บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Infections in Children: ARIC) หรือกลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม นับเป็นปัญหาสาธารณสุขปัญหาหนึ่งทั้งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอัตราป่วยและอัตราตายสูงสุด โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (WHO, 1998) สำหรับในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและมารับการรักษายังแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปถึงร้อยละ 25-42 ของจำนวนเด็กที่มารับการตรวจรักษาทั้งหมด และพบว่าโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งในแต่ละประเทศยังพบว่า อัตราการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชนบทจะสูงกว่าในเมือง โดยพบอัตราการเกิดโรคดังกล่าวในชนบท 5-8 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่ในเมืองพบ 3-5 ครั้งต่อคนต่อปี (WHO, 1994) ส่วนโรคที่รุนแรงและเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มโรคดังกล่าวคือโรคปอดบวม (WHO, 1998) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าในแต่ละปีจะมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจถึง 4 ล้านคน โดยร้อยละ 70–75 ของจำนวนเด็กที่เสียชีวิตจะมีสาเหตุการตายจากโรคปอดบวม จากสถิติพบว่าทั้งอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาจะสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 2-3 เท่า (WHO, 1997) กล่าวคือ อัตราป่วยจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบร้อยละ 7-18 ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบเพียงร้อยละ 3-4 (WHO, 1994) และจากรายงานในปี พ.ศ. 2533 ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราตายจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 34 และร้อยละ 73.5 มีสาเหตุการตายจากโรคปอดบวม (WHO, 1990) นอกจากนี้รายงานในปี พ.ศ. 2538 ยังชี้ให้เห็นว่าโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาเพราะเป็นสาเหตุการตายในเด็ก

อายุต่ำกว่า 5 ปีถึงร้อยละ13 (WHO, 1997) และยังมีการคาดการณ์จากองค์การอนามัยโลกว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอีกประมาณ 5 ล้านคน โดยร้อยละ 97 ของจำนวนเด็กจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 1998)

ถ้าพิจารณาผลกระทบของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่สำคัญ คือ ด้านเศรษฐกิจ พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจะต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปประมาณร้อยละ 30–40 และอาจต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลอีกประมาณร้อยละ 10 (WHO, 1990-1992) ส่งผลให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในแต่ละปี ทั้งในด้านการให้การพยาบาล ด้านยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งอุปกรณ์ในการรักษาต่างๆ (WHO, 1994) จากรายงานผลการศึกษาในประเทศอเมริกาในปี พ.ศ. 2537 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม มีสถิติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 90,000 ครั้งต่อปี เมื่อคิดคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว มีมูลค่าเท่ากับ 5,900 เหรียญสหรัฐต่อครั้งต่อคน (Meissner, 1994) นอกจากนี้อาจเกิดผลกระทบ โดยตรงต่อภาวะสุขภาพเด็ก โดยเฉพาะถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติของระบบหายใจและระบบอื่น เช่น โรคไซนัสอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมโป่งพอง โรคสมองพิการ และภาวะทุพโภชนาการเป็นต้น ซึ่งภาวะดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กทั้งร่างกาย จิตใจ อันสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก (UNICEF, 1993)

สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราป่วยและอัตราตายของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังนับว่าสูงมาก จากสถิติของโรงพยาบาลต่างๆในปี พ.ศ. 2533 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 40–60 และเข้าพักรักษาที่แผนกผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 10–25 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด (กองวัณโรค, 2533-2535) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าเด็กแต่ละคนมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคหวัด ปีละประมาณ 5–8 ครั้ง และในเด็กกลุ่มนี้พบว่ามีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคปอดบวมได้ ร้อยละ 2-3 และในกรณีที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง อาจเสียชีวิตจากโรคปอดบวมได้ถึงร้อยละ 10–20 (กองวัณโรค, 2536) ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี พ.ศ. 2538 พบร้อยละ 5 หรือประมาณ 250,000 คน และพบอัตราตายจากโรคปอดบวมในกลุ่มดังกล่าวเท่ากับ 9.58, 9.57 และ 9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2538 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราตายค่อนข้างคงที่ยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงมากนัก

และที่สำคัญอัตราป่วยตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในชนบทจะสูงกว่าในเมืองประมาณ 2 เท่า กล่าวคือพบอัตราป่วยตายในเมืองร้อยละ 5 ส่วนในชนบทพบร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบปัญหาการดื้อยาในเด็ก โดยเป็นผลกระทบจากการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคหวัดที่เกิดจากเชื้อไวรัสสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งถือเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (กองวัณโรค, 2540)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ทำให้โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายในและภายนอกตัวเด็ก ปัจจัยภายในตัวเด็กประกอบด้วย อายุ น้ำหนักแรกเกิด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ภาวะโภชนาการ รวมทั้งความพิการแต่กำเนิดของเด็ก ในด้านอายุจะมีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันในเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่อายุน้อยพบว่าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ จึงส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อของระบบหายใจได้ง่าย และมักมีอาการรุนแรง (สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540) ส่วนน้ำหนักแรกเกิดของเด็กที่น้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทุพโภชนาการหรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เช่นกัน (Hart, 1982; WHO,1994) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2541 พบว่าร้อยละ 50 ของจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิตจากโรคปอดบวม จะมีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วยเสมอ (WHO, 1998) อีกทั้งยังมีรายงานว่าภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ระดับ 2 เด็กกลุ่มอายุ 2-6 เดือน และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิตจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ประมวญ สุนากรและคณะ, 2534) ส่วนปัจจัยภายนอกตัวเด็กที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ การสัมผัสควันบุหรี่ ควันไฟ การสัมผัสอากาศหนาวเย็น การไม่ได้รับนมแม่ และการไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามวัย เป็นต้น โดยเฉพาะควันบุหรี่ มีรายงานการศึกษาในประเทศอเมริกาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอัตราป่วยและอัตราตายของโรคระบบหายใจในเด็กอเมริกันสูง โดยเฉพาะอัตราป่วยจากโรคปอดบวม ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กมากกว่า 4,500 คนต่อปี (Aligne and Stoddard, 1997) นอกจากนี้การที่เด็กไม่ได้รับนมแม่ซึ่งมีความต้านทานโรคโดยธรรมชาติ และไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามอายุ ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก และก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคได้เช่นกัน (กานดา วัฒโนภาส และคณะ, 2532; ประมวญ สุนากร และคณะ, 2534) ดังนั้นการควบคุมหรือป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมความต้านทานโรค

ให้กับร่างกายเด็ก ตลอดจนการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะส่งเสริมให้เด็กเกิดโรคได้ง่ายและมีอาการรุนแรง

จากปัญหาและผลกระทบจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่กล่าวมา องค์การอนามัยโลกและกลุ่มประเทศต่างๆทั่วโลกได้รวมกลุ่มกันทำงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรครวมทั้งลดผลกระทบจากโรคดังกล่าวขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2519 (WHO, 1994) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลดอัตราป่วยและอัตราตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมสำหรับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้มีการบริบาลโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่มีประสิทธิภาพ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยกำหนดให้มีการใช้การบริบาลมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (Standard Case Management of ARI) ซึ่งมีเป้าหมายในปี ค.ศ. 2000 ให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศกำลังพัฒนาอย่างน้อย 6 ใน 10 คนที่ป่วยด้วยโรคปอดบวมได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคอย่างถูกต้อง (UNICEF,1993) กลวิธีสำคัญคือ การเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับท้องถิ่น โดยการให้ความรู้และฝึกอบรม เพื่อให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ตลอดจนให้การรักษาโรคปอดบวมชนิดไม่รุนแรงได้ และกำหนดให้มีมาตรฐานการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคอย่างถูกต้อง (WHO, 1994) กล่าวคือ ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดบวมทุกราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องการดื้อยาซึ่งเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัด รวมทั้งป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาโรคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งกลวิธีดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (กองวัณโรค, 2539; วันดี วราวิทย์, 2540; UNICEF,1993) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้เสนอแนะถึงวิธีการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กซึ่งนับว่าเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะทำให้เกิดโรคในเด็ก ได้แก่ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ ควันบุหรี่ ควันไฟ และอากาศหนาวเย็น รวมทั้งการเพิ่มความต้านทานโรคแก่ร่างกายเด็ก นั่นคือการให้เด็กได้รับนมแม่อย่างน้อย 3 เดือน ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ รวมทั้งได้มีการออกกำลังกายและได้รับภูมิคุ้มกันโรคที่เหมาะสมตามอายุ (UNICEF, 1993) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้มุ่งเน้นการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆอย่างกว้างขวาง เพื่อให้ทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (WHO, 1994)

ในระยะต่อมาได้มีการผสานความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับองค์การยูนิเซฟ รวมทั้งประเทศต่างๆทั่วโลกในการแก้ไขปัญหาของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (WHO, 1998) โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภาคพื้นแปซิฟิคตะวันตก รวมเกือบ 20 ประเทศและประเทศต่างๆทั่วโลกที่ประสบกับปัญหา และผลกระทบจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ได้มีการขานรับนโยบายและมีการนำเอากลยุทธขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ในแต่ละประเทศ (WHO, 1993) ซึ่งผลของการดำเนินงานภายหลังการร่วมมือระหว่างองค์กรและประเทศนั้นสามารถประเมินได้จากรายงานผลการดำเนินงานภายหลังการใช้การบริบาลมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของประเทศกำลังพัฒนา 7 ประเทศ พบว่า สามารถลดอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจลงมากกว่าร้อยละ 62 (WHO, 1994) สำหรับประเทศไทยซึ่งได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากโรคติดเชื้อระบบหายใจในเด็ก ได้เป็นหนึ่งในหลายประเทศที่นำกลยุทธขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 และดำเนินการสู่ภูมิภาคอย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ซึ่งกลวิธีในการดำเนินงานมุ่งเน้นให้บริการสาธารณสุขทุกระดับใช้การบริบาลมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และเน้นการสุขศึกษาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค รวมถึงแนวทางสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอย่างถูกต้อง ร่วมกับการส่งเสริมให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กและก่อให้เกิดพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กอย่างเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2533) โดยมีเป้าหมายของการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) คือ ลดอัตราตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ให้เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน (กองวัณโรค, 2539)

จากการประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของประเทศไทยนับตั้งแต่ พ.ศ. 2533 จนถึง พ.ศ. 2538 พบว่าสามารถลดอัตราตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จาก 15 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 9 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2538 และลดอัตราป่วยตายลงจากร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 2.6 ในปี พ.ศ. 2538 รวมทั้งลดอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคหวัดลงจากร้อยละ 60 เหลือร้อยละ 34 และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับสามารถให้การบริบาลมาตรฐานครอบคลุมทุกพื้นที่ (กองวัณโรค, 2540) จะเห็นได้ว่าผลของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กส่วนหนึ่ง

อาจมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ของรัฐ กล่าวคือ มีรายงานจากการสำรวจพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวินิจฉัยโรคปอดบวมในเด็กได้ถึงร้อยละ 42 สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ถูกต้องร้อยละ 97.5 ส่วนในด้านการให้การรักษานั้นพบการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่ปอดบวมร้อยละ 33.9 แต่ที่น่าสังเกตก็คือการให้คำแนะนำในการป้องกันโรค และการดูแลเด็กเมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น (กองวัณโรค, 2540) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมายและนำไปสู่ผลสำเร็จของการชักจูงให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กได้ ทั้งๆที่พบว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อมีความเชื่อเป็นตัวกำหนด และการให้ความรู้หรือคำแนะนำ จะมีผลโดยตรงต่อความเชื่อและการปฏิบัติของบุคคล (King, 1984) โดยเฉพาะมีรายงานการศึกษาพบว่า มารดาที่มีระดับของความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่แตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรแตกต่างกัน กล่าวคือ มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กมากและมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติในการดูแลบุตรอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้อุปสรรคของการดูแลบุตรอยู่ในระดับต่ำ จะมีการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มีความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในระดับที่น้อยกว่า (ทรงพล ต่อนีและประทิน จาดตาล, 2538) จากรายงานการศึกษาที่ปรากฏแสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจยังไม่ครอบคลุมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของกลุ่มผู้ดูแลเด็ก ดังจะเห็นได้จากในบางพื้นที่ยังคงพบอัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือจากสถิติในปี พ.ศ. 2538 พบอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจากโรคปอดบวมถึง 20.46 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของประเทศถึงสองเท่า (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2540)

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานควบคุมและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กนั้นเริ่มสามารถควบคุมการเกิดโรคได้ระดับหนึ่ง ถึงแม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในบางพื้นที่ อาจเป็นไปได้ว่าการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิที่ปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐนั้นอาจไม่พอเพียงที่จะลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคปอดบวมได้หรือยังไม่มีประสิทธิภาพดีพอ และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิร่วมด้วยโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กในด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

ระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งสามารถลดผลกระทบและความรุนแรงของโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539) เพราะเป็นการปฏิบัติโดยตรงเพื่อที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Pender, 1996) ฉะนั้นเพื่อประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคจึงมีความจำเป็นที่จะพิจารณาทบทวนทำความเข้าใจพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมดังกล่าวได้มีหลายแนวคิดหลายทฤษฎี ที่พยายามอธิบายถึงองค์ประกอบและที่มาของพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นหนึ่งในหลายแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ และมีการพัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตสังคมของเคริท เลวิน ซึ่งระบุไว้ชัดเจนว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา (Becker,1974 อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539) จึงเป็นแนวคิดที่นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคระดับบุคคล โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่จากผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่ผ่านมาพบว่า อัตราตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปียังสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ลดอัตราตายจากโรคปอดบวมให้น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน (กองวัณโรค, 2540) ทั้งนี้โดยในปี พ.ศ. 2539 พบอัตราป่วย 2634.92 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 19.18 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2540 พบอัตราป่วย 3292.22 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 10.56 ต่อประชากรแสนคน โดยพบอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูงที่สุดที่อำเภอแม่ริม คือ มีอัตราป่วย 604.04 ต่อประชากรแสนคนและอัตราตาย 5.76 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2540) ถึงแม้ว่าอัตราตายที่พบในอำเภอแม่ริมจะต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ แต่ก็นับว่าเป็นอัตราที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจากโรคปอดบวมในพื้นที่ใกล้เคียง โดยเฉพาะอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของอำเภอออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบอัตราตายสูงรองจากอำเภอแม่ริม โดยพบเพียง 1.92 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งตามหลักและแนวคิดทางวิชาการด้านการป้องกันโรคที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่า โรคนี้อาจสามารถป้องกันได้ถ้ามารดาหรือผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรค

ติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (1974) มาอธิบายการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าว เพื่อจะได้ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กและส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่แท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

คำถามการศึกษา

มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีและเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 17-31 ก.ค. 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก หมายถึงโรคหวัดและปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก หมายถึง การปฏิบัติของมารดาในการป้องกันการเกิดโรค ประกอบด้วยการกระทำใน 2 ลักษณะคือ

1. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ ควันบุหรี่ ควันไฟ และอากาศหนาวเย็น

2. การเพิ่มความต้านทานโรคแก่ร่างกายเด็ก โดยให้เด็กได้รับนมแม่อย่างน้อย 3 เดือน ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามอายุ และได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่เหมาะสมตามวัยตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

มารดา หมายถึงมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี และเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของเบคเกอร์ (1974) หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของมารดาเกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก คือโรคหวัดและปอดบวม ในด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันโรค และอุปสรรคในการป้องกันโรค