

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาของการสอน โดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต่อความรู้ เจตคติและการดูแลบุตรครั้งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยดังนี้ คือ

1. การพยาบาลครอบครัว
2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม
3. บทบาทการเป็นมารดาและความวิตกกังวลของมารดา
4. การสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร
5. โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในเด็ก

1. การพยาบาลครอบครัว (Family Nursing)

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือทางกฎหมาย มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดเป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมอื่น นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย

หน้าที่ของครอบครัว

Friedman (1986) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้คือ

1. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น เสื้อผ้า อาหาร ที่อยู่อาศัย ฯลฯ ซึ่งรวมทั้งการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น
2. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรักความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว

3. หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยการอบรมสั่งสอนให้คำแนะนำ รวมทั้งการให้โอกาสในการศึกษาหาความรู้
4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม
5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสาย หรือผลิตสมาชิกใหม่เพื่อเป็นผู้สืบสกุล

การดูแลสุขภาพครอบครัว

เนื่องจากครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม เป็นหน่วยที่ให้การอบรมเลี้ยงดูและดูแลรักษา เพื่อบุคคลในครอบครัวอยู่ในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เพราะถ้าบุคคลได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างดี ย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยน้อย ในขณะที่เดียวกันถ้ามีการป่วยขึ้นในครอบครัว ครอบครัวจะเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นหายป่วยโดยเร็ว หรือในทางกลับกันก็อาจทำให้บุคคลนั้นเจ็บป่วยมากขึ้น ได้เช่นกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

ภาวะสุขภาพครอบครัวและการดูแล

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่องและปรากฏตลอดชีวิตของบุคคล ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการเพิ่มพฤติกรรมเพื่อปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบครัวเป็นแหล่งสุขภาพที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมากที่จะทำการดูแลรักษาตลอดระยะเวลาของภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย

Keltner (1992) ได้ทำการศึกษาถึงอิทธิพลของครอบครัวต่อภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน โดยทำการศึกษากับเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3 - 5 ปี จำนวน 110 คน จากครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยใช้แบบสอบถามบิดามารดา และสมมุติบันทึกสุขภาพเด็ก พบว่าการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว และการจัดสภาพแวดล้อมของบ้าน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็ก โดยครอบครัวที่สมาชิก/ครอบครัวมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นระเบียบดีกว่า เด็กจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .004 และสมาชิกครอบครัวที่มีการจัดสภาพแวดล้อมของบ้านที่ดีกว่า เด็กจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยุบลรัตน์ ชาวงษ์ (2528) ได้ศึกษาถึงบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเอาใจใส่นักเรียนด้านสุขภาพอนามัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพนักเรียน โดยทำการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 150 ราย และผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นตัวอย่าง จำนวน 150 ราย ซึ่งผลของการศึกษาพบว่า การดูแลเอาใจใส่นักเรียนด้านสุขภาพอนามัยและจำนวนบุตรมีชีวิต มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพนักเรียนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว และความรู้ของผู้ปกครองด้านสุขภาพอนามัยตามลำดับ

อรพินธ์ เจริญผล, มาลี เลิศมาลีวงศ์ และกาญจนา บุญทัน (2534) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ปกติ พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 3 ตัว คือ แรงสนับสนุนจากสามี ระบบครอบครัว และแรงสนับสนุนจากมารดา

ประกายแก้ว กำคำ (2534) ได้ศึกษาผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครั้งแรก ในระยะเจ็บครรภ์ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือจากสามี กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสามี ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือจากสามีมีการควบคุมตนเองได้ดีกว่า มีความต้องการยาระงับปวดน้อยกว่า ใช้ระยะเวลาในการคลอดน้อยกว่า และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอยู่ในระดับดี

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่งต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่ในการปรับตัวเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งอาจสรุปได้เป็น 6 ระยะ ดังนี้คือ

1. ระยะป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

ครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดามีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การพาบุตรไปรับวัคซีนป้องกันโรค การวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ทั้งสิ้น

2. ระยะเริ่มต้นเจ็บป่วย

เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยอาจรู้สึกผิดปกติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นบอก ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย คิดว่าไม่สำคัญ ไม่สนใจที่จะดูแลรักษาครอบครัว จะมีอิทธิพลในระยะนี้ได้ เช่น แม่บ้านเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องโดยเร็ว ในทางตรงข้ามถ้าครอบครัวไม่สนใจ ละเลย อาจเป็นสาเหตุให้ความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้นได้

3. ระยะยอมรับความเจ็บป่วย

เป็นระยะที่บุคคลเริ่มยอมรับว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตน อาจมีความกลัว วิตกกังวล จึงมักจะปรึกษาสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ต้องการความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ซึ่งพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการดูแลตนเอง

4. ระยะแสวงหาการรักษา

เป็นระยะที่สมาชิกในครอบครัวไปหาผู้ที่จะทำการรักษาเพื่อให้หายจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าความเชื่อทางสุขภาพของครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการรักษา ครอบครัวจะเป็นผู้ชี้แนะในการใช้บริการทางการแพทย์ทั้งในและนอกระบบตามความเชื่อของตน

5. ระยะที่ยอมรับว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น

สังคมยอมรับว่าผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เป็นบทบาทสำคัญที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถรับการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวเป็นหน่วยปฐมภูมิที่ให้ความช่วยเหลือในเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย เพื่อช่วยให้สมาชิกกลับสู่ภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมในระยะนี้ ผู้ป่วยเองจึงต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจกังวลเกี่ยวกับตนเอง ปรับตัวไม่ได้ ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ใจน้อย เรียกร้องความสนใจ

6. ระยะเวลาสุดท้ายของการเจ็บป่วย

อาจเป็นระยะที่หายจากโรค มีการฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้สมาชิกฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ในการช่วยให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติและกลับสู่สังคมได้โดยเร็วที่สุด แต่ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตครอบครัวจะอยู่ในภาวะเศร้าโศกจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในทีมสุขภาพเช่นกัน

การพยาบาลครอบครัวจึงหมายถึง การบริการสุขภาพแก่ครอบครัว โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศิลปการพยาบาลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว และช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ โดยมุ่งให้ครอบครัวสามารถดำรงภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับอัตภาพของครอบครัวนั้น ๆ (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวได้พัฒนามาจากการพยาบาลองค์รวมและการพยาบาลเด็กในระยะแรก ๆ ซึ่งแนวความคิดแบบองค์รวม ได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในเรื่องสุขภาพและการแพทย์ การสาธารณสุขสมัยใหม่ ในช่วงตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1970 เนื่องจากได้มีการตระหนักถึงบุคคลในฐานะองค์รวมซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และกลมกลืนกับธรรมชาติที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) จะเน้นที่ตัวบุคคล ซึ่งมีดุลยภาพของร่างกาย-จิตใจ-วิญญาณ-สังคม และสิ่งแวดล้อม แทนที่จะมุ่งเน้นที่โรคหรืออาการของโรค ดังในทฤษฎีการแพทย์แบบเดิม (กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2534) ซึ่งพบว่าพยาบาลที่ยึดการดูแลแบบองค์รวมจะยึดครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการพยาบาลมากกว่าการพยาบาลสาขาอื่น ๆ แม้ว่ามิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล จะได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1893 ซึ่งเธอระบุว่าพยาบาลชุมชน (Health missionaries) จะต้องเข้าถึงครอบครัวตามบ้านและให้ความรู้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับศิลปะในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด และดูแลครอบครัวให้มีสุขภาพดี ซึ่งแนวความคิดนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลชุมชนของพยาบาลสาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้ขยายสู่การพยาบาลสาขาอื่น ๆ เท่าที่ควร ต่อมาการพยาบาลแม่และเด็กได้พยายามเชื่อมช่องว่างระหว่างบุคคล และครอบครัวจึงได้มีการผสมผสานการดูแลเฉพาะทางกับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางได้สำเร็จ ทำให้การพยาบาลครอบครัวมากขึ้น โดยเป็นการดูแลครอบครัวทั้งครอบครัว โดยเน้นที่มารดาและทารก ซึ่งต่อมาก็ได้มีการรวมบิดาเข้าไว้ในการดูแลด้วย

พยาบาลเองก็ให้เห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น เช่น นฤมล ชีระรังสิกุล (2534) ได้เน้นถึงบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล (2536) ได้กล่าวถึงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งต่อมากการพยาบาลจิตเวชก็ให้เห็นความสำคัญของครอบครัว จึงได้เริ่มมีการพัฒนาการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางมากขึ้น รวมทั้งมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลครอบครัว นอกจากนี้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ก็ได้มีการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลครอบครัวเข้ามาในหลักสูตรมากขึ้น และในปัจจุบันก็มีการสอนสาขาการพยาบาลครอบครัวในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2530 ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทบาทของพยาบาลครอบครัว

เป้าหมายของการให้การพยาบาลครอบครัว คือ การส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของครอบครัว (Friedman, 1986) ซึ่งมีไม่ใช่เป็นเพียงการรักษาสุขภาพครอบครัวให้แข็งแรงเท่านั้น แต่ต้องมีการกระตุ้นหรือให้การพยาบาลที่จะทำให้ครอบครัวป้องกันตนเองได้จากความเจ็บป่วย ภาวะเครียดต่าง ๆ

ปัจจุบันนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ได้เน้นที่การมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับหลักของการพยาบาลครอบครัว กล่าวคือ การช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้เพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางกายและจิตใจ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพ และพึ่งตนเองหรือดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลครอบครัวยังมีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะวิกฤติด้วย

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลครอบครัวที่สำคัญมี 8 ประการดังนี้ (Friedman, 1986)

1. ผู้สอนสุขศึกษา (Health Educator)

พยาบาลควรแสดงบทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นการให้ข้อมูลโดยการสอน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์หลักคือการสอนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค เพื่อช่วยให้ครอบครัวเกิดทักษะในการเผชิญหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2. ผู้ประสานงาน (Coordinator)

เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีหน้าที่ในการประสานงานกับหน่วยงาน ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

3. ผู้ดูแลและนิเทศ (Deliver and supervisor of physical care)

นอกจากบทบาทในการดูแลแล้ว พยาบาลยังต้องมีหน้าที่ในการนิเทศผู้อื่นที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น การสอนให้ญาติทำแผลให้ผู้ป่วย การสอนให้มารดาอาบน้ำบุตร เป็นต้น

4. ผู้ร่วมงาน (Collaborator)

ในบางครั้งพยาบาลอาจมิใช่ผู้ที่เป็นหลักในการดูแล แต่เป็นสมาชิกคนหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่จะร่วมมือกับสมาชิกอื่น ๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วย

5. ผู้แนะแนว (Counselor)

คือการประเมินผู้ให้คำแนะนำให้ข้อมูลแก่ครอบครัว โดยให้อิสระในการตัดสินใจแก่ครอบครัว ในการเลือกทางปฏิบัติเอง โดยพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลหรือสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

6. ที่ปรึกษา (Consultant)

โดยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลด้วยกัน หรือสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

7. นักระบาดวิทยา (Epidemiologist)

ทำการรวบรวมสถิติที่สำคัญและรายงานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8. ผู้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Environmental modifier)

การดูแลครอบครัวมิใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาลเท่านั้น ยังรวมไปถึงการช่วยเหลือแนะนำดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมอีกด้วย

2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-care model)

โอเรมได้เริ่มเสนอรูปแบบ/ทฤษฎีทางการพยาบาลครั้งแรกในปี ค.ศ. 1959 โดยเน้นที่การดูแลบุคคล ซึ่งต่อมาก็ได้พัฒนาขึ้นมาตามลำดับ โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อตกลงทั่วไปเบื้องต้นว่า บุคคลทุกคนไม่จำเป็นและไม่ควรจะต้องได้รับการดูแลจากพยาบาล บุคคลจะได้รับประโยชน์จากการพยาบาลก็ต่อเมื่อมีข้อจำกัดบางประการที่เกี่ยวกับสุขภาพ ในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตนเอง ในทัศนะของโอเรมมนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง (Self reliant) และรับผิดชอบ (responsible) ต่อการดูแลตนเองตลอดจนสวัสดิภาพ (well being) ของตนเองและผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองหรือบุคคลในปกครองของตน การดูแลตนเองเป็นความสามารถที่เป็นผลจากประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอดความคิดของตน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีคือ

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self care)

โอเรมได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคล ซึ่งริเริ่มโดยบุคคลเพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเองไว้ การดูแลตนเองเป็นเรื่องธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) การที่พยาบาลมี

ความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง จะช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเสริมความสามารถของบุคคล ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ตลอดจนการสังเกตและ ประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533)

โอเรมได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 อย่าง คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self care requisities) เป็นการดูแลตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล กิจกรรมการดูแลตนเองโดย ทั่วไปมี 6 ด้าน คือ

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ อาหาร และน้ำที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่โดยลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงที่สุด

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-care requisities) เป็น การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

- 2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และ ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการตามระยะพัฒนาการของชีวิต
- 2.2 การจัดหา การดูแล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อบุคคลในสภาพแวดล้อมที่ อาจจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคล หรือเพื่อระงับ บรรเทา หรือเอาชนะสิ่งที่จะก่อให้เกิด อันตรายดังกล่าว

3. การดูแลตามการเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health deviation Self-care requisities) ได้แก่

- 3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือทางด้านกายภาพ จากบุคคลที่เชื่อถือได้
- 3.2 รับรู้ สนใจในพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้น
- 3.4 รับรู้ สนใจ หรือควบคุมสิ่งทำให้เกิดความไม่สุขสบาย
- 3.5 ปรับอัตมโนทัศน์ (Self concept) และอัตลักษณ์ (self-image) เลียใหม่ให้เหมาะสม โดยยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นในการพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ
- 3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตในสภาพที่เจ็บป่วยและในสภาพที่เป็นผลจากการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่

2. ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care Deficit)

ความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอหรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบไม่เพียงพอ บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความบกพร่องในการดูแลตนเอง และสนองตอบความต้องการการช่วยเหลือของบุคคล แต่ขณะเดียวกันยังคงไว้ซึ่งการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือช่วยให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยกลายเป็นผู้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing System)

คือระบบที่เกิดมาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลจึงเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ระบบการพยาบาลแบ่งตามการดูแลเป็น 3 ชนิด คือ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) ใช้เมื่อผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือบุคคลดังต่อไปนี้คือ

- ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจกระทำ (deliberate action) ไม่ว่ารูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองได้
- ผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง
- ผู้ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์

ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดนี้ พยาบาลมีบทบาทในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยการทำหน้าที่ทดแทนในส่วนที่บกพร่อง โดยมีบทบาทดังนี้คือ

- สนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
- ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
- ประคับประคองและป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partially Compensatory System) เป็นระบบการพยาบาลที่พยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self care requisites) ในขณะที่พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองตามความต้องการที่เกิดจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care requisites) ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือบุคคลดังต่อไปนี้ คือ

- ต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างเนื่องจากโรคหรือแผนการรักษาของแพทย์
- ขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง
- ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.3 ระบบระดับประคองและให้ความรู้ (Supportive Educative Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นการสอนและให้คำแนะนำ ชี้แนะ และส่งเสริมสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือนำความสามารถในการดูแลตนเองไปใช้ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีของโอเรม

นิตยา วรชาครียนันท์ (2531) ศึกษาผลของการใช้คู่มือการปฏิบัติตนที่ดีต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตน ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น มีเจตคติต่อการดูแลตนเองดีขึ้น มีพฤติกรรมที่หายใจโดยใช้ กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม และการไอเอาเสมหะออกอย่างถูกวิธีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

พรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ ในผู้ป่วย จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 ราย ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ได้รับคำแนะนำและข้อมูลหลายแบบร่วมกัน ได้แก่ ความรู้สึกที่ต้องประคบหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการเผชิญภาวะเครียด โดยการใช้ เทคนิคการผ่อนคลาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน หลังผ่าตัดวันที่ 3 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรชร มาลาหอม (2534) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไต โดยใช้รูปแบบการพยาบาลเช่นเดียวกับ พรจันทร์ พงษ์พรหม ในผู้ป่วย จำนวน 48 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 22 ราย กลุ่มทดลอง 26 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน จำนวน ครั้งการลุกเดินหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด น้อยกว่าผู้ป่วย กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดรุณี ชุณหะวัต, ยุวดี ภาษา และมุกดา คุณาวุฒิน (2535) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง และการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาออก ในหอผู้ป่วยจักษุสาสามัญชายและหญิง 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ในวันที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและภายหลังกลับบ้าน 1 - 2 สัปดาห์ตามลำดับ และการปรับตัวในสังคมโดยรวมของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ภายหลังกลับบ้าน 1 - 2 สัปดาห์

วัชรวิ กลิ่นเฟื่อง (2535) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเอง และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ จำนวน 79 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 41 ราย กลุ่มทดลอง 38 ราย ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สำหรับกลุ่มทดลองนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการชมวีดีโอเทป เรื่องการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 3 วันแรก ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง และให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเองหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกทุกข์ทรมาน จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, .01$ และ $.05$ ตามลำดับ) จำนวนครั้งในการลุกเดินหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 ระยะทางในการเดินหลังผ่าตัดวันที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, .05$ และ $.01$ ตามลำดับ) รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $.05$ ตามลำดับ)

ชนิดรฐา หาญประสิทธิ์คำ (2535) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 27 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายในวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด

และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลตนเองใน 3 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัด น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สบายในวันแรกและวันที่ 3 หลังได้รับเคมีบำบัด และคะแนนเฉลี่ยภาวะอารมณ์ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จริยาวัตร คมพัยค์ษ์ (2536) ได้สรุปถึงปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2536) ได้บรรยายไว้ในการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง : จุดเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมในทศวรรษหน้า ไว้ดังนี้

1. ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้การนำเอาหลักการของ Self - care เข้ามาผสมผสานในการพยาบาล ได้แก่

1.1 นโยบายระดับชาติ ซึ่งปัจจุบันได้ให้ความสำคัญและกระตุ้นให้เห็นแนวปฏิบัติในเรื่องของ Self - care โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมากขึ้น

1.2 เป้าหมายการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีความชัดเจน ครอบคลุม และสอดคล้องกับหลักการของ Self - care เป็นอย่างมาก ทำให้มองเห็นได้ว่า สามารถที่จะรับเอาแนวคิดของ Self - care เข้ามาผสมผสานกับองค์ความรู้ของวิชาชีพได้ง่ายขึ้น เพื่อช่วยให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานหรือมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง โดยเน้นในเรื่องของ

- การเปลี่ยนแนวคิดให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เป็นหน้าที่และเป็นสิทธิเบื้องต้นของบุคคล

- สร้างความมั่นใจให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพอยู่ในระดับดีได้

- ให้การศึกษาที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ตลอดไป

- ให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล หรือปฏิบัติในสิ่งที่เขามีปัญหาทาง

สุขภาพ

- ให้คำปรึกษา แนะนำ เพื่อให้บุคคลดูแลตนเองได้

1.3 การมีกรอบทฤษฎี / องค์ความรู้ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

1.4 ทรัพยากรบุคคล พิจารณาใน 2 ประเด็น คือ พยาบาลในฐานะพยาบาล (Nurses as Nurses) และพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้หญิง (Nurses as Women) ซึ่งทั้ง 2 สิ่งนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำหลักการของการดูแลสุขภาพตนเอง มาใช้ในการให้บริการสุขภาพ

1.5 วิชาชีพพยาบาล ความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่ทำให้พยาบาลจำเป็นต้องช่วยกันหาเอกลักษณ์ของวิชาชีพ เพื่อให้สามารถยืนอยู่บนตัวของเราเองได้อย่างภาคภูมิใจแตกต่างจากวิชาชีพอื่น การศึกษาพยาบาลก็เป็นแรงผลักดันอีกอย่างหนึ่ง เพื่อเป็นการยกระดับวิชาชีพขึ้นมาอีกก้าวหนึ่ง การศึกษามีส่วนผลักดันให้การใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีระบบมากขึ้น

2. อุปสรรค ที่ทำให้การนำเอาหลักการของ Self - care มาใช้ได้ไม่เต็มที่ ได้แก่

2.1 การปฏิบัติการพยาบาล นับว่าเป็นเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ปฏิบัติมาจนเคยชิน มาเป็นการนำเอาทฤษฎีองค์ความรู้มาปฏิบัติ ในฐานะที่พยาบาลเป็นผู้หญิงถูกอบรมสั่งสอนมาให้เป็นผู้ให้บริการ อ่อนน้อมถ่อมตนไม่เป็นผู้กร้าวร้าว ไม่แสดงออกหรือแสดงความคิดเห็นใด ๆ และเมื่อผู้หญิงมาอยู่ในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งต้องเป็นผู้ให้บริการ เป็นผู้ให้การช่วยเหลือแพทย์ สิ่งซึ่งขาดหายไปในการฝึกฝนในลักษณะนี้ ก็คือการคิดอย่างมีระบบที่จะทำให้ใฝ่หาเหตุผล ทาความรู้ใหม่ ระบบบริหารจัดการทั่วไป พยาบาลไม่สามารถแยกออกมาเป็นอิสระ เป็นระบบของตนเองได้เท่าที่ควร จึงมีลักษณะเป็น Traditional Nursing Practice คือ Routine Nursing Care หรือ Apprenticeship หรือ Experience Training จากลักษณะดังกล่าว จึงทำให้ไม่มีการมองหาสิ่งแปลกใหม่ที่ดีกว่า คิดว่าทุกสิ่งที่ทำเป็นประจำเป็นการฝึกอาชีพเพียงพอแล้ว จึงไม่คิดหาความก้าวหน้าในวิชาชีพ

2.2 การจัดการเรียนการสอน ยังไม่สามารถนำเอาองค์ความรู้ กรอบแนวคิดทฤษฎี มาจัดในหลักสูตรการเรียนการสอนได้เต็มที่

2.3 ด้านการวิจัย ยังมีการวิจัยทางการพยาบาลเกิดขึ้นน้อย การนำผลการวิจัยไปใช้มีความจำกัด และตัวแปรที่ปรึกษายังไม่ชัดเจน รวมทั้งมีนักวิจัยทางการพยาบาลน้อย

2.4 ด้านวิชาชีพการพยาบาล พบว่าพัฒนาการของวิชาชีพมีความล่าช้า เพราะมีความเกี่ยวข้องกับ Professional Leadership, Professional Autonomy และ Body of Knowledge as a Discipline ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน

จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลทุกคนจะต้องร่วมกันจรรโลงไว้ซึ่งปัจจัยส่งเสริม และช่วยกันลดหรือกำจัดอุปสรรค เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ในปัจจุบันได้มีการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสาขาต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง บรรจุไว้ในหลักสูตรการศึกษา เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองบรรจุไว้ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา ในปี พ.ศ. 2520 และหลักสูตรพื้นฐาน ในปี พ.ศ. 2525 รวมทั้งได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล สำหรับในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กนั้นพบว่า แม้ในภาวะที่เด็กไม่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เด็กในแต่ละวัยก็ยังมีขีดจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเอง อันเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ตลอดจนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองจึงขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ ตลอดจนความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในปกครองของตน ดังนั้นพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความสามารถและศักยภาพในการดูแลตนเองของเด็กหรือผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลเด็ก โดยการส่งเสริมให้เด็กและผู้ที่ได้รับผิดชอบดูแลเด็ก ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลตนเองของเด็กอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในปัจจุบันได้มีการนำเอาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลอื่นๆ เช่น ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัว ซึ่งช่วยให้การพยาบาลเด็กมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. บทบาทการเป็นมารดา และความวิตกกังวลของมารดา

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า บทบาทการเป็นมารดานั้น ถือเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมากที่สุดบทบาทหนึ่งในสังคม ทั้งนี้เพราะบทบาทการเป็นมารดานั้นเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน เวลาเป็นขบวนการต่อเนื่องในระยะยาว ความล้มเหลวหรือความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรและครอบครัว จะเกิดขึ้นได้หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับว่ามารดาที่ความเข้าใจ ปรับตัว เรียนรู้และปฏิบัติตามบทบาทได้มากน้อยเพียงใด (Perdue, Andrews and Fredda อ้างถึงใน มณีรัตน์ ภาครูป, 2527) ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถเข้าใจ ปรับตัว เรียนรู้ และปฏิบัติตามบทบาทการเป็นมารดาได้ดีเพียงใดนั้น มิได้เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ แต่จะพัฒนาไปตามลำดับขั้นตอนในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับความพร้อมของตัวหญิงนั้น และอิทธิพลของสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัว

มารดาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุตรเป็นอย่างยิ่ง โดยจะมีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้งและใกล้ชิด โดยเฉพาะเมื่อบุตรยังเล็ก และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มารดามีความห่วงใยและผูกพันซึ่งทางใจต่อบุตรอย่างไม่มีเงื่อนไข และต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ถึงแม้บุตรจะช่วยตัวเองได้แล้วความสัมพันธ์ก็ยังคงอยู่ต่อไปตลอดชีวิต มารดาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของบุตร เพราะเป็นผู้ที่มีหน้าที่โดยตรงต่อบุตรในการเลี้ยงดู ตอบสนองความต้องการของบุตร ตลอดจนให้ความรัก เลี้ยงดูและปกป้องคุ้มครองบุตร

พบว่ากระบวนการความผูกพันของมารดาที่มีต่อบุตร เริ่มต้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ กระบวนการความผูกพันจะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อมารดากำหนดคลอด ในระยะหลังคลอดมารดาจะรู้สึกผูกพันกับบุตรมากขึ้นเมื่อได้เห็นบุตรครั้งแรกทำให้มารดารู้สึกสุขใจอย่างท่วมท้น เมื่อมารดาได้สัมผัสบุตรและดูแลบุตรแล้วความผูกพันจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Cranley อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2533)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการผูกพัน แบ่งได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของมารดาที่มีผลต่อการพัฒนาความผูกพัน
2. ปัจจัยด้านบิดา ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของบิดาในการให้ความช่วยเหลือมารดาในระยะต่างๆ หากบิดาไม่สนใจให้ความช่วยเหลือหรือมารดาแล้ว จะมีปัญหาในการปรับบทบาทเพื่อเป็นบิดาที่ดี ซึ่งจะมีผลขัดขวางสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตรได้
3. ปัจจัยด้านบุตร ได้แก่ การที่บุตรมีความผิดปกติด้านร่างกาย จิตใจ พัฒนาการต่าง ๆ การที่บุตรออกมาไม่ตรงกับความคาดหวังของมารดา ตลอดจนภาวะเจ็บป่วยของบุตร จะขัดขวางกระบวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ที่บุคคลภายนอกครอบครัว เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นผู้ให้แก่มารดาและบุตร เช่น นโยบายของโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าบุตรในเวลากลางวัน จำกัดเวลาเยี่ยม พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่แสดงความเข้มงวด ไม่ช่วยเหลือ แผนการรักษาพยาบาล อุปกรณ์ในการรักษา ฯลฯ ทำให้ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างมารดาและบุตรไม่สามารถดำเนินไปได้ตามปกติ จะทำให้กระบวนการความผูกพัน และสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตรถูกขัดขวาง

มณีรัตน์ ภาครูป (2527) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของมารดาไว้ดังนี้ คือ

1. รับผิดชอบ ดูแล เลี้ยงดู และให้นมบุตร
2. ตอบสนองความต้องการหรือให้ความพึงพอใจแก่บุตรทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. แสดงออกซึ่งความรักและความผูกพันต่อบุตรอย่างบริสุทธิ์ ทำให้บุตรรักใคร่และไว้วางใจ

วางใจ

4. ให้การปกป้องคุ้มครองและป้องกันอันตรายต่อบุตร
5. รับรู้และยอมรับต่อความจำกัดของบุตร
6. มีความรู้เรื่องพัฒนาการและสามารถส่งเสริมพัฒนาการของบุตรได้อย่างเหมาะสม
7. ให้การอบรมสั่งสอนบุตร ให้สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และดำรงตนให้เป็น

ประโยชน์ต่อสังคม

บทบาทของมารดาจึงเป็นบทบาทที่มีความสำคัญและมีความต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้นความเจ็บป่วยของบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุตรจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเป็นอุปสรรคหนึ่งที่จะทำให้มารดาไม่สามารถดำเนินบทบาทของตนได้ตามปกติ เมื่อเด็กเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เพียงแต่คุกคามหรือก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับเด็กเท่านั้น ขณะเดียวกันมารดาและสมาชิกอื่น ๆ ของครอบครัว ต่างก็มีความวิตกกังวลและกลุ่มใจมากที่สุดเช่นกัน สาเหตุความวิตกกังวลของมารดาที่สำคัญมี 5 ประการ คือ

1. ความเจ็บป่วยของบุตร โดยเฉพาะถ้าบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาจะเกิดความวิตกกังวลต่างๆ เช่น กลัวอันตรายจากโรค กลัวว่าบุตรจะตายหรือพิการ กลัวบุตรจะได้รับความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานจากโรคและแผนการรักษา เช่น การฉีดยา การให้น้ำเกลือ เป็นต้น กลัวบุตรจะเป็นโรคติดต่อจะทำให้ติดต่อไปยังบุคคลอื่นในครอบครัว ฯลฯ

2. การสูญเสียบทบาทการเป็นมารดาเมื่อถูกแยกจากบุตร เมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดายังมีความต้องการช่วยเหลือดูแลบุตร แต่ขณะเดียวกันความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ขาดความมั่นใจในบทบาทของตน ไม่รู้ว่าตนจะได้รับอนุญาตให้ทำอะไรได้บ้าง และทำอย่างไรจึงจะปลอดภัย บางรายเกิดความลังเลใจเพราะรู้สึกว่าตนด้อยกว่า ไม่มีความสามารถเท่าพยาบาล ตลอดจนกลัวดูมองว่าความเจ็บป่วยของบุตรเกิดจากความบกพร่องของตนในการดูแลบุตร

3. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างไปจากสภาพที่บ้าน ทั้งด้านสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนบุคคล ทำให้มารดารู้สึกไม่สบายใจ โดยเฉพาะถ้ามารดาพบว่าสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่ดี เช่น เสียง อุปกรณ์เครื่องใช้ของบุตรไม่สะอาด เจ้าหน้าที่ไม่สนใจ ละเลยบุตรของตน ฯลฯ จะยิ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่มารดา

4. ปัญหาสมาชิกอื่นในครอบครัว เมื่อมีบุตรเจ็บป่วยในครอบครัวต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาหรือสมาชิกอื่นต้องมาเยี่ยม หรือให้การดูแลบุตรในโรงพยาบาล ย่อมจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่มารดา

5. ปัญหาด้านการเงินเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่าเดินทาง มารดาต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ เป็นต้น

ในภาวะที่มารดามีความวิตกกังวลสูงจะเกิดความตึงเครียด การรับรู้ลดลง ความมีเหตุผลน้อยลง ความคิดสับสน ควบคุมสติไม่ได้ สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองของความวิตกกังวลด้านร่างกายและจิตใจของบุตร ความวิตกกังวลที่มารดาแสดงออก ไม่ว่าจะโดยท่าทางหรือคำพูด สามารถถ่ายทอดไปสู่เด็กได้ ทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวล ขาดความไว้วางใจ ตื่นเต้นตกใจ กลัวบุคคลากร ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

ความวิตกกังวลของมารดาจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเด็กป่วยโดยตรง ที่พยาบาลกุมารเวชควรได้ตระหนักถึงความสำคัญ วิธีหนึ่งของการลดความวิตกกังวลของมารดา ก็คือการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความมั่นใจ ซึ่งครอบคลุมถึงการกระทำใด ๆ ก็ตามที่เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ ทั้งในด้านการให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสาร

Proctor (1987) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของนโยบายการให้เยี่ยมบุตรในหน่วยผู้ป่วยหนักต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดา โดยแบ่งนโยบายการเยี่ยมออกเป็น 2 แบบ คือ การเยี่ยมแบบมีระเบียบแบบแผน (เยี่ยมตามเวลาและไม่อนุญาตให้เข้าถึงเตียงผู้ป่วย ตามระเบียบของโรงพยาบาล) กับการเยี่ยมแบบส่วนตัว (ไม่จำกัดเวลาและอนุญาตให้เข้าถึงเตียงผู้ป่วย) ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า มารดากลุ่มที่ได้เยี่ยมแบบส่วนตัวมีความวิตกกังวลน้อยกว่าและรับรู้อาการเจ็บป่วยของบุตรในทางที่ดีกว่า มารดากลุ่มที่ได้เยี่ยมแบบมีระเบียบแบบแผน

ศิริรัช ศิริตันติวัฒน์ (2534) ได้ศึกษาผลของการให้การสนับสนุนอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลและเพิ่มการปรับตัวต่อการเป็นมารดา ในทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวต่อการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น ภายหลังการให้การสนับสนุนอย่างมีแบบแผน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์ (2526) ได้ศึกษาผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาในมารดา 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ด้วยการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้เกิดความมั่นใจ และการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก บทบาทของมารดา สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ปัญหาสมาชิกอื่นในครอบครัว ตลอดจนปัญหาด้านการเงิน ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของมารดา จึงเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญยิ่งสำหรับพยาบาลกุมารเวช Perley อ้างถึงใน เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์ (2526) กล่าวว่า ในการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการพยาบาลควรมีเป้าหมายและการให้การพยาบาล 3 ขั้นตอน

1. เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถรู้ได้ว่าตนมีความวิตกกังวล พยาบาลจะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ในการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจที่จะร่วมอภิปรายถึงความรู้สึกที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล
2. ผู้รับบริการสามารถเข้าใจถึงความวิตกกังวลของตน แจ่มแจ้ง ชัดเจนยิ่งขึ้นโดยพยาบาลนำสู่การอภิปรายที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการสามารถประเมินสิ่งที่คุกคามทำให้เกิดความวิตกกังวล
3. ผู้รับบริการสามารถแก้ปัญหาความวิตกกังวลในวิถีทางที่เหมาะสม โดยการร่วมกับพยาบาลหาทางแก้ไขปัญหา

บทบาทของพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา จึงควรจะได้แก่การช่วยเหลือสนับสนุน ให้เกิดความมั่นใจ ซึ่งครอบคลุมถึง

1. การกระทำที่เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้เกิดความมั่นใจ
2. การส่งต่อไปยังแหล่งให้การช่วยเหลือสนับสนุนที่เป็นประโยชน์
3. การให้ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนการสนับสนุนให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

4. การสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการสอนไว้ดังนี้ คือ

การสอนและการแนะนำผู้ป่วย มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย พื้นฟูสุขภาพปกติโดยเร็ว ลดความพิการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสอนยังมุ่งให้ผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (พาริดา อิบราฮิม, 2525)

การสอนผู้ป่วย เป็นขบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจึงเป็นขบวนการช่วยเหลือบุคคลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทั้งนี้การสอนที่มีประสิทธิภาพควรจะสอนทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวลลง ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และยอมรับบทบาทใหม่ของสมาชิกในครอบครัว การสอนผู้ป่วยยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น สามารถกลับสู่สังคมได้โดยเร็ว (Smith อ้างถึงใน ขวัญตา หยกไผ่งาม, 2534)

การสอนผู้ป่วย เป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล การสอนจะประสบผลสำเร็จก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถนำเอาความรู้ หรือทักษะที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง (Close, 1988)

Meeropol (1991) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามผู้ปกครอง จำนวน 59 ราย และเด็กตั้งแต่อายุ 15 เดือน ถึง 21 ปี โดยในเด็กโตเด็กอาจทำแบบสอบถามร่วมกับผู้ปกครอง หรือทำเองโดยลำพัง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองและผู้ป่วยต้องการข้อมูลข่าวสารจากพยาบาล เช่น การวินิจฉัยโรค, การผ่าตัด, ผลการตรวจ, ยา ฯลฯ ตลอดจนการสอน แนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือ และกำลังใจจากพยาบาล

การสอนสุขศึกษาแก่ญาติและครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญเพราะญาติและครอบครัวผู้ป่วยมีบทบาทและอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ญาติมีส่วนสนับสนุนหรือคัดค้าน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรับการรักษา ญาติผู้ป่วยจำนวนมากต้องการที่จะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรจะมีการสอนสุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยด้วย ซึ่งประโยชน์จากการสอน คือ

1. ช่วยปรับแนวคิด ความเชื่อ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย และญาติไปในทางที่ถูกต้อง
2. ญาติจะให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ เช่น การให้อาหาร การให้ยา เป็นต้น
3. ญาติจะรู้จักสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย ตลอดจนหาทางในการป้องกันหรือแก้ปัญหา
4. ญาติจะเป็นผู้สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย
5. เมื่อญาติมีความรู้ ความเข้าใจ ก็จะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพปกติได้โดยเร็ว (สุรีย์ จันทรมณี, 2521)

จากคำจำกัดความข้างต้น พอสรุปได้ว่า การสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นการสอนโดยมีเป้าหมายหลัก คือ ที่สำคัญคือมุ่งให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย และเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั่นเอง ซึ่งนักจิตวิทยาหลายท่านได้กล่าวไว้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผลจากการเรียนรู้ เช่น การเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่มีลักษณะค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลมาจากการได้ประสบการณ์ หรือการฝึกฝนแล้ว (อรพินท์ หาญยุทธ, 2532)

Bloom อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2534) กล่าวว่า เมื่อเกิดการเรียนรู้ในแต่ละครั้งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นถึง 3 ประการ จึงจะเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Domain)
2. มีการเปลี่ยนแปลงด้านความอารมณ์ หรือความรู้สึก (Affective Domain) เช่น เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น
3. มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อให้เกิดความชำนาญ หรือทักษะ (Psychomotor Domain) เช่น การเล่นเกม เป็นต้น

การเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์ ไม่ใช่ผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความรู้สึก และทักษะ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ , 2534)

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการได้รับสิ่งเร้า และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว ควรจะมีลักษณะที่ถาวรพอสมควร ซึ่งก็คือการได้รับประสบการณ์นั่นเอง (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533)

เชียรศรี วิวิศศิริ (2527) ได้กล่าวถึงส่วนประกอบของการเรียนรู้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันตามลำดับดังนี้ คือ

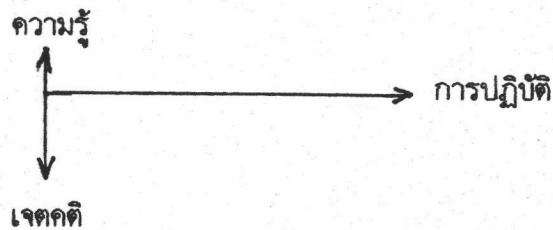
1. การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการฝึกหัด (Practice Experience)
2. การเรียนรู้ความคิดรวบยอดต่าง ๆ นามธรรมต่าง ๆ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผล และวิธีการต่าง ๆ ด้วย (Conceptual Knowledge)
3. การพัฒนาตนเอง (Self-development) เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองในการพัฒนาสามารถความรู้ ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ
4. การบูรณาการเพื่อนำไปใช้ (Student's Integration) เป็นการประสานความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการคิด การวิเคราะห์ และการปฏิบัติ

ซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้ ความคิดด้าน เจตคติหรือค่านิยม และด้านการปฏิบัติ ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และเกิดขึ้นร่วมกัน และสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติได้หลายรูปแบบ ซึ่งอาจจะเป็นความสัมพันธ์ทางตรง หรือทางอ้อมก็ได้ดังนี้ (นิภา มนูญิจ, 2528)

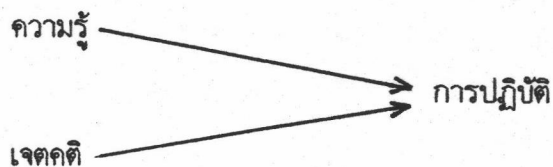
1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ ดังรูป



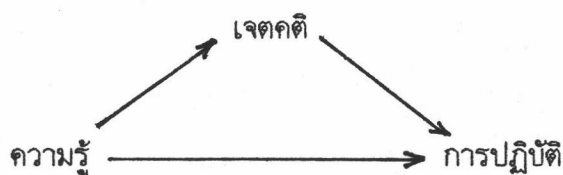
2. ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ดังรูป



3. ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



จะเห็นได้ว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยความรู้จะเป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและการปฏิบัติ ซึ่งบุคคลจะเกิดความรู้ได้นั้นมีหลายวิธี แต่การสอนเป็นวิธีที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายและเร็ว

นอกจากนี้การสอนมารดายังเป็นการสอนผู้ใหญ่ ซึ่งหลักการของการสอนผู้ใหญ่ที่มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ตรงกัน คือ

- การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน ได้ปฏิบัติจริงซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้เรียนมากขึ้น

- ผู้ใหญ่จะเรียนได้ดี ถ้าเขาสนใจ และมีความต้องการที่จะเรียน

- ผู้ใหญ่จะเรียนได้ดีเมื่อสิ่งที่เรียนนั้นมีความจำเป็น และเป็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้ทันที

ดังนั้นการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร จึงตรงกับหลักของการเรียนรู้ และหลักของการสอนผู้ใหญ่ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรต่อความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร

การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (participation) ในพจนานุกรมของ Webster (1986) หมายถึง การเข้าร่วมหรือการเป็นหุ้นส่วนกันในกิจกรรมบางสิ่งบางอย่าง

Deines (1981) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การยินยอมหรือการสนับสนุนให้สมาชิกมีส่วนในการตัดสินใจวางแผนงานเพื่อที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นไปโดยสะดวกและได้ผลผลิตมากขึ้น

จาระเพ็ญ แทนนิล (2533) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า หมายถึง ทั้งกายและใจของบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่มได้มีส่วนในการตัดสินใจกำหนดแผนการ และปฏิบัติ ภารกิจที่กำหนดไว้ในแผนการเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น

จากคำจำกัดความข้างต้นผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ การสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรดังนี้ คือ การให้คำแนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือมารดาเพื่อให้มารดามีความรู้ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลบุตร และได้มีส่วนในการให้การดูแลบุตรอย่างถูกต้องและเหมาะสม ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยมุ่งให้การดูแลของมารดาเป็นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลนั้นเป็นไปตามแผนการรักษา และให้เป็นการดูแลที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

คาล์การ์ (Calgary, 1972) ได้ศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการดูแลมารดาแบบเดิมกับโปรแกรมการดูแลมารดาโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับการสอนโดยโปรแกรมการดูแลแบบเดิม มีความต้องการความช่วยเหลือหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วมากกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการสอนโดยโปรแกรมการดูแลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

Deitz (1991) ได้ศึกษาการยอมรับของพยาบาลกุมารเวชและบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมการพยาบาลแก่บุตรป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรม 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยสรุปว่า

- บิดามารดาให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าพยาบาล
- มารดาให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย และจิตใจ สูงกว่าบิดา
- การกระทำกิจกรรมการพยาบาลที่บิดามารดาสามารถมีส่วนร่วมในการพยาบาลบุตร

จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชั่วโมงการทำงานของบิดามารดา และอายุของบุตร

- การกระทำกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถให้แก่เด็ก จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอายุของพยาบาล จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล และประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

- การเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของพยาบาล จะสามารถทำนายผลได้จากการศึกษาของพยาบาล การจ้างงานเต็มเวลา และสถานภาพสมรส

สุดา สุคำวัง (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาโครงการโภชนาการ แบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนบ้านพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากดำเนินการพัฒนาโครงการโภชนาการ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของครูและชุมชน ตำบลพระบาท นั้น ก่อให้เกิดโครงการอาหารกลางวันและโครงการเกษตรแบบยั่งยืนในโรงเรียน โดยทั้งครูและชุมชนมีเจตคติที่ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างนัยสำคัญทางสถิติ และมีการปฏิบัติตัวต่อการดำเนินโครงการอาหารกลางวันและโครงการเกษตรแบบยั่งยืนในโรงเรียน อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ยังพบว่านักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานนั้น มีแนวโน้มของการมีระดับภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น

สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 127 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 63 คน และกลุ่มทดลอง 64 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการจัดกิจกรรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44$ และ $.45, p < .05$) การรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านอายุ เพศ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตและระดับชีพจรลดลง ภายหลังจากทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จริยาวัตร คมพยัคฆ์, เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และพาดิ ยงใจยุทธ, 2535 ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ ด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก เพื่อเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติ ด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก ภายหลังคลอด 6 เดือน ระหว่างกลุ่มที่สามีและภรรยาได้รับความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกัน ในระหว่างตั้งครรภ์ กับกลุ่มที่ภรรยาได้รับความรู้เพียงคนเดียว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คะแนนการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยของกลุ่มมารดาและทารกของกลุ่มที่สามีภรรยาได้รับความรู้พร้อมกันสูงกว่า และมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลสุขภาพเหลือ และการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้เพียงคนเดียว

5. โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในเด็ก (Respiratory Infection In Children)

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Tract Infection)

หมายถึง โรคที่มีการอักเสบของระบบการหายใจ ตั้งแต่ช่องจมูกไปจนถึงถุงลมในปอด อาจเกิดจากสาเหตุได้หลายประการ เช่น ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา หรือโปรโตซัวบางชนิด เป็นต้น แบ่งออกตามระยะเวลาที่เป็นได้ดังนี้ (สุภรี สุวรรณจุฑะ, 2528)

1. โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection)

หมายถึง การอักเสบเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นภายใน 3 - 4 วันแรก

2. โรคติดเชื้อเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ (Chronic Respiratory) หมายถึง การ

อักเสบเรื้อรังของระบบหายใจที่เป็นผลต่อเนื่องจากการอักเสบเฉียบพลัน

เนื่องจากระบบทางเดินหายใจประกอบด้วยอวัยวะต่อเนื่องกันเป็นทางยาว จึงแบ่งโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจออกเป็นดังนี้ คือ

1. โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Tract Infection)

หมายถึง โรคติดเชื้อของระบบหายใจตั้งแต่จมูก ถึงบริเวณเหนือกล่องเสียง โรคในกลุ่มนี้ที่พบบ่อยได้แก่

1.1 ไข้หวัด (Common Cold, Influenza)

1.2 คออักเสบ (Pharyngitis)

1.3 ต่อมทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis)

1.4 หูชั้นกลางอักเสบ (Otitis Mediae)

1.5 ไซนัสอักเสบ (Sinusitis)

1.6 กล่องเสียงส่วนบนอักเสบ (Acute epiglottitis)

2. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower Respiratory Tract Infection)

หมายถึง โรคติดเชื้อของระบบหายใจตั้งแต่กล่องเสียงลงไป โรคในกลุ่มนี้ที่พบบ่อย ได้แก่

2.1 ไอกรน (Croup)

2.2 หลอดลมอักเสบ (Bronchitis)

2.3 หลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchiolitis)

2.4 ปอดอักเสบ (Pneumonia)

นอกจากนี้ยังแบ่งตามความรุนแรงของโรค ได้ดังนี้ คือ

1. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อย จะมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีน้ำมูกใสๆ คัดจมูก ไอ มีไข้ต่ำ ๆ และน้อยกว่า 3 วัน

2. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง จะมีอาการมากขึ้น ได้แก่

- มีน้ำมูกข้นๆ

- มีน้ำออกจากหู

- ไอมีเสมหะ

- หายใจเร็ว

- ใช้นานกว่า 3 วัน หรือไข้สูงกว่า 39°C

3. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงมาก อาการจะรุนแรงขึ้น ได้แก่

- ไอเสียงก้อง

- หายใจไม่มีเสียงดังเวลาหายใจเข้า

- หายใจลำบากหน้าอกบวม

- หายใจจุกบาน

- ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าเขียว

- ไข้สูงมากจนชัก

- ตูดนมหรือรับประทานอาหารได้น้อย

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุการตายประมาณ 25 - 30% ของทารก และเด็กเล็กที่ตายทั้งหมดในโลก หรือประมาณปีละ 4 ล้านคน และ 90% ตายด้วยโรคปอดบวม สำหรับประเทศไทยปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคปริกาเน็ด และเป็นอันดับหนึ่งของโรคที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงอันตรายจากโรคนี้ จึงได้จัดโครงการ ARI (Acute Respiratory Infection) ขึ้นเป็นแผนโลก ปี พ.ศ. 2527 - 2532 และต่อแผนจนถึงปี พ.ศ. 2538 รวมทั้งกำหนดในแผนปฏิบัติงานเพื่อดำเนินการตามแถลงการณ์โลกว่าด้วยความอยู่รอด การพิทักษ์ และพัฒนาการของเด็กในทศวรรษ 1990 โดยกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 3 ประการ คือ

1. ลดความรุนแรงและป้องกันโรคแทรกซ้อนของโรคกลุ่มอาการไข้หวัด
2. ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ และยาอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม
3. ลดอัตราการตายของโรคปอดบวม

โดยได้กำหนดหลักการที่สำคัญดังนี้ คือ

1. มาตรฐานการรักษาพยาบาล โดยกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลดังนี้ คือ
 - 1.1 การใช้ยาปฏิชีวนะ ยาขยายหลอดลมและการให้ออกซิเจน
 - 1.2 การรักษาในโรงพยาบาล สถานบริการระดับต่าง ๆ
 - 1.3 การให้สุขศึกษาแก่ครอบครัว และการดูแลที่บ้าน
2. การสอดแทรกกิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. เพิ่มพูนภาวะการต้านทานโรค ได้แก่ การให้วัคซีนป้องกันโรค การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ซึ่งทางองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายของโครงการไว้ดังนี้

1. ด้านการรักษาสุขภาพ : การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการ ซึ่งรวมถึงการถ่ายทอดความรู้ การฝึกอบรม และการพัฒนาทักษะด้านเทคนิคและการบริหาร
2. ด้านการศึกษาวิจัย : การส่งเสริม สนับสนุน และการวิจัยประเมินผลเพื่อพัฒนากรรมวิธี หรือหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้

จากการประชุม International Consultation on Control of ARI ครั้งที่ 1 ซึ่งจัดที่ Washington D.C. ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 11 - 13 ธันวาคม 2534 ได้ข้อสรุปดังนี้

1. National ARI Programme : กลวิธีในการวางแผนและนโยบายที่สำคัญ คือ ให้ข้อมูลถึงขนาดของปัญหาแก่ผู้วางนโยบาย และบุคลากรทางการแพทย์ โดยการประชุมวิชาการและประชุมปฏิบัติการ
2. ARI and PHC : ผลมผลงานงาน ARI กับกิจกรรมอื่นของงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. Reaching Children at Home : การดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน มีความสำคัญและทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ พ่อแม่ต้องมีความสามารถที่จะรู้จักอาการและอาการแสดงของโรคระดับต่างๆ และสามารถแสวงหาคะลการแพทย์ที่เหมาะสม
4. Why Standard Case Management : การประเมินอาการ วินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง โดยบุคลากรการแพทย์และการดูแลที่บ้านของมารดา จะช่วยลดอัตราการตายของโรค และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
5. Making Case Management Work : ให้มีการกระจายการรักษาพยาบาลไปทั่วถึง ทั้งชุมชนในชนบท บุคลากรการแพทย์ต้องรู้ เข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล
6. Prevention Measures : ลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่
 - ตัวเด็ก
 - น้ำหนักแรกเกิดน้อย (<2500 กรัม)
 - ไม่ได้กินนมแม่
 - มีภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนี้เด็กที่ขาด vitamin A จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
 - ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด คอตีบ และไอกรน
 - สิ่งแวดล้อม
 - มลพิษภายในบ้าน
 - ควันทู
 - มลพิษในอากาศ
 - ควนบุรี

สำหรับประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF ให้ก่อตั้งงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก เมื่อปี พ.ศ. 2528 โดยเป็นงานหนึ่งของกองโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ คือ

1. ลดอัตราการตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
2. ลดความรุนแรงของโรค โรคแทรกซ้อนและความพิการ
3. ลดการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง
4. ลดอัตราป่วย

หลักการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

สมชาย สุกพันชวณิช (2527) ได้ให้แนวคิดในการป้องกันและควบคุมโรคนี้ว่า มาตรการจะมีแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรในด้านการป้องกันและควบคุมโรคนี้ โดยมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรค ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้ปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้

1.1 การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น

- การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน
- การทำให้ร่างกายอบอุ่นอยู่เสมอ
- หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด
- ไม่มีควันทูหรือควันไฟภายในบ้าน

1.2 การป้องกันการแพร่กระจายของโรค เนื่องจากเชื้อโรคกระจายออกจากร่างกายของคนที่เป็นโรคโดยปะปนออกไปกับน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการไอ จามรดกัน การรับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำโดยใช้ภาชนะร่วมกัน และการบ้วนน้ำลายบนพื้น อาจแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้จึงควรหลีกเลี่ยง

1.3 ป้องกันโดยการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก เช่น วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน และโรคหัด เป็นต้น

1.4 ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงวิธีการปฏิบัติตน ทั้งในยามปกติและเมื่อมีการระบาดของโรค

2. การควบคุมโรคเมื่อเจ็บป่วย

- 2.1 รักษาพยาบาลตามอาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น การเช็ดตัวลดไข้ เมื่อมีไข้สูง การพักผ่อน การดื่มน้ำมาก ๆ
- 2.2 หลีกเลี่ยงการไปในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น
- 2.3 พักผ่อนอย่างเพียงพอในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก
- 2.4 ล้างน้ำมูก บ้วนน้ำลายทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด
- 2.5 เมื่อมีอาการมากขึ้นต้องรีบไปพบแพทย์

กานดา วิวัฒน์ภาส และคณะ (2530) ได้ศึกษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตดินแดงกรุงเทพมหานคร ในระยะเวลา 2 ปี จำนวน 674 ราย ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคต่อคนต่อปีเป็น 11.22 กลุ่มที่มีอัตราการเกิดโรคสูง คือ อายุ 6 - 11 เดือน โดยชาย : หญิง = 1.07 : 1 เป็นมากตอนฤดูหนาว เริ่มเดือนกันยายนและสูงสุดในเดือนมกราคม ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มของอัตราป่วย ได้แก่ แม่ทำงานนอกบ้าน แม่มีประวัติแพ้ รายได้พอต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน จำนวนคนในบ้านมากกว่า 7 คนขึ้นไป และการขาดสารอาหารเรื้อรังในเด็ก

อรรวรรณ ประสาทสุวรรณ (2531) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่าภายหลังการให้คำแนะนำกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยของงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเด็ก กองวัณโรคเมื่อ พ.ศ. 2533 เรื่อง ความรู้เจตคติ พฤติกรรมของแม่ในเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ผลการวิจัยสรุปได้ว่า มารดาเข้าใจความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแลบุตรที่ถูกต้อง และมารดาได้รับความรู้จากเพื่อนบ้านมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์

บุษบง โกฏวิเชียร (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรด้านการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจที่ชุมชนเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในมารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 0 - 5 ปี จำนวน 117 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 57 คน และกลุ่มทดลอง 60 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค รับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อ้อมจิต ว่องวานิช (2535) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก โดยศึกษาในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง 100 คน กลุ่มอาการไม่รุนแรง 100 คน กับกลุ่มควบคุม 200 คน ซึ่งเป็นเด็กสุขภาพดีจากคลินิกสุขภาพเด็กดี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ตามลำดับโอกาสเกิดโรค 5 อันดับแรก คือ การรับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบตามอายุ บิดามารดาไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรค เด็กเป็นโรคขาดสารอาหารและเด็กเป็นโรคภูมิแพ้

ดังนั้นการให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องโรค ตลอดจนวิธีการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในเด็ก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

