเกรงว่าผีอาจจะเล็ดลอดเข้ามาในห้องทำอันตราย จึงต้องจุดไฟตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน เพราะเชื่อว่าไฟกลัแสงไฟและความสว่าง บางครั้งก็ใช้แหมาถักนอกรอบบ้าน เวลาอาบน้ำก็ต้องเอาใบหนาดใบมะขามและข่าต้มน้ำทุกวัน เพราะเชื่อว่าแหและใบหนาดสามารถป้องกันผีและสิ่งชั่วร้ายได้ แม่เด็กต้องคั้นน้ำอุ่น หรือน้ำต้มสมุนไพรเพื่อให้มีน้ำนมมาก รับประทานจิงกับปลา ช่วยขับลมในท้องหรือปลาแห้งใส่เกลือ เกลือคั่ว ทำให้เด็กไม่ท้องร่วงเมื่อคั้นนมแม่ และแม่เด็กต้องงดอาหารหมักดอง อาหารแสลง อาหารที่มีรสจัด เชื่อกันว่าจะทำให้เมาเลือดและทำให้น้ำนมเป็นพิษต่อเด็กได้ เพราะแม่ชาวไทยโซ่งเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง (ชุย สระทองเคน 2548)

### 2. การทำพิธีสู่ขวัญเด็กอ่อน

ถ้าหญิงคลอดลูกที่มีเรือนปู้ย่า หลังคลอดแล้วต้องอยู่ไฟก่อน พอครบเดือนจึงกลับไปเรือนลุงตา (พี่น้องผู้ชายฝ่ายแม่) เพราะเชื่อกันว่าเด็กจะเติบโตเร็ว จะมีการทำพิธีสู่ขวัญเด็กอ่อน เพื่อให้ขวัญมาอยู่กับตัวเด็ก ของที่จัดเตรียมใช้ในพิธีนี้ได้แก่ ไก่ต้ม 1 ตัว น้ำต้ม 1 ถ้วย ข้าวเหนียวหนึ่ง 1 ห่อ เหล้า 1 ขวด เสื้อเด็กอ่อน 1 ตัวแทนตัวเด็ก มีผู้รู้มาทำพิธีให้จนเสร็จ แล้วจะเรียกเด็กอ่อนให้ตื่น เอากระบอกลมไฟใส่สำน้ำกระทุ้งบนเรือนเกิดเสียงดังให้ขวัญสู่ตัวเด็ก

### 3. การตั้งชื่อเด็ก

ส่วนมากพ่อแม่ ปู่ย่า หรือลุงป้าของเด็กจะเป็นผู้ตั้งชื่อให้เด็กหลังเกิด พอครบเดือนลุงตาจัดทำพิธีขึ้นเสื่ยมค คือให้หม่อมมาทำพิธีและตั้งชื่อหม่อมให้เด็ก เป็นชื่อที่ใช้ในพิธีกรรม (ในกรณีตระกูลมคมนตรี) หลังจากอยู่เรือนลุงตาครบเดือนแล้วก่อนกลับมาเรือนปู้ย่า ลุงตาก็ทำพิธีสู่ขวัญให้เด็กอีกครั้ง ปัจจุบันพ่อแม่เป็นผู้ตั้งชื่อให้บุตรของตนเอง

### 4. การอบรมเลี้ยงดู

เด็กในชุมชนอำเภอกำแพงแสนทุกคนได้รับความรักความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด การอบรมสั่งสอนเป็นหน้าที่ของแม่ ยกเว้นกรณีสำคัญที่เป็นหน้าที่ของพ่อต้องตัดสินใจและลงโทษ โดยเฉพาะครอบครัวไทยเชื้อสายจีน และไทยโซ่งให้ความสำคัญต่อบุตรชายมากกว่าบุตรสาว เพราะบุตรชายต้องเลี้ยงพ่อแม่ สไหรัยไทยโซ่งเมื่อพ่อแม่เสียชีวิตก็ต้องเลี้ยงผีพ่อแม่ โดยการจัดทำพิธีเสนเรือน และบุตรชายต้องเป็นผู้สืบทอด สืบสกุลครอบครัว ส่วนบุตรสาวเมื่อแต่งงานแล้วต้องไป

ใช้สกุลทางสามี และสืบผี เลี้ยงผีพ่อแม่ฝ่ายสามี นับว่าเป็นคนละผีกัน จึงไม่ค่อยมีความสำคัญต่อครอบครัวเท่าบุตรชาย โดยเฉพาะบุตรชายคนโตถือว่าเป็นผู้สืบตระกูลที่ต้องสืบผีต่อไป ดังนั้นเมื่อมีการแบ่งมรดก บุตรชายคนโตก็จะได้รับมรดกมากที่สุด

## 5. พิธีกรรมเกี่ยวกับเด็ก

5.1 การโกนผมไฟ เมื่อเด็กอายุครบเดือน วันรุ่งขึ้นจะทำพิธีโกนผมไฟ โดยหากคนที่มีการเลี้ยงง่ายมาโกนผมไฟเป็นเคล็ดเพื่อให้เด็กเลี้ยงง่าย แต่ปัจจุบันส่วนมากจะโกนผมเด็กจนหมดถือว่าเป็นการทิ้งของเดิมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เปิดกระหม่อมให้โล่งเพื่อรับสิ่งดี ๆ สิ่งอันเป็นมงคลสู่ตัวเด็ก เพื่อผีจะได้ไม่มารบกวน เด็กจะเลี้ยงง่าย แข็งแรงและเติบโตเร็ว ( จักรัส สอนเวียง 2548 )

5.2 การแบ่งขวัญ ( การเรียกขวัญ ) ในช่วงวัยทารกจนพ้นวัยเด็กเมื่อเด็กเกิดเจ็บไข้ได้ป่วยจะมีการแปลงขวัญให้ โดยหาหมอแปลงขวัญมาทำพิธีเรียกขวัญให้ขวัญคืนสู่ตัว เพราะชาวไทยโชนงเชื่อว่าการเจ็บป่วย เกิดจากขวัญไม่อยู่กับเนื้อตัว ขวัญหลง จึงต้องเช่นอาหารให้ขวัญ โดยจัดเครื่องเช่นใส่ปานขวัญ ได้แก่ ไข่ต้มสุก 1 ฟอง ข้าว 1 ถ้วย เลือดเด็ก 1 ตัว ( แทนตัวเด็ก ) เมื่อหมอแปลงขวัญทำพิธีเรียกขวัญกลับเข้าตัวเด็กได้แล้ว เด็กจะหายจากอาการเจ็บป่วย มีสุขภาพดี ( จักรัส สอนเวียง 2548 )

5.3 การยกและฝากบุตร เด็กที่มักเจ็บป่วย เลี้ยงไม่ใคร่รอด พ่อแม่เด็กก็จะยกให้เด็กให้เป็นบุตรบุญธรรมของหมอพิธี เพื่อช่วยคุ้มครองไม่ให้ผีมาทำอันตรายเด็ก ถ้าเป็นเด็กผู้ชาย พ่อแม่จะฝากบุตรกับพระ เขาเชื่อว่าผีกลัวพระ เป็นการรักษาชีวิตเด็ก หลังจากที่ชาวไทยโชนงรับนับถือศาสนาพุทธแล้ว

## ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ

ชุมชนกำแพงแสน โดยเฉพาะลาวโชนงมีความเชื่อเกี่ยวกับประเพณีและอำนาจเหนือธรรมชาติดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับพิธีเสนฆ่าเกียด เป็นพิธีที่จัดทำขึ้นเพื่อช่วยเด็กให้หายจากการเจ็บป่วย และรักษาชีวิตเด็กไว้ให้รอด โดยการหาหมอเมืองมาทำพิธีเสนฆ่าเกียด ด้วยการฆ่าสัตว์ตัวเล็ก ๆ เช่น นกกระจอก หนู หรือไก่ตัวเล็ก ๆ แทนผีแม่เกียด เพราะเชื่อว่าผีแม่เกียดเป็นต้นเหตุให้เด็กเจ็บป่วยหรือถึงแก่ชีวิต

2. การขับไล่ผีโพง หรือผีกระสือ ชาวไทยโชนงบ้านไผ่หูช้างเชื่อว่าในหมู่บ้านมีผีโพงหรือผีกระสือที่ทำให้หญิงหลังคลอดบุตรกลัวมาก เขาเชื่อว่าอาจจะมาทำให้แม่และเด็กเกิดอันตรายได้ แต่ ตามความเชื่อดั้งเดิมของไทยดำ เข้าใจว่าผีโพงคือผีปอบ โดยทั่วไปเป็นผีผู้หญิงที่ทำให้เด็กเจ็บไข้ได้ป่วย ผีปอบนี้กินไส้ของเด็ก เมื่อต้องการไล่ผีปอบออกไปจากตัวเด็ก แม่เด็กต้องเอาข้าวเหนียวปั้นเป็นก้อนเล็กๆพอกำมาป้อนให้ผีปอบกินตรงพุงเด็ก พร้อมกับพุดขับไล่ผีปอบให้ออกไป แล้วเอา

ข้าวเหนียวจำเข้าตรงพุงเด็ก จำแล้วก็ทิ้งข้าวเหนียวไป ผีปอบก็จะออกจากตัวเด็กทำให้เด็กปลอดภัย ( ภัททิยา อิมเรวัต 2544 : 15 – 216 ) ช่วงเวลาที่หญิงไทยโง่งคลอบุตร ญาติและเพื่อนบ้านพากันมาเยี่ยมแสดงน้ำใจและร่วมยินดี หากผู้ที่มาเยี่ยมเป็นคนที่ชาวบ้านเชื่อกันว่าเป็นผีโง่ง แต่ไม่มีหลักฐานจะจับไล่เขาไปก็ไม่ได้ มีวิธีแก้ไขคือ ให้ผู้ที่เป็นแม่เด็กกลั่นหายใจ เอานิ้วเท้าชนกันและกดเข้าหากัน เป็นการแก้เคล็ด เชื่อว่าผีโง่งจะทำอันตรายอะไรไม่ได้ ( ชูย สระทองเคน 2548 )

3. ชาวไทยโง่งมีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับแดนแน่ว่า เป็นผู้ตั้งมิ่งขวัญและกำหนดอายุสั้นยาวของมนุษย์โดยให้แม่เข้าแม่นาง หรือเรียกว่าแดนเข้า ทำหน้าที่หล่อหลอมเหมือนกับเป็นโรงงานผลิตมนุษย์ ให้เป็นผู้ดูแลเด็กเกิดใหม่ทุกคน และใช้ให้กวนสาธซึ่งเป็นลูกน้องแดนเข้าลงมาดูเด็กเกิดใหม่ว่าแม่เข้าแม่นางนั้นหล่อหลอมเด็กมาดีหรือไม่ เมื่อกวนสาธต้องลงมาดูตามคำสั่งของแดนเข้า บางครั้งก็ชี้แจงไม่ดูให้รอบคอบ แล้วกลับไปรายงานแดนเข้าว่าหล่อหลอมดี แต่ตามความเป็นจริงแล้วเด็กบางคนไม่สมประกอบก็มี แดนเข้าจัดการไปบอกให้แดนพัดแดนฟาได้รับทราบ เพื่อให้จครายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับเด็ก และกำหนดชีวิตของคนว่าแต่ละคนจะมีชีวิตอยู่ยาวนานเท่าไร บางครั้งแม่ได้จดเป็นเอกสารไว้แล้ว แต่แดนพัดแดนฟาก็ยังหลงลืมได้เช่นกัน ทำให้บางคนถึงกำหนดแล้วยังไม่ตายก็มี แล้วแดนแนเป็นผู้ตั้งมิ่งขวัญให้กับคนนั้น ตลอดชีวิตของคนจึงมีมิ่งขวัญ หรือมีขวัญอยู่ประจำร่างกาย และมีสายแนนที่เชื่อมต่อกับชีวิตกับแดนที่ควบคุมชีวิต ถ้าแนนขาดหรือแนนลุ่มคนผู้นั้นก็จะสั้นอายุขัย ( ภัททิยา อิมเรวัต 2544 : 24 )

ปัจจุบันการแพทย์เจริญก้าวหน้า การคมนาคมสะดวก ผู้หญิงไทยโง่งในอำเภอกำแพงแสนมักไปฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยประจำหมู่บ้าน และทำคลอดกับพยาบาล หรือแพทย์ที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือจังหวัด หลังคลอดก็กลับไปพักผ่อนที่บ้านและยังมีการอยู่ไฟ แต่การปฏิบัติเกี่ยวกับการอยู่ไฟน้อยลง ส่วนข้อปฏิบัติ หรือข้อห้ามก็ยังคงยึดถือปฏิบัติตาม ๆ กันมาจนปฏิบัติ

รายละเอียดเกี่ยวกับการเกิดนี้แสดงให้เห็นว่าผีมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของชาวไทยโง่งในอำเภอกำแพงแสนตั้งแต่ก่อนเกิด ขณะเกิดและหลังเกิด คือเชื่อว่าผีชอบเอาชีวิตแม่และทารก ขณะที่ร่างกายอ่อนแอและบอบบาง ซึ่งเป็นช่วงที่ทำอันตรายได้ง่าย หรือผีอาจจะมากระทำให้แม่ทารก และเด็กที่เติบโตขึ้นได้รับอันตรายตลอดเวลา ชาวไทยโง่งจึงต้องหาอุบายวิธีทุกทางเพื่อป้องกันขจัดปัดเป่าสิ่งชั่วร้ายเหล่านั้นให้พ้นไปไม่ให้มาทำอันตรายและมารบกวนเพื่อความอยู่รอดปลอดภัยของแม่และเด็ก

จากการทบทวนเอกสารและแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าความเชื่อของชุมชนในอำเภอกำแพงแสน ส่วนใหญ่จะมีความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน ถึงแม้จะมีชนกลุ่มน้อยเช่นลาวโง่ง ลาวครั้ง ลาวพวน ลาวมอญ เข้ามาอาศัยอยู่ด้วยและชนกลุ่มน้อยนี้ก็ได้รับวัฒนธรรมของชุมชนเดิมไปด้วยก็ตามแต่ชนกลุ่มน้อยนี้ก็ยังคงมีการสืบต่อประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อมาจากบรรพบุรุษอยู่ด้วยเช่นกันซึ่งความเชื่อตามประเพณีวัฒนธรรมของชนกลุ่มน้อยนี้ส่วนใหญ่จะเชื่อเกี่ยวกับผี วิญญาณ

และสิ่งหรืออำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งเชื่อว่าช่วยคุ้มครองให้พวกเขาอยู่อย่างปกติสุข ไม่เจ็บป่วย จึงสรุปได้ว่าในการศึกษาความเชื่อเรื่องโรคติดเชื้อในเด็กตามวัฒนธรรมท้องถิ่นของชุมชน พบว่ามีหลายความเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นความเชื่อที่ปรากฏในวิถีชีวิตและพิธีกรรมต่าง ๆ ความเชื่อเกิดจากความกลัวหรือเกิดจากการที่มีบุคคลที่มีประสบการณ์มากกว่า เจตนาให้คนอื่นเชื่อในสิ่งที่ตนเองให้ความมั่นใจแล้วเกิดการคล้อยตาม นำไปปฏิบัติ ถ่ายทอดให้บุคคลอื่นทราบ โดยที่ความเชื่อนั้นจะพิสูจน์ได้หรือไม่ได้ก็ตาม ซึ่งจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความเชื่อตามวัฒนธรรมท้องถิ่นว่า เกิดจากการได้รับอิทธิพลจากประเพณีปฏิบัติในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโรคติดเชื้อในเด็ก โดยได้แบ่งความเชื่อออกเป็น ความเชื่อเกี่ยวกับยากกลางบ้านในการป้องกันโรคติดเชื้อในเด็ก ความเชื่อเกี่ยวกับเคล็ดและการแก้เคล็ด และความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรืออำนาจเหนือธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อในเด็ก

### งานวิจัยในประเทศ

ลิจิต กาญจนภรณ์ (2514 : 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับรูปแบบของแรงจูงใจพบว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงและแรงจูงใจใฝ่สัมพันธสูง จะเป็นผู้ที่มีความสงสัยเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาที่ได้ยึดถือเป็นแบบแผนกันมา มีใจเอนเอียงไปเป็นทางที่ไม่ยอมรับความเชื่อและการปฏิบัติเหล่านั้น บุคคลในกลุ่มนี้ไม่เชื่อว่าจะมีพระเจ้าศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อยู่ในโลก

ธวัช ปุณ โนนทก(2528 : 353) ได้ศึกษาความเชื่อพื้นบ้านอันสัมพันธ์กับวิถีชีวิตในสังคมอีสาน โดยมุ่งศึกษาความเชื่อพื้นฐานของสังคมอีสาน ด้วยวิธีการยึดตำนานและนิทานปรัมปรา ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อต่างๆของชาวอีสานได้รับอิทธิพลมาจากพุทธศาสนาเป็นหลัก สำหรับความเชื่อเรื่องโรคภัยไข้เจ็บนั้น โรคบางชนิดสังคมอีสานยังรักษาด้วยวิธีการพื้นบ้านอยู่ และมีความเชื่อว่าโรคบางชนิดมีวิธีการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ชื่น ศรีสวัสดิ์ (2530 : 52 ) ศึกษาวิจัยเรื่องความเร้นลับในหมู่บ้านชาวไทยเขมร : ศึกษากรณีคาถาอาคม โดยศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ ทำให้ทราบว่าชาวบ้านพลวงมีการนับถือผียายตาผีบ้าน ผีกระท่อมตา (ชาวบ้านเรียกนี้ยะตา อยู่ที่ศาลปู่ตา) ไกล่บ้านพลวง ส่วนผีอื่นๆไม่เห็นการนับถือที่เด่นชัด ชาวบ้านพลวงเชื่อว่าผียายตาเป็นผีดี คอยคุ้มครองลูกหลาน พิธีกรรมที่เด่นชัดที่แสดงออกถึงการนับถือผียายตา คือเทศกาลเดือน 10 ในวันแรม 15 ค่ำ มีการเช่นผีตายายที่เรียกว่าแซนโดนตา

สุเมธ คงสวัสดิ์ (2531 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง ความเชื่อของชาวบ้านพลวง ตำบลแก้งแอน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ชาวบ้านพลวงทุกหลังคาเรือนพูดภาษาเขมร นับถือศาสนาพุทธ ชาวบ้านมีความเชื่อเรื่องโชค ลาง ฤกษ์ เครื่องรางของขลัง และเชื่อเรื่องความฝันว่ามีส่วนทำนายเหตุการณ์ได้ เชื่อปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นแล้วมีผลต่อมนุษย์ สัตว์ พืช เชื่อ

เกี่ยวกับข้อห้ามเพื่อให้มีสุขภาพดี เชื่อเรื่องภูติผี ปีศาจ เชื่อเกี่ยวกับลักษณะบุคคลว่าดีไม่ดีเชื่อเรื่อง หมอดู เชื่อเรื่องเวทมนต์คาถา เชื่อเรื่องยากลางบ้าน และมีการนับถือยายตา ผีปู่ตา มีการประกอบ พิธีกรรมทางพุทธศาสนา ความเชื่อที่มั่นคงคือความเชื่อเรื่องผียายตา ผีปู่ตา ผู้มีบทบาทในการถ่ายทอด คือผู้สูงอายุอันเป็นผลให้ชาวบ้านได้ยอมรับนับถือกันต่อมาอย่างไม่ขาดสายและเป็นส่วนประกอบ ของกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมของชาวบ้าน ทำให้สังคมดำรงอยู่ด้วยความสงบสุขตลอดมา

เพชรารักษ์ โสลาภา (2537 : บทคัดย่อ) ได้กล่าวถึงพิธีกรรมแซนโดนตา ว่าเป็นพิธีกรรม ที่ชาวไทย-เขมร แสดงออกถึงความกตัญญูต่อเวทิต่อบรรพบุรุษ และพิธีกรรมนี้มีความสัมพันธ์ ต่อวิถีชีวิตของชาวไทย-เขมรทุกช่วงชีวิต ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายซึ่งถือว่าเป็นพิธีกรรมที่ให้คุณใน ด้านการควบคุมความประพฤติในชุมชน ให้มีระเบียบวินัย มีศีลธรรม อันก่อให้เกิดความรักความสามัคคีเป็น น้าหนึ่งใจเดียวกันสืบไป

ครุณี ชุนหวัดและเพ็ญจันทร์ ส.โมไนยพงศ์(2534, อ้างถึงใน สุวารัตน์ กิจสมัคร 2539 : 21) ได้ทำการศึกษาเจตคติต่อการดูแลตนเองของประชาชนและความเชื่อภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของ นักเรียนพยาบาลรามธิบดี พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการ ดูแลตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมัคร เจาะใจดี (2540 : บทคัดย่อ) ได้กล่าวถึงชาวไทย-เขมร บ้านหนองบัว ตำบลเมืองที่ อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ว่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เขมรที่วัฒนธรรมเป็นของกลุ่มตนเอง ชาวบ้านยังคง ปฏิบัติตามประเพณีและพิธีกรรมประจำชีวิตที่เกี่ยวกับการเกิด การโกนจุก การบวช การแต่งงานและการ ตาย สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ โดยมีอาจารย์หรือลูกฐเป็นผู้ดำเนินการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ แม้ว่า ในปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตอย่างมากมายแต่ ชุมชน ชาวไทย-เขมรยังคงมีความคิดความเชื่อต่อประเพณีพิธีกรรมที่สำคัญของชีวิตอย่างเหนียวแน่น

ยุพา วิสุทธิโกศล และ สัน สุวรรณเลิศ(2520, อ้างถึงใน สุภาพร อาจเดช 2544 : 18) ได้ ทำการศึกษาบทบาทของหมอพื้นบ้านทางด้านสุขภาพจิตชุมชน : กรณีศึกษาหมอธรรมบุญ นานวล บ้านดอนสัมพันธ์ ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าคนไทยมักเชื่อว่าอาการ ทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคประสาท โรคจิตนั้นมีเหตุผิดธรรมชาติหรือสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ฉะนั้น หมอพื้นบ้านจึงมีส่วนร่วมช่วยในการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะในชนบท และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทไป ปรีกษาหมอพื้นบ้านมากกว่าโรคประเภทอื่น

#### งานวิจัยต่างประเทศ

มูเลนแคมป์ และคณะ (Muhlenkamp et al. 1985 : 327-332 ,อ้างถึงใน สุวารัตน์ กิจสมัคร 2539 : 21 ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนค่านิยมด้าน สุขภาพกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มาสถานพยาบาล พบว่าความเชื่ออำนาจภายนอกคน มี

ความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะวิกฤติ

เฮย์ และ รอสส์(Hay and Ross 1987 : 120-130 ,อ้างถึงใน สุวารีวรรณ กิจสมัคร 2539 : 21) ได้ทำการศึกษาถึงความหวังใจต่อสุขภาพความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน กับนิสัยการบริโภคอาหารของกลุ่มชายหญิงจากเมืองซิกาโก พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจนอกตนจะมีความหวังใจสุขภาพน้อยและมีความสัมพันธ์กับนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่าการศึกษาโดยตรงในเรื่องความเชื่อที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในเด็กตามวัฒนธรรมท้องถิ่นยังไม่มีผู้วิจัยท่านใดเคยศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อทั่ว ๆ ไป ซึ่งสรุปได้ว่าความเชื่อตามวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นความเชื่อซึ่งเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ หรือเกิดจากการแนะนำของพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน ความเชื่อเรื่องโรคติดเชื้อในเด็กตามวัฒนธรรมท้องถิ่นนี้ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของชุมชน เป็นส่วนประกอบของกิจกรรมต่างๆในสังคมของชาวบ้านช่วยในการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนให้มีระเบียบวินัย มีศีลธรรม ทำให้สังคมดำรงอยู่ด้วยความสงบสุข รวมถึงมีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการดูแลตนเองของประชาชน ซึ่งหากมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในเด็กที่ถูกต้องตามมา

## 5. ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรักและความผูกพันของมารดาที่มีต่อบุตร

สัมพันธภาพหรือความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เป็นมโนทัศน์ที่เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา โดยมีนักจิตวิทยาหลายท่านที่เริ่มใช้คำว่า “สัมพันธภาพ ( Attachment )” หรือ “ความรักใคร่ผูกพัน( Bonding)”

โบว์ลบี ( Bowlby 1969:179, อ้างถึงใน ระเบียบวรรณ กระจ่างทอง 2539:16 ) เป็นผู้เริ่มใช้คำว่า สัมพันธภาพ เพื่ออธิบายถึงความรักใคร่ผูกพันซึ่งบุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลหนึ่งอย่างคงทนตลอดไป ( Jenking and Westhus 1981 : 114 ,อ้างถึงใน วิจารณ์ ชุมดิษฐ์ 2533: 21 ) สัมพันธภาพนี้เริ่มตั้งแต่อยู่ในวัยทารก ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพื่อให้ได้รับการดูแลปกป้องทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเป็นการสร้างความพึงพอใจซึ่งกันและกัน กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันเป็นกระบวนการที่บิดามารดา และทารก ร่วมกันสร้างมีการยอมรับซึ่งกันและกัน ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ได้สนับสนุนพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกว่า เกิดจากความพึงพอใจของมารดาในนิสัยการตอบสนองทารก เกี่ยวพันกับความต้องการของมนุษย์ในการติดต่อกับผู้อื่นและความต้องการการอยู่รอด

ครอสและเคนเนล ( Klaus and Kennell 1982:72-82 , อ้างถึงใน วิจารณ์ ชมดิษฐ์ 2533: 21) สนใจเกี่ยวกับเรื่องของความรักใคร่ผูกพันที่มารดามีต่อทารกตามแนวคิดของโบว์ลบี แต่เชื่อว่าความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเริ่มตั้งแต่มารดามีการวางแผนการตั้งครรภ์ และได้สร้างทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน( Theory of Bonding) โดยเน้นช่วงเวลาสั้นๆ หลังคลอดเรียกว่า “ sensitive period” ซึ่งเชื่อว่าการมีการสัมผัสใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารกในช่วงหลังคลอดทันที จะมีความสำคัญต่อความรักใคร่ผูกพันที่จะเกิดขึ้นในระยะต่อไป ( Klaus and Kennell 1976: 2, อ้างถึงใน วิจารณ์ ชมดิษฐ์ 2533: 21) ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจะมีความก้าวหน้า เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถ้ามารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งประกอบด้วย ( Klaus and Kennell 1982: 72-82, อ้างถึงใน วิจารณ์ ชมดิษฐ์ 2533: 21)

1. การสัมผัส ครอสและเคนเนล ได้ศึกษาพฤติกรรมการสัมผัสครั้งแรกของผู้เป็นมารดา หลังคลอด โดยการสังเกตพฤติกรรมพบว่ามารดาเริ่มสัมผัสทารกโดยการใช้นิ้วสัมผัสบริเวณแขนขา หลังจากนั้นจึงบีบหรือนวดเบาๆตามลำตัวทารก ส่วนทารกจะจับมือหรือดึงนมมารดาเป็นการตอบสนอง

2. การประสานสายตา มารดาส่วนใหญ่จะปรับทำให้อยู่ในท่าหันหน้าเผชิญโดยตรง เพื่อให้มองเห็นสบตาทารกได้ชัดเจนขึ้น การมองเห็นตาจะมีผลถึงความผูกพันบนใบหน้าของมารดา โดยการแสดงสีหน้าของมารดาต่อทารก ซึ่งความผูกพันบนใบหน้าสามารถวัดได้โดยการสังเกตระยะเวลาที่ทารกจ้องมองมารดา ความบ่อยครั้งในการยิ้ม การส่งเสียง และอัตราการเต้นของหัวใจ

3. การได้กลิ่น มารดาสามารถแยกกลิ่นทารกตั้งแต่แรกเกิด ในขณะที่เดียวกันทารกก็จะเรียนรู้ที่จะแยกกลิ่นน้ำนมของมารดาได้ภายใน 6 – 10 วัน

4. ความอบอุ่นของร่างกาย มารดาและทารกจะมีความพึงพอใจต่อความอบอุ่นของกันและกัน และจากการศึกษาพบว่า ทารกไม่สูญเสียความร้อนถ้าได้รับการเช็ดตัวให้แห้ง แล้ววางบนหน้าท้องของมารดา ( Britton 1980 : 84-86 ,อ้างถึงใน วิจารณ์ ชมดิษฐ์ 2533:22 ) และทารกจะมองดูพ่อจนคลายเมื่อได้รับไออุ่นจากมารดา

5. เสียง มารดาและทารกจะมีการตอบสนองต่อเสียงซึ่งกันและกัน ลินด์และคณะ ( Lind et al., Cited in Klaus and Kennell 1982: 80, อ้างถึงใน วิจารณ์ ชมดิษฐ์ 2533: 22 ) ศึกษาพบว่า เมื่อนำทารกที่ต้องร้องไห้ด้วยความหิวให้มารดา มารดาส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยมีโลหิตมาเลี้ยงบริเวณเต้านมเพิ่มมากขึ้น เดอคาสเปอร์และไฟเฟอร์ ( DeCasper and Fifer, cited in Klaus and Kennell 1982: 72 , อ้างถึงใน วิจารณ์ ชมดิษฐ์ 2533: 22 ) ศึกษาพบว่าทารกสามารถแยกเสียงบุคคลได้ในระยะ 3 วันแรกหลังคลอด และชอบเสียงผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงมักมีเสียงสูง เหมาะกับความไวต่อการได้ยินและการรับรู้ของทารก

6. การเคลื่อนไหวตามจังหวะ คอนดอน และแซนเดอร์ ( Condon and Sander, cited in Klaus and Kennell 1982: 76-77, อ้างถึงใน วิจารณ์ ชมดิษฐ์ 2533: 22 ) ศึกษาพบว่าทารกจะมีการ

เคลื่อนไหวตามจังหวะการพูด การส่งเสียงของมารดา จึงเสมือนมีแรงกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองซึ่งกันและกัน

7. จังหวะชีวภาพ ทารกจะมีการเรียนรู้ในการสร้างจังหวะชีวภาพของตนเองจากการตอบสนองของมารดา ซึ่งจะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวตามจังหวะที่สอดคล้องกันของมารดาและทารก

ซิค รูบิน (Zick Rubin 1973:213 ) ศึกษาเกี่ยวกับความรักและการมีชีวิตอยู่ว่าการสัมผัสถึงความหมายของความรักเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน เป็นความรักที่ต้องการที่จะให้ผู้อื่นได้รับ ซึ่งอิริช ฟอรัม(Erich Fromm) กล่าวว่า ความรักเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและการมีชีวิตอยู่ และเรามักเรียกสิ่งนั้นว่าความรัก ส่วนความผูกพันเป็นสิ่งที่มีการเจริญเติบโตตามมาต่อจากความรักและการดูแล เด็กทารกจะมีการเจริญเติบโตและมีความผูกพันที่มั่นคงจากพ่อแม่ของเขา

### ทฤษฎีความผูกพัน ( Attachment Theory )

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็กจะบ่งบอกความผูกพันที่มีต่อกัน เป็นที่ยอมรับกันว่าความสัมพันธ์ที่มีต่อกันระหว่างพ่อแม่ลูก มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเด็ก โบวล์บี (Bowlby 1969:179, อ้างถึงใน พรรณพิมล หล่อตระกูล 2537: 1) จิตแพทย์ชาวอังกฤษได้อธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับความผูกพันโดยเน้นว่า พ่อแม่มีบทบาทเป็นผู้ปกป้องให้ความปลอดภัยกับเด็ก เด็กมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งในความผูกพัน( Active ) ตัวเด็กเองก็มีลักษณะบางประการที่จะกำหนดพฤติกรรมตอบสนองจากผู้ใหญ่ทั้งผู้ดูแลและเด็กต่างก็มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ( reciprocally attached ) และความผูกพันที่เกิดขึ้นนี้ จะพัฒนาตามอายุและคงอยู่ตลอดไป

องค์ประกอบแสดงความผูกพัน ประกอบด้วย 4 ส่วน

1. องค์ประกอบทางสังคม ( Social Components ) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อกัน  
2. องค์ประกอบทางอารมณ์ ( Emotional Components ) ซึ่งมีส่วนในความสัมพันธ์ต่างก็รู้สึกถึงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีต่อกัน

3. องค์ประกอบทางความคิด (Cognitive Components ) ทั้งสองฝ่ายจะเกิด Cognitive scheme เป็นแบบแผนความผูกพัน ( working model ) ซึ่งจะกำหนดว่า แต่ละฝ่ายจะมีรูปแบบความสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร

4. องค์ประกอบทางพฤติกรรม ( Behavior Components ) ผู้ดูแลและเด็กจะมีพฤติกรรมที่บ่งบอกได้ถึงความผูกพันที่มีต่อกันไว้

ในขวบปีแรก เด็กจะมีพฤติกรรมที่บ่งบอกความผูกพัน เช่น การร้องไห้เมื่อมีความต้องการจากภายในพยายามใกล้ชิดสัมพันธ์ พฤติกรรมเหล่านี้จะถูกจัดรูปแบบให้มีเป้าหมายต่อผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง แม้มักจะเป็นคนแรกเมื่อเกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นขึ้น ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งบอกความผูกพันจะลดน้อยลงแต่ถ้าสภาวะความผูกพันถูกสั้นคลอนจะกระตุ้นให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่

ต้องการความใกล้ชิด เช่นในเด็กทั่วไปอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่คุ้นเคยและปลอดภัย เด็กอาจจะเพียงต้องการอยู่ในห้องกับผู้ดูแลโดยยังทำกิจกรรมตามปกติ แต่ถ้าเด็กเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาพที่คุ้นเคย รู้สึกไม่ปลอดภัย เด็กจะต้องการความใกล้ชิดและต้องการการสัมผัสจากผู้ดูแลมากขึ้น เมื่อมีการเจริญพัฒนาการมากขึ้นองค์ประกอบด้านความคิด ( Cognitive )จะมีบทบาทมากขึ้น เด็กปกติจะมีรูปแบบความผูกพันที่มั่นคง สามารถแยกจากผู้ดูแลได้ห่างไกลและนานขึ้น

คุณภาพของความผูกพันจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับมโนภาพแห่งตน ( Self concept ) รวมทั้งความคาดหวังและทัศนคติต่อการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คนที่มีความผูกพันที่ดีในวัยเด็กจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ มองตนเองอย่างมีคุณค่า สามารถมีปฏิสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่นและให้คุณค่ากับการมีความสัมพันธ์ที่มั่นคง คนที่มีประสบการณ์ความผูกพันที่ไม่ดี รู้สึกไม่เป็นที่รักถูกปฏิเสธ มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า มีความสัมพันธ์ในทางลบกับผู้อื่นซึ่งจะทำให้รู้สึกว่า ตนเองถูกปฏิเสธอีก

### ลักษณะความผูกพัน

แอนสเวิร์ธ ( Ainsworth 1981, อ้างถึงใน พรพิมล หล่อตระกูล 2537 : 2) ได้ทำการศึกษาลักษณะความผูกพันระหว่างพ่อแม่กับเด็กทั่วไป ใน “Strange Situation” โดยจัดห้องเล่นให้พ่อแม่และเด็กอยู่ด้วยกัน แล้วแยกพ่อแม่ออกจากห้องให้เจ้าหน้าที่ที่เด็กไม่คุ้นเคยเข้าไปเล่นกับเด็ก ต่อมาให้พ่อแม่กลับมาในห้องอีกครั้งหนึ่ง ให้นักสังคมวิทยาสังเกตพฤติกรรมของเด็กหลังจากแยกพ่อแม่ออกไป และเมื่อพ่อแม่กลับเข้ามาอีกครั้ง ( reunion ) ดูวิธีการที่เด็กใช้ในการปรับตัว พบว่าสามารถแยกลักษณะความผูกพันออกเป็น 3 แบบด้วยกัน คือ

1. ความผูกพันที่มีลักษณะความมั่นคง ( secure ) เด็กจะแสดงความรู้สึกกังวลเมื่อพ่อแม่แยกจากไป ถูกทิ้งให้อยู่ในที่ไม่คุ้นเคย แต่สามารถให้ความสนใจสำรวจสิ่งแวดล้อมและเมื่อพ่อแม่กลับเข้ามา เด็กจะลดความสนใจสิ่งแวดล้อม หันมาสนใจพ่อแม่

2. ความผูกพันที่มีลักษณะหลีกเลี่ยง ( avoiding ) เด็กจะแสดงความรู้สึกกังวลน้อยเมื่อพ่อแม่แยกจาก และสนใจสำรวจสิ่งแวดล้อมโดยไม่รู้สึกว่าขาดความมั่นคงทางอารมณ์ เมื่อพ่อแม่กลับเข้ามาเด็กจะให้ความสนใจพ่อแม่น้อย

3. ความผูกพันที่มีลักษณะไม่มั่นคง ( ambivalent ) ความรู้สึกต้องการความใกล้ชิดจะถูกกระตุ้นตลอดเวลา เด็กจะกังวลมากทั้งเวลาที่พ่อแม่แยกจากและกลับมาไม่สามารถให้ความสนใจสำรวจสิ่งแวดล้อมได้

จากการศึกษาของแอนสเวิร์ธ (Ainsworth 1981, อ้างถึงใน พรพิมล หล่อตระกูล 2537 : 2) พบว่า เด็กทั่วไปมีความผูกพันแบบมั่นคง 65 % แบบหลีกเลี่ยง 21% แบบไม่มั่นคง 14% ซึ่งในการศึกษาระยะหลังพบว่า มีเด็กบางส่วนไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มใดได้ บางครั้งมีลักษณะปน

กันของความผูกพันแบบที่ 2 และมีการศึกษาในเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างทารุณ ในเด็กที่ป่วยในเด็กที่มีแม่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่ามีความผูกพันอีกลักษณะหนึ่ง

4. ความผูกพันที่มีลักษณะสับสน (disorganized) เด็กกลุ่มนี้มีความสับสนต่อการมีความผูกพันไม่ว่าตนเองมีบทบาทอย่างไร ในความสัมพันธ์เด็กไม่สามารถปรับตัวต่อการแยกจากและการกลับเข้ามาของพ่อแม่ เด็กจะมีพฤติกรรมที่อธิบายที่อธิบายไม่ได้ว่าจะแสดงพฤติกรรมอย่างไร ซึ่งแสดงถึง ความสับสน หวาดกลัว มักจะพบในเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างทารุณเป็นความผูกพันที่มีความมั่นคงน้อยที่สุด และอาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตได้มากที่สุด

การพัฒนาของความผูกพันยังคงมีอยู่ แต่รูปแบบของพฤติกรรมเปลี่ยนไป การศึกษาในเด็กเล็ก ใช้สังเกตพฤติกรรมด้วยกล้องวิดีโอ

1) ความผูกพันที่มีลักษณะมั่นคง ( Secure Autonomous ) ช่วงวัยก่อนเรียนจนถึง 7 ขวบ จะมีลักษณะเหมือนเด็กทารก เด็กแสดงความดีใจเมื่อพ่อแม่กลับมา และสามารถประสานระหว่างความสนใจพ่อแม่กับการสนใจสำรวจสิ่งแวดล้อม การแยกจากไม่สร้างความกังวลให้กับเด็กมากนัก

2) ความผูกพันที่มีลักษณะหลีกเลี่ยง ( Avoidant / dismissing ) ในเด็กก่อนวัยเรียนจะคล้ายกับเด็กทารก เด็กสนใจกิจกรรมมากกว่าการกลับมาของพ่อแม่ ในเด็กโตเด็กเรียนรู้ว่าสังคมต้องการแสดงความยินดี และต้องตอบสนองต่อความต้องการของพ่อแม่ ในเด็กโตจะดูสงบ เด็กอาจมีเพียง ไม่ค่อยสบตา ไม่กระตือรือร้นตอบสนองต่อพ่อแม่ วิธีการของเด็กกลุ่มนี้คือ พยายามรักษาสถานภาพโดยไม่แสดงทั้งทางบวก และทางลบ ซึ่งจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ขึ้น

3) ความผูกพันที่มีลักษณะพึ่งพิง (dependent / Preoccupied) ในเด็กที่โตขึ้นลักษณะความผูกพันแบบไม่มั่นใจ ( insecure ambivalent ) จะมีลักษณะพึ่งพิง( dependent ) เด็กมีความกังวลต่อการแยกจากหรือการกลับมามากกว่าจะสนใจกิจกรรมอื่นๆ พ่อแม่และเด็กจะตกอยู่ในสภาพความพยายามจะควบคุม การสนทนาจะมีความขัดแย้ง เด็กคร่ำครวญชวนทะเลาะหรือในทางตรงกันข้าม เด็กอาจจะมีท่าทาง พึ่งพิงมากกว่าร้องไห้รู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้แม้ในวัยเด็กก็สามารถสังเกตเห็นความกังวลต่อการแยกจากได้ชัดเจนกว่าเด็กกลุ่มอื่น

4) ความผูกพันที่มีลักษณะความสับสน ( Disorganized / Controlling: unresolved mourning ) เป็นกลุ่มที่มีความแน่นอนน้อยที่สุดในเด็กก่อนวัยเรียนยังสังเกตเห็นพฤติกรรมที่สับสน คาดการณ์ไม่ได้เหมือนในเด็กเล็ก ในเด็กที่โตขึ้นจะเป็นความสับสนในความสัมพันธ์ เด็กจะมีลักษณะสองลักษณะ ลักษณะหนึ่ง เด็กรู้สึกว่าจะต้องทำให้พ่อแม่มีความสุข เด็กจะดูกระตือรือร้นมากเมื่อพ่อแม่กลับมา เด็กจะพยายามเข้าไปเกี่ยวข้องกับพ่อแม่ อีกลักษณะหนึ่งเด็กจะก้าวร้าวกับพ่อแม่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าพ่อแม่จะยินยอมตามความต้องการ บางครั้งเด็กจะแสดงความไม่สนใจต่อความต้องการของพ่อแม่ เพื่อแสดงถึงความก้าวร้าว

### พัฒนาการของความผูกพัน

จากการศึกษาเรื่องความผูกพันระหว่างพ่อแม่ลูก พฤติกรรมของพ่อแม่และเด็กใน strange situation เป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก ความผูกพันที่มั่นคงเป็นผลจากการดูแลของพ่อแม่ ที่ตอบสนองอย่างเหมาะสม ในทำนองเดียวกันการดูแลที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดความผูกพันที่ไม่มั่นคง

จากการศึกษาระยะยาวที่ มินเนสโซต้า (Minnesota) พบว่าการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของความผูกพัน มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ถ้าคุณภาพชีวิตของพ่อแม่ดีขึ้นความสัมพันธ์ของพ่อแม่ลูกจะลดน้อยลง

นอกจากนี้ประสบการณ์ถูกเลี้ยงดู จะบ่งบอกความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กรุ่นต่อไป พ่อแม่ที่มีประสบการณ์ความผูกพันที่มั่นคงจะสามารถสร้างความผูกพันกับลูกได้ ส่วนพ่อแม่ที่มีประสบการณ์ความผูกพันที่ไม่มั่นคงก็จะมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์ลักษณะนั้นกับลูก

จากการศึกษาลักษณะของความผูกพันดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่าความผูกพันเป็นความรักใคร่ที่มารดาให้แก่บุตรเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่องถาวร รวมถึงพฤติกรรมทางด้านบวกที่มารดาแสดงกับบุตรประกอบด้วยพฤติกรรมทางการสัมผัสทางร่างกาย การสื่อสารด้วยภาษาพูดและท่าทีอาการ การจัดการด้านอุปถัมภ์บริโภคน การจัดการด้านโภชนาการ หรือ การจัดหาเครื่องเล่นและอุปกรณ์อื่นๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพัฒนาการที่ดีแก่บุตรทั้งในด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมต่อไป ซึ่งจากการที่มารดาให้ความรักและความผูกพันกับบุตรนี้เอง มารดาก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์กับบุตรมากขึ้นส่งผลให้มารดามีความต้องการและความรักความผูกพันในตัวบุตรเพิ่มขึ้น และคงอยู่ตลอดไปตลอดระยะเวลาการเลี้ยงดู ดังนั้นมารดาที่มีความรักและความผูกพันมากจึงต้องศึกษาหาความรู้เพื่อจะเลี้ยงดูบุตรให้เติบโตมีสุขภาพที่แข็งแรง และมีพัฒนาการที่สมวัยต่อไป

### งานวิจัยต่างประเทศ

เซียร์ (Sears 1957: 437, อ้างถึงใน ระวีวรรณ กระจ่างทอง 2539 : 33) ได้ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูบุตรโดยพิจารณาระดับอายุของมารดา พบว่าที่ระดับอายุต่างกันจะทำให้การอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกันด้วย มารดาที่มีอายุน้อยจะรู้สึกถูกรบกวนจากการดูแลบุตรมาก ทำโทษบุตรโดยไม่ยั้งคิด ทะเลาะกับสามีเป็นประจำและมักแสดงความไม่เป็นมิตรกับบุตรบ่อยๆ

เมอร์เซอร์ (Mercer 1981:74, อ้างถึงใน พรพรรณ จงปราชญ์ 2540: 29) ได้ศึกษาพบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 20ปี มีวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตรและระดับอายุมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

คลอส และเคนเนล ( Klaus and Kennell 1982 :12-13, อ้างถึงใน พรพรรณ จงปราชญ์ 2540:5 ) ศึกษาปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น พบว่ากระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกว่า หมายถึงพฤติกรรมที่มารดาแสดงต่อทารกโดยการสัมผัส ประสานสายตา การใช้เสียง การเคลื่อนไหวตามเสียงพูด การให้โอกาสการเรียนรู้ การให้ลูกกินนมแม่ การให้ภูมิคุ้มกันกับเด็กและการให้ความอบอุ่น ซึ่งความสัมพันธ์นี้จะมีพัฒนาการตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมารดาและทารกมีพฤติกรรมตอบสนองความรักใคร่ผูกพันต่อกัน และจะคงทนถาวรต่อพัฒนาการของทารกในระยะต่อ ๆ ไป

### งานวิจัยในประเทศ

สุวรรณิ ศรีจันทร์ธาดา ( 2527: บทคัดย่อ ) ศึกษาความพร้อมในการเป็นบิดามารดาในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าบิดามารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีความพร้อมในการเป็นบิดา - มารดาดีกว่าบิดา-มารดาที่มีอายุน้อย

วิภารัตน์ ชมดิษฐ์ ( 2533 : 45 ) ได้ศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกกับความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ ซึ่งกล่าวว่ามารดาที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลได้ผ่านการคัดกรอง โดยนโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องของสายสัมพันธ์แม่ลูก ทำให้มารดาส่วนใหญ่ มีแนวโน้มในการต้องการมีบุตรสูงและการมาฝากครรภ์ที่สม่ำเสมอจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะที่ตั้งครรภ์เป็นอย่างดี จนกระทั่งคลอดที่โรงพยาบาล มารดาจะได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับบุตรทันทีหลังคลอด ทำให้มารดาเกิดความรักและผูกพันต่อบุตรทันทีหลังคลอด

จริยวัตร คมพักษณ์ และอุดม คมพักษณ์ (2533: 113 )ศึกษาความพร้อมในการใช้นมผสมของมารดาไทยกับการเกิดโรคท้องร่วงในทารกอายุแรกเกิดถึง 3 เดือนซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาอายุระหว่าง 20 - 30 ปี จะมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ และสังคม ซึ่งเหมาะสมแก่การตั้งครรภ์

คาราวรรณ ชรรณรักษ์ ( 2535: 56 ) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวไม่ยอมรับจะพบมากในช่วงอายุ 16-20 ปี และร้อยละ 99 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวไม่ยอมรับจะพยายามทำแท้ง

จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่ามารดาที่มีอายุมากจะมีการอบรมเลี้ยงดูบุตร การแสดงความรักกับบุตร ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย และจากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 20 ปี มีวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตร การแสดงบทบาทการเป็นมารดาดีกว่ามารดาอายุน้อย รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวไม่ยอมรับจะพยายามทำแท้งมากกว่าครอบครัวที่ยอมรับ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยการ

สัมผัส ประธานสายตา การใช้เสียง การให้ภูมิคุ้มกันกับเด็ก การให้ลูกกินนมแม่ หรือการได้โอบกอด สัมผัสกับลูกหลังคลอดทันที จะเป็นการกระตุ้นความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกให้มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น ส่งผลให้มีความรักและความผูกพันต่อกันเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นมารดาที่มีความรักและความผูกพันต่อบุตรมากจึงมักแสดงพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรหรือการป้องกันบุตรจากโรคต่าง ๆ ได้ดีตามมาด้วย

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรส่วนบุคคล

การเจ็บป่วยในเด็ก มารดาจะเป็นบุคคลปฐมภูมิในการดูแลบุตรในด้านต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งสุขภาพอนามัย ฉะนั้นมารดาจะเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลรับผิดชอบในการป้องกัน หรือรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อบุตรเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อในเด็ก ซึ่งในการป้องกันบุตรจากโรคติดเชื้อในเด็กผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นมาจากปัจจัยบางประการของมารดา ดังนี้

**ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล** อันประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรและสังคมซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการรักษาของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### ก. อายุของมารดา

อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งได้มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงอายุของมารดา ดังนี้

### การวิจัยต่างประเทศ

จากการศึกษาของ โลเวนสไตน์ และ ไรน์ชาร์ท (Lowenstein and Rinchart 1984:254, อ้างถึงใน อารยา ประเสริฐชัย 2536:18) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก

แฮริส และ กูเติน (Harris and Guten 1986:317, อ้างถึงใน อ่ำไพ สุภาภา 2541: 87) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและรักษาจะมีมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น

เบรคเคนริดจ์ (Breckenridge 1966:28 , อ้างถึงใน วรรณิการ์ ทิพย์คง 2538:33 ) ทำการศึกษาพบว่าสตรีที่มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี จัดเป็นวัยที่เหมาะสมต่อการมีบุตร เพราะสตรีที่อายุ 20 ปีขึ้นไป เริ่มมีวุฒิภาวะทางร่างกายและอารมณ์อย่างเพียงพอที่รับภาระในครอบครัวมีภาวะเสี่ยงน้อยต่อการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร อุบัติการณ์ของการเกิดโรคไข้หวัด รวมทั้งภาวะที่มารดาไม่มีน้ำนม ส่วนสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีวุฒิภาวะทางร่างกายพร้อมจริง แต่จะไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือได้รับการศึกษาอย่างเพียงพอที่จะเผชิญ ต่อความรับผิดชอบ ภาระอันเกิดจากการแต่งงาน และรับบทบาทการเป็นมารดา

มาร์คแลนด์และคูเกลส ( Markland and Douglas 1976:168 – 169, อ้างถึงใน ทรงพล ต่อนี้ 2539 : 117 ) ที่ทำการศึกษากันได้รับวัคซีนของบุตร จะพบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีบิดามารดาอายุ 30 ปีขึ้นไป จะได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์

### งานวิจัยในประเทศ

วัลภา ผิวทน ( 2527 : 101) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค

นฤมล สีนสุพรรณ (2528 : 16) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคในเขตชนบท พบว่าสาเหตุที่ทำให้บุตรขาดการรับภูมิคุ้มกันโรคมีความสัมพันธ์กับอายุของมารดา

อังคณา จิราจินต์ (2530: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่าอายุของมารดาไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง

ศุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ ( 2530 : 87 ) ได้ศึกษาความรู้ของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กจากกลุ่มมารดาที่มากลอดโรงพยาบาลราชวิถี พบว่ากลุ่มของมารดาอายุ 21 ปีขึ้นไปมีระดับความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีและต่ำกว่า และเมื่อควบคุมตัวแปรทางด้านสภาพเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยมารดาที่มีการศึกษามากกว่า 12 ปี อาชีพทำงานนอกบ้านมีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับสูงและลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป มีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุน้อย(อายุ 20 ปีและต่ำกว่า)

เพ็ญศรี พิชัยสนธิและคนอื่น(2531: 42-51) ซึ่งทำการศึกษากันปฏิบัติบทบาทของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน สุ่มตัวอย่างจากพ่อแม่ที่มีลูกอายุ 4 – 6 ปีและมารับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเด็กกรุงเทพมหานครเป็นพ่อจำนวน251 ราย และแม่จำนวน 246 ราย พบว่า พ่อและแม่ที่มีอายุมากมีการปฏิบัติบทบาทดีกว่าพ่อแม่อายุน้อย

รุจา ภูโพบูลย์ ( 2529, อ้างถึงใน อัจฉริยา ปทุมวัน 2534:42 ) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก

อ้อมจิต ว่องวานิช (2535: 88) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มารับบริการการตรวจรักษาในรพ.เด็ก พบว่าอายุของบิดาและมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคติดต่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536: 106) ได้ศึกษาอิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจังหวัดชลบุรี พบว่าอายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

กรรณิการ์ ทิพย์คง ( 2538: 132-133) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5ปี ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า มารดาที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดีกว่ามารดาที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นสรุปว่ามารดาที่มีอายุต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรต่างกัน กล่าวคือมารดาที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป จะมีวุฒิภาวะทางร่างกาย และอารมณ์ที่พร้อมจะรับภาระในครอบครัว สามารถปฏิบัติบทบาทของพ่อ แม่ ทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี รวมถึงการมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กสูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อย

#### ข. ระดับการศึกษา

ในเรื่องระดับการศึกษา โรเจอร์ ( Rogers 1971, อ้างถึงใน อารยา ประเสริฐชัย 2536 :18) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ก็มักจะมีใครรู้ในเรื่องนั้นมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นหา หรือแสวงหาความรู้นี้ก็มิโอกาสที่จะกระทำได้ ทั้งโดยการอ่านด้วยตนเองและการได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านนั้น ซึ่งต่างจากผู้มีการศึกษาต่ำโดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ย่อมต้องใช้เวลามากในการศึกษาหาความรู้และต้องใช้ประสบการณ์เรียนรู้ด้วยตนเอง ในสิ่งที่เกิดขึ้น อย่าลองผิดลองถูกอีกประการหนึ่งบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในเรื่องต่าง ๆ ดีกว่าจึงน่าจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในด้านที่เป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า (เวทย์ ธิ โนปทัช 2528 : 144)

#### การวิจัยต่างประเทศ

คาสส์และคอบบ์ ( Kals and Cobb 1966:250-251, อ้างถึงใน กรรณิกา ทิพย์คง 2538: 142) กล่าวว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย ภาวะการศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผล และใฝ่สูงขึ้นไป สามารถตัดสินใจ หรือเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพได้ดี

ซีลวิน( Selywn 1990:870-888, อ้างถึงใน กรรณิกา ทิพย์คง 2538: 141 ) ศึกษา ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กเล็ก ในประเทศที่กำลัง

พัฒนาจำนวน 10 ประเทศ พบว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษามีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์คแลนด์ และคูเกลส (Markland and Douglas 1976:168-169, อ้างถึงใน กรรณิกา ทิพย์คง 2538: 141) พบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนครบกำหนด คือเด็กในครอบครัวที่บิดามารดาได้รับการศึกษาสูง

### การวิจัยในประเทศ

ศรียรรณ มากชู ( 2521: 75 ) ทำการศึกษา เปรียบเทียบสุขนิสัยของเด็กก่อนวัยเรียนตามสภาพครอบครัวที่แตกต่างในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า สุขนิสัยของเด็กกลุ่มที่บิดามารดาได้รับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ถึงอนุปริญญา รองลงมาเป็นกลุ่มที่บิดามารดาได้รับการศึกษาสูงกว่าอนุปริญญา ส่วนเด็กกลุ่มที่บิดามารดาได้รับการศึกษาระดับ 0- ประถม 4 มีลักษณะด้อยที่สุด

จรรยา สุวรรณทัต (2524: 251 ) ศึกษาเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก พบว่าการศึกษาจะทำให้คนเกิดการเรียนรู้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง

วัลภา ผิวทน ( 2527: 56 ) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ . 01

อรพินทร์ โปธาเจริญ (2530: 42-51) ศึกษาการบริบาลทารกแรกเกิดในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริบาลทารกแรกเกิด ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำ

เพ็ญศรี พิษัยสนธิ และคณะ (2531: 42-51 ) ศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าพ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนดีกว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาระดับต่ำ

นันทิกา มิตรสัมพันธ์ ( 2534: 127 ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศรียุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536: 107 ) ศึกษาอิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจจังหวัดชลบุรีพบว่าการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก

มยุรี ปริญญวัฒน์ ( 2536 : 103 ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารละลายเกลือแร่ของมารดาในการรักษาบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะใช้สารละลายเกลือแร่ในการรักษาบุตร มากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่ามารดาที่มีการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อในเด็กต่างกัน กล่าวคือมารดาที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสในเรื่องต่าง ๆ ดีกว่าและมารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมความร่วมมือมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงกว่า นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มีการศึกษาค่ากว่าชั้นประถมศึกษามีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กสูง

#### ก. จำนวนบุตร

จำนวนบุตร จะบ่งบอกถึงภาระความรับผิดชอบของบิดามารดา ถ้าครอบครัวขนาดใหญ่ บิดามารดาต้องรับผิดชอบมากกว่าโอกาสที่จะเครียดและถูกกดดันจากการดำเนินชีวิตมีมากกว่า ซึ่งน่าจะมีผลต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วย การมีพี่น้องมากคุณภาพ การเลี้ยงดูย่อมบกพร่องไป ดังเช่นการวิจัยต่อไปนี้

มาร์คแลนด์และดอกลาส ( Markland and Douglas 1976 : 168-169 อ้างถึงใน ศิริยุพาสันันเรื่องศักดิ์ 2536: 51) พบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนด คือเด็กในครอบครัวที่บิดามารดามีบุตรจำนวนน้อย

วัลดรอปและเบล (Waldrop and Bell 1964: 1187-1195, อ้างถึงใน กรรณิการ์ ทิพย์คง 2538: 145 ) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการพึ่งตนเองของเด็กก่อนวัยเรียนกับขนาดและความหนาแน่นของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอนุบาลจำนวน 44 คน ที่มาจากรอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่อายุ 2 – 8 ปี พบว่าจำนวนบุตรในครอบครัวที่มีมากขึ้นเท่าไร เด็กเล็กวัยตอนต้นก็ได้รับการดูแลต้องเกี่ยวข้องกับมารดาน้อยลงเท่านั้น มีการปล่อยปละละเลยมาก

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ (2531 : 42-51) ศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติบทบาทต่างๆ ของพ่อและแม่ คือจำนวนบุตรมากการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนของพ่อและแม่น้อยลง

วัลภา บินสมประสงค์ ( 2526: 16-17 ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรของมารดา กับพัฒนาการของเด็กวัยตอนต้น โดยการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรอายุ 1 ½ จำนวนน้อย (1-3 คน) ถึง 2 ½ ปี จำนวน 89 คน ที่อาศัยอยู่ในแฟลตดินแดง พบว่า มารดาที่มีบุตรจำนวนน้อย ( 1 – 3 คน) มีการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กตอนต้นดีกว่ามารดาที่มีบุตรจำนวนมาก (มากกว่า 3 คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( P < .05 )

อารี ปุณณะตระกูล(2533: 166-168)ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเด็ก พบว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็กไม่แตกต่างกัน

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534: บทคัดย่อ)ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการดูแลป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส พบว่าจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส

รุจา ภูไพบูลย์ ( 2529, อ้างถึงใน อัจฉริยา ปทุมวัน 2534: 42 ) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก พบว่าจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก

ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ ( 2536: 109 ) ศึกษาพบว่าจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ

เพ็ญภา ไชยเสนา (2546 : บทคัดย่อ ) ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหอบหืดไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรต่างกันกล่าวคือมารดาที่มีบุตรมากจะมีผลต่อการเลี้ยงดูบุตร ทำให้การเลี้ยงดูบุตรบกพร่อง เด็กไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด เด็กได้รับการปฏิบัติบทบาทของมารดาไม่ดี ถูกปล่อยปละละเลย จึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรไม่ถูกต้อง หรือลดน้อยลง

#### ง. อาชีพ

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับสถานภาพทางสุขภาพของตนเอง และครอบครัว มารดาที่ต้องหางานมาทำในบ้าน และต้องรับผิดชอบครอบครัว ทำให้การบริหารทารกแรกเกิดเป็นงานหนักสำหรับมารดา มารดาจึงขาดโอกาส และความกระตือรือร้นในการติดตามข่าวคราวความก้าวหน้า และความรู้ต่าง ๆ ในการพัฒนาตนเองและทารก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

การศึกษาของบอลแลก ( Bollag 1980, อ้างถึงใน กรรณิกา ทิพย์คง 2538: 142)พบว่าเด็กที่รับไว้รักษาด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในโรงพยาบาลเด็ก เป็นเด็กที่ทั้งบิดามารดามีอาชีพเป็นกรรมกร ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เด็กจึงไม่ได้รับการดูแลรักษาจากมารดาเมื่อเจ็บป่วยเท่าที่ควร ทำให้ มีอาการรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โคเบอร์น และโปป (Coburn and pope 1974 : 67-77, อ้างถึงใน ทรงพล ต่อนี้ 2539: 38) ได้สำรวจคนงานชายในเมืองวิกตอเรียของรัฐโคโลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

### การวิจัยในประเทศ

วัลภา ผิวทน (2527: 101) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค

อังคณา จิราจินต์ (2530 : 4 ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรเมื่อบุตรป่วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์ และคณะ (2531 : 42-51 ) ศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าพ่อแม่ นักวิชาการมีการปฏิบัติในบทบาทต่าง ๆ ในการเลี้ยงดูบุตรก่อนวัยเรียนดีกว่าพ่อแม่ในกลุ่มกรรมกร ช่าง หรือแม่บ้าน

ศรีเมือง ศรีนวลนัฒ (2532 : 59) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับและไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-2 ปี ของจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2531 พบว่าอาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อการพานบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคหัด

สุพัตรา ไตรวัน(2532:104-105) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปรับบริการสุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อารี ปุณณะตระกูล ( 2533 : 128-129 ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเด็ก พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติในเรื่องการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุจา ภูไพบูลย์ ( 2529, อ้างถึงใน อัจฉริยา ปทุมวัน 2534:44 ) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์ กับบทบาทของบิดา มารดา ในการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก

นันทิกา มิตรสัมพันธ์ ( 2534: 126 ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่ามารดาที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เบญจพร แก้วมีศรี ( 2534 : 86 ) ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ พบว่าผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

ประมวญ สุนากรและคณะ ( 2534: 14 ) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่ามารดาที่มีอาชีพกรรมกรมีอัตราเสี่ยง 3.6 เท่า ของกลุ่มอาชีพอื่น

ภัศรา มยาเสส ( 2535: 103 ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้บรรลุเป้าหมาย พบว่าอาชีพของแม่บ้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของแม่บ้านในงานอนามัยแม่และเด็ก

มยุรี ปริญญวัฒน์ ( 2536 : 103 ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารละลายเกลือแร่ของมารดาในการรักษาบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ แผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าอาชีพของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารละลายเกลือแร่ของมารดาในการรักษาบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นจะพบว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรต่างกัน กล่าวคือมารดาที่มีอาชีพรับจ้าง หรือกรรมกร ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ต้องรับผิดชอบครอบครัวจึงทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลบุตร มารดาจึงขาดโอกาสและความกระตือรือร้นในการติดตามข่าวสารหรือความรู้ต่างๆในการดูแลทารก เมื่อเด็กเกิดอาการเจ็บป่วยก็จะไม่ได้รับการดูแลรักษาเท่าที่ควรทำให้มีอาการรุนแรงและอาจต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้

#### จ. สถานภาพครอบครัว

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในครอบครัว ครอบครัวที่ประกอบด้วยแม่หรือพ่อคนเดียวกันมักประสบปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กเพราะคนคนเดียวกันจะต้องสวมบทบาทของทั้งพ่อและแม่ ความอดทนในการเลี้ยงดูเด็กจะมีน้อยลงซึ่งจะมีผลโดยตรงกับเด็กซึ่งสถานภาพครอบครัวได้มีผู้ทำการวิจัยหลายท่านทำการศึกษาค้นคว้าดังนี้

มันธนา หิมกร ( 2528: 150-152 ) ศึกษาการแพร่กระจายข่าวสารสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีการให้ภูมิคุ้มกันโรคในอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมาโดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งสุ่มจากมารดาในครัวเรือนชนบทที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 6 ขวบ จำนวน 250 คน พบว่า สถานภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการยอมรับวัคซีนดีทีพี ของมารดาในชนบท

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร ( 2529: 337 ) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพครอบครัวกับอัตราการตายของโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่นวัณโรค ปอดบวม และซิฟิลิส พบว่า คนโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีอัตราการตายสูงกว่าคนที่ใช้ชีวิตคู่

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู ( 2532: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าสถานภาพครอบครัวไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้

อัจฉริยา ปทุมวัน ( 2534 : 40 ) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบคลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลเด็กที่เลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติจำนวน100 รายพบว่าสถานภาพครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็ก

ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ ( 2536 : 107 ) ศึกษาอิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ จังหวัดชลบุรี พบว่าสถานภาพครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับสถานภาพครอบครัวที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่ามารดาที่มีสถานภาพครอบครัวต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรต่างกัน กล่าวคือสถานภาพครอบครัวที่ต่างกันมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของโรคติดเชื้อที่พบบ่อยซึ่งพบว่าคนโสด หม้าย แยกกันอยู่กับสามี จะมีอัตราตายสูงกว่าคนที่สามี ภรรยา อยู่ด้วยกัน ดังนั้นมารดาที่มีสถานภาพครอบครัวที่ต่างกันจึงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรต่างกัน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตร สรุปได้ว่าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร อาชีพ และสถานภาพครอบครัวที่ต่างกันทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตรแตกต่างกัน และจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ปัญหาโรคติดเชื้อในเด็ก เป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งเนื่องจากโรคติดเชื้อในเด็กเป็นโรคซึ่งพบมากในกลุ่มเด็กอายุ แรกเกิด ถึง 5 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง หรือเหมาะสม เด็กอาจมีความผิดปกติ ถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิตได้ มารดาจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันโรคดังกล่าว เพราะอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด หากมารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรไม่ถูกต้อง มารดาไม่ทราบถึงอาการของบุตรที่ต้องรีบรับการรักษาอย่างเร่งด่วน บางครั้งบุตรอาจเกิดอาการแทรกซ้อน เช่นปอดบวม ซึ่งเป็นอันตรายและอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นหากมารดา มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้อง รู้จักการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกับบุตร และรู้จักการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องแล้ว มารดาจะสามารถบริหารเด็กได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับบุตร และลดการแพร่กระจายเชื้อโรคในเด็ก ทำให้บุตรมีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตร และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศ

และต่างประเทศ พบว่ามีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร อาชีพ สถานภาพครอบครัว ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในเด็ก การยอมรับการแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในเด็กตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ความรักและความผูกพันของมารดาที่มีต่อบุตร ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อในบุตร ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ดังนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

