

พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทาง การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ

The Caregiver's Behavior for a Care of Acute Diarrheal Child Complying with Health Promotion Approach in Police General Hospital

คำนำ

นับตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) เพื่อพัฒนาระบบให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงยิ่งขึ้นในด้านของคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545) ขณะเดียวกันระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือญาติผู้ป่วยเด็ก ก็เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของงานสุศึกษาโดยปกติผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีอาการหนักและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ปกครองต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กได้อย่างเต็มที่บุคลากรทุกฝ่ายจึงควรร่วมมือกันอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้ปกครองหรือญาติมีส่วนร่วมมากขึ้น และเพิ่มทักษะในงานสุศึกษาให้มีประสิทธิภาพ ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งโรงพยาบาลในปัจจุบันยึดหลักการจัดการบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลแบบองค์รวม และต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ตามสิทธิที่จะต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพ และสิทธิการมีสุขภาพดี ดังนั้นการทำการสุศึกษาจึงจำเป็นต้องสนับสนุนการได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การร่วมมือสร้างเสริมสุขภาพ

ในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกประเทศทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นในแง่เศรษฐกิจ การเมือง การทหาร สังคม จิตวิทยา และเทคโนโลยี กระแสการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกับทุกภาคของสังคมไทย ทำให้ทุกคนต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงนี้ วงการแพทย์และสาธารณสุขของไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนแนวทางและโครงสร้างการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไปในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ

มากขึ้น จากบทเรียนในอดีตที่ผ่านมาพบว่าการขาดการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศและของประชาชนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็น การเพิ่มค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มค่า ดังจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ของคนไทย การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีสำคัญที่จะทำให้สุขภาพร่างกายของเราเกิดความแข็งแรง และ ไม่เจ็บป่วยใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่คุ้มค่า

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นผลรวมของการจัดการพัฒนาทางสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ องค์การด้านการเมืองทั้งกฎหมายของบุคคล เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง หรือการดูแลสุขภาพ การดำเนินงานสุขศึกษาในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินงาน เพื่อให้ได้มา ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health – Related Behavior) เช่น การรับประทานอาหาร สภาพการณ์ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต (Way of Life) และทักษะชีวิต (Life Skill) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย

โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย เพราะ มีอัตราการเจ็บป่วยสูง และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยเด็ก จะมีภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รุนแรง จนเกิดภาวะช็อกถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วจะเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กที่อุจจาระร่วงแบบเรื้อรังอาจมีผลกระทบตามมา คือ ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุจจาระร่วงจากพฤติกรรมอนามัยและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ดังนั้นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงจะต้องมีความรู้ เจตคติ ตลอดจนสังเกต อาการผู้ป่วยขณะที่รักษาอยู่โรงพยาบาล เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ดังนั้นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงจึงจำเป็นต้องมีความรู้ เจตคติ ตระหนักถึงความสำคัญในการให้ การพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการขาดน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์รุนแรงหรือภาวะช็อก เพราะถ้าผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษา พยาบาลอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพก็จะปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูสภาพให้ กลับเข้าสู่ภาวะปกติได้โดยเร็วที่สุด (วราห์, 2540)

จากสภาพปัญหาเหล่านี้ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องทำการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และสามารถสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าแก่ประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยได้ระบุแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และจะต้องมีการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพื่อให้เชื่อมโยงถึงเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยความร่วมมือจากทุกภาคทุกส่วน ซึ่งการปฏิรูปสุขภาพได้มุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสามารถแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ และเจตคติในการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในแนวทางใหม่จึงดูเหมือนเป็นกลยุทธ์และเป้าหมายที่สำคัญ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญ คือ ลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคในการนำเชื้อเข้าสู่ร่างกายทางปากเด็กและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็กมักจะได้รับแบบอย่างจากผู้ปกครอง เพราะเป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่ระยะพัฒนาการในเรื่องพฤติกรรมบริโภค ผู้ปกครองจะเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดที่จะดูแล และส่งเสริมพัฒนาการบริโภคอาหารของเด็ก การที่ผู้ปกครองจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องนั้นจำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วง ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อันจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงจะต้องคัดแปลงให้สอดคล้องกับความเชื่อและค่านิยมของแต่ละคน ซึ่งแนวทางการแก้ปัญหาจะต้องแตกต่างกันตามปัจจัยของสาเหตุ การดำเนินงานเฝ้าระวัง การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

โรงพยาบาลตำรวจเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง มีจำนวน 800 เตียง บทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพทางด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยสำหรับสายงานกุมารเวชกรรม ตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนี ชั้น 4 มีจำนวน 28 เตียง เป็นหอผู้ป่วยใน มีผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาล จากสถิติยอดผู้ป่วยปีงบประมาณ 2547 มี 1,463 ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการรักษาพยาบาลมาด้วยโรคอุจจาระร่วงจำนวนมาก เป็นปัญหาอย่างหนึ่งที่บุคลากรควรจะให้สุกศึกษากับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่ไม่ให้ผู้ป่วยเด็กกลับมารักษาที่โรงพยาบาลตำรวจซ้ำอีกครั้ง (สถิติผู้ป่วย, 2547)

จากข้อมูลเบื้องต้น พฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กในการดูแลสุขภาพโรคอุจจาระร่วง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบหรือกลวิธีทางสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเด็กโรคอุจจาระร่วงเหล่านี้ได้จากการล้างมือด้วยสบู่ก่อนเตรียมอาหาร และหลังการใช้ส้วม การกำจัดอุจจาระหลังจากเด็กขับถ่ายแล้วรวมถึงการรักษาเบื้องต้นหรือโดยการใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) เมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเด็กทั้งสิ้น ผู้ปกครองเด็กจะช่วยแก้ไขปัญหการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอย่างแน่นอนด้วยการได้รับความรู้อย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์รวม

เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อทราบพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
2. เพื่อทราบปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครอง ที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

4. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มี ผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก โรคอุจจาระร่วง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัยนำมากำหนดวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงให้สอดคล้องและเหมาะสม กับนโยบายของการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก โรคอุจจาระร่วง

2. ผลการวิจัยนำมากำหนดและสังเคราะห์การเรียนรู้พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงและสามารถนำมากำหนดแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมของ ผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการวิจัยนำมากำหนดแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนของบุคลากร ทางด้านการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

4. ผลการวิจัยจะนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานสุขภาพและเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงในด้านอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ

1. ศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และเพื่อติดตามการดำเนินงานสุขศึกษา
2. กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงในโรงพยาบาลตำรวจ

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรสำคัญ ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

1. การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก ได้แก่
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง
 - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง
 - 1.3 การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
 - 1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจากแพทย์ และพยาบาล

ตัวแปรตาม

ประกอบด้วย พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ได้แก่

1. พฤติกรรมด้านความสะอาด
2. พฤติกรรม ด้านอาหาร
3. พฤติกรรมด้านน้ำดื่ม น้ำใช้
4. พฤติกรรมด้านการขับถ่าย
5. พฤติกรรมด้านการเลี้ยงดู

ตัวแปรอธิบาย

ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

- ข้อมูลของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
- ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

คำนิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ไว้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ
สาเหตุ อาการ การติดต่อ ความรุนแรง การรักษา และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
2. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการขับถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้ง หรือ
มากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 วัน หรือถ่ายเป็นน้ำ จำนวน 1 ครั้งใน 1 วัน หรือถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด
แม้เพียงครั้งเดียวใน 1 วัน
3. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก
ที่จะกระทำหรือคว่นไม่กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ถ้าพฤติกรรมดังกล่าว
เป็นผลดีต่อสุขภาพก็เรียกเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในทางตรงกันข้ามถ้าพฤติกรรม
ดังกล่าวมีผลเสียต่อสุขภาพก็เรียกว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
4. เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นสิ่งที่ทำให้
บุคคลมีความพร้อมจากปฏิกิริยาเฉพาะอย่างเพื่อตอบสนอง ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้ เจตคติ
เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงจึงประกอบด้วย
3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านความเชื่อและด้านแนวโน้มที่จะปฏิบัติ
5. ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กขณะที่รับการรักษาอยู่โรงพยาบาล
ตำรวจ ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ หรือผู้รับจ้างเลี้ยงเด็กที่บ้าน
6. ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล
ตำรวจ
7. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของ
ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ความเข้าใจของผู้ปกครองว่าเด็กมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง

9. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ความเข้าใจของผู้ปกครองเด็กที่ทราบถึงอันตรายของโรคอุจจาระร่วง

10. การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล หมายถึง ความเข้าใจของผู้ปกครองดีกว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรื่องการดูแลรักษาโรคอุจจาระร่วงแล้วจะไม่เกิดโรคอุจจาระร่วง

11. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจของผู้ปกครองเด็กต่ออุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

12. การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงสามารถดูแลควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงได้

13. พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ได้แก่

13.1 พฤติกรรมด้านความสะอาด

- ก่อนเตรียมนม
- ก่อนเตรียมอาหาร
- ก่อนป้อนอาหาร
- ของเล่นเด็ก
- การใช้ห้องน้ำและหลังการขับถ่าย

13.2 พฤติกรรมด้านอาหาร

- การเตรียมอาหาร
- การเก็บ อุณหภูมิอาหาร
- การเลือกซื้ออาหาร
- การป้อนอาหาร โดยช้อน หรือมือ
- ภาชนะใส่อาหาร

13.3 พฤติกรรมด้านน้ำดื่ม – น้ำใช้

- การให้ และใช้ น้ำสุก
- ภาชนะใส่น้ำ
- การใช้น้ำเตรียมผสม

13.4 พฤติกรรมด้านการขับถ่าย

- หลังการขับถ่าย
- การใช้ห้องส้วม
- ลงในโถส้วม

13.5 พฤติกรรมด้านการเลี้ยงดู

- ดัชนีนมแม่ หรือนมผสม
- การอดนม
- การเก็บนม
- การให้อาหาร
- การล้างขวดนม และอุปกรณ์

การตรวจเอกสาร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ในโรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหา สรุปรูป แนวคิด ทฤษฎีและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

อุจจาระร่วงเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและการตายของเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนา ประมาณว่าในแต่ละปีจะมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยถึง 1.3 พันล้านครั้งและตายถึง 3.2 ล้านคน โดยเฉลี่ยเด็กแต่ละคนจะมีประสบการณ์ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 3.3 ครั้ง/ปี และประมาณ 80% ของการเสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงเกิดขึ้นในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี โดยสาเหตุสำคัญมาจากการขาดน้ำ ซึ่งเป็นผลมาจากการสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่จากการถ่ายอุจจาระ ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การเสียชีวิตจากเชื้อบิด ภาวะทุพโภชนาการ และการติดเชื้อแทรกซ้อน

อุจจาระร่วงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยอุจจาระร่วงจะรับประทานอาหารน้อยลง และความสามารถในการดูดซึมของลำไส้ลดลงแต่ละครั้งที่มีการป่วยจะส่งผลต่อภาวะขาดอาหาร ยิ่งหากมีการป่วยยาวนานผลกระทบต่อสุขภาพก็ยิ่งเพิ่มขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามของโรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นมูกเลือดเพียงครั้งเดียวก็นับเป็นอาการอุจจาระร่วง ยกเว้นทารกที่มีการเปลี่ยนแปลงจากอุจจาระสีเทาเป็นสีเหลือง ทารกจะถ่ายบ่อยก็ไม่นับว่าเป็นอาการอุจจาระร่วง สำหรับกรณีของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจะเกิดในช่วงระยะเวลาอันสั้นไม่เกิน 7 วัน แต่ถ้ามีอาการเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ แสดงถึงโรคอุจจาระเรื้อรัง

ตามคำนิยามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้คือ “โรคอุจจาระร่วง” เป็นภาวะที่มีการขับถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งหรือ มากกว่า 3 ครั้งใน 1 วัน หรือถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด แม้เพียงครั้งเดียวใน 1 วัน หรือถ่ายเป็นน้ำเป็นจำนวนมากกว่า 1 ครั้งใน 1 วัน การถ่ายบ่อยครั้ง แต่ลักษณะอุจจาระปกติ หรือทารกแรกเกิดในระยะที่ถ่ายสีเทา อุจจาระจะนิ่มเหลวถ่ายบ่อย ยังไม่ถือว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงมีมากมายทั้งที่ทราบและไม่ทราบจากการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไม่รุนแรงในหมู่บ้าน ตรวจพบเชื้อที่เป็นสาเหตุไม่เกินร้อยละ 30.0 แต่ถ้าศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะพบเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคสูงถึงร้อยละ 80.0 สำหรับโรคอุจจาระร่วงที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อที่พบบ่อยมีสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรียไวรัส และหนอนพยาธิ

การติดต่อโรคอุจจาระร่วงติดต่อได้โดยการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เป็นผลทำให้เกิดและแพร่ระบาดของโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยเด็กได้อย่างรวดเร็วคือการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครองเด็ก การบริโภคอาหารและน้ำดื่มเชื้อโรคจะเข้าสู่ปาก โดยผ่านทางอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด เช่น รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ภาชนะใส่อาหารไม่สะอาด ผ่านทางมือที่สกปรก เช่น ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหาร และภายหลังขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการกำจัดอุจจาระเด็กป่วยมีการกำจัดอุจจาระเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ไม่ถ่าย หรือกำจัดอุจจาระลงส้วม รวมทั้งการจัดสุขาภิบาลทั่วไปไม่ดีพอ สถานที่อยู่อาศัยมีแมลงที่เป็นพาหะนำโรคอุจจาระร่วงอาศัยอยู่ เช่น แมลงวัน แมลงสาป แมลงเหล่านี้ จะแพร่เชื้อโรคไปสู่อาหารได้ หรือไม่มีการกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1, 2540)

ความรุนแรงโรคอุจจาระร่วงมีอันตรายที่สำคัญคือ ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในช่วงแรกและภาวะขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการในช่วงหลัง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะเด็กเสียชีวิตได้

พยาธิสรีรวิทยาของอุจจาระร่วง

ที่ Mucosa เชื้อโรค Enteropathogen จะก่อพยาธิสภาพเป็น 2 แบบ คือ พวกที่ปล่อยสารพิษและพวก invasive พวกปล่อยสารพิษรุนแรง เช่น *E. Coli* และ *V. Cholera* จะ Activate Adenyl Cyclase หรือ Guanyl cyclase เต็มที่ตลอดลำไส้เล็ก (Fully Activate) และคงที่อยู่จนกว่า เซลล์ Mucosa นั้นจะหมดอายุและหลุดไป ดังนั้นอาการของผู้ป่วยจะมี Secretory Diarrhea ในวันแรก และวันที่ 2 มากหรือนานสุด 4 วัน อันเป็นช่วงระยะเวลาของ Mucosa ที่ Tip Cell ของ Villi หลุดลอกออกไป ส่วนชนิดที่ Invasive จะมีการปล่อยสารพิษแล้วเกิด Secretory Diarrhea ในช่วงแรก ต่อมาเกิดอาการอักเสบเป็นหย่อม ๆ ตรงจุดที่เชื้อเกาะและปล่อยสารพิษ โดยเฉพาะเชื้อ *Salmonella* จะทำให้เกิด Local Damage ทำให้มี Secretion เข้าไปในโพรงลำไส้ และรบกวนการดูดซึม ส่วนเชื้อ *Shigella* นอกจากจะทำให้การดูดซึมลดลงแล้วยังปล่อยพวก Cytotoxin เกิดเซลล์ตายเป็นหย่อม ๆ เป็นแผลเล็ก ๆ อุจจาระจึงมีมูกปนเลือดบางครั้งปนหนอง และเกิดอาการปวดเบ่งมาก ถ้าเกิดอาการอักเสบตรง Rectosigmoid Colon กระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่ บีบตัว และกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักเปิดเรียกว่า “ปวดเบ่ง” รวมเรียกกลุ่มอาการอุจจาระร่วงแบบนี้ว่า Dysentery

อาการแสดงของการขาดน้ำ ที่สำคัญ ได้แก่

1. กระหายน้ำเป็นอาการแรกของการขาดน้ำในเด็กเล็กไม่สามารถบอกได้ว่ากระหายน้ำหรือไม่ จะทดสอบได้โดยทดลองให้เด็กดื่มน้ำ ถ้าดื่มน้ำมากแสดงว่ามีอาการกระหายน้ำ
2. น้ำหนักลดเมื่อเด็กเสียน้ำ น้ำหนักจะลดลงในรายที่มีภาวะขาดน้ำรุนแรง ลดลงร้อยละ 10.0 ของน้ำหนักปกติภายใน 2-3 ชั่วโมง หรือ 2-3 วันก็ได้
3. เบ้าตาลึกเป็นอาการแสดงที่สำคัญ ปกติในร่างกายของเด็กจะมีเนื้อเยื่อไขมันที่มีน้ำมาก ถ้าเด็กขาดน้ำเนื้อเยื่อเหล่านี้จะดูแห้งและบวมลง ดาก็จะลึกลง

4. ปากแห้งในเด็กที่ขาดน้ำจะไม่สามารถสร้างน้ำลายได้พอเพียง ปาก ลิ้นจะแห้ง และแดง

5. กระหม่อมบวมเป็นลักษณะเฉพาะที่ปรากฏให้เห็นในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี กระหม่อมจะเป็นส่วนที่อยู่ระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะส่วนบนสุด แรกคลอดจะกว้าง เมื่ออายุ 1 ปี กระหม่อมจะเล็กลง กระหม่อมจะปิดเมื่ออายุประมาณหนึ่งปีหกเดือน เมื่อเด็กมีภาวะขาดน้ำสมองจะเหี่ยวและเล็กลง ทำให้กระหม่อมจมลงระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะในเด็กที่ขาดน้ำ จะเห็นว่ากระหม่อมบวม จึงไม่ใช่อาการแสดงที่จะวินิจฉัยภาวะการขาดน้ำในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ

6. สูญเสียการยืดหยุ่นของผิวหนังในเด็กปกติผิวหนังจะยืดหยุ่น ถ้าลองดึงผิวหนังที่หน้าท้องขึ้นและปล่อยผิวหนังจะกลับเข้าที่เดิมได้อย่างรวดเร็ว แต่ในภาวะขาดน้ำผิวหนังเด็กจะแห้งและสูญเสียความยืดหยุ่น ถ้าลองดึงผิวหนังหน้าท้องขึ้นแล้วปล่อย จะเห็นผิวหนังค้างอยู่ชั่วขณะ นานเกิน 2 นาที ก่อนจะราบลงอย่างเดิม

7. หายใจเร็วเหมือนหอบเด็กที่ขาดน้ำจะหายใจเร็วประมาณ 40-60 ครั้ง/นาที หายใจลึก และเร็วกว่าปกติ จะเกิดขึ้นในเด็กที่ขาดน้ำมาเป็นวัน ๆ

8. ชีพจรเบาเร็วภาวะการขาดน้ำทำให้ชีพจรเต้นเร็วและเบาลง เมื่อเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ชีพจรอาจจะเบาจนคลำที่ข้อมือไม่ได้ อาจจะได้ที่ขาหนีบหรือฟังเสียงหัวใจแทน

9. ปัสสาวะน้อยในเด็กปกติจะถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมง ในเด็กที่มีอาการขาดน้ำจะมีปัสสาวะน้อยลงเพราะร่างกายพยายามเก็บน้ำไว้ อาการปัสสาวะน้อยเป็นอาการสำคัญที่จะบ่งบอกเด็กขาดน้ำรุนแรงหรือไม่

10. ซ็อกในรายที่มีอาการขาดน้ำรุนแรงมักจะเกิดอาการซ็อก เด็กจะนอนซึม ผิวหนังซีดเย็น ซ็อกเป็นภาวะที่อันตรายเพราะเป็นอาการแสดงว่าเด็กคนนั้นจำเป็นต้องให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำทันที

11. ใช้ เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในเด็กที่มีการขาดน้ำอาจมีใช้ได้ในระยะนี้
 ให้นึกถึงโรคหุน้ำหนวกร่วมด้วย

การเกิดโรคอุจจาระร่วงมีกลไก 4 อย่าง

1. เชื้อบุล่งไส้สร้างน้ำหลังออกมาเพิ่มขึ้น เกินความสามารถในการดูดซึมกลับของ
 เชื้อบุล่งไส้
2. เชื้อบุล่งไส้ดูดซึมสารต่าง ๆ ได้น้อยลง เช่น ในขณะที่มีการอักเสบของเชื้อบุล่งไส้
 หรือ lymphoma ของบุล่งไส้
3. มีสารดึงน้ำไว้ในโพรงบุล่งไส้ เช่น พวกละลายดีเกลือ (magnesium sulfate) ดึงน้ำ
 ไว้มาก หรือในรายที่ขาดน้ำย่อย lactase ในผนังเชื้อบุล่งไส้ เมื่อดื่มนมเข้าไปจึงมีอาการท้องร่วง
4. การเคลื่อนไหวในทางเดินอาหารผิดปกติ อาหารและน้ำผ่านบุล่งไส้รวดเร็วเกินไป
 ถูกดูดซึมกลับไม่ทัน มักมีอาการปวดท้องจากการบีบเกร็งของบุล่งไส้ หรือมีคลื่นไส้อาเจียน
 ร่วมด้วยกลไกทั้ง 4 อาจเกิดร่วมกันหรือมีอันใดอันหนึ่งเด่นชัดกว่ากลไกอื่น ๆ ขึ้นกับสาเหตุ
 ในแต่ละราย กลไกที่ทำให้เกิดอุจจาระร่วงเนื่องจากบุล่งไส้หลังมากกว่าปกติมักเกิดจากการติดเชื้อ
 แบคทีเรีย

อันตรายจากโรคอุจจาระร่วง

อันตรายที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วงมี 2 ประการ คือ

1. การขาดน้ำและเกลือแร่ อาการที่สำคัญของการขาดน้ำ ได้แก่ กระหายน้ำ น้ำหนักลด
 เบื่อตาเล็ก ปากแห้ง กระหม่อมบุ๋ม สูญเสียการยืดหยุ่นของผิวหนัง หายใจเร็วขึ้น เหมือนหอบ
 ชีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะน้อย ช็อค และเสียชีวิตได้

2. ภาวะทุพโภชนาการ การเกิดโรคอุจจาระร่วงแต่ละครั้งเท่ากับอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดสารอาหาร) เนียบพลันในเด็กได้ เพราะการเกิดอุจจาระร่วงจะมีผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (Reduction of Food Intakes) การสูญเสียอาหารทางลำไส้มากขึ้น (Increased Nutrient Loss) มีการเปลี่ยนแปลงภาวะการครองธาตุ (Metabolic Changes) และมีความต้องการอาหารมากขึ้น (Increased Nutrient Requirement)

การรักษา

หัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยอุจจาระร่วงคือ การรักษาโดยทั่วไปด้วยการให้สารน้ำและอาหารเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยขาดน้ำและอาหาร โดยกรมควบคุมโรคติดต่อได้เสนอแนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วงไว้ดังนี้

1. ไม่งดอาหารถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ในปริมาณน้อย ๆ และบ่อยครั้ง เพื่อป้องกันภาวะขาดอาหาร เช่น น้ำแกงจืด ข้าวต้ม น้ำผลไม้ น้ำมะพร้าวอ่อน
2. ใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ (O R S) ให้กินได้ตลอดเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งหาย สารละลายน้ำตาลเกลือแร่สามารถทำขึ้นได้เอง โดยใช้น้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะกับเกลือครึ่งช้อนชา ผสมน้ำต้มสุกหนึ่งขวดน้ำปลาหรือ 750 ซีซี ใช้ให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง ถ้ามีอาการอาเจียน อาจหยุดให้สารละลายประมาณ 5 – 6 นาที แล้วค่อยให้ใหม่

การให้ยาปฏิชีวนะ ตามเชื้อโรคจากผล Sensitivity Test

นอกจากนี้กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอวิธีการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่บ้าน โดยใช้กฎ 3 ข้อ คือ

1. ให้ของเหลวแก่เด็กให้มากกว่าปกติ ได้แก่ น้ำข้าว น้ำชาอ่อน ๆ น้ำมะพร้าวอ่อน น้ำผลไม้อื่น ๆ สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ นมแม่หรือนมผสมเจือจาง

2. ให้อาหารแก่เด็กตามที่เด็กต้องการหรือประมาณ 5–7 ครั้งต่อวัน ให้อาหารที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม แกงจืด ไข่ต้ม ปลาต้ม หรืออาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น กุ้งต้ม สับปะรด น้ำมะพร้าว ส่วนเด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดาควรให้นมมารดาต่อไป

3. คอยสังเกตอาการขาดน้ำ ถ้าเด็กมีอาการขาดน้ำอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ กระหายน้ำ ตาลึกโป้ กระหม่อมบุ๋ม กรณีที่เด็กเริ่มมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นให้นำเด็กไปรับการรักษาที่สถานอนามัยหรือสถานพยาบาล และผสมสารละลายเกลือแร่ให้เด็กดื่มในระยะ 4–6 ชั่วโมง ที่เกิดอาการผิดปกติ

การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

1. การส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ถูกต้อง การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ เนื่องจากโรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่ติดต่อโดยทางอุจจาระ ซึ่งอาจติดมากับมือที่สกปรก ดังนั้นการล้างมือด้วยสบู่ก่อนเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร หลังถ่ายอุจจาระ และหลังจากสัมผัสกับอุจจาระเด็ก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องฝึกเป็นนิสัยของทุกคน อนึ่งการฝึกอบรมที่ดีควรเริ่มตั้งแต่ในโรงเรียนและในเด็กเล็ก ๆ

2. การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง

2.1 การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่มีแมลงวันตอม ไม่ควรรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หากจะเก็บอาหารที่ค้างมื้อ ควรเก็บไว้ในตู้เย็นและก่อนที่จะรับประทานต้องนำไปอุ่นให้ร้อนทุกครั้ง

2.2 ควรดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุก

2.3 การรับประทานผักสดและผลไม้ ควรล้างให้สะอาดด้วยน้ำประปา หรือน้ำคลอรีน (1/2 ช้อนชาต่อน้ำ 20 ลิตร) น้ำยาล้างผัก

3. การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อม

3.1 การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ถูกละเลย และการกำจัดอุจจาระเด็กอย่างถูกวิธี

3.2 การจัดหาสะอาดสำหรับดื่มและใช้

3.3 การกำจัดขยะมูลฝอย และแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน

4. การส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะในช่วง 4-6 เดือนแรก พบว่าทารกที่ได้รับนมมารดาแต่เพียงอย่างเดียว มีโอกาสป่วยด้วยโรคอุจจาระน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม นอกจากนี้นมมารดายังสามารถป้องกันโรคมะเร็งในทารก และโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจด้วย

5. การให้วัคซีนป้องกันโรคหัด เนื่องจากโรคหัดมักมีผลแทรกซ้อนในการเกิดโรคอุจจาระร่วงและทำให้โรครุนแรงมากขึ้น การให้วัคซีนเมื่อทารกอายุครบ 9 เดือน จะช่วยป้องกันอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง

ผลกระทบของการเกิดโรคอุจจาระร่วงต่อ เศรษฐกิจ สังคม

โรคอุจจาระร่วงนอกจากจะเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขแล้วยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมอีกด้วย ดังต่อไปนี้

1. การสูญเสียเนื่องจากการป่วย ได้แก่ เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์การสาธารณสุข ที่จะต้องเป็นผู้ดูแลรักษาและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง สูญเสียผลผลิตที่ควรจะได้จากบุคคลวัยทำงาน จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอุจจาระร่วงในโรงพยาบาลเด็ก พบว่าค่าเฉลี่ยการรักษาโรคอุจจาระร่วง อยู่ระหว่าง 1,309 – 1,330 บาทต่อคนต่อครั้ง (ประนอม, 2536) และในแต่ละปีมีผู้ป่วยทั่วประเทศกว่าล้านคน โดยเฉพาะเด็กเล็กมีอัตราการป่วยเท่ากับ 1 ครั้งต่อคนต่อปี (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2543) นั่นหมายถึงว่ารัฐต้องเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษาพยาบาลเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง (ปีละประมาณกว่า 1,000 ล้านบาท) ทั้งส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ

และค่าใช้จ่ายในส่วนที่ประชาชนเสียเอง ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่มีค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจเพราะงบประมาณ ดังกล่าวนี้นี้รัฐสามารถนำไปใช้ได้เพื่อกิจการอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ได้ ส่วนการสูญเสียทางอ้อม ได้แก่ การสูญเสียผลผลิตที่ได้จากบุคคลวัยทำงาน เพราะต้องหยุดงานเพื่อรักษาอาการป่วยหรือดูแลบุตรที่เป็นอูจจาระร่วง รวมทั้งค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

2. สูญเสียเนื่องจากมาตรการการกีดกันทางการค้า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอุตสาหกรรมอาหารเป็นสาขาการผลิตที่สำคัญในระบบการเศรษฐกิจ ซึ่งก่อให้เกิดรายได้และมูลค่าเพิ่มเข้าประเทศในอันดับสูง กล่าวคือ ในปี 2539 มูลค่าเพิ่มของอาหารและเครื่องดื่ม จำนวน 189,165 ล้านบาท คิดเป็น 13.7% ของอุตสาหกรรมรวม และในปี 2540 มูลค่าส่งออกอาหาร จำนวน 295,618 ล้านบาท คิดเป็น 16% ของอุตสาหกรรมรวม รวมทั้งเกิดการจ้างงานในการนี้ถึง 566,300 คน ในปี 2538 ความพยายามในการเปิดตลาดเสรีในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการใช้มาตรการกีดกันทางการค้าที่มีใช้ภาษีอากร (Nontariff barriers) เช่น กรณีมีการใช้มาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืชของอุตสาหกรรมอาหารในรูปของมาตรฐาน และกฎ ระเบียบต่าง ๆ ในด้านสุขอนามัยในการนำเข้าสินค้า อาทิ เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินสารเจือปนในอาหาร เกณฑ์ในเรื่องสารปนเปื้อน ยาสัตว์ สารพิษตกค้างในอาหาร เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการส่งออกอาหารของไทยไปยังประเทศคู่ค้า (คณะกรรมการพัฒนาการส่งออก สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, 2541)

ปัญหาด้านสุขอนามัยและคุณภาพของอาหารเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งออกของอุตสาหกรรมอาหาร จากการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาสินค้าอาหารไทยถูกกักกัน ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในปี 2540 พบว่า ปัญหาในด้านสุขอนามัยและคุณภาพของอาหารเป็นปัญหาสำคัญที่อาหารของไทยถูกกักกัน เป็นอุปสรรคสำคัญของการส่งออกเป็นจำนวนมากและส่งผลกระทบต่อภาคเกษตร ซึ่งเป็นภาคการผลิตที่สำคัญเกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก และครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ ประการสำคัญปัญหาสุขอนามัยและคุณภาพอาหารยังเป็นปัญหาที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขอนามัยของประชาคมโลกจึงเป็นเรื่องของทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องตระหนัก ร่วมมือกันดูแล ป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจัง

3. สูญเสียเนื่องจากการท่องเที่ยว จากการที่นักท่องเที่ยวชาวฮ่องกงมาเที่ยวเมืองไทย แล้วเกิดอุจจาระร่วง ทำให้ประเทศไทยถูกมองว่าเป็นประเทศที่ไม่มีความปลอดภัยด้านสุขภาพ จนทำให้ไม่อยากมาเที่ยวเมืองไทย ส่งผลกระทบต่อรายได้ของประเทศชาติและประชาชน จากการท่องเที่ยว นอกจากนี้ยังมีผลถึงชื่อเสียง หน้าตาของประเทศชาติด้วย เมื่อถูกรัฐบาล ประเทศต่าง ๆ ต่อว่ามา ในกรณีที่ประชาชนของเขาป่วยด้วยโรคนี้นั้นขณะที่อยู่ในประเทศไทย หรือเพิ่งเดินทางกลับไปถึงบ้าน รวมทั้งกรณีที่ตรวจพบเชื้ออุจจาระร่วงอย่างแรงในอาหารสด เช่น กุ้ง และกะทิที่ส่งไปจากประเทศไทย โดยที่เราประกาศว่าประเทศของเราปราศจาก โรคนี้นี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่มีความสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการดูแลสุขภาพ และควบคุมไม่ให้เกิดขึ้น เพราะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับทุกคน ทุกครอบครัว ทุกชุมชน และประเทศชาติ รวมถึงนานาชาติด้วย ความร่วมมือร่วมใจของคนในครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญที่จะดูแลสุขภาพและควบคุมไม่ให้เกิดขึ้นได้

อาหารเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง (Nutritional Causes of Diarrhea)

แต่ละชนชาติจะมีความเชื่อว่าอาหารบางอย่างเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงได้ เช่น ในบ้านเราอาหารบางประเภท เช่น ส้มตำ ขนมน้ำยา ลาบ เป็นต้น จะมีโอกาสทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ง่ายกว่าอาหารประเภทอื่น ๆ แต่ปัจจุบันสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือการสร้างพิษ (Toxin) จากแบคทีเรียปะปนมาในอาหาร เช่น เชื้อซาลโมเนลลา ชิเกลลา มักปะปนมากับอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ เช่น เป็ด ไก่ หมู เชื้อ *Vibrioparahemolyticus*, *Aeromonas*, *Plesiomonas* มักปนเปื้อนมากับอาหารจำพวกอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลา เชื้อ *E.coli* มักปะปนมากับน้ำที่สกปรกหรือปนเปื้อนอุจจาระ ดังนั้นการเตรียมอาหารอย่างถูกสุขลักษณะใช้น้ำที่สะอาด รับประทานแต่อาหารที่ร้อนหรือสุกใหม่ ๆ ไม่ทิ้งอาหารไว้ค้างคืนก็จะทำลายเชื้อโรคที่ปนเปื้อนมาให้หมดไปได้อย่างดี โอกาสที่จะเกิดท้องเสียจะลดน้อยไปได้มาก การรักษาสุขลักษณะอนามัยระหว่างรับประทานอาหารโดยการใช้น้ำร้อนส้อม ไม่ใช้มือหยิบอาหาร ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ดื่มน้ำที่สะอาดหรือต้มแล้ว ระวังอย่าให้มีแมลงวันตอม ในเด็กเล็กก็ต้องระวังเรื่องของขูดนม จุกนม คือ ควรจะต้มหรือลวกเสียก่อน ใช้น้ำสะอาดและต้มแล้วในการผสมนม นมผงที่เก็บไว้ก็จะต้องระวังอย่างให้ปนเปื้อนเชื้อโรคและเก็บไว้ในภาชนะที่สะอาด มารดาที่ให้นมบุตร ควรจะต้องทำความสะอาด

ห้วนมและเต้านมให้ดีก่อนที่จะให้ลูกดูดนม เวลาเลี้ยงเด็กก็ต้องระวังอย่างให้เด็กดูดนิ้วมือเล่น หรือหยิบของสกปรก

การรักษาสุขลักษณะอนามัยเหล่านี้จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้อย่างมาก อย่างไรก็ตามมีอาหารอยู่บางประเภทซึ่งไม่ควรรับประทาน เพราะถึงแม้จะรักษาสุขลักษณะอนามัยอย่างดีแล้วก็ตามก็ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ได้แก่ อาหารที่มีสารพิษบางชนิดอยู่ในอาหารนั้นอยู่แล้ว ซึ่งสารพิษเหล่านี้สามารถทนต่อความร้อนสูงได้ไม่สามารถถูกทำลายโดยการต้มหรือทำอาหารนั้นให้สุก เช่น เห็ดที่มีพิษบางชนิด แมงดาทะเลบางชนิด ปลาปักเป้าบางชนิด หรืออาหารกระป๋องที่บูบับี้ ซึ่งอาจมีเชื้อ *Clostridium botulinum* อยู่ซึ่งถึงแม้จะฆ่าเชื้อแล้วแต่สารพิษก็ยังหลงเหลืออยู่ในอาหาร และทำให้เกิดท้องเสียได้อย่างรุนแรง นอกจากนี้มีกลไกการเกิดอุจจาระร่วงที่พบใหม่ ได้แก่ การรับประทานมันเทศดิบ ซึ่งจะมี Protease Enzyme Inhibitor ทำให้เชื้อ *Clostridium perfringens* สามารถผ่านไปในลำไส้แล้วแบ่งตัวสร้าง B-Toxin ซึ่งทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อลำไส้ ทำให้เกิดอาการท้องเสียถ่ายเป็นมูกเลือดอย่างรุนแรง จนอาจถึงตายได้และเชื่อว่าเช่นเดียวกันนี้อาจเป็นสาเหตุของโรค Segmental Colitis ด้วย

ผลของโรคอุจจาระร่วงต่อภาวะโภชนาการ

เมื่อมีอุจจาระร่วงเกิดขึ้นจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะจะเห็นได้ชัดในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ เพราะเด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ต้องการพลังงานไปใช้ในการเสริมสร้างร่างกายเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวเด็ก ในขณะที่เด็กมีการสะสมพลังงานสำรองในร่างกายเป็นจำนวนน้อย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อเด็กเกิดอุจจาระร่วงเพียงไม่กี่วันก็จะสังเกตเห็นเด็กผอมซูบลงอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เพราะการเกิดโรคอุจจาระร่วงจะมีผลต่อร่างกายอยู่ 4 ประการคือ (จันทร์เพ็ญ, 2523)

1. การรับประทานอาหารได้น้อยลง (Reduction of Food Intakes) ซึ่งอาจจะน้อยลงจากการที่ผู้ป่วยหรือเด็กมีอาการเบื่ออาหารเกิดขึ้นระหว่างที่เกิดอุจจาระร่วง หรือไม่กล้ารับประทานอาหาร เพราะกลัวจะทำให้ท้องเสียมากขึ้น

2. การสูญเสียอาหารทางลำไส้มากขึ้น (Increased Nutrient Loss) ขณะเกิดอุจจาระร่วง จะมีการสูญเสียอาหารที่เป็นประโยชน์ออกมาในอุจจาระมากขึ้น เนื่องจากการดูดซึมอาหารของ ลำไส้ทำได้น้อยลง และมีการเพิ่ม Intestinal Transit Time อาหารจึงผ่านมาในอุจจาระมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการทำลายเยื่อลำไส้ทำให้ขาดเอนไซม์ในการย่อยอาหาร

3. มีการเปลี่ยนแปลงภาวะการครองธาตุ (Metabolic Changes) เนื่องจากการสูญเสีย กลีโคเรื่อออกจากร่างกาย จึงทำให้เกิดการผิดปกติของการเผาผลาญอาหารในร่างกายทำให้เซลล์ ต่าง ๆ ของร่างกายต้องทำงานมากขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายสามารถทำงานได้เป็นปกติ ทำให้เกิดการเพิ่มอัตราเผาผลาญพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate) และทำให้ร่างกายต้องการพลังงาน มากขึ้น

4. มีความต้องการอาหารมากขึ้น (Increased Nutrient Requirement) จากผลของทั้งสามข้อ ดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงมีความต้องการอาหารมากกว่าภาวะปกติเพื่อช่วย ช่อมแซมร่างกายให้หายจากโรคโดยเร็ว เพื่อทดแทนสารอาหารที่ขาดไปและเพื่อให้เกิด การเจริญเติบโตของร่างกายดำเนินต่อไป ศึกษาแล้วว่าขณะเกิดอุจจาระร่วงร่างกายจะต้องการ พลังงานเพิ่มขึ้นประมาณ 30-50 % ต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นประมาณ 100%

ประมาณได้ว่า เด็กในประเทศด้อยพัฒนาในช่วงขวบปีแรก อาจป่วยโรคอุจจาระร่วง อยู่ยาวนานถึงหนึ่งในสามของช่วงชีวิตในขวบปีแรก ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มีความสำคัญต่อ การเจริญเติบโตของเด็กเป็นอย่างยิ่ง ถ้าเด็กได้รับประทานอาหารไม่เพียงพอในระยะเวลา นี้ย่อมทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) อย่างไม่ต้องสงสัย

จากผลของโรคอุจจาระร่วงทั้ง 4 ประการดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง มีความต้องการอาหารมากกว่าภาวะปกติ เพื่อนำไปซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย เพื่อทดแทนสารอาหารที่ขาดหายไป และเพื่อให้การเจริญเติบโตของร่างกายดำเนินต่อไปตามปกติ ในขณะที่เกิดโรคอุจจาระร่วงร่างกายจะต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30.0-50.3 ต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นหนึ่งเท่าตัว ดังนั้นหลักการรักษาก็ต้องเพิ่มสารน้ำ และให้อาหารให้ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

อรรถ (2526) กล่าวไว้ว่า

1. สามารถป้องกันได้โดยลดการแพร่เชื้อโรค โดยการปรับปรุงคุณภาพน้ำ และจะหาน้ำสะอาดให้เพียงพอกับความต้องการของครัวเรือน ให้เด็กดื่มน้ำสะอาด หรือน้ำต้มเดือด ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เรื่องส้วม การกำจัดขยะเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคอุจจาระร่วง ให้ทุกคนในบ้านถ่ายอุจจาระลงส้วม กำจัดอุจจาระเด็กโดยทิ้งลงส้วม ปรับปรุงสุขาภิบาลส่วนบุคคล และที่พักอาศัยและภายหลังขับถ่ายอุจจาระ และก่อนรับประทานอาหาร ควรล้างมือด้วยสบู่ ปรับปรุงการเตรียมและการเก็บรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ โดยพิจารณาในเรื่องของความสะอาด ให้เด็กกินอาหารที่สุกใหม่ ๆ ไม่มีแมลงวันตอม งดอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารที่เหลือจากการรับประทานก่อนเก็บให้นำไปอุ่นก่อนและเมื่อจะกินอีกให้อุ่นซ้ำ ภาชนะ จาน ชาม ที่นำมาใส่อาหารต้องล้างให้สะอาด และควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน และพาหะนำโรค ที่เป็นสาเหตุใหญ่ของการระบาด เช่น แมลงวัน เศษอาหารและขยะมูลฝอยควรฝังเผา อย่างปลอดภัยให้เป็นที่พักเพาะพันธุ์แมลงวัน

2. สามารถป้องกันได้โดยเพิ่มความต้านทานต่อการติดเชื้อ ปรับปรุงโภชนาการของบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ในระยะ 4-6 เดือนแรกและยังให้ต่อไป ในช่วงหลังของขวบปีแรก ขณะหย่านมช่วงอายุ 4-6 เดือน ให้อาหารที่สะอาดและมีคุณภาพ ไม่ควรรับประทานยาลดกรดโดยไม่จำเป็น เพราะจะทำให้การฆ่าเชื้อโรคของระบบทางเดินอาหารตามธรรมชาติลดน้อยลง

พฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อโรคอุจจาระร่วงนี้ ถูกกำหนดด้วยปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษาของประชาชน โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคอุจจาระร่วงในเด็ก พฤติกรรมของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กจะมีอิทธิพลมากต่อการเกิดโรค

พฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรคอุจจาระร่วง

พฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดโรคติดต่อในเด็ก โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพราะถ้าผู้ปกครองเด็กมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการให้เกิด หรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ จะส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง ทั้งก่อให้เกิดอัตราการเกิดโรค และอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วงด้วยกลไก 3 ประการ ประการแรก คือ กลไกที่ทำให้เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรค (Pathogenic Agent) สามารถเข้าไปในตัวบุคคลที่เชื้อโรคสามารถทำให้เกิดโรค (Host) ได้ ประการที่สอง คือ กลไกที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความต้านทานโรค หรือความรุนแรงของโรค และประการที่สาม คือ กลไกที่เกี่ยวข้องกับแหล่งเพาะเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม หรืออาหาร ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงตามกลไกดังกล่าวคือ

พฤติกรรมการล้างมือ

จากการศึกษาของหลายหน่วยงานแสดงให้เห็นว่ามือเป็นอวัยวะที่เป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและภายหลังขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ทำให้อัตราของอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงลดลงถึงร้อยละ 48.0 การล้างมือและการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสุขอนามัยต่าง ๆ ทำให้โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-17 เดือน ลดลงถึงร้อยละ 14.0 การที่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กไม่ล้างมือภายหลังขับถ่ายเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 1.6 เท่า และถ้าเด็กเองไม่ล้างมือก็เสี่ยง 1.6 เท่าเช่นเดียวกัน นอกจากนี้มือที่สกปรกยังมีผลต่อความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงด้วย มารดาหรือผู้ดูแลเด็กที่มีเล็บดำสกปรกจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงถึง 6.4 เท่า

จากการศึกษาข้างต้นพอสรุปได้ว่าการล้างมือด้วยสบู่และน้ำบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหารและภายหลังขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ การตัดเล็บให้สั้น เพื่อป้องกันการหมักหมมของเชื้อโรค และสิ่งสกปรก จะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงได้

พฤติกรรมด้านอาหาร

พฤติกรรมนี้หมายถึง การเตรียมอาหาร การประกอบอาหาร การเก็บอาหารหรือวัตถุดิบที่ใช้ประกอบอาหาร จะเห็นได้ว่าโรคอุจจาระร่วงนั้นส่วนหนึ่งมาจากอาหาร Food Borne Outbreaks ที่ก่อให้เกิดอุจจาระร่วงจะพบได้เป็นจำนวนมากต่อปี ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและด้อยพัฒนาประมาณได้ว่าจำนวนที่แท้จริงของ Food borne cases มีประมาณ 25 ถึง 100 เท่ากับจำนวนที่รายงาน (Hauschild and Bryan, 1980) เชื้อที่เป็นสาเหตุ มีทั้ง *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Vibrio parahemolyticus* และนอกจากนี้ยังมีประเภทสารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลงที่ปนเปื้อนในอาหารด้วย สาเหตุของ Food Borne Outbreaks มักจะเกิดจากรับประทานอาหารร่วมกัน การกินเลี้ยงหรืออาหารที่ขายข้างถนน สำหรับการเกิดอุจจาระร่วงในเด็กมักจะเกิดจากการประกอบอาหารในบ้านมากกว่าอาหารจากร้านค้าเพราะส่วนใหญ่อาหารของเด็กมักจะประกอบเองโดยมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก โรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากอาหารมีส่วนประมาณ 15-70% ของโรคอุจจาระร่วงในเด็กทั้งหมด (Esrey, 1985) เชื้อที่เป็นสาเหตุที่สำคัญคือ *E.coli*, Enterotoxigenic Bacteria, *Cl. welchii*, *S.aureus* *Salmonella*, *Shigella*, *Klebsiella* spp. พฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนด้วยแบคทีเรียต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้ คือ

จากการเตรียมอาหาร (Food preparation)

1. ทำให้สุกไม่พอ สุก ๆ ดิบ ๆ
2. ใช้ความร้อนไม่มากพอหรือไม่นานพอ ขณะที่อุ่นอาหาร
3. ทำอาหารครั้งละมาก ๆ
4. ความเย็นที่ใช้สำหรับเก็บอาหารบางชนิดไม่เพียงพอ

จากการประกอบอาหาร (Food Handling)

1. ผู้ประกอบอาหารเป็นผู้ติดเชื้อโรค
2. วัตถุดิบที่ใช้ประกอบอาหารปนเปื้อนด้วยเชื้อโรค

3. อุปกรณ์ประกอบอาหารไม่สะอาด
4. น้ำที่ใช้ไม่สะอาด
5. อาหารมาจากแหล่งที่ไม่สะอาด มีการปนเปื้อนด้วยแบคทีเรีย

การเก็บอาหาร (Food Storage)

1. เก็บในอุณหภูมิที่ไม่สูงพอ
2. อาหารทิ้งไว้นานหลังจากปรุงเสร็จแล้วกว่าจะนำไปเสิร์ฟ
3. ทิ้งอาหารไว้ในอุณหภูมิห้อง
4. กินอาหารเหลือจากมือที่แล้ว

การบริโภคอาหาร

1. ป้อนอาหารเด็กด้วยมือที่ไม่สะอาด
2. ใช้มือรับประทานอาหารแทนการใช้ช้อน

พฤติกรรมการใช้และการกำจัดของเสีย

จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่า ถ้าอุจจาระร่วงในบริเวณบ้าน จะมีผลทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.0 ถ้ามีการติดตั้งน้ำประปาในบริเวณบ้านจะทำให้โรคอุจจาระร่วงลดลงร้อยละ 50.0 แต่การเก็บน้ำไว้ใช้ในบ้านโดยภาชนะใดๆ ก็ตามมักเป็นแหล่งเพาะเชื้อและทำให้มีการเกิดโรคอุจจาระร่วงมากขึ้น เด็กที่อยู่ในบ้านที่มีการเก็บน้ำไว้ในภาชนะที่ไม่มีฝาปิดจะเกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีลักษณะนิสัยเช่นนี้ (อัตราอุบัติการณ์มากกว่า 7 ครั้ง /คน/ปี) เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่อยู่ในบ้านที่ไม่มีน้ำประปาส่วนชนิด

ชักโครกและไม่มีที่ทิ้งขยะ จะเสี่ยงต่อการเกิดอุจจาระร่วงร้อยละ 3.3 และ 2.5 ตามลำดับ การที่เด็กถ่ายอุจจาระรีयरาดโดยไม่ถ่ายลงส้วมหรือใช้ภาชนะรองรับ ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่าเด็กที่มีพฤติกรรมถ่ายถูกต้อง

จากการศึกษาข้างต้นพอสรุปได้ว่าพฤติกรรมกำจัดอุจจาระ โดยเฉพาะของเด็กภายในบ้าน ถ้าไม่ได้กำจัดอย่างถูกต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูง การใช้น้ำประปาจะทำให้อัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงลดลง การเก็บน้ำไว้ใช้โดยไม่มีการปิดฝาจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่า ฉะนั้นน้ำที่นำมาใช้ดื่มควรจะได้มาจากการต้มเพื่อฆ่าเชื้อโรคเสียก่อน เพื่อจะได้ปลอดภัยจากการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง

พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก

พฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อ ภูมิคุ้มกันโรค และโอกาสในการติดเชื้อ สำหรับพฤติกรรมเลี้ยงดูที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คือ

1. การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ (Breast Feeding)

การศึกษาหลายเรื่องเกี่ยวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กกับการเลี้ยงดูวิธีต่าง ๆ จาก 14 ประเทศ (Feachem and Koblinsky, 1984) พบว่า การให้นมแม่อย่างเดียรมีผลป้องกันเด็กจากการป่วยและการตายด้วยโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุ 0-3 ปี Median Relative Risk ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงระหว่างเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่เปรียบเทียบกับเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียว หรือนมผสมกันระหว่างนมแม่และนมผสมเท่ากับร้อยละ 3 ในเด็กอายุ 3-5 ปี Median Relative Risk ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเปรียบเทียบดังกล่าวเท่ากับร้อยละ 2.5 และ 1.4 ตามลำดับ สำหรับเด็กอายุ 6-11 เดือน การเลี้ยงดูนี้ลดลงเมื่อเด็กอายุมากขึ้น สำหรับ Relative Risk ของการตายจากโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่กินนมแม่หรือนมแม่และนมผสม เปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่เลย สำหรับเด็กอายุ 0-2 เดือน เท่ากับร้อยละ 25 เด็กอายุ 6-8 เดือน เท่ากับ 10 และเช่นเดียวกันลดน้อยลงเมื่อเด็กอายุเกิน 8 เดือนขึ้นไป เมื่อเด็กอายุเกิน 1 ปี จะไม่เห็นผลของนมแม่ต่อการป่วยหรือตายด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างชัดเจนอีกต่อไป และจากผลการวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการส่งเสริมการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ จากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ 8 ประเทศ (Feachem, 1984)

พบว่าอาจจะลดป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลง 8-20% และการตายลดลง 24-27 % ในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 6 เดือน ถ้าเป็นในเด็กอายุ 0-59 เดือน การเจ็บป่วยอาจจะลดลง 1-4 % และการตายลดลง 8-9%

2. การให้อาหารเสริมและการอดนม (Weaning Practices)

ผลของการให้อาหารเสริมหรือการอดนมไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการศึกษาเกิดโรคอุจจาระร่วง แต่สัมพันธ์กับสถานะโภชนาการในเด็กและจะเกี่ยวข้องของการป่วยหรือการตาย ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง พฤติกรรมในการให้อาหารเสริมและการอดนมในเด็กที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

2.1 ให้อาหารที่มีพลังงานต่ำและ Nutrient Concentration น้อย

2.2 อาหารปนเปื้อนด้วยเชื้อโรค

2.3 เลือกให้สารเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำอีกด้วย

2.4 ให้อาหารเด็กไม่เป็นเวลา

2.5 ให้อาหารเสริมเร็วหรือช้าเกินไป

2.6 งดนมทันทีทันใด

2.7 อาหารที่ให้เด็กมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่อื่น ๆ

จากการศึกษาวิจัย (Black, 1984) ที่ชนบทของประเทศบังกลาเทศ แสดงให้เห็นว่าสถานะโภชนาการที่ไม่ดีในเด็กไม่เกี่ยวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง แต่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการเป็นโรคนี้นมากกว่า การให้การศึกษาเกี่ยวกับการให้อาหารเสริมที่ถูกต้องทั้งการอดนมในระยะเวลาที่เหมาะสม (Weaning Education) ซึ่งมีวิธีการหลายรูปแบบด้วยการ เช่น การสอนเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการแก้ไขสถานะขาดอาหาร โดยบุคคลประเภทต่าง ๆ การให้อาหารเสริม หรือการให้

การศึกษาเกี่ยวกับโครงการแก่ทั้งชุมชน (Community Oriented Program) มีผลต่อการลดอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วงได้ประมาณ 2-12% (Ashworth and Feachem, 1985)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมาย

ธนวรรณ (2546) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคล ที่มีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น รวมถึงการกระทำหรือการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำหรือการปฏิบัติทั้งหลาย ที่มีผลต่อสุขภาพ

สมทรง และ สรศักดิ์ (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทางภายใน (Covert Behavior) และ ภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาในตัวบุคคลมีทั้ง รูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมที่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้ เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจา และการกระทำ ซึ่งปรากฏให้เห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูด ที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

สุชาติ (2543) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามคำว่า สุขภาพ หมายถึง “ภาวะแห่ง ความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี และคิดว่า สุขภาพนี้ มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรค หรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น” แต่เนื่องจาก คนมีร่างกายและจิตใจควบคู่กัน

พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม จะสังเกตเห็นไม่ได้แต่ก็สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าช่วย เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของปอด สำหรับพฤติกรรมภายในที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ซึ่งอยู่ในสมองของบุคคล พฤติกรรมภายในไม่สามารถมองเห็นได้ และไม่สามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบได้ พฤติกรรมภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมา อาจจะสอดคล้องกันหรือไม่สอดคล้องกันก็ได้

พฤติกรรมภายนอก หมายถึง สิ่งที่สามารถเห็นได้ตลอดเวลา อาจเป็นการแสดงออกขณะรู้สึกตัว หรือไม่รู้สึกตัว เช่น การละเมอขณะนอนหลับ การจะประเมินคุณภาพของคนดูได้จากพฤติกรรมภายนอก เช่น ความคล่องว่องไว ความตรงต่อเวลา ความก้าวร้าว พฤติกรรมภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ

ดังนั้นเราจึงมีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตซึ่งมีความหมาย สรุปได้ดังนี้

สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความเจริญเติบโต พัฒนาการสมกับวัย สะอาด แข็งแรงและสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรค หรือความต้านทานโรคเป็นอย่างดี

สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถทางจิตใจในการปรับตัวของคนเราให้เข้ากับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างเหมาะสม

Kasl and Cobb (อ้างถึงใน มัลลิกา, 2534) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็น การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดีและไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสมการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ ฯลฯ และยังรวมถึงเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัย สำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การเช็กฟังกฏจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตน ซึ่งเน้นพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ (2537) เพื่อให้ครอบคลุมแนวความคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภท ของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัว ของบุคคล เพื่อป้องกันไม่เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การใส่หมวกนิรภัย เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ เมื่อมีการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหา การรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม
3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคล กระทำ หลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุม อาหาร การออกกำลังกาย การลด หรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

ธนวรรณ (2541) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพตามบทบาทและความสำคัญในกระบวนการ พัฒนาสุขภาพ ได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของ บุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ เมื่อมี อาการผิดปกติ

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick-role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว

4. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

ในการปลูกฝัง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคล พฤติกรรม สุขภาพที่เกิดขึ้น จำแนกได้ 3 ระดับด้วยกัน คือ

ระดับแรก เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้จากกฎระเบียบ ข้อบังคับตลอดจนเงื่อนไขต่าง ๆ

ระดับที่สอง เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากผลการเรียนรู้ จากคำแนะนำต่าง ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาเจตคติของแต่ละบุคคล

ระดับที่สาม เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ จากค่านิยมทางสุขภาพของสังคม และความปรารถนาของตนเอง

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้นจะต้องมีการเรียนรู้ในลักษณะที่แตกต่างกันทั้งในด้านการปลูกฝังและการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมย่อมขึ้นอยู่กับพื้นฐานและปัจจัยหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งในทางด้านครอบครัว สถานศึกษา และสังคม เป็นต้น

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือ พฤติกรรมเชิงลบ (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือเป็นโรค ในการดำเนินงานสุขภาพศึกษา ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ แยกออกเป็น 6 ลักษณะ คือ

2.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ การปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเอง หรือครอบครัวดีขึ้น

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค คือ การปฏิบัติของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย

2.3 พฤติกรรมการเจ็บป่วย คือ การปฏิบัติของบุคคล เมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย

2.4 พฤติกรรมการรักษาพยาบาล คือ การปฏิบัติของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์ หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองหรือผู้อยู่ในความดูแลเจ็บป่วย

2.5 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม คือ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อให้มีผลในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

2.6 พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง คือ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัว ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ตามความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยา คือ องค์ประกอบที่มีอยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย วุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการความสนใจ การสนใจ ความสามารถ ซึ่งมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล แต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านความมากน้อยขององค์ประกอบและลักษณะที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดี หรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมที่ดี

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มคนในสังคม สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรม

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด และสำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลมาจากครอบครัวอย่างมาก ถ้าผู้ปกครอง หรือคนเลี้ยงดูส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อถือ มีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพเด็กจะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

กลุ่มคนในสังคม มีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมคล้ายตามกันได้ เพราะทุกคนต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างจะทำให้คนแสดงออกต่างกันได้ เช่น เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลในการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการครองชีวิต วิถีชีวิต ความเชื่อซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชน จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพดี และถูกต้อง ถ้าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะก่อให้เกิดปัญหามากมาย เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบด้านการศึกษา ระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย

5. องค์ประกอบด้านการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน นโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นเกี่ยวกับจำนวน ความเพียงพอของการบริการรักษาพยาบาล และกิจกรรม สุขศึกษา (ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2536)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรมของคนโดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ เกิดได้จากสาเหตุต่าง ๆ ประกอบกัน การจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพของผู้ปกครองในลักษณะใด ทิศทางใด จึงขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงปัจจัยโน้มน้าว ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ อาจได้จากผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป
2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีโอกาสได้กระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จนพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร
3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว โรงเรียน สังคม สิ่งแวดล้อมภายนอก ที่มีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้น ในการกระทำหรือตัดสินใจปฏิบัติที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเอง

จากแนวคิดเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพข้างต้นจะพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้มีการศึกษาและทำการวิจัยมากมายทั้งนักศึกษาวิชา และนักจิตวิทยาสังคมในรูปแบบของการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม เจตคติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยอื่น ๆ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมกับการมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึนึกคิด หรือความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้และจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ ความเชื่อจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิดประสบการณ์และความเชื่อของบุคคล เช่น ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการกระทำของตนและตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่งในขณะที่ผู้เชื่อในโชคชะตาเคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่นจะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก และตนเองไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งแตกต่างกันไป ตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นทุกคนจะปฏิบัติแตกต่างกันไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความเชื่อเดิมความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ, 2526) แนวความคิดของผู้สันตติกรรมหลายท่านเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไว้ว่าสังคมมนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุและผลของการเกิดโรคทั้งนี้ระบบความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจเหล่านี้ย่อมเป็นไปตามพื้นฐานขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ในแนวความคิดเหล่านี้ต่างก็มีความเข้าใจร่วมกันอยู่ 3 ประการ คือ

1. การเกิดโรคเป็นเรื่องธรรมชาติสามัญที่สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกรูปทุกนาม
2. เมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้ว มนุษย์ต้องหาทางรักษา สังคมมนุษย์ทุกสังคมจึงมีการพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งกำหนดด้วยว่าผู้ใดที่จะทำการรักษาได้ และมีบทบาทประการใดบ้างในการที่จะกำจัดและรักษาโรค
3. นอกจากจะมีการพัฒนาทางด้านรักษาแล้ว สังคมทุกสังคมย่อมต้องคิดค้นหาสาเหตุและความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรคเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันรักษาตน รวมทั้งเป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยอีกประการหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้พัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยในสังคมนั้น ๆ ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรม

บุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจ หรือการรับรู้ นั้น และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การป้องกัน ตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย (Rosenstock, 1974)

แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1950 พบว่า การป้องกันโรคซึ่งเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการให้บริการ สาธารณสุขไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพเมื่อยังไม่แสดงอาการของโรค จากปัญหาดังกล่าว การศึกษา ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องทางจิตวิทยาสังคม โดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีของ Lewin ซึ่งในมโนทัศน์ของ Lewin จะอธิบายถึงความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลว่าจะเกี่ยวข้องกับห้วงอวกาศ ของชีวิต (Life-space) โดยประกอบด้วยค่านิยมเชิงบวก (Positive Value) ค่านิยมเชิงลบ (Negative Value) ซึ่งกิจกรรมและการแสดงของบุคคลนั้น จะเป็นกระบวนการแรงดึงของค่านิยม ในเชิงบวกและเป็นแรงผลักดันของค่านิยมในเชิงลบ ซึ่งถ้าแรงผลักดันจากเชิงลบมากก็จะทำให้เกิด โรคขึ้น ดังนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมี ความเชื่อในค่านิยมเชิงบวกมากกว่าค่านิยมในเชิงลบ เช่น ความยากลำบากต่าง ๆ ในการปฏิบัติ (Rosenstock, 1974) และความเชื่อที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางสุขภาพนั้น จะประกอบด้วยความเชื่อที่ว่า

1. การมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล
2. การเกิดโรคอาจมีความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคลน้อย ปานกลาง หรือมากก็ได้
3. การปฏิบัติตัวที่จะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่าง ๆ หรือจะช่วยลด ความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้

Janz and Becker (1984) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไว้ 4 ประการคือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถต้านทานต่อสภาวะการเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในประเด็นต่อไปนี้

1.1 การคาดคะเนว่าอาจป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม

1.2 ความเชื่อในการพยากรณ์โรค

1.3 โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคทั่ว ๆ ไป

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย และประเมินผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วยเป็นโรค หรือจากการรักษา เช่น ความเจ็บป่วย พิการ ตาย และผลที่ตามมาทางสังคม เช่น การหยุดงาน ผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

3. การรับรู้ผลดี (Perceived Benefits) หมายถึง ความเป็นไปได้และผลดีจากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barrier) หมายถึง การที่บุคคลคิดวิเคราะห์ระหว่างพฤติกรรมที่มีประโยชน์ การรับรู้พฤติกรรมสุขภาพจะทำให้เสียค่าใช้จ่าย และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ ความเจ็บปวด ยากลำบาก ผิดหวัง เสียเวลา ไม่สะดวก เป็นต้น

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึง ปัจจัยที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าว ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้างทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Weissfeld et al. (1970 อ้างถึงใน Becker and Maiman, 1975) ได้สรุปองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคอุจจาระร่วง แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนเองจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะเกิดโรคนั้น จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพเด็กโรคอุจจาระร่วงมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคนั้น ๆ ได้ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กโรคอุจจาระร่วงนี้จะแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวไว้ว่าแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคก็อาจจะยังไม่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพในครอบครัวความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมของเราด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น

3. การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefit) เป็นการรับรู้ที่มีผลมาจากความเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี มีประสิทธิภาพและให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย Rosenstock

(1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “ข้อขัดแย้งทางจิตใจ” ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cause to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่เสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ การศึกษาสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติด้วย ซึ่งจะมี 2 ชนิด คือ สิ่งชักนำภายในเป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอกเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นหรือผลของสื่อต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ทางสุขภาพ หรือ การได้รับคำกระตุ้นเตือนจากแพทย์ ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ในการวัดหรือศึกษาสิ่งชักนำเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) เนื่องจากเป็นสิ่งที่สืบได้โดยง่าย และผู้ที่เคยได้รับการชักนำแล้วมีการปฏิบัติกับผู้ที่เคยได้รับแล้ว ไม่ได้ปฏิบัติก็มีความจำเป็นในเรื่องนั้น ๆ ต่างกัน (Rosenstock, 1974)

6. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Modifying Factor) Becker (1972) พบว่า ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยด้านประชากร เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งสิ้นทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเจ็บป่วย

6.1 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio-Psychological Variables) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดซึ่งจากการศึกษาของ Lambert 1979 (อ้างถึงใน Becker and Maiman, 1975) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพเป็นประจำปี ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรค

6.2 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน (Structural Variables) ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมของบุคคลว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ธรรมชาติของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะรวมทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร โครงสร้างทางสังคม ความเชื่อทางสุขภาพ และเจตคติ

ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมจะสะท้อนถึงสถานภาพส่วนบุคคลในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งวัดได้จากคุณลักษณะด้านการศึกษา อาชีพ ขนาดครอบครัว เป็นต้น ด้วยสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวสะท้อนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle) และแบบแผนพฤติกรรม (Behavioral Patterns) และจะมีผลกระทบต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ

6.3 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variables) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ กัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น

โดยสรุปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล ดังนั้นในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขภาพศึกษา

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) หมายถึง สิ่งกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล หรือสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้บริการสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับปฏิบัติในทางที่ผู้รับต้องการ

Pilisuk (1982) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึง การแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจรวมถึงการมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อช่วยในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตนของบุคคลนั้น ๆ ให้มีพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ

มีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข่าวสารหรือข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Caplan (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐาน ทางสังคมของแต่ละคน ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการ รวมทั้งเป็นความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปจากคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Kahn (1979) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหรือมากกว่าหนึ่ง คือ การผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

บุญเยี่ยม (2530) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่ามีความหมาย ทั้งในเชิงแคบและกว้าง

ความหมายในทางกว้าง การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องกันของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กันและรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้น ๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความหวังใจ ความรัก การให้วัตถุสิ่งของ และการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

ความหมายในทางแคบ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจากผู้ใหญ่ “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสารข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

ชนิดและผลของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974) ได้กล่าวถึง ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม และผลของการสนับสนุนทางสังคมตามชนิดต่าง ๆ ดังนี้

1. การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่ง ความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับการจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะมีความรู้สึกถูกแยกทางอารมณ์ (Emotional Isolation) หรือรู้สึกเดียวดาย (Loneliness)
2. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อ่อนแอ (Opportunity of Nurturing) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการหรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่น ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า (Meaningless in Life)
3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรม สังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใย เข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม (Social Isolation) และชีวิตน่าเบื่อ (Boring)
4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of Worth) หมายถึง การได้รับความเคารพ ยกย่อง และชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม อันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนข้อนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าไร้ประโยชน์ (Uselessness)

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of Reliable Alliance) การสนับสนุนนี้จะได้รับจากญาติที่ใกล้ชิดซึ่งมีความคาดหวังจะได้รับความช่วยเหลือ ห่วงใย ซึ่งกันและกัน ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง (Sense of Vulnerability and Abandonment)

6. การได้รับคำชี้แจง (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาเมื่อเกิดความเครียดหรือวิกฤต ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้ท้อแท้ผิหวัง (Hopelessness or Despair)

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1981 อ้างถึงใน Israel, 1985) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน
2. การสนับสนุนในการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องในการรับรอง รวมถึงการสนับสนุนอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา

Pilisuk (1982) ได้ให้หลักการของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีต่อตนเองอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าเป็นที่มียกย่องและเป็นที่ยอมรับของสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุของหรือด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

House (อ้างถึงใน Barbara, 1982) กล่าวว่า ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงความห่วงใย

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนในการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูล ป้อนกลับต่อการกระทำ การเห็นพ้องหรือคัดค้านถึงผลการปฏิบัติ

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษา ให้ข่าวสาร

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือ เวลา เช่น การให้แรงงาน ให้เงิน ให้เวลา

Kahn (1979) แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิดเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก
2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกันเป็นการแสดงออกถึง การเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและในความคิดของบุคคล
3. การให้ความช่วยเหลือ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านี้ อาจจะเป็นวัสดุ เงินทอง ข่าวสาร หรือเวลา

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ

1. กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระดับแรงสนับสนุนในสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ความสำคัญของแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งถือว่าเป็นแหล่งทุติยภูมิ มีความสำคัญในฐานะผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลอื่น ๆ เช่น ผู้นำชุมชน หรือแกนนำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข ครู พระ นักบวช ซึ่งมีความสำคัญรองลงมา ในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบัน การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิด
3. ระดับแคบ (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ ของสัมพันธ์แรงสนับสนุนทางสังคมระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ แสดงความรักความห่วงใย

จากการศึกษา พบว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของบุคคลเป็นประการแรก และรองลงมา คือ กลุ่มแพทย์ พยาบาล การวิจัยครั้งนี้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lawler (1990) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของครอบครัวที่มีต่อการควบคุมโรคเบาหวานในวัยรุ่น พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวจะมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aye and Sein (1985) ได้ศึกษาการใช้โอ อาร์ เอส รักษาเด็กในประเทศพม่า พบว่า มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคอ้วนจะร้องไห้ไม่กล้าตัดสินใจซื้อโอ อาร์ เอส มาใช้เอง นอกจากแพทย์จะสั่งหรือต้องไปขอคำแนะนำและปรึกษากับเพื่อนบ้านเสียก่อนจึงจะกล้าใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rustandi (1981) ได้ทำการศึกษาพบว่า ในกรณีที่บุตรป่วยด้วยโรคอ้วนจะร้องไห้ มารดาจะไม่พาบุตรไปรับการรักษาจากศูนย์บริการสาธารณสุขโดยทันที แต่มักจะรอดูอาการสักระยะหนึ่งก่อน หากเห็นว่ามีอาการเพียงเล็กน้อยมารดาจะให้ยาเด็กเอง และมารดาจะไปขอคำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือจาก ปู่ ย่า ตา ยาย ตลอดจนญาติพี่น้อง หรือแม้แต่เพื่อนบ้านและสอดคล้องกับการศึกษาของ Becker (1978) พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด

Neilsen (1992) ได้ทำการศึกษาถึงสาเหตุที่ผู้ปกครองไม่พาบุตรมารับการฟื้นฟูภาวะโภชนาการ หลังจากป่วยเป็นโรคอ้วนจะร้องไห้โดยทำการศึกษาในประเทศบังกลาเทศ พบว่า การที่ผู้ปกครองจะพาบุตรมารับการฟื้นฟูภาวะโภชนาการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reimers (1990) ที่พบว่า การรับรู้ต่อประโยชน์และโทษของการสูบบุหรี่นั้น มีผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Becker (1974) พบว่า การรับรู้ผลดีของการรับประทานยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการรักษานูต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Elling (1960) ที่พบว่า การรับรู้ของมารดาถึงประโยชน์ของการใช้ยารักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการรักษานูตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Elling (1960) ที่พบว่า การรับรู้ของมารดาถึงประโยชน์ของการใช้ยารักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลให้บุตรรับประทานยาเพื่อป้องกันไข้รูห์มาติก

อังคณา (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอ้วนจะร้องไห้เกี่ยวกับการให้สารน้ำ อาหาร และการใช้ยา การสังเกตอ้วนจะร้องไห้ การสังเกตการขาดน้ำ การนำบุตรมาพบแพทย์ของการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการมาตรวจสุขภาพเด็กตามนัด พร้อมทั้งได้ศึกษาถึงปัจจัยบางประการ

ที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัวของมารดาเกี่ยวกับอุจจาระร่วง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งมีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และมารับการรักษาที่คลินิกเด็กแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี และโรงพยาบาลเด็กจำนวน 320 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยส่วนรวมแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อายุและลักษณะครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วง

สุริ (2533) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทย พบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาหรือผู้เลี้ยงที่มีอายุต่ำกว่าเท่ากับ 25 ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้นี้ 1.38 เท่า ของเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูของมารดาหรือผู้เลี้ยงที่มีอายุมากกว่า 25 ปี ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ ยง (2525) ได้ศึกษา พบว่า อัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ที่มีมารดาอายุน้อยกว่า 25 ปี เนื่องจากมารดาเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กทารกน้อยกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 25 ปี ซึ่งผลการศึกษาชี้ชัดเกี่ยวกับการศึกษาของ ดุสิต (2530) ที่พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 20 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชฎาภรณ์ (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธร โดยศึกษาในกลุ่มมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว (2531) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการรับรู้อุปสรรคในการไปทำการรักษาพยาบาลสูง จะมีการขอการรักษาสูงตามไปด้วย แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ พรนิภา (2536) พบว่าการรับรู้ของมารดาถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อดูแลสุขภาพบุตรที่ป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนโฟรติกไม่เกี่ยวข้องกันกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วย

ประไพ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ 3 หมวด ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแรกเกิดถึง 3 เดือน จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางบวกกับการปฏิบัติของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2538) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ อัจฉรา (2538) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของประนอม (2536) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประนอม (2536) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กวัยก่อนเรียน อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการนำแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษา พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่ดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มันทนา (2536) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเพื่อลดอุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วง 0-3 ปี อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยพฤติกรรมที่สอน ได้แก่ การทำความสะอาดเต้านมการล้างมือก่อนผสมนม การทำความสะอาดขวดนมและขวดน้ำ การป้อนอาหารเด็ก การให้เด็กหยิบอาหารใส่ปาก และการล้างมือก่อนเตรียมอาหาร พบว่า อุบัติการณ์ของเด็กวัยเดียวกันของจังหวัดนครราชสีมา ปรากฏว่าอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงของเด็กจะค่อย ๆ ลดลงตามลำดับตลอดเวลาหลังจากมารดาได้รับการสอน

ฉวีวรรณ (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า พฤติกรรมของครอบครัวที่เกี่ยวกับการดื่มน้ำ และด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คือ ครอบครัวที่ดื่มน้ำสะอาด

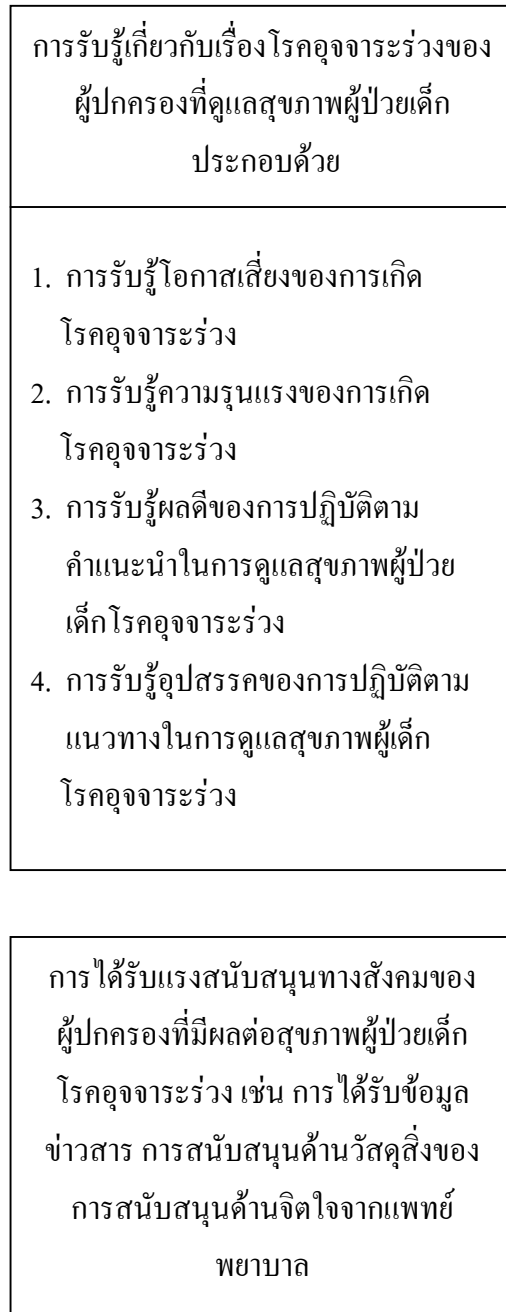
จะป่วยน้อยกว่าครอบครัวที่ดื่มน้ำไม่สะอาด ครอบครัวที่บริเวณบ้านสะอาด ไม่มีขยะมูลฝอย
 ทิ้งเกลื่อนกลาด จะป่วยน้อยกว่าบ้านเรือนที่มีขยะมูลฝอยทิ้งเกลื่อนกลาด และครอบครัวที่ในส้วม
 มีสบู่ล้างมือจะป่วยน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีสบู่ล้างมือ และเมื่อได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก
 บุคคลอ้างอิงพื้นฐานของมารดาเด็กจำนวน 31 คน ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการแสวงหา
 การรักษา จะเริ่มต้นเมื่อเด็กมีอาการถ่ายอุจจาระร่วงผิดปกติ จะปรึกษากับบุคคลอ้างอิงพื้นฐาน
 ส่วนใหญ่จะรอดูอาการไปก่อน หากไม่ปล่อยทิ้งไว้ให้หายเองตามความเชื่อ จะรักษาเองโดยซื้อยา
 จากร้านค้าในหมู่บ้าน ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นจะปรึกษากับบุคคลอ้างอิงพื้นฐานเพื่อส่งเด็กไปรักษา
 ต่อที่สถานบริการของรัฐ หรือเอกชนอื่น ๆ หรือเปลี่ยนวิธีการไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหาย

นิตยา (2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูเด็กอายุ
 2-5 ปี อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน ประกอบด้วย
 กลุ่มทดลอง 53 คน เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้น โดยการประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อ
 ด้านสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามในเรื่องความรู้เรื่องโรค
 อุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตาม
 คำแนะนำ และพฤติกรรมกาปฏิบัติของมารดา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม
 สุขศึกษา มารดากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันโรค
 อุจจาระร่วงในเด็ก 2-5 ปี สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับ
 พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 2-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

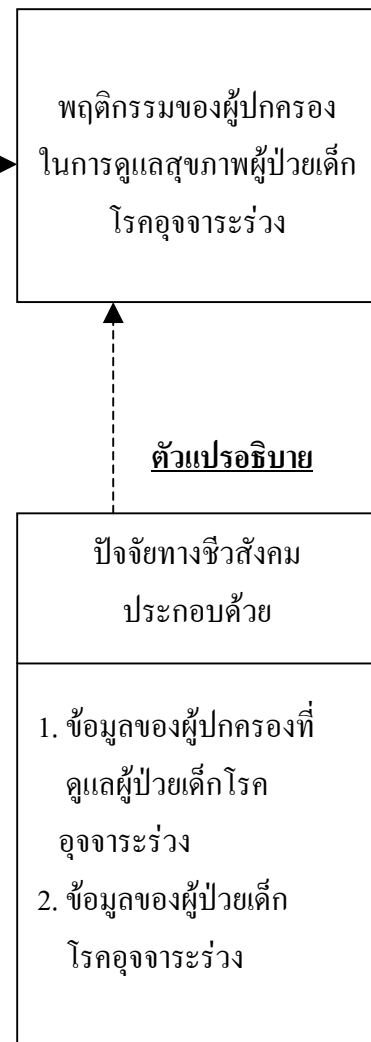
จากการตรวจเอกสารต่าง ๆ ทำให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมด้านสุขภาพได้รับแรงสนับสนุน
 ทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและการเรียนรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพน่าจะเป็นแนวทาง
 ในการดูแลสุขภาพที่ดีได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงเป็นฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของ
 ผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่จะนำไปเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
 วิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้
 ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



ตัวแปรอธิบาย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

สมมติฐานที่ 2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจากแพทย์ พยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

อุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ให้กับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยตามลำดับ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนิชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนิชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ สุ่มแบบบังเอิญ ในช่วงเวลา ระหว่างเดือนมกราคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549 จำนวน 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูล การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งภาวะดีและภาวะเจ็บป่วย ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ข้อคำถามจะมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบสลับกัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามที่มีความหมายเชิงบวก

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน

คำถามที่มีความหมายเชิงลบ

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงมาก คือ คะแนนระหว่างคะแนนที่มากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

การรับรู้โอกาสเสี่ยงน้อย คือ คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนที่น้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเป็นการรับรู้ที่มีอิทธิพลจากการที่บุคคลเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย มีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงได้ดี ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ข้อคำถามจะมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบคละกัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามที่มีความหมายเชิงบวก

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน

คำถามที่มีความหมายเชิงลบ

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงมาก คือ คะแนนระหว่างคะแนนที่มากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

การรับรู้ความรุนแรงปานกลาง คือคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

การรับรู้ความรุนแรงน้อย คือ คะแนนระหว่างคะแนนที่ต่ำสุด ถึงคะแนนที่น้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นการรับรู้ที่มีผลมาจากความเชื่อว่าวิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ข้อคำถามจะมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบสลับกัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามที่มีความหมายเชิงบวก

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน

คำถามที่มีความหมายเชิงลบ

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การรับรู้ผลดีมาก คือ คะแนนระหว่างคะแนนที่มากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึง คะแนนสูงสุด

การรับรู้ผลดีปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

การรับรู้ผลดีน้อย คือ คะแนนระหว่างคะแนนที่ต่ำสุด ถึง คะแนนที่น้อยกว่า
 $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เป็นการรับรู้ถึงผลเสียของการไม่ปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน
10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ข้อคำถามจะมี
ความหมายเชิงบวกและเชิงลบคละกัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามที่มีความหมายเชิงบวก

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน

คำถามที่มีความหมายเชิงลบ

ตอบ	“เห็นด้วย”	ได้	1	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่เห็นด้วย”	ได้	3	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การรับรู้อุปสรรคมาก คือ คะแนนระหว่างคะแนนที่มากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

การรับรู้อุปสรรคปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

การรับรู้อุปสรรคต่ำ คือ คะแนนระหว่างคะแนนที่ต่ำสุด ถึงคะแนนที่น้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 ระดับ คือ ได้รับ ไม่แน่ใจ และไม่ได้รับ ข้อคำถามจะมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบคละกัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามที่มีความหมายเชิงบวก

ตอบ	“ได้รับ”	ได้	3	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่ได้รับ”	ได้	1	คะแนน

คำถามที่มีความหมายเชิงลบ

ตอบ	“ได้รับ”	ได้	1	คะแนน
ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ไม่ได้รับ”	ได้	3	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก คือคะแนนระหว่างคะแนนที่มากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึง คะแนนสูงสุด

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย คือคะแนนระหว่างคะแนนที่ต่ำสุดถึงคะแนนที่น้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก

โรคอุจจาระร่วงลักษณะแบบสัมผัสเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 17 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 6 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเพียงครั้งเดียว และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามจะมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบละกัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามที่มีความหมายเชิงบวก

ตอบ	“ปฏิบัติประจำ”	ได้	5	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัติบ่อยครั้ง”	ได้	4	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง”	ได้	3	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัติเพียงครั้งเดียว”	ได้	1	คะแนน
ตอบ	“ไม่เคยปฏิบัติ”	ได้	0	คะแนน

คำถามที่มีความหมายเชิงลบ

ตอบ	“ปฏิบัติประจำ”	ได้	0	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัติบ่อยครั้ง”	ได้	1	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง”	ได้	2	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง”	ได้	3	คะแนน
ตอบ	“ปฏิบัติเพียงครั้งเดียว”	ได้	4	คะแนน
ตอบ	“ไม่เคยปฏิบัติ”	ได้	5	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก
โรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

พฤติกรรมของผู้ปกครองเป็นที่น่าสนใจ คือ คะแนนที่มากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนน
สูงสุด

พฤติกรรมของผู้ปกครองที่เพียงพอ คือ คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

พฤติกรรมของผู้ปกครองยังไม่เพียงพอ คือ คะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนที่น้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร ที่เกี่ยวกับเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตาม
แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ ที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสัมภาษณ์
สำหรับการวิจัย
3. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ จากการศึกษา来确定ขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหา
ของแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้วิจัยเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย
4. ดำเนินการสร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
5. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาแล้วนำมาปรับปรุง
แก้ไข
6. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตรวจสอบ
คุณภาพ ดังนี้

6.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาความตรง (Validity) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำผลการทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมืออีกครั้ง

6.2 การตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองกับผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลตำรวจ หอผู้ป่วยเด็กเฉลิมพระเกียรติมหาราชินี ชั้น 4 กรุงเทพมหานคร แล้วนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง = .7315

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง = .7498

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ = .8197
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทาง = .8251
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง = .7929
ที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ = .9082
ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือ จากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ที่หอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนิรันดร์ 4 โรงพยาบาลตำรวจ
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าตึกหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนิรันดร์ 4 โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงขณะที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนิรันดร์ 4 โรงพยาบาลตำรวจ
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการนำแบบสัมภาษณ์ ให้แก่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ทั้ง 5 ตอน โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนิรันดร์ 4 โรงพยาบาลตำรวจ
5. ทำการตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์แบบสัมภาษณ์ที่ตรวจสอบสมบูรณ์ เรียบร้อยแล้วได้นำมาวิเคราะห์
2. นำมาตรวจให้คะแนนและลงรหัส
3. นำไปหาค่าทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้ คือ

3.1 ข้อมูลทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงโดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดค่าเชื่อมั่นร้อยละ 95 (.05)

ค่าสัมประสิทธิ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ชุด เมื่อตัวแปรทั้งสองชุดนี้เป็นตัวแปรต่อเนื่อง หรือเป็นข้อมูลชนิดอันดับภาคชั้น หรืออัตราส่วน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นี้จะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่าเป็นลบแสดงว่าตัวแปรทั้งสองตัวนั้นมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าต่ำ ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวกแสดงว่า ตัวแปรทั้งสองตัวนั้นมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกัน คือ ถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์แสดงว่า ตัวแปรสองตัวนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญเรียง, 2542)

การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้น มีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (พวงรัตน์, 2543)

1. เมื่อค่า r มีค่า .8 ขึ้นไป ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับมาก
2. เมื่อค่า r มีค่าอยู่ระหว่าง .6-.8 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างมาก
3. เมื่อค่า r มีค่าอยู่ระหว่าง .4-.6 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
4. เมื่อค่า r มีค่าอยู่ระหว่าง .2-.4 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างน้อย
5. เมื่อค่า r มีค่าต่ำกว่า .2 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับน้อย

สถานที่และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

สถานที่

หอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนีชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมิถุนายน 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจากแพทย์ พยาบาล กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชินีชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 104 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้เสนอในรูปของตารางประกอบการอธิบาย โดยแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 5 การพิสูจน์สมมติฐาน

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104

	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	3	2.9
	หญิง	101	97.1
อายุ			
	ต่ำกว่า 20 ปี	6	5.8
	20 – 29 ปี	34	32.7
	30 – 39 ปี	53	51.0
	40 – 49 ปี	8	7.7
	50 ปีขึ้นไป	3	2.9
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	15	14.4
	มัธยมศึกษาตอนต้น	16	15.4
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	30.8
	อาชีวศึกษา	13	12.5
	อนุปริญญา	1	1.0
	ปริญญาตรี	27	26.0
รายได้			
	ไม่มีรายได้	18	17.3
	ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	1.0
	5,000 – 9,999 บาท	34	32.7
	10,000 – 14,999 บาท	32	30.8
	15,000 – 19,999 บาท	17	16.3
	ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป	2	1.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

n = 104

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	10	9.6
รับจ้างทั่วไป	63	60.6
ค้าขาย	6	5.8
ธุรกิจส่วนตัว	4	3.8
รับราชการ	10	9.6
แม่บ้าน	11	10.6
ความสัมพันธ์กับเด็กที่ดูแล		
บิดา	3	2.9
มารดา	91	87.5
ญาติ	10	9.6

จากตารางที่ 1 สรุปปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ได้ดังนี้

ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 2.9 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.1 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.8 อายุระหว่าง 20 -29 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7 อายุระหว่าง 30 -39 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.0 อายุระหว่าง 40 -49 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.7 และอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.9 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 15.4 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 30.8 ระดับอาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.5 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 1.0 และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 26.0 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 17.3 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.0 รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.7 รายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.8 รายได้ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.3 และรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.9 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 9.6 รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60.6 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 5.8 ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 3.8 รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ในแง่ของความสัมพันธ์กับเด็กที่ดูแล

พบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เป็นบิดา คิดเป็นร้อยละ 2.9 มารดา คิดเป็นร้อยละ 87.5 และญาติ คิดเป็นร้อยละ 9.6

ตารางที่ 2 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104		
ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	48.1
หญิง	54	51.9
อายุ		
ต่ำกว่า 1 ปี	46	44.2
1 – 5 ปี	54	51.9
5 ปีขึ้นไป	4	3.8
สถานที่คลอด		
โรงพยาบาล	104	100
น้ำหนักตัวแรกเกิด		
2,500 – 3,000 กรัม	44	42.3
มากกว่า 3,000 กรัมขึ้นไป	60	57.7
การดื่มนมของเด็ก		
ดื่ม	94	90.4
ไม่ดื่ม	10	9.6
ประเภทของนมที่ดื่ม		
นมแม่	3	2.9
นมกล่อง	21	20.2
นมผง	70	67.3
ไม่ดื่ม	10	9.6
การได้รับวัคซีนตามนัด		
ได้รับครบ	102	98.1
ได้รับไม่ครบ	2	1.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

n = 104

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
เคย	15	14.4
ไม่เคย	89	85.6
การไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย		
โรงพยาบาล	85	81.7
คลินิก	19	18.3
การเสียค่าใช้จ่ายเมื่อรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข		
เสียค่าใช้จ่ายเอง	63	60.6
ใช้บัตรสุขภาพ	1	1.0
ใช้บัตรประกันสุขภาพ	24	23.1
เบิกต้นสังกัดได้	16	15.4

จากตารางที่ 2 สรุปปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ได้ดังนี้

ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 48.1 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.9 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.2 อายุระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.9 และอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.8 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงคลอดที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมีน้ำหนักระหว่าง 2,500 – 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 42.3 และมีน้ำหนักกว่า 3,000 กรัมขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 57.7 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงคึ้นนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 2.9 คึ้นนมกล่อง คิดเป็นร้อยละ 20.2 กินนมผง คิดเป็นร้อยละ 67.3 และไม่คึ้นนม คิดเป็นร้อยละ 9.6 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ได้รับวัคซีนครบ คิดเป็นร้อยละ 98.1 และได้รับไม่ครบ คิดเป็นร้อยละ 1.9 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 14.4 และไม่เคยป่วย คิดเป็นร้อยละ 85.6 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงไปรับบริการที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 81.7 และไปรับบริการที่คลินิก คิดเป็นร้อยละ 18.3 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เสียค่าใช้จ่ายเองเมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 60.6 ใช้บัตรสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 1.0 ใช้บัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 23.1 และเบิกต้นสังกัดได้ คิดเป็นร้อยละ 15.4

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก

ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

วิเคราะห์เกณฑ์การประเมินระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงมาก	มีค่าคะแนนระหว่าง	38.43 ถึง 39.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง	37.01 ถึง 38.42
การรับรู้โอกาสเสี่ยงน้อย	มีค่าคะแนนระหว่าง	33.00 ถึง 37.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

n = 104		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงมาก	42	40.4
รับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงปานกลาง	22	21.2
รับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงน้อย	40	38.5
$\bar{X} = 37.72$ S.D.= 1.424 Min = 33 Max = 39		

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงมาก คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาเป็นการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงน้อย คิดเป็นร้อยละ 38.5 และรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 21.2

วิเคราะห์เกณฑ์การประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง
ได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงมาก	มีค่าคะแนนระหว่าง	34.79 ถึง 36.00
การรับรู้ความรุนแรงปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง	32.80 ถึง 34.78
การรับรู้ความรุนแรงน้อย	มีค่าคะแนนระหว่าง	26.00 ถึง 32.79

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กจำแนกตามการรับรู้
ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

n = 104		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้โรคอุจจาระร่วงมีความรุนแรงมาก	42	40.4
รับรู้โรคอุจจาระร่วงมีความรุนแรงปานกลาง	42	40.4
รับรู้โรคอุจจาระร่วงมีความรุนแรงน้อย	20	19.2
$\bar{X} = 33.79$ S.D. = 1.984 Min = 26 Max = 36		

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่
มีการรับรู้โรคอุจจาระร่วงมีความรุนแรงมากและปานกลางเท่ากัน คือ คิดเป็นร้อยละ 40.4
และมีการรับรู้โรคอุจจาระร่วงมีความรุนแรงน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.2

วิเคราะห์เกณฑ์การประเมินระดับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การรับรู้ผลดีมาก	มีค่าคะแนนระหว่าง	37.79 ถึง 39.00
การรับรู้ผลดีปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง	36.16 ถึง 37.78
การรับรู้ผลดีน้อย	มีค่าคะแนนระหว่าง	31.00 ถึง 36.15

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กจำแนกตามการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104		
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำมีผลดีมาก	40	38.5
รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำมีผลดีพอควร	35	33.7
รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำมีผลดีน้อย	29	27.9
$\bar{X} = 36.97$ S.D.= 1.634 Min = 31 Max = 39		

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำมีผลดีมากในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมามีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมีผลดีพอควร คิดเป็นร้อยละ 33.7 และรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมีผลดีน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.9

วิเคราะห์เกณฑ์การประเมินระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การรับรู้อุปสรรคมาก	มีค่าคะแนนระหว่าง	28.45 ถึง 31.00
การรับรู้อุปสรรคปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง	26.18 ถึง 28.44
การรับรู้อุปสรรคน้อย	มีค่าคะแนนระหว่าง	18.00 ถึง 26.17

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติมาก	31	29.8
รับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติปานกลาง	40	38.5
รับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติน้อย	33	31.7
$\bar{X} = 27.31$ S.D.= 2.269 Min = 18 Max = 31		

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมาเป็นการรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.7 และรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กมาก คิดเป็นร้อยละ 29.8

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

วิเคราะห์เกณฑ์การพิจารณาระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก	มีค่าคะแนนระหว่าง 29.63 ถึง 34.00
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 27.16 ถึง 29.62
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย	มีค่าคะแนนระหว่าง 24.00 ถึง 27.15

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กจำแนกตามการได้รับ
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง ที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก	35	33.7
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	30	28.8
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย	39	37.5
$\bar{X} = 28.39$ S.D.= 2.475 Min = 24 Max = 34		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมาก คิดเป็นร้อยละ 33.7 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.8

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

วิเคราะห์เกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

พฤติกรรมของผู้ปกครองเป็นที่น่าสนใจ	มีค่าคะแนนระหว่าง	62.98 ถึง 78.00
พฤติกรรมของผู้ปกครองที่เพียงพอ	มีค่าคะแนนระหว่าง	53.83 ถึง 62.97
พฤติกรรมของผู้ปกครองยังไม่เพียงพอ	มีค่าคะแนนระหว่าง	43.00 ถึง 53.82

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104		
พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลเป็นที่น่าพอใจ	35	33.7
พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลเพียงพอ	29	27.9
พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลยังไม่เพียงพอ	40	38.5
$\bar{X} = 58.40$ S.D.= 9.156 Min = 43 Max = 78		

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงยังไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมาคือผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเป็นที่น่าพอใจ คิดเป็นร้อยละ 33.7 และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงอย่างเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 27.9

ตอนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยเด็กของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแล
ผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104

การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครอง	พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง	.179	.069
- การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง	.254	.009*
- การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรค อุจจาระร่วง	.403	.000**
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง	-.165	.094

* P < .01 ** P < .001

จากตารางที่ 9 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ในระดับค่อนข้างน้อย ($r = .254$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าถ้าผู้ปกครองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยเด็กมากขึ้น พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงก็จะดีขึ้นตามไปด้วย

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ในระดับปานกลาง ($r = .403$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าถ้าผู้ปกครองมีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมาก ก็จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงดีขึ้นตามไปด้วย

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง แสดงว่าไม่ว่าผู้ปกครองจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมากหรือน้อยอย่างไรก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยเด็ก
ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ
ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ซึ่งเป็นการยอมรับ
สมมติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วย
เด็กโรคอุจจาระร่วง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุน
ด้านจิตใจจากแพทย์ พยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มี
ผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก
โรคอุจจาระร่วง

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อ
สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

n = 104

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง	พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการ สนับสนุนด้านจิตใจจาก แพทย์ และ พยาบาล	.421	.000**

** P < .001

จากตารางที่ 10 พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจากแพทย์พยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ในระดับปานกลาง ($r = .421$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 แสดงว่าถ้าผู้ปกครองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น จะทำให้พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงดีขึ้นตามไปด้วย ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ปกครองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่น้อยจะทำให้พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กโรคอุจจาระร่วงไม่ดีตามไปด้วย

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจากแพทย์พยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

ข้อวิจารณ์

จากผลการวิจัยสามารถนำผลมาวิจารณ์ได้ดังนี้

ผลจากการศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมีพฤติกรรมในระดับน้อย ซึ่งพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือด้วยน้ำสะอาดกับสบู่ก่อนเตรียมนม หรือป้อนอาหาร การล้างมือด้วยน้ำสะอาดกับสบู่ให้กับเด็กก่อนที่เด็กจะรับประทานอาหารด้วยตนเอง หรือใช้มือหยิบจับอาหาร และหลังการขับถ่าย หรือใช้ส้วม พฤติกรรมการล้างมือเป็นพฤติกรรมที่ต้องทำบ่อยๆ เพราะมีสิ่งปนเปื้อน หรือเชื้อโรคในมือถ้าไม่ปฏิบัติจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา (2534) พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่ก่อนปรุงอาหาร และภายหลังการขับถ่ายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมากกว่าเด็กที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ล้างมือทุกครั้ง 1.4 และ 1.3 เท่า

การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยเด็กของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง คือ ผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในระดับมากและปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.4 ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจะถ่ายเหลวเป็นน้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมีมูกปนจำนวน 1 ครั้ง ใน 1 วัน ก็เป็นโรคอุจจาระร่วงได้ ถ้าเด็กมีลักษณะอาการดังกล่าวผู้ปกครองสามารถนำเด็กไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือควรรีบพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กสามารถรับรู้สภาวะของโรคได้ คือ เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อยครั้งทำให้ขาดสารอาหารได้ทำให้ร่างกายอ่อนแอหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น มีไข้ ผิวน้ำเหลืองคล้ำ และมีอาการอาเจียนร่วมด้วย ผู้ปกครองมีการรับรู้ในการดูแลเรื่องอาหารควรให้เด็กรับประทานโดยระมัดระวังในการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเป็นประจำทุกวัน โดยให้เด็กดื่มน้ำต้มสุก เพื่อลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงได้

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีการรับรู้มาก คิดเป็นร้อยละ 38.5 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภรณ์ (2534) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพได้รับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น ทำให้มีพฤติกรรมในการล้างมือที่ถูกต้อง และมีการรักษาความสะอาดมากขึ้น โดยการนำขยะไปทิ้งไม่เก็บสะสมหรือหมักหมมไว้นาน ทำให้เป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่าย ผู้ปกครองมีการดูแลเรื่องความสะอาดของขวดนมที่นำไปใช้แล้วได้ดีขึ้น มีการสังเกตดูอาการผิดปกติของเด็กเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละครั้ง และมีการปฏิบัติตนในการดูแลเด็กอย่างถูกต้อง โดยมีการคำนึงถึงสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย คิดเป็น

ร้อยละ 37.5 เนื่องจากแพทย์ และพยาบาล มีการให้คำแนะนำ หรืออธิบายเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง น้อยเกินไป ทำให้ผู้ปกครองไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องและดีพอเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง อันมีผล โดยตรงต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็ก และเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่มีเอกสาร สื่อ ที่เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง หรือข้อปฏิบัติ คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพเด็กขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล หรืออาจแจกให้ผู้ปกครองได้ศึกษาระหว่างพาผู้ป่วยเด็กมาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก

เฉลิมพระเกียรติมหาราชินีชั้น 4

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัย เรื่อง พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่เป็นเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ

1. เพื่อทราบพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
2. เพื่อทราบปัจจัยทางชีวสังคม ของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครอง ที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
4. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนี ชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 104 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง และตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครอง

ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริงใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน คือ มกราคม 2549 ถึง กุมภาพันธ์ 2549 แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ คือ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งผลการวิเคราะห์สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง พบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 2.9 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.1 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.8 อายุระหว่าง 20 -29 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7 อายุระหว่าง 30 -39 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.0 อายุระหว่าง 40 -49 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.7 และอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.9 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 15.4 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 30.8 ระดับอาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.5 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 1.0 และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 26.0 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 17.3 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.0 รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.7 รายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.8 รายได้ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.3 และรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.9 ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 9.6 รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60.6 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 5.8 ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 3.8 รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ในแง่ของความสัมพันธ์กับเด็กที่ดูแล พบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เป็นบิดา คิดเป็นร้อยละ 2.9 มารดา คิดเป็นร้อยละ 87.5 และญาติ คิดเป็นร้อยละ 9.6

2. ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 48.1 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.9 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.2 อายุระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.9 และอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.8 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงคลอดที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยเด็ก

โรคอุจจาระร่วงมีน้ำหนักระหว่าง 2,500 – 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 42.3 และมีน้ำหนักกว่า 3,000 กรัมขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 57.7 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงกินนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 2.9 กินนมกล่อง คิดเป็นร้อยละ 20.2 กินนมผง คิดเป็นร้อยละ 67.3 และไม่กินนม คิดเป็นร้อยละ 9.6 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ได้รับวัคซีนครบ คิดเป็นร้อยละ 98.1 และได้รับไม่ครบ คิดเป็นร้อยละ 1.9 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 14.4 และไม่เคยป่วย คิดเป็นร้อยละ 85.6 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงไปรับบริการที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 81.7 และไปรับบริการที่คลินิก คิดเป็นร้อยละ 18.3 ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่เสียค่าใช้จ่ายเองเมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 60.6 ใช้บัตรสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 1.0 ใช้บัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 23.1 และเบิกต้นสังกัดได้ คิดเป็นร้อยละ 15.4

3. พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงยังไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 38.5 คิดเป็นร้อยละ 38.5

4. ผลการทดสอบสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

สมมติฐานที่ 2 พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจากแพทย์พยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง คือ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ดังนั้นการที่จะให้คำแนะนำ หรือส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ควรมีการให้ความรู้ โดยเน้นรูปแบบการให้สุศึกษาที่ประกอบด้วย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2. กำหนดรูปแบบการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้ปกครองเด็กโรคอุจจาระร่วง ขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยการการสนับสนุนและความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ แพทย์พยาบาล ให้คำแนะนำในเรื่องการล้างมืออย่างถูกต้อง โภชนาการ การรักษาความสะอาด และการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครอง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง คือ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ฉะนั้น เพื่อการดำเนินงานให้สุศึกษามีประสิทธิภาพ การกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน มีดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงแก่ผู้ปกครองเด็ก โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็กมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงได้อย่างเหมาะสม

2. ให้ผู้ปกครองตระหนักถึงปัญหาโรคอุจจาระร่วง ความรุนแรงของโรค ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม

3. การควบคุมโรคอุจจาระร่วงให้ได้ผล ต้องดำเนินการด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง หรือลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง ต้องให้ผู้ปกครองเด็ก หรือบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กโรคอุจจาระร่วง ด้วยการปฏิบัติตัวดังนี้

3.1 การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง ก่อนปรุง หรือรับประทานอาหาร และหลังการใช้ส้วม

3.2 การดื่มน้ำต้มสุก

3.3 รับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่

3.4 การกำจัดขยะ เพื่อไม่ให้เป็นการหมักหมมเชื้อโรค

3.5 การกำจัดอุจจาระเด็กอย่างถูกวิธี

3.6 ส่งเสริมให้ผู้ปกครองดูแลสุขภาพเด็กอย่างถูกวิธี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการให้สุศึกษาเรื่องโรคอุจจาระร่วงจากเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการให้สุศึกษาในเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง ในการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็ก

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. 2542. โครงการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

คณะกรรมการพัฒนาการส่งออก สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม. 2541. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร: แผนแก้ไขปัญหาดูแลอนามัยและคุณภาพในการส่งออกของอุตสาหกรรมอาหาร. สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, กรุงเทพฯ.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2539. แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 –2544). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2543. นโยบายการควบคุมโรคอุจจาระร่วง. การประชุมปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 12. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2523. ความเชื่ออาหารความเจริญเติบโตและโรคอุจจาระร่วงในเด็กกรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ชฎาภรณ์ สุชนิรันด. 2534ก. ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ: การวิเคราะห์และการนำมาใช้. โรงพิมพ์ทองสุกศึกษา, กรุงเทพฯ. (เอกสารอัดสำเนา).

_____. 2534ข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉวีวรรณ เสถียรโชค. 2537. การศึกษารูปแบบที่มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-1 ปี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. 2546. การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. สุขศึกษา พลศึกษา นันทนาการ. ม.ป.ท., กรุงเทพฯ.

_____. 2541. การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. สุขศึกษา พลศึกษา นันทนาการ. ม.ป.ท., กรุงเทพฯ.

นิตยา โชตินอก. 2538. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2530. จิตวิทยาสังคมการสาธารณสุขเอกสารการสอนชุดวิทยาลัยสังคม วิทยาทางการแพทย์ หน่วย 9-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, โรงพิมพ์ ชวนพาณิชย์, กรุงเทพฯ.

บุญเรียง ขจรศิลป์. 2542. สถิติวิจัย 1. พิมพ์ครั้งที่ 7. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ประนอม บุญมี. 2536. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียนอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทักษะการจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. โรงพิมพ์ ชีระพัฒนา, กรุงเทพฯ.

_____. 2537. การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

_____. และ สว่าง สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

- ประไพ เทียนศาสตร์. 2534. ผลของกระบวนการสุศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแรกเกิดถึง 3 เดือน จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรณิกา ชัยโกศล. 2536. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพฯ.
- มัลลิกา มดีโก. 2534. คู่มือสุขภาพ ชุดที่ 1: แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- มันทนา ประทีปเสน. 2534. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กเพื่อลดอุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วงเด็ก 0-3 ปี. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 11. กองบริการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลตำรวจ. 2547. สถิติผู้ป่วย. หอผู้ป่วย ตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนี ชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ, กรุงเทพฯ.
- วราห์ มีสมบุญ. 2540. คู่มือการศึกษารักษาโรคอุจจาระร่วง และหลักเกณฑ์การให้ยารักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก. โรงพิมพ์การศาสนา, กรุงเทพฯ.
- สมทรง รักย์เผ่า และ สรศักดิ์ ด้วงคำสวัสดิ์. 2540. กระบวนการทางสุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณีการพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. โรงพิมพ์วัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.
- สมทรง ศุภศิลป์. 2534. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุชาติ โสมประยูร. 2543. สุขศึกษา ภาคปฏิบัติ. โรงพิมพ์สุภาพใจ, กรุงเทพฯ.

สุธี สัตยวิศิษฐ์. 2533. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย: การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1. 2540. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ในเขต 1. กรุงเทพฯ.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2545. เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องโรคอุจจาระร่วง. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

อังคณา จิราจินต์. 2530. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรทัย รวยอาจีน. 2526. ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจกับโรคอุจจาระร่วง แนวความคิดและงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการเรื่องโรคอุจจาระร่วง จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข. ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.

Ashworth, A. and R.G. Feachem. 1985. Intervention for the Control of Diarrhoeal Diseases Among Young Children. **Weaning Education Bull World Health Organization**. 63 (6): 115-117.

Becker, M.H. 1972. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. **Health Education Monographs** (4): 409-417.

_____. 1974. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. **Health Education Monographs**. 4(2): 409-417.

- Becker, M.H. and L.A. Maiman. 1975. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation. **J.Medical Care** 13: 10-24.
- Black, R.E. 1984. Malnutrition is a Determining Factor in Diarrheal Duration, but not Incidence, Among Young Children in a Longitudinal Study in Rural Bangladesh. **Amer J.Clin.** 39: 87-97.
- Capland, R.D. 1976. Wadhering to Medical Regimen: Polot Experiment in Patient Education and Social Support. **Ann Arboor.** (1976): 39-42.
- Cobb, S. 1976. **50 Social Support and Health.** Academic Press, New York.
- Esrey, S.A. 1985. Intervention for The Control of Diarrheal among Young Children: Improving Water and Excreta Disposal Facilities. **Bull World Health Organ.** 63 (4): 757-772.
- Feachem, R.G. 1984. Interventions for The Control of Diarrheal Disease among Young Child: Promotion of Personal and Domestic Hygiene. **Bull WHO.** 62 (3 : 467-476.
- Feachem, R.G. and M.A. Koblinsky. 1984. Interventions for The Control of Diarrheal Disease among Young Children : Promotion of Breast-Feeding. **Bull World Health Organ.** 62 (2): 271-2791.
- Gordis, L., M. Marwitz and A. Lilienfeld. 1969. Why Patients Don't Follow Medical Advice : A Study of Children on Long – Term Antistreptococcal Prophylaxis. **The Journal of Pediatrics.** 75 (12): 957-968.
- Gottlieb, D.H. 1985. **Social Net work and Social Support : Review of Research Practice and Policy Implications.** Health Education Quarterly.

Hauschild, A.H.W. and F.L. Bryan. 1980. Estimate of Cases of Food and Waterborne Illness in C. and The United State. **Journal of Food Protection.** 43: 435-440.

Janz, N.K. and M.H. Becker. 1984. The Health Belief Model:A Decade Later. **Health Education Quarterly.** 11: 1-47.

Kahn, R.L. 1979. **Aging and Social Support.** Westview Press, Colorado.

Kasl, S.V. and S. Cobb. Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. **Archives Environmental of Health** 12 (2): 246-266.

Lawler, Mok. 1990. Individual and Family Factor Impacting Diabetic Control in the Adolescent: A Preliminary Study. **Maternal-Child Nursing J.** 19 (4): 331-345.

Neilen, C.C. 1992. Why do Some Families Become Defaulters in a Hospital Base Nutrition Rehabilitation Follow-up Programme. **Tropical and Geographical Medicine** 44 (4): 345-351.

Pilisuk, M. 1982. Delivery of Social Support : The Social Inoculation. **American Journal Orthoppsyc Hioatry** 52: 20-31.

Rosenstock, I.M. 1974. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. **Health Education Monographs.** 2: 355-385.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

พ.ต.อ. บุญชัย	พงศ์ไพฑูรย์	นายแพทย์ (สบ. 5) หัวหน้าสำนักงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
พ.ต.อ. หญิง นารศ	วงศ์ไพฑูรย์	นายแพทย์ (สบ. 4) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
พ.ต.ท. หญิง เตือนใจ	ยงพานิช	พยาบาล (สบ. 3) หัวหน้าตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชนี ชั้น 4 – 5 กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
พ.ต.ท. หญิง กานดาฉวี	พานแสง	พยาบาล (สบ. 2) อาจารย์ภาคกุมารเวชกรรม วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พ.ต.ท. หญิง รุ่งนภา	ชั้นแจ่ม	พยาบาล (สบ. 2) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
ตามแนวทางสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ

1. แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองที่การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก
แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรค
อุจจาระร่วง

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรค
อุจจาระร่วง

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรค
อุจจาระร่วง

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

2. วิธีการตอบ แบบสัมภาษณ์

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
ในหอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติมหาราชินีชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ โปรดทำเครื่องหมาย ✓
ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง และขอความกรุณาท่านตอบ
แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ให้ครบทุกส่วน / ทุกข้อ ถ้าตอบไม่ครบจะทำให้แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ไม่สมบูรณ์
ไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ผลได้ อนึ่งจากผลการวิเคราะห์จะเป็นประโยชน์นำไปพัฒนางาน
สุขศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงให้มีสุขภาพดีต่อไป

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เข้าร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ส.ต.ต.(หญิง)ภารดี เข้มศรี

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงในงานวิจัย
เรื่อง พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
ตามแนวทางสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตำรวจ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่อง ☐ หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตาม
 ความเป็นจริงเพียงข้อเดียว

ชื่อผู้ปกครองเด็ก.....นามสกุล.....

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

.....

จังหวัด.....

1. เพศ

1. ☐ ชาย

2. ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การศึกษา

1. ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

5. ☐ จบชั้นอาชีวศึกษา

2. ☐ จบชั้นประถมศึกษา

6. ☐ อนุปริญญา / เทียบเท่า

3. ☐ จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

7. ☐ ปริญญาตรี / เทียบเท่า

4. ☐ จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

8. ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1. ☐ ไม่มีรายได้

5. ☐ 15,000 – 19,999 บาท

2. ☐ ต่ำกว่า 4,999 บาท

6. ☐ ตั้งแต่ 20,000 บาท

3. ☐ 5,000 – 9,999 บาท

4. ☐ 10,000 – 14,999 บาท

5. อาชีพ

1. ☐ ว่างาน

5. ☐ เกษตรกรรม (ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน)

2. ☐ รับจ้างทั่วไป

6. ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

3. ☐ ค้าขาย

7. ☐ แม่บ้าน / พ่อบ้าน

4. ☐ ธุรกิจส่วนตัว

8. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

6. ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กที่ดูแล

1. ☐ บิดา

2. ☐ มารดา

3. ☐ ผู้รับจ้างดูแลเด็ก

4. ☐ ญาติ

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่อง ☐ หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

ตามความเป็นจริงเพียงข้อเดียว

1. ชื่อเด็ก.....นามสกุล.....
2. อายุ ปี.....เดือน
3. เพศ 1. ☐ ชาย 2. ☐ หญิง
4. สถานที่คลอด
 1. ☐ โรงพยาบาล
 2. ☐ คลินิก
 3. ☐ สถานีอนามัย
 4. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
5. น้ำหนักตัวแรกเกิด
 1. ☐ ต่ำกว่า 2,500 กรัม
 2. ☐ ตั้งแต่ 2,500 – 3,000 กรัม
 3. ☐ มากกว่า 3,000 กรัม ขึ้นไป
6. ปัจจุบันเด็กยังคิมนมอยู่หรือไม่
 1. ☐ คิมนม
 2. ☐ ไม่คิมนม

ถ้ากินเด็กคิมนมอะไร

 1. ☐ นมแม่
 2. ☐ นมกล่อง
 3. ☐ นมผง
 4. ☐ นมข้นหวาน
 5. ☐ นมอื่น ๆ ระบุ.....
7. เด็กได้รับวัคซีนครบตามนัดทุกครั้งหรือไม่
 1. ☐ ได้รับครบทุกครั้ง
 2. ☐ ได้รับไม่ครบทุกครั้ง
 3. ☐ ไม่ได้รับเลย
8. เมื่อ 3 เดือนที่ผ่านมา เด็กเคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงหรือไม่
 1. ☐ เคย
 2. ☐ ไม่เคยป่วย
9. เมื่อผู้ปกครองหรือเด็กที่ดูแลเจ็บป่วยท่านพาไปรับบริการที่ใด
 1. ☐ โรงพยาบาล
 2. ☐ คลินิก
 3. ☐ สถานีอนามัย
 4. ☐ ซื้อยากินเอง
 5. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
10. หากท่านเข้ารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข ท่านเสียค่าใช้จ่ายอย่างไร
 1. ☐ เสียค่าใช้จ่ายเอง
 2. ☐ ใช้บัตรสุขภาพ
 3. ☐ ใช้บัตรประกันสุขภาพ
 4. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1.	เด็กทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้ถ้าไม่ระมัดระวังเรื่องอาหาร			
2.	โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่เกิดได้กับเด็กทุกฤดูกาล			
3.	โรคอุจจาระร่วงในเด็กเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้			
4.	เด็กชอบหยิบอาหารเข้าปากหรือดูดนิ้วจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคอุจจาระร่วงมากกว่าเด็กปกติ			
5.	เด็กกินนมแม่โอกาสป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้ถ้าไม่รักษาความสะอาด			
6.	เด็กเล็กที่ถ่ายอุจจาระลงบนพื้นเรียบลาด เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้			
7.	การไม่ล้างมือเตรียมและป้อนอาหารเสริมแก่เด็กทำให้เด็กเป็นโรคอุจจาระร่วงได้			
8.	ถ้วย หรือภาชนะที่ใส่อาหารให้เด็กหากสกปรกมีโอกาสป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้			
9.	การอุ้มอาหารที่เหลือมือต่อไปให้เด็กกินก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง			
10.	การให้เด็กกินนมชงที่เหลือเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง			
11.	อาหารที่เหลือค้างคืนไม่ควรนำมาให้เด็กรับประทาน			
12.	บริเวณโต๊ะข้างเตียงควรรักษาความสะอาดอยู่เสมอ			
13.	ถ้าน้ำที่ให้เด็กดื่มไม่สะอาดมีโอกาเป็นโรคอุจจาระร่วงได้			

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1.	เด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป			
2.	เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงจะหายเองได้โดยไม่ต้องรักษา			
3.	โรคอุจจาระร่วงทำให้เด็กอ่อนเพลียมีอาการปวดท้อง ทำให้เด็กหงุดหงิดร้องไห้			
4.	ถ้าเด็กถ่ายอุจจาระร่วงบ่อยครั้งใน 1 วันทำให้เด็กเสียชีวิตได้เพราะการขาดน้ำ			
5.	ถ้าเด็กถ่ายอุจจาระร่วงบ่อยครั้งใน 1 วันทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่			
6.	เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อยครั้งทำให้เป็นโรคขาดสารอาหารได้			
7.	เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อยครั้งทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย			
8.	เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงถ้าได้รับการรักษาไม่ถูกต้องและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจทำให้เสียชีวิตได้			
9.	การดื่มสารละลายน้ำตาล เกลือแร่ เป็นวิธีการลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงได้			
10.	เมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วงร่วมมีไข้ ผิวแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ควรรีบพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
11.	การระมัดระวังเรื่องกิน อาหารและน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเป็นประจำทุกวันสามารถลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงได้			
12.	โรคอุจจาระร่วงที่เกิดในเด็กเล็กจะมีความรุนแรงมากกว่าเด็กโต			

ส่วนที่ 3 การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1.	การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ทุกครั้งหลังการขับถ่ายสามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			
2.	การให้เด็กดื่มน้ำต้มสุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง			
3.	การกำจัดอุจจาระเด็กลงในส้วมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค			
4.	การนำขยะไปทิ้งไม่เก็บสะสมไว้เป็นการรักษาความสะอาด			
5.	นมที่เหลือค้างขวดที่เด็กดูด หากให้ดูดในมือต่อไปจะทำให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้			
6.	อาหารที่ตกลงบนพื้น ไม่ควรนำมารับประทาน เพราะทำให้มีเชื้อโรคปนเปื้อน			
7.	อาหารเสริมที่ให้แก่เด็กต้องสุกสะอาดและปรุงใหม่เพื่อความสะดวกทำให้เด็กได้รับคุณค่าของสารอาหาร			
8.	การอุ่นอาหารก่อนให้เด็กรับประทานทำให้เสียเวลาและไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ			
9.	การให้เด็กกินอาหารอ่อน ๆ ในระหว่างป่วยเป็นการป้องกันเด็กขาดสารอาหาร โดยการให้เด็กกินน้ำข้าวใส่เกลือสามารถทดแทนการขาดน้ำได้			
10.	เมื่อเด็กป่วยต้องระวังเรื่องอาหารและการกำจัดอุจจาระเพื่อเป็นการป้องกันโรคอุจจาระร่วง			
11.	การสังเกตดูอาการผิดปกติของเด็กเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวันเป็นสิ่งที่ควรกระทำและเป็นการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนในการดูแลเด็กอย่างถูกวิธี และถูกต้องโดยคำนึงถึงสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นสิ่งที่ควรกระทำ			

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	การที่เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงทำให้เป็นภาระครอบครัว			
2.	การนำเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงไปรักษาที่โรงพยาบาลทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก			
3.	การนำเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงไปรักษาที่โรงพยาบาลทำให้เสียเวลามาก			
4.	ถ้าเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงแล้วจะทำให้ท่านขาดรายได้			
5.	การดูแลสุขภาพเด็กโรคอุจจาระร่วงด้วยผู้ปกครองที่บ้านทำให้ยุ่งยาก			
6.	การรักษาพยาบาลเด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย			
7.	การที่เด็กดื่มน้ำดื่มสุกจะทำให้รสชาติของน้ำเสียไปและทำให้ยุ่งยากในการเตรียมให้เด็ก			
8.	การทำตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นเรื่องยาก			
9.	การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นเรื่องง่ายถ้าให้ความสนใจ			
10.	การรักษาความสะอาดให้กับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเป็นเรื่องยาก			

ตอนที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	ได้รับ	ไม่แน่ใจ	ไม่ได้รับ
1.	เจ้าหน้าที่พยาบาลพูดถึงความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นกับเด็กกับตัวท่าน			
2.	เจ้าหน้าที่พยาบาลแนะนำให้ท่านนำเด็กไปพบแพทย์เมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง			
3.	เจ้าหน้าที่พยาบาลให้ความสนใจและช่วยดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง			
4.	เจ้าหน้าที่พยาบาลได้แนะนำท่านในการเลี้ยงดูเด็กด้วยนมผสม			
5.	เจ้าหน้าที่พยาบาลได้แนะนำท่านในการเลี้ยงดูเด็กด้วยนมมารดา			
6.	บุคคลในครอบครัวเห็นด้วยกับท่านและสนับสนุนให้ท่านปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง			
7.	ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในการปฏิบัติดูแลสุขภาพเด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วง			
8.	เจ้าหน้าที่พยาบาลอธิบายถึงโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคอุจจาระร่วงของเด็กกับท่าน			
9.	เจ้าหน้าที่พยาบาลแนะนำการใช้ขวดนม			
10.	เจ้าหน้าที่พยาบาลให้ความสะดวกในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ			
11.	เจ้าหน้าที่พยาบาลได้อธิบายอาการของโรคอุจจาระร่วงให้กับท่านเพื่อลดความวิตกกังวลใจ			
12.	เจ้าหน้าที่พยาบาลมีเอกสารแจกในการปฏิบัติดูแลสุขภาพเด็กโรคอุจจาระร่วงขณะรับการรักษาอยู่โรงพยาบาล			

ตอนที่ 5 พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					
		ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บ้าง ไม่ปฏิบัติ บ้าง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เพียง ครั้ง เดียว	ไม่เคย ปฏิบัติ
1.	การล้างมือด้วยน้ำสะอาดกับสบู่ก่อนเตรียมนมหรือป้อนอาหาร						
2.	การล้างมือด้วยน้ำสะอาดอย่างเดียวก่อนเตรียมนมหรือป้อนอาหาร						
3.	การได้ล้างมือด้วยน้ำหรือสบู่ให้กับเด็กก่อนที่เด็กจะรับประทานอาหารด้วยตนเอง						
4.	การป้อนอาหารให้เด็กด้วยการเคี้ยวแล้วคายให้เด็กกิน						
5.	การใช้มือในการหยิบจับอาหารให้เด็ก						
6.	การใช้น้ำดื่มสุกในการเตรียมนมผสม						
7.	นมที่เด็กดูดเหลือท่านเก็บไว้ให้เด็กกินในวันต่อไป						
8.	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่ายหรือใช้ส้วม						
9.	การล้างมือด้วยน้ำสะอาดกับสบู่หลังทำความสะอาดก้นลูก						
10.	การให้เด็กดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง						
11.	การให้เด็กดื่มน้ำจืดอาหารเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง						
12.	การทำความสะอาดของเล่นก่อนและหลังให้เด็กเล่น						
13.	การใช้ช้อนในการป้อนอาหารเด็ก						
14.	การเตรียมน้ำดื่มสุกให้เด็กทุกวัน						
15.	การทิ้งขยะลงในถังขยะที่จัดไว้ให้ผู้ป่วย						
16.	การดูแลความสะอาดรอบ ๆ เด็กผู้ป่วย						

ลำดับที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					
		ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บ้าง ไม่ปฏิบัติ บ้าง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เพียง ครั้ง เดียว	ไม่เคย ปฏิบัติ
17.	การนำผ้าอ้อมไปใส่ถึงผ้าเบื่อนที่จัดไว้ให้เมื่อใช้แล้ว						
18.	การเก็บผ้าอ้อมที่ใช้แล้วรวมกันไว้หลายๆ แล้วเก็บไปใส่ถึงผ้าเบื่อนที่จัดไว้ให้ ครั้งเดียว						

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ส.ต.ต.(หญิง) ภารดี แยมศรี

นิติตปริญาโท สาขาสุศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประวัติการทำงานและการศึกษา

ชื่อ	สืบทำรวจตรีหญิง ภารดี แยมศรี
วัน เดือน ปีเกิด	16 มีนาคม 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
การศึกษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม (2545) ครุศาสตรบัณฑิต การประถมศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2547) วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
ปัจจุบันทำงาน	โรงพยาบาลตำรวจ (ตึกเฉลิมพระเกียรติ มหาราชินีชั้น 4)