

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้่งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวคิดในการศึกษาดังนี้

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

กลวิธีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

พฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

1. ความหมาย

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (Acute Respiratory Infections: ARI) หรือกลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม หมายถึงการติดเชื้อของระบบหายใจตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงถุงลมปอด และมีอาการไม่เกิน 4 สัปดาห์ (WHO, 1994) ซึ่งโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

1.1 Acute upper respiratory infections (AURI) หมายถึงโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนต้น ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจตั้งแต่ช่องจมูก คอ และหู โดยโรคที่พบได้บ่อยคือ โรคหวัด (common cold) คออักเสบ (pharyngitis) ช่องหูชั้นกลางอักเสบ (otitis media) และต่อมทอนซิลอักเสบ (tonsillitis)

1.2 Acute lower respiratory infections (ALRI) หมายถึงโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่าง ได้แก่ การติดเชื้อของระบบหายใจตั้งแต่ส่วนบนของหลอดคอไปจนถึงถุงลมในปอด โดยโรคที่พบบ่อยคือหลอดลมอักเสบ (bronchitis) และปอดบวม (pneumonia) (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540; WHO, 1994)

เนื่องจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่พบอุบัติการณ์ของโรคในเด็ก โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูง รวมทั้งทำให้เกิดความรุนแรงของโรคในเด็กจนเป็นสาเหตุทำให้เด็กเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัดและปอดบวม (WHO, 1994) จึงเป็นประเด็นหลักของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งสาระสำคัญของโรคเป็นดังนี้

2. โรคหัด

เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่พบบ่อยในเด็ก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อจมูกและคอ เป็นโรคที่ไม่รุนแรง และสามารถหายเองถ้าให้การดูแลอย่างถูกต้อง แต่ในกรณีที่เด็กป่วยและไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนและเป็นอันตรายได้ (กองควบคุมโรคติดต่อ, 2537) โดยจากรายงานพบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจะเป็นหวัดบ่อยแทบทุกเดือนเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กยังไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กได้ง่าย และอาจทำให้มีอาการรุนแรง (สุกรี สุวรรณธุละ, 2540; Hart, 1982) ซึ่งจะพบว่าเด็กที่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจอาจมีการติดเชื้อลุกลามไปยังอวัยวะส่วนปลายของระบบหายใจที่อยู่ใกล้เคียง และทำให้เกิดอาการของโรคแทรกซ้อนได้ (ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, 2540)

2.1 สาเหตุ โรคหัดมีสาเหตุจากเชื้อไวรัส โดยพบเชื้อไวรัสมากกว่า 200 ชนิด ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค โดยเชื้อไวรัสที่พบมากที่สุดได้แก่เชื้อไรโนไวรัส (Rhinovirus) (National Institute of Allergy and Infectious Diseases: NIAID, 1999) ซึ่งเชื้อไวรัสเหล่านี้จะเข้าสู่ร่างกายเด็ก และทำการแบ่งตัวยังบริเวณเยื่อจมูกของทางเดินหายใจจนทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อทางเดินหายใจส่วนบนได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2532; KidsHealth.org, 1999)

2.2 การติดต่อ จะติดต่อทางระบบทางเดินหายใจโดยเด็กจะได้รับเชื้อหวัดจากการสูดหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อโรคซึ่งฟุ้งกระจายอยู่จากการไอหรือจามของผู้ป่วยโรคระบบหายใจเข้าไปสู่ร่างกาย รวมทั้งถ้าเด็กมีการคลุกคลีหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจแล้วเชื้อโรคก็อาจแพร่กระจายโดยผ่านมือของผู้ป่วยไปสู่เด็กและเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจเด็กในที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; NIAID, 1999)

2.3 อาการและภาวะแทรกซ้อน เมื่อรับเชื้อเข้าไป 1-4 วันจะเริ่มเกิดอาการคัดจมูก จาม หรือมีไข้ต่ำๆ ต่อมาจะมีน้ำมูกใสไหลมาก อาจมีอาการเจ็บคอเล็กน้อยหรือมีอาการไอจากการอักเสบของหลอดคอตามมา ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นมากในช่วง 1-2 วันแรก และจะค่อยๆ ดีขึ้นในวันต่อมา (KidsHealth.org, 1999) อาการต่างๆ จะหายไปภายใน 1 สัปดาห์ แต่ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีน้ำมูกไหลและไอนานได้ถึง 2 สัปดาห์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, 2540; NIAID, 1999) รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

แบบที่เรื้อรังเพิ่มเติมไปยังอวัยวะของระบบหายใจที่ใกล้เคียงได้ เช่น หูชั้นกลางอักเสบ หรือไซนัสอักเสบ (NIAID, 1999) โดยเฉพาะหูชั้นกลางอักเสบซึ่งพบได้บ่อยในเด็กเล็ก ถึงร้อยละ 25 รวมทั้งอาจมีพยาธิสภาพของการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคปอดบวมซึ่งพบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการรุนแรงและอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; โยเซฟ ชื่อเพียรธรรม, 2540)

2.4 การดูแลรักษา การดูแลรักษาโรคหวัดมุ่งเน้นให้มีการรักษาโรคตามอาการ (WHO, 1994) โดยบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กสามารถให้การดูแลรักษาที่บ้านได้ แต่ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเช่น หายใจเร็ว หายใจหอบ หดสติ หรือชัก คือนำเด็กไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; NIAID, 1999) โดยสรุปการดูแลรักษามีดังนี้

การดูแลโดยทั่วไป ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามปกติ รวมทั้งมีการกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำมากๆ โดยเฉพาะน้ำอุ่น กรณีเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 4 เดือนหรือเด็กที่ยังกินนมแม่อยู่ก็ให้เด็กดื่มนมแม่บ่อยๆและมีการพักผ่อนอย่างพอเพียง

การรักษาตามอาการ กรณีที่เด็กมีไข้ให้ทำการลดไข้แก่เด็ก ส่วนในรายที่มีอาการไอมากอาจป้ายลิ้นด้วยน้ำผึ้งผสมมะนาว ให้เด็กรับประทานยาแก้ไอขับเสมหะ หรือยาแก้ไอเด็กเล็ก ไม่ควรให้เด็กรับประทานยาปฏิชีวนะหรือยาลดน้ำมูกเอง

การเฝ้าดูอาการ ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้เกิดขึ้นในเด็ก ได้แก่ ไข้สูงเกิน 3 วันหรือเด็กไม่ยอมกินนมหรือน้ำ มีอาการหายใจลำบาก เช่น หายใจเร็วกว่าปกติ หายใจจนชายโครงบวม หายใจเสียงดังฮืดขณะหายใจเข้า หรือส่งเสียงหวีดขณะหายใจออก คือนำเด็กส่งพบเจ้าหน้าที่หรือพบแพทย์ทันที เพราะลักษณะดังกล่าวบ่งบอกถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดบวม (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, 2540)

3. โรคปอดบวม

เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างชนิดรุนแรงที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบด้วยส่วนของหลอดลมฝอยส่วนปลายและอัลวีโอไล อาการของโรคมักจะเกิดขึ้นภายหลังจากมีการติดเชื้อของระบบหายใจส่วนบน ได้แก่ การติดเชื้อในช่องจมูกและคอ (KidsHealth.org, 1999) รวมทั้งมีรายงานจากผลการศึกษาพบว่าอัตราป่วยของโรคปอดบวมในเด็กจะสูงกว่าในผู้ใหญ่ โดยพบประมาณร้อยละ 10 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โรคนี้จัดว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุดของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก และเป็นสาเหตุสูงสุดที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540)

3.1 สาเหตุ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย จากการศึกษามากจากต่างประเทศพบว่า โรคปอดบวมในเด็กส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส RSV (respiratory syncytial virus) ที่เป็นสาเหตุสำคัญและพบบ่อยที่สุด ในขณะที่ประมาณร้อยละ 10-30 เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และพบว่าโรคดังกล่าวมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายมากในฤดูหนาว (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; Bernstein and Shelov, 1996)

3.2 การติดต่อ จะติดต่อทางระบบหายใจ ซึ่งเชื้อจะเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจเด็ก โดยการหายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายอยู่ในอากาศเข้าไปโดยตรงจากการไอ จาม รดกันของผู้ป่วย โรคระบบหายใจ หรือการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหัด หรือโรคระบบทางเดินหายใจ (กองวัณโรค, 2540)

3.3 อาการและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะเริ่มจากมีอาการของโรคหัดก่อน ประมาณ 2-3 วัน ต่อมาจะมีไข้สูง ไอมาก หายใจเร็ว หายใจหอบ หรือหายใจลำบาก ซึ่งถ้าเป็นมาก จะหายใจแรงจนบริเวณชายโครงนูน และจะเห็นได้ชัดโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ซึ่งจะเห็นชายโครงนูนมาก ถ้ามีอาการป่วยอย่างรุนแรงเด็กจะมีอาการซึมลง ไม่กินนมกินน้ำ หรืออาจมีอาการชักได้ บางรายอาจมีเสียงหายใจที่ผิดปกติ มีหายใจเสียงดัง พบว่าปาก เล็บมือ เล็บเท้าเขียว และมีอาการกระสับกระส่าย แต่ถ้าเกิดอาการในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน อาจสังเกตอาการได้ไม่ชัดเจน ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการไอ แต่จะมีอาการซึมลง กินนม หรือน้ำน้อยลงมากเป็นต้น ซึ่งถ้าพบมีอาการดังกล่าวมาต้องนำเด็กไปพบแพทย์ทันที (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; Brewis, 1983)

3.4 การดูแลรักษา

การดูแลโดยทั่วไป เป็นการดูแลเด็กให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ โดยการแนะนำให้เด็กดื่มน้ำมากๆหรือดื่มนมบ่อยๆ กรณีที่เด็กมีอาการหายใจเร็ว หอบ หรือมีไข้สูง ควรให้สารน้ำทดแทนโดยการกินหรือการให้ทางหลอดเลือดดำ โดยการดูแลอย่างถูกต้องของเจ้าหน้าที่ ส่วนการให้อาหารควรให้รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง รวมถึงการกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำหรือนมมากๆ เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะหรือน้ำมูกที่อุดกั้นทางเดินหายใจ และให้เสมหะอ่อนตัวขับออกง่าย รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับคนไข้ ควันไฟ ซึ่งจะทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อเมือกทางเดินหายใจและทำให้ร่างกายมีการขับมูกออกในทางเดินหายใจมากกว่าปกติ (สุกรี สุวรรณจุฑา, 2540; Brewis, 1983)

การรักษาตามอาการ กรณีที่มีไข้พิจารณาให้ยาลดไข้แก่เด็ก ส่วนกรณีมีอาการไอก็ให้ใช้ยาแก้ไอร่วมกับกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำบ่อยๆ รวมถึงในรายที่เป็นปอดบวมชนิดไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้กินยาปฏิชีวนะ 5-7 วัน (WHO, 1994)

และมีการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่ถ้าพบว่าเด็กมีอาการรุนแรงและหนักขึ้นให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ส่วนในรายที่เป็นปอดบวมรุนแรง ปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ภาวะปวยหนัก จะต้องนำไปรักษาตัวยังโรงพยาบาลเพราะต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด หรืออาจต้องใช้ออกซิเจนช่วยในการหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; Bernstein and Shelov, 1996)

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าโรคหัดและปอดบวมพบได้บ่อยในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคนั้น สำหรับโรคหัดการป้องกันโรคที่ดีที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เด็กเกิดโรค โดยเฉพาะการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหัด หรือโรคระบบหายใจอื่นๆ ที่จะทำให้เชื้อโรคเกิดการแพร่กระจายและทำให้เกิดโรคในเด็กได้ รวมทั้งการเพิ่มความต้านทานโรคแก่ร่างกายเด็ก ที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันในเด็กที่ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อโรคได้ง่าย ส่วนโรคปอดบวมอาจเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการเป็นโรคหัด ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหัดจึงเปรียบเสมือนการป้องกันการเกิดโรคปอดบวมในเด็ก และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่มีผลกระทบต่อร่างกายเด็กตามมา (ธีรชัย ฉันทโรจนศิริ, 2540; NIAID, 1999)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

เนื่องจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กเป็นโรคที่พบบ่อย และมีอาการรุนแรงในเด็ก รวมทั้งเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราตายจากโรคสูงสุด ซึ่งพบว่าเนื่องมาจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายในตัวเด็ก และปัจจัยภายนอกตัวเด็ก

1. ปัจจัยภายในตัวเด็ก

ที่สำคัญจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีววิทยาและสรีรวิทยา ได้แก่ อายุ น้ำหนักแรกเกิด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และความพิการแต่กำเนิด ที่พบว่าทำให้เด็กเกิดโรคและมีอาการรุนแรง ดังมีรายละเอียดคือ

1.1 อายุ เนื่องจากระบบโครงสร้างของร่างกาย รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กยังมีการเจริญเติบโตและพัฒนาไม่เพียงพอ จึงทำให้กลไกในการทำงานของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันโรคไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะกลไกในการจับภูมิกายในเยื่อทางเดินหายใจเด็กที่อายุน้อยพบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค เมื่อมีการติดเชื้อของระบบหายใจก็จะทำให้เกิดการตั้งค้างของเสมหะจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบ และอุดตัน

ของระบบหายใจได้ง่าย (สุกรี สุวรรณจุฑา, 2540) โดยจากรายงานผลการศึกษาของหลายประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กต่ำกว่า 5 ปี พบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ได้แก่ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีที่พบอัตราการเกิดโรคสูงสุด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 2 เดือนที่พบว่าถ้ามีอาการติดเชื้อจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กแล้วจะมีอาการรุนแรงมากที่สุด และเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้เกือบทุกรายงานการศึกษา (กานดา วัฒนภัส และคณะ, 2532; WHO, 1994)

1.2 น้ำหนักแรกเกิด โดยพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม (WHO, 1994) ซึ่งจากรายงานขององค์การยูนิเซฟพบว่าในแต่ละปีจะมีเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมมากกว่า 24 ล้านคน และร้อยละ 95 ของเด็กกลุ่มนี้จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (UNICEF, 1998) และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2539 พบว่าอัตราตายในเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมจะสูงกว่าในเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติถึง 5 เท่า (WHO, 1998) เนื่องจากกลไกของระบบภูมิคุ้มกันต้านโรคในเด็กที่ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคต่ำ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง โดยเฉพาะการติดเชื้อของระบบหายใจซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตได้มากที่สุด โดยมีรายงานการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2534 จากสถิติของโรงพยาบาลเด็ก ที่พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคปอดบวมสูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติถึง 1.97 เท่า (ประมวญ สุนากร และคณะ, 2534) รวมทั้งพบว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจะมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานกว่าในเด็กปกติ (กานดา วัฒนภัส และคณะ, 2532)

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเด็ก ได้แก่กลไกในการป้องกันโรคของผิวหนังและเยื่อเมือกของอวัยวะต่างๆ เช่น เยื่อของทางเดินหายใจ และเยื่อทางเดินอาหารเป็นต้น ซึ่งจะมีปฏิกิริยาในการจับมูก หรือกลไกในการต่อต้านเชื้อโรคในรูปแบบต่างๆ ที่จะป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเด็ก รวมทั้งกลไกในการป้องกันโรคของร่างกายเด็กโดยเซลล์เม็ดเลือดขาว และการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) ในเด็กที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันชนิดไอจีเอ (IgA) ที่จำเป็นต่อกลไกในการต่อต้านการติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กที่พบในปริมาณที่น้อยมากเมื่อเทียบกับในผู้ใหญ่ ตลอดจนภูมิคุ้มกันที่ได้รับจากแม่ผ่านทางรกนั้น จะก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคในเด็กในระยะแรกเกิด

ถึงประมาณ 6-9 เดือนเท่านั้น โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันต่อโรกระบบหายใจและโรกระบบทางเดินอาหาร (Lowrey, 1978) โดยปริมาณของระดับภูมิคุ้มกันจะเริ่มลดลงเมื่อทารกอายุได้ 3-4 เดือน จึงทำให้ทารกมีโอกาสเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหารได้ง่าย และมีอาการรุนแรง (Hart, 1982) และระดับภูมิคุ้มกันในเด็กบางชนิด โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันชนิดไอจีเอ (IgA) และไอจีเอ็ม (IgM) จะเริ่มมีระดับเท่ากับในผู้ใหญ่เมื่อเด็กอายุได้ประมาณ 1-2 ปี ขึ้นไป และพบว่าระดับของภูมิคุ้มกันโรคในเด็กนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ประวัติการเจ็บป่วยหรือการเคยได้รับเชื้อ โรคของร่างกาย ตลอดจนปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างของระดับภูมิคุ้มกันในเด็กแต่ละคน (สุทธิพันธ์ สารสมบัติ, 2537; Lowrey, 1978)

1.4 ภาวะโภชนาการ เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก โดยพบว่าเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการ จะส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งพบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และมีอาการรุนแรงในเด็กโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (UNICEF, 1998) ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 55 หรือประมาณ 6 ล้านคนที่มีสาเหตุการตายจากภาวะทุพโภชนาการ (WHO, 1995) จากรายงานผลการศึกษาของหลายประเทศที่พบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (กานดา วัฒนภาส และคณะ, 2532) รวมทั้งจากการศึกษาของ อัจฉรา ธีรรัตน์กุล (2534) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กด้วยโรคปอดอักเสบ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527-2534 เป็นการศึกษาแบบ Case-control study โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและไม่มีประวัติการติดเชื้อ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาในโรงพยาบาลอื่นมาก่อน เป็นจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตรวม 200 ราย และคัดเลือกผู้ป่วยที่รอดชีวิตโดยการสุ่มจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเวลาใกล้เคียงกันรวมทั้งสิ้น 600 ราย พบว่าเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าเด็กปกติถึง 2.18 เท่า และมีผลการศึกษามากมายที่พบว่า อัตราการติดเชื้อของโรกระบบหายใจในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการไม่เพิ่มขึ้น แต่เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อป่วยด้วยโรกระบบหายใจที่มีความรุนแรงของโรคมามาก และทำให้มีอัตราการตายจากโรคสูงกว่าในเด็กปกติ เนื่องจากเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีระดับของไอจีเอ (IgA) ในน้ำมูกและระดับคอมพลีเมนต์ในซีรัมต่ำ ทำให้ภูมิคุ้มกันชนิดฟั้งเซลล์ (cell-mediated immunity) ถูกกดและการทำหน้าที่ของเซลล์เม็ดเลือดขาว

ในการป้องกันโรคลดลงทำให้เด็กกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

1.5 ความพิการแต่กำเนิด พบว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กปัจจัยหนึ่ง (กองวัดโรค, 2539; สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540) ทั้งนี้จากความเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก โดยพบว่าเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระบบโครงสร้างของร่างกายเด็กมีความพิการหรือผิดปกติ ทำให้ระบบความต้านทานโรคของร่างกายเด็กไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถต้านทานต่อการเกิดโรคได้ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคในเด็ก โดยเฉพาะการติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กที่พบสูงสุด (ประมวญ ฤ-นากร และคณะ, 2534) และจากการศึกษาของ อัจฉรา ธีรรัตน์กุล (2534) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากโรคปอดบวมที่พบว่าในเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหัวใจ หรือเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีถึงร้อยละ 31.5 หรือเท่ากับ 6.2 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กปกติ

2. ปัจจัยภายนอกตัวเด็ก

ปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ส่งเสริมให้เด็กเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจได้ง่าย คือ การให้เด็กสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ ควันนุหรี ควันไฟ อากาศหนาวเย็น การไม่ได้รับนมแม่ และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ดังมีรายละเอียดคือ

2.1 การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหวัด หรือปอดบวม โดยพบว่าทำให้เด็กมีโอกาสที่จะสูดหายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายอยู่ในอากาศจากการไอ จาม และการสัมผัสกับน้ำมูกน้ำตา และเสมหะของผู้ป่วยเข้าสู่ร่างกายเด็กได้ง่าย (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; NIAID, 1999) ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายเด็กจะมีระบบภูมิคุ้มกันและกลไกในการต่อต้านการติดเชื้อโดยธรรมชาติ (Hart, 1982) แต่จากที่กล่าวมาพบว่าระบบดังกล่าวในเด็กยังไม่สมบูรณ์ เมื่อมีการสัมผัสกับเชื้อโรคจึงทำให้เด็กสามารถเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและมีอาการรุนแรง (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540) ดังเช่นการศึกษาของกานดา วัฒนภัส และคณะ (2532) ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้าน

2.2 การสัมผัสควันนุหรี ควันไฟ โดยควันนุหรี ควันไฟ จะทำให้เกิดการระคายเคืองและทำลายเยื่อทางเดินหายใจเด็ก และจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกายโดยทำให้ทางเดินหายใจเด็กหดเกร็ง และเพิ่มการจับมูกในทางเดินหายใจ ทำให้กลไกในการต้านทาน

การเกิดโรคของระบบหายใจในเด็กมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบหายใจได้ง่าย (Bethea,1998) โดยจากรายงานผลการศึกษพบว่า การสูบบุหรี่ของงคนในบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (กานดา วัฒนภัส และคณะ, 2532) รวมทั้งจากผลการศึกษาของ เอไลน์และสตอคคัตต์ (1997) เกี่ยวกับการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการรักษาเด็กที่มีสาเหตุการป่วยจากครอบครัวที่สูบบุหรี่ในประเทศอเมริกา โดยทำการศึกษาในเด็กแรกเกิด ถึง 18 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ ค.ศ. 1980-1966 ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของบิดาหรือมารดาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอเมริกันเกิดการติดเชื้อของระบบหายใจสูง โดยเฉพาะ โรคหัดและปอดบวม (Aligne and Stoddard, 1997)

2.3 อากาศที่หนาวเย็น หรือการเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็วก็จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กได้ง่าย หากร่างกายมีการปรับตัวไม่ทัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2537) โดยพบว่าอุณหภูมิของร่างกายเด็กที่สูงขึ้นหรือต่ำลงกว่าปกติมากจะทำให้โปรตีนในร่างกายบางส่วนถูกทำลายลง ซึ่งส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้กลไกในการต้านทานโรคไม่สมบูรณ์ และทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค (สุทธิพันธ์ สารสมบัติ, 2537) แต่จากการยืนยันของ National Institute of Allergy and Infectious Disease (NIAID) ก็พบว่าอาการหนาวสั่นของร่างกายเด็กจะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่จะขึ้นกับองค์ประกอบของร่างกายเป็นสำคัญที่จะส่งเสริมให้มีการ ติดเชื้อของระบบหายใจได้ง่ายและมีอาการรุนแรง (NIAID, 1999)

2.4 การได้รับนมแม่ โดยพบว่านมแม่มีสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่มีประโยชน์แก่ร่างกายเด็กครบถ้วน ตลอดจนมีนมแม่มีสารหลายชนิด โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันชนิดอิมมูโนโกลบูลินที่จำเป็นต่อการต้านทานโรคในเด็ก โดยเฉพาะโรคระบบหายใจและโรคระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งการศึกษาในประเทศแถบยุโรปพบว่า ในนมแม่มีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่ระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (Lowrey, 1978) ตลอดจนในหลายรายงานการศึกษาในหลายประเทศที่พบอัตราการเกิดโรคติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ไม่ได้กินนมแม่ที่สูงกว่าในเด็กที่กินนมแม่ (กานดา วัฒนภัส และคณะ, 2532) และจากรายงานขององค์การยูนิเซฟ พบว่า อัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ไม่ได้กินนมแม่จะสูงกว่าอัตราตายในเด็กที่กินนมแม่ถึง 4 เท่า (UNICEF, 1998) และการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่พบว่า การได้รับนมแม่อย่างน้อย 11 เดือน สามารถลดอัตราการเกิดโรคในเด็กได้ (Azizi, Zulkifli and Kasim, 1995)

2.5 การได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยพบว่าการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมีความสำคัญยิ่งในเด็ก โดยเฉพาะในช่วง 3-4 เดือนแรก ซึ่งพบว่าระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากในระยะแรกเกิดทารกจะมีภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับจากมารดา และเมื่อทารกอายุได้ประมาณ 3-4 เดือนระดับภูมิคุ้มกันที่ได้รับมาจะเริ่มลดลง จึงทำให้เด็กทารกมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (สุจิตรา นิมมานนิตย์และประมวญ สุนากร, 2539) ดังนั้นการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กจึงสำคัญมาก เพราะเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันชดเชยเพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัดโดยตรง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัดจากโรคปอดบวมได้ (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2539) ดังมีรายงานการศึกษาพบว่า การที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กได้ง่ายกว่าปกติถึง 2 เท่า (กานดา วัฒนภาส และคณะ, 2532)

จะเห็นได้ว่าการที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก และอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงในเด็กจนเกิดการเสียชีวิตได้นั้น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กที่ยังไม่สมบูรณ์ จึงทำให้ไม่สามารถต้านทานต่อการติดเชื้อโรคได้ ตลอดจนการได้รับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในเด็กได้ง่ายและมีอาการรุนแรง ดังนั้นการที่จะป้องกันและควบคุมการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก จำเป็นต้องเน้นหรือให้ความสำคัญกับการเสริมความต้านทานโรคให้แก่ร่างกายเด็กเพื่อให้แข็งแรงและมีความต้านทานต่อโรค และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะส่งเสริมให้เด็กติดเชื้อโรคได้

กลวิธีการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

จากปัญหาและความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ร่วมกับยังไม่มีควมก้าวหน้าในเรื่องการผลิตวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่มีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลกและกลุ่มประเทศต่างๆทั่วโลก จึงได้รวมกลุ่มกันทำงานเพื่อที่จะป้องกันและลดความรุนแรงจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กเมื่อ พ.ศ. 2519 (WHO, 1994) กลวิธีสำคัญที่นำมาใช้ในการดำเนินงานมีดังนี้

1. การขยายประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการให้การวินิจฉัยและรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก และสามารถให้การรักษาโรคปอดบวมชนิดไม่รุนแรงได้

2. กำหนดให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคอย่างถูกต้อง โดยกำหนดให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปอดบวมแต่แรก เนื่องจากยังไม่มีวิธีใดที่จะแยกโรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรียได้อย่างถูกต้อง

3. ให้การรักษาทั่วไปตามอาการอย่างเหมาะสม รวมทั้งให้คำแนะนำแก่มารดาในการ ดูแลเด็กที่มีอาการป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 1995)

กลวิธีการป้องกันโรค

ส่วนกลวิธีการป้องกันโรคนั้นองค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอแนะให้ปฏิบัติดังนี้ คือ (WHO, 1993)

1. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ได้แก่ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ ควันบุหรี่ ควันไฟ และอากาศหนาวเย็น

2. การเพิ่มความต้านทานโรคแก่ร่างกายเด็ก โดยให้เด็กได้รับนมแม่อย่างน้อย

3 เดือน ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมทั้งได้รับภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานครบตามวัย

โดยมุ่งเน้นการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ อย่างกว้างขวาง เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอย่างเหมาะสม รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านบุคลากร ในด้านการวิจัย เผยแพร่ และฝึกอบรม ตลอดจนสนับสนุนด้านงบประมาณในการช่วยเหลือการดำเนินงานในด้านต่างๆ เพื่อให้มีการปรับใช้ในแต่ละพื้นที่ และมีการพัฒนาสู่ระดับชุมชนในที่สุด (UNICEF, 1993)

กลวิธีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยซึ่งได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่เกิดขึ้น และได้เป็นหนึ่งในหลายประเทศที่มีการชานรับนโยบายขององค์การอนามัยโลก โดยใน พ.ศ. 2523 กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการสัมมนาในระดับชาติ ครั้งที่ 1 เพื่อพิจารณาปัญหาและแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของประเทศไทยขึ้น เนื่องจากยังไม่มีกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสม ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 กองวัดโรคจึงได้รับแต่งตั้งให้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายของโรคปอดบวม โดยที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาตั้งแต่ระยะแรกโดยเร็ว โดยเฉพาะที่ระดับ

สถานีนอนามัย แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ซึ่งเป็นสถานบริการที่สัมผัสกับผู้ป่วยเป็นแห่งแรก จึงต้องมีแนวทางในการบริหารโรคที่เหมาะสมตลอดจนได้รับการสนับสนุนเป็นพิเศษ ดังนั้นกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของประเทศไทยซึ่งประยุกต์เอากลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ดังนี้ (กองวัณโรค, 2540)

1. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ให้การบริหารมาตรฐานสำหรับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (Standard Case Management of ARI) ทั้งในระดับสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลระดับต่างๆของรัฐ โดยเฉพาะระดับสถานีนอนามัยซึ่งเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จะต้องสามารถให้การรักษาโรคหวัดในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถวินิจฉัยและให้การรักษาโรคปอดบวมชนิดไม่รุนแรง โรคหุอักเสบ และคออักเสบได้อย่างถูกต้อง ในกรณี ที่มีอาการของโรครุนแรงก็สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลได้ทันที สำหรับระดับโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลชุมชนจะต้องสามารถให้การบริบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กชนิดรุนแรงได้ รวมทั้งมียาปฏิชีวนะเพียงพอและสามารถให้ออกซิเจนช่วยในการหายใจได้ เป็นต้น ส่วนในรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะต้องมีการส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งทุกแห่งจะต้องมีกุมารแพทย์คอยให้ความช่วยเหลือ และให้การรักษาผู้ป่วยที่อาจเกิดการค้ำอ้าได้ด้วย

2. เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุข โดยการอบรมเพิ่มความรู้แก่เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขให้รู้จักโรคไข้หวัดและปอดบวมและสามารถให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการในการป้องกันและรักษาโรคไข้หวัดและปอดบวมแก่มารดาและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง

3. การเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ผ่านการอบรมอย่างครบถ้วนผ่านสื่อท้องถิ่นต่างๆเช่น หอกระจายข่าวหรือสถานีวิทยุ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ทั้งในด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและการเพิ่มความต้านทานโรคแก่ร่างกายเด็กที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคในเด็กอย่างเหมาะสม (กองวัณโรค, 2540)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กเป็นโรคที่ป้องกันได้ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับการดูแลเด็กของผู้ดูแลอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการเพิ่มความต้านทานโรคแก่ร่างกายเด็ก ซึ่งถือได้ว่าเป็นการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ

ที่จะส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย (กองวิมลโรค, 2532; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539) ส่วนการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมินั้นจะมุ่งเน้นที่การปฏิบัติงานโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐทั้งในด้านการดูแล และให้การรักษากรณีที่เด็กมีอาการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โดยเด็กจะต้องได้รับการวินิจฉัยและดูแลอย่างเหมาะสมโดยเจ้าหน้าที่ และให้คำแนะนำในการดูแลเด็กที่บ้านโดยผู้ดูแลอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของมารดาและผู้ดูแลเด็ก จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในเด็กอย่างเหมาะสมของมารดา ที่จะมีส่วนช่วยทั้งในด้านการป้องกันโรคและลดความรุนแรงของโรคได้เช่นกัน(กองวิมลโรค,2539)

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึงปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของมนุษย์ที่บ่งบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ของมนุษย์ต่อสิ่งเร้านั้นๆ (Murray and Zentner, 1989) หรือหมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม (ประภาเพ็ญสุวรรณ, 2539) โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแล้วจะเห็นได้ว่าในกระบวนการของการเกิดโรคของมนุษย์นั้นจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆเป็นสำคัญ ทั้งในด้านพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรค และพฤติกรรมในการดูแลให้หายจากโรค ซึ่งจะกล่าวโดยสรุปได้ว่าการที่บุคคลจะเกิดโรคได้หรือไม่นั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลนั้นเป็นสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมนั้นจะมีทั้งพฤติกรรมทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดีเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันเป็นระยะเป็นต้น (Karl and Cobb, 1966 อ้างในบุญสมมาศ สิริบุษมา, 2539) หรือจะหมายถึงเป็นกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์เพื่อป้องกันการเกิดโรคและส่งเสริมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539)

ซึ่งจะกล่าวโดยสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำใดๆของบุคคลที่ยังมีสุขภาพดีและไม่มีอาการของโรค ที่มีความเชื่อว่าการกระทำนั้นๆจะทำให้ตนมีสุขภาพดีและไม่เกิดการเจ็บป่วย โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ (Pender, 1996)

1. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)** หมายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งภาวะสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ

2. **พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health prevention)** เป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นที่จะลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค โดยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเกิดโรค

อย่างไรก็ดีพฤติกรรมมนุษย์จะเกิดขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่เป็นตัวชี้้นำให้เกิดการตัดสินใจหรือการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นความเชื่อจึงเป็นอิทธิพลหนึ่งในการชักนำให้บุคคลประพฤติหรือปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิดของตน โดยเฉพาะการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Murray and Zentner, 1989)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เป็นรูปแบบหนึ่งที่พัฒนาขึ้นเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของมนุษย์ โดยได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1950 โดยโรเซนสต็อค (Rosenstock) ฮอคบาวม (Hochbaum) เคเจเกิลส (Kergeles) และเลเวนทอล (Leventhal) เป็นกลุ่มแรก เพื่อจะใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ในการอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับบุคคลที่ยังไม่เกิดความเจ็บป่วย โดยได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตสังคมของคิรท เลวิน (Kurt Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจกับสิ่งที่ตนพอใจเมื่อคิดว่าสิ่งนั้นจะเกิดผลดีกับตน และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ส่วนองค์ประกอบพื้นฐานที่โรเซนสต็อค (1974) กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อหรือมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตของเขา และการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะให้ผลดีแก่เขาในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น คำใช้จำความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น (Becker, 1974)

ดั่งมีองค์ประกอบคือ

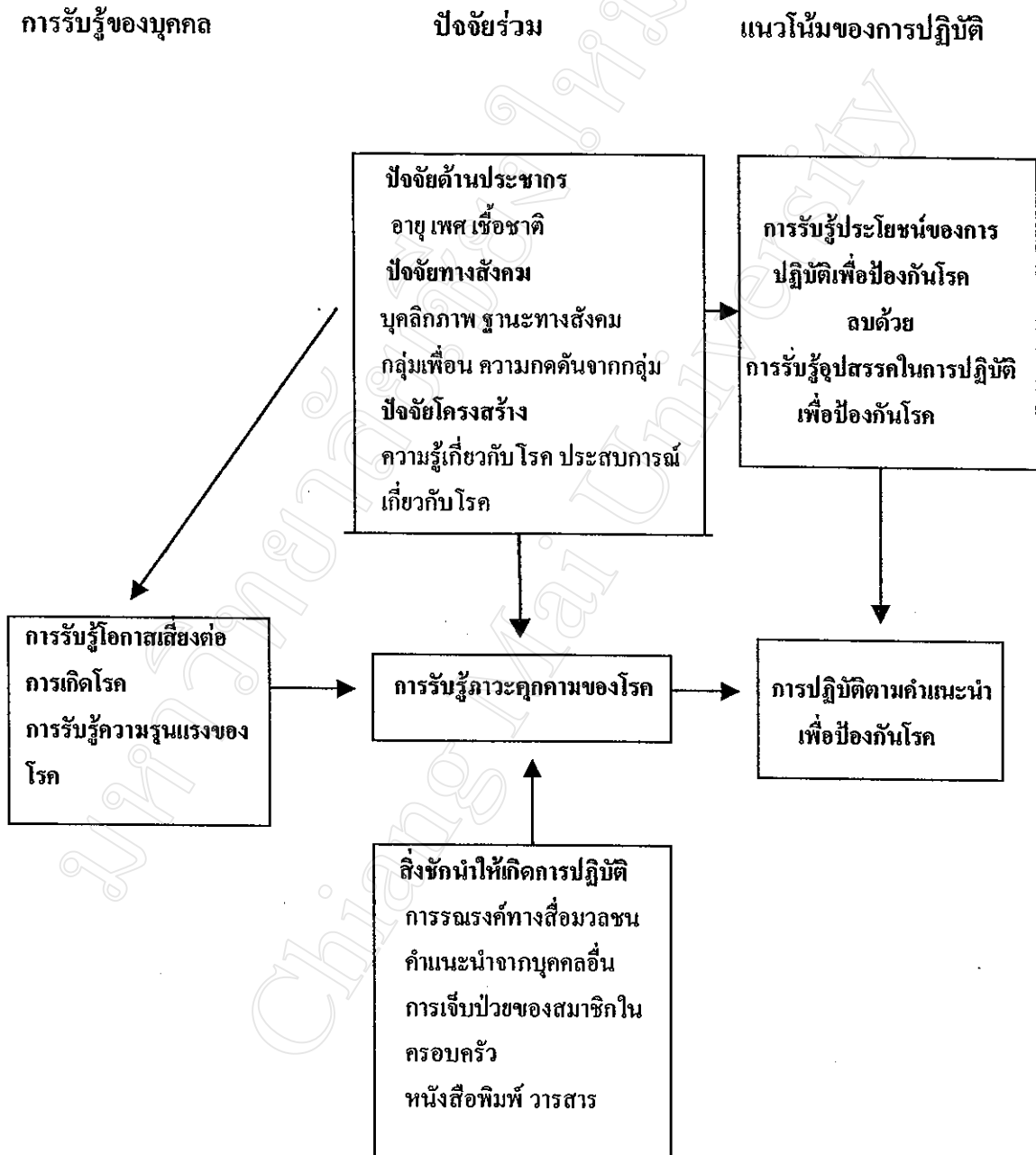
1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยพิจารณาตัดสินจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) โดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับจากการกระทำว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับ การรับรู้ถึงสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น เวลา ค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเองหรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่างๆ (Maiman and Becker, 1974 อ้างในประกริต รัชวัตร, 2536)

ต่อมาเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al, 1974) ได้ทำการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นโดยเพิ่มปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมวิทยา และปัจจัยทางโครงสร้าง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล และพบว่ามียุทธศาสตร์ต่อการรับรู้และปฏิบัติในการป้องกันโรคของบุคคล เช่น ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น ปัจจัยทางสังคมวิทยา ได้แก่ ฐานะทางสังคม บุคลิกภาพ ฯลฯ และปัจจัยโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งพบว่าการรับรู้ของบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม ส่วนปัจจัยร่วม เช่น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางสังคม ตลอดจนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ก็พบว่าส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของการป้องกันโรคซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์และรายละเอียดขององค์ประกอบได้ดังแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิ 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเบคเกอร์ และคณะ (1974)



แหล่งที่มา The health belief model

โดย Becker, M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*.

ภายหลังจากการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว จากการรวบรวมผลงานวิจัยพบว่าแบบแผนความเชื่อสามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับบุคคลได้จนเป็นที่ยอมรับซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดขององค์ประกอบได้ดังนี้ (Becker, 1974)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (**perceived susceptibility**) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพหรือการเกิดโรคของบุคคล ซึ่งพบว่าความเชื่อของบุคคลจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรค โดยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ต่างกัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งอาจเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์หรือการคาดคะเนว่าคนมีโอกาสดเกิดโรคซ้ำหรือเกิดโรคร้าย และบุคคลจะมีปฏิกิริยาได้ตอบกับปัญหาสุขภาพก็ต่อเมื่อ รับรู้ว่าตนเป็นบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนในด้านการป้องกันโรคนั้นบุคคลจะปฏิบัติในการป้องกันโรคเมื่อมีความรู้สึกลัวว่าจะเกิดความเจ็บป่วยกับตนหรือคิดว่าตนมีโอกาเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งมีการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนว่าความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker, 1974) ดังเช่นการศึกษาของ วัลลา พิวทน (2527) เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อกับการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค โดยพบว่ามารดาที่มีความเชื่อว่าเด็กมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อกมาก จึงให้ความร่วมมือในการนำเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค และการศึกษาของ พิภูษณา มั่นเกษตกรกิจ (2535) เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในทหารเกณฑ์ โดยการเลือกแบบเจาะจงซึ่งเป็นทหารเกณฑ์ของกองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 300 คน และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคเอดส์ รวมทั้งการศึกษาของเกศินี ศรีวิชัย (2540) เกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมดูแลบุตรอายุ 0-5 ปี เมื่อคิดเชื่อเนียบพันระบบหายใจ โดยการสัมภาษณ์มารดาซึ่งเป็นชาวเขาเผ่าม้งจำนวน 75 คน ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับสูงจะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับปานกลาง

แต่ยังมีการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่นการศึกษาของ ฮาวน์ (Howe, 1981 อ้างในประกริต รัชวัตร, 2536) ที่พบว่าระดับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มหญิงที่มีความเสี่ยงสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของนุชบง โกฏิวิเชียร (2533) เกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของแม่ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในพื้นที่ 5 แห่งของกรุงเทพมหานคร โดยการเลือกแบบเจาะจงศึกษาในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี และเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองจำนวน 250 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรค ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เหตุการณ์ของโรคยังไม่เกิดขึ้น หรือไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมามาก่อน เป็นต้นที่ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรค แต่อย่างไรก็ตามจากที่กล่าวมาส่วนใหญ่จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการแสดงออกพฤติกรรมในการป้องกันโรคและสุขภาพ จะต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และอาจมีการรับรู้ในด้านอื่นร่วมด้วย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคระดับบุคคลได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (perceived severity) หมายถึงความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ได้แก่ ความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดผลกระทบต่อฐานะทางสังคมของบุคคล โดยพบว่าการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งแจนซ์และเบคเกอร์ (1974) ได้สรุปผล การศึกษาว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยได้ร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36 (อ้างในสมทรง รัชย์เฝ้า, 2540) ดังเช่นการศึกษาการศึกษาของ เบคเกอร์ (1974) พบว่าความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์กับการพานุศรไปคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกเพื่อป้องกันโรคอื่นๆ (อ้างในประภาพิชญ์ สุวรรณ, 2536) การศึกษาของมามาเว็ค (Mahmoud, 1999) และ เรณู กาวิลละ (2538) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาของทรงพล ค่อนี้และประทีน จาดตาล (2538) เกี่ยวกับความรู้

การรับรู้ และการปฏิบัติคนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยการสัมภาษณ์มารดาที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก จำนวน 263 คน ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูงจะมีการปฏิบัติคนในการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง

แต่ในการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี จากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ซึ่งเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี และคู่สมรสของผู้เป็นพาหะโรคตับอักเสบบี ร้อยละ 30 และ 70 ตามลำดับ โดยการสัมภาษณ์ ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคตับอักเสบบี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคตับอักเสบบี และการศึกษาของอรพิน รั้งยี่สาคร (2541) เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ปรุงอาหารที่เป็นตัวแทนของครัวเรือนจำนวน 181 หลังคาเรือน โดยการสัมภาษณ์ ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหารไอโอดีนต่อตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยของโรค หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ จึงทำให้มองไม่เห็นความรุนแรงหรือผลกระทบจากโรค และส่งผลกระทบต่อการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรค รวมทั้งอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยเป็นต้น แต่ในภาพรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลกระทบจากโรค สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยการรับรู้ความรุนแรงจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติในการที่จะลดอันตรายหรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น หรือเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรค โดยเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นต้องเป็นการกระทำที่ดีและเหมาะสมที่จะไม่ทำให้เกิดโรค ดังนั้นการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้แจนซ์และเบคเกอร์ (1984) ได้สรุปผลการศึกษาจากหลายการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโรคมียุทธผลต่อพฤติกรรม

ความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค และจะเห็นได้ว่าความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการรักษาพยาบาลเป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค (อ้างในสมทรงรักษ์แผ้ว, 2540) ดังเช่นการศึกษาของเคเจอเลส (1960) ที่พบว่าความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่า การตรวจโรคนั้นจะสามารถวิเคราะห์โรคได้ในระยะเริ่มแรกของโรคและสามารถให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่จะมีความสัมพันธ์กับการร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจโรคนั้นๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (อ้างในประภาพรพิญ สุวรรณ, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มามาวด์ (Mahmoud, 1999) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกกับการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก การศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสตรีของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี ที่พบว่า ผู้สมรสที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ที่ถูกต้องเหมาะสมกว่าผู้สมรสที่มีการรับรู้ปานกลาง และการศึกษาของเกสินี ไชนิล (2536) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน ที่พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาที่ถูกต้องจึงทำให้เลือกที่จะปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันมิให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้นอีกทั้งป้องกันโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ จึงอาจสรุปได้ว่าการที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ในการป้องกันโรค จึงมีผลต่อการพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล

4. การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) หมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวก ไม่สุขสบาย หรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีผลกระทบกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นพบว่าบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค ดังเช่นการศึกษาของโรเซนสตีคและคณะ

(1959) ที่พบว่า ไม่ว่าบุคคลจะมีการรับรู้หรือความเชื่อด้านอื่นๆเป็นอย่างไรก็ตามบุคคลจะไม่ไปปรับภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ถ้าบุคคลนั้นยังมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีน รวมถึงการได้รับความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย ภาวะเสี่ยง และอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นร่วมด้วย (อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) ดังเช่นการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร (2536) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โดยการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรอายุ 9-12 เดือนที่พาบุตรมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 75 คน ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและดูแลรักษาบุตรที่ถูกต้องมากจะมีการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคที่ถูกต้องน้อยกว่าและการศึกษาของ ทรงพล ค่อนิ และประทีน จาดตาล (2538) เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำจะมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในระดับที่สูงกว่า

ส่วนการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างนั้น อาจก่อให้เกิดความลำบากใจ และมีผลกระทบกระเทือนต่อสัมพันธภาพ และยากต่อการปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้น ก็จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคที่เกิดขึ้น และพยายามที่จะลดหรือแก้ไขไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

5. ปัจจัยร่วม (modifying factors) หมายถึงปัจจัยที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมหรือยับยั้งให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านประชากร ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดังมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ปัจจัยด้านประชากร เป็นข้อมูลของบุคคลประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้

5.1.1 อายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กล่าวได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลและบุคคลที่มีอายุแตกต่างกัน จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ดังการศึกษาของ แฮริสและกูเติน (Haris and Guten, 1986 อ้างในประกริต รัชวัตร, 2536) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น จากการศึกษาของ นิภา ปวีณเกียรติคุณ และพนิดา เช่นนันท (2538) เกี่ยวกับการศึกษาผลการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ที่มีต่อการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งเป็นมารดาที่มีบุตรอายุแรกเกิด-5 ปี เป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 60 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กโดยมารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปีจะมีการรับรู้ในระดับที่ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร (2536) ที่พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และอายุจะมีผลต่อการประสบการณ์ และการรับรู้ของบุคคล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

5.1.2 การศึกษา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้แตกต่างกัน ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา จะมีการรับรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) หมายความว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ (เรณูวรรณ หาญวาทย์, 2540) ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษามีส่วนทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผล และสามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี และการศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามวัยได้ดี มีโอกาสทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก ทำให้มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและเหมาะสม (Pender, 1982 อ้างในเกศินี ไข่มณี, 2536) ดังเช่นการศึกษาของ วัลภา ศิวทน (2527) ที่พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

และการศึกษาของ ถนัด ไบยา (2539) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเกลือเสริมไอโอดีน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มแม่บ้านที่เป็นตัวแทนของครัวเรือนและการสังเกตร่วมด้วยรวม 147 ครัวเรือน ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้เกลือ ไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจึงมองเห็นความสำคัญและยอมรับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนมากขึ้น จึงเห็นได้ว่าการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล และมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

5.1.3 อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดความแตกต่าง ในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยของมารดา โดยพบว่า ครอบครัวยุคใหม่ที่มารดาต้องทำงานนอกบ้านมักจะทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลสุขภาพบุตร ซึ่งตรงกันข้ามกับมารดาที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้านที่จะมีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพที่ดีมากกว่า (ฉัตรแก้ว ประวาหะนาวิน, 2528) ดังเช่น จากการศึกษาของทัศนีย์ บุญสุยา (2527) ที่พบว่าอาชีพของมารดามีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคของมารดา หมายถึงมารดาที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้านจะพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่ามารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน

5.1.4 รายได้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อระดับของการดูแลสุขภาพ โดยรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (Pender, 1982 อ้างในเกศินี ไข่มณี, 2536) และรายได้จะเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (เรณูวรรณ หาญวาทย์, 2540) จากผลการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตรของมารดา คือมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูง (มากกว่า 2,000 บาท) จะมีการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ (ต่ำกว่า 2,000 บาท) (กานดา วัฒนภาสและคณะ, 2532; ประกริต รัชวัตร, 2536) และจากการศึกษาของ ชวนพิศ ปัญญาเลิศชัย (2536) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ

5.2 ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค โดยพบว่าความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจะมีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของบุคคล หมายถึงบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมักจะมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อย (Sarafino, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์หรือเคยใช้บริการในการฝากครรภ์จะมีการรับรู้ถึง

โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์หรือไม่เคยใช้บริการในการฝากครรภ์ (อ้างในสุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534) และจากการศึกษาของ เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์ และคณะ (2539) เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ของมารดาในแหล่งก่อสร้าง โดยการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี และเลี้ยงบุตรด้วยตนเองจำนวน 100 คน ที่พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์ในการป่วยของบุตรด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กหรือเคยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมามาก่อน จะมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรเมื่อป่วยดีกว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์หรือการรับรู้เกี่ยวกับโรค

5.3 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) เป็นตัวกระตุ้นหรือแรงให้เกิดการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำที่เหมาะสมออกมา ซึ่งอาจเป็นตัวชี้แนะภายใน (internal cues) ได้แก่การรับรู้สภาวะทางร่างกายและการไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนตัวชี้แนะภายนอก (external cues) ได้แก่สื่อสารมวลชน คำแนะนำจากผู้อื่น บทความจากหนังสือหรือวารสารต่างๆ เป็นต้น และตัวชี้แนะนั้นจะต้องมีเพียงพอถึงจะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ได้ (ลินจง โปธิบาล, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) ดังเช่นการศึกษาของ ทัศนัย วงศ์จักร (2534) ที่พบว่า การได้ยินหรือรับทราบรวมทั้งการเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคคอตีบ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน รังษีสาศกร (2541) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้เกลือเสริมไอโอดีนและอาหารทะเลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยพบว่า การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเกลือเสริมไอโอดีนในกลุ่มตัวอย่างนั้นมีผลทำให้การใช้เกลือไอโอดีนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 69 และพบร้อยละ 57.6 มีการรับประทานอาหารทะเลเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กสามารถป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคได้ โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคในเด็กอย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่าการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี นั้นแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพสามารถนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างชัดเจน โดยพบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลและปัจจัยร่วมที่จะชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โดยอาศัยกรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (1974) มาอธิบายการเกิดพฤติกรรมโดยสรุปกรอบแนวคิดของการศึกษาได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก คือ โรคหัดและปอดบวมนั้น สามารถอธิบายได้ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะประกอบด้วยปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ตลอดจนปัจจัยร่วมต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ และการศึกษา ปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ตลอดจนเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป