

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้วิจัยศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอักเสบซ้ำในเด็ก
  - 1.1 ความหมายของโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.3 ชนิดของโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.4 พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.5 อาการและอาการแสดงของเด็กป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.6 การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.7 การรักษาโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.8 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 1.9 ผลกระทบของการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ
2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

## โรคปอดอักเสบซ้ำในเด็ก

### ความหมายของโรคปอดอักเสบซ้ำ

โรคปอดอักเสบซ้ำ (recurrent pneumonia) หมายถึง โรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี หรือเป็นมากกว่า 3 ครั้งโดยไม่คำนึงถึงระยะเวลา การพบรอยโรคที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อในเนื้อเยื่อปอด (pulmonary infiltration) อาจพบในตำแหน่งเดิม หรือตำแหน่งใหม่ได้ โดยดูได้จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และภายหลังจากเจ็บป่วยเป็นปอดอักเสบในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะต้องมีอาการและภาพรังสีทรวงอกกลับมาเป็นปกติ (วันชัย สุธีวีระขจร, 2556; Owayed et al., 2000)

### สาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ

โรคปอดอักเสบ เป็นการอักเสบของเนื้อปอด เกิดจากการติดเชื้อที่ก่อโรค หรือจุลชีพชนิดต่างๆ เมื่อปอดมีการติดเชื้อ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะส่งเม็ดเลือดขาวมาที่เซลล์ปอด และเกิดปฏิกิริยาจากการทำลายเชื้อโรค ทำให้เซลล์ปอดบวมใหญ่ขึ้น เมื่อเชื้อโรคถูกทำลายแล้วจะทำให้เกิดหนองหรือของเหลวท่วมขังอยู่ภายในถุงลมปอด (สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2559)

สาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบ เกิดจากเชื้อหลายชนิด (สมหญิง ไควสวนนท์ และ อาภาวรรณ หนูคง, 2555) ได้แก่

1. เชื้อไวรัส เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี พบร้อยละ 90 เชื้อที่พบได้แก่ respiratory syncytial virus (RSV), influenza virus type A, parainfluenza type 1, 2, และ adenovirus
2. เชื้อแบคทีเรีย ที่พบบ่อย ได้แก่ group B streptococcus, staphylococcus aureus, streptococcus pneumoniae, haemophilus influenza type B ปัจจุบันสาเหตุจากเชื้อ streptococcus pneumoniae และ haemophilus influenzae type B อาจลดลงเนื่องจากการฉีดวัคซีนป้องกันเชื่อดังกล่าว
3. เชื้ออื่นๆ เช่น mycoplasma pneumoniae, chlamydia pneumonia

เชื้อจุลชีพที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็ก (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2555; สุมาลี อันตระกูล, 2555) แบ่งตามช่วงอายุ ดังนี้

แรกเกิด - 1 เดือน ส่วนใหญ่เป็นจากเชื้อแบคทีเรียที่ได้จากมารดาในขณะที่คลอด เช่น group B streptococcus, enteric gram-negative bacilli

|                |                                                                                                                                                                          |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-3 เดือน      | อาจเป็นจาก chlamydia trachomatis, RSV, parainfluenza virus, streptococcus pneumoniae ureaplasma urealyticum (afebrile pneumonia) ไวรัส หรือ ไอกรน (bordetella pertussis) |
| 3 เดือน - 1 ปี | มักเป็นจากไวรัส ส่วนมากเป็น RSV หรือ S.pneumonia, H.fluenzae, staphylococcus aureus, morexella catarrhalis                                                               |
| 1-5 ปี         | เป็นจากไวรัสหรือ streptococcus pneumoniae, mycoplasma pneumoniae, chlamydia trachomatis                                                                                  |
| มากกว่า 5 ปี   | เชื้อที่พบได้มากที่สุด คือ mycoplasma pneumoniae, และ chlamydia pneumonia ที่พบรองลงมา คือ streptococcus pneumoniae, chlamydia pneumoniae อาจพบ RSV ได้                  |

#### สาเหตุส่งเสริมมีดังนี้

1. มีความผิดปกติด้านกายวิภาค เช่น มีรูรั่วระหว่างหลอดลมคอและหลอดอาหาร เป็นต้น
2. มีปัญหาเกี่ยวกับโรคปอด เช่น โรคหอบหืด, ซิสติกไฟโบรซิส (cystic fibrosis), ภาวะปอดและหลอดลมผิดปกติจากการขาดออกซิเจนแต่กำเนิด (bronchopulmonary dysplasia) เป็นต้น
3. โรคที่มีเลือดไหลเวียนมาปอดผิดปกติ เช่น โรคหัวใจที่มีรูรั่วระหว่างผนังกันหัวใจห้องซ้ายและขวาทั้งห้องบนและล่าง (atrial septal defect or ventricular septal defect) เป็นต้น
4. เกิดจากการสำลักง่ายจากโรคหลอดลมและหลอดอาหารกลืนกัน (gastroesophageal reflux)
5. มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท ทำให้มีการค้างของเสมหะ เนื่องจากไม่สามารถขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจได้
6. โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สาเหตุของโรคปอดอักเสบซ้ำ ก็มีสาเหตุเช่นเดียวกับโรคปอดอักเสบทั่วไป แต่มีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบซ้ำได้หลายครั้ง แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. ความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบทางเดินหายใจหรือหัวใจ ทำให้มีการสำลักเข้าปอด มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ การระบายเสมหะไม่ดี หรือมีความผิดปกติในเนื้อปอดทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เช่น หลอดอาหารอุดตันแต่กำเนิด (tracheoesophageal fistula) , การกดเบียดที่หลอดเลือด พบว่ามีเส้นเลือดแดงในเมดิอาสตินัมตำแหน่งผิดปกติบรรจบรอบและกดหลอดลม (vascular ring) และการมีกลีบปอดที่เพิ่มเติมมา (pulmonary sequestration)
2. ภาวะที่ทำให้มีการสำลักเข้าทางเดินหายใจได้ง่าย (aspiration syndrome)

3. ความผิดปกติในการกำจัดเสมหะ หรือสิ่งแปลกปลอมออกจากท่อทางเดินหายใจ (defects in clearance of airway secretion)
4. โรคหรือความผิดปกติที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ
5. ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

### ชนิดของโรคปอดอักเสบซ้ำ

1. โรคปอดอักเสบชนิดมีการอักเสบทั่วกลีบปอด (lobar pneumonia) มีการติดเชื้อทั้งกลีบ ถ้าติดเชื้อที่ปอดทั้งสองข้างเรียกว่าไบเลทเทอร์อล หรือ ดับเบิลนิวโมเนีย (bilateral or double pneumonia) มักเกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรง เช่น เชื้อนิวโมคอคคัส (pneumococcus)
2. โรคปอดอักเสบชนิดลูกกลม (bronchopneumonia) เริ่มติดเชื้อจากหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal bronchiole) การอักเสบมักกระจายเป็นหย่อมๆ ต่อมา มีหนองเกิดภาวะเนื้อปอดแข็ง (consolidation) บริเวณกลีบปอดทั้งกลีบ (lobules) ซึ่งอาจเรียกว่า โลบานิวโมเนีย (lobar pneumonia) คือมีการอักเสบของเนื้อปอดเป็นกลีบ
3. โรคปอดอักเสบชนิดมีการอักเสบบางส่วน (interstitial pneumonia) มีการอักเสบที่ผนังถุงลมและเนื้อเยื่อรอบๆ มักเกิดจากเชื้อไวรัส

### พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบซ้ำ

ภาวะปกติของระบบทางเดินหายใจในร่างกายจะมีกลไกในการป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคเข้าสู่หลอดลมหรือถุงลมปอด นอกจากนั้นจะมีปฏิกิริยาฝาปิดกล่องเสียง (epiglottal reflex) ปฏิกิริยาการไอ (cough reflex) เพื่อช่วยป้องกันการสำลักเข้าสู่ปอดและขับสิ่งต่างๆ ออกจากร่างกายโดยการไอ หากกลไกการป้องกันนี้เสียสมดุล เมื่อมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เชื้อจุลินทรีย์จะบุกรุกเข้าไปในปอด ทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสุด (terminal respiratory bronchiole) และถุงลมปอด (alveoli) ทำงานได้ไม่ดี ซึ่งกลไกการป้องกันโรคของร่างกายจะมีการขับสารคัดหลั่งหรือน้ำเมือกออกมาเพื่อดักจับเชื้อโรค เกิดเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ ส่งผลให้ปอดไม่สามารถรับออกซิเจนได้เพียงพอ จึงเกิดภาวะความไม่ได้อัตโนมัติระหว่างการระบายอากาศกับการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม (เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ และ นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2552) หากเชื้อจุลินทรีย์บุกรุกเข้าไปในปอดอีก ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้น รวมถึงกลไกการป้องกันนี้เสียไป จึงมีโอกาสเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำได้

## อาการและการแสดงของเด็กป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Disease: ICD-10) ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการ โดยการวินิจฉัยนั้นผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่าตามอาการที่ระบุไว้ ซึ่งอาการของโรคปอดอักเสบได้แก่ มีไข้สูง หายใจเร็ว (tachypnea) เหนื่อยหอบ มีจมูกบาน (nasal flaring) มีการหดรั้งของกล้ามเนื้อทรวงอก อาจพบผนังทรวงอกบุ๋มบริเวณ suprasternal, subcostal, xiphisternum และ intercostals (chest wall retraction) หายใจลำบาก (dyspnea) ไออาจมีเสียงเสมหะหรือไม่มีก็ได้ ในช่วงหายใจเข้ามีอาการเจ็บหน้าอก ท้องคอใหญ่ (pleuropulmonary pain) หรือเวลาไอแรงๆ มักเป็นๆ หายๆ ถ้าหายใจลึกจะทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก ซึ่งพบว่าตำแหน่งที่เจ็บ คือ บริเวณที่มีปอดอักเสบ (พริทซ์ ศิริบูรณ์พัฒนา, 2555) มีเสียงคราง ในช่วงการหายใจออก (grunting) ผิวหนังซีดหรืออาจจะเขียว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ชีพ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ เคาะปอดมีเสียงทึบ ฟังปอดได้ยินเสียงหายใจผิดปกติ เช่น rhonchi, crepitation ผลเลือดพบว่าเม็ดเลือดขาวสูง ก๊าซในเลือด (blood gas) มีภาวะขาดออกซิเจน จากการเพาะเชื้อ พบเชื้อในร่างกาย

สำหรับภาวะหายใจหอบนั้น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยตามอายุไว้ดังนี้

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| อายุน้อยกว่า 2 เดือน | หายใจเร็ว > 60 ครั้ง/นาที |
| อายุ 2 เดือน - 1 ปี  | หายใจเร็ว > 50 ครั้ง/นาที |
| อายุ 1-5 ปี          | หายใจเร็ว > 40 ครั้ง/นาที |

การนับอัตราการหายใจนั้น จะต้องนับเต็มหนึ่งนาที และควรนับอัตราการหายใจ ในขณะที่ผู้ป่วยสงบและไม่ร้องไห้ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอัตราการหายใจเร็ว และร่วมกับมีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (suprasternal, subcostal and intercostal retraction) จะบ่งบอกว่าอาการรุนแรงมาก

การฟังปอดมักได้ยินเสียงกรอบแกรบดังเบาๆหรือปานกลาง (fine or medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงหายใจที่หลอดลม (bronchial breath sound) ส่วนเสียงวี๊ด (wheeze) และอืด (rhonchi) มักพบในโรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัส

## การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบซ้ำ

### การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กมีวิธีการปฏิบัติดังนี้

สำหรับการวินิจฉัยสาเหตุของปอดอักเสบที่เป็นซ้ำในตำแหน่งต่าง ๆ กันนั้น จากประวัติและการตรวจร่างกาย มักจะช่วยให้บอกว่ามีสาเหตุมาจากอะไรได้ ดังนั้นการส่งตรวจพิเศษ หรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงทำเพื่อยืนยัน หรือวินิจฉัยแยกโรค หรือความผิดปกติที่น่าจะเป็นสาเหตุ ดังนี้

1. ประวัติ อาการสำคัญได้แก่ ไข้ ไอ หอบ อาจมีภาวะช็อค เจ็บว หรือหยุดหายใจร่วมด้วย อ่อนเพลีย กินอาหารและน้ำได้น้อยลง ประวัติที่ควรซักถามเพิ่มเติมได้แก่ โรคประจำตัว ความเจ็บป่วยในอดีตโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับระบบหายใจ เช่น หอบหืด ประวัติการสำลักอาหาร ประวัติ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประวัติการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เป็น โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรควัณโรคปอด สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะความเป็นอยู่ที่แออัด และการได้รับควันบุหรี่ รวมถึงยาที่ได้รับและการรักษาที่ผ่านมา (หลุทัย กมลภรณ์, 2556)

สำหรับโรคปอดอักเสบซ้ำ การซักประวัติเพื่อหาสาเหตุพื้นฐาน (underlying cause) ที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ ทำได้โดยให้ความสำคัญกับประวัติ ดังนี้ (วันชัย สุธีวีระขจร, 2556)

1.1 อายุที่เริ่มมีอาการ หากเริ่มมีอาการตั้งแต่แรกเกิดหรืออายุน้อย ควรคำนึงถึงภาวะความผิดปกติหรือความพิการแต่กำเนิดของระบบต่างๆ เช่น การมีรูเชื่อมระหว่างหลอดลมและหลอดอาหาร (trachoesophageal fistula), ภาวะมีถุงน้ำในปอด (cystic adenomastoid malformation), ภาวะปอดแตกแต่กำเนิด (congenital lobar emphysema) และความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ถ้ามีอาการในเด็กปกติช่วงอายุ 2-5 ปี ควรคำนึงในเรื่องการสำลักสิ่งแปลกปลอม

1.2 รายละเอียดของการเป็นปอดอักเสบแต่ละครั้ง อาการเริ่มต้น ระยะเวลาที่มีไข้ ไอ การวินิจฉัยโรค ภาพรังสีทรวงอก การรักษา ระยะการให้ยาต้านจุลชีพ ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยที่ผ่านมา นอกจากนี้ควรซักประวัติความสัมพันธ์กับอาหารการกิน การสำลัก อาเจียน การเปลี่ยนท่า และไอหรือมีเสียงหายใจดังวี๊ด เป็นต้น

1.3 ประวัติอดีต/อาการร่วมอื่นๆ ประวัติการติดเชื้อที่อวัยวะหรือระบบอื่นๆ เช่น ท้องเสีย เชื้อหุ้มสมองอักเสบ เชื้อราในปาก ฟันหนองที่ผิวหนัง ไซนัสอักเสบเรื้อรัง หากผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อหลายระบบร่วมด้วย ทำให้คำนึงถึงภาวะภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ

1.4 ประวัติการตั้งครรภ์และประวัติการคลอด ควรซักประวัติการคลอด ปัญหาหลังคลอด เช่น ตัวเหลือง ชีด บวม หายใจผิดปกติ รวมทั้งประวัติและระยะเวลาที่ได้รับออกซิเจนรวมถึงเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการรักษาตัว ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง มักมีปัญหาเกี่ยวกับการระบายเสมหะในหลอดลม นอกจากนั้น ยังควรซักถามประวัติการติดเชื้อของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ และการได้รับการถ่ายเลือด

1.5 ประวัติครอบครัว ควรซักถามเกี่ยวกับประวัติภูมิแพ้ โรคหืด ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางพันธุกรรม ผลการศึกษาต่างๆ พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ หรือมีการแพร่กระจายอย่างซ้ำๆ (recurrent/slowly resolving pneumonia) จะมีประวัติโรคหืดร่วมด้วยถึงร้อยละ 31 -35

1.6 สิ่งแวดล้อม ควรซักถามเกี่ยวกับประวัติภูมิแพ้ นุหรี สารเคมี รวมทั้งมลภาวะต่างๆ ที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ หรือหอบได้บ่อย มักพบว่าเด็กที่สูด และสัมผัสควันนุหรีจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นและรุนแรงมากขึ้น

2. การตรวจร่างกาย อาการบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดในการช่วยวินิจฉัย คือ หายใจเร็วกว่าเกณฑ์ปกติ ตามอายุ มีไข้ โดยเฉพาะ เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มักมีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส (Ostapchuk, Robert, & Haddy, 2004) มีอาการหายใจลำบาก ได้แก่ หน้าอกบวมเวลาหายใจเข้า จมูกบาน มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ, พบ grunting ฟังปอดได้ยินเสียง fine หรือ medium crepitation หรืออาจได้ยินเสียง bronchial breath sound ในเด็กเล็กอาจแสดงอาการซึม หดหายใจเป็นพักๆ ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต

3. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ (หุทย กมลภรณ์, 2556; Sandora & Harper., 2005)

3.1 การตรวจนับเม็ดเลือดขาว การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC โดยทั่วไป CBC ไม่สามารถนำมาใช้แยกแยะว่าเป็นปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ซึ่งมีรายงานในต่างประเทศพบว่า ถ้าเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) และเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (band forms) ในรายที่มีเม็ดเลือดขาว (WBC) > 15,000/ลบ.มม. หรือ เม็ดเลือดขาวที่มีผลต่อการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย (PMN) > 10,000/ลบ.มม. หรือมากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) ทั้งหมด หรือ เม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (band form) > 500/ลบ.มม. มีแนวโน้มสูงที่จะเป็นปอดอักเสบที่มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย

3.2 ภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) อาจไม่จำเป็นต้องทำทุกราย เช่น ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่ควรทำในกรณีเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีอาการรุนแรง เช่น ไข้สูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส หรือสงสัยว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งโดยทั่วไปภาพรังสีทรวงอกไม่สามารถแยกแยะได้ว่า ปอดอักเสบนั้นเกิดจากเชื้อไวรัสหรือเชื้อแบคทีเรีย ยกเว้นกรณีที่เป็น lobar consolidation และ pneumatocele ซึ่งจะพบในปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อจากแบคทีเรียเท่านั้น

3.3 การข้อมลจากเสมหะ หรือสิ่งคัดหลั่งจากโพรงหลังจมูก (nasopharynx) ไม่ได้มีความจำเพาะต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจจะใช้เป็นแนวทางคร่าวๆ เท่านั้น

3.4 การตรวจหาสารก่อภูมิคุ้มกัน (antigen) ในสิ่งคัดหลั่ง จากโพรงหลังจมูก (nasopharynx) จะช่วยในการวินิจฉัยเชื้อไวรัสบางชนิดได้ เช่น respiratory syncytial virus (RSV), เชื้ออะดีโนไวรัส (adenovirus), เชื้อไข้หวัดใหญ่ (influenza) และไวรัสก่อโรคทางเดินหายใจ (parainfluenza viruses) เป็นต้น แต่ทำได้เฉพาะโรงเรียนแพทย์บางแห่งเท่านั้น

3.5 การส่งตรวจน้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอดโดยการข้อมลกรัม ส่งวิเคราะห์ทางเคมี และเพาะเชื้อ หรือส่ง PCR จะช่วยในการหาเชื้อที่เป็นสาเหตุ และช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาได้อีกด้วย

3.6 ระยะเวลาฟักตัวของโรค คือ ตั้งแต่รับเชื้อจนกระทั่งแสดงอาการ เรียกว่า (clod agglutinin) และเชื้อไมโคพลาสมา (mycoplasma titer) ทำในรายที่สงสัยเชื้อ mycoplasma

3.7 การทดสอบคัดกรองวัณโรค (tuberculin skin test) ที่ผิวหนัง ทำในรายที่สงสัยวัณโรคปอด

3.8 วิธีการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) ควรทำทุกราย เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของโรคได้

3.9 การส่งตรวจก๊าซในเลือดแดง ควรทำเฉพาะในกรณีที่มีอาการรุนแรง

3.10 ทำ barium swallow & upper GI study ในกรณีที่สงสัย aspiration syndrome หรือ swallowing dysfunction

3.11 สแกนเพื่อดูภาวะกรดไหลย้อน GER scan (milk scan) และการตรวจวัดกรดในหลอดอาหาร (esophageal pH monitoring) ในกรณีที่สงสัย โรคกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux disease (GRED))



3.12 การตรวจประเมินการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน (immunologic studies) ในกรณีที่สงสัยภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น

#### 4. การตรวจเพิ่มเติมที่ควรพิจารณา ได้แก่

##### 4.1 การตรวจทางรังสีวิทยา

4.1.1 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (CT scan) จะช่วยบอกความผิดปกติของเนื้อปอดและทางเดินหายใจ ช่วยให้เห็นการตีบแคบของทางเดินหายใจ (ถ้ามี) และช่วยแยกว่าเป็นความผิดปกติจากภายนอกหรือภายในหลอดลม รวมทั้งบอกรายละเอียดของสิ่งผิดปกติที่กดเบียดหลอดลมในกรณีที่มีการกดเบียดทางเดินหายใจจากภายนอก จึงมีประโยชน์มากในเด็กที่มีปอดอักเสบซ้ำเฉพาะที่

4.1.2 การตรวจภาพถ่ายสะท้อนคลื่นแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging: MRI) จะช่วยประเมินรายละเอียดความผิดปกติของเนื้อปอดและทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการวินิจฉัยภาวะปอดส่วนเกิน (pulmonary sequestration) เพื่อหลีกเลี่ยงการถ่ายภาพรังสีหลอดเลือดปอด (pulmonary angiography)

4.1.3 การย้อมสีระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper GI contrast studies) ควรทำในรายที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติของการกลืน หรือโครงสร้างของหลอดอาหาร เช่น ภาวะหลอดลมและหลอดอาหารกลืนกัน (T-E fistula) หรือสงสัยว่ามีวงแหวนหลอดเลือด (vascular ring) กดเบียดหลอดอาหาร

4.2 การส่องกล้องตรวจหลอดลม (bronchoscopy) นิยมใช้กล้องส่องชนิดฉนวนใยแก้วยืดหยุ่นได้ (flexible fiberoptic bronchoscopy) เพื่อตรวจหาความผิดปกติของหลอดลมจากการอุดกั้นภายในหลอดลม การตีบแคบจากสิ่งกดทับภายนอกหรือจากความผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กระดูกอ่อนบริเวณหลอดลมอ่อนตัว (bronchomalacia) นอกจากนี้ยังสามารถทำการล้างปอด (bronchoalveolar lavage; BAL) เพื่อตรวจเซลล์และเพาะเชื้อสำหรับวินิจฉัยบางโรค เช่น วัณโรคปอด ปอดอักเสบจากการสำลักเรื้อรัง และภาวะธาตุเหล็กเกินในเนื้อปอด (pulmonary hemosiderosis)

4.3 การตรวจสมรรถภาพปอด (pulmonary function test) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคหืดซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการปอดอักเสบซ้ำ

4.4 การทดสอบวัณโรค การทำปฏิกิริยากับเชื้อวัณโรคบนผิวหนัง (tuberculin test) หรือการส่งย้อมน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (gastric wash for AFB stain) ในรายที่สงสัยการติดเชื้อวัณโรค

4.5 การตรวจระดับภูมิคุ้มกันต่างๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติ ได้แก่ การตรวจโรคเอดส์ (HIV), ตรวจเลือดวัดปริมาณอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin), การตรวจหาชนิดของอิมมูโนโกลบูลินชนิดจี (immunoglobulin subclass), การหาปริมาณ ซีเอส50 (CH50), ระดับซี3 (C3) และซี4 (C4) จำนวนทีเซลล์ (T-cell) และบีเซลล์ (B-cell) รวมทั้งการประเมินหน้าที่ของลิมโฟซัยท์ชนิดที (T-lymphocyte) และนิวโทรฟิลล์ (neutrophil) เป็นต้น

4.6 การตรวจอื่นๆ ในรายที่สงสัย ได้แก่ การตรวจความเป็นกรดต่างของหลอดอาหาร (esophageal pH monitoring) ในรายที่สงสัยภาวะกรดไหลย้อน การตัดชิ้นเนื้อจมูกหรือปอด (nasal mucosal/ lung biopsy) และส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน เพื่อดูโครงสร้างของซิเลีย ในกรณีที่สงสัย ภาวะซิเลียเริ่มไม่โบกพัด (primary ciliary dyskinesia) และการตรวจคลอไรด์ในเหงื่อ (sweat chloride test) ในรายที่สงสัยเป็นซิสติกไฟโบรซิส (cystic fibrosis) เป็นต้น

กรณีที่ เป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการเป็นพิเศษ เพื่อช่วยในการค้นหาสาเหตุ โดยมีแนวทางในการวินิจฉัย คือ การนำภาพรังสีทรวงอกเดิมที่เคยถ่ายไว้ มาเปรียบเทียบ

อย่างไรก็ตาม การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำในเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ ไม่ว่าจะเป็นรอยโรคในปอดที่มีการเกิดซ้ำตำแหน่งเดิม หรือมีการเกิดซ้ำหลายตำแหน่ง ได้แก่ CBC (complete blood count), Gram's stain และการเพาะหาเชื้อแบคทีเรียในเสมหะ เป็นต้น เมื่อได้รับการยืนยันผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วนั้น สามารถยืนยันการได้รับการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำมากขึ้น

### การรักษาโรคปอดอักเสบซ้ำ

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตามลักษณะอาการ สภาพร่างกาย การดำรงชีวิต การดูแลรักษาพยาบาล และพฤติกรรมดูแลที่มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละคน ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (พรทิพย์ สิริบุรณพิพัฒนา, 2555; สมหญิง ไควสวนนท์ และ อาภาวรรณ หนูคง, 2555) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้ปอดของเด็กกลับมาอยู่ในสภาพปกติโดยเร็ว และไม่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ ซึ่งการรักษาโรคปอดอักเสบ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

#### 1. การรักษาทั่วไป

1.1 ให้สารน้ำให้เพียงพอ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในรายที่หายใจเร็ว หอบ มีไข้สูง รับประทานอาหารไม่ได้ และดื่มน้ำน้อย พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและงดอาหารทางปาก เมื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำได้แล้วจะต้องควบคุมไม่ให้ดื่มน้ำมากกว่าร้อยละ 70-80 ของปริมาณที่ควรจะได้

ตามปกติ เพราะผู้ป่วยที่มีอาการหนักจะมีการหลั่งของ antidiuretic hormone มากกว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน และเกิดน้ำท่วมปอด ซึ่งจำทำให้เกิด pulmonary edema ตามมา

1.2 ให้ออกซิเจนและความชื้น ขึ้นกับความรุนแรงของโรค ซึ่งได้จากการประเมินลักษณะทางคลินิก โดยส่วนใหญ่ในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว หอบ ชายโครงบวม กระวนกระวาย หรือซึม ควรดูแลให้ได้รับออกซิเจนและความชื้น หรือในรายที่มีอาการรุนแรง มีการหายใจล้มเหลวต้องได้รับการดูแลโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.3 ใช้นายยาหลอดลมในรายที่ได้ยินเสียง wheeze หรือ rhonchi และมีการตอบสนองต่อนายยาหลอดลม

1.4 พิจารณาให้ยาขับเสมหะ หรือยาละลายเสมหะในกรณีที่ให้สารน้ำเต็มที่แต่ยังมีเสมหะเหนียวอยู่ ไม่ควรให้ยากดอาการไอโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

1.5 ทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอดและหลอดลมได้ดีขึ้น

## 2. การรักษาจำเพาะ

2.1 ในรายที่เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส ให้การรักษาแบบประคับประคอง และบำบัดรักษาทางระบบหายใจที่เหมาะสม

2.2 ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะจึงให้จากการสังเกต ตามอุบัติการณ์ ข้อมูลจากตัวเด็กเอง เช่น อายุ ประวัติการสำลักน้ำคร่ำ และตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือภาพรังสีทรวงอก ดังนี้ (วนพร อนันตเสรี, 2552) และข้อมูลของเชื้อที่กระจายตามฤดูกาลในชุมชนนั้นๆ (Ostapchuk et al., 2004)

## 3. การรักษาตามอาการ

3.1 การให้ออกซิเจน ควรให้แก่เด็กที่เป็นปอดอักเสบในกรณีที่ มี oxygen saturation ต่ำกว่าร้อยละ 92 ขณะหายใจในอากาศธรรมดา (room air) มีอัตราการหายใจ 70 ครั้ง/นาที มีอาการหอบจนผนังทรวงอกบวม ไม่สามารถดื่มน้ำหรือนมได้ กระวนกระวาย ซีด หรือซึมลง

3.2 ให้นายยาหลอดลม ในผู้ป่วยปอดอักเสบบางคน ที่พบว่า มีหลอดลมเกร็งร่วมด้วย โดยการตรวจพบเสียงอืด (rhonchi) หรือวี๊ด (wheezing) ซึ่งตอบสนองดีต่อการให้นายยาหลอดลมชนิดพ่นหรือฉีด ควรพิจารณาให้นายยาหลอดลมร่วมด้วย

3.3 พิจารณาให้ยาขับเสมหะ ได้แก่ กลีเซอรอลกัวโคเลต (glyceryl guaiacolate) อาจให้ร่วมด้วยในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับเสมหะออกมาได้ง่าย ทั้งที่ได้ให้สารน้ำเพียงพอแล้ว ยาละลายเสมหะ

เช่น บรอมเฮกซีน (bromhexine) หรือ อะเซทิลซิสเตอีน (acetylcysteine) ก็อาจนำมาใช้ร่วมด้วยได้ เพื่อช่วยในการละลายเสมหะ ในกรณีที่ได้พยายามให้น้ำทางหลอดเลือดหรือการกินแต่เสมหะยังเหนียว ใสไม่ออก

3.4 การให้ยาปฏิชีวนะ หลักเกณฑ์ในการให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย โดยคำนึงถึงอายุ เชื้อที่เป็นสาเหตุ ลักษณะอาการทางคลินิก ภาพถ่ายรังสีทรวงอกและข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเอง สภาพแวดล้อม ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และข้อมูลของเชื้อที่กระจายตามฤดูกาลในชุมชนนั้นๆ (Ostapchuk et al., 2004)

3.5 การรักษาตามอาการอื่นๆ เช่น ให้ยาแก้ปวดลดไข้ การให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้มากที่สุด เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจน ควรเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ สัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

ดังนั้นการรักษาจึงขึ้นอยู่กับสาเหตุของเชื้อ เช่น ถ้าเป็นเชื้อไวรัส รักษาตามอาการ บางรายไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ยกเว้นในรายที่มีเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน หรือถ้าเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียหรือไม่โคพลาสมา จะต้องให้ยาปฏิชีวนะตามสาเหตุ เช่น เพนนิซิลินจีโซเดียม อิริโทรมัยซิน ไตรเมโทพริม-ซัลฟาเมโทซาโซล และกลุ่มเซฟาโลสปอรินส์ สำหรับกรณีที่เชื้อไมโครพลาสมาสามารถแพร่กระจายไปสู่กระแสเลือด ระบบประสาทส่วนกลาง หรือ หัวใจ ผิวหนัง และข้อได้ รวมถึงผู้ป่วยเด็กจะไอนานหลายสัปดาห์ ดังนั้นหลักของการรักษาโรคปอดอักเสบ คือ มีการเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศในปอด และลดการขาดน้ำ เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคนี้ จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุของเชื้อ โรค การบำบัดด้วยออกซิเจน การทำกายภาพบำบัดทรวงอก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการลดไข้อย่างถูกวิธี

#### ภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบซ้ำ

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด พบได้บ่อยที่สุด นอกจากนี้ยังอาจเกิดมีลมและหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งเกิดจากการอักเสบอย่างรุนแรงของปอด ทำให้เนื้อปอดถูกทำลาย เกิดเป็นถุงหรือเป็นฝี แล้วแตกทะลุเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด พบว่าเด็กจะมีการเจ็บหน้าอก และเหนื่อยหอบขึ้นในทันที นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ พบว่าเด็กจะมีการเจ็บหน้าอก และอาจรู้สึกเจ็บมากขึ้นเมื่อเด็กมีการขยับตัวหรือไอ สำหรับรายที่มีการรุนแรง มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจมาก อาจมีแรงดันสูงขึ้น สำหรับภาวะแทรกซ้อนอื่น อาจพบว่าการติดเชื้อ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะปอดแฟบตามมาได้ (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา, 2555)

## ผลกระทบของการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ

เด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบแล้ว ก็ยังมีโอกาสกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำได้ และการติดเชื้อที่ปอดหลายครั้ง มีผลกระทบที่รุนแรงยิ่งขึ้น โดยผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะไข้ ไอ หอบ ซึ่งผู้ป่วยเด็กมักเกิดความเจ็บป่วยบ่อย ทำให้เด็กเกิดความไม่สุขสบายจากการหายใจเร็ว เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เจ็บที่หน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือเวลาไอแรงๆ มีอาการอ่อนเพลีย หรือมักพบว่าผู้ป่วยเด็กมีอาการไอมาก แต่ยกเว้นในเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง อาจไม่พบอาการไอหรือไอน้อยมาก เนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง และเด็กเป็นวัยที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันได้ไม่สมบูรณ์ เมื่อมีการติดเชื้อที่ปอดเกิดขึ้น ทำให้ร่างกายต้องการพลังงาน และสารอาหารเพิ่มขึ้น (สุนทรี รัตนชอุก, 2555) หากได้รับเท่าเดิมหรือน้อยกว่า จะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เมื่อร่างกายเพิ่มการเผาผลาญจึงต้องใช้พลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (จิรภา ชุมจันทร์, 2551; Katona & Katona-Apte, 2008) เป็นสาเหตุของภูมิคุ้มกันลดลง เช่น ปฏิกริยาการอักเสบและภูมิคุ้มกันชนิด IgA ซึ่งทำหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรคที่เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ และในผู้ป่วยเด็กยังเกิดขึ้นได้น้อย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำ เกิดโรคได้ง่าย และรุนแรงมากยิ่งขึ้น เกิดวัฏจักรระหว่าง ภาวะทุพโภชนาการและการติดเชื้อเกิดขึ้น (Schaible & Kaufmann, 2007; Soto-Martinez & Penon, 2014) ยิ่งขาดสารอาหารก็ยิ่งเจ็บป่วยบ่อย จึงเกิดเป็นวงจรการเจ็บป่วยของภาวะขาดสารอาหาร (illness-malnutrition cycle) (Lazzerini et al., 2016) ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโต (สุนทรี รัตนชอุก, 2555) และยังส่งผลต่อพัฒนาการที่ล่าช้าได้ หากได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสมตามวัย จะช่วยลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบได้ สำหรับผลกระทบด้านจิตใจนั้น เด็กที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีความไม่สุขสบาย เกิดความกลัว ความเครียด เนื่องจากความเข้าใจ การเรียนรู้ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ มีจำกัด (Wilson, 2009) สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง (อมรรักษ์ งามสวย และ จิตติมา สุขเลิศตระกูล, 2551) และอาจมีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ

นอกจากผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยเด็ก การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็ก ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดา หรือผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำมากขึ้น (จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, 2552; นวลจันทร์ ปราบพาล, 2552) สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ เกิดความวิตกกังวล ความเครียดจากการที่บุตรเข้ารับการรักษา และต้องปรับตัวเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุล เนื่องจากการที่เด็กเกิดความเจ็บป่วยหลายครั้ง ทำให้สภาพอารมณ์ของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Curley & Moloney-Harmon, 2001) สำหรับผลกระทบ

ทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการดูแลอีกด้วย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาล บางรายอาจต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลบุตร ที่สำคัญผู้ดูแลควรมีความระมัดระวังในการติดตามความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ หากผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่เหมาะสม จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Charles, 2002; Dowell, Kupronis, Zell, & Shay, 2000) และเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ยิ่งส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของโรคปอดอักเสบเช่นกัน (Huang et al., 2013) ซึ่งโรคปอดอักเสบนั้นเป็นโรคที่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรงได้ และเพื่อไม่ให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลที่เหมาะสม

### พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง กิจกรรม การกระทำ หรือโปรแกรม ที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็ก และการเพิ่มความต้านทานโรคให้แก่ร่างกายเด็ก เพื่อลดความรุนแรงไม่ให้เกิดซ้ำและลดอัตราการตายในเด็ก (WHO, 2016) ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่บ้าน จึงให้ความหมายของพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่บ้าน โดยครอบคลุมถึงการดูแลเมื่อเกิดอาการ การควบคุม และการป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำ

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2555) เป็นการกระทำของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำ โดยมีการดูแลเมื่อเกิดอาการ การควบคุม และการป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำ ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคปอดอักเสบซ้ำเมื่อเกิดอาการ ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า เมื่อเด็กมีน้ำมูกหรือมีเสมหะ บิดามารดาหรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลระบบทางเดินหายใจของเด็กป่วยให้โล่งด้วยการดูดเสมหะให้เด็ก และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ได้ และเมื่อเด็กมีน้ำมูกจะไม่กล้าเขঁดทำความสะอาดจมูก เพราะรับรู้ว่าเป็นการกระตุ้นให้เด็กเกิดอาการร้องไห้ ไอ มีน้ำมูกมากขึ้น (ศิริณี อิ่มน้ำขาว, 2548) และมีการศึกษาพบว่ามารดากลัวการดูดน้ำมูกและเสมหะโดยการใช้ลูกสูบยางแดง เพราะกลัวทำให้เด็กมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (สุคนธา คุณาพันธ์, 2545) ดังนั้นควรเน้นและสอนให้บิดามารดาสามารถดูแลเด็ก เพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการไอมีเสมหะ หรือมีน้ำมูกมาก 2) ด้านการประเมินการหายใจ เพื่อสังเกตการหายใจของผู้ป่วยเด็กว่ามีลักษณะหายใจเร็ว >60 ครั้ง/

นาที ในเด็กเล็ก หรือ > 40 ครั้ง/นาที ในเด็กโต มีหอบเหนื่อย เวลาหายใจเข้ามีอกบวม เนื่องจากผู้ป่วยเด็กใช้แรงในการหายใจที่เพิ่มขึ้น มีเสียงดังขณะหายใจเข้าและหายใจออก หายใจ มีปีกจมูกบาน และมีอาการเขียว หากบิดามารดาหรือผู้ดูแลพบอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก ต้องรีบพามาพบแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป 3) ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ เมื่อวัดไข้ทางรักแร้อุณหภูมิของร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือถ้าไม่มีปรอท ให้ใช้วิธีคลำตัวเด็กแล้วรู้สึกตัวร้อน แสดงว่าเด็กมีไข้ ซึ่งการลดไข้ ในขณะที่มีการเจ็บป่วย ให้การดูแลเด็กป่วยโดยการเช็ดตัว เพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กดื่มน้ำมากๆ ไม่ห่มผ้าให้ผู้ป่วยหนาจนเกินไปขณะไข้สูง รวมทั้งการดูแลให้ยาลดไข้ตามคำสั่งของแพทย์

สำหรับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคปอดอักเสบซ้ำของผู้ดูแลในการควบคุมและป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ โดยการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเป็นช่วงที่ร่างกายต้องการพลังงาน และเพื่อเสริมสร้างความต้านทานโรค และซ่อมแซมให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว โดยเริ่มตั้งแต่ดูแลให้ได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วงวัย 6 เดือนแรก (WHO, 2016) เพราะนมแม่มีสารอาหารที่มีประโยชน์ ครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของทารกช่วงวัยนี้ (Odunayo & Oyewole, 2006) หากเด็กเกิดความเจ็บป่วยจะช่วยลดระยะเวลา ลดอัตราการติดเชื้อโรคปอดอักเสบได้ ทำให้หายป่วยเร็วขึ้น ผู้ดูแลควรมีการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมตามวัย ซึ่งจะทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อโรคปอดอักเสบลดลง และไม่เกิดการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ และ ชนิดดาสรระโสม, พิมพารณ กั่นกั่น, และ นิตยา ไทยาภิรมย์ (2554) พบว่าควรเพิ่มสารอาหารประเภทสังกะสี วิตามินเอ เหล็ก และฟอลิกแอซิด เพื่อช่วยเสริมสร้างการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด ที-ลิมโฟไซต์ (T-lymphocyte) ให้เกิดการป้องกันต่อเชื้อโรคแปลกปลอมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และวิตามินเอมีหน้าที่ในการสร้างและซ่อมแซมเยื่อต่างๆ และภูมิคุ้มกันของร่างกาย แต่สารอาหารประเภทเหล็กและวิตามินเอ ไม่สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของเด็กทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อโรคปอดอักเสบได้ เมื่อเด็กกลับไปพักฟื้นที่บ้านควรให้คำแนะนำผู้ดูแลใส่ใจในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการ และมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ รวมถึงการดูแลให้ดื่มน้ำหรือดื่มนม นั้น ต้องระวังการสำลัก จัดให้ผู้ป่วยเด็กนอนในท่าศีรษะสูง ไม่ดื่มน้ำหรือดื่มนมในขณะที่ผู้ป่วยเด็กหายใจหอบเหนื่อยหรือไอ และควรเริ่มให้เด็กได้รับนมแม่ตั้งแต่วัย 6 เดือนแรก (WHO, 2016) เพราะมีสารอาหารที่มีประโยชน์ ครบถ้วน สมดุล และพอเหมาะต่อความต้องการ (Odunayo & Oyewole, 2006) ซึ่งการส่งเสริมการเลี้ยงเด็กด้วยนมมารดาจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อโรคปอดอักเสบได้ สำหรับเด็กวัย 1-3 ปี มีความต้องการสารอาหารใน 1 วัน ได้แก่ ข้าว-แป้ง 3 ทัพพี

ผัก 2 ทับพี ผลไม้ 3 ส่วน เนื้อสัตว์ 3 ช้อนกินข้าว นม 2 แก้ว น้ำมัน กะทิ น้อยกว่า 3 ช้อนชา น้ำตาล น้อยกว่า 2 ช้อนชา และเด็กวัย 4-5 ปี มีความต้องการสารอาหารใน 1 วัน ได้แก่ ข้าว-แป้ง 5 ทับพี ผัก 3 ทับพี ผลไม้ 3 ส่วน เนื้อสัตว์ 3 ช้อนกินข้าว นม 3 แก้ว น้ำมัน กะทิ น้อยกว่า 4 ช้อนชา น้ำตาล น้อยกว่า 3 ช้อนชา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) 2) ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย โดยผู้ดูแลต้องหาวิธีที่ช่วยให้เด็กได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ (Kelly, 2007) เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Besedovsky et al., 2012; Lange et al., 2010) เนื่องจากอาการแสดงของโรคอาจทำให้เด็กหลับได้น้อยลง (เกศรา เสงงาม, 2551; อมรรักษ์ งามสวย และ จิตติมา สุขเลิศตระกูล, 2551) และการรักษาอุณหภูมิร่างกายเด็กให้อบอุ่นอยู่เสมอ เมื่อพิจารณาจากสภาพอากาศ พบว่าช่วงที่อากาศเย็นหรือฤดูหนาว ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโดยใส่เสื้อผ้าหนาๆ ห่มผ้าเวลานอน และควรอาบน้ำ หรือสระผมด้วยน้ำอุ่น ในช่วงเวลาบ่าย โดยรีบเช็ดตัวให้แห้งทันที และหลีกเลี่ยงการสัมผัสอากาศที่เย็น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เพื่อเสริมสร้างความต้านทานต่อโรคแก่เด็กป่วย (WHO, 2016) และเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบตามมาในภายหลัง 3) ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม โดยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้มีการระบายอากาศที่ดีโดยเฉพาะห้องนอนของเด็กควรมีอากาศถ่ายเท แสงแดดส่องถึงได้สะดวก ปราศจากฝุ่นละออง หรือควันต่างๆ เช่น ควันบุหรี่หรือควันไฟ (WHO, 2016) ทำให้เกิดการระคายเคือง ทำลายเยื่อทางเดินหายใจ กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกาย ทำให้ทางเดินหายใจหดเกร็ง และเพิ่มการขับน้ำมูกในทางเดินหายใจ ทำให้กลไกการต้านทานการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้เพิ่มขึ้น และ 4) ด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค คือ วัคซีนฮิบ (Hib), นิวโมคอคคัส (pneumococcus), หัด (measles) และ ไอกรน (pertusis) ซึ่งมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันโรคปอดอักเสบ โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร่างกายยังไม่สามารถสร้างภูมิต้านทานโรคได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นควรดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ และที่สำคัญ การได้รับวัคซีนป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ อยู่ 2 ชนิด คือ วัคซีนนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกตวัคซีน (pneumococcal conjugate vaccine, PVC) และวัคซีนนิวโมคอคคัสชนิดโพลีแซคคาไรด์วัคซีน (23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine, PPSV23) ซึ่งวัคซีนนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกตจะออกฤทธิ์กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันได้ดีในเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี โดยผ่านทาง T lymphocyte และชนิดโพลีแซคคาไรด์วัคซีน ออกฤทธิ์ต่อแบคทีเรีย 23 ชนิด ที่ทำให้เกิดโรคปอดบวม แต่ผลลัพธ์ที่ได้ไม่ค่อยดีนักในเด็กเล็ก จึงใช้เป็นวัคซีนสำหรับผู้ใหญ่ และเป็นวัคซีนกระตุ้นหลังจากได้รับชนิดคอนจูเกตวัคซีนครบชุด ในเด็กกลุ่มเสี่ยงและต้องการวัคซีนเพิ่มเติม โดยในช่วงแรกนั้นจะมีวัคซีน PrevnarTM (PCV7) ประกอบด้วยเชื้อนิวโมคอคคัส 7 ชนิด ได้รับการขึ้นทะเบียนครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2543 ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 มีการนำวัคซีน (PCV13) เข้ามาและมีการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ซึ่งวัคซีนประกอบด้วยเชื้อนิวโมคอคคัส 13 ชนิด เข้ามาแทน (PCV7) สำหรับประสิทธิภาพของวัคซีน PCV13 พบว่าในประเทศ



สหรัฐอเมริกาการศึกษาแบบ case control study ถึงประสิทธิภาพในการป้องกันโรค invasive pneumococcal disease (IPD) ในเด็กอายุ 2-59 เดือนที่ได้รับการฉีดวัคซีน PCV13 อย่างน้อย 1 dose พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดการเกิด IPD โดยรวมร้อยละ 59 และจากการศึกษาของ ชนิดดา สระโสม และคณะ (2554) เกี่ยวกับการประเมินผลการเกิดโรคปอดอักเสบ และอัตราการเกิดโรคติดเชื้อแบคทีเรียนิวโมคอคคัส จาก meta analysis พบว่า การใช้ pneumococcal conjugate vaccine สามารถลดการติดเชื้อที่ทำให้เกิด pneumococcal disease ลง ร้อยละ 89 สามารถป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบได้ร้อยละ 6-7 นอกจากนี้ยังรวมถึงการดูแลให้พักผ่อน โดยการสนับสนุนให้เด็กได้พักผ่อนและนอนหลับอย่างเต็มที่ (Kelly, 2007) เหมาะสมตามวัย คือ นอนหลับเวลากลางคืน อย่างน้อยวันละ 10-12 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน อย่างน้อย วันละ 1-2 ชั่วโมง เพราะระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานได้ดีที่สุดในช่วงเวลานอนหลับ (Besedovsky et al., 2012; Lange et al., 2010)

ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำได้ดังนี้ 1) ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ 2) ด้านการประเมินการหายใจ 3) ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ 4) การดูแลให้อาหารและน้ำ 5) ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย 6) ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านก็เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กได้รับการกระตุ้นจากภายนอก อาจเพิ่มความรุนแรงของโรคมมากขึ้นได้ 7) ด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ต้องอาศัยหลักการดูแลในแต่ละด้าน เมื่อผู้ดูแลมีวิธีการดูแลแต่ละด้านที่ถูกต้อง จะช่วยลดการเกิดโรคปอดอักเสบได้ หากผู้ดูแลมีการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้อุบัติการณ์การเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น (Kelley, 2007) และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกทั้งการดูแลด้านความอบอุ่นของร่างกาย และการดูแลเด็กให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ก็เป็นสิ่งจำเป็น ที่ช่วยในการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ (WHO, 2016) ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้น รวมถึงการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็ก มักเกิดจากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น หากผู้ดูแลมีการรับรู้ในทางที่ดี มีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วย จะทำให้เกิดความสนใจที่จะลงมือกระทำ หรือให้การดูแลเกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำลงได้

## การประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ซึ่งสามารถประเมินผลได้จากการใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเครื่องมือที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแล และพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ของ สรณี อักษรวน (2548) ที่สร้างตามคำนิยามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ของ พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒน์ (2555) ประกอบด้วย ด้านการให้อาหาร ด้านวิธีการให้ดื่มน้ำหรือดื่มนม ด้านการให้ยา ด้านการสังเกตการหายใจ ด้านการดูแลแผลใช้ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดสภาพแวดล้อม รวมทั้งหมดมี 49 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = .84 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้ยอมรับได้เท่ากับ .91 เครื่องมือเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง ทำทุกครั้ง ถึง 1 หมายถึง ไม่เคยทำเลย และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือคะแนนรวมมาก หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องในระดับมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องระดับน้อย

2. แบบสัมภาษณ์การเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก ของมารดา ของ ประกริต รัชวัตร (2536) ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก รวมทั้งการดูแลบุตรเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย ของ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2558) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 24 ข้อ และส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย เป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67

3. แบบสอบถามพฤติกรรมมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรปฐมวัยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ ของ ยศวีร์ กิริติภควัด (2553) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ร่วมกับแนวทางการดูแลเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ รวมทั้งหมดมี 10 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .87 เครื่องมือ

เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง ทำทุกครั้ง ถึง 1 หมายถึง ไม่เคยทำเลย และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือคะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัยที่ถูกต้องในระดับมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง พฤติกรรมมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัยถูกต้องที่ถูกต้องระดับน้อย

4. แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 1-5 ปี ของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาในโรงพยาบาล ของ อรอนงค์ สุพรรณจนากพ (2543) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ซึ่งแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก รวมทั้งหาค่า 21 ข้อ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .84

5. แบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พาบุตรมารับการตรวจรักษาด้วยโรคปอดอักเสบ ของ กุลรัศมิ์ ชำนิโน (2559) ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กทั้งหมด 29 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็ก เท่ากับ .80

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ด้านการดูแลน้ำมูกหรือเสมหะ ด้านการประเมินการหายใจ ด้านการดูแลไข้ ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นร่างกาย ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม รวมถึงด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากแบบสอบถามดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการโรค สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการดูแลและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล โดยส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อภายในตัวบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้นมีการแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์ต่างๆ ตามความคิด ความเข้าใจ (Rosenstock, 1974) และยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย 1.1) ความเชื่อ การที่บุคคลมีความศรัทธา ไว้วางใจต่อประสบการณ์ที่ได้รับ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้น 1.2) การรับรู้ของบุคคล การรับรู้คือกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ในการตีความหมายของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ 1.3) ทักษะคิด เป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลในทุกด้าน หากทักษะคิดของบุคคลเปลี่ยน จะมีอิทธิพลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย 1.4) ลักษณะส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรมป้องกันของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 1.4.1) เพศ เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่สำคัญ แสดงถึงความแตกต่างด้านสรีระวิทยาที่ใช้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกัน 1.4.2) อายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสในการเรียนรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ แปรความ หรือให้เหตุผลจะดีกว่าผู้ที่อายุน้อย 1.4.3) ระดับการศึกษาหรือการฝึกอบรม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเนื่องจากความรู้ที่ได้รับ จะมีส่วนช่วยให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องและชัดเจน 1.4.4) สถานภาพการสมรส เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน 1.4.5) สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง 1.4.6) ระยะเวลาในการดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแล 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย 2.1) การสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด 2.2) วัฒนธรรมขององค์กร เป็นรูปแบบหรือโครงสร้างของกลุ่มที่มีบรรทัดฐาน และข้อตกลงร่วมกันของสมาชิก ทำให้เกิดพฤติกรรมของกลุ่มที่สมาชิกต้องยึดถือ ปฏิบัติร่วมกันเป็นธรรมเนียม เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

## การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ที่ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือการเจ็บป่วยแล้ว มีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Becker, 1974) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก หมายถึง ความรู้สึกหรือความเห็นของบิดามารดา ต่อการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบซ้ำของลูก ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เมื่อได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ในด้านการให้อาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ด้านวิธีการดูแลให้ดื่มน้ำหรือดื่มนม ด้านการดูแลให้ยา ด้านการสังเกตการหายใจ ด้านการดูแลการลดไข้ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการจัดสภาพแวดล้อม ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งการทำให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการดูแลที่ไม่เหมาะสมนั้น จะกระตุ้นให้เกิดความกลัว และเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม และลดความรุนแรงของโรค

ในด้านความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจและโรคปอดอักเสบ ดังการศึกษาของ มยุรี ยอดอินทร์ (2547) และ อรอนงค์ สุพรรณจนากพ (2543)

### การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก

1. แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ของ สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ (2541) ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker, 1974 เป็นพื้นฐาน ที่สร้างขึ้นมาโดยดัดแปลงมาจากที่ใช้ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตร ของ ประกริต รัชวัฒน์ (2536) มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะมีด้านบวก 6 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่เห็นด้วย จนถึง 3 เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

2. แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก ของ กุลรัศมี ชำนินอก (2559) ที่สร้างจากการศึกษาดำรงและการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะมีด้านบวก 13 ข้อ ด้านลบ 2 ข้อ เป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ตั้งแต่ 1

ไม่เห็นด้วย จนถึง 3 เห็นด้วยมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .80

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ในเด็ก ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถาม ประกอบด้วย ด้านการให้อาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ด้านวิธีการดูแลให้ดื่มน้ำหรือดื่มนม ด้านการดูแลให้ยา ด้านการสังเกตการหายใจ ด้านการดูแลการลดไข้ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดสภาพแวดล้อม ซึ่งมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากแบบสอบถามดังกล่าวข้างต้นส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมดูแลและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ

#### **การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ**

การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของบิดามารดา ที่ขัดขวางหรือกีดกันความรู้สึกนั้นๆ ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค เวลาในการทำงาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กของผู้ดูแล ซึ่งกระทำเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในการป้องกันนั้นๆ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำของผู้ดูแล

ในด้านความสัมพันธ์ สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ดังการศึกษาของ มยุรี ขอดอินทร์ (2547) และ ชญานันท์ ใจดี และคณะ (2555)

## การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

1. แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ของ สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ (2541) ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบเคอร์ (Becker, 1974) เป็นพื้นฐาน ที่สร้างขึ้นมาโดยดัดแปลงมาจากที่ใช้ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตร ของ ประกริต รัชวรัตน์ (2536) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะมีด้านบวก 7 ข้อ ด้านลบ 3 ข้อ เป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือไม่เห็นด้วย จนถึง 3 เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

2. แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก ของ กุลรัสมิ์ ชำนินอก (2559) ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาตำรา และการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมดมีความหมายด้านลบ เป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่เห็นด้วย จนถึง 3 เห็นด้วยมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .81

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถามประกอบด้วย ด้านการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค เวลาในการทำงาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กของผู้ดูแล โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากแบบสอบถามดังกล่าวข้างต้นส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมดูแลและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ

Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรค  
ของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ กับพฤติกรรมการดูแล  
ของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ**

ผู้ดูแลของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำ ที่มีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่อาจก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสีย เป็นผลจากการรับรู้ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมอื่นๆของผู้ดูแล ที่จะส่งผลไปถึงพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ จากการศึกษาหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ มยุรี ยอดอินทร์ (2547) พบว่ามารดาส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.90 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สุพรรณจนากพ (2543) พบว่าการป้องกันโรคปอดอักเสบของผู้ปกครองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.5 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรุนแรงที่เกิดขึ้นรวมถึงการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กมักเนื่องมาจากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การขาดความรู้เรื่องโรค (เกศกนก เข้มคง, 2550) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการดูแลหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเพื่อสุขภาวะที่ดี โดยเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลด้วย ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ จากการศึกษาของ มยุรี ยอดอินทร์ (2547) พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.70 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานันท์ ใจดี และคณะ (2555) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับ



พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของ ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ จึงมีความสัมพันธ์ ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรค ปอดอักเสบซ้ำ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลใน การดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่บ้าน โดยครอบคลุมถึงการดูแลเมื่อเกิดอาการ การควบคุม และการป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำ ซึ่งแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ จากการทบทวน วรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ประกอบด้วย ด้านการดูแล น้ำหนักหรือเสมหะ ด้านการประเมินการหายใจ ด้านการดูแลดื่มน้ำ ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ ด้าน การดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นร่างกาย ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม และด้านการดูแลให้ ได้รับภูมิคุ้มกันโรค พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก หมายถึง ความรู้สึกหรือความเห็นของบิดามารดา ต่อโรคหรืออาการของการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็ก ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่าย ถ้า ผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคก่อให้เกิดการเสียชีวิต ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ดี ในทาง ตรงกันข้ามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกหรือความเห็นของบิดามารดา เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ขัดขวาง หรือกีดกันความรู้สึกนั้นๆ ทำให้เกิดความขัดแย้งในผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกระทำเป็น เวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในการป้องกัน ฉะนั้นการรับรู้ ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก โรคปอดอักเสบซ้ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็กอยู่ต่ำกว่า 5 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็ก ได้อย่างเหมาะสม มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ แต่ถ้า หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสม ก็ทำให้เด็กเกิดการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำเพิ่มมากขึ้น