

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชาวบ้านชุมชนบ้านสันคินแดง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และค้นคว้าเอกสาร ตำรา วิชาการต่าง ๆ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำเสนอสาระสำคัญตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
2. แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรค
3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
5. แนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
6. กระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

1.1 ความหมายของโรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของโรคอุจจาระร่วงว่า เป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระในลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้ง ต่อวันหรือถ่ายอุจจาระที่มีมูกเลือดปน 1 ครั้ง ภายใน 1 วัน การถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งแต่ลักษณะอุจจาระปกติไม่ถือว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง ถ้าผู้ป่วยถ่ายอุจจาระผิดปกติ ตามนิยามดังกล่าวข้างต้นในช่วงเวลาอันสั้นไม่เกิน 7 วัน ถือว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ถ้าเกิน 7 วัน และมีอาการเรื้อรังมานานกว่า 2 สัปดาห์ ถือว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงแบบเรื้อรัง

ความหมายโดยสรุปโรคอุจจาระร่วง คือ การถ่ายอุจจาระที่มีจำนวนมากกว่าปกติตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากหรือเป็นมูกเลือด แม้เพียง 1 ครั้งต่อวัน

การจำแนกโรคอุจจาระร่วง (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2541) โรคอุจจาระร่วงสามารถจำแนกได้หลายประเภท สำหรับประเทศไทยพอจะแบ่งประเภทของโรคอุจจาระร่วงได้ทั้งหมด 3 ประเภทดังนี้

อุจจาระร่วงจำแนกได้หลายกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1.1.1 ตามระยะเวลาที่มีการแสดงอาการของโรค อาจแบ่งได้ 3 ชนิดคือ

1.1.1.1 อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) มีอาการแสดงหลายชั่วโมงหลายวันแต่มักจะหายภายใน 7 วัน

1.1.1.2 อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistant Diarrhea) มีอาการแสดงนานเกิน 2 สัปดาห์

1.1.1.3 อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic Diarrhea) มีอาการแสดงนานเกิน 3 สัปดาห์

1.1.2 จากบัตรรายงานโรค (รง.506) จากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ ประกอบด้วย

1.1.2.1 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) เกิดจากการติดเชื้อต่างๆ เช่นแบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว และพยาธิ

1.1.2.2 โรคบิด (Bacillary Dysentery, Amoebic Dysentery และ Unspecified)

1.1.2.3 อาหารเป็นพิษ (Food Poisoning) เกิดจากพิษของเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เห็ด

1.1.2.4 ไข้เอนเทอริก (Typhoid, Paratyphoid และ Enteric ที่ไม่ระบุชนิด) อหิวาตกโรค (Cholera) เกิดเป็นพิษ (Toxic) ของ Vibrio Cholera 01

1.1.2.5 อหิวาตกโรค (Cholera) เกิดจากพิษ (Toxin) ของ Vibrio cholerae 01

1.1.3 จากพยาธิสภาพของการเกิดโรค โรคอุจจาระร่วงอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1.1.3.1 Non- Invasive Diarrhea หรือ Toxigenic Diarrhea หรือ Secretary Diarrhea เกิดจากแบคทีเรียสร้างสารพิษ สร้างสารพิษ (Toxin) เมื่อเกาะติดผนังลำไส้แล้วสารพิษจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมี ในเซลล์ผิวผนังลำไส้ ทำให้เกิดการหลั่งน้ำ และเกลือแร่เข้าไปในลำไส้มาก จึงทำให้เกิดอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ และมีอาการขาดน้ำและเกลือแร่ตามมา ซึ่งอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เมื่อนำอุจจาระที่เป็นน้ำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะไม่พบเม็ดเลือดขาว เชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ Vibrio cholerae 01, Enterotoxigenic E.coli (ETEC), Enteropathogenic E.Coli (EPEC), Staphylococcus aureus, Clostridium Perfringens, Vibrio Parahaemolyticus, Bacillus Cere, Rotavirus, Norwalkvirus, Cryptosporidium spp.

1.1.3.2 Invasive Diarrhea มีการหลุดลอกตัวของเซลล์ ทำให้เกิดแผลเป็นหย่อม ๆ ดังนั้นลักษณะอุจจาระจึงมีได้หลายลักษณะ คือเป็นน้ำ เหลวมีมูกปนเลือดจนถึงเป็นหนอง และเมื่อนำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง เชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Enteroinvasive E. coli* (EIEC), *Campylobacter* *Jejuni*, *Yersinia* *Enterocolitica*, *Entamoeba* *Histolytica*

1.2 สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง โรคอุจจาระร่วง เกิดได้หลายสาเหตุ แต่ที่พบบ่อย ๆ คือ

1.2.1 เชื้อไวรัส เป็นสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดยพบว่าไวรัสโรตา (Rotavirus) เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส ที่พบได้บ่อยในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการ ไข้ อาเจียน ปวดท้องและหรือ น้ำมูกไหล นำมาก่อนต่อมาถ่ายอุจจาระเหลว หรือเป็นน้ำ จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคอุจจาระร่วงไวรัสโรตา (Rotavirus) ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ในช่วงเดือนมิถุนายน ปี 2536 ถึงเดือน พฤษภาคม ปี 2537 พบว่า ไวรัสโรตา (Rotavirus) เป็นสาเหตุถึงร้อยละ 31.5 นอกจากนี้ ยังพบว่า Norwalk and Norwalk-like Viruses เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้จะเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน ภายหลังจากการติดเชื้อจะมีระยะฟักตัว ประมาณ 24-48 ชั่วโมง แล้วแสดงอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนถ่ายเหลวในเด็ก จะพบอาการอาเจียนมากกว่าท้องร่วง แต่ในผู้ใหญ่จะพบอาการท้องร่วงมากกว่าอาเจียน และจากการศึกษาทางระบาดวิทยายังพบอีกว่า ไวรัสชนิดนี้พบได้ทั่วโลก ในทุกกลุ่มอายุ มีการศึกษาถึงภูมิคุ้มกันต่อ Norwalk Viruses ในบังกลาเทศ พบว่าสามารถตรวจพบภูมิคุ้มกันในเด็กเล็ก และเชื่อนี้ทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้ถึง ร้อยละ 1-2

1.2.2 เชื้อแบคทีเรีย พบได้ประมาณร้อยละ 20-30 ของสาเหตุการป่วยโรคอุจจาระร่วงทั้งหมด เชื้อที่พบบ่อยที่เป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ทั้งที่เกิดจากตัวเชื้อและเกิดจากพิษของแบคทีเรีย ได้แก่ เชื้อชิเกลล่า (*Shigella*) หรือเชื้อบิด บิดไม่มีตัวที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ *S. flexneri* และ *S. sonnei* พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำในระยะแรก ต่อมาเมื่อเชื้อผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่จะทำให้ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดร่วมกับอาการปวดท้องและปวดเบ่ง (Tenesmus) ตามมา พบว่าในเด็กและผู้ใหญ่ เมื่อติดเชื้อนี้มักจะมีอาการไข้สูง และอาจมีอาการชักร่วมด้วย และเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ ซึ่งพบได้บ่อย ได้แก่ เชื้อคลอเลล่า (*Vibrio Cholera*) พบว่า เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดอหิวาตกโรค โดยผู้ป่วยจะมีอาการอุจจาระเป็นน้ำสีขาวขุ่น สีเหมือนน้ำข้าวขาว กลิ่นเหม็น และถ่ายแต่ละครั้งปริมาณมากหรือไหลตลอดเวลา เชื้ออีโคไล ชนิด Enterotoxigenic (*Enterotoxigenic E. coli*) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า เชื้อนี้มักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในประเทศกำลังพัฒนาจะมีการติดเชื้อนี้หลายครั้ง โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ซึ่งทำให้มีภูมิคุ้มกันโรค การป่วยในเด็กโตและผู้ใหญ่จึงเกิดขึ้นน้อยมาก และนอกจากนี้ยัง พบว่า

เชื้ออีโคไล ชนิด Enteropathogenic (Enteropathogenic E.coli) ที่เกิดในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี เมื่อติดเชื่อนี้มักจะมีอาการไข้สูง และอาจมีอาการชักร่วมด้วย เชื้อซาลโมเนลล่า (Salmonella) เป็นเชื้อที่ติดต่อดี้ง่าย เชื้อนี้มีความสามารถในการทะลุทะลวงเข้าไปในระบบไหลเวียนโลหิต อาจทำให้เกิดโลหิตเป็นพิษหรือฝีที่บริเวณสมองได้โดยผู้ป่วยจะมีอาการ อาเจียน ท้องอืด ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ เหลวสีเขียว ไข้ค่อย ๆ สูงขึ้น อาจมีอาการตับโต และตัวเหลือง ในเด็กเล็กภายหลังได้รับเชื้อ 4 ชั่วโมง จะเกิดอาการอาเจียนและท้องร่วงเหมือนอาการอาหารเป็นพิษ เชื้อสแตฟีโลคอคโคไล (Staphylococcal) เชื้อนี้เมื่อปนอยู่ในอาหารจะเติบโต และปล่อยพิษไว้ในอาหาร สารพิษ (Toxin) ทนต่อความร้อนถึงแม้จะนำมาหุงต้ม ก็ทำให้เกิดอาการได้ อาการจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภายหลังได้สารพิษ ประมาณ 4 - 12 ชั่วโมง อาจเกิดอาการได้หลายคนในกลุ่มที่รับประทานอาหารมือเดียวกัน ในเด็กและคนสูงอายุอาจมีอาการขาดน้ำและช็อคได้

1.2.3 เชื้อโปรโตซัว (Protozoa) เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งสามารถป้องกันและรักษาได้ เชื้อโปรโตซัวที่ทำให้เกิดโรค อุจจาระร่วง ได้แก่ เชื้ออะมีบา (Amoeba) ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง (เชื้อบิตมีตัว Entamoeba Histolytica) อาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดแผลในลำไส้ใหญ่และสามารถผ่านเข้าไปในกระแสเลือด ทำให้เกิดโรคฝีบิตในตับ ปอด สมอง ถ้าเชื้ออยู่ในลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดโรคบิตมีตัว (Amoebic Dysentery) จะมีอาการปวดเบ่ง อุจจาระเป็นมูกเลือด มีกลิ่นเหม็นเหมือนกุ้งเน่า มีไข้ต่ำ ถ้าเชื้อกระจายไปทำให้เกิดโรคฝีบิตในอวัยวะต่าง ๆ จะมีอาการผิดปกติของอวัยวะนั้น ๆ เชื้อไกอาเดีย (Giardia) เชื้อไกอาเดีย อาศัยอยู่ในลำไส้เล็กส่วนต้นของคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมบางชนิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุระหว่าง 4-12 ปี มีอาการท้องอืดท้องเสีย อุจจาระเหลว มีกลิ่นเหม็นบูด ลักษณะลอยเพราะมีไขมัน เด็กที่ป่วยเรื้อรังอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารและเจริญเติบโตช้า เชื้อในกลุ่มคอกซิเดีย (Coccidia) เชื้อในกลุ่มคอกซิเดีย ที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง เชื้อเหล่านี้ ได้แก่ Cryptosporidium, Cyclospora, Isospora และพวก Microsporidia ส่วนใหญ่เป็นเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องจะมีอาการถ่ายอุจจาระเรื้อรัง และเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยการปนเปื้อนอาหารหรือน้ำดื่ม ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง และเชื้อออกมากับอุจจาระ ติดต่่อสูคนได้

1.2.4 เชื้อปรสิต (Parasite) ที่ทำให้เกิดอุจจาระร่วง ได้แก่ Strongeloides Stercoralis, E. Histolytica, G.lamblia) ผู้ที่ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ และภายหลังได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน เชื้อปรสิตมักเข้าแทรกซ้อนทำให้อุจจาระร่วง ถ่ายอุจจาระเหลว และเป็นมูกได้

1.2.5 อุจจาระร่วงสาเหตุอื่น ๆ สำหรับอุจจาระร่วงเรื้อรัง เป็นเวลานานเกิน 3 อาทิตย์ อาจมีสาเหตุดังนี้

1.2.5.1 การแพ้สารอาหาร เช่น ไข่ขาว โปรตีนของนมวัว หรือ โปรตีนของนมถั่ว



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดฯ วิจัย
วันที่..... 12 ส.ค. 2555
เลขทะเบียน..... 248003.....
เลขเรียกหนังสือ.....

1.2.5.2 การขาดน้ำย่อย เช่น เอนไซม์ Lactase ที่ใช้ย่อยน้ำตาล Lactose ซึ่งมีมากในนมสด อาหารจึงย่อยและดูดซึมไม่เต็มที่ (Malabsorption) ประกอบกับกากอาหารเหลืออยู่มาก ช่วยให้แบคทีเรียเติบโตมากขึ้น ทำให้อุจจาระร่วงได้ โดยจะทำให้เด็กเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันบ่อย ๆ และทำให้ลำไส้อักเสบเรื้อรังในภายหลัง

1.2.5.3 ความผิดปกติของฮอร์โมนบางชนิด เช่น Adrenal Insufficiency ขาด Aldosterone

1.2.5.4 เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคอื่น ๆ เช่น วัณโรคของลำไส้ เนื้องอกหรือมะเร็งของลำไส้ หนองน้ำหนวก การติดเชื้อที่ปอด มาเลเรีย และโรคหัด

1.2.5.5 จากการกินยารักษาโรคอื่นๆ เช่น ขาดกรดที่มีแมกนีเซียม (Mg) ผสมอยู่ยาบำรุงที่ผสมธาตุเหล็ก ยาปฏิชีวนะบางชนิด (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2541)

ถึงแม้ว่าสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงจะมีมากมายดังกล่าวข้างต้นก็ตาม แต่โดยส่วนใหญ่โรคอุจจาระร่วงจะเกิดจากการติดเชื้อถึง ร้อยละ 80 และเชื้อจะเข้าสู่ปากโดยวิธี ผ่านทางมือที่สกปรก ผ่านทางน้ำที่ไม่สะอาด และผ่านทางอาหารที่ไม่สะอาด

โรคอุจจาระร่วง เป็นอาการที่พบได้บ่อยและมีสาเหตุได้หลายประการ ส่วนใหญ่อาการจะไม่รุนแรงและมักจะหายได้เอง ส่วนน้อยอาจมีอาการรุนแรงทำให้มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่เป็นอันตรายถึงตายได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กและคนแก่ นอกจากอาการถ่ายเป็นน้ำ ถ่ายเหลว หรือถ่ายมีมูกเลือดปนแล้ว อาจมีอาการไข้ ปวดท้อง อาเจียนร่วมด้วยตามแต่สาเหตุที่เป็น (สุรเกียรติ์ อชานุภาพ, 2532, หน้า 323) ประมาณกันว่าร้อยละ 70 อุจจาระร่วง สามารถตรวจหาสาเหตุได้ ถ้ามีห้องชั้นสูตรที่ทันสมัยเพียงพอ การรักษาอุจจาระร่วงด้วยสาเหตุต่าง ๆ ข้างต้น มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ เพื่อป้องกันการสูญเสียน้ำและเสียชีวิต โดยการให้น้ำและเกลือแร่ทดแทนอย่างเหมาะสม

1.3 การติดต่อของโรคอุจจาระร่วง

การแพร่ระบาดของโรคอุจจาระร่วง พบว่าเกิดจากการรับประทานอาหารและน้ำ ที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าไปในร่างกาย ซึ่งช่องทางการติดต่อจากคนไปสู่คน เป็นเรื่องสำคัญ ถ้าไม่มีการขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะจะทำให้ผู้จากระที่มีเชื้อโรคปนอยู่ เชื้อโรคสามารถกระจายไปยังผู้อื่นโดยผ่านทางน้ำ อาหาร และนมที่ไม่สะอาด โดยการรับประทานเข้าไป (กรมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2538) หรือมีแมลงวันเป็นพาหะนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย การรับประทานอาหารที่ใช้มือหยิบจับ จะทำให้ได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ สามารถทำให้เกิดโรคได้ในผู้ที่ไวต่อการเป็นโรคสูง โดยปกติแล้วจะต้องรับประทานเข้าไปมากกว่า 100-1,000 ตัว เชื้อโรคจะออกจากร่างกายโดยการถ่ายอุจจาระร่วง กระจายไปยังผู้อื่นผ่านทางมือที่สกปรก น้ำ อาหาร ที่ไม่สะอาด โดยการกินเชื้อโรคเข้าไป (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2527, หน้า 46)

1.4 อาการของโรคอุจจาระร่วง

อาการของโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญคือ ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะช็อก ภาวะเลือดเป็นกรดภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เป็นอันตรายถึงตายได้ ดังนั้นความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงจึงขึ้นกับขนาดของภาวะขาดน้ำเป็นสำคัญ (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2532, หน้า 324) เมื่อร่างกายได้รับเชื้อโรคเข้าไปในลำไส้จะทำให้เกิดการรบกวนการนำส่งน้ำและอิเล็กโทรไลต์ จากโพรงลำไส้เข้าสู่เยื่อลำไส้ หรือเกิดการหลั่งน้ำและอิเล็กโทรไลต์เข้ามาในโพรงลำไส้มากขึ้นทำให้โพรงลำไส้เต็มไปด้วยของเหลว ทำให้กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ลำไส้จะผลักเอาของเหลวจากลำไส้เล็กสู่ลำไส้ใหญ่อย่างรวดเร็ว จึงทำให้อุจจาระร่วงเหลวเป็นน้ำมีเกลือด้วยเป็นจำนวนมาก รวมทั้งเชื้อโรคที่ปนออกมา เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อโรคเข้าไปทางระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะเชื้อไวรัส ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ได้ในวันแรกๆ ส่วนใหญ่จะมีอาการอาเจียนนำมาก่อน ต่อมาเริ่มมีอาการอุจจาระร่วงโดยอาการอุจจาระร่วงมักเป็นน้ำหรือถ่ายเหลวไม่มีมูกเลือด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อแบคทีเรียจะมีอาการอุจจาระร่วงเป็นหลัก โดยจะมีระยะฟักตัวประมาณ 1-3 วัน หลังจากนั้นจะเกิดอาการอุจจาระร่วงขึ้นเฉียบพลัน ร่วมกับอาการไข้ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน อาการท้องเสียมักเป็นมากในวันแรกๆ และค่อยๆ ลดน้อยลงในวันต่อมา และผลตามมาที่สำคัญหลังจากมีอาการอุจจาระร่วงแล้ว คือ ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะช็อก ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เป็นอันตรายถึงตายได้ ดังนั้นความรุนแรงของโรคจึงขึ้นกับขนาดของภาวะขาดน้ำเป็นสำคัญ (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2532) นอกจากนั้นยังมีอาการอื่นๆ ร่วม ดังต่อไปนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

1.4.1 กระหายน้ำ เป็นอาการของการขาดน้ำ จะเห็นได้ชัดเจนในเด็กเล็ก

1.4.2 น้ำหนักลด เมื่อผู้ป่วยเสียน้ำ และเกลือแร่ น้ำหนักตัวจะลดลงในรายที่ภาวะการขาดน้ำรุนแรงน้ำหนักจะลดลงไป 10 % ของน้ำหนักปกติ อาจเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน

1.4.3 เบื่ออาหาร เมื่อผู้ป่วยขาดน้ำ บริเวณดวงตาจะแห้งและบุ๋มลง และตาจะดูลึกกลง

1.4.4 ปากแห้ง เมื่อผู้ป่วยขาดน้ำ ปากและลิ้นจะแห้งเนื่องจากน้ำลายมีน้อยลง

1.4.5 สูญเสียความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin Turgor) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะขาดน้ำ ผิวหนังจะแห้งและสูญเสีย ความยืดหยุ่น เมื่อดึงผิวแล้วปล่อยผิวหนังจะตั้งค้างอยู่ชั่วขณะนานเกิน 2 วินาทีก่อนจะราบกลับเข้าที่เดิม

1.4.6 หายใจเร็วขึ้นเหมือนหอบ

1.4.7 ปัสสาวะออกน้อย เมื่อผู้ป่วยขาดน้ำจะมีปัสสาวะน้อยลง เพราะร่างกายพยายามเก็บน้ำไว้ ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญที่บ่งบอกว่าเด็กขาดน้ำรุนแรงหรือไม่

1.4.8 ซีฟจรเด่นเบา ภาวะขาดน้ำทำให้ซีฟจรเด่นเร็วและเบาลง เมื่อเกิดการขาดน้ำรุนแรงซีฟจรจะเบาจนคล้ำที่ข้อมือไม่ได้ อาจต้องคล้ำที่ขาหนีบหรือฟังเสียงหัวใจ

1.4.9 กระหม่อมบวม จะพบในผู้ป่วยเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี เมื่อเด็กมีภาวะขาดน้ำ น้ำหล่อเลี้ยงสมองลดลง ทำให้กระหม่อมจมลงระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะ

1.4.10 ซ็อก ผู้ป่วยที่มีอาการขาดน้ำอย่างรุนแรง จะเกิดอาการซ็อก ต้องรีบแก้ไขด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที

1.4.11 ไข้ ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ

โรคอุจจาระร่วงแบ่งตามระยะเวลาของการเกิดอาการได้ 2 ประเภท คืออุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) หมายถึงอุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และมีระยะเวลาที่มีอาการน้อยกว่า 14 วัน ต่อเนื่องกัน และอุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic Diarrhea) หมายถึง อุจจาระร่วงที่มีระยะเวลาของการเกิดอาการนานเกิน 14 วันต่อเนื่องกัน

1.5 วิธีการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วง

1.5.1 จัดให้มีการสุขาภิบาลในเรื่องการทำลายอุจจาระและการป้องกันแมลงวัน จัดที่สำหรับล้างมือในกรณีที่ไม่มีส้วม ควรกำจัดอุจจาระด้วยการฝัง และที่ฝังจะต้องห่างจากแหล่งน้ำดื่ม น้ำดื่มควรต้มหรือใส่คลอรีน น้ำใช้ควรได้จากแหล่งที่สะอาด

1.5.2 ควบคุมแมลงวันโดยใช้มุ้งลวด พ่นยาฆ่าแมลง หรือใช้กับดัก ควบคุมการขยายพันธุ์ด้วยการเก็บและทำลายขยะโดยวิธีที่เหมาะสม

1.5.3 ระมัดระวังเรื่องความสะอาดของอาหาร ควรเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงใหม่หรือแน่ใจว่าสะอาด การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร

1.5.4 นมหรือผลิตภัณฑ์นมควรผ่านการพาสเจอร์ไรซ์ หรือการต้มก่อน ให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมการผลิต การเก็บรักษา และการจัดจำหน่ายให้ถูกสุขลักษณะ

1.5.5 ควบคุมการผลิตอาหาร และเครื่องดื่มให้เหมาะสม ให้ใช้น้ำผสมคลอรีนในงานผลิตอาหารและเครื่องดื่ม

1.5.6 การป้องกันการระบาดในสถานเลี้ยงเด็กเล็ก โดยรักษาความสะอาดสถานที่ข้าวของเครื่องใช้ เจ้าหน้าที่ล้างมืออย่างสม่ำเสมอแยกผู้ป่วยที่มีอาการอุจจาระร่วงและเพาะเชื้อหาสาเหตุของการป่วย

1.5.7 เพิ่มความต้านทานให้แก่คน (Host) ก่อนการติดเชื้อ

1.5.8 ปรับปรุงโภชนาการของมารดา ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อเป็นการเสริมคุณค่าของน้ำนมมารดา และลดอุบัติการณ์ของน้ำหนักรากแรกคลอดต่ำกว่ามาตรฐาน

1.5.9 ส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ซึ่งจากการศึกษาของสายพิณ โชติวิเชียร และคณะ (2545) พบว่าการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงพบว่าการกินนมมารดาเป็นปัจจัยป้องกัน

การป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2533, หน้า 387) สามารถจัดกลุ่มแยกย่อยได้ดังนี้ คือ

1. จัดการเรื่องน้ำสะอาดโดย

1.1 ปรับปรุงคุณภาพแหล่งน้ำให้ได้มาตรฐาน

1.2 ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการใช้แหล่งน้ำที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

1.3 จัดหาน้ำสะอาดสำหรับประชาชนอย่างเพียงพอ

1.4 เพิ่มความสะอาดในการใช้น้ำให้แก่ประชาชน โดยให้ทุกครัวเรือนเข้าถึงแหล่งน้ำที่มีคุณภาพได้โดยสะดวก

2. จัดการเรื่องส้วมโดยให้ประชาชนมีและใช้ส้วมอย่างถูกสุขลักษณะ และจัดให้มีการกำจัดอุจจาระอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

3. ส่งเสริมสนับสนุน เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมเหมาะสมในที่พักอาศัยโดยการปรับปรุงสุขวิทยาส่วนบุคคลให้ถูกต้อง และรักษาความสะอาดของเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย

4. มีการจัดการเรื่องน้ำและอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ รวมไปถึงภาชนะที่ใช้เพื่อการดังกล่าวด้วย

5. มีการกำจัดน้ำที่ไหลแล้วในครัวเรือนอย่างถูกสุขลักษณะ ตลอดจนการทำลายแหล่งน้ำขังที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงนำโรค

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกในปี 2539 สามารถจำแนกได้หัวข้อได้ คือ

1. การส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ถูกต้อง

1.1 การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่ายอุจจาระร่วง เนื่องจากโรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่ติดต่อโดยทางอุจจาระ ซึ่งอาจติดมากับมือที่สกปรก ดังนั้นการล้างมือก่อนเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร หลังถ่ายอุจจาระ และหลังจากการสัมผัสกับอุจจาระเด็ก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องฝึกให้เป็นนิสัยของทุกคน อนึ่งการฝึกอบรมที่ดีควรเริ่มตั้งแต่ในโรงเรียน และในเด็กเล็ก ๆ

1.2 การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง

1.2.1 การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ไม่มีแมลงวันตอม ไม่ควรรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หากเก็บอาหารที่ค้างมือควรเก็บไว้ในตู้เย็น และก่อนรับประทานต้องนำไปอุ่นให้ร้อนใหม่ทุกครั้ง

1.2.2 การดื่มน้ำสะอาด หรือน้ำดื่มสุก

1.2.3 การรับประทานผักสดหรือผลไม้ ควรล้างให้สะอาดด้วยน้ำประปา หรือน้ำคลอรีน (1/2 ช้อนชา ต่อน้ำ 20 ลิตร) น้ำยาล้างผัก

1.3 การปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม

1.3.1 การจัดให้มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ และการกำจัดอุจจาระเด็กอย่างถูกวิธี

1.3.2 การจัดการน้ำสะอาดสำหรับดื่มและใช้

1.3.3 การกำจัดขยะมูลฝอย และแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน

1.4 การส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะในช่วง 4-6 เดือนแรก พบว่าทารกที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียวมีโอกาสป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง น้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม นอกจากนี้นมมารดายังสามารถป้องกันโรคมุมิแพ้ในทารกและโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้วย

1.5 การให้วัคซีนป้องกันโรคหัด เนื่องจากโรคหัด มักมีผลแทรกซ้อนในการเกิดโรคอุจจาระร่วง และทำให้โรครุนแรงมากขึ้น การให้วัคซีนเมื่อทารกอายุครบ 9 เดือน จะช่วยป้องกันอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง

สรุปการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จะเน้นการให้ชาวบ้านในชุมชนมีความรู้ในเรื่องโรคอุจจาระร่วง และให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ถูกต้องด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านอนามัยพื้นฐาน ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือ เพราะมือเป็นอวัยวะที่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค รวมทั้งเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ดังนั้นจึงควรล้างมือด้วยน้ำสะอาด และสบู่ก่อนจับอาหาร และหลังจากการขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง

2. พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารซึ่งหมายถึงการเตรียมอาหาร การประกอบอาหาร การเก็บอาหาร วัตถุดิบและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบอาหาร ส่วนหนึ่งเกิดจากอาหารที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อนมาในอาหาร ส่วนหนึ่งมาจากการรับประทานอาหารนอกบ้าน หรืออาหารสำเร็จรูปที่ขายตามข้างถนน ดังนั้นจึงควรมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหารคือปรุงอาหารให้สุกและรับประทานเมื่อสุกใหม่ ๆ ใช้ความร้อนให้มากพอในการอุ่นอาหารวัตถุดิบที่ใช้ประกอบอาหารทุกชนิดต้องสะอาด อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบอาหารต้องสะอาด จัดเก็บให้เป็นระเบียบ น้ำดื่ม น้ำใช้ต้องสะอาด การเก็บอาหารให้มิดชิดไม่มีแมลงวันตอม และล้างมือให้สะอาดก่อนประกอบอาหาร และก่อนรับประทานอาหาร รวมถึงพฤติกรรมเรื่องน้ำดื่ม น้ำใช้ และการกำจัดของเสีย น้ำดื่ม น้ำใช้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญ

ในชุมชนต้องมีน้ำใช้อย่างเพียงพอ ภาชนะที่กักเก็บน้ำใช้ต้องสะอาดและต้องปกปิดให้มิดชิด บ้านที่ใช้น้ำจากแหล่งน้ำบ่อเจาะต้องให้อยู่ห่างจากส้วมในระยะที่ปลอดภัย น้ำดื่มที่ใช้ต้องเป็นน้ำประปาที่ผ่านการต้มให้เดือดแล้วจึงจะเหมาะสมสำหรับใช้เป็นน้ำดื่ม

3. พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่การกำจัดอุจจาระ ต้องถ่ายอุจจาระในส้วมรดน้ำที่สะอาด (ส้วมซึม) ทุกครั้งไม่ควรถ่ายอุจจาระลงในแม่น้ำลำคลองมีการทำความสะอาดส้วมให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่ตั้งอยู่ใกล้แหล่งน้ำ การกำจัดขยะจากเศษอาหารที่เน่าเสีย ควรทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด อย่าให้มีแมลงวันตอม หรือถ้าเป็นขยะแห้งควรกำจัดโดยการเผาหรือฝัง เพื่อป้องกันการเกิดของแมลงวันตัวแพร่เชื้อโรคอุจจาระ

2. แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบาย ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (2550-2554) โดยกำหนดเกณฑ์อัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงไม่เกิน 1,000 ต่อแสนประชากร ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ เกิดความตระหนัก และเกิดพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยให้ทุกภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานให้ได้ประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน ตามมาตรการต่อไปนี้

2.1 การสร้างส้วม โดยแนะนำให้ประชาชนมีส่วนร่วมใช้ทุกหลังคาเรือน และถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค โดยคำนึงถึงบริเวณที่จัดสร้างส้วมให้ควรอยู่ห่างจากแหล่งน้ำของชุมชน

2.2 ปรับปรุงน้ำดื่ม น้ำใช้ ให้เป็นน้ำสะอาดไม่มีเชื้อโรค และสารที่เป็นพิษปนเปื้อนอยู่

2.3 ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งมุ่งเน้นในด้านความสะอาดของบ้านเรือนและรอบๆ บ้าน การกำจัดขยะมูลฝอยโดยการเผาหรือฝัง ไม่ปล่อยให้ปนเปื้อนเป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันและหนู ซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อโรคได้

2.4 ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งประกอบด้วยสถานที่สำหรับใช้ในการปรุงอาหาร การเก็บถนอมอาหาร ควรสะอาดถูกหลักอนามัย ปลอดภัยจากเชื้อโรค รวมทั้งภาชนะที่ใช้ใส่อาหารมีการล้างและจัดเก็บให้สะอาดเป็นระเบียบ หรือวิธีการปรุงอาหารต้องสะอาด และการรับประทานอาหารสะอาดปรุงสุกใหม่ ไม่รับประทานอาหารดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ และก่อนรับประทานอาหารต้องทำอาหารให้ร้อนก่อนเสมอ

2.5 ปรับปรุงพฤติกรรมอนามัยพื้นฐาน โดยเฉพาะการล้างมือด้วยสบู่ก่อนปรุงอาหารและก่อนรับประทานอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ

ดังนั้นการป้องกันโรคอุจจาระร่วงกระทำได้หลายวิธี โดยลดการแพร่กระจายของตัวเชื้อโรคและเพิ่มความต้านทานให้แก่คนต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการป้องกันโรคอุจจาระร่วง รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงทั้งในด้านพฤติกรรมอนามัยพื้นฐาน ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมตามความรู้ที่ได้รับนั้น

3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพดี มิได้มีความหมายเพียงแต่การที่คนเราจะมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางกายเท่านั้น (ประเวศ วะสี, 2543) แต่หมายรวมถึงการมีสุขภาพสมบูรณ์ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณด้วย การที่คนเราจะมีสุขภาพดีได้นั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับตัวเราเองแล้ว ยังต้องมีกลไกหรือระบบสุขภาพที่ดีที่สามารถจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และแก้ไขฟื้นฟูทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และจิตวิญญาณ การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเสริมสร้างความรับผิดชอบและเพิ่มศักยภาพให้กับชุมชน ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ได้กล่าวว่า ในการที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้สมบูรณ์นั้น ต้องมีการสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการดำเนินชีวิต ให้สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น การที่จะบรรลุถึงเป้าประสงค์ทางสุขภาพนั้น ต้องมีความสามารถในการที่จะบอกถึงความปรารถนาของตนเอง และสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ รวมทั้งสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้ให้นิยามคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายทางบวกเน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกันกับสมรรถนะต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมิใช่ความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเพียงเท่านั้น

องค์การอนามัยโลก (1986) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ

เกษม นครเขตต์ (2540) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing Lifestyles for Disease Prevention) เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้น

มุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคนี้นี้ เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุกที่สามารถหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงภายนอก เช่น มลพิษต่าง ๆ สารเคมีในทางเกษตรกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงภายในซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากจิตสำนึกของบุคคลเอง รวมทั้งความเชื่อ และทัศนคติต่อเรื่องใด ๆ ที่บุคคลนับถือ เช่น จิตสำนึกด้านความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ความเชื่อในการกินยาบ้าของพนักงานขับรถบรรทุก ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลต่อการกินอาหารที่เชื่อว่า “การกินคืออยู่ดี” ทำให้มีสุขภาพดีเป็นเหตุให้บุคคลกินอาหารเกินความจำเป็นจนเกิดโรคอ้วน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง

สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ (2541) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่ง สุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งหมายปรารถนาของตนเองที่จะสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับคนให้สามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

ประเวศ วะสี (2541) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจเรียก กระบวนการนี้ การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งหมด (Health Promotion for All) คนทั้งหมดส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) หรือคนทั้งหมดมีสุขภาพดี (Good Health for All)

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจรู้ปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ

3.2 กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ (กฎบัตรออกดคาว่า) มี 3 ประการ คือ

3.2.1 การชี้นำด้านสุขภาพ (Advocacy)

การชี้นำด้านสุขภาพ สุขภาพเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และส่วนบุคคล รวมทั้งเป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา สามารถมีผลทั้ง

สนับสนุนและทางบั้นทอนต่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุน โดยการชี้นำเรื่องสุขภาพ

3.2.2 การเพิ่มความสามารถ (Enabling)

การเพิ่มความสามารถ ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพการเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การบรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพ การกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และสร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่เท่าเทียมกัน เพื่อเพิ่มความสามารถของทุกคนให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดในขณะที่เขาจะทำได้ ซึ่งรวมถึงการมีรากฐานที่มั่นคงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการดำรงชีวิต และโอกาสต่าง ๆ ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกต้องเหมาะสม คนเราไม่ว่าชายหรือหญิงจะไม่บรรลุถึงศักยภาพด้านสุขภาพดีที่สุดในชีวิตได้ ถ้าเขาสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของตนเอง

3.2.3 การไกล่เกลี่ย (Mediating)

การไกล่เกลี่ย ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคม เพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ ปัจจัยกำหนดและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพไม่อาจให้ความมั่นใจได้โดยองค์กรในภาคสุขภาพโดยลำพังเท่านั้น ที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้น คือ งานส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล องค์กรภาคอาสาสมัคร องค์กรภาคสังคม และเศรษฐกิจอื่น ๆ องค์กรเอกชน องค์กรภาคท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรม และสื่อมวลชน คนทุกเพศวัย และสาขาอาชีพจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ รวมบุคคลด้านสุขภาพมีหน้าที่หลักเป็นตัวกลางด้านสุขภาพ ไกล่เกลี่ยกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

3.3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) ประกอบด้วย 5 ประการ คือ

3.3.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Health Public Policy)

การส่งเสริมสุขภาพมีแนวคิดขอบเขตกว้างขวางมากกว่าการรักษาพยาบาล เรื่องของสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่พึงอยู่ในหัวข้อการพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขาทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจของเขา และให้เขายอมรับในความรับผิดชอบของเขาต่อสุขภาพด้วย นโยบายส่งเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลายแต่สอดคล้องและสนับสนุนกัน โดยอาศัยวิธีทางนิติบัญญัติ การเงิน การคลัง การภาษีอากรและการเปลี่ยนแปลงการจรรูปองค์กร การประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้และนโยบายต่าง ๆ ทางสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม

กิจกรรมร่วมเหล่านี้จะทำให้เกิดบริการและสินค้าต่าง ๆ ที่ปลอดภัย และเสริมสร้างสุขภาพมากขึ้น บริการสาธารณสุขที่ถูกสุขลักษณะมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและรื่นรมย์กว่าเดิม นโยบายส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีการค้นหาอุปสรรคที่กีดขวาง การยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในองค์กรภาคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่องค์กรภาคสุขภาพ และการตัดสินใจยอมรับทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม

3.3.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

สังคมต่าง ๆ ของเรามีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน ด้านสุขภาพจึงมีอาจแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่น ๆ โยงใยที่ตัดขาดไม่ได้ระหว่างมนุษย์เราและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นรากฐานสำคัญในการคิดค้นหาวิถีทางสังคมและนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ หลักการที่จะชี้นำในภาพรวมต่อโลก ประเทศต่าง ๆ ภูมิภาคทั้งหลาย ตลอดจนชุมชนต่างๆ ในแนวทางเดียวกัน คือความจำเป็นในการส่งเสริมงานอนุรักษ์ระหว่างกันและกัน ทั้งชุมชนและธรรมชาติของเรา ควรจะตอบคำถามว่าการอนุรักษ์ธรรมชาติทั่วโลกเป็นภาระหน้าที่ของประชาคมโลก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อน มีผลกระทบต่อสุขภาพ การทำงานและการพักผ่อนควรจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งไปถึงสุขภาพของมวลมนุษย์ วิธีที่สังคมจัดระบบการงานอาจช่วยเสริมสร้างสังคมสุขภาพดีได้ งานส่งเสริมสุขภาพช่วยเสริมสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านการดำรงชีวิตและการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ ฟุ้งพ้อใจ และสนุกสนาน

3.3.3 การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strength Community Action)

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการ โดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรมทั้งในด้านการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผน กำหนดกลวิธีต่าง ๆ และการดำเนินการตามกลวิธีเหล่านั้นเพื่อบรรลุสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม หัวใจของการดำเนินการตามกระบวนการดังกล่าวแล้ว ได้แก่ การทำให้ชุมชนมีอำนาจ ให้เกิดความเป็นเจ้าของ และควบคุมงานที่ริเริ่ม รวมทั้งอนาคตของชุมชนเอง การพัฒนาชุมชนจำเป็นต้องระดมทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งวัตถุและบุคคลภายในชุมชนเพื่อยกระดับการพึ่งตนเองได้และการสนับสนุนจากสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นได้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การมีส่วนร่วมของสาธารณะและการชี้นำในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้ ชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสต่าง ๆ ในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3.3.4 พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

การส่งเสริมสุขภาพช่วยในการพัฒนาบุคคลและสังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ และเพิ่มทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ในการกระทำเช่นนี้จำเป็นต้องเพิ่มทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน ในการที่จะสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น

และสามารถเลือกทางเลือกที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพ การให้ประชาชนได้สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ตนเองมีความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่าง ๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคเรื้อรัง และบาดเจ็บต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการจะต้องจัดให้มีตั้งแต่ใน โรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน และภายในชุมชนเอง ทั้งนี้ โดยเรียกร้องให้องค์กรต่าง ๆ ทางด้านการศึกษา วิชาชีพ ธุรกิจ องค์กร อาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดำรงกิจกรรมและจัดกิจกรรมในองค์กรด้วยกัน

3.3.5 การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)

ความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ ในการจัดการบริการสาธารณสุขเป็น ภาระร่วมระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน ผู้ประกอบการด้านวิชาชีพ หน่วยสุขภาพ และรัฐบาล บุคคล และองค์กรดังกล่าวจะต้องร่วมกันคิดหาระบบรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับจุดหมายด้านสุขภาพ บทบาทขององค์กรด้านสุขภาพจะต้องเคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากความรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านตรวจรักษาผู้ป่วย บริการสาธารณสุข จะต้องเพิ่มงานในหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น โดยคำนึงถึงงานที่ไวต่อการตอบสนองความต้องการของ ปัจเจกบุคคลและชุมชน ต้องการไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น และเปิดช่องทางความร่วมมือระหว่าง องค์กร ภาคสุขภาพกับองค์กรอื่นๆ ทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ ให้กว้างขึ้น การปรับบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีรากฐานความใส่ใจในเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการศึกษาและฝึกอบรมในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงาน ดังกล่าวนี้น่าจะไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและการจัดบริการสาธารณสุขจะเน้นหนักความต้องการ เบ็ดเสร็จของปัจเจกบุคคลในฐานะเป็นคนทั้งคน โดยสมบูรณ์

จากแนวคิดดังกล่าว ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกกิจกรรมให้ ประสบผลสำเร็จและเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ ความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ คิด วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก และกำหนดแนวทางตามศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้คนทุกคนและชุมชน จะต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นคนสามารถคิด วิเคราะห์ เลือก ตัดสินใจและลงมือทำเอง โดยการ สนับสนุนชี้แนะ และการสนับสนุนทางสังคมเสริมสร้างพลัง เพิ่มความสามารถ และการใกล้ชิด ผลประโยชน์ทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยบุคลากรที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ การเพิ่มพูน ความสามารถของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมของชุมชน

นั้น มีผลกระทบต่อร่างกาย การงาน ครอบครัว และบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อการเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Becker, 1977, p.84 อ้างใน มยุรา วิวรรณะเดช, 2546) ซึ่ง มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บปวด บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บปวด คือ

- 1) ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลย
- 2) ใช้ยารักษาตนเอง
- 3) การรักษาโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา และ
- 4) การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข

5. แนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้นชื่อของ Rosenstock (1996) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life Space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive Valence) แรงด้านลบ (Negative Valence) และส่วนกลาง (Relative Neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือ ส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ๆ Lewin และคณะได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ 2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ (Maiman and Becker, 1977 ; Mikhail, 1981, อ้างใน มยุรา วิวรรณะเดช, 2546)

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เบคเกอร์และคณะ (Becker et.al, 1977, อ้างใน มยุรา วิวรรณะเดช, 2546) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและ

สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ คือ

5.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

5.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

5.3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่หามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ใน

ขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

5.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and Concern about Health Matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยพบว่า มารดาของเด็กป่วยมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้วัดสำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดาในกลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด สม่ำเสมอกว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว (Becker, 1977, อ้างใน มยุรา วิวรรณะเดช, 2546)

5.5 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำเกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น ความไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ในตัวของบุคคลนั้นเองหรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากกระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อ หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นที่ยอมรับและถูกนำมาเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Behavior) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role Behavior)

เบคเกอร์ (Becker) ได้พัฒนาแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นกับความเชื่อใน 3 ด้าน (Green 1980:72, อ้างใน มยุรา วิวรรณะเดช, 2546)

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านความเจ็บปวด ทรมาณการเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่า จะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

โดยสรุป เบคเกอร์ (Becker) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นนอกจากแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของชาวบ้านบ้านสันดินแดงต่อไป

6. กระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

เกษม นครเขตต์, 2544 (อ้างใน นิมอนงค์ งามประภาสม, 2549) ได้สังเคราะห์กระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการทางปัญญา (Advocacy & Empowerment)

กระบวนการทางปัญญา คือ กระบวนการที่มุ่งเสริมสร้างพลังปัญญา (Empowerment) ให้แก่บุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในองค์กรหรือชุมชน เพื่อให้ทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ นั่นคือ ให้ปรับความคิดเรื่องสุขภาพไปสู่ความเห็น (ทิวทัศน์) ว่า สุขภาพคือ “สุขภาวะ” หรือภาวะที่เป็นสุข มิใช่ “การรักษาโรค” เพียงเพื่อให้หลุดพ้นจากภาวะที่เป็นทุกข์เท่านั้น เหตุที่ต้องปรับเปลี่ยนความคิดเช่นนี้เพราะปัจจุบันบุคคลถูกระบบบริการทางสุขภาพสอนให้เรียนรู้ว่าสุขภาพคือ การกลับสู่ภาวะหลังจากได้รับการรักษาเยียวยาจนโรคภัยไข้เจ็บหายไป แต่บุคคลไม่ได้เรียนรู้ว่า สุขภาพที่แท้จริงคือภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคภัยไข้เจ็บด้วยประการทั้งปวง และตนเองสามารถควบคุมให้ดำรงอยู่ในภาวะดังกล่าวได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลภายนอก

โดยไม่จำเป็น ฉะนั้นกระบวนการสร้างเสริมพลังปัญญาในที่นี้เรียกว่า “กระบวนการทางปัญญา” จึงเป็นขั้นตอนแรกที่ต้องดำเนินการก่อนซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์บริบท (Context Analysis) คือ การศึกษาบริบทของพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการ ทรัพยากร และศักยภาพในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือประเด็นที่ต้องนำมาสู่การพิจารณาเพื่อดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์โดยใช้ยุทธศาสตร์การชี้แนะชี้นำ (Advocacy) คือ การนำ Stakeholder แต่ละกลุ่มมาร่วมเวทีเพื่อปรับแนวคิดด้านสุขภาพ และกระบวนการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1.3 การตรวจสอบแนวคิด เป็นขั้นตอนเพื่อตรวจสอบว่าทุกฝ่ายที่เข้าร่วมเวทีปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์มีความเข้าใจตรงกันในด้านความหมายและความสำคัญของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสอบ อาจทำโดยการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 1.4 การมองอนาคต เป็นขั้นตอนที่จัดให้ Stakeholder ร่วมกันระดมสมองเพื่อความเข้าใจอดีตและปัจจุบันของ Setting พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ในอนาคตว่าต้องการให้เป็นอย่างไร ในขั้นนี้อาจใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม AIC, FSC (Future Search Conference) หรือการมองปัญหาแบบอริยสัจสี่ คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค

การได้มาซึ่งปัญหานี้เป็นขั้นตอนที่ยาก เนื่องจากความคิดเห็นและความต้องการของบุคคลต่างกัน ความต้องการการช่วยเหลือของแต่ละคนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ทั้งนั้นจะต้องมีการยอมรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน มีการพิจารณาใคร่ครวญตามไป เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกที่ดี มีเมตตาต่อกัน เกิดพลังร่วมและความรู้สึกเป็นเครือข่าย มีพลังในการอยากร่วมพัฒนา (ประเวศ วัชรสี, 2540)

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการบริหาร (Administration)

กระบวนการบริหาร คือ ขั้นตอนที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมอง เพื่อกำหนดวิสัยของ Setting มาเป็นข้อมูลนำใช้ในการตัดสินใจเพื่อดำเนินการในขั้นตอนย่อย ๆ ต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 2.1 การกำหนดนโยบายในขั้นนี้จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน พร้อมทั้งกรรมการที่ปรึกษาขึ้น และคณะกรรมการทั้งสองชุดจะร่วมกันกำหนดนโยบาย Setting ที่เอื้อต่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยนำข้อมูลที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ก่อนหน้านี้มาเป็นฐานการกำหนดนโยบายดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 2.2 การกำหนดแผนงาน คณะกรรมการดำเนินงาน กำหนดแผนงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของ Setting ขึ้นโดยยึดยุทธศาสตร์ 5 ประการ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้แก่

1. แผนงานด้านนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของ Stakeholder
2. แผนงานจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริม ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม
3. แผนงานเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน เพื่อสร้างประชาคมส่งเสริมสุขภาพ
4. แผนงานสร้างเสริมทักษะในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
5. แผนงานปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพจากการบริการ “ซ่อมสุขภาพ” มาเป็นบริการเพื่อ “สร้างเสริมสุขภาพ” ให้แก่บุคคล และกลุ่มบุคคลใน Setting

ขั้นตอนที่ 2.3 การจัดทำโครงการ คณะกรรมการดำเนินงานจัดทำโครงการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยสอดคล้องกับแผนงานที่กำหนดขึ้นตามยุทธศาสตร์ 5 ประการ ตามกฎบัตรรอดตายดังกล่าวแต่ละแผนงานตามลำดับดังนี้

- โครงการประชาพิจารณ์นโยบาย และแผนงานส่งเสริมสุขภาพของ Setting
- โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพใน Setting ให้สะอาดสวยงาม
- โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกระบวนการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ของ Stakeholder

- โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- โครงการบริการสุขภาพเชิงรุก

ขั้นตอนที่ 2.4 การดำเนินกิจกรรม ขั้นนี้มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดภายใต้โครงการดังกล่าว รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการดำเนินกิจกรรม ตัวอย่างกิจกรรมภายใต้โครงการข้างต้น

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการจัดการ (Management)

กระบวนการจัดการ คือ การนำเอาแผนงานและโครงการที่กำหนดขึ้นลงสู่การปฏิบัติ (Implementation) ซึ่งแท้จริงกระบวนการจัดการคือ การจัดดำเนินการตามวงจรต่อไปนี้คือ

ขั้นตอนที่ 3.1 การกำหนดแผนงาน (Plan) ซึ่งเป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2.2 คือ การกำหนดแผนงานส่งเสริมสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 ประการ

ขั้นตอนที่ 3.2 การนำแผนงานลงสู่การปฏิบัติ (Do) ซึ่งปรากฏออกมาเป็นกิจกรรมเฉพาะต่าง ๆ ดังกล่าวในขั้นตอนที่ 2.4

ขั้นตอนที่ 3.3 การติดตามตรวจสอบ (Check) เพื่อตรวจสอบว่าผลของการจัดกิจกรรมส่งผลอย่างไรบ้างต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมและต่อ Setting ในภาพรวม ทั้งนี้จะทำการตรวจสอบเพื่อดูผลลัพธ์รวม (Outcome) ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ (Output) ผลที่เกิดต่อกลุ่มเป้าหมาย (Effect) และผลกระทบต่อองค์กร หรือชุมชน

ขั้นตอนที่ 3.4 การปรับปรุงแก้ไข (Action) เมื่อตรวจสอบพบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการใน Setting นั้นๆ ไม่ส่งผลเป็นที่น่าพอใจ หรือล้มเหลวจนไม่สามารถก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพแก่ Stakeholder ได้ จะต้องทำการตรวจสอบย้อนกลับ ไปดูโครงการและแผนงานและทำการปรับปรุงแผนงาน แล้วจึงนำไปสู่การจัดโครงการและออกแบบกิจกรรมใหม่ แล้วนำกิจกรรมลงสู่การปฏิบัติใหม่เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป

ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมาสรุป และปรับเปลี่ยนให้มีความกระชับ และเหมาะสม เพื่อใช้สำหรับการทำวิจัยเรื่องกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอูจาระร่วงของชุมชนบ้านสันดินแดง ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจะประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การปรับกระบวนการทัศน์ เป็นการนำกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีผลประโยชน์ต่อกันในแต่ละกลุ่มมาร่วมเวทีเพื่อปรับแนวคิดด้านสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจใหม่ในเรื่องสุขภาพไปสู่เป้าหมายร่วมกัน คือ การทำให้เกิดสุขภาพที่เป็นสุขพ้นจากความทุกข์

2. การวิเคราะห์ปัญหาโรคอูจาระร่วง เป็นการนำปัญหามาจัดลำดับความสำคัญ หรือการนำประเด็นมาสู่การพิจารณาเพื่อการดำเนินงานในการสร้างเสริมสุขภาพ

3. การกำหนดแผนงานโครงการ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมอง เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์มาเป็นฐานการกำหนดคน นโยบาย มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพร้อมทั้งกรรมการที่ปรึกษาเพื่อร่วมกำหนดคน นโยบาย

4. การนำแผนงานโครงการไปปฏิบัติ เป็นการดำเนินงานตามแผนงานในรูปแบบของกิจกรรมหรือโครงการ และลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามที่ได้กำหนดไว้

5. การติดตามผล เป็นการตรวจสอบในกิจกรรมหรือโครงการการดำเนินงานเป็นไปตามที่กำหนดหรือแนวทางเดียวกันหรือไม่ มีความสำเร็จมากน้อยเพียงใด เป็นที่น่าพอใจหรือล้มเหลวจากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุง พัฒนาแก้ไขปรับแผนดำเนินงานใหม่ เพื่อผลที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนต่อไป

ดังนั้นกระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้บุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องสุขภาพให้หลุดพ้นจากระบบบริการทางสุขภาพและสามารถดูแลป้องกันตนเองให้ดำรงอยู่ได้อย่างเข้มแข็ง โดยไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลภายนอก ร่วมมือกันในการระดมปัญหา เพื่อทราบถึงความต้องการ ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน และนำไปสู่การวางแผนโครงการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยสอดคล้องกับแผนงานตามยุทธศาสตร์ 5 ประการ ตามกฎบัตรรอดตาว่า และมี การกำหนดผู้รับผิดชอบ โครงการพร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการดำเนินกิจกรรม

โครงการที่ได้กำหนดขึ้นจะต้องลงมือสู่การปฏิบัติ โดยการนำเอาแผนโครงการซึ่งได้กำหนดภายใต้ ยุทธศาสตร์ 5 ประการ ซึ่งได้ปรากฏออกมาเป็นกิจกรรมเฉพาะต่าง ๆ ลงสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ต้องมีการ ประเมินตรวจสอบผลของการจัดกิจกรรมส่งผลอย่างไรกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม หากพบปัญหาหรือผล ที่ได้รับไม่เป็นที่น่าพอใจ จะต้องทำการตรวจสอบย้อนกลับไปดูแผนโครงการเพื่อทำการปรับปรุง

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยผู้วิจัยได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา แบ่งแยกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคอุจจาระร่วง ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้มาก ทั้งสาเหตุการเกิด โรค ตลอดจนถึงการดูแลรักษาโรคอุจจาระร่วง เช่น ที่จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการเฝ้าระวังและ วิเคราะห์หาสาเหตุของตัวเชื้อโรค จากอุจจาระตัวอย่างของเด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วง และเด็กปกติ พบว่าเป็นเชื้อ อีโคไล (E.coli) ชนิดเอนเทอโรท็อกซิกจีนิก อีโคไล (Enterotoxigenic E.coli) มาก ที่สุดร้อยละ 36 และพบว่ามีผู้ป่วยเกิดขึ้นตลอดปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูหนาวและ ร้อน คือประมาณเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน (เพทาย แม้นสุวรรณ และคณะ, 2527:1) และ การศึกษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครพบว่า โรคอุจจาระร่วงที่ได้รับรายงานจะมีจำนวน เพิ่มขึ้นในฤดูหนาวและฤดูร้อน โดยเชื้อไวรัส และ อีโคไล พบได้บ่อยมากในเด็ก โรคอุจจาระร่วงที่ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย พบได้บ่อยในฤดูร้อนขณะที่เชื้อไวรัสพบได้บ่อยในฤดูหนาว (สมศักดิ์ โล่ห์ เลขา และสันติสุข วิบูลย์จิตยกิจ, 2528:45)

สำหรับอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง จากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วง ใน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 4,265 คน ใน 19 จังหวัดของประเทศไทย พบว่าเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระ ร่วง 1.5 ครั้งต่อคนต่อปี อุบัติการณ์ในเด็กที่อยู่ในชุมชนเมือง เฉลี่ยร้อยละ 7.6 ต่ำกว่าเด็กที่อยู่ใน ชุมชนชนบท ร้อยละ 11.6 และสูงสุดในทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งทารกที่อยู่ในเมือง ก็ร้อยละ 20.5 และในชนบทร้อยละ 21.4 (Porapakham, et al., 1985:24) การเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วง ที่จังหวัด อุบลราชธานี พบว่า อัตราป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นร้อยละ 44.4 ต่อประชากรทั่วไปต่อปี และ พบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มเด็กต่ำกว่า 2 ปี ร้อยละ 50.7 และกลุ่มเด็กอายุ 2-4 ปี มีร้อยละ 30 (เพทาย แม้นสุวรรณ และคณะ, 2527:10) สำหรับในชุมชนกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กในชุมชนแออัดที่มี อายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดโรคอุจจาระร่วง 1.5 ครั้งต่อปี คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 5.6 (Vathanophas, et al., 1986:156) การศึกษาผลกระทบของงานสาธารณสุขมูลฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในแง่อัตราการป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากโรคอุจจาระร่วง ในหมู่บ้านพัฒนาและเร่งรัดพัฒนา

ของจังหวัดลำปาง สตุล ศรีสะเกษ และระยอง เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า อุบัติการณ์ของโรค อูจจาระร่วง ในหมู่บ้านพัฒนาต่ำกว่าหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 21.6 และ 28.2 ตามลำดับ (ชุมชน พรหมชาติแก้ว และคณะ, 2531 :60) เฉพาะในอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปางจากการ สัมภาษณ์มารดาเด็กอายุ 0-4 ปี จำนวน 280 คน ถึงการป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วง ของเด็กใน ระยะเวลา 3 เดือนพบอุบัติการณ์ของโรคร้อยละ 30 และพบว่าอุบัติการณ์ในกลุ่มอายุแรกเกิดถึง 24 เดือน มีถึงร้อยละ 61.9 สูงกว่าในกลุ่มอายุ 24 เดือนขึ้นไป ซึ่งมีร้อยละ 38.1 (ภาณี วิภาศรีนิมิต, 2534 : 47)

ด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอูจจาระร่วง ได้มีการศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 466 ราย ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเกี่ยวกับผู้เลี้ยงเด็ก ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็ก และปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของครัวเรือนและ ชุมชน โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุดคือ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้เลี้ยงเด็ก รองลงมาได้แก่ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็ก สำหรับปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น การสุขาภิบาลครัวเรือน การกำจัดขยะมูลฝอย อูจจาระ และสิ่งปฏิกูล ซึ่งมีสภาพคล้ายกันทั้งชุมชน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอูจจาระร่วง น้อยมากในการศึกษานี้ (วัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2534 : 36-37)

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยผู้เลี้ยงดูเด็ก ในด้านสังคม และเศรษฐกิจ เช่น อาชีพ การศึกษาของ มารดา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งในการป้องกัน โรคอูจจาระร่วง จากการศึกษาในทารก อายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ป่วยเป็นโรคท้องร่วง ซึ่งมารับบริการที่ โรงพยาบาลเด็ก เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นทารกของคลินิกเด็กดี พบว่า การศึกษาของบิดา มารดา รายได้ของครอบครัว ของทารกที่ป่วยโรคอูจจาระร่วง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนขนาดของ ครอบครัวทารกโรคอูจจาระร่วง พบว่า มีลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม (เพ็ญศรี พิชัยสนิธ, 2527:152) และการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 386 ราย พบว่ามารดาที่รายได้ครัวเรือนน้อยกว่าหนึ่งหมื่นบาท มีพฤติกรรมการป้องกัน โรคอูจจาระร่วง น้อย กว่ามารดาที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีมากกว่าหนึ่งหมื่นบาทขึ้นไป และมารดาที่มีอาชีพเกษตรกรรมมี พฤติกรรมการป้องกัน โรคอูจจาระร่วง น้อยกว่ามารดาที่ไม่ใช่อาชีพเกษตรกรรม (สมทรง ศุภศิลป์ และคณะ, 2531:14)

ในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนของมารดา เกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วง ได้มีผู้ทำการศึกษาในมารดาที่พาบุตรมาตรวจด้วยโรคอูจจาระร่วงที่โรงพยาบาลเด็ก จำนวน 300 ราย พบว่ามารดาทั้งหมดเคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการเลี้ยงทารกด้วยนม แม่ ร้อยละ 90.5 แต่ในทางปฏิบัติมีมารดาร้อยละ 30 เท่านั้นที่ให้ผู้ป่วยกินนมแม่อย่างเดียว และมี

มารดาเพียงร้อยละ 32.2 ที่ทำความสะอาดขูดนมด้วยวิธีที่ถูกต้อง สำหรับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง มารดาร้อยละ 40.9 คิดว่าการยึดตัว หรือเปลี่ยนอิริยาบถ เป็นสาเหตุของโรค (วนิดา สุทธิวรรณ, 2530:132) เช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ในมารดาที่บุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ป่วยเป็นโรคท้องร่วงจำนวน 55 ราย พบว่า มารดาหนึ่งในสามคิดว่าเกิดจาก ฟันขึ้น หรือเปลี่ยนท่า (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์, 2521:165) และที่ชนบทจังหวัดอยุธยา เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์มารดา หรือผู้เลี้ยงเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับความเชื่อในการเกิดโรคอุจจาระร่วง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อพื้นบ้านที่ว่าอาการ โรคท้องร่วงที่ชาวบ้านเรียกว่า “ถ่ายตัว” ไม่ใช่โรค เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการเจริญเติบโต (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2533:364-365)

สำหรับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่าการปฏิบัติของมารดา เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การใช้ช้อนตักอาหารเข้าปาก การล้างผักดิบก่อนนำมารับประทาน การปกปิดอาหารกันแมลงวันตอม การล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ มีผลทำให้การเกิดโรคอุจจาระร่วง ในเด็กต่ำลง แต่พฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการป้องกันโรค ได้แก่ การหยิบอาหารเข้าปาก การป้อนอาหารทารกด้วยมือ (Vathanophas, et al., 1986:156 ; สมทรง ศุภศิลป์ และคณะ, 2531:20) เกี่ยวกับพฤติกรรมการล้างมือนี้ มีการศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรท้องร่วง ในเรื่องการล้างมือหลังสัมผัสอุจจาระของบุตรกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 300 ราย พบว่ามารดาส่วนใหญ่ล้างมือหรือฟอกสบู่ให้สะอาดเป็นบางครั้ง ร้อยละ 79.3 และล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งมีเพียงร้อยละ 19.3 เท่านั้น (อังคณา จิราจินต์, 2530:107) ซึ่งในเรื่องประสิทธิภาพผลของการล้างมือเพื่อลดอุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วง ได้มีการศึกษา โดยใช้วิธีตรวจสอบการล้างมือโดยคว่ำสบู่ถูกใช้หรือไม่ พบว่า การล้างมือสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง ชนิดบิดได้ (Sircar, et al., 1985:170)

การปฏิบัติในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับว่าเป็นการให้ภูมิคุ้มกันแก่ลูกในการป้องกันโรคและลดการเกิดโรคอุจจาระร่วง การศึกษาในมารดาของทารกอายุแรกเกิดถึง 3 เดือน ซึ่งป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และเข้ารับการรักษาครั้งแรกใน โรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 432 คน พบว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดา มีจำนวนครั้งของการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง น้อยกว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม และพบว่าการทำความสะอาดขูดนมและจุนนมที่ถูกต้องด้วยการล้างแล้วต้มหรือหนึ่ง และการทำความสะอาดเต้านมมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารก (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2522:124)

การปฏิบัติในเรื่องของการขับถ่าย และการกำจัดอุจจาระ มีการศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรท้องร่วงในเรื่องการเทน้ำที่ล้างหรือซักผ้าเปื้อนอุจจาระบุตร ผลการศึกษาค้นคว้า

พบว่า เทล่งพื้นห้องน้ำ และใช้น้ำราดลงท่อน้ำทิ้ง หรือท่อระบายน้ำ ร้อยละ 44 รองลงมาคือเทล่งใต้
 ฐานบ้าน แม่น้ำลำคลอง ร้อยละ 34 และเทล่งส้วม มีเพียงร้อยละ 22 (อังคณา จิราจินต์, 2530:106)
 และจากการสังเกตมารดาของเด็กที่บ้าน เกี่ยวกับการถ่ายและการกำจัดอุจจาระของเด็กอายุต่ำกว่า 2
 ปี จำนวน 51 คน พบว่า เป็นไปหลายลักษณะ เช่นถ่ายลงในกระโถนเทล่งส้วม เอากระดาษรองเวลา
 ถ่าย ถ่ายใส่ผ้าอ้อม หรือเด็กบางรายไม่มีผู้เลี้ยงดูใกล้ชิด ในบางครั้งถ่ายเรี่ยราดทั่วไป มารดาบางคน
 ให้เด็กถ่ายผ่านร่องลงใต้ฐานบ้าน การทำความสะอาดส่วนใหญ่ใช้น้ำล้างอย่างเดียว ซึ่งพฤติกรรม
 เหล่านี้เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคจากอุจจาระเด็กอย่างยิ่ง (จินตนา งามวิทยาพงศ์, 2530:98)

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของพฤติกรรมอนามัยของ
 ประชาชน โดยศึกษาในหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยโรคท้องร่วงสูงและหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยโรคอุจจาระ
 ร่วง ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า หมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง สูงมีพฤติกรรมในการ
 ป้องกันโรคอุจจาระร่วง เกี่ยวกับการใช้แหล่งน้ำสะอาด การปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม การปรุงอาหาร
 การใช้ส้วมและการกำจัดน้ำโสโครก ต่ำกว่าประชาชนในหมู่บ้านซึ่งมีอัตราป่วยโรคอุจจาระต่ำ
 (สิทธิพันธ์ ไชยพันธ์ และคณะ, 2531:17)

การศึกษาในเรื่องผลกระทบของงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัย
 ประชาชน ในหมู่บ้านพัฒนาและหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนา โดยเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ
 ทางด้านสาธารณสุขของมารดาต่อปัญหาโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่ามารดาใน
 หมู่บ้านพัฒนามีความรู้และเจตคติสูงกว่าหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนา ส่วนการปฏิบัติที่เกี่ยวกับโรค
 อุจจาระร่วง ของมารดาในเรื่องการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังถ่ายอุจจาระ การให้
 อาหารขณะเด็กป่วย และหลังเด็กหายป่วย การปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม และสถานที่ถ่ายอุจจาระ
 พบว่าในหมู่บ้านพัฒนามีแนวโน้มดีกว่าหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนา และพบว่า ปัจจัยด้านการสาธารณสุข
 มูลฐานมีส่วนทำให้ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาต่อปัญหาที่เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
 ในเด็กดีขึ้น (ชมนุม พรหมชาติแก้ว และคณะ, 2531:60-61) ที่บังคลาเทศมีการศึกษาเปรียบเทียบ
 พฤติกรรมมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และกลุ่มควบคุม ในโครงการพัฒนาพฤติกรรมอนามัยเพื่อลด
 อัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง พบว่า การให้สุขศึกษาอย่างง่าย ๆ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม
 ในการผลิตสื่อ และเอกสารที่เหมาะสม กับวัฒนธรรมท้องถิ่น สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการ
 ล้างมือ การดูแลด้านสุขาภิบาลและการกำจัดอุจจาระเด็ก สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง
 ได้ (Clemens & Staton, 1987:284)

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

จूरรัตน์ ลอยมี (2548) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพบ้านแม่กำปอง กิ่งอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ในการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาศักยภาพของชุมชนบ้านแม่กำปองในการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ มีผลทำให้ชุมชนนักปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน มีความสามารถวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของชุมชน สามารถวางแผนพัฒนา โครงการเพื่อพัฒนาชุมชนให้เป็นหมู่บ้านสุขภาพดี และมีการเสนอโครงการเข้ารับการสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งต่าง ๆ

ทรงศักดิ์ มีชัย (2544) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ บ้านป่าขามตำบลเวียงใต้ อำเภอป่าจ้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านพื้นฐานการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในชมรมบ้านป่าขามนั้น ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและเต็มใจส่วนรูปแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุ จะมีส่วนร่วมโดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของชมรม และมีส่วนร่วมโดยอ้อมในกิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น การดำเนินงานของชมรมเน้นให้เกิดอิสระในการดำเนินกิจกรรมและสมาชิกมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งเงื่อนไขและปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในชมรม คือลักษณะ โครงการที่มีรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมที่ง่ายไม่ซับซ้อน มีประโยชน์ตอบแทนจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอกและภายในชมรมผู้สูงอายุ

พิทยา สายนำทาน (2540) ได้ศึกษากระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในชุมชนพื้นที่สูง ได้เลือกศึกษาหมู่บ้านปู้เห็งสาม ตำบลทุ่งข้าวพาง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของสมาชิกชุมชนปู้เห็งสาม เป็นการถ่ายทอดจากระบบครอบครัว เครื่องญาติกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของสมาชิกชุมชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของสมาชิกชุมชนเป็นอย่างมาก จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไปในทางที่ดี ส่งผลต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของสมาชิกชุมชนปู้เห็งสาม

พุดฉินันท์ สุฤทธิ (2546) ได้ศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านเขี้ยว อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า กระบวนการในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การปรับกระบวนการทัศนผู้สูงอายุหรือทุกข์โดยใช้ยุทธศาสตร์ของการสร้างกระแสให้เกิดพลังการตื่นตัว ยุทธศาสตร์การชี้แนะ ยุทธศาสตร์การสุศึกษาประชาสัมพันธ์
2. การวิเคราะห์ปัญหาทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือสมุทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหา

3. การสร้างความฝันและความต้องการทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหรือนิโรธ ในนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดภาพฝันและความต้องการที่จะพัฒนางานทางด้านการสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

4. การวางแผนและการกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือมรรคมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งการกำหนดรายละเอียดโครงการที่จะดำเนินงานในอนาคต

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วม

บงการ ชัยชาญ (2546) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านคง พบการมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ ในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ส่วนบ้านขุนงามเมือง ไม่พบการคิด ตัดสินใจดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบแต่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมและร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งเหตุผลในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญและเป็นที่ยอมรับของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมนี้ ที่สำคัญความตระหนักว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของตนเองและชุมชน รวมทั้งปัจจัยทางการสื่อสารของคนในชุมชนลักษณะทางสังคมที่เป็นวัฒนธรรมชนบท ประชาชนมีความผูกพันและให้ความสำคัญกับชุมชนและจะเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเสมอ

เสาวนีย์ สีสองสม (2541) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกิ้วพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า ในชุมชนบ้านกิ้วพร้าวนั้น ไม่พบการมีส่วนร่วมในระดับของการคิดตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม, การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผล แต่พบระดับของการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น สำหรับปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมในโครงการนี้ที่สำคัญได้แก่ ความเชื่อถือศรัทธาในผู้นำชุมชน, ประชาชนเห็นว่าจะจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ และลักษณะทางสังคมส่วนที่ทำให้โครงการมีความต่อเนื่อง คือ วัฒนธรรมชนบท ที่ประชาชนมีความผูกพันกันและให้ความสำคัญกับชุมชน ดังนั้นประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านอยู่เสมอ

พิณทรา ไชยคำ (2543) ได้ศึกษาเงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน รวมทั้งกลไกและวิธีการที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. เงื่อนไขและปัจจัย ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ได้แก่

1) ความตระหนักของชุมชนต่อความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีนที่จะมีผลต่อสุขภาพและสติปัญญาของบุตรหลาน 2) ความพร้อมของชุมชนที่มีวัฒนธรรมการพึ่งพา ความเป็นเครือญาติและประสพการณ์ในการดำเนินการขององค์กรชุมชน 3) ผลประโยชน์ที่ได้รับ คือ การลดอัตราการขาดสารไอโอดีนในชุมชน และ 4) การสนับสนุนจากภายนอกชุมชน โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข

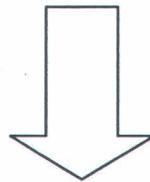
2. กลไกและวิธีการที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน อาทิ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและองค์กรที่ให้การสนับสนุน หน่วยงานของรัฐ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข และ โรงเรียน กลไกเหล่านี้ใช้วิธีการปรึกษาหารือ การไปศึกษาดูงาน การสาธิต และการให้ความรู้แก่ชาวบ้านและนักเรียนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

กระบวนการในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การปรับกระบวนการทัศน์
2. การวิเคราะห์ปัญหาโรคอูจจาระร่วง
3. การกำหนดแผนงาน โครงการ
4. การนำแผนงาน โครงการ ไปปฏิบัติ
5. การติดตามผล



ผลจากการดำเนินกิจกรรมกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ

- การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็น โรคอูจจาระร่วง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคอูจจาระร่วง
- พฤติกรรมการป้องกัน โรคอูจจาระร่วง