ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแล ในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2549
ISBN 974-14-3416-2
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE DIARRHEA PREVENTIVE BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM FOR CHILD CAREGIVERS IN DAY CARES

Miss Penthira Nakthongkhong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2006

ISBN 974-14-3416-2

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน
โดย	นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพ็ญธิรา นาคทองคง : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (THE EFFECT OF THE DIARRHEA PREVENTIVE BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM FOR CHILD CAREGIVERS IN DAY CARES) อ. ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 147 หน้า. ISBN 974-14-3416-2

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันจำนวน 66 คน เป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน โดยกิจกรรมประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อยและการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมมีน้อย รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถสูงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวและเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และมีความรู้สึกในทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANCOVA โดยมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กภายหลังการทดลองสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777601736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM / DIARRHEA PREVENTIVE BEHAVIOR IN CHILD / CAREGIVERS / DAY CARES

PENTHIRA NAKTHONGKHONG : THE EFFECT OF THE DIARRHEA PREVENTIVE BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM FOR CHILD CAREGIVERS IN DAY CARES. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. WARAPORN CHAIYAWAT. Ph.D., 147 pp.

ISBN 974-14-3416-2

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of the diarrhea preventive behavior promoting program for child caregivers in day cares. Subjects were composed of 66 caregivers working in day cares. Thirty two subjects were in the experimental group, and 24 subjects were in the control group. The experimental group received the diarrhea preventive behavior promoting program which consisted of a small group discussion, and experimental and application. This program aimed to increase the perceived benefits and perceived self-efficacy, to decrease the perceived barriers, and to create positive affects toward the diarrhea preventive behavior. The diarrhea preventive behavior of caregivers were measured twice, before and after receiving the program, by the diarrhea preventive behavior of caregivers questionnaire developed by the researcher. Data were analyzed by ANCOVA with pre-test scores as covariate variable.

It was found that caregivers receiving the diarrhea preventive behavior promoting program had higher scores on diarrhea preventive behavior then those of the caregivers receiving routine diarrhea preventive behavior promoting, at the level of .05.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of Study :.....Nursing Science..... Student's Signature : Penthira Nakthongkhong

Academic Year :.....2006..... Advisor's Signature : Waraporn Chaiyawat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเอาใจใส่อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิด ชี้แนะแนวทาง และให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ประสิทธ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิด และแนวทางที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี ในอำเภอไชยา และอำเภอกาญจนดิษฐ์ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยและขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ทุกคนที่ได้ให้กำลังใจ และช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณมารดาที่เป็นแรงกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนในการศึกษา ใฝ่หาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ทั้งยังคอยห่วงใย ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วง และให้กำลังใจมาโดยตลอด

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ

กิตติกรรมประกาศ.....ฉ

สารบัญ.....ช

สารบัญตาราง.....ฌ

สารบัญแผนภูมิ.....ญ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1

วัตถุประสงค์การวิจัย.....5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....6

ขอบเขตการวิจัย.....8

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....9

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....10

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี.....11

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก.....17

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....23

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์.....31

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก.....35

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก.....38

3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....45

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....46

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....53

หน้า

บทที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....53
การหาความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....55
การหาความตรงของเครื่องมือกำกับการทดลอง.....57
การหาความเที่ยงของเครื่องมือกำกับการทดลอง.....58
การหาความตรงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....61
การหาความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....61
วิธีดำเนินการทดลอง.....65
การกำกับการทดลอง.....71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....72

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....73

5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย.....78
อภิปรายผลการวิจัย.....78
ข้อเสนอแนะ.....90

รายการอ้างอิง.....91

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....104
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย.....105
ภาคผนวก ค ใบยินยอม และข้อมูลสำหรับผู้ดูแล.....141
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....145

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 147

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1 รายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในกลุ่มควบคุม....47
2 รายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในกลุ่มทดลอง....48
3 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง....49
4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง....52
5 ตารางการจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน....64
6 ขั้นตอนดำเนินการทดลองในช่วงที่ 1....66
7 ขั้นตอนดำเนินการทดลองในช่วงที่ 2....69
8 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม....74
9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง....75
10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม....75

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่

1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....23
2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....44
3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....62

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เจ็บป่วยและตายมากที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก (WHO, 1995) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย จากรายงานของกองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กสูงที่สุดและมีอัตราตายเป็นอันดับที่สองในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (สุพร ตรีพงษ์กรุณา และสุกัญญา จงถาวรสถิตย์, 2544) ปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ยังคงมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด ในปี พ.ศ.2548 พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีจำนวน 362,622 ราย คิดเป็นร้อยละ 33 ของจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด (กองระบาดวิทยา, 2549) เมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จะมีการเสียสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากอาการถ่ายเหลว อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยอ่อนเพลีย ร่างกายมีการขาดน้ำและเกลือแร่ มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กตามมา ถ้าอาการอุจจาระร่วงมากขึ้น มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ขั้นรุนแรงจนกระทั่งทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้เด็กเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและอาจถึงเสียชีวิตได้ (กมลวัน ดิษยบุตร, 2542; Jalil, 1997)

โรคอุจจาระร่วงนอกจากจะเกิดผลเสียโดยตรงกับเด็กแล้ว การเจ็บป่วยของเด็กยังส่งผลกระทบถึงบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียเวลาและรายได้จากการที่ต้องมาดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มภาระแก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องติดตามเฝ้าระวังอาการขาดน้ำของเด็กอย่างใกล้ชิด และต้องป้อนสารละลายน้ำเกลือแร่เพื่อทดแทนสารน้ำที่เสียไป ต้องรักษาความสะอาดของก้นเด็กหลังขับถ่าย รวมถึงสังเกตุลักษณะ สี จำนวนครั้งที่ถ่ายอุจจาระ กำจัดอุจจาระ และดูแลความไม่สุขสบายอื่นๆ เช่น มีไข้ ปวดท้อง เป็นต้น นอกจากนี้การที่เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติทั้งในแง่ที่ต้องเสียงบประมาณไปในการรักษาและในแง่ของการสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงอีกด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2545) ต้องเสียเงินเป็นค่าตรวจเยี่ยมของแพทย์ รวมทั้งค่ารักษาในโรงพยาบาล (Hardy, Lairson & Morrow, 1994) และอาจเกิดการแพร่เชื้อสู่สมาชิกในครอบครัวได้ และหากเด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

เด็กอาจแพร่เชื้อให้กับเด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันแห่งเดียวกันรวมถึงบุคลากรในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันและชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ได้อีกด้วย (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย, 2541) เช่น การเกิดการระบาดของเชื้ออีโคไล (E.coli) ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันประเทศเยอรมัน ส่งผลให้เด็ก 39 คนที่ติดเชื้อนี้มีอาการท้องร่วงรุนแรง (Reida, 1994)

สภาพสังคมในปัจจุบัน มารดามีแนวโน้มต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยครอบครัวหารายได้ ดังการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่มีบุตรอายุน้อยต้องออกไปทำงานนอกบ้านและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้น (Pickering & Hadler, 1992) สำหรับในประเทศไทยก็เช่นกัน ลักษณะสังคมเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมเกษตรอุตสาหกรรมมากขึ้น ประกอบกับความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้ผู้หญิงที่มีครอบครัวแล้วจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้นเพื่อหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว (จันทรนิวัฒน์ เกษมสันต์ ณ อยุธยา,และคณะ, 2531) ผู้หญิงเหล่านี้เมื่อมีบุตรอยู่ในวัยทารกและวัยหัดเดินจึงไม่สามารถให้การดูแลบุตรด้วยตนเองได้ จำเป็นต้องหาผู้เลี้ยงดูบุตรแทนอาจเป็นญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือจ้างพี่เลี้ยงมาดูแลเด็กที่บ้าน แต่ถ้าไม่มีบุคคลเหล่านี้หรือหาพี่เลี้ยงที่มีคุณภาพไม่ได้ จำเป็นต้องให้บุตรไปอยู่สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน (Aronson & Osterholm, 1986)

เด็กที่ได้รับการดูแลในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน Wald et al. (1988) โดยพบว่าเด็กที่ได้รับการดูแลในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันมีการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.1 ครั้งต่อปี และในแต่ละปีเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันจะเจ็บป่วยโดยเฉลี่ยนานถึง 96 วัน สูงกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลที่บ้านซึ่งป่วยเพียง 4.7 ครั้งต่อปี และเจ็บป่วยเฉลี่ย 41 วันต่อปี ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยแต่ละครั้งสำหรับเด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันนาน 8.9 วัน ซึ่งมากกว่าเด็กที่อยู่ที่บ้าน ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแต่ละครั้งเป็น 6.6 วัน (Wald, Gurra & Byers, 1991) โรคที่พบได้บ่อยในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันจะเห็นได้ว่าเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร (Bartlett et al., 1985; Pickering & Revas, 1990) โดยที่เด็กในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุจจาระร่วงเป็น 3.5 เท่าของเด็กที่อยู่ที่บ้าน (Thacker, Addiss, Goodman et al., 1992) และประมาณ 1 ใน 3 ของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ ได้มาจากการติดเชื้อในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน (Bartlett, Javis, Ross et al, 1988; Alexander, Zinzeleta, McKenzie et al., 1990)

การสำรวจในประเทศไทยพบว่าเด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันมีการเจ็บป่วยด้วยอุจจาระร่วงมากเช่นกัน วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และคณะ (2541) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก คือ 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด ไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และ 3) ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ อายุของเด็ก ภาวะขาดสารอาหาร รวมทั้งการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค เช่น โรคหัด เป็นต้น (อธิวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544; WHO, 1994) และเนื่องจากเด็ก

ยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ไม่สามารถเลือกอาหาร นม น้ำที่สะอาดได้ด้วยตนเอง เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันต้องพึ่งพาผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของบิดามารดาในการดูแลในช่วงระยะเวลากลางวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมสุขอนามัย เช่น การดูแลให้นม ป้อนข้าว ป้อนน้ำ อาบน้ำ ดูแลการขับถ่าย เป็นต้น หากผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้กับเด็กที่ไม่เหมาะสม ซึ่งได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ไม่สะอาดให้แก่เด็ก ไม่ได้ล้างมือก่อนเตรียมอาหารหรือป้อนอาหาร ป้อนนมให้กับเด็ก และหลังการขับถ่ายทุกครั้ง รวมทั้งการกำจัดอุจจาระและขยะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ พฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ ซึ่งศึกษาการประเมินการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ดูแลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ถูกต้องตามหลักทั้ง 3 ข้อ เพียงร้อยละ 62.3 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขคือไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (เกสร แถวโนนงิ้ว และวันทนา กลางบุรัมย์, 2544; อมรรัตน์ ชุตินันทกุล และคณะ, 2546)

ในประเทศไทยมีการดำเนินโครงการควบคุมอุจจาระร่วงในชุมชนหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้กับประชาชน โดยจัดทำในรูปของการแจกแผ่นพับ การติดโปสเตอร์ในสถานบริการสาธารณสุข ร้านค้า ตลาด ตลอดจนการสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่มหรือการสอนด้วยเสียงตามสายหอกระจายข่าวรวมทั้งการเดินรณรงค์เคาะประตูบ้านโดยพยาบาล เพื่อเตือนให้ประชาชนเพิ่มความระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร เมื่ออุจจาระร่วงมีการแพร่ระบาด วิธีการดังกล่าวทำกันมาเป็นเวลานาน แต่อัตราการเกิดโรคยังคงสูงอยู่ แสดงให้เห็นว่าการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่ผ่านมามีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง แต่การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีดังกล่าว ยังไม่สามารถป้องกันหรือลดอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ (เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ สง่า ไชยรักษ์ (2542) ในการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรและการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 92 มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ส่วนในเรื่องการปฏิบัติจริง ซึ่งสอบถามโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่ามีผู้ที่ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 45.5 และไม่ถูกต้องร้อยละ 54.5 จะเห็นได้ว่าถึงแม้ผู้ดูแลเด็กจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปีอยู่ในระดับสูง แต่ก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลได้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องได้ ดังนั้นวิธีการดำเนินงานในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กจึงต้องได้รับการพัฒนาให้ทันต่อภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงให้มากขึ้น

การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในประเทศไทยมุ่งเน้นการวางระบบสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยแล้ว บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญแก่การส่งเสริม

สุขภาพ (Health promotion) และการป้องกันโรค (Disease prevention) ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีกระบวนการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ฉลาดเลือก ฉลาดใช้ ตลอดจนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ มีระบบบริการทางสุขภาพที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างเหมาะสม (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ฉะนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาล ในการพัฒนาการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีการเข้าถึงผู้ใช้บริการในกลุ่มเด็กเล็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลเด็กตามสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่เป็นคนกลุ่มสำคัญในการให้การดูแลเด็ก พยาบาลจะต้องเข้าไปมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้อย่างถูกต้อง เพื่อการพัฒนางานด้านการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้ได้อย่างทันการณ์ มีประสิทธิภาพ และช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้อีกแนวทางหนึ่ง

การป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสมจากผู้ดูแล WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้ให้แนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กโดยครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ การดูแลในเรื่องการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม รวมถึงภาชนะบรรจุที่สะอาด การล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งภายหลังการขับถ่ายหรือทำความสะอาดให้เด็กหลังการขับถ่าย รวมถึงก่อนเตรียมอาหาร หรือป้อนอาหาร ป้อนนมเด็ก การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ การกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม โดยหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน แบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกสุขลักษณะ (อมรรัตน์ ชุติอนันทกุล, 2543; เกสร แถวโนนงิ้ว และวันทนา กลางบุรัมย์, 2544)

พฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก็เป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งเช่นกัน ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น บุคคลจำเป็นจะต้องตระหนักในประโยชน์ของพฤติกรรมนั้นว่ามีมาก อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมมีน้อย รับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรม จึงจะสามารถทำให้บุคคลมีพฤติกรรมนั้นได้ (Pender, 2002) ซึ่งจากการศึกษาของสุชาติ ราชเวียง (2540) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง และการศึกษาของ ศิริธร ยิ่งเรงเริง (2541) และ Pravit Yampong (2001) ที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มในการทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ผลดี และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ โดยการสอนให้ความรู้ การสาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสทดลองปฏิบัติจริง สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ควรเป็นโปรแกรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงว่ามีมาก คิดว่าอุปสรรคมีน้อย และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ อันจะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกกับกิจกรรม ในกลุ่มผู้ดูแลซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ การที่ผู้ดูแลจะสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆได้ดีนั้นต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ให้มากที่สุด (Knowles, 1980) การจัดกิจกรรมจึงสร้างขึ้นในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากมีการสะสมประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์กับผู้ดูแลคนอื่นๆได้ และมีความพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติในสิ่งที่สามารถนำไปแก้ปัญหาในชีวิตจริงได้ในทันที (Kolb, 1995)

การจัดกิจกรรมในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเด็กได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงว่ามีมาก คิดว่าอุปสรรคมีน้อย และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวและเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ อันจะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก สามารถนำไปสู่ความตั้งใจของผู้ดูแลเด็กที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดีของเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมดังกล่าว กับกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้น มีอิทธิพลมาจากการคาดการณ์ของบุคคลตามที่ Pender (2002) กล่าวว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการมีพฤติกรรมนั้น และจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรค แต่เมื่อบุคคลรับรู้

ว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเอาชนะอุปสรรคต่างๆได้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น นอกจากนี้ความรู้สึกในทางบวกที่บุคคลมีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

วัชรา สุขแท้ (2546) ได้นำแนวคิดนี้ไปศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าการที่วัยรุ่นมีการรับรู้ประโยชน์สูง รับรู้อุปสรรคและแนวทางแก้ไข รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ รวมทั้งเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรม สามารถทำให้วัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของ ชุลี ภู่ทอง (2545) ศึกษาผลการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และมีความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสมอีกเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเพนเดอร์ (Pender, 2002) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นประเด็นสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยผ่านกิจกรรมพยาบาล

การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการเรียนรู้และเกิดการรับรู้ได้ดีนั้น จึงควรจัดกิจกรรมในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) เนื่องจากเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่ผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้นำประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกัน สะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ให้ผู้เรียนในกลุ่มผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ การที่ผู้ดูแลจะสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆได้ดีนั้นต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ให้มากที่สุด (Knowles, 1980) ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองกับสมาชิกในกลุ่ม ในลักษณะของการอภิปรายกลุ่ม ช่วยให้เกิดความคิดรวบยอด (Concept) เกิดความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆที่ต้องการเรียนรู้ และได้มีการทดลองปฏิบัติ (Experimentation/Application) ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติมากขึ้น (Kolb, 1984)

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งได้แก่การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมหลัก 3 ด้านคือ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกสุขลักษณะ โดยครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ การดูแลเตรียมสถานที่ในการเตรียมและรับประทานอาหาร การเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม การทำความสะอาดภาชนะบรรจุให้สะอาด การล้างมือฟอกสบู่และเช็ดให้แห้งทุกครั้งก่อนเตรียมอาหาร ป้อนอาหาร ป้อนนมให้เด็ก และภายหลังการขับถ่าย การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ การ

กำจัดขยะและอุจจาระที่ถูกสุขลักษณะ ตามแนวทางในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของWHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ในลักษณะของการนำประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กมาเป็นแหล่งการเรียนรู้ ร่วมกับการสะท้อนความคิดและอภิปราย เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคมีน้อย รับรู้ว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวและเอาชนะอุปสรรคที่มีได้ ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้สึกในทางบวก และเมื่อได้มีการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้นจากการได้ลงมือปฏิบัติและประสบความสำเร็จ เนื่องจากเป็นความรู้และแนวทางที่ผู้ดูแลเด็กทุกคนได้ปฏิบัติตามสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติมในการปฏิบัติเป็นรายบุคคล และกล่าวชมเชยในสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กได้ปฏิบัติถูกต้องแล้ว เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพราะความรู้สึกทางบวกที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ยาวนานขึ้น

การจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้นั้น การนำปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะของเพนเดอร์ ซึ่งได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคมีน้อย รับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ และเกิดความรู้สึกในทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมมาพัฒนาเป็นสิ่งทดลอง (Treatment) ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีขั้นตอนของกิจกรรมประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกผู้ดูแลเด็กทุกคนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์กันภายในกลุ่ม และการสาธิตทดลองปฏิบัติจริงเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน จะสามารถส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานของงานวิจัยครั้งนี้ คือ

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถใน

ตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมดังกล่าว ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในชุมชน ที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ดูแลเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปีในช่วงเวลากลางวัน

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมดังกล่าว
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแล
3. ตัวแปรร่วม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันก่อนการทดลอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจัดกระทำกับผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมมีน้อย รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถสูงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวและเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และมีความรู้สึกในทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก กิจกรรมประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อย และการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง ตามกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลเด็กประมาณ 4-7 คน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็น โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มและกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดความคิดรวบยอดเกี่ยวกับประเด็นต่างๆข้างต้น จากนั้นเป็นกิจกรรมการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง โดยแบ่งกิจกรรมทั้งหมดออกเป็น 2 ช่วง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ช่วงแรกเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม และช่วงที่ 2 เกี่ยวกับพฤติกรรมการล้างมือ และพฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกสุขลักษณะ

การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแก่ผู้ดูแลเด็กทั้งโดยตรง ซึ่งได้แก่ การสอนสุขศึกษา การจัดอบรม การศึกษาดูงาน และทางอ้อมคือผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นป้ายรณรงค์ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ เป็นต้น

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กต่อเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วยพฤติกรรมหลัก 3 ด้าน ตามแนวทางของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้แก่

1. พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในการเตรียมและจัดเก็บอาหารให้เด็กรับประทาน การชงนมตามขั้นตอนที่ถูกวิธี และการเตรียมน้ำดื่ม เครื่องดื่มที่สะอาดให้เด็กดื่ม รวมไปถึงการล้างทำความสะอาดและเก็บภาชนะบรรจุอาหารหรือขวดนม แก้วน้ำ ให้สะอาดถูกหลักอนามัย

2. พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังขับถ่าย หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กต่อตนเองและต่อเด็กในการรักษาความสะอาดของมือและเล็บให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด ก่อนการเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก หลังการสัมผัสสิ่งสกปรก และหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

3. พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก รวมถึงการดูแลเด็กในการล้างทำความสะอาดก้นให้สะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ มีการกำจัดอุจจาระที่ถูกวิธีและทิ้งขยะในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด,กำจัดขยะออกจากถังขยะทุกวัน ไม่ปล่อยให้ขยะล้นออกจากถัง

ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวทั้ง 3 ด้านสามารถประเมินได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ที่มีเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี มีหน้าที่เตรียมอาหาร, นม และน้ำให้เด็ก ดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหาร ดื่มนม ดื่มน้ำ ดูแลการขับถ่าย การรักษาความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การพักผ่อน การรักษาความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและการดูแลป้องกันโรคติดต่อต่างๆ

สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน หมายถึง หน่วยงานในชุมชนที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการดูแลเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี โดยมีผู้ดูแลเด็กปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเด็กแทนบิดามารดาในช่วงเวลากลางวัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้เด็กไม่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง

2. เป็นแนวทางให้ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กโดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ให้การช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา

3. เป็นแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการบริการ เพื่อการป้องกันโรคอื่นๆ ตามสถานเลี้ยงเด็กกลางวันหรือกลุ่มผู้ดูแลอื่นๆ

4. แนวทางในการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแสดงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพและให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการและทีมสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย มีสาระสำคัญดังนี้

1. การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
2. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์
5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขยังมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงสุด (นิพัทธ์ สีมาขจร และ วันดี วราวิทย์, 2547)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้นิยามของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันว่าเป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นน้ำมีมูกหรือเลือดปนเพียง 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำปริมาณมากๆ แม้เพียงครั้งเดียวในหนึ่งวัน โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (WHO, 1987) อาการอื่นๆของโรคที่พบได้คือ มีไข้ ปวดท้อง และอาเจียน (Duggan, Santosham and Glass, 1992) ซึ่งผลที่เกิดจากอาการดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิด ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร ที่ทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ (WHO, 1993) นอกจากนั้นยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การชักจากมีไข้ และผิวหนังรอบทวารหนักอักเสบ (วาณี แม่นยำ, 2542; Hockenberry - Eaton, 2001)

สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

การเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น สามารถแบ่งได้เป็นสาเหตุจากการติดเชื้อ (Infection causes) และไม่ติดเชื้อ (Non-infectious causes) (วันดี วราวิทย์, 2531; อธิวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544) สำหรับในเด็กนั้น

สาเหตุจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และพบว่าเชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่

1. เชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) ในกลุ่ม E.coli พบประมาณร้อยละ 12 ทำให้มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มักพบในประเทศกำลังพัฒนา กลุ่ม Shigella sp. พบประมาณร้อยละ 5 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี โดยจะมีอาการถ่ายเป็นน้ำนำมาก่อน ต่อมาจะถ่ายมีมูกปนเลือด มักมีไข้สูง ปวดท้อง อาเจียน และอาจมีชักได้ กลุ่ม Salmonella sp. พบได้ร้อยละ 9-12 จะมีถ่ายเหลวเป็นน้ำ บางครั้งอาจมีมูก หรือเลือดปน กลุ่ม Vibrio cholerae ในรายที่มีอาการน้อยจะมีอาการคล้ายอุจจาระร่วงทั่วๆไป ถ้ารุนแรงจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำสีขาวขุ่นคล้ายน้ำซาวข้าว ถ่ายอุจจาระมาก และเร็วทำให้เกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง

2. เชื้อไวรัส (Virus) ส่วนใหญ่เป็นเชื้อ Rotavirus พบประมาณ ร้อยละ 10-15 อาการสำคัญที่พบในเด็กคือ มีไข้สูงปานกลาง อาเจียนเป็นอาการเด่น เด็กที่รับประทานนมเป็นหลักจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีลมหรือมีฟอง อาจมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือกลิ่นกรด ซึ่งเมื่อถ่ายบ่อยจะระคายผิวหนังเป็นผื่นแดงบริเวณรอบๆ ทวารหนัก

3. ปรสิต (Parasite) ที่พบบ่อยได้แก่ Giardia lamblia พบได้ประมาณร้อยละ 2 อุจจาระจะมีสีเหลืองอ่อน ไม่มีมูกเลือด มีฟอง และกลิ่นเหม็นมาก ส่วนกลุ่ม Entamoeba histolytica พบประมาณร้อยละ 0.3 อุจจาระจะมีมูกเลือด มีอาการปวดเบ่งอุจจาระมีกลิ่นเหมือนหัวกุ้งเน่า นอกจากนี้ยังรวมถึงการติดเชื้อร่วมกับสาเหตุอื่น เช่น โรคหัด หูอักเสบ ปอดบวม

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้ออาจพบได้จากสาเหตุเหล่านี้

1. การแพ้นมวัว เกิดหลังจากที่มีการกระตุ้นให้แพ้จากโปรตีนบางชนิดในน้ำนม เมื่อเด็กได้รับจึงอาจมีอาการอุจจาระร่วง และอาเจียนได้

2. ปริมาณอาหารที่เด็กได้รับมากเกินไป หรือเด็กบางคนที่กินนมข้นหวาน ซึ่งมีน้ำตาลมากเกินไป ทำให้ย่อยไม่หมด ก็เกิดอุจจาระร่วงได้เช่นกัน

3. การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานานๆ ซึ่งมียาหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อกว้างและนานๆ เข้าก็จะไปทำลาย Normal flora ในลำไส้ และเกิดอุจจาระร่วง

4. โรคขาดสารอาหาร มีผลทำให้เด็กไม่สามารถสร้างน้ำย่อยได้เพียงพออาหารจึงย่อยและดูดซึมไม่ได้

5. การปนเปื้อนสารเคมี หรือกินพืชที่เป็นพิษ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษ และเกิดอาการอุจจาระร่วงได้ เช่น เห็ดต่างๆ สารปรอท ตะกั่ว

6. ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานหนัก ต่อมหมวกไตทำงานน้อย เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากการกระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระสู่อาหาร เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยของบุคคล ดังนั้น จึงสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้ดังนี้ (อธิวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) ซึ่งได้แก่ การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ สะอาด ปราศจากแมลงวันตอม มีฝาปิดมิดชิด

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาน้ำดื่มจากแหล่งน้ำที่สะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำโสโครก การถ่ายอุจจาระในส้วม รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขลักษณะ

3. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร และวิตามิน น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ อายุของเด็ก รวมทั้งการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรคหัด

จากการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2538) เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการดูแลที่บ้าน สำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเขตเมือง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 563 คน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ และการประเมินจากตัวเด็ก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อม การมีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดน้ำเสียไม่ถูกวิธี ส่วนปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมาก่อน ภาวะแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดู ได้แก่ การปล่อยให้เด็กคลานเล่นบนพื้นดิน สอดคล้องกับการศึกษาของอากาศ ชูปัญญา และเกศรา แสนศิริทวีสุข (2541) ที่ได้ศึกษาตัวกำหนดของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กจำนวน 1,056 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของเด็ก ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้ ระดับการศึกษา และการกำจัดขยะของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงเป็น 2.08 เท่าของเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ผู้ดูแลเด็กที่มีทัศนคติเชิงลบ ความรู้ และระดับการศึกษาต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดูเป็น 2.98, 1.93, และ 2.22 เท่าของผู้ดูแลเด็กที่มีทัศนคติเชิงบวก ความรู้ และระดับการศึกษาสูง ส่วนผู้ดูแลเด็กที่มีการกำจัดขยะไม่ถูกสุขลักษณะ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดู เป็น 1.63 เท่า ของผู้ที่มีการกำจัดขยะถูกสุขลักษณะ ส่วนการศึกษาของ ปรางค์ทอง ราษฎร์จำเริญสุข และเอมอร ราษฎร์จำเริญสุข (2541) เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวน 11,280 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า เด็กในเขต 6 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง เนื่องจากผู้ดูแลไม่จัดหาน้ำดื่มที่สะอาดให้เด็กบริโภค ส่วนพฤติกรรมการล้างมือ

ทุกครั้ง และล้างบางครั้งก่อนปรุงอาหาร พบใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.9 และ 39.9 ตามลำดับ ส่วนการกำจัดอุจจาระเด็กที่ถูกต้องอยู่ในช่วง ร้อยละ 78.6-93.5 ตามลำดับ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น เกิดขึ้นได้จากการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่ไม่สะอาด ทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค สำหรับเด็กในวัย 1-3 ปี ซึ่งต้องอาศัยการดูแลจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของเด็กจึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพ และการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ผลที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ผลที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่สำคัญและก่อให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิต คือ ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร (WHO, 1993)

1. ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นอาการที่สำคัญที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ กลไกที่ทำให้เกิดการเสียน้ำและเกลือแร่ไปทางอุจจาระ (วันดี วราวิทย์, 2537; Farth, 1997)

1.1 ของเหลวไหลผ่านลำไส้อย่างรวดเร็ว ลำไส้ดูดซึมไม่ทันเนื่องจากมีของเหลวค้างในโพรงลำไส้ กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวรีดของเหลวลงสู่ลำไส้ใหญ่อย่างรวดเร็ว

1.2 การดูดซึมบกพร่อง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ไม่สามารถนำน้ำและเกลือแร่จากลำไส้เข้าสู่ระบบไหลเวียนได้ ตามปกติลำไส้จะสามารถดูดซึมน้ำได้เกือบหมดและขับถ่ายออกมาในปริมาณที่เหมาะสม แต่ในภาวะที่เกิดความผิดปกติในการดูดซึมจะทำให้การเสียน้ำไปทางอุจจาระมีมากกว่าปกติ

1.3 การหลั่งเกิน อุจจาระลักษณะเป็นน้ำมาก น้ำที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพิษที่เชื้อปล่อยออกมา ซึ่งมีผลให้การดูดซึมของลำไส้ลดลง เพิ่มการขับน้ำออกจากเซลล์

2. ภาวะขาดอาหาร การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการทำลายเยื่อบุของลำไส้โดยตรง พื้นที่ผิวที่ใช้ดูดซึมอาหารลดลง (Decrease intestinal absorption) สารน้ำย่อยที่ผิวเซลล์เยื่อบุลดลง การย่อยและการดูดซึมโปรตีน ไขมันและสารอาหารต่างๆ จึงลดลงด้วย ประกอบกับการเคลื่อนที่ของสารอาหารในลำไส้เร็วขึ้น (Farthing, 1997) เพิ่มการสูญเสียสารอาหารและเกลือแร่ไปทางอุจจาระ เกิดการสูญเสียสารอาหาร (Nutrients loss) (พิภพ จิรภิญโญ, 2538; กมลวัน ดิษยบุตร, 2542) ขณะที่เด็กเกิดอุจจาระร่วงอาจมีไข้ร่วมด้วย ซึ่งการมีไข้ทำให้มีอัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐาน (basal metabolic rate) เพิ่มขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ (Metabolism change) ผลของการที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะทำให้อัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ซึ่งจะมีผลทำให้เด็กมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มขึ้น (Viviana et al., 1998) นอกจากนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ที่ส่งผลทำให้เกิดการขาดอาหารได้จากการได้รับอาหารลดลงเนื่องจากการเบื่ออาหารพบได้ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้จำนวนโปรตีนและพลังงานที่ได้รับ

ในวันหนึ่งๆ ลดลง ซึ่งอาจเป็นผลของไข้ การสูญเสียน้ำและเกลือแร่และภาวะเลือดเป็นกรด การจำกัดอาหารเป็นอีกสิ่งที่พบได้บ่อย โดยเป็นที่เชื่อถือกันโดยทั่วไปว่าควรงดอาหารแข็งให้อาหารอ่อนๆ จำพวกข้าวต้มและของเหลว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถ่ายเหลวจะให้เป็นน้ำเกลือชนิดกินหรือเข้าหลอดเลือดดำ หรือน้ำข้าวต้ม และพบแนวโน้มที่ผู้ดูแลจะให้อาหารจำพวกแป้งมากขึ้น ดังนั้นพลังงานและโปรตีนที่ได้รับจะลดลงเมื่อประกอบกับมีอาการคลื่นไส้และอาเจียน จากการที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนง่าย ผู้ปกครองจะให้อาหารผู้ป่วยน้อยลง ยิ่งถ้างดอาหารทางปากให้แต่น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำเด็กจะได้รับอาหารเพียงร้อยละ 25 ของปกติเท่านั้น (พิภพ จิรภิญโญ, 2538)

เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จะมีการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้นเพื่อนำกรดอะมิโนมาใช้ในการสังเคราะห์กลูโคสขึ้นใหม่ (กมลวัน ดิษยบุตร, 2542) ทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารและมีภาวะพร่องของการเจริญเติบโต (growth deficit) ในขณะที่มีอาการอุจจาระร่วงจะมีสมดุลของโปรตีนและพลังงานเป็นลบ ระยะนี้จะกินเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ แล้วแต่ชนิดและความรุนแรงของโรค ส่วนการฟื้นตัวจะกินเวลา 2-4 เท่า นอกจากนี้เด็กยังต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้นเพื่อการเจริญเติบโต(Increase of nutrient requirement) ดังนั้นสารอาหารที่เพิ่มขึ้นอาจต้องเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มพลังงานร้อยละ 30-50 โปรตีน ร้อยละ 100 และวิตามินต่างๆ เพิ่มขึ้นประมาณ 2-4 เท่า เพื่อให้ทันกับการเจริญเติบโตปกติ (Whitehead, 1977)

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1. การอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก จากการถ่ายอุจจาระบ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรตาไวรัส เด็กจะมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อยและอุจจาระอาจเป็นกรด ค่าพี เอช ของอุจจาระมักต่ำกว่า 5 (Hockenberry - Eaton, 2001)

2. การชักจากมีไข้ เป็นอาการชักที่เกิดในขณะที่มีไข้โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ (ลำดวน นำศิริกุล, 2545) ซึ่งการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเช่นกัน ดังนั้นอาการที่พบร่วมกับอาการอุจจาระร่วง คือ อาการไข้ ทั้งที่เป็นอาการนำและเกิดร่วมกับการขาดน้ำ (สุภา หริกุล, 2541; วาณี แม่นยำ, 2542)

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กนั้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่สำคัญต่อร่างกาย 2 ประการ (วันดี วราวิทย์, 2537; พิภพ จิรภิญโญ, 2538; WHO, 1993) คือ การเกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารในช่วงหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ความรุนแรงของการขาดน้ำ และเกลือแร่ในเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงนั้น จะประเมินจากอาการ และอาการแสดง เพื่อประโยชน์ในการประเมิน และให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) จึงได้แบ่งความรุนแรงของภาวะขาดน้ำไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1) ไม่มีอาการขาดน้ำเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำน้อยกว่า 5%

2) มีอาการขาดน้ำบ้าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำ 5-10%

3) มีอาการขาดน้ำรุนแรง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำมากกว่า 10%

การควบคุม และป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงจัดเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง โดยจุดมุ่งหมายหลัก คือ การตัดปัญหาเรื่องการกระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระสู่อาหาร และการส่งเสริมสุขอนามัยของประชาชน ซึ่งจะทำได้โดยอาศัยการแก้ไขในด้านต่างๆเหล่านี้ (อธิวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

1. การรักษาผู้ป่วย (Case management) ที่ถูกต้อง และเหมาะสมทั้งในสถานพยาบาล และที่บ้าน ซึ่งจะต้องประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ถูกต้อง การแก้ไขภาวะขาดน้ำ ซึ่งนิยมใช้ ORT (Oral rehydration therapy) โดยให้การทดแทนของเหลวที่สูญเสียไปเมื่อเริ่มมีอาการทันที (Early fluid replacement) ให้อาหารที่เหมาะสม ขณะที่มีอุจจาระร่วง เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร ใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง ถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องใช้ และการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ในการรักษาที่บ้านเกี่ยวกับ การใช้ ORT จากของเหลวที่เตรียมได้เองภายในบ้าน การให้อาหารที่เหมาะสมอื่นๆ เมื่อเด็กกลับมาอยากรับประทานอาหาร ซึ่งควรเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง มีโปตัสเซียมสูง งดอาหารที่มีกาก และอาหารเผ็ดร้อน รวมทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องถึงอาการ และอาการแสดงที่ควรพาผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์

2. การขัดขวางการเกิดโรค (Interruption of transmission) ซึ่งประกอบด้วยการจัดให้มีน้ำสะอาดที่เพียงพอ การปรับปรุงอนามัยส่วนตัว และสิ่งแวดล้อม เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดอุจจาระ และใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการกำจัดขยะที่ถูกต้อง

3. การเพิ่มภูมิต้านทานให้แก่เด็ก (Increase resistance of children) โดย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันโรคหัด

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กนั้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหาร และน้ำ โดยเฉพาะในเด็กเล็กซึ่งยังมีพฤติกรรมพิเศษตามธรรมชาติ ชอบหยิบของทุกอย่างเข้าปาก เด็กบางคนชอบอมนิ้วมือ ซึ่งทำให้เชื้อโรคผ่านเข้าสู่ปากได้โดยตรง อีกทั้งเด็กยังไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถเลือกอาหาร นม น้ำที่สะอาดได้ และยังต้อง พึ่งพาผู้เลี้ยงดู ถ้าผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ ขาดความรู้เรื่อง การดูแลเด็ก และไม่เข้าใจวงจรของโรคอุจจาระร่วง รวมทั้งมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง ย่อมทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ง่าย (สุภา หริกุล, 2541)

2. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่จะทำให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นในความดูแลไม่ให้ป่วย การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้นจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม โดย WHO (1994) ได้ให้แนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ดังนี้

1. พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการเตรียมและจัดเก็บอาหารให้เด็กรับประทาน การชงนมตามขั้นตอนที่ถูกวิธี และการเตรียมน้ำดื่ม เครื่องดื่มที่สะอาดให้เด็กดื่ม รวมไปถึงการล้างทำความสะอาดและเก็บภาชนะบรรจุอาหารหรือขวดนม แก้วน้ำ ให้สะอาดถูกหลักอนามัย

การจัดหาอาหารที่สะอาด มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นม พืชผัก และผลไม้ต่างๆ อุปกรณ์ที่ประกอบอาหารต้องสะอาด ให้เด็กรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หากอาหารที่เตรียมนานแล้วต้องอุ่นก่อนรับประทาน การเก็บอาหารต้องมิดชิด มีฝาปิดครอบอาหารไว้ ถ้าเป็นไปได้ควรเก็บไว้ในตู้เย็น

หลักการพื้นฐานสำหรับการเตรียมสถานที่ และอาหารที่ปลอดภัยสำหรับทารกและเด็กมีดังนี้ (Motarjemi, Kaferstein, May & Quevedo, 1994)

การเตรียมสถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป

1. พื้นที่ทำด้วยวัสดุแข็ง เรียบ ทำความสะอาดง่าย โต๊ะ เก้าอี้ สะอาด แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ บริเวณโดยรอบจัดเป็นระเบียบ ไม่มีน้ำเสียขัง ไม่มีกองขยะ ควรป้องกันสัตว์ต่างๆ เช่น สุนัข แมว ไม่ให้มาอาศัยและไม่ควรเลี้ยงสัตว์ทุกชนิดในสถานที่ดังกล่าว

2. ไม่เตรียมและปรุงอาหารบนพื้น พื้นเป็นส่วนที่มีโอกาสปนเปื้อนได้มาก ดังนั้นจึงห้ามวางอาหาร ภาชนะที่ใส่อาหาร เตรียมและปรุงอาหารบนพื้น ต้องมีโต๊ะสำหรับปรุงอาหาร วางภาชนะและสิ่งของต่างๆ สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

การเตรียมอาหาร นม น้ำ เครื่องดื่ม

1. ใช้อาหารสดที่คุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วนไม่ปนกัน ล้างทำความสะอาดทุกครั้งก่อนนำมาปรุงประกอบอาหาร

2. การปรุงประกอบอาหารแต่ละชนิดต้องใช้ความร้อนที่เพียงพอและเหมาะสม โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ เพื่อให้แน่ใจว่าความร้อนสามารถฆ่าเชื้อโรคต่างๆ ได้หมดจริง

3. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

4. น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ ต้องสะอาด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด มีก๊อกหรือทางเทรินน้ำ หรือมีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับตักโดยเฉพาะ และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

สำหรับน้ำดื่มควรจัดให้บริการน้ำดื่มที่สะอาด โดยถ้าให้บริการในลักษณะถังน้ำเย็น ต้องมีก๊อกเปิดและห้ามใช้แก้วร่วมกัน ห้ามใช้มือรองน้ำดื่ม ต้องมีแก้วน้ำเป็นของแต่ละคน

5. น้ำแข็งมีหลายประเภทควรเลือกประเภทที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้บริโภคโดยเฉพาะ เช่น น้ำแข็งหลอดหรือน้ำแข็งเกล็ด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีผาปิด มีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบหรือตักโดยเฉพาะและวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และห้ามนำอาหาร ภาชนะและสิ่งของอื่นๆ ไปแช่รวมกับน้ำแข็งที่ใช้บริโภค ถ้าต้องแช่ของอื่นต้องแยกถังแช่เฉพาะต่างหาก

การทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การขจัดสิ่งสกปรก โดยการกวาดเศษอาหารและเศษสิ่งสกปรกต่างๆ จากภาชนะอุปกรณ์ ลงถังขยะที่เตรียมไว้

2. การล้างและทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ โดยใช้น้ำสะอาด (อาจเป็นน้ำอุ่นก็ได้) และน้ำยาล้างจาน เพื่อล้างไขมัน เศษอาหาร และสิ่งสกปรก โดยใช้ฟองน้ำ ผ้าสะอาด หรือใยสังเคราะห์ช่วยในการทำความสะอาด ส่วนเขียงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง เขียงต้องล้างให้สะอาดทั้งก่อนและหลังการใช้งาน โดยการขูดแล้วต้องขัดและล้างด้วยน้ำยาล้างภาชนะและน้ำให้สะอาด เก็บในที่โปร่ง และต้องไม่ใช้เขียงร่วมกันระหว่างอาหารดิบและอาหารสุก

3. การจัดเก็บ จาน ชาม ถ้วย แก้วน้ำ เก็บคว่ำในภาชนะโปร่งสะอาดหรือตะแกรงส่วนช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในตะกร้าโปร่งสะอาด หรือวางนอนเป็นระเบียบ ด้ามจับหันทางเดียวกัน ในภาชนะที่สะอาดและมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

การเตรียมนมผสม

การเตรียมนมผสมในเด็กเล็กเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากนมเป็นอาหารมื้อหลักของเด็ก หากผู้ดูแลมีขั้นตอนและวิธีการชงนมผสมที่ไม่สะอาด อาจทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ง่าย ขั้นตอนของการชงนมผสม ประกอบด้วย (พรทิพย์ คำพอ, 2542)

1. การเตรียมอุปกรณ์ ซึ่งมีดังนี้ ขวดนม จุกนมที่สะอาด น้ำต้มสุกหรือน้ำอุ่น นมผสมสำหรับเด็ก ช้อนตวงและช้อนที่สะอาด

2. การชงนมผสม เมื่อล้างมือสะอาดและเช็ดมือให้แห้งแล้ว ตวงนมผสมตามปริมาณที่ต้องการ โดยปาดช้อนตวงนมให้นมเสมอปากช้อนใส่ขวดที่เตรียมไว้ เทน้ำต้มสุกในขวดตามปริมาณที่กำหนด ปิดฝาจุกนมแล้วเขย่าขวดนมเป็นวงกลมเบาๆให้นมผสมเข้ากัน (ไม่ใช้นิ้วมือปิดจุกนมแล้วเขย่า) หยดนมลงบนท้องแขนระวังอย่าให้ร้อนเกินไป และอย่าให้จุกนมถูกแขน แล้วจึงนำไปป้อนให้เด็ก ส่วนนมผสมที่เหลือค้างนานเกินกว่า 1 ชั่วโมง ไม่ควรนำมาให้เด็กดูดอีก ควรนำไปเททิ้งและล้างทำความสะอาดขวดนม

3. การดูแลทำความสะอาดขวดนม โดยถอดข้อต่อต่างๆ บริเวณคอขวดออกล้างให้หมด จุกนม โดยการเทนมที่เหลือออก ล้างด้วยน้ำและบีบไล่ผ่านทางรูที่หัวนม ถอดข้อต่อต่างๆ บริเวณคอขวดออกล้างให้หมด ใช้แปรงใหญ่ล้างขวดนมเอาคราบนมออกให้หมด แล้วใช้แปรงเล็กๆ ล้าง

ด้านในจุกนม เมื่อล้างขวดนม จุกนมเสร็จแล้วนำไปผึ่งให้แห้ง เมื่อจะนำไปใช้ควรนำไปต้มในน้ำเดือดอย่างน้อย 10 นาที และควรจะล้างขวดนมทันทีที่ใช้เสร็จ เพราะถ้าทิ้งไว้ คราบนมจะจับตัวเป็นไข ทำให้ล้างออกยาก จากนั้นนำไปคว่ำในภาชนะที่สะอาดให้แห้ง แล้วจึงจัดเก็บ

2. พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และการขับถ่าย

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กต่อตนเองและต่อเด็กในการรักษาความสะอาดของมือและเล็บ เล็บมือต้องตัดสั้นและสะอาดอยู่เสมอ ก่อนการเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก ก่อนการรับประทานอาหาร หลังการสัมผัสสิ่งสกปรก และหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด

ขั้นตอนการฟอกมือที่ถูกต้องมีดังต่อไปนี้ (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, 2535; Gould, 1994)

1. เปิดน้ำราดมือทั้งสองข้างถึงข้อมือ ฟอกสบู่ให้ทั่ว ถ้าเป็นสบู่เหลว ใช้สบู่เหลว 1 มิลลิลิตร และถ้าใช้สบู่ยาฆ่าเชื้อใช้ 3-5 มิลลิลิตร หันฝ่ามือเข้าหากันฟอกถู 3-5 ครั้ง
2. ฝ่ามือข้างหนึ่งถูหลังมืออีกข้างหนึ่ง และกางนิ้วมือเพื่อถูซอกนิ้วมือ
3. หันฝ่ามือเข้าหากันและถูระหว่างซอกนิ้วมือ
4. ทำมือในลักษณะจับล็อกกัน ใช้ฝ่ามือถูหลังนิ้วมือ และนิ้วมือถูนิ้วมือ
5. มือข้างหนึ่งจับนิ้วหัวแม่มือหมุนไปมา
6. ขยุ้มปลายนิ้วมือข้างหนึ่งถูวนไปมาบนฝ่ามืออีกข้างหนึ่ง
7. ถูรอบข้อมือ

ทุกขั้นตอนในข้อ 1 ถึงข้อ 7 ทำ 5 ครั้ง สลับกันทั้ง 2 ข้าง ให้สบู่ธรรมดาสัมผัสกับมืออย่างน้อย 10 วินาที ในการล้างมือแบบธรรมดา หลังการฟอกมือครบตามขั้นตอนแล้วจึงล้างสบู่ออกด้วยน้ำที่ไหลผ่านตลอด โดยล้างจากปลายนิ้วมือไปข้อมือ พร้อมขัดถูมือให้ทั่วทุกด้าน หลังจากล้างสบู่ออกจากมือหมดแล้ว ยกมือขึ้นเหนือข้อศอกเพื่อป้องกันน้ำไหลย้อนจากบริเวณสกปรกมาบริเวณที่สะอาด

ขั้นตอนการทำให้มือแห้ง

การเลือกใช้วิธีการทำให้มือแห้งวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับนโยบายของสถาบันหรือหน่วยงานนั้นๆ เนื่องจากการใช้ผ้าเช็ดมือที่แห้ง และสะอาด 1 ผืนเช็ดมือต่อการล้างมือ 1 ครั้ง มีผลดีในการลดปัญหามูลฝอยของสถานรับเลี้ยงเด็ก ดังนั้นสถานรับเลี้ยงเด็กจึงเลือกใช้วิธีการทำให้มือแห้งภายหลังจากล้างสบู่จากมือหมดแล้ว โดยการใช้ผ้าเช็ดมือที่แห้งและสะอาด 1 ผืน ต่อการล้างมือ 1 ครั้ง ซับจากปลายนิ้วมือมายังข้อมือ หลังจากนั้นใช้กระดาษเช็ดมือหรือผ้าเช็ดมือจับก็อกปิดน้ำ ในกรณีที่การปิดเปิดน้ำโดยใช้มือเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของมือภายหลังการล้างมือเสร็จแล้ว (อัครนงค์. มล. ปราโมช, 2530; Palmer, 1984; Norton & Miller, 1986)

ประโยชน์ของการล้างมือ มีดังนี้ (Temby, Lillis, & Crose, 1989)

1. ขจัดสิ่งสกปรกต่างๆ เช่นเหงื่อ ไขมันที่ขับออกมาจากชั้นของผิวหนัง และขุยของผิวหนัง เป็นต้น

2. ขจัดเชื้อจุลชีพที่อาศัยอยู่ชั่วคราว ซึ่งได้รับมาจากการสัมผัสสิ่งสกปรก หรือจากสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ ในการปฏิบัติกิจกรรมในการทำงานแต่ละวัน

3. ลดจำนวนเชื้อจุลชีพที่อาศัยอยู่บนมือ ซึ่งสามารถเพิ่มจำนวนขึ้นบนมือ

4. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจุลชีพจากมือของบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่งที่มีภูมิต้านทานต่ำ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจุลชีพสู่ตัวเราเอง

ข้อควรระวังในการล้างมือ ในการล้างมือควรระวังในเรื่องต่อไปนี้

1. เล็บมือควรตัดให้สั้น ถ้าเล็บยาวจะล้างสิ่งสกปรกและเชื้อจุลชีพออกได้ยากเพราะจะถูซอกเล็บกับฝ่ามืออีกข้างหนึ่งไม่ได้ และเป็นที่สะสมของสิ่งสกปรกและเชื้อจุลชีพ อาจใช้ไม้แคะเล็บช่วยขจัดสิ่งสกปรกที่ติดอยู่ นอกจากนี้น้ำยาทาเล็บ จะทำให้เชื้อจุลชีพหลุดออกได้ยาก จึงไม่ควรใช้น้ำยาทาเล็บขณะปฏิบัติงาน (Steere & Mallison, 1975)

2. ขณะล้างมือควรยืนห่างจากอ่างล้างมือพอสมควร เพื่อป้องกันเสื้อผ้า และมือสัมผัสกับอ่างล้างมือ

3. ก่อนการล้างมือ ควรถอดแหวนหรือเครื่องประดับข้อมือออก เพราะถ้าใส่จะทำให้ล้างมือได้ไม่สะอาดทั่วถึง และยังเป็นแหล่งสะสมเชื้อจุลชีพ (Gidley, 1987)

4. เปิดน้ำไหลแรงพอประมาณ เพื่อป้องกันมิให้น้ำจากอ่างล้างมือกระเด็นมาถูกมือหรือเสื้อผ้า

5. ระมัดระวังมือหรือเสื้อผ้าไม่ให้สัมผัสกับกับด้านในของอ่างล้างมือ เพราะถือว่าเป็นส่วนที่สกปรก

6. ถ้าใช้สบู่ก้อนล้างมือ ควรล้างสบู่ก่อนใช้และก่อนเก็บ เพื่อป้องกันเชื้อจุลชีพที่ตกค้างบนสบู่

7. กรณีที่มือสัมผัสสิ่งที่ปนเปื้อนมากควรล้างมือ 2 ครั้ง การล้างครั้งแรกจะล้างสิ่งสกปรกที่ติดมือออกไปครั้งหนึ่งก่อน แล้วฟอกสบู่ใหม่อีกครั้งหนึ่ง

3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการกำจัดอุจจาระและขยะ

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กหรือดูแลเด็กล้างทำความสะอาดก้นให้สะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ มีการกำจัดอุจจาระที่ถูกวิธี และทิ้งขยะในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด,กำจัดขยะออกจากถังขยะทุกวัน ไม่ปล่อยให้ขยะล้นออกจากถัง

การกำจัดอุจจาระ

การกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ให้ทิ้งลงในส้วมหรือห่อด้วยกระดาษแล้วฝังดิน ส่วนในเด็กที่สามารถขับถ่ายได้เองให้ถ่ายลงกระโถน หรือในส้วม ทำความสะอาดให้เด็กภายหลังการขับถ่าย ล้างมือเด็ก และผู้ดูแลให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ

ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันควรดูแลรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยการทำความสะอาดพื้นด้วยน้ำผสมผงซักฟอกอย่างน้อยวันละครั้ง กรณีที่มีสารน้ำจากร่างกาย เช่น เลือด น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ อาเจียน อุจจาระตกบนพื้นต้องทำความสะอาดทันทีโดยสวมถุงมือยางก่อนจับต้องหรือจัดการกับสิ่งเหล่านั้น โดยการใช้กระดาษเช็ดสิ่งสกปรกออกทิ้งในถุงขยะแล้วราดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อทิ้งไว้ประมาณครึ่งชั่วโมงแล้วเช็ดถูตามปกติ และควรเพิ่มการทำลายเชื้อในพื้นผิวอุปกรณ์เครื่องเรือน ราวเตียง และสิ่งของที่มีการปนเปื้อน น้ำมูกน้ำลาย เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระเด็ก พื้นห้องน้ำ และบนโต๊ะหรือบริเวณที่เปลี่ยนผ้าอ้อมเด็กด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่หาได้ง่ายคือสารฟอกขาวที่ใช้ตามบ้านคือ 0.5% Sodium hypochlorite ซึ่งวิธีการผสมสารฟอกขาวเพื่อทำลายเชื้อคือ (CDC, 1998)

สารฟอกขาว ¼ ถ้วย ผสมน้ำเย็น 1 แกลลอน หรือ

สารฟอกขาว 1 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำเย็น ¼ แกลลอน

อุปกรณ์เครื่องนอนของเด็ก เช่น หมอน หมอนข้าง ฟูกที่นอน ถ้าซักได้ควรจะซักหรือนำออกผึ่งแดดสัปดาห์ละครั้ง ส่วนเครื่องนอนของทารกที่สามารถซักได้ เช่น ปลอกหมอน ปลอกหมอนข้าง ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ควรซักทำความสะอาดทุกวัน สำหรับเครื่องนอนของเด็กโต ทำความสะอาดสัปดาห์ละครั้งหรือเมื่อเปื้อน ผ้าห่มเด็กโตควรซักอย่างน้อยเดือนละครั้ง และควรทำความสะอาดทุกครั้งก่อนที่จะให้เด็กอื่นใช้ต่อ ส่วนเสื้อผ้าและผ้าอ้อมของเด็กที่เปื้อนหรือใช้แล้ว ไม่ควรซักล้างในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ถ้าผ้าเปื้อนมีอุจจาระติดอยู่ให้เทอุจจาระแข็งทิ้งในโถส้วมแล้วใส่ผ้าเปื้อนในถุงพลาสติกส่งให้ผู้ปกครองไปซักที่บ้าน ไม่ควรทำความสะอาดในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค (Rauch, Van, Bartlett & Pickering, 1990; Harkavy, 1988)

การกำจัดขยะ

การกำจัดขยะในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันนั้น ควรมีการแยกขยะเปียกออกจากขยะแห้ง ถังขยะจะต้องทำด้วยวัสดุที่คงทนแข็งแรง เช่น สังกะสี ถังพลาสติก มีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึม และนำออกกำจัดทุกวัน ภายในถังขยะควรใส่ถุงพลาสติกขนาดใหญ่หรือถุงดำไว้เพื่อสะดวกในการนำไปกำจัด และทำความสะอาดถังขยะได้ง่าย ส่วนถังพลาสติกที่บรรจุขยะควรมีการทำความสะอาดทุกครั้งหลังจากที่เทขยะแล้ว

การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

การประเมินพฤติกรรมทำให้สามารถเลือกเทคนิคในการปรับเปลี่ยน หรือการส่งเสริมพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

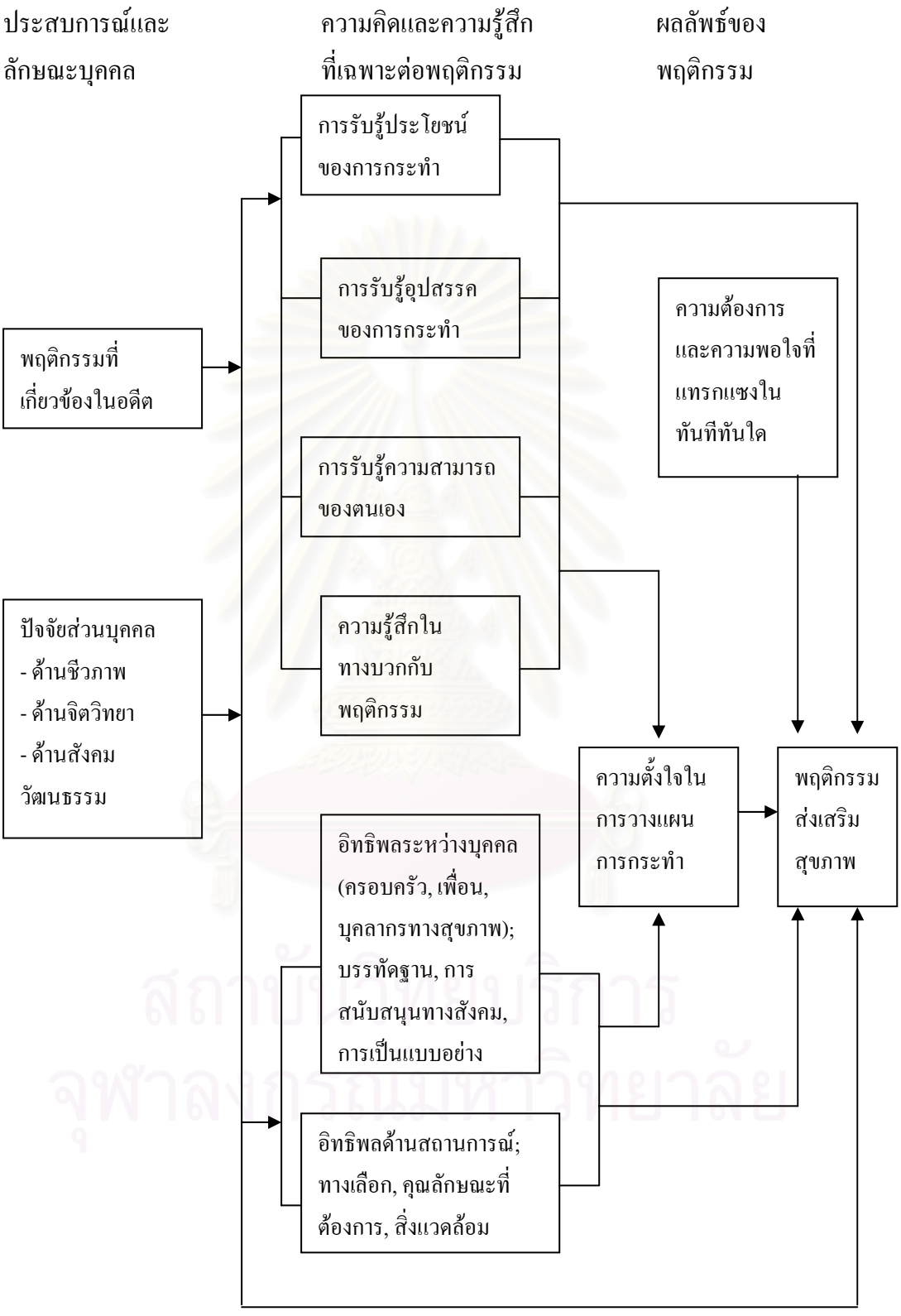
การประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ดังนี้คือ

1. การประเมินโดยตรง ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง การสังเกตสามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา หรือขาดทักษะในการอ่าน การพูด การฟัง และการเขียน เป็นวิธีที่ทำให้เราสามารถบอกถึงลักษณะของพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ แต่การสังเกตอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่เป็นไปตามธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง (Hawthone effect) อีกทั้งการที่จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาของการสังเกตที่ต่อเนื่อง ซึ่งยากที่จะได้ผลสรุปที่น่าเชื่อถือ

2. การประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลจากบุคคล การรายงานตนเอง ซึ่งมีข้อดีอยู่หลายประการ โดยเฉพาะประหยัด ครอบคลุมด้านต่างๆ ที่ต้องการจะประเมิน จะทำให้ได้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงง่ายในการนำมาประมวลหรือวิเคราะห์ผล แต่มีข้อจำกัดอยู่หลายประการด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทั้งนี้เพราะว่าการประเมินโดยการใช้การรายงานตนเองนั้นอาจได้รับผลกระทบจากการบิดเบือนข้อมูลของผู้ตอบ ความปรารถนาของสังคม และความคาดหวังของผู้ตอบแบบรายงานตนเอง นอกจากนี้สิ่งที่ได้จากการประเมินนั้นอาจจะเป็นแค่การรับรู้ของพฤติกรรมของผู้ตอบแบบรายงานตนเองเท่านั้น โดยไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่แท้จริง

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลแบบทางอ้อม คือการรายงานตนเอง โดยให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถาม เพื่อหลีกเลี่ยงความไม่เป็นธรรมชาติ หรือการปฏิบัติที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการจริงๆ ของผู้ดูแลเด็กจากการสังเกต (Hawthone effecf) นอกจากนี้แบบสอบถามยังทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการภายในระยะเวลาสั้น และเพื่อเป็นการลดโอกาสในการตอบคำถามที่บิดเบือนความจริงของผู้ดูแลเด็ก ความปรารถนาของสังคม และความคาดหวังของผู้ดูแลเด็กในการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งให้ผู้ดูแลเด็กทราบว่าคำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy - Value Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่า บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรวบรวมผลการวิจัยที่ศึกษาด้วยตนเองและจากผู้อื่น นำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบใหม่ล่าสุดในปี ค.ศ. 2002 (Pender, 2002) โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลกระทบจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรม เป้าหมายที่นำมาพิจารณา การเลือกวัดปัจจัยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต หรือลักษณะส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จึงอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของพฤติกรรมสุขภาพหรือมีความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายเท่านั้น แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมดประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior Related Behavior) ปัจจัยพฤติกรรมด้านพฤติกรรมในอดีต ตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนๆ กัน หรือคล้ายกันกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับนิสัย ซึ่งจะนำเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยที่ขึ้น และยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ประโยชน์ (Benefit) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related affect) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) กล่าวว่าเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับจะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลความสามารถหรือทักษะของตน (Pender, 2002) ซึ่ง แบนดูราเรียกว่า การคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมซ้ำได้มากขึ้น อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเป็นประสบการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำ ที่เปรียบราวกับเครื่องกีดขวางที่ต้องข้ามให้พ้น เพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกๆ ครั้งจะมีอารมณ์และความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวกหรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการแสดงพฤติกรรมจะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อเป็นข้อมูลที่นำมาพิจารณาไตร่ตรองเมื่อจะเข้าสู่

พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูกนำมาเสนอในลักษณะการปรับแต่งประวัติพฤติกรรมทางบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม สอนวิธีให้ผู้รับบริการสามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว และก่อให้เกิดความสามารถในระดับที่สูงขึ้น และให้ความรู้สึกทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรอง ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ (Age) เครื่องชี้วัดขนาดของร่างกาย (Body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดระดู (Menopausal status) ความแข็งแรง (Strength) ความกระฉับกระเฉง (Agility) ความสมดุลของร่างกาย (Balance) หรือ ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic capacity)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) และ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Percieved health status)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ (Race) เผ่าพันธุ์ (Ethnicity) วัฒนธรรม (Acculturation) การศึกษา (Education) และสภาวะเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status)

ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำมาใช้เป็นตัวแปรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมพยาบาล

2. ความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจ และนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ที่กล่าวว่า การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรงหรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาและแหล่งประโยชน์ในการทำกิจกรรม ที่น่าจะเพิ่มประสบการณ์ของตนเองไปในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับ

จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการตื่นตัว (Increase alertness) และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Decreases feeling of fatigue) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัลที่เป็นทรัพย์สินเงินทอง หรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นผลที่ได้จากการมีพฤติกรรมในระยะแรกประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอกอาจจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ต่อมาประโยชน์ภายในอาจจะมีพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า ความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์หรือการคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ในทางบวกเป็นสิ่งที่สำคัญ แม้ว่าจะไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นเงื่อนไขในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferguson et al. (1989) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในนักเรียนมัธยมจะเป็นตัวสนับสนุนความตั้งใจการออกกำลังกายและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (มยุรี นิรัตธราดร, 2539) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับรู้ประโยชน์ จะได้รับจากการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (นิรามัย ศุภนราพงศ์, 2539) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล (สรัลรัตน์ พลอินทร์, 2542)

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ (Perceived Barriers to Action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ได้ การรับรู้อุปสรรคนั้นประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือใช้เวลามากในการกระทำ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกั้นขัดขวาง และต้นทุนของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การเกิดความไม่พึงพอใจในการเลิกปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ก็ถือว่าเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งได้ อุปสรรคมักจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมีมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุ

ระหว่าง 13-19 ปี ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (มยุรี นิรัตธราดร, 2539) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับรู้อุปสรรคต่ำเกี่ยวกับการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (นิรามัย ศุภนราพงศ์, 2539) การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2540) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 22 – 83 ปี เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ (Murdaugh and Hinshaw, 1986) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปได้ (วาสนา สารการ, 2544)

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรม โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้อย่างไร การตัดสินความสามารถของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) โดยการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินที่ผลลัพธ์ เช่นผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดี และถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในตนเอง มีพื้นฐานมาจากข้อมูล 4 ประการ คือ

2.3.1 การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและประเมินการปฏิบัตินั้นตามมาตรฐานของตนหรือการประเมินที่ได้รับจากบุคคลอื่น

2.3.2 ประสบการณ์จากการสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง

2.3.3 การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3.4 สรีรภาพ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเงียบ ความสงบ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้บุคคลนำมาใช้ตัดสินความสามารถของตนเอง

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเสนอว่า ความรู้สึกนึกคิดสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อมีความรู้สึกนึกคิดทางบวกมากขึ้น การรับรู้ความสามารถก็จะมากขึ้น ในทางกลับกันการรับรู้ความสามารถของตนเองก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ ยิ่งรับรู้ว่ามีความสามารถมากเท่าใดก็ยิ่งทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงมากขึ้นเท่านั้น ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความตั้งใจในการวางแผนกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

มีการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองของคนงานเชื้อสายอเมริกากลางและกลุ่มผิวดำ มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Weilzel and Waller, 1990) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (วันดี แย้มจันทร์ฉาย, 2538) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล (สรัลรัตน์ พลอินทร์, 2542) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วน (น้ำฝน ทองตันไตรย์, 2541) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (ปิยะพันธ์ นันตา, 2541) การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปได้ (วาสนา สารการ, 2544)

2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related Affect) ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นระดับน้อยๆ ปานกลางหรือรุนแรง และถูกตัดสินด้วยความคิด เก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำในขณะนั้น (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทในขณะนั้น (Context-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น อารมณ์ความรู้สึกร่วมกับพฤติกรรมสะท้อนเป็นปฏิกิริยาลูกโซ่แสดงถึงความต่อเนื่องด้านอารมณ์ความรู้สึกโดยตรง หรือตอบสนองในทุกขั้นตอนตลอดการมีพฤติกรรมนั้น อาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุก ความรู้สึกปลื้มปิติหรือเบิกบานใจ ความรู้สึกเพลิดเพลิน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก ในทางกลับกันถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง ในบางพฤติกรรมจะมีทั้งความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างอารมณ์ความรู้สึกจึงต้องดูที่ความสมดุล ระหว่างความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการแสดงพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นแตกต่างจากการประเมินด้านทัศนคติตามแนวคิดของฟิชไบน์และแอสเซน (Fishbein and Ajzen) การประเมินในแง่ของทัศนคติสะท้อนถึงการประเมินทางด้านอารมณ์ความรู้สึกของผลลัพธ์เฉพาะของพฤติกรรมมากกว่าการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่พอเหมาะของพฤติกรรมโดยตัวมันเอง (Pender, 2002)

ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนว่าจะกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ McAuley and Courneya (1992) ที่พบว่า ความรู้สึกทางบวกที่มีในระหว่างการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายความสามารถในการออกกำลังกายในภายหลัง และ สดุดี ภูห้องไสย (2541) พบว่าความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคลอื่น ซึ่งความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเป็นแบบอย่าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้ แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใดๆ ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม หาได้ง่าย (Option available) คุณลักษณะที่ต้องการ และลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral outcome) เป็นการกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำเป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะดึงให้บุคคลเข้าสู่และผ่านพฤติกรรมไปได้ นอกจากว่ามีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกที่บุคคลนั้นไม่ได้กระทำสิ่งที่ตั้งใจไว้ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่ Ajzen and Fishbein ได้กล่าวไว้ว่า ความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ (Pender, 2002) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้สึกความเข้าใจ ได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะ ในเวลา และสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลที่เฉพาะหรือโดยลำพัง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสิ่งใดๆ เข้ามาแทรก

3.1.2 เลือกใช้วิธีการที่ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ และได้รับการเสริมแรงจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3.2 ความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) เป็นเหตุให้พฤติกรรมทางเลือกอื่น แทรกเข้าในความคิด ทำให้เลือกปฏิบัติพฤติกรรมอื่นทันทีก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ตั้งใจไว้

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือผลลัพธ์ของการกระทำในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผสมผสานไปกับแบบแผนชีวิต จะส่งผลให้เสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดพัฒนาการทุกระยะของชีวิต

แนวคิดตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวถึงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลว่าขึ้นอยู่กับตัวแปรหลัก 3 ตัวแปรคือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตัวแปรด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำตัวแปรย่อย 4 ตัวแปรมาใช้ในการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม เนื่องจากพบว่าผลของตัวแปรย่อยเหล่านี้สามารถทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เห็นได้จากงานวิจัยที่มีการนำตัวแปรทั้ง 4 ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลาย เช่น สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง (จิตสมร วุฒิพงศ์, 2543) สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ (ชุลี ภู่ทอง, 2545) สามารถทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ (วัชรา สุขแท้, 2546)

สรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าจะได้รับผลประโยชน์ในทางบวกหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม จึงทำให้บุคคลมีแนวโน้มว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับการรับรู้ความสามารถของตน เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมนั้นอีก แต่ถ้าเป็นความรู้สึกทางลบบุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น(Pender, 2002)

4. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Kolb (1984) ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนา มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก คือ ผู้เรียนต้องมีการทำกิจกรรม ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีการทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. อาศัยการสื่อสาร ซึ่งเป็นการเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยนและการวิเคราะห์สังเคราะห์ความรู้

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมในการนำใช้จัดกิจกรรมให้แก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เนื่องจากผู้ดูแลเด็กจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จะสะสมประสบการณ์ ความรู้ นับเป็นแหล่งวิทยาการที่มีคุณค่า เปิดกว้างที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นประสบการณ์ที่มีต่อการเรียนรู้ สามารถแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อขยายโลกทัศน์ ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่มจึงเป็นการอภิปรายกลุ่ม เนื่องจากแหล่งวิทยาการสำคัญในการเรียนรู้ โดยมีประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐาน และสามารถนำประสบการณ์เดิมนี้ไปสัมพันธ์กับประสบการณ์ใหม่ จึงทำให้ประสบการณ์ใหม่มีความหมายมากขึ้น มีความพร้อมที่จะเรียน ในการประเมินผลและการวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ใหม่ เพื่อให้ทราบว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยประเมินด้วยวิธีต่างๆ เช่น การทดสอบ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต เป็นต้น และจากผลการประเมินสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ผู้เรียนยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ข้อใด และควรได้รับสิ่งใดเพิ่มเติมต่อไป เพื่อนำไปแก้ปัญหาในชีวิตจริง พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติทันที ทั้งในชีวิตครอบครัว และการทำงาน (Knowles, 1980)

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984,1991,1995 & กรมสุขภาพจิต, 2543) ได้กล่าวถึงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะในการเรียนรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบ ฉะนั้นผู้เรียนจึงควรมีทิศทางการเรียนรู้และมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ประสบการณ์ (Experience) เป็นประสบการณ์ที่ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้ การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอนและผู้เรียน ดังนี้

1.1 ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเอง และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี

1.2 ผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบายหรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

2. การสะท้อนคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเอง แลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนด ประเด็นการวิเคราะห์ วิจารณ์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปราย จะทำให้ได้ข้อสรุปที่มีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ และเจตคติในเรื่องที่จะอภิปราย

การอภิปรายกลุ่ม คือการที่บุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน (จินตนา ยูนิพันธ์ 2532; วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล 2522; รัตนา พุ่มไพศาล 2529; Bormann 1975; Harnack et al., 1977)

จำนวนสมาชิกกลุ่ม มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดใด อีกทั้งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่มและความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง (Marram, 1978)

กลุ่มควรจะประกอบด้วย สมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1982) สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (Klein, 1972) แต่ถ้าหากมีกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้นควรมีสมาชิกจำนวน 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด ที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นหากว่ากลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้ ความสนใจซึ่งกันและกันจะน้อยลงเพราะสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์น้อยลง

การจัดรูปแบบของกลุ่มที่มีขนาดเล็ก ควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สมาชิกในกลุ่มหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face Group) จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วม เพราะจะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิดจะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withal and Levis 1963: 684)

การกำหนดสถานที่ในการทำกลุ่มควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะในการเรียนรู้มากที่สุด เช่นห้องไม่แออัด เวลาในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาว่างที่ไม่มีกิจกรรมอื่นทั้งสมาชิก และผู้นำกลุ่มควรกำหนดวัน เวลา สถานที่แน่นอน สำหรับการทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลา ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรให้เวลาครั้งละประมาณ ½ - 1 ชั่วโมง และความถี่ของการจัดกลุ่ม อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Marram, 1978)

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของสมาชิกให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้นผู้นำมีหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978) และสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นในปัญหาต่างๆ ที่พบ ตลอดจนหาแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้ว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้บรรยากาศในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงเป็นที่น่าพอใจ และมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะๆ จนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

บทบาทของสมาชิกกลุ่มก็มีความสำคัญ สมาชิกกลุ่มจะต้องให้ข้อคิดใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม กระตุ้นสนับสนุน คอยให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ตรวจทานความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนในกลุ่ม ประสานความคิดเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรค์ในภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะ ความคิดและวิธีการใหม่ๆ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ ก้าวหน้าต่อไป

ดังนั้นหลักของกระบวนการกลุ่มที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมการอภิปรายสำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงว่ามีมาก และอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมว่ามีน้อย และ

ทุกคนสามารถใช้ความสามารถของตนในการเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพในที่สุด

3. ความคิดรวบยอด (Concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธพิสัย (Knowledge) เกิดได้หลายทางเช่น จากการบรรยายของผู้สอนการมอบหมายให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็นและอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปรายและการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

4. การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอด หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ซึ่งผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้ และนำความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ในองค์ประกอบความคิดรวบยอดมาทดลองปฏิบัติ

การทดลองปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ในการทำสิ่งต่างๆ โดยอาศัยความคิดรวบยอด ความคิด ทัศนคติ เป็นลักษณะการลองผิดลองถูก โดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้จัดกระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ในการที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีส่วนประกอบ คือ ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติ ถ้าต้องการให้กลายเป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติเสมอๆ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการเรียนรู้อาจโดยวิธีใดก็ได้ โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจจะได้รับสาธิตวิธีการ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรจะได้มีโอกาสฝึกทักษะนั้นทันทีภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะแนะนำและให้แรงเสริมด้วยคำพูด ผู้เรียนจะปฏิบัติทักษะนั้นๆ ด้วยตนเอง สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติจนกว่าจะเกิดความชำนาญขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ทัศนคติ อายุ ความมั่นใจ ระยะเวลาของการปฏิบัติ การปฏิบัติซ้ำและการให้กำลังใจหรือเสริมแรง (สุดาพร วิรางกูล, 2538)

จากแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984) มาจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูตนเองด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

สรุปได้ว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน หรืออาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูลหรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตนเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามความรู้ใหม่ ดังนั้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์จึงเป็นวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่สำหรับการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องต่อไป

5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงว่ามีมาก คิดว่าอุปสรรคมีน้อย และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ อันจะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยการจัดกิจกรรมในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เนื่องจากผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีการสะสมประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ สามารถเรียนรู้โดยนำประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กและเกิดการรับรู้ดังกล่าวออกมานำเสนอร่วมกัน สะท้อนความคิดและอภิปราย (Refletion and Discussion) ในลักษณะของการอภิปรายกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคิดรวบยอด (Concept) เกิดความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆที่ต้องการเรียนรู้ และจัดให้มีการทดลองปฏิบัติจริง (Experimentation/Application) ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติมากขึ้น (Kolb, 1984) กิจกรรมดังกล่าวมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ Knowles (1980) กล่าวว่าการที่ผู้เรียนในวัยผู้ใหญ่จะสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆได้ดีนั้นต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ให้มากที่สุด

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้นำประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกัน สะท้อนความคิดและอภิปราย (Refletion and Discussion) แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองกับสมาชิกในลักษณะของการอภิปรายกลุ่ม มุ่งเน้นให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย และผู้ดูแลเด็กทุกคนมีความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ โดยเนื้อหาในการอภิปรายครอบคลุมพฤติกรรมหลักในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ทั้ง 3 ด้านได้แก่ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังการขับถ่ายทุกครั้ง 3) พฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี ตามแนวทางในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข (2546) ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคิดรวบยอด (Concept) สามารถเรียนรู้และเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นความรู้และแนวทางในการปฏิบัติที่ผู้ดูแลเด็กทุกคนได้ร่วมกันกำหนดขึ้น และเมื่อได้มีการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง (Experimentation) ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้นจากการได้ลงมือปฏิบัติและประสบความสำเร็จ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพิ่มเติม ชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลเด็กปฏิบัติได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คือ การจัดอภิปรายเป็นกลุ่มย่อยและสาธิตทดลองปฏิบัติจริง โดยมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มประมาณ 4-7 คน เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (Klein, 1972) เวลาในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาว่างที่ไม่มีกิจกรรมอื่น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ ใช้เวลาในการทำกลุ่ม 2 ช่วงๆ ละไม่เกิน 2 ชั่วโมง เพื่อความเหมาะสมของเวลากับเนื้อหา โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลเด็กและระหว่างผู้ดูแลเด็กด้วยกัน เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความคุ้นเคยและยินดีเข้ากิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม พยาบาลจะบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เพื่อเป็นการเกริ่นนำเข้าสู่การอภิปราย โดยใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยาย

เมื่อจบการบรรยาย เริ่มกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ และสร้างความคิดรวบยอดร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

1.1 ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม

1.2 อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม

1.3 ความสามารถของตนเองที่จะเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ

1.4 ความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มได้สำเร็จ

2. ขั้นการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริง พยาบาลเป็นผู้สาธิตพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม ให้ผู้ดูแลเด็กดูเป็นตัวอย่างก่อน จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนในกลุ่มได้ทดลองปฏิบัติจริง ชมเชย ส่งเสริม สนับสนุนเมื่อผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติได้ดี ถูกต้อง หากผู้ดูแลเด็กคนไหนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลให้กำลังใจและชี้แนะในการปฏิบัติใหม่อีกครั้งจนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มได้ถูกต้องต่อไป เป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง และเพื่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

ช่วงที่ 2 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ประกอบกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างความคิดรวบยอดร่วมกันเกี่ยวพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

1.1 ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

1.2 อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

1.3 ความสามารถของตนเองที่จะเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ

1.4 ความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

2. ขั้นการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริง พยาบาลเป็นผู้สาธิตพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้านการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย และการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี ให้ผู้ดูแลเด็กดูเป็นตัวอย่างก่อน จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนในกลุ่มได้ทดลองปฏิบัติจริง ชมเชย ส่งเสริม สนับสนุนเมื่อผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติได้ดี ถูกต้อง หากผู้ดูแลเด็กคนไหนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลให้กำลังใจและชี้แนะในการปฏิบัติใหม่อีกครั้งจนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้ถูกต้องต่อไป เป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง และเพื่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

จากแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นประเด็นสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ร่วมกับการนำแนวคิดของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) มาใช้ในการจัดกิจกรรม จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กจะสามารถทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดีของเด็กต่อไป

6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้า และที่สำคัญเป็นการปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทการทำงานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลต่างๆ เพื่อนำมาผสมผสานในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กซึ่งจะต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบบริการปฐมภูมิ (กองการพยาบาล, 2545) ซึ่งมีเป้าหมายมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง ให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการธำรงไว้ซึ่งระดับความสมบูรณ์ของสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนมีการปฏิบัติตามแนวคิดการป้องกันและควบคุมโรค ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2539)

1. การป้องกัน และควบคุมโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและให้การป้องกันเฉพาะ เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในประชากรทุกกลุ่มอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. การป้องกันและควบคุมโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มต้น ให้การรักษาที่ถูกต้องทันทีเพื่อลดความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการหยุดยั้งความพิการ เช่น การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค

3. การป้องกันและควบคุมโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) ได้แก่ การ

ปฏิบัติการเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อหยุดยั้งไม่ให้มีความพิการเพิ่มมากขึ้น เป็นการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของความพิการ หรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะระบบต่างๆ ในร่างกายแก่ผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าในการปฏิบัติงานดังกล่าว ผู้ปฏิบัติจะต้องมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยการประยุกต์ศาสตร์ด้านการสาธารณสุข และระบาดวิทยามาใช้ในการปฏิบัติงานอีกทั้งยังต้องผสมผสานทักษะด้านการพยาบาลพื้นฐาน (Basic nursing practice) และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance nursing practice) มาใช้ในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน และสำหรับงานวิจัยนี้ เป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) มีหน้าที่ในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามแนวทางของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ซึ่งได้แก่

1. การรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาควรเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่งอายุ 4-6 เดือน หลังจากนั้นจึงเริ่มให้อาหารเสริมร่วมกับนมแม่ สามารถให้เด็กดูดได้ตลอดโดยเฉพาะเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

2. การเลี้ยงดูเด็กให้มีการเจริญเติบโต และสุขภาพแข็งแรง โดยการจัดหาอาหารที่สะอาด มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว พืชผัก และผลไม้ต่างๆ อุปกรณ์ที่ประกอบอาหารต้องสะอาด ให้เด็กรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หากอาหารที่เตรียมนานแล้วต้องอุ่นก่อนรับประทาน การเก็บอาหารต้องมิดชิด มีฝาปิดครอบอาหารไว้ ถ้าเป็นไปได้ควรเก็บไว้ในตู้เย็น

3. สุขอนามัย และการจัดหาน้ำดื่มที่สะอาด โดยน้ำที่นำมาใช้สำหรับการบริโภคต้องได้มาจากแหล่งน้ำที่สะอาด อยู่ห่างจากบริเวณที่เลี้ยงสัตว์ หรือไกลจากส้วมอย่างน้อย 10 เมตร ภาชนะที่เก็บน้ำต้อมีฝาปิดมิดชิด และน้ำที่นำมาประกอบอาหารสำหรับเด็กต้องต้มให้เดือด

4. การล้างมือ โดยสมาชิกในครอบครัวต้องล้างมือให้สะอาด การล้างมือให้กับเด็กภายหลังการขับถ่าย หรือทำความสะอาดให้เด็กหลังการขับถ่าย รวมถึงการล้างมือก่อนเตรียมอาหารก่อนรับประทานอาหาร ก่อนป้อนอาหาร หรือป้อนนมให้กับเด็ก

5. การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ แต่ถ้าหากไม่มีส้วม ควรถ่ายอุจจาระให้ห่างจากบ้าน แหล่งน้ำ ทางเดิน หรือบริเวณที่เด็กเล่นอย่างน้อย 10 เมตร

6. การกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ให้ทิ้งลงในส้วม หรือห่อด้วยกระดาษแล้วฝังดิน ส่วนในเด็กที่สามารถขับถ่ายได้เองให้ถ่ายลงกระโถน หรือในส้วม ทำความสะอาดให้เด็กภายหลังการขับถ่าย ล้างมือเด็ก และผู้ดูแลให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่

7. การดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด เมื่อเด็กอายุอยู่ในช่วง 9-12 เดือน

โดยวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ได้แก่ การสอนสุขศึกษา การจัดอบรมผู้ดูแลเด็ก การศึกษาดูงาน การติดแผ่นป้ายรณรงค์ การแจกแผ่นพับ เป็นต้น

เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานปฐมภูมิตามสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวทางของกองการพยาบาล (2545) มาศึกษาเพิ่มเติมร่วมกับแนวทางของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) และผลงานวิจัยของประคิณ สุจฉายา และคณะ (2543) ที่ได้เสนอบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำมาสรุปเป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิกับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้จัดการ หมายถึง การเป็นผู้วางแผน กำหนดทิศทาง การพัฒนาคน การติดตามควบคุม และการเป็นตัวแทนของชุมชน ซึ่งการจัดการในที่นี้เป็นการจัดการดูแลสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ดำเนินการเสริมสร้างสุขภาพเด็กในเชิงรุก พยาบาลจะเป็นผู้ทำหน้าที่ประเมินปัญหาโรคอุจจาระร่วงในเด็กร่วมกับผู้ดูแลเด็ก ร่วมวางแผน และดำเนินการแก้ไขไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้การดูแลเด็กโดยตรงหรือจัดทำโครงการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กร่วมกับผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งติดตาม สนับสนุน การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย และประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง ทั้งด้านทีมสุขภาพและด้านผู้ดูแลเด็กตลอดจนทำหน้าที่ในการบริหารงานในหน่วยงานปฐมภูมิภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด อย่างคุ้มค่าและคุ้มทุน

2. บทบาทการเป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้น หมายถึง การปฏิบัติบทบาทในการดูแลสุขภาพเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้วยทักษะขั้นพื้นฐานและทักษะขั้นสูงในวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก การวินิจฉัยและวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอย่างต่อเนื่อง

3. บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน และติดต่อสื่อสาร ในการดูแลสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานระดับปฐมภูมิต้องมีการทำงานเป็นทีม ทั้งทีมสุขภาพและทีมงานองค์กรท้องถิ่น เช่น ทีมงานบริการสังคมสงเคราะห์ ทีมงานองค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรเอกชน เป็นต้น ซึ่งการติดต่อสื่อสารและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยการติดต่อสื่อสารจะช่วยสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจ และรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในการประสานกิจกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก ให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีได้

4. บทบาทของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงในด้านการพัฒนาสุขภาพของเด็ก ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่เหมาะสม เป็นผู้แยกแยะปัญหา ประเมินความสามารถของผู้ดูแลเด็ก กำหนดทางเลือก สำรวจผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ประเมินแหล่งประโยชน์ กำหนดบทบาทการช่วยเหลือ สร้างโอกาสความร่วมมือที่เหมาะสม สร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพของการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนและนโยบายการพัฒนาสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

5. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา การให้คำปรึกษาของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิเป็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพ ให้การช่วยเหลือเด็ก โดยให้ผู้ดูแลเด็กตระหนักถึงปัญหาของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ให้ผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ถูกต้อง การให้คำปรึกษาของพยาบาลวิชาชีพเป็นการสนับสนุนผู้ดูแลเด็กทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสติปัญญา ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กรู้จักเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพเด็ก

6. บทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ต้องออกชุมชน ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน เพื่อการเรียนรู้วิถีชีวิตของผู้ดูแลเด็กในการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งการค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน เพื่อนำมาผสมผสานในกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันได้อย่างเหมาะสม

7. บทบาทการเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้ให้ความรู้ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยใช้เทคนิควิธีการเสริมพลัง (Empower) ให้ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งบทบาทในการเป็นผู้สอนในกลุ่มวิชาชีพและทีมสุขภาพด้วยกันเอง เช่น การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

8. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ของเด็ก การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เปรียบเสมือนสื่อกลางระหว่างการจัดบริการสาธารณสุขกับเด็ก ดังนั้น จึงมีบทบาทในการส่งเสริมให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ในการเลือกบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ให้เด็กได้รับการดูแลป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเสมอภาค นอกจากนี้ยังต้องเป็นปากเสียงในการร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในการธำรงไว้ซึ่งสิทธิ์อันพึงจะได้รับอย่างเสมอภาคของเด็กทุกคน

9. บทบาทการเป็นผู้สร้างงานวิชาการ การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พยาบาล

วิชาชีพจะต้องสามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยเพื่อนำมาพัฒนางาน มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก สร้างงานวิจัยด้านการพยาบาล เพื่อให้ได้คำตอบในการพัฒนา หรือการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

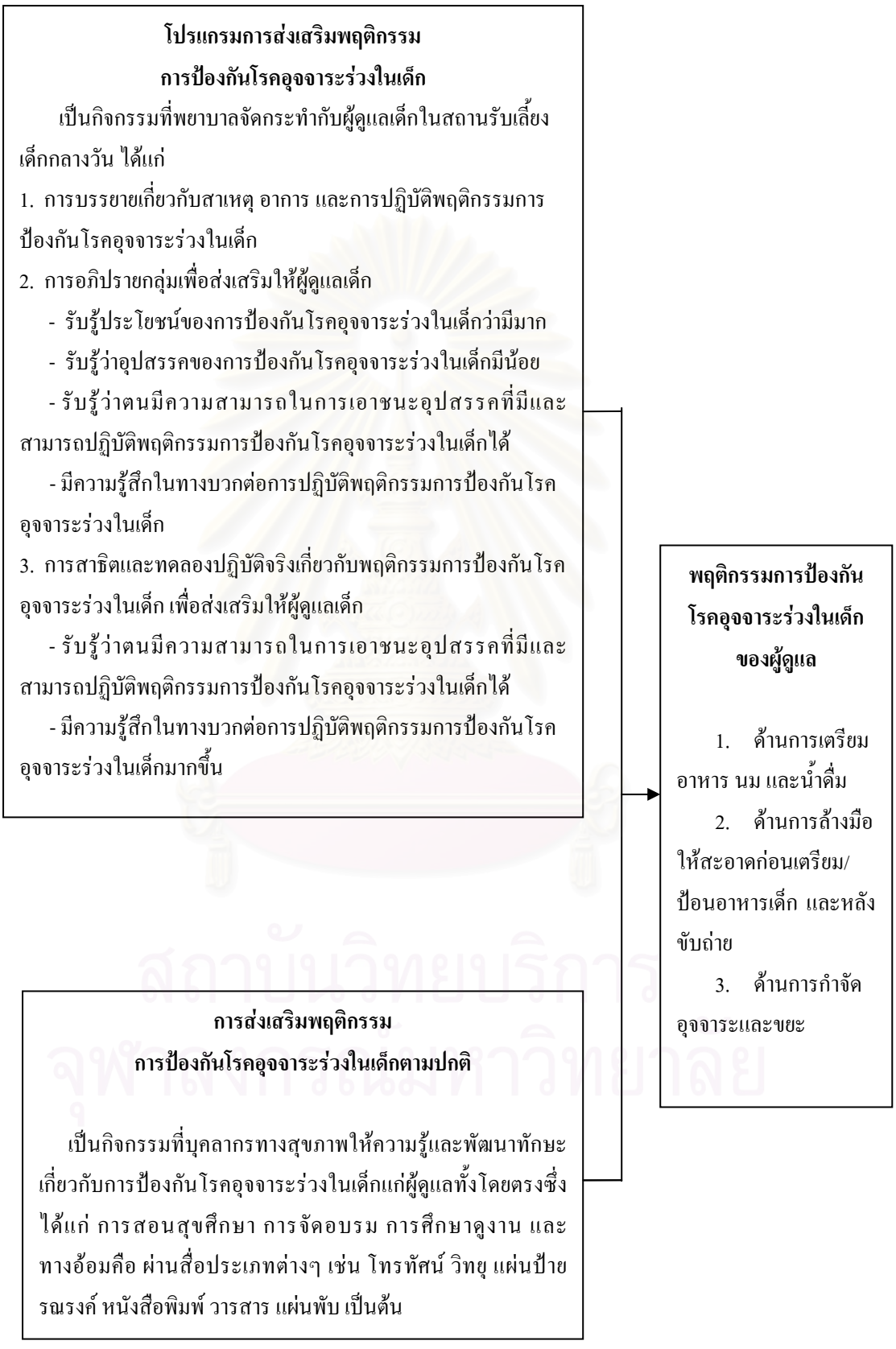
10. บทบาทในการใช้ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทในทุกสาขาอาชีพ เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องนำข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยต้องสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์และองค์ความรู้ทางการพยาบาล เช่น การจัดระบบฐานข้อมูลของจำนวนเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในแต่ละปี และการผลิตสื่อการสอน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นต้น

สรุปได้ว่า การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิในส่วนของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก พยาบาลวิชาชีพจะต้องอาศัยความรู้ต่างๆ ทั้งความรู้พื้นฐาน และความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาบขั้นสูง ตลอดจนต้องสามารถตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ต้องยึดหลักคุณธรรมและจริยธรรม จึงจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพสูงตามขอบเขตและองค์ความรู้ที่กำหนดในศาสตร์สาขาได้อย่างชัดเจน โดยยึดหลักการของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประคิณ สุจฉายา และคณะ (2543) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาระบบบริการสุขภาพ วิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทยในมุมมองของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการยังมีมาตรฐานและคุณภาพไม่เพียงพอ การขาดแคลนบุคลากรในทีมสุขภาพ การไม่ได้รับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่รัฐจัดให้ ต้องการให้พยาบาลมีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น และควรมีการปฏิรูประบบการศึกษาพยาบาลเพื่อผลิตพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถตามความต้องการของระบบสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กก็เช่นเดียวกัน เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ที่จะต้องให้บริการในเชิงรุก เข้าถึงกลุ่มผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูง เนื่องจากต้องอาศัยผู้ดูแลเด็กในการดูแลแทนบิดามารดาช่วงเวลากลางวัน หากผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ถูกต้อง เช่น ให้เด็กรับประทานอาหารค้างมือโดยไม่อุ่นให้เดือดก่อน ไม่ล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็ก มีการกำจัดอุจจาระไม่ถูกวิธี อาจทำ

ให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้ เพราะฉะนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ที่จะต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2545) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง O1 X O2

กลุ่มควบคุม O3 O4

O1 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลก่อนการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

X หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

O2 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

O3 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติก่อนการทดลอง

O4 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในชุมชน ที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ดูแลเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปีในช่วงเวลากลางวัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในชุมชน ที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอไชยา 11 แห่ง และอำเภอกาญจนดิษฐ์ 13 แห่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีหน้าที่ดูแลเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ในช่วงเวลากลางวัน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกพื้นที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีจากทั้งหมด 19 อำเภอ มา 2 อำเภอ ได้เป็นอำเภอกาญจนดิษฐ์ และอำเภอไชยา เนื่องจากทั้ง 2 อำเภอมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ทั้งในด้านนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน, ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็ก เป็นต้น

2. ประสานงานกับหัวหน้างานผ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอรายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันและรายชื่อผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและเข้ากลุ่มทดลองด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการหยิบสลากเลือกได้อำเภอกาญจนดิษฐ์เป็นกลุ่มทดลอง และอำเภอไชยาเป็นกลุ่มควบคุม ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นอำเภอเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนเกี่ยวกับการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างผู้ดูแลเด็กกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภออีกครั้ง โดยการหยิบสลากเลือกชื่อของสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันก่อน และดูว่าแต่ละที่มีผู้ดูแลเด็กกี่คน จากนั้นจึงหยิบต่อและนับจนกว่าจะได้ผู้ดูแลเด็กในแต่ละอำเภอรวมกันอย่างน้อย 30 คน ซึ่งหยิบได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน

5. ในกลุ่มทดลองเมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบแล้ว คัดเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กที่อยู่ใกล้เคียงกันจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อความสะดวกในการเดินทาง โดยจัดให้มีจำนวนผู้ดูแลเด็กกลุ่มละ 4-7 คน ได้ผู้ดูแลเด็กทั้งหมด 5 กลุ่ม

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายเป็นตารางได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 รายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันและจำนวนผู้ดูแลเด็กในแต่ละแห่งของกลุ่มควบคุม

ลำดับที่	ชื่อสถานรับเลี้ยงเด็ก	จำนวนผู้ดูแลเด็ก (คน)
1	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวัดแก้ว	4
2	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านปากท่อ	2
3	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามัคคีนฤมิตรบ้านปากด่าน	3
4	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกลาง	3
5	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองมน	2
6	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะกรบ	3
7	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านพรุยายชี	3
8	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดวิโรจนาราม	2
9	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กศูนย์มัสยิดนูรุลอิสลาม	4
10	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านพุมเรียง	4
11	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสารภีอุทิศ	4
	รวม	**34**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 รายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันและจำนวนผู้ดูแลเด็กในแต่ละแห่งของกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	ชื่อสถานรับเลี้ยงเด็ก	จำนวนผู้ดูแลเด็ก (คน)	กลุ่มที่
1	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสระ	4	1
2	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกรูด	2	1
3	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านมุสลิม	2	2
4	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเขาพนมวัง	2	2
5	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวังไทร	2	2
6	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านควนนิมิตร	3	3
7	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทับท้อน	4	3
8	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดเยาฮารุนดีเนียะ	2	4
9	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดสอริชชุนนะฮ์	2	4
10	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดยาเมี๊ยะฮ์	2	4
11	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสะท้อน	3	5
12	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท่าโพธิ์	2	5
13	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนยาง	2	5
	รวม	**32**	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส และประวัติการมีบุตร

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		รวม (n = 66)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)						
20-29	10	31.3	13	38.2	23	34.8
30-39	16	50.0	11	32.4	27	40.9
40-49	6	18.8	10	29.4	16	24.2
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0
เพศ						
ชาย	-	-	-	-	-	-
หญิง	32	100.0	34	100.0	66	100.0
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0
สถานภาพสมรส						
โสด	11	34.4	10	29.4	21	31.8
คู่	20	62.5	22	64.7	42	63.6
หย่า	-	-	-	-	-	-
หม้าย	1	3.1	2	5.9	3	4.5
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0
ประวัติการมีบุตร						
มี	17	53.1	20	58.8	37	56.1
ไม่มี	15	46.9	14	41.2	29	43.9
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		รวม (n = 66)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ปวช.- ปวส.(อนุปริญญา)	16	50.0	16	47.1	32	48.5
ปริญญาตรี	16	50.0	18	52.9	34	51.5
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0
ศาสนา						
พุทธ	19	59.4	29	85.3	48	72.7
อิสลาม	13	40.6	5	14.7	18	27.3
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0
รายได้ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 5,000	2	6.3	-	-	2	3.0
5,000-10,000	27	84.4	33	97.1	60	90.9
10,000-15,000	3	9.4	1	2.9	4	6.1
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						
ต่ำกว่า 1 ปี-5 ปี	12	37.5	15	44.1	27	40.9
6-10	14	43.8	12	35.3	26	39.4
11-15	5	15.6	5	14.7	10	15.2
16 ปีขึ้นไป	1	3.1	2	5.9	3	4.5
รวม	32	100.0	34	100.0	66	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กจำนวนทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มควบคุม 34 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.8 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 31.8 และเป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 4.5 เคยมีบุตรแล้ว คิดเป็นร้อยละ 56.1 และไม่เคยมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 43.9 ระดับการศึกษาจบชั้นปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 51.5 และรองลงมา จบอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 48.5 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.9 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลเด็กที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ต่ำกว่า 1ปี- 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามการประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ประเภทของสื่อที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และประเภทของข้อมูลเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ได้รับ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		รวม (n = 66)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลโรคอุจจาระร่วงในเด็ก						
เคย	32	100.0	34	100.0	66	100.0
ไม่เคย	-	-	-	-	-	-
ประเภทของสื่อที่ผู้ดูแลเด็กได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก*						
โทรทัศน์	30	93.8	32	94.1	62	93.9
วิทยุ	16	50.0	20	58.8	36	54.5
หนังสือพิมพ์	16	50.0	23	67.6	39	59.1
นิตยสาร-วารสาร	8	25.0	8	23.5	16	24.2
แผ่นพับ	23	71.9	21	61.8	44	66.6
พยาบาล	12	37.5	12	35.3	24	36.3
บุคลากรทางสุขภาพ	25	78.1	24	70.6	49	74.2
ประเภทของข้อมูลข่าวสารที่ผู้ดูแลเด็กได้รับเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก*						
สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง	30	93.8	32	94.1	62	93.9
การสังเกตอาการของโรคอุจจาระร่วง	21	65.6	20	58.8	41	62.1
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง	30	93.8	33	97.1	63	95.5
การดูแลรักษาเมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง	25	78.1	27	79.4	52	78.8

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กจำนวนทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มควบคุม 34 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนประเภทของสื่อและประเภทของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ผู้ดูแลเด็กได้รับมีความใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย สื่อที่ได้รับมากที่สุดคือโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 93.9 และรองลงมาคือบุคลากรทางสุขภาพ(ซึ่งได้แก่ อาจารย์พยาบาล, พนักงานอนามัย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) คิดเป็นร้อยละ 74.2 ส่วนประเภทของข้อมูลข่าวสารที่ผู้ดูแลเด็กได้รับเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.5 และรองลงมาคือสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง คิดเป็นร้อยละ 93.9

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำหนังสือขออนุญาตชี้แจงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและหัวหน้าสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงให้ผู้ดูแลเด็กทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือหน่วยงานแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้อการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือหน่วยงานเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยใช้ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมของ Pender (2002) ร่วมกับแนวทางในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) และใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb,1984) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) แนวทางการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984)

2. กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

3. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม เรื่องการการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทั้ง 3 ด้าน ตามแนวทางของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้แก่ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะ

4. กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือ เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 2 ช่วง ช่วงละ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

4.1 ขั้นตอนการบรรยาย เริ่มจากผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย พูดคุยทักทาย แนะนำตัวต่อผู้ดูแลเด็ก และให้ผู้ดูแลเด็กแนะนำตัวเองให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง เป็นการสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กเพื่อเป็นการเกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหาการอภิปราย

4.2 ขั้นการอภิปรายกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด แสดงความคิดเห็น และสร้างความคิดรวบยอด เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก การรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมว่ามีน้อย การรับรู้ความสามารถของตนในการเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรม และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้สำเร็จ และมีความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

4.3 ขั้นการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมหลักในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทั้ง 3 ด้าน โดยผู้วิจัยสาธิตให้ดูก่อน และให้ผู้ดูแลเด็กทดลองปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่ตนทำงานได้มากขึ้น

5. จัดทำแผนการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม เพื่อเสริมเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ครอบคลุมเนื้อหาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทั้ง 3 ด้าน โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ 1) บอกวิธีการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ 2) บอกประโยชน์ของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ 3) วิเคราะห์อุปสรรคและหาแนวทางการ

เอาชนะอุปสรรคของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ 4) บอกความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ 5) บอกความรู้สึกที่ดีในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้

6. จัดเตรียมสื่อเพื่อประกอบการอภิปราย และการสาธิต ซึ่งประกอบด้วย

6.1 แผ่นภาพพลิก ขนาด 40 X 50 เซนติเมตร แสดงถึงสาเหตุ อาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เพื่อประกอบการบรรยาย

6.2 ภาพโปสเตอร์ ขนาด 65 X 85 เซนติเมตร แสดงวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เช่น การจัดเก็บอาหาร การล้างมือ การกำจัดอุจจาระ การกำจัดขยะ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กดูเป็นแนวทางในการปฏิบัติในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของตน

6.3 อุปกรณ์ประกอบการสาธิตและการปฏิบัติจริงเพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งประกอบด้วย ขวดนมเด็กพร้อมจุกนมและฝาปิดจุกนม นมผสม อุปกรณ์ทำความสะอาดขวดนม น้ำยาล้างขวดนม สบู่ ผ้าเช็ดมือ ถุงมือ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ประกอบด้วย แผนการอภิปรายกลุ่ม ตัวอย่างภาพพลิก ภาพโปสเตอร์ ตัวอย่างอุปกรณ์ประกอบการสาธิต ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ รวมทั้งแก้ไขลักษณะและขนาดของภาพพลิก ภาพโปสเตอร์ให้เหมาะสมกับเนื้อหา และจัดหาอุปกรณ์ประกอบการสาธิตที่สอดคล้องและเหมาะสมกับกิจกรรมการสาธิตพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เช่น ขวดนม แปรงล้างขวดนม สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ เป็นต้น แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม การลำดับเนื้อหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล 1 คน

อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 2 คน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลเด็ก 2 คน

นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงรายละเอียดของกิจกรรมในส่วนแผนการอภิปรายกลุ่ม โดยการเพิ่มกิจกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้มีส่วนร่วมในการอภิปรายมากขึ้น และจัดลำดับกิจกรรมที่เหมาะสมกับเวลา

จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ในตำบลท่าชนะ จำนวน 5 คน เพื่อประเมินแผนการอภิปรายกลุ่ม ทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) ดูความถูกต้องของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการทดลองใช้ไม่ต้องแก้ไขในส่วนใด ส่วนภาพพลิก ภาพโปสเตอร์ และอุปกรณ์ประกอบการสาธิต ผลการทดลองใช้ ปรากฏว่าผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ตามวัตถุประสงค์ต่ำ ได้รับความสนใจน้อย อย่างเช่น การสาธิตการล้างมือ จึงนำวิธีการสาธิตมาปรับปรุงใหม่ก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ร่วมกับแนวทางในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของ WHO (1993) เพื่อประเมินว่า Intervention ได้ทำเต็มรูปแบบ และ Treatment ที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับครบถ้วนสมบูรณ์ โดยมีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด 58 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

- **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวกทั้งหมด ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 ค่าพิสัย (Range) ของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีน้อย

- **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะด้านลบทั้งหมด ได้แก่ข้อ 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 ค่าพิสัย (Range) ของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีน้อย

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก

- **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 18ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวกทั้งหมด ได้แก่ข้อ 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 และ 40 ค่าพิสัย (Range) ของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีน้อย

- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 18 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวกทั้งหมด ได้แก่ข้อ 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57 และ 58 ค่าพิสัย (Range) ของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กสูง

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กน้อย

สำหรับข้อคำถามชุดนี้ มีลักษณะการประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และกำหนดให้มีข้อคำถามในด้านบวก (Positive Statement) และข้อคำถามในด้านลบ (Negative Statement) ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองที่สร้างขึ้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้

นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) (Polit and Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถาม

จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2004) ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

- **ส่วนที่ 1** การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก CVI = .82
- **ส่วนที่ 2** การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก CVI = .80
- **ส่วนที่ 3** การรับรู้ความสามารถในตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก CVI = .90
- **ส่วนที่ 4** ความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก CVI = .90

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณานำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงข้อคำถาม เกี่ยวกับลักษณะของภาษาที่ใช้ในข้อคำถามบางข้อเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กอ่านแล้วเข้าใจตรงกัน ตัดข้อคำถามบางข้อออกเนื่องจากมีความหมายซ้ำซ้อนกับข้ออื่น และคิดข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ของรายละเอียดแต่ละด้านเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)ในตำบลท่าชนะ จำนวน 30 คน ใช้เวลา 3-4 วัน ตั้งแต่วันที่ 4-7 กค. 49 และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's oefficient of Alpha) เพื่อหาค่าความเที่ยง (Realiability) ของแบบกำกับการทดลองทั้ง 4 ส่วน ดังนี้

- **ส่วนที่ 1** การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้ค่าความเที่ยง .84
- **ส่วนที่ 2** การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้ค่าความเที่ยง .90
- **ส่วนที่ 3** การรับรู้ความสามารถในตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้ค่าความเที่ยง .93
- **ส่วนที่ 4** ความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้ค่าความเที่ยง .91

เกณฑ์ประเมินผลการกำกับการทดลอง

ใช้เกณฑ์ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 1 คน และเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก) ถ้าผู้ดูแลเด็กได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก แต่ถ้าผู้ดูแลเด็กคนใดได้คะแนนรวมทั้งหมดต่ำกว่าร้อยละ 70 ผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มผู้ดูแลเด็กในการให้โปรแกรมฯใหม่อีกครั้งจนกว่าจะผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ซึ่งเกณฑ์การแบ่งคะแนนในแต่ละส่วนมีดังนี้

	ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง (ร้อยละ70 ขึ้นไป)	**ไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง (ต่ำกว่าร้อยละ 70)**
คะแนนการรับรู้ประโยชน์	มากกว่าหรือเท่ากับ 22	น้อยกว่า 22
คะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเอง	มากกว่าหรือเท่ากับ 50	น้อยกว่า 50
คะแนนการรับรู้อุปสรรค	มากกว่าหรือเท่ากับ 39	น้อยกว่า 50
คะแนนความรู้สึกในทางบวก	มากกว่าหรือเท่ากับ 50	น้อยกว่า 50

หลังจากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก มีคะแนนแต่ละชุดมากกว่าร้อยละ 70 ทุกคน

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประวัติการมีบุตร ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลเด็ก ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก แหล่งข้อมูลที่ได้รับ และประเภทของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กทั้ง 3 ด้าน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังถ่ายอุจจาระ และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะ ตามแนวทางของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 35 ข้อ แบ่งได้เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 3 ด้านดังนี้

1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกต้อง จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวก 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 ข้อคำถามที่มีลักษณะด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 และ 8

2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวกทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และ 24

3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกสุขลักษณะ จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35 ข้อคำถามที่มีลักษณะด้านลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 34

กำหนดลักษณะคำตอบของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ที่ประเมินความถี่ของพฤติกรรมที่ทำ ซึ่งมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง ผู้ดูแลเด็กได้ทำกิจกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง หรือทุกวัน

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลเด็กได้ทำกิจกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในเรื่องนั้นๆ เกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน

ทำบางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลเด็กได้ทำกิจกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในเรื่องนั้นๆ บางครั้ง หรือบางวัน

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง ผู้ดูแลเด็กไม่ได้ทำกิจกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในเรื่องนั้นๆ เลย

เกณฑ์ในการให้คะแนน ลักษณะของข้อคำถามซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามในด้านบวก (Positive Statement) และข้อคำถามในด้านลบ (Negative Statement) มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ทำเป็นประจำ	4	1
ทำบ่อยครั้ง	3	2
ทำเป็นบางครั้ง	2	3
ไม่ได้ทำเลย	1	4

การคิดคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้จากการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ค่าพิสัย (Range) ของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 35-140

คะแนนรวมสูง หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ดี ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

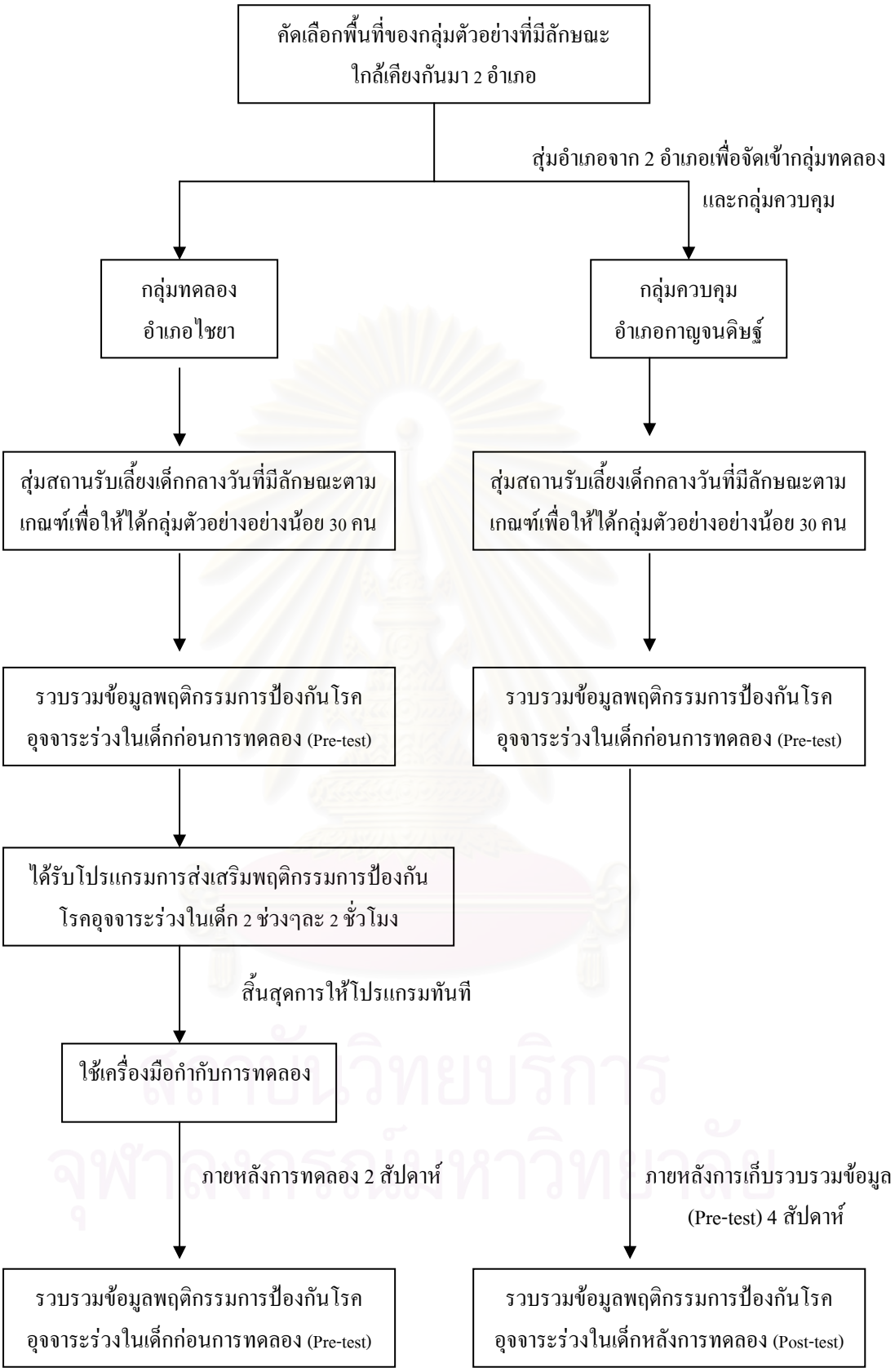
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กที่สร้างขึ้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การลำดับความสำคัญของข้อคำถาม ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่า CVI = .88

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงข้อคำถาม ลักษณะของภาษาที่ใช้ในข้อคำถามบางข้อเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กอ่านแล้วเข้าใจตรงกัน ตัดข้อคำถามบางข้อออกเนื่องจากมีความหมายซ้ำซ้อนกับข้ออื่น และคิดข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ของรายละเอียดในแต่ละด้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)ในตำบลท่าชนะ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s oefficient of Alpha) เพื่อหาค่าความเที่ยง (Realiability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83



แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง

ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. เตรียมสถานที่ในการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมการตามขั้นตอนดังนี้

1.1 ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอไชยาและอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และหัวหน้าสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 ประสานงานกับหัวหน้าสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงถึงรายละเอียดของวิธีวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุม และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อเป็นผู้ช่วยในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงไม่น้อยกว่า 3 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 3 คน

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินการทดลอง โดยเป็นผู้จดบันทึกผลการอภิปรายกลุ่ม คอยอำนวยความสะดวกในการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบกำกับการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 และ 3 ทำหน้าที่แจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ส่วนผู้ช่วยวิจัยคนที่ 3 ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อความสะดวกในการเดินทางของแต่ละพื้นที่ โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

2.1 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 คน ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.2 ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 1 ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการทดลอง และตรวจสอบความเข้าใจอีกครั้งจนมีความเข้าใจตรงกัน

2.3 ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยในการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน

3. การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้ผู้ดูแลเด็กเข้ากลุ่มควบคุม 34 คนและกลุ่มทดลอง 32 คน

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 พบผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่ง แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ดูแลเด็ก เมื่อผู้ดูแลเด็กยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงจะเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคนที่ 3 พบผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่ง แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ดูแลเด็ก เมื่อผู้ดูแลเด็กยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเด็กเพื่อการดำเนินการทดลองเป็นรายกลุ่ม ตามที่แบ่งกลุ่มไว้แล้วในข้างต้น ซึ่งผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่ง จะนัดหมายมาไม่พร้อมกัน ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแห่งนั้นจะอยู่ในกลุ่มไหน

ตารางที่ 5 ตารางการจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

กลุ่มที่	รายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน	ผู้ดูแลเด็ก (คน)	วัน/เวลา
1	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสระ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกรูด	4 2	22 กค. 49 (8.00-12.00 น.)
2	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านมุสลิม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเขาพนมวัง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวังไทร	2 2 2	24-25 กค. 49 (13.00-15.00 น.)
3	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านควนนิมิตร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทับท้อน	3 4	29 กค. 49 (8.00-12.00 น.)
4	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดเยาฮารุนดีเนียะ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดริชชุนนะฮ์ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดยาเมี๊ยะฮ์	2 2 2	31 กค.- 1 สค. 49 (13.00-15.00 น.)
5	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสะท้อน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท่าโพธิ์ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนยาง	3 2 2	2-3 สค. 49 (13.00-15.00 น.)

ขั้นดำเนินการทดลอง

เป็นการดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 และคนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (Pre-test) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายในระยะเวลาเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลต่อข้อมูลที่ได้รับ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 3-4 วัน ตั้งแต่วันที่ 17-20 กค. 49 ก่อนการดำเนินการทดลองจากผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่งและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

กลุ่มควบคุม ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ โดยเป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแก่ผู้ดูแลเด็กทั้งโดยตรง ซึ่งได้แก่ การสอนสุขศึกษา การจัดอบรม การศึกษาดูงาน และทางอ้อมคือผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นป้ายรณรงค์ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ เป็นต้น

กลุ่มทดลอง ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ โดยเป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแก่ผู้ดูแลเด็กทั้งโดยตรง ซึ่งได้แก่ การสอนสุขศึกษา การจัดอบรม การศึกษาดูงาน และทางอ้อมคือผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นป้ายรณรงค์ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ เป็นต้น เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลเด็กเป็นกลุ่มๆ ละประมาณ 4-7 คน จนครบจำนวน 32 คน ภายในช่วงระยะเวลา 15 วัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 5 ส่วนสถานที่และเวลาในการจัดกิจกรรม ขึ้นอยู่กับความสะดวกของแต่ละกลุ่มที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ตกลงร่วมกัน โดยจะดำเนินการทดลอง ณ สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่ใด ให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละกลุ่มเลือกเอง หากเป็นวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ จัดกิจกรรมครั้งเดียวตั้งแต่เวลา 08.00-12.00 น. และหากเป็นวันจันทร์-วันศุกร์ จัดกิจกรรมตั้งแต่เวลา 13.00-15.00 น. โดยจัด 2 ครั้ง ภายในสัปดาห์นั้นเพื่อความต่อเนื่องของกิจกรรม และในการดำเนินกิจกรรมการทดลอง จัดให้สมาชิกในกลุ่มย่อยทุกคนได้นั่งหันหน้าเข้าหากัน มีผู้วิจัยเป็นผู้นำการอภิปรายกลุ่ม และผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นเลขานุการกลุ่ม เพื่อจดบันทึกและนำเสนอผลการอภิปรายให้กลุ่มฟัง

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีดังนี้

ตารางที่ 6 ขั้นตอนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในช่วงที่ 1

ขั้นที่	วิธีดำเนินการ	เวลา	วัตถุประสงค์
1	แนะนำตัวเอง	5 นาที	- สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2	บรรยายเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทั้ง 3 ด้าน	15 นาที	- เพื่อเป็นการเกริ่นนำเข้าสู่การอภิปรายกลุ่ม
3	อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มในประเด็นต่อไปนี้ - ประโยชน์ของการปฏิบัติ - อุปสรรคของการปฏิบัติ - วิธีการแก้ไขอุปสรรคและวิธีปฏิบัติ - ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติ	60 นาที	- รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มว่ามีมาก - รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มว่ามีน้อย - รับรู้วิธีการแก้ไขอุปสรรคและปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม - มีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม
4	สาธิตและทดลองปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม	60 นาที	- รับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ไขอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้สำเร็จ - มีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ช่วงที่ 1 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมงแรก) เป็นการเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้านพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มว่ามีมาก รับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติมีน้อย รับรู้ความสามารถในตนเองในการเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้น และมีความรู้สึกในทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 พบผู้ดูแลเด็กทั้งหมด สร้างสัมพันธภาพโดยการทักทาย พูดคุย แนะนำตัวเองต่อสมาชิก และให้สมาชิกภายในกลุ่มย่อยแนะนำตัวเองทีละคน โดยการบอกชื่อ นามสกุล และสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่ตนทำงานอยู่ ให้เพื่อนสมาชิกรู้จัก เพื่อสร้างความเป็นกันเอง ใช้ประมาณ 5 นาที

2. บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทั้ง 3 ด้านให้ผู้ดูแลเด็กฟังเป็นการเกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหา โดยใช้ภาพพลิกประกอบ ใช้เวลา 15 นาที

3. นำเข้าสู่การอภิปราย บอกถึงประเด็นในการอภิปราย วัตถุประสงค์ ระเบียบและเวลาในการอภิปราย โดยมีระเบียบของการอภิปราย คือ ขอให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นกันทีละคน โดยนำความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ของตนมาเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ขณะที่สมาชิกคนหนึ่งกำลังพูดอยู่ขอให้คนอื่นตั้งใจฟัง เมื่อพูดจบจึงให้สมาชิกผู้อื่นแสดงความคิดเห็นต่อ ทุกคนจะต้องช่วยกันแสดงความคิดเห็น รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องที่เกี่ยวกับประเด็นอภิปราย ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

4. กระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละคน แสดงความคิดเห็นและนำประสบการณ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในสถานรับเลี้ยงเด็กของตนให้สมาชิกในกลุ่มฟัง เกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม ว่าในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวมีประโยชน์อย่างไรบ้าง พบปัญหาและอุปสรรคอย่างไร มีวิธีการแก้ปัญหาหรือเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกผู้ดูแลเกิดการสะท้อนคิดและสร้างความคิดรวบยอดในประเด็นการอภิปราย ผู้ช่วยวิจัยจดบันทึกการอภิปราย ใช้เวลา 50 นาที

5. สรุปความคิดเห็นที่ได้การอภิปรายทั้งหมดในกลุ่ม ให้ผู้ดูแลเด็กฟังอีกครั้งกล่าวชมเชยผู้ดูแลเด็กในการร่วมกันเสนอความคิดเห็นได้เป็นอย่างดี สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้านพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มว่ามีมาก อุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีน้อย สมาชิกทุกคนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวและเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางเหล่านั้นได้ และเมื่อทำสำเร็จจะเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติของตนในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ใช้เวลา 10 นาที

6. บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม และนำอุปกรณ์ที่ใช้ในประกอบในการทดลองปฏิบัติมาวางบนโต๊ะที่เห็นชัดเจน แสดงภาพโปสเตอร์ที่บอร์ดประกอบการสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกต้องให้ผู้ดูแลเด็กเห็นได้ชัดเจน

7. สาธิตพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มให้ผู้ดูแลเด็กดูเป็นตัวอย่างก่อนที่จะให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนได้สาธิตย้อนกลับอีกครั้ง

8. ให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนได้สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกต้อง หากผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยชี้แนะ ให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติใหม่จนปฏิบัติได้ดี มีการชมเชย ส่งเสริม สนับสนุนเมื่อผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติได้ดี และถูกต้อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 40 นาที

9. สรุปผลการอภิปราย ผลการสาธิต และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกต้อง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ตามสภาพความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถนำพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กไปทดลองปฏิบัติจริงในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของตนได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพต่อไป กล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายเวลาในการดำเนินโปรแกรมฯช่วงต่อไป

พักรับประทานอาหารว่าง (ใช้เวลา 15 นาที)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ขั้นตอนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในช่วงที่ 2

ขั้นที่	วิธีดำเนินการ	เวลา	วัตถุประสงค์
1	กล่าวทักทาย	5 นาที	- สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2	สรุปเนื้อหาจากการอภิปราย ช่วงที่ 1	10 นาที	- เพื่อเป็นการเกริ่นนำเข้าสู่การอภิปรายกลุ่มช่วงที่ 2
3	อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และพฤติกรรมการกำจัดขยะและอุจจาระ ในประเด็นต่อไปนี้ - ประโยชน์ของการปฏิบัติ - อุปสรรคของการปฏิบัติ - วิธีการแก้ไขอุปสรรคและวิธีปฏิบัติ - ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติ สรุปผลการอภิปรายกลุ่ม	60 นาที	- รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และการกำจัดขยะและอุจจาระ ว่ามีมาก - รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และการกำจัดขยะและอุจจาระ ว่ามีน้อย - รับรู้วิธีการแก้ไขอุปสรรคและปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และการกำจัดขยะและอุจจาระ - มีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และการกำจัดขยะและอุจจาระที่ถูกวิธี
4	สาธิตและทดลองปฏิบัติจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกวิธีก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี	60 นาที	- รับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ไขอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และการกำจัดขยะและอุจจาระ ได้สำเร็จ - มีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่าย และการกำจัดขยะและอุจจาระที่ถูกวิธี

ช่วงที่ 2 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมงหลัง) เป็นการเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดขยะและอุจจาระที่ถูกวิธี ว่ามีมาก รับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติมีน้อย รับรู้ความสามารถในตนเองในการเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้น และมีความรู้สึกในทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กล่าวทักทายและให้ผู้ดูแลเด็กทบทวนความรู้ที่ได้ในการอภิปรายในช่วงแรกเพื่อเชื่อมโยงสู่การอภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

2. กระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละคน แสดงความคิดเห็นและนำประสบการณ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในสถานรับเลี้ยงเด็กของตนให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี ว่าในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวมีประโยชน์อย่างไรบ้าง พบปัญหาและอุปสรรคอย่างไร มีวิธีการแก้ปัญหาหรือเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกผู้ดูแลเด็กเกิดการสะท้อนคิดและสร้างความคิดรวบยอดในประเด็นการอภิปราย ผู้ช่วยวิจัยจดบันทึกการอภิปราย ใช้เวลา 50 นาที

3. สรุปความคิดเห็นที่ได้การอภิปรายทั้งหมดในกลุ่ม ให้ผู้ดูแลเด็กฟังอีกครั้ง กล่าวชมเชยผู้ดูแลในการร่วมกันเสนอความคิดเห็นได้เป็นอย่างดี สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีว่ามีมาก อุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีน้อย สมาชิกทุกคนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวและเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางเหล่านั้นได้ และเมื่อทำสำเร็จจะเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติของตนในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ใช้เวลา 10 นาที

4. บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี และนำอุปกรณ์ที่ใช้ในประกอบในการทดลองปฏิบัติมาวางบนโต๊ะที่เห็นชัดเจน และแสดงภาพโปสเตอร์ที่บอร์ดประกอบเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องในด้านพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

5. สาธิตพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี ให้ผู้ดูแลเด็กดูเป็นตัวอย่างก่อนการสาธิตย้อนกลับ

6. ให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนได้สาธิตย้อนกลับ หากผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ชี้แนะ ให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติใหม่จนปฏิบัติได้ดี มีการชมเชย ส่งเสริม สนับสนุนเมื่อผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติได้ดี และถูกต้อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี ใช้เวลา 40 นาที

7. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหา ข้อสงสัย สรุปและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้านพฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารเด็ก หลังการขับถ่ายทุกครั้ง และพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ตามสภาพความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถนำพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กไปปฏิบัติจริงในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของตนได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพต่อไป

8. มอบภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กให้กับตัวแทนที่มาจากสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่ง และให้ผู้ดูแลเด็กในแต่ละแห่งร่วมกันคิดว่าจะนำภาพโปสเตอร์ดังกล่าวไปติดไว้ตรงไหน เพื่อสามารถนำไปดูประกอบและกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องต่อไป พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

หลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและแนวทางแก้ไข การรับรู้ความสามารถของตน และความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และจะอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายในกรณีที่ผู้ดูแลเด็กไม่เข้าใจคำชี้แจงหรือข้อคำถาม เมื่อผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบว่าผ่านเกณฑ์การกำกับทดลองหรือไม่ ถ้าผู้ดูแลเด็กได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก หลังจากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 70 ทุกคน

ขั้นประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 พบผู้ดูแลเด็กที่สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่งในกลุ่มควบคุม และผู้ช่วยวิจัยคนที่ 3 พบผู้ดูแลเด็กที่สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่งในกลุ่มทดลอง ในระยะเวลาเดียวกัน ตั้งแต่วันที่ 18- 23 กรกฎาคม 2549 เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอีกครั้ง (Post-Test) เมื่อ

ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมและแจ้งให้ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการวิจัยแล้ว พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ จากนั้นผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 11.5 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในวันก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษาโดยคำนึงถึงลักษณะต่างๆที่คล้ายคลึงกันในด้านนโยบายการปฏิบัติงานของสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน, ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก, การอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็ก, เป็นต้น มาจำนวน 2 อำเภอ คือ อำเภอไชยา และอำเภอกาญจนดิษฐ์จำแนกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหยิบฉลากเลือกอำเภอได้อำเภอกาญจนดิษฐ์เป็นกลุ่มทดลองและอำเภอไชยาเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นหยิบฉลากเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติจำนวน 34 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันจำนวน 32 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ตารางที่ 8 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance : ANCOVA) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

ตารางที่ 9 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 10 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance : ANCOVA) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

Source	Type III Sum of squares	df	Mean Square	F
Pretest	1430.177	1	1430.177	78.518
Group	1627.035	1	1627.035	89.326*
Error	1129.307	62	18.215	
Corrected Total	5279.939	65		

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม เมื่อดูเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (จากตารางที่ 9 และตารางที่10) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก			
	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	115.75	11.14		
			-6.229*	.000
หลังการทดลอง	129.06	5.11		

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -6.229)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก			
	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	120.35	10.76		
			.877	.387
หลังการทดลอง	119.82	9.63		

$p > .05$

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = .877)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ที่ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในเขตอำเภอไชยา และอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการคัดเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกจากอำเภอทั้งหมด 19 อำเภอมา 2 อำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี คือ อำเภอไชยา และอำเภอกาญจนดิษฐ์

2. หยิบสลากเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้อำเภอไชยาเป็นกลุ่มควบคุม และอำเภอกาญจนดิษฐ์เป็นกลุ่มทดลอง

3. เมื่อได้กลุ่มทดลองเป็นอำเภอกาญจนดิษฐ์ คัดเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแต่ละแห่งเข้ากลุ่มย่อยอีกครั้ง โดยเริ่มจากการนับจำนวนผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กแต่ละแห่งว่ามีจำนวนผู้ดูแลเด็กกี่คน จากนั้นหยิบสลากเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กให้ได้จำนวนผู้ดูแลเด็กทั้งหมด 32 คน คัดเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กที่อยู่ใกล้เคียงกันอยู่กลุ่มเดียวกัน ให้มีจำนวนผู้ดูแลเด็กกลุ่มละประมาณ 4-7 คน เพื่อความสะดวกในการเดินทางมาเข้ากลุ่มรับโปรแกรมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการอภิปรายกลุ่มเรื่องการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน แผ่นภาพพลิกเกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) ดูความถูกต้องของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประวัติการมีบุตร ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ประเภทของสื่อและประเภทของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้ ถือตามเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 4 ใน 5 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดสอบค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.77 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองได้ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 0.89

2.3 เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก การรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้ ถือตามเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 4 ใน 5 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดสอบค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงในแต่ละส่วน .84 .90 .93 และ .91 ตามลำดับ ก่อนจะนำไปใช้จริง

การจัดกิจกรรมมีทั้งหมด 2 ช่วงๆละ 2 ชั่วโมง โดยแต่ละช่วงมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

1. พยาบาลสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง แนะนำวิธีการอภิปรายในแต่ละครั้งแก่ผู้ดูแลเด็ก บรรยายเพื่อเป็นพื้นฐานก่อนการอภิปรายทุกครั้ง อธิบายเกณฑ์ที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่มย่อย จากนั้นอธิบายประเด็นปัญหาที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่มย่อย โดยขณะที่มีการอภิปรายให้ผู้ดูแลเด็กนั่งเป็นวงกลม มีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นเลขานุการกลุ่ม

2. ผู้ดูแลเด็กแลกเปลี่ยนความเห็นและประสบการณ์ ในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ประโยชน์ อุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยพยาบาลคอยกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามประเด็นปัญหา และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งในการอภิปรายแต่ละครั้งเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะ

3. พยาบาลสาธิตวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระและขยะ และให้ผู้ดูแลเด็กได้ทดลองปฏิบัติจริง

4. ผู้ช่วยวิจัยสรุปและนำเสนอผลการอภิปรายที่ได้ภายในกลุ่มย่อย และพยาบาลบรรยายเพิ่มเติมจากข้อสรุปที่ได้จากการอภิปราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เพื่อแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติ Dependent t-test และ ANCOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กภายหลังการทดลองสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ระบุว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมดังกล่าว ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ เป็นผลเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็กที่ได้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ได้รับการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีน้อย รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการแก้ไขอุปสรรคและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นไปตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อคาดว่าจะได้รับประโยชน์หลังจากมีพฤติกรรมนั้น บุคคลจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรค แต่เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น นอกจากนี้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติต่อไป

แนวคิดตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวถึงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลว่าขึ้นอยู่กับตัวแปรหลัก 3 ตัวแปรคือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตัวแปรด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นนับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำตัวแปรย่อย 4 ตัวแปรมาใช้ในการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็ก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าจะได้รับผลประโยชน์ในทางบวกหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม จึงทำให้บุคคลมีแนวโน้มว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำต่ำและมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะเกิดขึ้นได้ยาก แต่ในทางตรงกันข้าม

หากบุคคลมีความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำพฤติกรรมก็จะมีมากขึ้น สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมนั้นอีก แต่ถ้าเป็นความรู้สึกทางลบบุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น

สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตสมร วุฒิพงศ์ (2543) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่มีการส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต รับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และผลการศึกษาของชุลี ภู่ทอง (2545) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมากขึ้นเช่นกัน ทั้งสองงานวิจัย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรม รับรู้ความสามารถในตนเอง และเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรม และผลการศึกษาของวัชรา สุขแท้ (2546) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเรื่องสุขภาพทางเพศต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยดังกล่าว ซึ่งนำตัวแปรทั้ง 4 ของ Pender (2002) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีน้อย รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการแก้ไขอุปสรรคและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วยการจัดอภิปรายกลุ่มย่อยและสาธิตทดลองปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กที่เป็นวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้ใหญ่มีการสะสมประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญ สามารถเรียนรู้โดยนำประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกัน สะท้อนความคิดและอภิปราย และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ รับรู้อุปสรรคและแนวทางแก้ไข รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมร่วมกัน สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ จากการที่ผู้ดูแลเด็กเกิดการ

รับรู้ในประเด็นที่ร่วมกันอภิปรายกลุ่มและสาธิตทดลองปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยใช้กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มและสาธิตทดลองปฏิบัติจริง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีความรู้ เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยดังกล่าวสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เกิดเจตคติและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่มีกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกับการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริง ส่วนงานวิจัยชิ้นนี้กิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันที่กลุ่มทดลองได้รับ มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคมีน้อย รับรู้ว่าตนมีความสามารถในการแก้ไขอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่มีกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกับการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริงเช่นกัน ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีการสะสมประสบการณ์ความรู้ ที่เป็นแหล่งวิทยาการที่มีคุณค่า สามารถนำมาแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อขยายโลกทัศน์ โดยมีประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐาน และสามารถนำประสบการณ์เดิมนี้ไปสัมพันธ์กับประสบการณ์ใหม่ จึงทำให้ประสบการณ์ใหม่มีความหมายมากขึ้น เพื่อนำไปแก้ปัญหาในชีวิตจริง พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติทันที ทั้งในชีวิตครอบครัว และการทำงาน (Knowles, 1980)

กิจกรรมตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่มและการสาธิตทดลองปฏิบัติจริงที่จัดขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองตกลงกันเองเกี่ยวกับสถานที่และเวลาในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เนื่องจากความไม่สะดวกของผู้ดูแลเด็กในการเดินทางและภาระงานส่วนตัว จึงจัดเลือกจัดกิจกรรมในวันหยุดเสาร์หรืออาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 08.00-12.00 น. ครั้งเดียว ส่วนสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันบางกลุ่มไม่สะดวกก็จะจัดในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ แบ่งจัดกิจกรรมเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลาตั้งแต่ 13.00-15.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่เด็กนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ ในการอภิปรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคมีน้อย รับรู้ว่าตนมีความสามารถในการแก้ไขอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการรับรู้ร่วมกัน มีการเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนรู้ใหม่เข้ากับประสบการณ์เดิมของ

ตนที่มีอยู่ ทำให้เข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มได้บรรยายเกี่ยวกับความรู้โดยทั่วไปของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้แก่ สาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยมีภาพพลิกประกอบการบรรยายให้ผู้ดูแลเด็กได้ดูประกอบ เพื่อเป็นการเกริ่นนำเข้าสู่การอภิปรายกลุ่ม สังเกตได้ว่าผู้ดูแลเด็กให้ความสนใจ และเข้าในเนื้อหาได้เป็นอย่างดี โดยใช้ระยะเวลาไม่นานมากนัก ประมาณ 15 นาที ในระหว่างการอภิปรายกลุ่ม ในบางกลุ่มพบว่าสมาชิกบางคนไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น เพียงแต่รับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่น ผู้วิจัยในฐานะผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามความคิดของตนเอง โดยได้อธิบายว่า ความคิดของแต่ละคนไม่มีถูกผิด ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวา แสดงท่าทีชื่นชม กล่าวชมเชย และยอมรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกแต่ละคนเพื่อไม่ให้กลุ่มอยู่ในภาวะตึงเครียด ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ที่พบ ไม่กล่าวตำหนิว่าผิด หรือไม่ใช่ในขณะนั้น แต่จะสรุปให้สมาชิกฟังเมื่อสิ้นสุดการอภิปราย และในบางกลุ่มพบว่า สมาชิกบางคนพูดออกนอกประเด็น ผู้วิจัยจะต้องหาช่องทางในการพูดเพื่อดึงความคิดของสมาชิกคนนั้นกลับมายังวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้ในตอนแรก โดยมีวิธีการพูดที่ไม่ให้สมาชิกคนนั้นรู้ตัวว่าตนได้พูดออกนอกประเด็นเพราะจะทำให้สมาชิกคนนั้นไม่กล้าพูดแสดงความคิดเห็นอีก เช่น อาจจะพูดว่า “ตามที่คุณ...พูดนั้นก็พอเป็นสีสันต์แก้ง่วงให้กับสมาชิกบางคนในตอนนี้ คราวนี้ลองมาฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเรื่อง....จากคนอื่นบ้างนะคะ” ส่วนเวลาในการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องมีการเริ่มและสิ้นสุดการทำกลุ่มให้ตรงเวลา เพราะอาจจะทำให้สมาชิกเบื่อหน่าย ไม่ให้ความสนใจในเนื้อหาการอภิปราย หากใช้เวลาในการอภิปรายนานเกินไป เห็นได้จาก บางคนมองดูนาฬิกาบ่อย บางคนหาวบ่อยๆ พูดน้อยลง ซึ่งระยะเวลาในการทำกลุ่มควรให้เวลาครั้งละประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง และความถี่ใของการจัดกลุ่ม อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Marram, 1978) และจากการอภิปรายกลุ่มครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง พบว่า มีความเหมาะสมกับจำนวนสมาชิก 4-7 คน และเนื้อหาที่ได้ครบตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

ตัวอย่างประเด็นที่ผู้ดูแลเด็กร่วมกันอภิปรายภายในกลุ่มย่อย ทำให้ผู้ดูแลเด็กได้รับข้อมูลที่หลากหลาย เช่น บางคนบอกว่า “บางครั้งรู้ว่าต้องทำอะไร อย่างไร แต่ไม่ได้ใส่ใจปล่อยเลยตามเลย คิดว่าทำไปก็ไม่มีประโยชน์” เมื่อได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์ แต่ละคนก็จะพยายามคิดเพื่อที่จะนำเสนอความรู้ และแนวทางการปฏิบัติที่ตนคิดว่าถูกต้อง คิดว่าดี และมีประโยชน์อย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง จะต้องทำอย่างไร ทำแล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง ให้สมาชิกในกลุ่มฟัง และเมื่อสมาชิกในกลุ่มบางคนบอกถึงอุปสรรคที่ตนเองพบ และไม่สามารถแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้นได้ สมาชิกทุกคนก็จะช่วยกันคิดหาแนวทางแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น ทำให้บรรยากาศในกลุ่มไม่ตึงเครียด แม้จะมีความแตกต่างกันทางความคิดและประสบการณ์ แต่สมาชิกในกลุ่มก็ปรับความคิดเห็นของตนเองให้เข้ากับสมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆซึ่งนำไปสู่ข้อสรุปร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ถึงอุปสรรคที่

ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีน้อย รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการแก้ไขอุปสรรคและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ขั้นตอนที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้มากขึ้น เป็นการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในแต่ละด้านโดยผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม และให้ผู้ดูแลเด็กทดลองปฏิบัติจริง เมื่อได้ลงมือปฏิบัติจริง ผู้ดูแลเด็กจะรู้สึกได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้นทำได้ไม่ยากและตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้เหมือนคนอื่นๆ การทดลองปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ในการทำสิ่งต่างๆ โดยอาศัยความคิดรวบยอด ความคิด ทัศนคติ เป็นลักษณะการลองผิดลองถูก โดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้จัดกระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ในการที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีส่วนประกอบ คือ ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติ ถ้าต้องการให้กลายเป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติเสมอๆ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการเรียนรู้อาจโดยวิธีใดก็ได้ โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจจะได้รับสาธิตวิธีการ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรจะได้มีโอกาสฝึกทักษะนั้นทันทีภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะแนะนำและให้แรงเสริมด้วยคำพูด ผู้เรียนจะปฏิบัติทักษะนั้นๆ ด้วยตนเอง สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติจนกว่าจะเกิดความชำนาญขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ทัศนคติ อายุ ความมั่นใจ ระยะเวลาของการปฏิบัติ การปฏิบัติซ้ำและการให้กำลังใจหรือเสริมแรง (สุดาพร วิรางกูล, 2538)

ในการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริงครั้งนี้ ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแต่ละด้านให้สมาชิกในกลุ่มดูก่อน โดยมีภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กติดที่กระดาน หรือบอร์ดให้สมาชิกดูประกอบ เช่น การชงนมที่ถูกวิธี, การถอดส่วนประกอบของจุกนมและล้างขวดนม, จุกนม การล้างมือที่ถูกวิธี ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในแต่ละแห่งว่ามีอุปกรณ์พร้อมหรือไม่ เช่นในการสาธิตการล้างมือถ้าที่ไหนมีอ่างล้างมือก็จะย้ายกลุ่มไปทำการสาธิตและทดลองปฏิบัติที่อ่างล้างมือจริง ในบางแห่งถ้าไม่มีอ่างล้างมือ ก็นำอ่างหรือกะละมังใส่น้ำมาวางบนโต๊ะหรือเก้าอี้ในบริเวณที่ราดน้ำได้ไม่เลอะเทอะ เช่น สนามด้านข้างสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน และจากการที่ผู้วิจัยได้สาธิตขั้นตอนการล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน มีผู้ดูแลเด็กบางคนพูดว่า “ถูเยอะจัง แค่ฟอกสบู่สะอาดไม่พออีกหรือคะ” ผู้วิจัยจึงบอกว่า “ในมือของเราจะมีเชื้อโรคอยู่ตามซอกนิ้วมือ อุ้งมือ การล้างถูตามปกติอาจจะล้างได้สะอาดหรือไม่สะอาดก็ได้ แต่เพื่อความมั่นใจเดี๋ยวเราลองมาดูกันนะคะว่า วิธีไหนสะอาดกว่า” ผู้วิจัยจึงขอตัวแทนสมาชิกมาสองคน และอธิบายว่า จะใช้สีน้ำของเด็กทามือของทั้งสองคน และขออนุญาตปิดตาสมาชิกทั้งสองคน หลังจากนั้นจึงเริ่มฟอกและถูมือ โดยคน

ที่ 1 ให้ฟอกและถูมือตามวิธีการเดิม ส่วนคนที่ 2 ให้ฟอกและถูมือ 7 ขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยสาธิต เมื่อล้างเสร็จจึงเปิดผ้าปิดตาออก ปรากฏว่าคนที่ 1 ยังมีคราบสีติดบริเวณซอกนิ้วมือ, อุ้งมือ ส่วนคนที่ 2 มือสะอาด ไม่มีคราบสีติดในส่วนไหนของมือ

คนที่	ก่อนล้างมือ	วิธีการล้างมือ	ผลการล้างมือ
1	- ปิดตา - ใช้สีทามือ	- ล้างมือตามปกติ	- มีคราบสีติดบริเวณซอกนิ้วมือ อุ้งมือ
2	- ปิดตา - ใช้สีทามือ	- ล้างมือ 7 ขั้นตอน ตามที่ผู้วิจัยสาธิต	- มือสะอาดไม่มีคราบสีติดในส่วนไหนของมือ

ส่วนการเตรียมนมผสม มีผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังปฏิบัติกันไม่ถูกต้อง และมีการซักถามถึงเหตุผลในการปฏิบัติ เช่น “ใช้ฝาครอบปิดจุกนมก่อนเขย่าขวดนมแล้วนมไม่หกหรือ” ผู้วิจัยจึงอธิบายว่า “อาจจะมีบ้างแต่ไม่มาก กรณีที่นมออกมาเวลาเขย่ามากอาจเนื่องมาจากหัวนมเสื่อมสภาพ รูจุกนมใหญ่เกินไป หรือเป็นเพราะเขย่าผิดวิธี” และเมื่อให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนในกลุ่มได้ทดลองปฏิบัติจริง มีผู้ดูแลเด็กบางคนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยช่วยชี้แนะและให้กำลังใจในการปฏิบัติใหม่อีกครั้งจนสามารถทำได้ดี ชมเชย เมื่อผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติได้ดี ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม

หลังจากสมาชิกในกลุ่มได้ทดลองปฏิบัติจริง และเห็นในสิ่งที่มีประโยชน์จากการได้ทดลองปฏิบัติ จึงทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ว่า “ฉันก็ทำได้” และมีความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่า “ทำแล้วดีอย่างนี้นี่เอง” ซึ่งสอดคล้องกับ สมจิต หนุเจริญกุล (2534) ที่กล่าว่า การที่ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน มีการฝึกหัดกระทำพฤติกรรมต่างๆ และลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้เรียนในการเรียนรู้และจดจำได้แม่นยำมากขึ้น เสริมความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ ฉะนั้นผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก จะทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และจดจำได้แม่นยำมากขึ้น เกิดความพอใจ ความสำเร็จ และความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในการนำไปฝึกปฏิบัติต่อในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของตน จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมในขั้นตอนของการอภิปรายกลุ่มและการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก สามารถทำให้

ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้องต่อไปได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรงหรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาและแหล่งประโยชน์ในการทำกิจกรรม ที่น่าจะเพิ่มประสบการณ์ของตนเองไปในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการตื่นตัว (Increase alertness) และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Decreases feeling of fatigue) อย่างเช่นมีผู้ดูแลเด็กหลายคนมีความเห็นตรงกันว่า “เราป้องกันไว้ดีกว่าปล่อยให้เด็กท้องเสียแล้วต้องมาเหนื่อยกับการเฝ้าดูแลเด็กคนนั้นเป็นวันๆ” ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัลที่เป็นทรัพย์สินเงินทองหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อย่างเช่นจากคำพูดที่ว่า “ถ้าเราปฏิบัติดี ถูกต้องชาวบ้านก็ชื่นชมว่าเราดูแลลูกเขาดี ทำไม่ดีเขาก็เก็บไปนินทา และไม่อยากพาเด็กมาฝากที่นี่หรอก” สิ่งเหล่านี้เป็นผลที่ได้จากการมีพฤติกรรมในระยะแรก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอกอาจจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ต่อมาประโยชน์ภายในอาจจะมีพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า ความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลที่เป็นผู้นำกลุ่ม กระตุ้นและชี้นำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ว่าเมื่อผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องและทำอย่างต่อเนื่องจะมีประโยชน์ต่อทั้งตัวเด็กและตัวผู้ดูแลเอง

การรับรู้ประโยชน์หรือการคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ในทางบวกเป็นสิ่งที่สำคัญ แม้ว่าจะไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นเงื่อนไขในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferguson et al. (1989) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในนักเรียนมัธยมจะเป็นตัวสนับสนุนความตั้งใจการออกกำลังกายและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (มยุรี นิรัตธราดร, 2539) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่รับรู้ประโยชน์จากการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (นิรามัย สุภนราพงศ์, 2539) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล (สรัลรัตน์ พลอินทร์, 2542)

2. การรับรู้อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ได้ จากการที่พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้อภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้นมีอะไรบ้าง การรับรู้อุปสรรคนั้นประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือใช้เวลามากในการกระทำ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกั้นขัดขวาง และต้นทุนของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การเกิดความไม่พึงพอใจและเลิกปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เช่น “ไม่สะดวกที่จะต้มขวดนม เสียเวลาเปล่า เด็กร้องจะกินนม ใครจะเสียเวลาต้มขวดนม ลวกน้ำร้อนเขย่าๆก็ใช้ได้แล้ว” “เด็กเขาก็แค่เอามือจุ่มน้ำ สะอาดหรือเปล่าเราไม่เคยได้ตรวจดูหรอก สบู่ก็ไม่ได้ฟอก เคยให้ฟอกสบู่ เล่นกันอยู่นั่นแหละล้างมือไม่เสร็จซักที” จากคำพูดดังกล่าวก็ถือว่าเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งได้ อุปสรรคมักจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมีมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น เช่น “เตาแก๊สเราก็มี หม้อก็มี จริงๆมันก็ทำได้แค่การต้มขวดนม เพียงแต่คิดว่ามันเสียเวลา และไม่จำเป็นต้องต้ม” การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (มยุรี นิรัตธราดร, 2539) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับรู้อุปสรรคต่ำเกี่ยวกับการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (นิรามัย ศุภนราพงศ์, 2539) การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2540) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 22 – 83 ปี เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ (Murdaugh and Hinshaw, 1986) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปได้ (วาสนา สารการ, 2544)

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรม โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้

อย่างไร การตัดสินความสามารถของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) โดยการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินที่ผลลัพธ์ เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น เช่น “ใช้กะละมังใส่น้ำวางไว้ แล้วใช้ขันน้ำตักล้างมือเอาก็ได้ จะเอาเงินที่ไหนไปซื้ออ่างล้างมือ ได้ค่าเลี้ยงเด็กแค่คนละ 5 บาท/วัน เก็บได้ก็ต้องเอาไปซื้อของจำเป็นอย่างอื่น” “เวลาเด็กท้องเสียนะ ใช้แพมเพิร์สเปลืองมากต้องคอยเปลี่ยนอยู่ตลอด สงสารแม่เค้าของมันแพง” การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ เช่น “เมื่อก่อนเคยไปเฝ้าลูกที่โรงพยาบาล เค้าสอนให้ล้างมือ บอกว่าเดี๋ยวลูกติดเชื้อ (มีบุตรป่วยเป็นโรคไต) เลยล้างมือแบบนี้เป็น ก่อนหน้านี้ก็ถูๆเอางั้นแหละ เค้าเอารูปให้ดูนะ บอกว่าเชื้อโรคมันมักจะอยู่ตามง่ามนิ้ว อุ้งมือนี่แหละ ล้างไม่ถูกวิธี เชื้อโรคก็ยังติดที่มือเรา”

มีการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองของคนงานเชื้อสายอเมริกากลางและกลุ่มผิวดำ มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Weilzel and Waller, 1990) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (วันดี แย้มจันทร์ฉาย, 2538) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล (สรัลรัตน์ พลอินทร์, 2542) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วน (น้ำฝน ทองตันไตรย์, 2541) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (ปิยะพันธ์ นันตา, 2541) การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปได้ (วาสนา สารการ, 2544)

4. มีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นระดับน้อยๆ ปานกลางหรือรุนแรง และถูกตัดสินด้วยความคิด เก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำในขณะนั้น (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทในขณะนั้น (Context-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น อารมณ์ความรู้สึกร่วมกับพฤติกรรมสะท้อนเป็นปฏิกิริยาลูกโซ่แสดงถึงความ

ต่อเนื่องด้านอารมณ์ความรู้สึกโดยตรง หรือตอบสนองในทุกขั้นตอนตลอดการมีพฤติกรรมนั้น อาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุก ความรู้สึกปลื้มปิติหรือเบิกบานใจ ความรู้สึกเพลิดเพลิน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจ จากคำพูดของผู้ดูแลเด็กกล่าวว่า “ ล้างมือฟอกสบู่มันก็สะอาดแน่นอน พอมีภาพที่คุณแจกให้เราก็พอดูเป็นตัวอย่างได้ว่าทำอย่างไร ก่อนหน้านี้รู้นะว่าต้องล้างแบบนี้ แต่นึกภาพกลางอากาศ ก็ล้างๆไปงั้นแหละ ถ้ามีการทำให้เป็นระบบระเบียบขึ้นมา เด็กๆเขาก็อยากทำ เพลิดเพลินกับรูปสวยๆ นานไปก็ติดเป็นนิสัยเอง” พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก ในทางกลับกันถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง เช่น “ ก่อนหน้านี้อบรมกันอยู่บ่อยๆ ไม่ใช่จะนินทานะ มาพูดๆๆแล้วก็หายไป เราก็ฟังไปออกหูซ้ายทะลุหูขวา ไม่รู้ว่าทำแล้วดีอย่างไร นึกจะทำก็ทำไม่ถูกแล้ว” ในบางพฤติกรรมจะมีทั้งความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างอารมณ์ความรู้สึกจึงต้องดูที่ความสมดุล ระหว่างความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการแสดงพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นแตกต่างจากการประเมินด้านทัศนคติตามแนวคิดของฟิชไบน์และแอสเซน (Fishbein and Ajzen) การประเมินในแง่ของทัศนคติสะท้อนถึงการประเมินทางด้านอารมณ์ความรู้สึกของผลลัพธ์เฉพาะของพฤติกรรมมากกว่าการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่พอเหมาะของพฤติกรรมโดยตัวมันเอง (Pender, 2002)

ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนว่าจะกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ McAuley and Courneya (1992) ที่พบว่า ความรู้สึกทางบวกที่มีในระหว่างการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายความสามารถในการออกกำลังกายในภายหลัง และ สดุดี ภูห้องไสย (2541) พบว่าความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

จากเหตุผลดังกล่าว จึงสามารถอธิบายได้ว่า การนำตัวแปรด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมของ Pender (2002) ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984) แนวทางการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสิ่งทดลอง (Treatment) คือโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถของตนเอง และเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ดีและสามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแตกต่างจาก

ผู้ดูแลเด็กกลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 8) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 9) ส่วนผู้ดูแลเด็กจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันได้ดีอย่างสม่ำเสมอหรือไม่นั้น เป็นหน้าที่และบทบาทสำคัญของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามแนวทางของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ดังกล่าวได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กมาแล้วทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนประเภทของสื่อที่ผู้ดูแลเด็กได้รับเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กมีความใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 93.9 และรองลงมาคือบุคลากรทางสุขภาพ (ซึ่งได้แก่ พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ, อาจารย์พยาบาล, พนักงานอนามัย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) คิดเป็นร้อยละ 74.2 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่สามารถเข้าถึงผู้ใช้บริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีรับผิดชอบโดยตรงต่อกลุ่มผู้ดูแลเด็กและเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน จึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในงานวิจัยนี้ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ซึ่งจะสามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างจากการส่งเสริมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติที่ปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน ดังเห็นได้จาก (ตารางที่ 8) ที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม เมื่อดูเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (จากตารางที่ 9 และตารางที่10) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และมีความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามปกติ ซึ่งจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน สามารถใช้กำหนดเป็นแนวทางหรือนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก สำหรับพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในชุมชน เช่น พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

1.2 ผู้ที่จะนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันไปใช้ ควรมีการศึกษาและทำความเข้าใจถึงบทบาทของผู้นำกลุ่มก่อนนำไปใช้ เพราะผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำให้สมาชิกกลุ่มมีความสนใจมากขึ้น และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ได้เป็นอย่างดี

1.3 ควรสนับสนุน และเสริมในหลักสูตรการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันไปใช้ในการปฏิบัติจริงในชุมชนที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันต่อตัวแปรอื่นๆ เช่น อัตราการป่วยของโรคอุจจาระร่วงในเด็กลดลงหรือไม่ เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ในกลุ่มบิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็กที่อยู่ตามบ้าน โดยการปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสภาพของปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลวัน ดิษยบุตร. 2542. **การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเล็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน.** รายงานการวิจัย สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยพายัพ.

เกศรา ศิริมูล. 2536. **การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล จังหวัดอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกสร แถวโนนงิ้ว และวันทนา กลางบุรัมย์. 2544. การประเมินการควบคุมโรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น** 8(กุมภาพันธ์): 13-21.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ สุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9: จากนโยบายสู่การปฏิบัติ. **วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข** 4 (3):69–99.

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2546. **การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กองควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2543. **แนวปฏิบัติการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะกรรมการจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข. 2544. แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2544 – 2549. **วารสารนโยบายสาธารณสุข** 4 (3): 100–109.

จันทร์นิวัฒน์ เกษมสันต์ ณ อยุธยา, ศรีสว่าง พึ่งพงศ์แพทย์, นิตยา คชภักดี, ประมุข จันทวิมล และสายสุรี จุติกุล. 2531. ทิศทางการพัฒนาสุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย. **เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1**. กรุงเทพมหานคร.

จิตสมร วุฒิพงษ์. 2543. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2532. การสอนสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่ม ใน ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (บรรณาธิการ). **เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8-15.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จุฑารัตน์ ถาวรนันท์ และคณะ. 2540. การสำรวจพฤติกรรม และการรักษาโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับอุดมในประเทศไทย. **วารสารโรคติดต่อ** 23: 215-224.

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. 2546. **ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เจตนา คันธาทิพย์. 2544. **พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ. 2535. การเยี่ยมบ้าน. **เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน หน่วยที่ 1-7.** กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.

จำเนียร ศิลปวานิช. 2538. **หลักและวิธีการสอน**. นนทบุรี: เจริญรุ่งเรืองการพิมพ์.

ชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์. 2534. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชุลี ภู่ทอง. 2545. **ผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทักษิณา ไกรราช. 2545. **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิพาพร สุโฆสิต และคณะ. 2542. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมทางการปฏิบัติตนขณะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในตนงานก่อสร้าง จังหวัดนนทบุรี. **วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง** 11: 35-46.

ทิศนา แขมมณี. 2545. **ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนวรรน์ อิ่มสมบูรณ์. 2544. **พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วง.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.

นที เกื้อกูลกิจการ. 2537. **การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นันทิกา มิตรสัมพันธ์. 2534. **พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นิตย์ บุหงามงคล. 2540. **จิตวิทยาการสอน.** ขอนแก่น: ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิยาลัยขอนแก่น.

นิรามัย สุภนตพงศ์. 2539. **การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดตราด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

น้ำฝน ทองตันไตรย์. 2541. **การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุษบา วิวัฒน์เวคิน. 2542. อาการท้องเสียในเด็ก. ใน ส่าหรี จิตตินันทร์ (บรรณาธิการ), **ตำรากุมารเวชศาสตร์เล่ม 3**, หน้า 298-302. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

ประคอง กรรณสูต. 2538. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. 2543. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์.** พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

ปรางค์ทอง ราษฎร์จำเริญสุข และเอมอร ราษฎร์จำเริญสุข. 2541. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 6. **วารสารโรคติดต่อ** 24: 501-507.

ปิยะพันธ์ นันตา. 2541. **การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. 2539. **การพัฒนาแบบแผนการดูแลที่บ้านสำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างเฉียบพลันในเขตเมือง.** รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิภพ จิรภิญโญ. 2538. **โภชนศาสตร์ทางคลินิกในเด็ก.** กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

เพ็ญศรี ไพทรัตน์. 2547. ความรู้ และพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกัน และรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขต 2. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 13 (มีนาคม-เมษายน) : 299-308.

ไพทูล อนุดิษย์ และคณะ. 2542. **ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดอุทัยธานี.** รายงานการวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี.

มยุรี นิรัตธราดร. 2539. **การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชดา ปัญญาพิสิทธิ์. 2545. **การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลำดวน นำศิริกุล. 2545. โรคอุจจาระร่วงในเด็ก. **วารสารแม่และเด็ก.** ปีที่ 25 ฉบับที่ 365 (มีนาคม) : 59-61.

วาณี แม่นยำ. 2542. **การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน: กรณีศึกษา.** กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

วาสนา วารการ. 2544. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิลาวัณย์ อาธิเวช. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีหลังคลอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิพุธ พูลเจริญ. 2543. **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

วัชรา สุขแท้. 2546. **ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องสุขภาพทางเพศต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทาง เพศของวัยรุ่นตอนต้น.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันดี แย้มจันทร์ฉาย. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันดี วราวิทย์. 2537. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน. ใน วันดี วราวิทย์, เพียรวิทย์ ตันติแพทยางกูร, พรพิมล พัวประดิษย์, อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ และเกศรา อัศดามงคล (บรรณาธิการ), **โรคระบบทางเดินอาหาร และโภชนาการในเด็ก.** หน้า 1-23. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันดี วราวิทย์. 2543. **แนวปฏิบัติการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

วันดี วราวิทย์, สุพร ตรีพงษ์กรุณา, เกศรา อัศดามงคล, ประพันธ์ อ่านเปรื่อง, และ บุษบา วิวัฒน์เวคิน(บรรณาธิการ). 2547. **แนวเวชปฏิบัติโรคทางเดินอาหารในเด็กที่พบบ่อย.** กรุงเทพมหานคร: บียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.

ศิริธร ยิ่งเรงเริง. 2541. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สง่า ไชยรักษ์. 2542. **ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สดุดี ภูห้องไสย. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สนอง อินละคร. 2544. **เทคนิควิธีการและนวัตกรรมที่ใช้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นนักเรียนเป็นศูนย์กลาง.** อุบลราชธานี: อุบลออฟเซทการพิมพ์.

สรัลรัตน์ พลอินทร์. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พริ้นติ้ง.

สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ. 2543. **การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล.** นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมชัย จิรโรจน์ และรวิสรา ศรีวัฒนาวรชัย. 2544. การศึกษาเพื่อพัฒนางานเฝ้าระวังทางพฤติกรรมสุภาพโรคอุจจาระร่วงในแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตำบลหนองหงษ์ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี. **สาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง** 16(มิถุนายน): 42-51.

สมบัติ สุขสมศักดิ์. 2538. **ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาในการป้องกัน และรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดเพชรบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2541. **ทฤษฎี และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมทรง รักษ์เผ่า และสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2540. **กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สมศักดิ์ นุกูลอุดมพาณิชย์ และวิยะดา ดิลกวัฒนา. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียนของจังหวัดสุโขทัย. **รายงานการเฝ้าระวังประจำเดือน** 30: 37-42.

สมหวัง ด่านวิจิตร. 2535. **การทำให้ปลอดจากเชื้อและการทำลายเชื้อ.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค. 2546. **แนวทางการบริบาลโรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็ก: สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2542. **การประเมินผลการควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับชุมชน.** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการประเมินผลการดำเนินงานในชุมชนของการควบคุมโรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี.

สุรีย์ จันทร์โมลี. 2527. **วิธีการทางสุขศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.

สุเทพ โค้วบุญงาม และคณะ. 2541. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในช่วงอายุ 12 เดือน ถึง 5 ปี ในเขตชนบท.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์.

สุพร ตรีพงษ์กรุณา และสุกัญญา จงถาวรสถิตย์, บรรณาธิการ. 2544. **รายงานการประชุมการปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 12. การควบคุมโรคอุจจาระร่วงและแนวทางในการแก้ไขในทศวรรษหน้า 24-26 ต.ค. 2543 ณ ห้องประชุมอารีวัลยะเสวี โรงพยาบาลรามาธิบดี.** กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุภา หริกุล. 2541. โรคอุจจาระร่วงในเด็ก. ในพิศมัย ธรรมชาติ และคณะ (บรรณาธิการ), **เอกสารประกอบการอบรม การพยาบาลโรคเด็ก.** 17-28 สิงหาคม 2541 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. 2541. **การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. 2538. **จิตวิทยาการเรียนรู้วัยผู้ใหญ่.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตว์.

เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการป้องกนและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงโดยชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดระนอง” **วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์**. 12 (มกราคม 2544) : 57-77.

อธิวัฒน์ เปล่งสอาด. 2544. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก. **วารสารรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน (กทม.)** 10 (มกราคม): 2-7.

อมรรัตน์ ชุตินันทกุล. 2543. การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคอุจจาระร่วงเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนจังหวัดภูเก็ต. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 18: 199-207.

อากาศ ชูปัญญา และเกศรา แสนศิริทวีสุข. 2541. ตัวกำหนดการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดนครพนม. **วารสารโรคติดต่อ** 24: 327-334.

อาชัญญา รัตนอุบล. 2542. **การเรียนรู้และพัฒนาการของผู้ใหญ่.** เอกสารการสอนภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารี พันธ์มณี. 2538. **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. กรุงเทพมหานคร: ต้นอ้อ.

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. 2540. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2546. **ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

อัครอนงค์ ปราโมช มล. 2535. **หลักการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ.** เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Alexander, C.S., Zinzeleta, E.M., McKenzie, E.J., Vernon, A., & Markowitz, P.K. 1990. Acute gastrointestinal illness and child care arrangement. **American Journal of Epidemiology, 131**, 124-131.

Arends, R.I. 1994**. Learning to teach.** New York: McGraw-Hill.

Aronson, S.S., & Osterholm, M.T. 1986. Infectious disease in child day care: Management and prevention. Summary of the symposium and recommendations. **Review of Infectious disease, 8**, 672-679.

Ashwill, J.W. & Droske, S.C. 1997. **Nursing care of children**: Principles and practice. Philadelphia: W.B. Saunders.

Ball, J. & Bindler, R. 1995. **Pediatric Nursing: Caring for Children**. East Norwalk, C.T.: Appleton & Lange.

Bartlett, A.V., Javis, B.A., Ross, A., Katz, T.M., Dalia, M.A., Englander, S.J., & Anderson, l.J. 1988. Diarrheal illness among infants and toddlers in Day Care centers: Effects of active surveillance and staff training without subsequent monitoring. **American Journal of Epidemiology, 127**, 808-817.

Bartlett, A.V., Moor, M., G.W., Starko, K.M., Erben, J.J., & Meredith, B.A. 1985. Diarrheal illness among infants and toddlers in day care centers, II: comparison with day care homes and households. **Journal Pediatric, 107**, 503-509.

Bernard, H.W. 1972**. Psychology of Learning and Teaching**. U.S.A.: McGraw-Hill.

Bhattachary, S.K., and others. 1995. Risk factors for development of dehydration in yong children with acute watery diarrhea a case-control study. **Acta Pediatric** Vol. 84: 160-164.

Bhutta, Z.A., Nizami, S.Q., and Isani, Z. 1999. Zinc supplementation in malnourished children with persistent diarrhea in Pakistan. **Pediatric** 103, 4 (April).e42.

Borman, E.G. 1975. **Discussion and group methods: Theory and practice.** 2nd ed. NewYork: Harper & Low.

Bowden, V.R.,and Greenberg,C.S. 2003. **Pediatric nursing procedures.** Philadelphia: Lippincott Williams and Wikins.

Carter, K., and Dearmun, A. K. 1995. **Child health care nursing: Concepts, theory, and practice.** Oxford: Blackwell science.

Daigneau, C. V. 2001. The child with gastrointestinal dysfunction. In D. L Wong, and other, **Wong's essentials of pediatric nursing**, 782-799. 6th ed. St. Louis: Mosby.

DCD. 1998. Infection Control in Day Care Centers [on-line]. Available from: http://www.cdc.gov/noidod/hip/hip.Htm.

Farth, M. J. G. 1997. Acute diarrhea: Pathophysiology. In M. Gracey, and J. A. Walker-Smith(eds.), **Nestle nutrition workshop series volume 38: diarrhea disease**, 55-73. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Ferguson, K.J., et al. 1989. Attitudes, Knowledge, and beliefs as predictors of exercise infection and behavior in schoolchildren**. J Sch Health 59**(3): 112-115.

Gidley, C. 1987. Now, Wash your hands. **Nursing Times, 83**(29), 40-42.

Gould, D. 1994. Making sense of hand hygiene. **Nursing Times, 90** (30), 63-64.

Gracey, M. and walker-Smith, J. A. 1997. **Nestle nutrition workshop series volume 38: Diarrhea disease**, 55-73. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Hamilton, J. R. 1985. Acute diarrhea. In W. A. Walker, J. B. Watkins (eds.), **Nutrition Pediatrics: Basic science and Clinical Application.** 529-540. Boston: Little Brown and Company.

Harnack, R.V., et al. 1977. **Group discussion : Theory and technique.** 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.

Hardy, A.M., Lairson, D.R., & Morrow, A.L. 1994. Costs Associated with gastrointestinaltract illness among children attending day care centers in Hous, Texas. **Pediatrics, 94**, 1994.

Harkavy, K. 1988. Day Care centers and infection control: A marriage of necessity. **American Journal of Infection, 16**(1), 1-2.

Hill, N.L., & Sullivan, L. 1999. **Management guidelines for pediatric nurse practitioners.** Philadelphia: F.A.Davis.

Hockenberry-Eaton, M. 2001. Condition that procuce fluid and electrolyte imbalance. In D. L Wong, and others, **Wong's essentials of pediatric nursing**, 1316-1326. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Hymovich, D.P., and Chamberlin, R.W. 1980. **Child and Family Development: Implication for Primary Health Care**. New York: McGraw-Hill.

Jalil, F. 1997. **Nutrition in acute diarrhea.** In M. Gracey, and J.A.Walker-Smith(eds.), Nestles nutrition workshop series volume 38: diarrhea disease, 109-123. Philadel: Lippincott-Raven.

Kelly, L. 1994. **Pediatric Nursing**. Norwalk, C.T.: McGraw-Hill.

Knowles, M.S. 1980. **The Modern Practice of Adult Education.** New York: Cambridge The Adult Education Company.

Kolb, D.A., Osland, J.S. and Robin, I.M. 1984. **The organizational behavior reader.** New Jersey: A simon & Schuster company.

Mata, L. J., Urrutia, J.J., and Albertazzi, C. 1972. Treatment of acute diarrhea. **AM J Clin Nutr** 25: 1267-1275.

McAuley, E., & Courneya, K.S. 1992. Self-efficacy relationships with affective and exertion response to exercise. **J of Appl Sool Psychol 22**(4): 312-326.

Murdaugh, C., & Hinshow, A.S. 1986. Theoretical model testing to identify personality variables effecting preventive behaviors, **Nursing Research 35** (January-February): 19-23.

Norton, B.A., & Miller, A.M. 1986. **Skill for professional nursing practice.** Connecticut: Appleton Century Crofts.

Palmer, M.B. 1984. **Infection control: A policy and procedure manual.** Philadelphia: W.B. Saunders.

Pender, N.J. 1987. **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed. U.S.A.: Appleton & Lange.

Pender, N.J. 1996. **Health promotion in nursing practice**. 3rd ed. U.S.A.: Appleton & Lange.

Pender, N.J. 2002. **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. Stamford: Appleton & Lange, A Simon & Schuster company.

Phavichitr, N., and Catto-Smith, A. G. 2003. Acute gastroenteritis in children: What role for antibacterials. **Pediatric Drugs** 5 (5): 279-290.

Pickering, L.K., & Hadler, S.C. 1992. Management and prevention in day care. In R.D. Feigin, & J.D. Cherry (Eds.). **Textbook of Pediatric Infectious Disease Volumm II** (3rd ed.). (pp.2308-2318). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Pickering, L.K., & Revas, R.R. 1990. Occupational risk of child care providers and teachers. **The Journal of the American Medical Association, 230**, 2096-2097.

Polit, D.F., and Hunger, B.P. 1995. **Nursing research: Principles and methods**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F., and Beck, C.T. 2004. **Nursing research: Principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Potts, N.L., & Mandleco, B.L. 2002. **Pediatric nursing: Caring for children and their families**. Clifton Park, NY: Delmar.

Rauch, A.M., Van, R., Bartlett, A.V., & Pickering, L.K. 1990. Longitudinal study of Giardia lambia infection in a day care center population. **Pediatric Infection Disease Journal, 9,** 186-189.

Redman, B.K. 1993. **The process of patient education**. 7th ed. St. Louis: Mosby-Year.

Schuster, C.S., and Ashburn, S.S. 1992. **The process of human development: A holistic lifespan Approach.** 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Stuifergen, A.K., and Becker, H.A. 1994. Predictors of health-promotion lifestyles in persons with disabilities. **Research in Nursing & health** 17 (1): 3 -13.

Temby, B.K., Lillis, C., & Crose, L.G. 1989. **Critical nursing procedures.** Philadelphia: J.B. Lippincott.

Thacker, S.B., Addiss, D.G., Goodman, R.A., Holloway, B.R., & Spencer, H.C. 1992. Infectious and injuries in child day care. **The Journal of the American Medical Association, 268**, 1720-1726.

Tough, Allen. 1979. **The adult's Learning Project.** Toronto Ontario: The Ontario Institute for Studies in Education.

Udall, J. N., and others. 2002. Malnutrition and diarrhea: Working group report of the first world congress of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition** 35, 2 (August): S173-S179.

Viviana, M.B., Michelle, R.P., & Mark, A.G. 1998. **Pediatrics: vomiting diarrhea and dehydration** [Online]. Available from: http://www.Vh.org/Provider/clin Ref/FB Handbook/Chapter 10/17-10.htm [2003, June 22].

Waley, L. F. and Wong, D. J. 1991. **Nursing care of infants and children.** 4th ed. St. Louis: Mosby.

Wald, E.R., Dashefsky, B., Byers, C., Guerra, N., & Taylor, F.F. 1988. Frequency and severity of infectious in day care. **The Journal of Pediatric, 112**, 540-546.

Wald, E.R., Guerra, N., & Byers, C. 1991. Upper respiratory tract infections in young children: Duration and Frequency of complications. **Pediatrics, 87**, 129-133.

Wong, D. L., et al. 2001. **Wong's essentials of pediatric nursing.** 6th ed. St. Louis: Mosby.

World Health Organization. 1987. **Diarrhea disease control program: Persistent diarrhea in children in developing countries. WHO/CDD/88.27.**

World Health Organization. 1993. **The management and prevention of diarrhoea: Pratical guidelines.** 3rd. Macmillan: Belgium.

World Health Organization. 1994. Programme for control of diarrhoeal diseases: Ninth programme report 1992-1993. (n. p.).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์
   อาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์วิริยา แดงวิสุทธิ์
   อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์
   วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
3. อาจารย์วัชรา สุขแท้
   พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์
   วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
4. นางสยุมพร จันทสร
   พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
   โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5. นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ
   พยาบาลวิชาชีพ 7 พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2
   โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่
   1.1 แผนการอภิปรายกลุ่มโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน
   1.2 ตัวอย่างภาพพลิกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
   1.3 ตัวอย่างภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่
   2.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
   3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก
   3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการอภิปรายกลุ่ม

เรื่อง การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

วิธีการ อภิปรายกลุ่มย่อย

ผู้นำอภิปราย นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง รหัสประจำตัว 4777601736

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 สาขาพยาบาลศาสตร์

ผู้ร่วมอภิปราย ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

สถานที่ สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

วันที่/เวลา วัน...../...../..... เวลา.....-.....น.

วัตถุประสงค์ทั่วไป

ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก สาเหตุ, อาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และเกิดการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคและแนวทางแก้ไขของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
	บทนำ การควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กจัดเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งของการดูแลสุขภาพเด็ก โดยจุดมุ่งหมายหลักในการอภิปรายครั้งนี้ คือ การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน และหากเราทราบถึงสาเหตุอาการของการเกิดโรคอุจจาระร่วง จะทำให้เราสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ถูกต้อง	- ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ดูแลเด็กด้วยท่าทีที่เป็นกันเองและยิ้มแย้มแจ่มใส - นำเข้าสู่การอภิปรายโดยพูดบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุอาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เพื่อเป็นพื้นฐานความเข้าใจก่อน	- รับฟังการบรรยายและซักถาม	- ภาพพลิกเกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก	- สังเกตจากการตั้งใจรับฟัง และจากการซักถามของผู้ดูแลเด็ก

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
- บอกสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ - บอกอาการของโรคอุจจาระร่วงในได้ - บอกการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้	1. สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 2. อาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 3. การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก	- พูดบรรยายโดยใช้เวลา 15 นาที	- รับฟังการพูดบรรยาย - ซักถาม	- ภาพพลิกประกอบการพูดบรรยาย	- สังเกตจากความสนใจในการซักถาม และการตอบคำถามของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมหัวหน้ากลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
- อธิบายเกณฑ์ที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่มย่อยได้	เกณฑ์ที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่มย่อย 1. วัตถุประสงค์ของการอภิปรายกลุ่มย่อยคือ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงภายในกลุ่ม แล้วสรุปข้อคิดเห็นของกลุ่มนำมาเสนอร่วมกัน ผู้ดูแลเด็กจะสามารถนำประสบการณ์จากการอภิปรายกลุ่มย่อยครั้งนี้ไปปฏิบัติจนเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพเด็ก	- อธิบายเกณฑ์ที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่มย่อย	- รับฟังเกณฑ์ในการอภิปรายกลุ่มย่อย - ซักถาม	- แผ่นใสประกอบการอธิบาย	- จากความสนใจในการซักถาม และการตอบคำถามเกี่ยวกับเกณฑ์ที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่มย่อยของผู้วิจัยได้ถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมหัวหน้ากลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
	2. บทบาทของสมาชิกกลุ่มคือ ทุกคนควรได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับประเด็นอภิปราย ไม่พูดนอกเรื่อง โดยพูดทีละคน รอให้เพื่อนพูดจบก่อนจึงพูดต่อ				
	3. ระยะเวลาของการอภิปรายในครั้งแรกจะใช้เวลาในการอภิปราย 50 นาที	- อธิบายให้ผู้ดูแลเด็กนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน (ใช้เวลา 5 นาที)	- สมาชิกกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
- บอกประเด็นการอภิปรายกลุ่มได้	ประเด็นการอภิปราย เรื่อง 1. ประโยชน์ของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คืออะไร 2. สาเหตุใดที่ทำให้ไม่สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้และมีแนวทางแก้ไขอย่างไร 4. ผู้ดูแลเด็กมีความสามารถในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้มากน้อยเพียงใด 5. การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้สึกอย่างไร	- อธิบายประเด็นการอภิปราย - แจกใบงานแสดงประเด็นการอภิปราย - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กซักถาม (ใช้เวลา 5 นาที)	- ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับประเด็นและวิธีการอภิปรายกลุ่มย่อย	- ใบงานแสดงประเด็นการอภิปราย	- จากความสนใจและการซักถามของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับประเด็นการอภิปราย และสามารถตอบคำถามของผู้วิจัยเกี่ยวกับประเด็นการอภิปรายกลุ่มย่อยได้ถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
- บอกประโยชน์ของการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะให้กับเด็กได้ - บอกอุปสรรคของการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะให้กับเด็กได้ - บอกความสามารถของตนเองในการเอาชนะอุปสรรคที่มีและสามารถปฏิบัติในการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะให้กับเด็กได้ - บอกความรู้สึกที่ดีในการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะให้กับเด็กได้	**การอภิปรายครั้งที่ 1** 1. ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ 2. อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ 3. ความสามารถในตนเองในการเอาชนะอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ 4. ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ	- กระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนแสดงความคิดเห็นตามประเด็นการอภิปราย ชักนำหรือโน้มน้าวให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงประโยชน์ของการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคมีน้อย - กระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ความสามารถของตนเองในการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ โดยให้ผู้ดูแลเด็กเล่าประสบการณ์การเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ พร้อมทั้งเล่าความรู้สึกที่ดีให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง ผู้วิจัยกล่าวคำให้กำลังใจว่าผู้ดูแลเด็กทุกคนก็สามารถปฏิบัติได้	- ผู้ดูแลเด็กแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ตามประเด็นที่มอบหมาย ใช้เวลา 50 นาที		- จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นการอภิปรายภายในกลุ่ม จนสรุปเป็นข้อสรุปของกลุ่มได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา/หัวข้อในการอภิปราย	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
		- เมื่อใกล้หมดเวลา เตือนให้ผู้ดูแลเด็กสรุปความคิดเห็นและกระตุ้นให้เกิดความคิดรวบยอดที่ได้จากการอภิปรายครั้งที่ 1 - นำเสนอและสรุปผลการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 1 เกี่ยวประโยชน์ อุปสรรคแนวทางเอาชนะอุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ และความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนฟัง - สาธิตวิธีการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ	- สรุปความคิดเห็นและสร้างความคิดรวบยอดที่ได้จากการอภิปรายในครั้งที่ 1 - รับฟังการนำเสนอและสรุปผลการอภิปรายกลุ่มในครั้งที่ 1 - สาธิตย้อนกลับ	- แผ่นใสประกอบการนำเสนอผลการอภิปรายครั้งที่ 1	- จากความสนใจ ข้อซักถามและการตอบคำถามของผู้ดูแลเด็ก

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
- บอกประโยชน์ของการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้ - บอกอุปสรรคของการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้ - บอกความสามารถของตนเองในการเอาชนะอุปสรรคที่มีและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้ - บอกความรู้สึกที่ดีในการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้	**การอภิปรายครั้งที่ 2** 1. ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี 2. อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี 3. ความสามารถของตนเองในการเอาชนะอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี 4. ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี	- กระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนแสดงความคิดเห็นตามประเด็นการอภิปราย ชักนำหรือโน้มน้าวให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงประโยชน์ของการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีว่ามีมาก รับรู้ว่าอุปสรรคมีน้อย - กระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ความสามารถของตนเองในการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี โดยให้ผู้ดูแลเด็กเล่าประสบการณ์การล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีที่ทำได้สำเร็จ พร้อมทั้งเล่าความรู้สึกที่ดีให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง ผู้วิจัยกล่าวคำให้กำลังใจว่าผู้ดูแลเด็กทุกคนก็สามารถปฏิบัติได้	- ผู้ดูแลเด็กแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ตามประเด็นที่มอบหมาย ใช้เวลา 50 นาที		- จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นการอภิปรายภายในกลุ่ม จนสรุปเป็นข้อสรุปของกลุ่มได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ประเด็นในการอภิปราย	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	สื่อการอภิปราย	การประเมินผล
		- เมื่อใกล้หมดเวลา เตือนให้ผู้ดูแลเด็กสรุปความคิดเห็นและกระตุ้นให้เกิดความคิดรวบยอดที่ได้จากการอภิปรายในครั้งที่ 2 - นำเสนอและสรุปผลการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 เกี่ยวประโยชน์อุปสรรคความสามารถของตนเองในการเอาชนะอุปสรรคและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้านการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนฟัง	- สรุปความคิดเห็นและสร้างความคิดรวบยอดที่ได้จากการอภิปรายในครั้งที่ 2 - รับฟังการนำเสนอและสรุปผลการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2	- แผ่นใสประกอบการนำเสนอผลการอภิปรายครั้งที่ 2	- จากความสนใจ ข้อซักถามและการตอบคำถามของผู้ดูแลเด็ก

กิจกรรมการสาธิตครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา/หัวข้อในการสาธิต	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	อุปกรณ์การสาธิต	การประเมินผล
- สามารถปฏิบัติวิธีการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะให้กับเด็กได้ - บอกความรู้สึกที่ดีในการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะให้กับเด็กได้	- วิธีการเตรียมนมผสม - วิธีการเตรียมน้ำดื่ม - วิธีการล้างทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการปรุง และรับประทานอาหาร	- สาธิตวิธีการเตรียมนมผสม - สาธิตวิธีการเตรียมน้ำดื่ม - สาธิตวิธีวิธีการล้างทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการปรุง และรับประทานอาหาร เช่น การล้างขวดนม การล้างและจัดเก็บจาน, แก้วน้ำ (ใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที)	- สาธิตย้อนกลับ การชงนมผสม และเตรียมน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการล้างและการจัดเก็บภาชนะอุปกรณ์ต่างๆ	- อ่างน้ำ, - นมผสม, ขวดนม (พร้อมจุกนมและฝาครอบขวดนม), น้ำต้มสุก, แปรงล้างขวดนม - ภาชนะเก็บน้ำดื่ม เช่น คูลเลอร์, เหยือกน้ำ, แก้วน้ำ - ภาพโปสเตอร์แสดงวิธีการเตรียม/เก็บอาหาร วิธีการชงนมผสม และการเตรียมน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ	- จากความสนใจ ข้อซักถาม และการสาธิตย้อนกลับของผู้ดูแลเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมการสาธิตครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา/หัวข้อในการสาธิต	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิก	อุปกรณ์การสาธิต	การประเมินผล
- สามารถปฏิบัติวิธีการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้ - บอกความรู้สึกที่ดีในการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้	- วิธีการล้างมือให้สะอาด - วิธีการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี	- สาธิตการล้างมือให้สะอาด - สาธิตการกำจัดอุจจาระที่ถูกวิธี - สาธิตการกำจัดขยะที่ถูกวิธี โดยใช้อุปกรณ์จริง (ใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที)	- สาธิตย้อนกลับการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี	- อ่างล้างมือ, สบู่, ผ้าเช็ดมือ - กระดาษหนังสือพิมพ์, ถุงมือ, ขวดใส่น้ำยาทำความสะอาด, ผ้าแห้ง - ถังขยะที่มีฝาปิด, ถุงพลาสติคที่มีขนาดเดียวกับถังขยะ - ภาพโปสเตอร์วิธีการล้างมือให้สะอาด การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี	- จากความสนใจข้อซักถามและการสาธิตย้อนกลับของผู้ดูแลเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื้อหาที่ใช้ในการบรรยาย

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขยังมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงสุด

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันว่าเป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นน้ำมีมูกหรือเลือดปนเพียง 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำปริมาณมากๆ แม้เพียงครั้งเดียวในหนึ่งวัน โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการอื่นๆของโรคที่พบได้คือ มีไข้ ปวดท้อง และอาเจียน ซึ่งผลที่เกิดจากอาการดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิด ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร ที่ทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การชักจากมีไข้ และผิวหนังรอบทวารหนักอักเสบ

สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากการกระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระสู่อาหาร เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยของบุคคล เกิดขึ้นได้จากการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่ไม่สะอาด ทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค ดังนั้น จึงสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ สะอาด ปราศจากแมลงวันตอม มีฝาปิดมิดชิด
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาน้ำดื่มจากแหล่งน้ำที่สะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำโสโครก การถ่ายอุจจาระในส้วม รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขลักษณะ
3. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร และวิตามิน น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ อายุของเด็ก รวมทั้งการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรคหัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1. การอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก จากการถ่ายอุจจาระบ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส เด็กจะมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อยและอุจจาระอาจเป็นกรด
2. การชักจากมีไข้ เป็นอาการชักที่เกิดในขณะที่มีไข้โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติด ซึ่งการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเช่นกัน ดังนั้นอาการที่พบร่วมกับอาการอุจจาระร่วง คือ อาการไข้ ทั้งที่เป็นอาการนำและเกิดร่วมกับการขาดน้ำ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กนั้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่สำคัญต่อร่างกาย 2 ประการ คือ การเกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารในช่วงหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ในการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้แก่พฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลเด็กในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน มีดังนี้

1. พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการเตรียมสถานที่รับประทานอาหาร การเลือกซื้อ, จัดเตรียม และจัดเก็บอาหาร การชงนมตามขั้นตอนที่ถูกวิธี และการเตรียมน้ำดื่ม เครื่องดื่มที่สะอาดให้เด็ก รวมไปถึงการล้างทำความสะอาดและเก็บภาชนะบรรจุอาหารหรือขวดนม แก้วน้ำ ให้สะอาดถูกหลักอนามัย

2. พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเองและผู้ดูแลจะต้องดูแลเด็กให้ปฏิบัติในการรักษาความสะอาดของมือและเล็บ เล็บมือต้องตัดสั้นและสะอาดอยู่เสมอ ก่อนการเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก ก่อนการรับประทานอาหาร หลังการสัมผัสสิ่งสกปรก และหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด ไม่ใช้ผ้าเช็ดมือร่วมกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. พฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลในการเช็ดล้างก้นเด็กและกำจัดอุจจาระเมื่อเด็กถ่ายอุจจาระ การทิ้งและการกำจัดขยะที่ถูกวิธี

3.1 การกำจัดอุจจาระ

การกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ให้ทิ้งลงในส้วมหรือห่อด้วยกระดาษแล้วทิ้งลงถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ส่วนในเด็กที่สามารถขับถ่ายได้เองให้ถ่ายลงกระโถน หรือในส้วม ทำความสะอาดให้เด็กภายหลังการขับถ่าย ล้างมือเด็ก และผู้ดูแลให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ

3.2 การกำจัดขยะ

การกำจัดขยะในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันนั้น ถังขยะจะต้องทำด้วยวัสดุที่คงทนแข็งแรง เช่น สังกะสี หือพลาสติก มีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึม และนำออกกำจัดทุกวันเพื่อป้องกันไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงวัน ภายในถังขยะควรใส่ถุงพลาสติกขนาดใหญ่หรือถุงดำไว้เพื่อสะดวกในการนำไปกำจัด และทำความสะอาดถังขยะได้ง่าย ส่วนถังพลาสติกที่บรรจุขยะควรมีการทำความสะอาดทุกครั้งหลังจากที่เทขยะแล้ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื้อหาประกอบการอภิปรายครั้งที่ 1

ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม)

1. เด็กได้รับประทานอาหารที่สะอาด
2. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
3. ผู้ปกครองให้ความไว้วางใจ
4. สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีเด็กจำนวนเพิ่มมากขึ้น
5. ผู้ดูแลเด็กมีงานทำที่มั่นคง
6. เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม)

1. ไม่มีอุปกรณ์ที่สะดวกในการอุ่นอาหาร เช่น เตาแก๊ส
2. ไม่มีอุปกรณ์ในการเก็บอาหาร เช่น ตู้กับข้าว ตู้เย็น

ความสามารถของตนเองในการเอาชนะอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม)

1. ประสานงานกับหัวหน้าสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันเพื่อดำเนินการเบิกวัสดุอุปกรณ์ดังกล่าวเท่าที่จำเป็นและจัดซื้อได้
2. ประยุกต์วิธีการให้เหมาะสมหากจัดหาอุปกรณ์ไม่ได้ เช่น
   - ไม่ให้เด็กรับประทานอาหาร หรือนมที่ค้างมื้อ โดยให้รับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆเท่านั้น
   - เก็บอาหารในภาชนะที่ปิดมิดชิด เช่น หม้อที่มีฝาปิด ไม่ตักอาหารทิ้งไว้ก่อนถึงเวลามื้ออาหาร

ความรู้สึกที่ดีในการปฏิบัติการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม)

1. รู้สึกพอใจในการได้ปฏิบัติการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ

เนื้อหาประกอบการอภิปรายครั้งที่ 2

ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการล้างมือให้สะอาด และการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี)

ด้านการล้างมือให้สะอาด

1. ทำให้มือสะอาด ช่วยขจัดสิ่งสกปรกต่างๆ
2. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
3. เป็นการฝึกวินัยที่ดีทั้งแก่ตัวผู้ดูแลเด็กและต่อเด็ก
4. ผู้ปกครองให้ความไว้วางใจ
5. สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีเด็กจำนวนเพิ่มมากขึ้น
6. ผู้ดูแลเด็กมีงานทำที่มั่นคง
7. เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

ด้านการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี

1. บริเวณพื้นห้องนอนเด็ก ห้องน้ำสะอาด น่าอยู่ น่าใช้
2. สภาพแวดล้อมสะอาด ไม่มีแมลงวันรบกวน
3. สัตว์เลี้ยงไม่มาคุ้ยเขี่ยถังขยะ
4. ผู้ปกครองให้ความไว้วางใจ
5. สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันมีเด็กจำนวนเพิ่มมากขึ้น
6. ผู้ดูแลเด็กมีงานทำที่มั่นคง
7. เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการล้างมือให้สะอาด และการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี)

ด้านการล้างมือให้สะอาด

1. ไม่มีอุปกรณ์พร้อมในการปฏิบัติ เช่น อ่างล้างมือ สบู่ ผ้าเช็ดมือ
2. บางครั้งน้ำประปา หรือน้ำบาดาลไม่ไหล

ด้านการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี

1. ไม่มีอุปกรณ์พร้อมในการปฏิบัติ เช่น ถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด
2. สัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขชอบมาคุ้ยเขี่ยถังขยะ ทำให้ถังขยะล้มส่งผลให้บริเวณนั้นสกปรกมีกลิ่นรบกวน และมีแมลงวัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความสามารถของตนเองในการเอาชนะอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการล้างมือให้สะอาด และการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี)

ด้านการล้างมือให้สะอาด

1. ประสานงานกับหัวหน้าสถานรับเลี้ยงเด็กเพื่อดำเนินการเบิกวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น อ่างล้างมือ สบู่ ผ้าเช็ดมือ เป็นต้น
2. ประยุกต์อุปกรณ์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ เช่น
   - ใช้กะละมังหรืออ่างน้ำเก็บน้ำไว้และใช้ขันน้ำตักน้ำล้างมือ
   - ขอความร่วมมือผู้ปกครองเพื่อขอผ้าขนหนูไว้ให้เด็กเช็ดมือคนละผืน

ด้านการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี

1. ประสานงานกับหัวหน้าสถานรับเลี้ยงเด็กเพื่อดำเนินการเบิกวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น แปรงขัดห้องน้ำ น้ำยาขัดห้องน้ำ ถังขยะที่มีฝาปิด เป็นต้น
2. ประยุกต์อุปกรณ์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ เช่น
   - ใช้ผงซักฟอกแทนน้ำยาขัดห้องน้ำหรือน้ำยาถูพื้น เนื่องจากราคาถูกกว่า
   - ใช้ถังปี๊บ หรือ ถังพลาสติดที่มีลักษณะคล้ายถังพลาสติคสีทาบ้าน มาใช้เป็นถังขยะ โดยแขวนไว้กับเสาไม้ให้สูงพอที่จะไม่ให้สุนัขปีนถึง และดูแลให้มีการกำจัดทิ้งทุกวัน

ความรู้สึกที่ดีในการปฏิบัติการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (ด้านการล้างมือให้สะอาด และการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี)

ด้านการล้างมือให้สะอาด

1. รู้สึกพอใจกับการล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาด

ด้านการกำจัดอุจจาระ, ขยะที่ถูกวิธี

1. เต็มใจ และไม่รังเกียจในการกำจัดอุจจาระเด็กเมื่อเด็กถ่าย
2. พอใจกับการกำจัดขยะที่ถูกวิธี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างภาพพลิก

เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

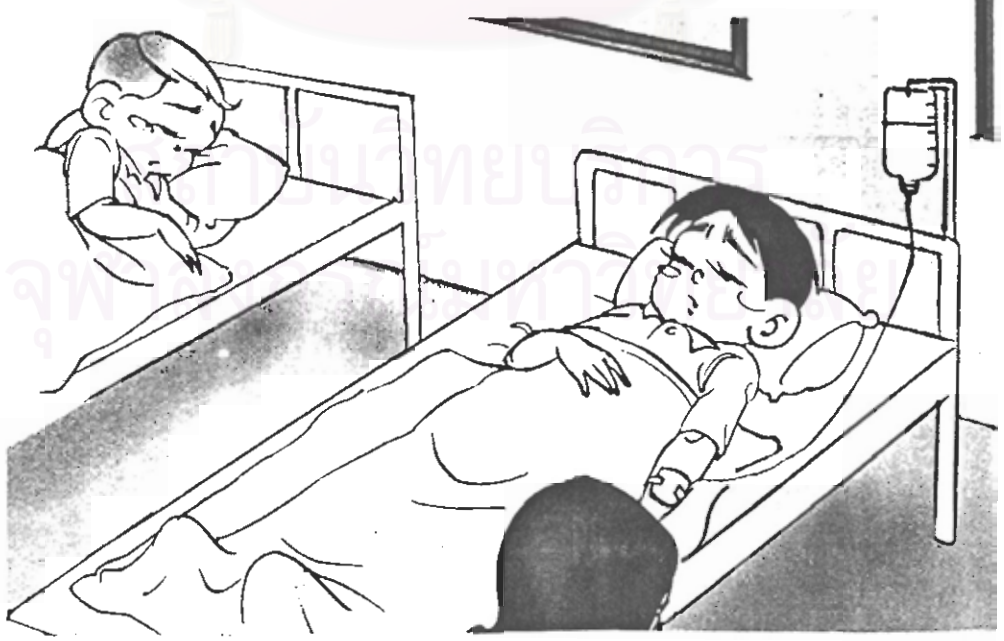
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาเหตุ : - รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่สะอาด

- ผู้ดูแลไม่ล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียม/ปรุงอาหารหรือป้อนอาหารให้เด็ก

อันตรายจากโรคอุจจาระร่วง :

ทำให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ไปพร้อมอุจจาระจำนวนมาก จนอาจทำให้ช็อคหมดสติ และถึงแก่ความตายได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก



ตัวอย่างภาพโปสเตอร์
เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

วิธีการล้างมือ
ก่อน เตรียม - ปรุงอาหาร
หลัง สัมผัสสิ่งสกปรก
ก่อน ป้อนอาหารเด็ก
หลัง ใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วม
ต้องล้างด้วยน้ำและสบู่ ทุกขั้นตอนทำ 5 ครั้ง สลับกันทั้ง 2 ข้าง
1.ฝ่ามือถูกัน
2.ฝ่ามือถูหลังมือและนิ้วถูซอกนิ้ว
3.ฝ่ามือถูฝ่ามือและนิ้วถูซอกนิ้ว
4.หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ
5.ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ
6.ปลายนิ้วมือถูขวางฝ่ามือ
7.ถูรอบข้อมือ

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม : การรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเอง และความรู้สึกในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วคิดว่า ท่านคิดเห็นอย่างไรกับในสิ่งต่อไปนี้ และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นอย่างยิ่ง
เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก <u>เมื่อฉันปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กจะทำให้</u>				
1	เด็กได้รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย				
2	ฉันไม่เสียเวลาในการดูแลเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง				
3	ฉันไม่ต้องเช็ดทำความสะอาดก้นเด็กอยู่บ่อยๆ				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
9	**การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก** เป็นการยากที่จะจัดให้เด็กรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ				
10	ฉันไม่มีภาชนะที่จะเก็บอาหารให้ปลอดจากแมลงวันตอม				
11	ไม่จำเป็นที่จะใช้น้ำต้มสุกชงนมให้เด็ก				
22	ที่ทำงานของฉันไม่มีถังขยะที่มีฝาปิด				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
23	**การรับรู้ความสามารถในตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก** ฉันสามารถดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเด็กที่ปรุงสุกใหม่ๆ				
24	ฉันสามารถจัดหาภาชนะเก็บอาหารที่มีฝาปิดมิดชิด				
25	ฉันสามารถใช้น้ำต้มสุกที่สะอาดชงนมให้เด็ก				
40	ฉันสามารถดูแลให้มีการกำจัดขยะทิ้งทุกวัน				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
41	**ความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก** ฉันชอบให้เด็กรับประทานอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ๆ				
42	ฉันพอใจที่อาหารของเด็กเก็บในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด				
43	ฉันรู้สึกพอใจหากใช้น้ำต้มสุกชงนมให้เด็ก				
58	ฉันพอใจหากขยะในถังขยะมีการกำจัดทิ้งทุกวัน				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวอย่างรายที่.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุปัจจุบัน.....ปี
2. เพศ
   ( ) ชาย ( ) หญิง
3. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) คู่
   ( ) หย่า ( ) หม้าย
4. ประวัติการมีบุตร
   ( ) มี ( ) ไม่มี
5. ระดับการศึกษา
   ( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา
   ( ) ประถมศึกษาปีที่.....
   ( ) มัธยมศึกษา / อาชีวศึกษา / อนุปริญญา
   ( ) ปริญญาตรี
   ( ) ปริญญาตรีขึ้นไป
6. ศาสนา
   ( ) พุทธ
   ( ) คริสต์
   ( ) อิสลาม
   ( ) อื่นๆ
7. รายได้ต่อเดือนของท่าน
   ( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน
   ( ) 5,000 – 10,000 บาท/เดือน
   ( ) 10,000 –15,000 บาท/เดือน
   ( ) 15,000 – 20,000 บาท/เดือน
   ( ) มากกว่า 20,000 บาท/เดือน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน.....ปี

9. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กหรือไม่

( ) ไม่เคย ( ) เคย (ตอบคำถามข้อ 10 ต่อ)

10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กจากสื่อประเภทใด

( ) โทรทัศน์

( ) วิทยุ

( ) หนังสือพิมพ์

( ) นิตยสาร-วารสาร

( ) แผ่นพับ

( ) พยาบาล

( ) บุคลากรทางสุขภาพ (เช่น พนักงานอนามัย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาจารย์พยาบาล เป็นต้น)

( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

11. ข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง

( ) การสังเกตุอาการของโรคอุจจาระร่วง

( ) การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

( ) การดูแลรักษาเมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง

( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วคิดว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทำสิ่งเหล่านี้บ่อยเพียงใด ถ้าบางข้อเหตุการณ์นั้นยังไม่เกิดกับท่าน ขอให้ท่านคิดว่าถ้าท่านอยู่ในเหตุการณ์นั้นจะปฏิบัติสิ่งเหล่านี้บ่อยเพียงใด และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

ทำทุกครั้ง หมายถึง ท่านทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้งหรือทุกวัน

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้งหรือเกือบทุกวัน

ทำบางครั้ง หมายถึง ท่านทำพฤติกรรมนั้นบางครั้งหรือบางวัน

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง ท่านไม่ได้ทำพฤติกรรมนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ทำทุกครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
	<u>ด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มที่ถูกต้อง</u>				
1	ฉันให้เด็กรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ				
2	อาหารเด็กที่เตรียมแล้ว หากยังไม่ถึงเวลารับประทาน ฉันจะเก็บไว้ในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด				
3	ฉันใช้น้ำต้มสุกชงนมให้เด็ก				
13	ฉันล้างทำความสะอาดแก้วน้ำ,ถ้วย,ช้อน,จาน ชาม ที่ใช้แล้วด้วยน้ำยาล้างจานและน้ำสะอาดแล้วจึงนำไปคว่ำ				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ข้อความ	ทำทุกครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
14	**<u>ด้านการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง</u>** ฉันดูแลตัดเล็บมือของฉันให้สั้นและสะอาด				
15	ฉันดูแลตัดเล็บมือของเด็กให้สั้นและสะอาด				
16	ฉันถอดแหวน นาฬิกา และเครื่องประดับทุกชิ้นออกจากข้อมือและมือ ก่อนการล้างมือ				
24	ฉันจัดเตรียมอุปกรณ์การล้างมือไว้ให้พร้อมใช้ เช่น สบู่ ผ้าเช็ดมือ เป็นต้น				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ข้อความ	ทำทุกครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
25	**<u>ด้านการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกสุขลักษณะ</u>** เมื่อเด็กถ่ายอุจจาระลงบนพื้นห้อง ฉันเช็ดและทำความสะอาดพื้นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทันที				
26	ฉันฝึกและดูแลให้เด็กราดน้ำในโถส้วมให้สะอาดหลังการขับถ่าย				
27	ฉันดูแลทำความสะอาดก้นเด็กให้สะอาดหลังถ่ายอุจจาระ				
35	ฉันดูแลให้มีการเก็บขยะทิ้งออกจากถัง				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของผู้ดูแลเด็ก (Informed Consent Form)

ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเด็ก (Caregiver Information Sheet)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของผู้ดูแลเด็ก

(Inform Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

เลขที่ของผู้ดูแลเด็ก.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง ที่อยู่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลดี ผลข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากทำการผู้วิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปรกติเนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้ทำการวิจัย เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเข้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

....

สถานที่/วันที่ ลงนามผู้ดูแลเด็ก

....

(นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง)

สถานที่/วันที่ ลงนามผู้วิจัยหลัก

....

(.....)

สถานที่/วันที่ ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเด็ก

(Participant information sheet)

1. ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
   โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-272231 ต่อ 2307 โทรศัพท์ที่บ้าน 077-431266
   โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-7193249 E-mail : kaow_klong@yahoo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถของตนเองในการเอาชนะอุปสรรคที่มี และมีความรู้สึกในทางบวก ต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้อมูลซึ่งอาจระบุถึงผู้ดูแลเด็กจะถูกถอดออกเป็นรหัสผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแลเด็ก

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1 กลุ่มที่1 จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กจากตามปกติจากบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาล เจ้าพนักงานอนามัย อาจารย์พยาบาล เป็นต้น และจากสื่อประเภทต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นป้ายรณรงค์ แผ่นพับ เป็นต้น

5.2 กลุ่มที่ 2 จะได้เข้าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยเป็นกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถในตนเองและความรู้สึกในทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางปฏิบัติ ร่วมกับการสาธิต

และทดลองปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน โดยให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงกับสถานรับเลี้ยงเด็กแต่ละแห่ง

6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 01-7193249

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ดูแลเด็กทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง

8. ผู้ดูแลได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ และผู้ดูแลยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

9. ผู้ดูแลมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าแต่ประการใด

10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและข้อมูลต่างๆของผู้ดูแลเด็ก จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

12. จำนวนของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 40 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โครงการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข โทร 88196

ที่ กพ.พิจารณาจริยธรรม/ 574 /2549 วันที่ 26 พฤษภาคม 2549

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 6/2549 เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 25 พฤษภาคม 2549 ที่ประชุมได้พิจารณารายละเอียดใน โครงการวิจัย เรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (THE EFFECT OF THE DIARRHEA PREVENTIVE BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM FOR CHILD CAREGIVERS IN DAY CARES) ของ นางสาวพีชญธิรา นาคทองคำ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรี ชัยชนะวงศ์โรจน์)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเพ็ญธิรา นาคทองคง เกิดเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2518 ภูมิลำเนา จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2540 เริ่มรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ. 2547

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย