

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุน ตลอดจนหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

2.1 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็ก

2.2 การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุน กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

#### 2.1 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็ก

โรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Infection in Children : ARIC)

โรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็ก เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศที่กำลังพัฒนา เพราะมีอัตราป่วยและอัตราตายสูงมาก ประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์จะเป็นผู้ป่วย ARI โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราตายจากโรคปอดบวม งานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้ยึดหลักการขององค์การอนามัยโลก ในการรักษาพยาบาลโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งแบ่งออกเป็นแนวทางการบริหารโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และแนวทางการบริหารโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาถึงกลุ่มอาการของโรคที่สำคัญของโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็ก เนื่องจากอาการของโรคเหล่านี้เป็นที่สังเกตได้ง่ายของมารดาในการประเมินอาการเด็ก และครอบคลุมการวินิจฉัยโรค ARIC ดังต่อไปนี้

### 1. กลุ่มอาการโรคหวัด (Common Cold)

โรคหวัดเป็นโรคทางเดินหายใจที่พบได้บ่อย และระบาดเป็นครั้งคราวตลอดปี ระยะฟักตัวประมาณ 2-3 วัน ติดต่อดีง่ายและเร็ว จากการจามหรือไอ

สาเหตุ

เกิดจากการติดเชื้อไวรัสจากอากาศที่หายใจ เชื้อ Rhinovirus เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด และไวรัสอื่น ๆ ไวรัสเหล่านี้จะเข้าไปแบ่งตัวอยู่ในเยื่อทางเดินหายใจ

อาการแสดง

- ไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร
- มีคัดจมูก น้ำมูกไหล ไอจาม อาจมีเจ็บคอเล็กน้อย
- อาการส่วนใหญ่จะหายเองในเวลา 5-7 วัน น้ำมูกจะน้อยลงจนขึ้น จนกระทั่งหายไป

การรักษา : ให้การดูแลรักษาตามอาการ

- เช็ดตัว ให้ยา Paracetamol เมื่อมีไข้สูง
- ดื่มน้ำมาก ๆ พักผ่อนให้เพียงพอ
- ให้ความอบอุ่นพอสมควร
- ในเด็กเล็กให้ดูดน้ำมูกออก

### 2. กลุ่มหลอดลมอักเสบ (Bronchitis)

หลอดลมอักเสบ เป็นอาการอักเสบอย่างเฉียบพลันของหลอดลมใหญ่ และหลอดลมย่อย ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มอายุ พบบ่อยในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น Respiratory Syncytial Virus, Influenzae, Parainfluenzae หรือ Rinovirus ในเด็กเล็กมักเกิดร่วมกับโรคหวัด

อาการแสดง

- ไข้ต่ำ ๆ มีน้ำมูก หรือเสมหะเหนียว ลักษณะของเสมหะขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อต้นเหตุ
- อาการไอจะตามมา ในระยะแรกมักไอแห้ง ๆ หลังจากนั้น 2-3 วัน จึงเริ่มมีเสมหะ

ฟังปอดอาจได้ยินเสียง rhonchi

การรักษา

- ให้การรักษาที่บ้าน ถ้าเด็กอาการไม่มาก ดูแลให้พักผ่อน
- ให้ดื่มน้ำมาก ๆ โดยเฉพาะน้ำอุ่นให้เพียงพอ
- ถ้าพิจารณาว่า มีการติดเชื้อแบคทีเรีย จะมีไข้สูงร่วมด้วย และไอมาก ควรนำบุตรไป

รับการตรวจรักษากับแพทย์

### 3. กลุ่มอาการ Stridor

โรคทางเดินหายใจอุดตันกระทันหัน เกิดจากการบวมอักเสบของกล่องเสียง ทำให้เกิดการอุดตัน โรคนี้มักเกิดในเด็กอายุ 3 เดือนถึง 5 ปี สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเชื้อไวรัส หรือแบคทีเรีย อาการสำคัญคือ หายใจมีเสียงดัง

อาการแสดง

- มีไข้
- เจ็บคอ กลืนไม่ค่อยได้
- ไอเสียงดัง เสียงแหง
- หายใจมีเสียงดัง บางครั้งหายใจลำบาก ขาโยกแรงๆ

การรักษา

- ฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด
- ให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆ
- ถ้าพบว่าติดเชื้อแบคทีเรียดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ยาละลายเสมหะ
- ดูแลไม่ให้ทางเดินหายใจอุดตัน

### 4. กลุ่มคออักเสบ (Tonsillitis, Pharyngotonsillitis)

สาเหตุ

สาเหตุส่วนใหญ่คือ ไวรัส ได้แก่ Adenovirus, Epstein-Barr virus, Coxsackie virus และ Herpes Simplex virus ประมาณร้อยละ 10-30 มีสาเหตุจากแบคทีเรีย ได้แก่ Streptococcus group A, Hemophilus influenzae

อาการแสดง

- ไข้
- คอแดง เจ็บคอ กลืนลำบาก หรือมีแผลในช่องปาก
- ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต และกดเจ็บ
- บางรายมีฝ้าขาวในคอ

การรักษา : รักษาตามอาการ

- เช็ดตัวลดไข้ ถ้าไข้สูงให้ยาลดไข้ ให้ดื่มน้ำมากๆ
- รักษาความสะอาดของช่องปากและคอ
- ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ

## 5. กลุ่มโรคปอดบวมเฉียบพลัน (Acute pneumonia)

### สาเหตุ

- การติดเชื้อแบคทีเรียเป็นสาเหตุสำคัญ ได้แก่ H. influenzae หรือ S. pneumonia

Klebsiella และ Pseudomonas

### อาการแสดง

- ไอ หายใจลำบาก หายใจมูกบาน (Nasal flaring)
- ขอบชายโครงบุ๋ม (Lower chest indrawing)
- ริมฝีปาก หรือลิ้นเขียว (Central cyanosis)
- ไม่ตื่นนอน หรือน้ำ

### การรักษา

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่บ้าน
  - เช็ดตัวลดไข้ ให้ยาลดไข้
  - ให้ดื่มน้ำมาก ๆ หรือให้น้ำอุ่น
  - การระบายน้ำมูก โดยการสั่งน้ำมูก หรือดูดเสมหะทิ้งในเด็กเล็ก
  - ให้อาหารอย่างต่อเนื่อง
  - สังเกตอาการของปอดบวม ได้แก่ หายใจลำบากมากขึ้น, หายใจเร็วขึ้นกว่าเดิม,

กินไม่ได้, กระสับกระส่าย และซึม หรือรู้สึกว้าวุ่นมากขึ้น

- ให้ยาปฏิชีวนะ, ยาลดน้ำมูก

จากที่กล่าวถึงกลุ่มอาการของโรคที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ โดยยึดอาการหลักที่สำคัญที่ตรวจพบในทุกกลุ่มโรค เพื่อความง่ายและสะดวกในการประเมินอาการ และการปฏิบัติกิจกรรมในการแสดงพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของมารดาได้ชัดเจนขึ้น ดังอาการต่อไปนี้

1. อาการไข้
2. อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล
3. อาการไอ
4. อาการหายใจมีเสียงดัง หายใจลำบาก หน้าอกบุ๋ม หรือหอบ
5. อาการเจ็บคอ คอบวมแดง ดุน้ำ, นม หรือกินอาหารไม่ได้

เมื่อบุคคลมีความรู้สึกที่ไม่สบาย ครั่นเนื้อครั่นตัว หรือมีสิ่งบ่งชี้ว่าร่างกายกำลังผิดปกติไปจากเดิม โดยเฉพาะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็ก บิดามารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญสำหรับเด็กที่จะทำหน้าที่ในการดูแลบำบัดอาการเจ็บป่วย บิดามารดาบางคนอาจปล่อยทิ้งไว้เฉย ๆ เพื่อชลดูอาการต่อไป บางคนไปปรึกษาญาติหรือเพื่อน บางคนไปหาซื้อยามาให้บุตรกินเอง บางคนไปพบแพทย์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับการตีความและการให้ความหมายสถานะสุขภาพของแต่ละคน ตามความรู้ ความเชื่อที่ได้รับรู้มาจากสังคมต่อสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วย พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วยจึงคำนึงถึงผลของการรักษา การจะเลือกวิธีการหรือแหล่งรักษาขึ้นอยู่กับความคาดหวังถึงผลที่จะได้รับว่าน่าจะเป็นวิธีที่ถูกต้อง สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย และน่าจะสามารถบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้นให้หายได้

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ (Health care seeking behavior) เป็นแนวคิดทางสังคมวิทยาการแพทย์ และมนุษยวิทยาการแพทย์ ที่ให้ความสำคัญต่อดำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมจิตวิทยา และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย (ปรีชา อุปโยคิน, 2534) พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาเยียวยา กล่าวคือในสังคมไทยเมื่อบุคคลรับรู้ถึงอาการผิดปกติว่าเป็นอาการเจ็บป่วย เขาจะเข้าสู่กระบวนการพฤติกรรมการรักษาเยียวยา ส่วนมากมักเริ่มด้วยการรักษาตนเองก่อน (Self-care practice) ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบท ของครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน โดยการตีความหมาย การจัดหาและเตรียมแหล่งหรือวิธีการรักษาเยียวยาและร่วมกันตัดสินใจเลือก (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2538) กลวิธีที่เลือกใช้รักษานั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และสาเหตุของการเกิดโดยอาศัยประสบการณ์ และความเข้าใจเดิมที่มี (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2538 ; Klienman, A., 1980 และ Nuntaboot, K., 1994) โดยทั่วไปการรักษาตนเองมักจะกระทำเพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้นด้วยการซื้อยากินเองจากร้านขายยา หรือร้านขายของชำมาลองดู แล้วรอดูอาการถ้าพบว่าอาการเจ็บป่วยดังกล่าวไม่หาย ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะขอคำปรึกษาแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้อง แล้วจึงไปรักษายังแหล่งอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลของรัฐบาล คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนหมอพื้นบ้านต่าง ๆ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะของการ ดูแลรักษาหลาย ๆ วิธีโดยโยกย้ายจากแหล่งหนึ่งไปยังอีกแหล่งหนึ่ง Klienman เรียกลักษณะดังกล่าวนี้ว่า แบบแผนพฤติกรรมแสวงหาด้านสุขภาพ (Patterns of health seeking behavior) ซึ่งมีการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพหลาย ๆ แหล่งไปพร้อม ๆ กัน ในช่วงเวลาการเจ็บป่วยเดียวกัน (Simultaneous resort) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีความรุนแรง จะมีลักษณะการใช้แหล่งบริการสุขภาพเช่นนี้

แหล่งบริการสุขภาพดังกล่าวจะมีอยู่ในระบบบริการสุขภาพท้องถิ่น (Local health care system) ซึ่ง Klienman (1980) ได้อธิบายไว้ดังนี้

กล่าวคือระบบบริการสุขภาพในสังคมหนึ่ง ๆ นั้นประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วนคือ

1. ส่วนของประชาชน (Popular sector) เป็นส่วนของระบบการแพทย์สามัญชน (Lay system) จะเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด เป็นระบบบริการสุขภาพที่ไม่มีการจัดองค์กร ในที่นี้จะเป็นที่ ๆ ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ดีความ และวินิจฉัยเป็นครั้งแรก และแห่งแรกด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ด้วยวิธีคิด ประเมิน จัดเตรียม และทำการแบบชาวบ้าน (สามัญชน) ที่มีใช้แบบวิชาชีพ หรือผู้ชำนาญการ บริเวณนี้จะประกอบไปด้วยชุดของความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมในหลายระดับ เริ่มจาก บุคคล ครอบครัว เครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้าน จนถึงชุมชนโดยส่วนรวม ครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้น และฐานการแก้ปัญหาที่สำคัญ ส่วนนี้มีทางเลือกในการเฝ้าระวังรักษานานาชนิดเกิดขึ้นมากมาย ทั้งในแง่วิธีการ เทคนิคการรักษา และแหล่งการรักษา นับตั้งแต่การดูแลรักษาตนเอง โดยใช้และไม่ใช้ยา การใช้สมุนไพร การงดอาหาร การนวด การเป่า การใช้ไสยศาสตร์ การออกกำลังกาย การใช้ พิธีกรรม กระทั่งการใช้ยา และการแพทย์สมัยใหม่ โดยสามัญชนเรียนรู้ที่จะรักษาโรคจากทั้งวิธีของ แพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แบบตะวันตกที่เขาเลือกวิธีการรักษาแบบนั้น ๆ เมื่อบุคคลใดใน ชุมชนประสบความสำเร็จในการรักษาโรคกับแหล่งใด หรือวิธีการใด ก็มักจะเล่าสู่กันฟังในชุมชน และเมื่อผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคเดียวกัน ก็จะได้รับบอกเล่าและแนะนำให้ไปหาแหล่ง หรือวิธีการ รักษาที่นั่นอีก เมื่อหายจากการเจ็บป่วยย่อมจะได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้ของแหล่งและวิธีการรักษา ในแบบนั้น ๆ มาก็นำมาแนะนำต่อญาติ หรือเพื่อนบ้านในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันต่อไป ดังผลการศึกษาที่ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้มากมาย เช่น Csete, J. (1993) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมแสวงหา การรักษากับมารดาชาวราวันดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 6 ปี จำนวน 143 คน ผลการวิจัยพบว่า เมื่อ บุตรมีไข้ มารดาจะไม่รักษาถึงร้อยละ 37.00 และเมื่อมีอาการไอและไข้หวัด มารดาไม่รักษาถึง ร้อยละ 38.5 ซึ่งพบได้มากกว่าการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน และการรักษาแผนโบราณ เช่นเดียว กับการศึกษาของ Hunte, P.A., and Sultana, F. (1992) ได้ศึกษา พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ มารดาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก พบว่า ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง มารดาให้การดูแลเองที่บ้าน ร้อยละ 29.7 และทำการรักษาแบบผสมผสานระหว่างแผนปัจจุบันกับแผนโบราณร้อยละ 5.5 ผล การศึกษาของ Malik Kundi, M.A., et al. (1993) พบเช่นเดียวกันคือ มารดาชาวปากีสถานจะรับรู้ และแสวงหาการดูแลรักษาสุขภาพเกี่ยวกับโรคปอดบวมในเด็ก โดยพบว่า ถ้าเป็นไข้หวัดจะให้การ ดูแลรักษาเองที่บ้านด้วยวิธีการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย งดอาหารรสหวานและเย็น ได้มีงาน วิจัยของคนไทยที่ศึกษาในส่วนนี้เช่นกัน ดังการศึกษาของ Preecha Upayokin, et al. (1991) ได้ทำ

การศึกษาการดูแลสุขภาพเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 618 คน พบว่า มารดามีวิธีการบำบัดรักษาแตกต่างกัน อาการไข้หวัด ไอ มีน้ำมูก มารดาจะทำการซื้อยามากินเอง และรอดูอาการประมาณ 1-2 วัน ในระหว่างนี้มารดาจะทำการเช็ดตัวลดไข้ เปลี่ยนอาหาร และให้กินยาสมุนไพร ถ้าพบว่าอาการไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาการรักษานอกบ้าน สุวัจน์ เทียรทอง และคณะ (2535) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยการช่วยเหลือเช็ดตัวลดไข้เมื่อมีไข้พบร้อยละ 33.6 ให้ดื่มน้ำมากๆ ร้อยละ 4.4 ซึ่งเห็นได้ว่าการมีไข้พบป่วยในเด็ก บิดามารดาจะมีวิธีการดูแลและการใช้แหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ในส่วนของประชาชน (Popular sector) มาก โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเริ่มต้นด้วยการ ดูแลตนเองก่อน ด้วยการเช็ดตัวเด็ก ให้นอนพัก ให้ความอบอุ่น งดอาหารบางประเภท ตลอดจนการซื้อยาให้กินเอง หรือการใช้ยาตามคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หลังจากนั้นถ้ายังพบว่าอาการไม่ดีขึ้นจึงจะทำการแสวงหาการรักษาภายนอกครอบครัวต่อไป

2. ส่วนของพื้นบ้าน (Folk sector) เป็นส่วนของระบบการแพทย์พื้นบ้าน มีการปฏิบัติ การทางการแพทย์ที่ไม่ใช้รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร มีลักษณะเป็นการปฏิบัติการทาง การแพทย์ที่เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่นถ่ายทอดกันมาจากอดีต เช่น หมอผี หมอมนต์ หมอเป่า หมอสมุนไพร หมอพระ ที่มีความรู้ด้านการแพทย์ในการใช้ยาพื้นบ้าน ยาสมุนไพร เช่น น้ำผึ้ง ว่าน เห็ด ผลไม้ พืช ผัก หรืออาหารบางชนิด หรือการทำพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การใช้เวทย์มนต์คาถา การ เป่า การรำ ร่ายทรง เป็นต้น คือพบได้จากงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้ Csets, J. (1993) พบว่า เมื่อเด็กมี ไข้มารดาจะทำการรักษาแผนโบราณร้อยละ 3.7 ส่วนอาการไอและไข้หวัดจะใช้ยาแผนโบราณ ร้อยละ 5 Hunte, P.A., and Sultana, F. (1992) พบว่า มารดาชาวปากีสถานจะมีพฤติกรรมแสวง หาการรักษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กแบบดั้งเดิมร้อยละ 16.5 โดยการให้กินยาสมุนไพรร่วม กับการงดอาหารและดื่มน้ำเย็น เมื่อมีอาการไข้ตัวร้อน Malik Kundi, M.A., et al. (1993) พบว่า มารดามีการรับรู้และการแสวงหาการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับโรคปอดบวมในเด็ก ถ้าคิดว่าการ ติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับสิ่งนอกเหนือธรรมชาติจะทำการรักษาแบบพิธีกรรม (Spiritual healers) กับหมอพื้นบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของคนไทยที่ได้ทำการศึกษาไว้ เช่น พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรุณญา ปุรนัน (2530) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของชาวชนบท พบว่า พฤติกรรมการรักษาเยียวยาจะเป็นไปตามการตัดสินใจของ ผู้อาวุโส ในระดับเครือญาติ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีการที่ผู้อาวุโสเคยปฏิบัติกันมาคือการใช้ยากลาง บ้าน ยาสมุนไพร การเป่า ในการรักษาขั้นต้น วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษ และนางลักษณ สุพรรณไชยมาตย์ (2531) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเจ็บป่วย และ

การรักษาของสมาชิกครัวเรือนเกษตร ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมีการรักษาโดยใช้หมอกกลางบ้าน ร้อยละ 7.7 โดยชาวบ้านชอบการฉีดยา จากหมอกกลางบ้านร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร สมทรง ณ นคร (2530) พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคกำเริดเหลือง (อาการตัวเหลืองของเด็กแรกเกิดภายหลังคลอดหนึ่งสัปดาห์) และกำเริดชัก (อาการชักในเด็กที่มีไข้สูง) ชาวบ้านคิดว่าต้องรักษาด้วยสมุนไพร นอกจากนี้ยังพบว่าชาวบ้านมากกว่าครึ่งเคยใช้สมุนไพรในการรักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ วิงเวียน อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ (2534) ได้ศึกษาพฤติกรรมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยในเด็กก่อนวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่ามีการรักษาอาการไข้ โดยหมอพื้นบ้าน ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 64.94 ของครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย ตามลำดับ โดยจะมีการนำเด็กแรกเกิดไปรักษากับหมอเป่า ส่วนเด็กโตวัยก่อนเรียนจะมีการรักษาโดยใช้ทั้งหมอเป่า หมอสมุนไพร และยาแผนปัจจุบัน

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในส่วนนี้ ผู้ให้การรักษาไม่ใช่บุคลากรที่อยู่ในระบบการแพทย์แบบปัจจุบัน การรักษาแบบพื้นบ้านจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งความเชื่อที่มีต่อสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ พลังจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ให้การรักษามีความใกล้ชิดมีความเป็นกันเองต่อผู้เจ็บป่วยและครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวได้ช่วยเหลือกันและทุกคนมีส่วนร่วม

3. ส่วนของวิชาชีพ (Professional sector) เป็นส่วนของวิชาชีพที่มีการจัดตั้งองค์กร ปฏิบัติการรักษาเยียวยาที่เกิดจากการเรียนรู้ จากอุดมการณ์ มีกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้แก้ปัญหา มีวิธีการและเทคโนโลยีที่พัฒนาแล้ว มีสถานที่ให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะชัดเจน ได้แก่ องค์กรของรัฐบาลและเอกชน เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน หรือหน่วยบริการของสมาคมต่างๆ ในส่วนนี้จะมีผู้ชำนาญการเป็นผู้บำบัดรักษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ในหลาย ๆ ประเทศ แพทย์เท่านั้นที่เป็นบุคลากรในวิชาชีพ แต่ Klienman, A. (1980) ได้บันทึกไว้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนโบราณอาจได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพในบางลักษณะ เช่น ผดุงครรภ์แผนโบราณ ผู้ให้การรักษาแบบแผนโบราณของจีน (Chinese traditional healers) เช่น การฝังเข็ม หมอสมุนไพร (ยาจีน) ผู้ปฏิบัติโยคะของชาวมุสลิม (Yoga practitioners) ซึ่งพบได้ในประเทศอินเดียที่รัฐบาลให้การสนับสนุนและเป็นที่ยอมรับ เพราะแพทย์แผนปัจจุบันมีผลการดูแลรักษาไม่ทั่วถึง ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดแคลนแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษาในส่วนนี้แพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา เป็นผู้มีอำนาจในการซักถามและตรวจผู้ป่วย เป็นผู้ให้การวินิจฉัยโรค ให้การรักษา และทำการส่งเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล สามารถ ควบคุมผู้ป่วยทั้งด้านอาหาร พฤติกรรมแบบแผน



การกิน การนอน การให้ยา การเจาะเลือดเพื่อตรวจ การเอกซเรย์ เป็นต้น การรักษาในส่วนนี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังผลการศึกษาวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ Csete, J. (1993) พบว่า มารดาจะพาบุตรไปรับการตรวจรักษากับศูนย์สุขภาพร้อยละ 33.3 เมื่อบุตรมีอาการไข้ ส่วน Hunte, P.A., and Sultana, F. (1992) พบว่า มารดาแสวงหาการรักษาแบบวิชาชีพร้อยละ 48.3 สุวัจน์ เทียรทอง และคณะ (2535) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี เมื่อมีอาการไข้ ด้วยการพาไปตรวจยังสถานบริการสุขภาพร้อยละ 31.0 เป็นต้น

จากการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นการศึกษานั่นส่วนที่เป็นจุดเด่นของงานวิจัยเพื่อสนับสนุนในส่วนของการดูแลในระบบบริการสุขภาพท้องถิ่น ตามแนวคิดของ Klienman, A. (1980) ที่สามารถอธิบายระบบการแพทย์ของสังคมไทยได้ และการศึกษาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในอดีตในช่วงเวลาที่ผ่านมา 1 ปี หรือ 6 เดือน จึงทำให้การสัมภาษณ์ การสำรวจ หรือสอบถามพฤติกรรมการรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และผู้นำชุมชน บางครั้งข้อมูลที่ได้ อาจมาจากการรำลึกถึง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่อาจจะไม่ครบถ้วน ตรงกับการกระทำจริงในอดีต ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่า ควรมีการศึกษากลุ่มผู้ให้การดูแลสุขภาพโดยตรงกับบุตรของตนเอง ในสถานการณ์ที่กำลังประสบอยู่ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลไปจัดวางแผนให้การพยาบาลต่อไปได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาที่ได้ทำให้เห็นแบบแผนของพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบิดามารดาที่บุตรเจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้น สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการให้การรักษายาบาล โดยเน้นส่วนที่บิดามารดาให้ความสำคัญ เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

## 2.2 การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย

### 2.2.1 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นตัวแปรทางด้านจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ และยอมรับว่ามีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย (Langlie, J.K., 1977 ; House, J.J., 1981 ; Norbeck, J.S., 1982 ; Thoits, P.A., 1982 และ Jacobson, D.E., 1986) จึงได้มีผู้ศึกษาให้ความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังต่อไปนี้

House, J.J. (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลให้การช่วยเหลือสิ่งหนึ่งสิ่งใดแก่บุคคลอื่นในการแก้ไขปัญหาอันนั้น ๆ ที่เป็นผลมาจากการมีความติดต่อสัมพันธ์กัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านประเมิน

(Appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support)

Langlie, J.K. (1977) เน้นว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านวัตถุ และจิตใจ จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยการกระทำพฤติกรรมการสนับสนุนผ่านกลุ่มบุคคลของคน ๆ นั้น

Weiss (อ้างถึงใน Dimond และ Jone, 1983) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kaplan โดยเน้นถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ Weiss ได้กล่าวว่าบุคคลมีความต้องการและปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดี มีสัมพันธภาพทางสังคมที่เหมาะสม อันประกอบด้วย ลักษณะสัมพันธภาพทางสังคม การแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ระยะเวลาที่สัมพันธภาพนั้นคงอยู่ ความเกี่ยวพัน ความแน่นแฟ้นกลมเกลียวของสัมพันธภาพ จำนวนครั้งของการมีสัมพันธภาพ บุคคลต้องการมีความสุข มีบุคคลที่ไว้วางใจได้ และคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นส่วนหนึ่งของสังคม แรงสนับสนุนที่ได้รับสามารถเปลี่ยนแปลงความต้องการ ซึ่ง Weiss ได้วิเคราะห์ความต้องการออกมาเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีความอบอุ่นช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. ด้านความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ ข้อมูล ข่าวสาร มีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. ด้านโอกาสที่จะได้โอ้อุ้มเลี้ยงดู (Opportunity for Nurturance) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของคนอื่นและสามารถพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย
4. ด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับพฤติกรรมการแสดงออก และตระหนักถึงบทบาทของตนเองในสังคม ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
5. ด้านความรู้สึกเป็นมิตร (A sense of reliable alliance) หมายถึง สัมพันธภาพจากครอบครัวสายตรง เครือญาติ ซึ่งบุคคลหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

6. ด้านการได้รับคำแนะนำ ซึ่งเน้น ปลอดภัยและให้กำลังใจ (The obtaining of guidance) ทำให้บุคคลนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ผ่อนคลายความตึงเครียด

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับ การสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ หาก ผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มบุคคล หรือบุคคลแล้วส่งให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับ ต้องการ

สรศักดิ์ วัฒนวงศ์ (2537) ได้เน้นว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคล หนึ่งได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจจากบุคคล อีกคนหนึ่ง มีส่วนสัมพันธ์กับการมาใช้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข และปฏิบัติตาม คำแนะนำด้วย

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับ 'ผู้ได้รับการสนับสนุน' ได้รับจาก 'ผู้ให้การสนับสนุน' ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ การประเมินพฤติกรรม รวมทั้งการสนับสนุน ด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับ ต้องการ

จากแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม อาจสรุปได้ว่า การสนับสนุนทาง สังคมหมายถึงการช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งช่วยให้ผู้ที่ได้รับ บรรลุจุดหมายที่ต้องการ โดยสามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้านตามแนวคิดของ House, J.J. (1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้ มารดารู้สึกสบายใจ โดยรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ มีผู้ให้การดูแลและความ มั่นคง เห็นอกเห็นใจ (Jacobson, D.E., 1986 ; House, J.J., 1981 และ Thoits, P.A., 1982) จากการ ที่มีบุตรเจ็บป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์เกิดขึ้น และไม่มี ความมั่นคงทางอารมณ์ ปฏิกริยาที่พบได้บ่อยคือ ตกใจ ซึม กลัว หงุดหงิด วิตกกังวล และสิ้นหวัง (เจียงคำ อินทวิชัย, 2533 และ เกตุแก้ว จินดาโรจน์, 2536) ซึ่งปฏิกริยาดังกล่าวคุกคามต่อความผาสุกของบิดามารดา และสมาชิกของครอบครัวอย่างมาก Jacobson, D.E. (1986) และ House, J.J. (1981) เชื่อว่าการ สนับสนุนทางสังคมที่มีประโยชน์มากที่สุดคือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของ Williams, H.A. (1993) ที่พบว่า มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังจะได้รับกำลังใจ การมา เยี่ยมเยียนจากกลุ่มเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลบุตรต่อไปได้ เช่น เดียวกับการศึกษาของ เกตุแก้ว จินดาโรจน์ (2536) พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยจะมี

กำลังใจ มั่นใจในการปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ดีขึ้นหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่งผลให้มีการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยได้ดี ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงจำเป็นต่อบิดามารดาเหล่านี้

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้มารดาเข้าใจเหตุการณ์ และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยการประเมินตนเองหรือรับฟังการ แนะนำ การสะท้อนกลับ การเห็นพ้องและรับรองพฤติกรรม House, J.J. (1981) เน้นว่า การช่วยเหลือที่ต้องช่วยให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจ มั่นใจในพฤติกรรมของตนที่กระทำในสถานการณ์นี้ เขาเชื่อว่าการสนับสนุนด้านการประเมินนี้เป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ยอมรับเหตุการณ์ได้ดี มีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่มารดาสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือปฏิบัติตามได้ จากการศึกษาของ Sorasak Lochindarat, et al. (1990) และ Malik Kundi, M.A., et al. (1993) พบว่า มารดายังมีความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคปอดบวมน้อยมาก รวมทั้งการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการไม่ถูกต้อง เหมาะสม จึงทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้า มีอาการรุนแรง และบางรายมีโรคแทรกซ้อนแล้ว (Preecha Upayokin, et al., 1991 และ วังวโรทัย สิงหิวนนท์, 2538) ดังนั้นหากมารดาได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลรักษา การชี้แนะแนวทางทั้งวิธีการและแหล่งบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ เหมาะสมแล้ว จะช่วยให้สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วยของบุตรได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้านบริการ สิ่งของ การเงิน เวลา แรงงาน มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลแล้วยังทำให้สูญเสียเวลาในการดูแล สูญเสียเงินเพื่อใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล สูญเสียแรงงานในการปฏิบัติการดูแล และแสวงหาการดูแลสุขภาพมากขึ้น Malik Kindi, M.A., et al. (1993) พบว่า การนำบุตรไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ส่งผลกระทบต่อ การที่ไม่มีใครดูแลเด็กคนอื่น ๆ ไม่มีคนทำงานบ้าน ทำอาหาร ดังนั้นการช่วยเหลือด้านทรัพยากรจึงจำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของมารดาเมื่อมีบุตรเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ยืมยานพาหนะ สิ่งของที่จำเป็น เช่น กระติกน้ำร้อน การให้เงิน หรือให้กู้ยืมเงิน การเป็นเพื่อนบ้านพาไปรับบริการยังแหล่งต่าง ๆ ช่วยให้บิดามารดามีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในทิศทางที่ต้องการได้

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House, J.J. (1981) ซึ่งมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจ ทั้งนี้เพื่อการบำบัดอาการเจ็บป่วยของบุตร การ

สนับสนุนที่จำเป็นนั้นต้องมาจากแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ในการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมให้เข้าใจอย่างแท้จริงนั้น นอกจากจะศึกษาเกี่ยวกับปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับแล้ว ควรศึกษาในมิติของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมด้วย (จริยาวัตรคมพยัคฆ์, 2531 และ Thoits, P.A., 1982)

## 2.2.2 แหล่งสนับสนุน

เนื่องจากบุคคลต้องการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมตลอดชีวิต ซึ่งมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ตามบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน และในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้น (จริยาวัตรคมพยัคฆ์, 2531 และ Norbeck, J.S., 1982) บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลแต่ละคนนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะให้การสนับสนุนด้านต่างๆ กับบุคคลนั้น เรียกบุคคลเหล่านี้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นเอง (House, J.J., 1981 ; Norbeck, J.S., 1982 ; Tilden, V.P., 1985 และ Pender, N.J., 1987)

House, J.J. (1981) ได้จำแนกบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนไว้เป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับบทบาทในการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความเกี่ยวข้องกันในบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ หรือการบริการประชาชน ซึ่งมีลักษณะเป็นการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประการใดประการหนึ่ง เช่น ทีมสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ให้บริการหรือให้การดูแล เช่น แม่บ้าน พี่เลี้ยงเด็ก

ดังนั้นแหล่งสนับสนุนจึงหมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อสัมพันธ์กันกับบุคคล และให้การช่วยเหลือต่าง ๆ แก่บุคคลนั้น ดังนี้

1. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย

- 1.1 บุคคลที่เป็นเครือญาติ ได้แก่ คู่สมรส ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ลูกหลาน เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด

- 1.2 บุคคลที่มีความคุ้นเคยใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน คนรู้จักคุ้นเคย เป็นต้น

2. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์แบบเป็นทางการ ประกอบด้วย

- 2.1 บุคคล หรือองค์กรที่ให้การดูแลที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ

2.2 บุคคล หรือองค์กรอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ ได้แก่ ครู พระ สมาคมต่างๆ มูลนิธิต่าง ๆ แม่บ้าน พี่เลี้ยงเด็ก เป็นต้น

จากการศึกษานำร่อง พบว่า กลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือติดต่อสัมพันธ์กับ มารดาเด็กในชีวิตประจำวัน ในสภาพแวดล้อมเดิมก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งพบได้ 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ประกอบด้วย

1. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่เป็นญาติพี่น้อง ได้แก่
  - 1.1 บิดามารดาของทั้งสองฝ่าย ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย
  - 1.2 พี่น้องของทั้งสองฝ่าย ได้แก่ ลุง ป้า น้า อา
2. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์แบบเพื่อน เป็นบุคคลที่คุ้นเคยใกล้ชิด ประกอบด้วย

2.1 เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง

2.2 เพื่อนร่วมงาน (เมื่อไปทำงานเกษตรกรรม หรือรับจ้าง)

บุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่มีการติดต่อสัมพันธ์กับมารดาเด็กอยู่ตลอดเวลา ในชีวิตประจำวันทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยของร่างกาย การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ต่อการเจ็บป่วย บุคคลเหล่านี้จะมีการร่วมปรึกษาหารือ แสดงความคิดเห็น ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนการให้การดูแล ที่ใช้ประสบการณ์กับความรู้เดิมมาพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลรักษา โดยเฉพาะในบริบทของสังคมคนอีสาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน จะให้การช่วยเหลือจัดเตรียมการต่าง ๆ เพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วย (Nuntaboot, K., 1994) จึงอาจกล่าวได้ว่า บุคคลเหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อบิดามารดาในสถานการณ์นี้

Kaplan, B.H., et al. (1977) ได้จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นเครือญาติกัน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลูกหลาน และบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกัน ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กร และสมาคมสที่ให้การสนับสนุนซึ่งไม่ใช่กลุ่มทางวิชาชีพสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ มูลนิธิรวมกตัญญู เป็นต้น

3. กลุ่มทางวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Pender, N.J. (1987) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันโดยกำเนิด เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง

2. กลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันแบบเพื่อน ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน
3. กลุ่มขององค์กรทางศาสนา
4. องค์กรที่ให้การดูแลโดยทีมสุขภาพ
5. องค์กรอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพสุขภาพ

จากการศึกษาของ Csete, J. (1993) และ Malik Kendi, M.A., et al. (1993) พบว่า บุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือให้คำแนะนำการดูแลรักษา และการเห็นพ้องกันในการตรวจรักษาที่สถานบริการสุขภาพ คือ เพื่อน เพื่อนบ้าน และปู่ย่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Williams, H.A. (1993) พบว่า บิดา มารดา เด็กผิวดำได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเป็นอย่างดี และเพียงพอจากบุคคลที่เป็นเพื่อนฝูง และเพื่อนร่วมงาน ส่วนบิดามารดาเด็กผิวดำได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่มที่เป็นญาติ พี่น้อง เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผลการศึกษาดังกล่าวได้สนับสนุนให้เห็นว่าบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนนั้นเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันมาแต่ก่อนการเจ็บป่วยแล้ว และเป็นกลุ่มที่มีลักษณะความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House, J.J. (1981) มาใช้ในการสร้างกรอบการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรป่วย เนื่องจาก House มีแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในมิติของแหล่ง ประเภท และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม และจำแนกไว้ชัดเจน เข้าใจง่าย ครอบคลุมความต้องการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังได้เสนอแนวคิดในการวัดการสนับสนุนทางสังคมว่า สามารถวัดได้ใน 2 ลักษณะ คือ ในลักษณะของการรับรู้ของบุคคลถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ (Subjective Appraisal) และในลักษณะของการวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับโดยตรง (Objective Appraisal) สอดคล้องกับ Tilden, V.P. (1985) ซึ่งได้เสนอแนะเกี่ยวกับการวัดการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะของการรับรู้ของบุคคล (Subjective Perception) ว่ามีความเหมาะสมในการวัดหน้าที่ หรือประสิทธิภาพของการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจะได้จากบุคคลเดียวกันกับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรอื่นที่ศึกษาในที่นี้คือ แหล่งสนับสนุนซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงมากกว่า ง่ายต่อการให้คะแนนมากกว่าการวัดปริมาณที่ให้โดยตรง ซึ่งมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับความเที่ยงตรงในการให้ค่าคะแนนในการวัดการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้จึงวัดในลักษณะของการรับรู้ของบิดามารดาที่ประเมินจากความเป็นจริงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในขณะที่มีบุตรเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี



## 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมด้านอนามัยของมนุษย์ดังกล่าวมาแล้ว โดยเชื่อว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเผชิญปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หรือไม่ได้รับเลย และสามารถมีพฤติกรรมด้านอนามัยไปในทิศทางที่ต้องการได้ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528 และ Thoits, P.A., 1982) ในประเทศไทยได้มีผู้นำแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มณฑนา เจริญกุล (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เสาวภา วิจิตวาทิ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียขา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในภาวะต่าง ๆ และกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มของมารดา ดังนี้ อุดมวรรณ ภาระเวช (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากมารดาช่วยร่นกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาช่วยร่น พบว่า การสนับสนุนจากมารดาของมารดาช่วยร่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาช่วยร่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ชนิษฐา ไตรรัตน์ากุล (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรในระยะตั้งครรภ์ของหญิงครรภ์แรก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นันทา เลี้ยววิริยะกิจ (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิไลลักษณ์ จันทรวง (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน



ทางสังคมของคู่สมรสกับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์ พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสกับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อัจฉรียา ปทุมวัน (2534) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เกตุแก้ว จินดาโรจน์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ กับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมซึ่งได้รับจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวนี้นพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรลักษณะต่าง ๆ ที่นำมาศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสิ้น จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอนามัย ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของมนุษย์ดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงคิดว่า การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุน น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เช่นกัน

ดังที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นโดยเฉพาะกับผู้ป่วยเด็ก จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด บุคคลที่สำคัญยิ่งสำหรับบุตรคือบิดามารดาที่จะต้องทำหน้าที่ในการแสวงหาวิธีการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย หากบิดามารดาเหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านประเพณี ด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือทรัพยากร จากบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่เป็นญาติพี่น้อง และเป็นคนที่คุ้นเคยใกล้ชิดอย่างเพียงพอเหมาะสมแล้ว จะส่งผลให้บิดามารดามีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในการบำบัดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้อย่างที่คาดหวัง ทำให้การเจ็บป่วยหายเป็นปกติได้เร็วขึ้น ป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้.