

649.8
44277
7.3

พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี
ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

ปริณฎานันท์
ของ
นันทิกา มิตรสัมพันธ์

28 พ.ธ. 2534

649.8 0388w 038w

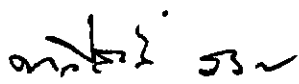
649.122 2735w

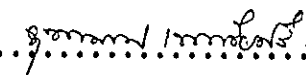
เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2534
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

174884

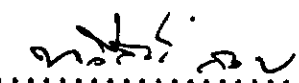
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควร
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

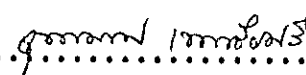
คณะกรรมการควบคุม

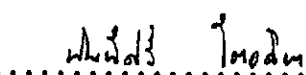

.....ประธาน
(ผศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)


.....กรรมการ
(ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี)

คณะกรรมการสอบ


.....ประธาน
(ผศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)


.....กรรมการ
(ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์พิมพ์ศรี ไตรคติแพทย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศ.ดร.สมพร บัวทอง)

วันที่ 25..เดือน..พฤษภาคม...พ.ศ.2534

ประกาศขอบคุณการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาให้คำแนะนำและความช่วยเหลือจากท่าน ผศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี และอาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุนันท์ ศลโกสม อาจารย์ ดร.พรสุข หุ่นรินทร์ นายแพทย์ อุดม เล็กสมบูรณ์ แพทย์หญิงสุภา ทริกุล และอาจารย์วิลเลียม วิมุกตายน ที่กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสุจิตรา นิธมานนิตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก และ คุณชนศรี ชโลปัทม์ ที่ให้คำแนะนำและความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณเยี่ยมศิริ ทมอคง คุณกัลยา วิบุรณานนท์ และคุณบุญรินทร์ มิตรสัมพันธ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มาตลอด

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่และอาจารย์ในภาควิชาสุศึกษาทุกท่าน ไว้ ณ ที่นี้ด้วย

นันทิกา มิตรสัมพันธ์

สารบัญ

บทที่

หน้า

1	บทนำ.....	1
	ค่าน้ำ.....	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า.....	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	10
	การวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
	การวิจัยในต่างประเทศ.....	34
	การวิจัยในประเทศไทย.....	35
	สมมติฐานการวิจัย.....	38
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	39
	ประชากร.....	39
	กลุ่มตัวอย่าง.....	39
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	40
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	40
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	41
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	42
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	47
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	47
	ผลการศึกษาค้นคว้า.....	49

5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	118
บทย่อ.....	118
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	118
วิธีดำเนินการวิจัย.....	118
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	119
สรุปผลการค้นคว้า.....	120
อภิปรายผล.....	123
ข้อเสนอแนะ.....	131
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	133
บรรณานุกรม.....	134
ภาคผนวก.....	139
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	151

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1. จำนวนคนไข้นอก คนไข้ในโรคอุจจาระร่วง และอัตราตายแบ่งตาม อายุ โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร.....	3
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามอายุ.....	49
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามจำนวนบุตร.....	50
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามอาชีพ.....	51
5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามระดับการศึกษา.....	52
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัว.....	53
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม.....	54
8. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามลักษณะครอบครัว.....	55
9. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามมีสัตว์เลี้ยงหรือไม่มีในบ้าน.....	56
10. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามลักษณะการใช้ส้วม.....	57
11. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามน้ำใช้ของครอบครัว.....	58
12. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามการจัดเก็บและกำจัดขยะ และสถานที่วางถังขยะ.....	59
13. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามวิธีการกำจัดขยะของครอบครัว.....	60
14. จำนวนและร้อยละของบุตร จำนวนตามอายุ สถานที่คลอด การคลอด และน้ำหนักตัวแรกเกิด.....	62
15. จำนวนและร้อยละของบุตร จำนวนตามชนิดน้ำดื่มของบุตรและการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาและนมผสม.....	63
16. จำนวนและร้อยละของบุตร จำนวนตามการได้รับวัคซีน.....	64
17. จำนวนและร้อยละของบุตร จำนวนตามการได้รับการรักษาก่อนมาโรงพยาบาล.....	65
18. คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวนตามพฤติกรรมสุขภาพ.....	66
19. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามกลุ่มอายุ.....	68
20. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ ป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	69

21. เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามกลุ่มอายุ.....	70
22. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	71
23. การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามกลุ่มอายุ.....	72
24. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	73
25. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามจำนวนบุตร.....	74
26. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	75
27. เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามจำนวนบุตร.....	76
28. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	77
29. การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามจำนวนบุตร.....	78
30. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	79
31. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามอาชีพ.....	80
32. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	81
33. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาอาชีพแตกต่างกัน.....	82
34. เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน ตามอาชีพ.....	83

35. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	84
36. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาอาชีพแตกต่างกัน.....	85
37. การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำแนก ตามอาชีพ.....	86
38. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	87
39. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาอาชีพแตกต่างกัน.....	88
40. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	89
41. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	90
42. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระ ร่วงของมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน.....	91
43. เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำแนก ตามระดับการศึกษา.....	92
44. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	93
45. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน.....	94
46. การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	96
47. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	97
48. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน.....	98

49. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนก ตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....	99
50. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	100
51. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน.....	101
52. เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนก ตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....	102
53. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	103
54. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน.....	104
55. การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....	105
56. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	106
57. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนก ตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม.....	107
58. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	108
59. เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนก ตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม.....	109
60. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	110
61. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน.....	111
62. การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนกตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม.....	112
63. การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	113

64.	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน.....	114
65.	ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนก ตามลักษณะครอบครัว.....	115
66.	เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนก ตามลักษณะครอบครัว.....	116
67.	การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จานแนก ตามลักษณะครอบครัว.....	117
68.	ค่าอำนาจจานแนก ค่าความยากง่ายของแบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง.....	150

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- 1 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย
ปี พ.ศ. 2527-2531.....2
- 2 กรอบแนวคิด ความสัมพันธ์ของปัจจัยเศรษฐกิจสังคม ความเชื่อและการรับรู้ของมารดา
เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง การบริการสุขภาพอนามัยกับโรคอุจจาระร่วง.....30

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

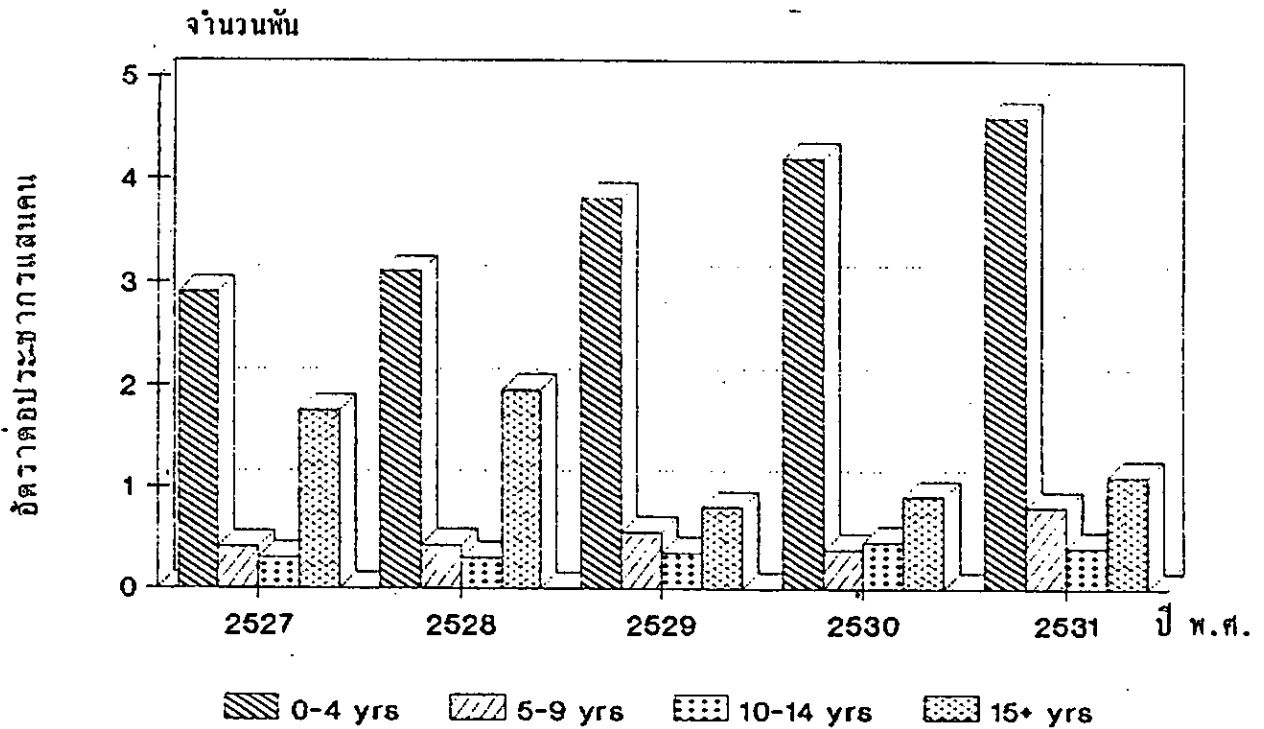
การมีสุขภาพสมบูรณ์ เป็นความปรารถนาสูงสุดของมวลมนุษย์ ดังที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่า. "ประชากรโลกจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน ปี พ.ศ.2543 (Health for all by the Year 2000)" แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีอาจจะละเลยได้ การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้ ต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็กเพราะเด็กเป็นจุดเริ่มต้นของผู้ใหญ่ ถ้าเด็กมีสุขภาพไม่แข็งแรงสมบูรณ์ ร่างกายอ่อนแอ มีภาวะทุพโภชนาการ เขาจะสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ได้อย่างไร ปัญหาสุขภาพของเด็ก จึงเป็นปัญหาที่จะต้องให้ความสนใจ และได้รับการแก้ไขโดยด่วน

เด็กจะมีสุขภาพสมบูรณ์ได้ ข้อสำคัญประการหนึ่ง คือ การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บโรค ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพตลอดจนการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก ที่สำคัญโรคหนึ่ง คือ โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงในเด็ก นับว่าเป็นปัญหาพื้นฐานของคุณภาพชีวิต ของเด็กที่สำคัญมากต่อการอยู่รอด และการพัฒนาการของเด็ก ดังที่องค์การอนามัยโลก ได้ประมาณไว้ว่าในปีหนึ่งจะมีเด็กประมาณ 500 ล้านคนเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและมีอัตราการตายสูงถึง 873,000 รายต่อปี

โรคอุจจาระร่วงในเด็ก นอกจากจะทำให้เกิดภาวะขาดน้ำจนช็อค และถึงตายได้ ยังมีผลทำให้เกิดการขาดโปรตีนและพลังงาน อันจะเป็นผลให้เด็กมีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำเกิดการติดเชื้อ เช่น ปอดบวม ติดเชื้อในกระแสโลหิต ถึงตายได้เช่นกัน และที่รอดตายอาจเกิดภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ภาวะการเจริญเติบโตชะงักงัน เจ็บป่วยง่าย

นับได้ว่า โรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญอย่างมากของโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย จากอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงทั้งหมดในประเทศไทย ต่อประชากรแสนคน จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2527-2531 เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มอายุ 0-4 ปี อัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จาก 2,800 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2527 เพิ่มขึ้นถึง 4,500 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2531 คิดเป็นร้อยละ 4.61 และ 65.25 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากแผนภูมิแท่ง 1 ดังกล่าว อาจพยากรณ์ได้ว่า แนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมากในปีต่อๆไป ในประชากรช่วงอายุ 0-4 ปี ส่วนประชากรในช่วงอายุอื่น คือ 5-9 ปี และ 10-14 ปี มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และช่วงอายุมากกว่า 15 ปี มีอัตราป่วยลดลงในปี พ.ศ. 2531 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2527



ภาพประกอบ 1 อัตราป่วยโรคเอดส์จากระวังต่อประชากรแสนคน จำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย : ปี พ.ศ. 2527-2531

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับโรงพยาบาลเด็ก ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการสำหรับเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องสุขภาพของเด็ก พบว่ามีเด็กจำนวนมากที่มารับการตรวจรักษาด้วยโรคอุจจาระร่วง ในปี พ.ศ. 2531 มีเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ที่รับการตรวจรักษาที่แผนกคนไข้นอกมากถึง 10,855 คน และเด็กมีอาการรุนแรง ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลถึง 791 คน ส่วนอัตราการตายในเด็กที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเด็ก ที่รวบรวมได้ในปี พ.ศ. 2529 ตายทั้งหมด 17 ราย เป็นเด็กช่วงอายุ 0-27 วัน 2 ราย พบอัตราการตายสูงมากในช่วงอายุ 1-11 เดือน 13 ราย และในช่วงอายุ 1-4 ปี 2 ราย ดังแสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนคนไข้นอก คนไข้ในโรคอุจจาระร่วง และอัตราการตาย แบ่งตามอายุ
โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร

พ.ศ.	จำนวน คนไข้นอก	จำนวน คนไข้ใน	อัตราการตายแบ่งตามอายุ				รวม
			0-27 วัน	1-11 เดือน	1-4 ปี	5-14 ปี	
2524	8758	469	6	14	1	-	21
2525	9374	395	6	18	4	-	28
2526	10289	467	4	14	3	-	21
2527	9121	582	3	13	2	-	18
2528	8917	756	-	6	3	-	9
2529	9364	857	2	13	2	-	17
2530	10712	687	ยังไม่ได้รับรายงาน				
2531	10855	791					

แหล่งข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร

จากตาราง 1 แสดงจำนวนคนไข้นอกเป็นที่น่าสนใจว่าจำนวนคนไข้นอกโรคอุจจาระร่วง มีแนวโน้มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ ในปี พ.ศ. 2524 มีจำนวนเพียง 8,758 คน แต่ในปีพ.ศ. 2531 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 10,855 คน

และจากอัตราการเกิดโรค อัตราตาย ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น แสดงว่าโรคอุจจาระร่วง

ในเด็กเล็ก คือ แรกเกิด ถึง 5 ปี ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างมาก ต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว สังคม รวมทั้งประเทศชาติด้วย

วัยเด็ก เป็นวัยที่ยังไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยการเลี้ยงดูจากมารดา บิดาหรือผู้ใหญ่ อย่างใกล้ชิด เมื่อเทียบกันระหว่างบิดาและมารดา มารดาจะเป็นผู้ที่คอยดูแลเลี้ยงดู มีบทบาทในเรื่องนี้มากกว่าบิดา บิดาส่່วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว มีส่วนช่วยในการเลี้ยงดูบุตรน้อยกว่า ดังนั้นพัฒนาการของเด็ก การเจริญเติบโต มารดาจะเป็นผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมดูแลเด็กตั้งแต่เรื่องอาหาร และการเตรียม ตลอดจนการให้อาหาร การเลี้ยงดูทุกอย่าง และที่สำคัญที่สุดคือ เมื่อเด็กเกิดเจ็บป่วยขึ้น และทั้งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้พบกับตนเองว่า ยังมีมารดาเป็นจำนวนมากขาดทั้งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก เมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงและอาการของโรคนั้นดี พบบุตรมารับการรักษาต่อเมื่อป่วยแล้วเกิน 3-5 วัน ซึ่งขณะนั้นเด็กมีอาการของโรครุนแรง ขาดน้ำและและเกลือแร่ในชั้นปานกลางถึงรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งการให้อาหารแก่ทารก มารดามากกว่าร้อยละ 70 ให้อาหารตามแต่เด็กก่อนอายุครบ 3 เดือน ทั้งที่มีการรณรงค์การให้ความรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กมากมาย ทั้งทางสื่อมวลชน และตามสถานพยาบาลต่าง ๆ

ปัญหาและสาเหตุดังกล่าว มารดาควรจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เมื่อบุตรเกิดเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคอุจจาระร่วงที่มีแนวโน้มอัตราการเกิดโรครุนแรงมากขึ้นในอนาคต ดังกล่าวมาแล้ว เด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงนี้ถ้าได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นไม่ถูกต้อง ไม่ทันการ เด็กจะเกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง เกิดอาการช็อค และถึงตายได้ อย่างไรก็ตาม โรคอุจจาระร่วงในเด็กเล็กนี้ถ้าได้มีการเผยแพร่ มีสื่อให้ความรู้ทั้งทางมวลชน ให้ข้อมูล การดูแล ระวังรักษา การป้องกันเบื้องต้น การให้อาหารเสริม การเตรียมอาหารเสริม และการเตรียม การเปลี่ยนนมซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้การเจ็บป่วย การระบาดของโรคอุจจาระร่วงน้อยลงได้

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพของเด็ก จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ของการศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาของมารดา และพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ที่จะมีส่วนต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ว่ามารดามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทักษะทางสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อบุตรเมื่อเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง รวมทั้ง การป้องกันโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดา เมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงกลวิธีการให้สุขศึกษาของ ดิكت้องเดิน งานสุขศึกษา และ หน่วยเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลเด็กให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการเกิดโรค อัตราตาย ความรุนแรงและอันตรายของโรคอุจจาระร่วงในเด็กต่อไป

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อทราบพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ที่มีผลทำให้บุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางพฤติกรรมสุขภาพของมารดา เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีผลทำให้บุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ตามตัวแปร ดังนี้

- 2.1 อายุ
- 2.2 จำนวนบุตร
- 2.3 อาชีพ
- 2.4 ระดับการศึกษา
- 2.5 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- 2.6 ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
- 2.7 ลักษณะครอบครัว

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ผลที่ได้จากการวิจัย อาจเป็นข้อมูลในการจัดดำเนินการให้สุขศึกษาของหน่วยงาน เวชกรรมสังคม ในสถานพยาบาล ด้านพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง

2. เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัย เสนอแก่หน่วยงานเวชกรรมสังคม และงานสุขศึกษา ของโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพฯ เป็นข้อมูลในการผลิตสื่อ รวมทั้งกลวิธีในการให้สุขศึกษา เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลต่อการเกิดโรคและการป้องกันโรค อุจจาระร่วง เพื่อนำเสนอแก่มารดาและประชาชนทั่วไป

3. เพื่อนำผลจากการศึกษาเสนอแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทางด้านสาธารณสุข เพื่อเป็น แนวทางแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเผยแพร่ความรู้เรื่อง โรคอุจจาระร่วงในเด็กและ การป้องกันโดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่นำมาศึกษา คือ มารดาที่ให้นมบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรค อูจจาระร่วง มารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก จำนวน ประมาณเดือนละ 905 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาที่ให้นมบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรค อูจจาระร่วงมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก โดยคำนวณขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของยามาเน (Yamane . 1967 : 886) ได้ขนาดของ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 277 คน

3. ตัวแปรที่จะศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความแตกต่างของมารดา ที่ให้นมบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรค อูจจาระร่วง มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก จำแนกตามลักษณะ ดังต่อไปนี้ คือ

- 3.1.1 อายุ
- 3.1.2 จำนวนบุตร
- 3.1.3 อาชีพ
- 3.1.4 ระดับการศึกษา
- 3.1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- 3.1.6 ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม
- 3.1.7 ลักษณะครอบครัว

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

- 3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพทางด้านความรู้ในการดูแลบุตร
- 3.2.2 พฤติกรรมสุขภาพทางด้านเจตคติในการดูแลบุตร
- 3.2.3 พฤติกรรมสุขภาพทางการปฏิบัติในการดูแลบุตร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพของมารดา ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง หมายถึง การกระทำหรือความพร้อมที่จะกระทำ หรือ แสดงออกในรูปของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี เมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

2. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะเหลว หรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งในเวลา 12 ชั่วโมง หรือ ถ่ายเป็นมูกเลือดเพียงครั้งเดียว นับได้ว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง ยกเว้นในทารกที่มีการเปลี่ยนแปลงอุจจาระสีเทามาเป็นสีเหลือง ทารกจะถ่ายบ่อยไม่นับเป็นโรคอุจจาระร่วง

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้แก่ สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก อาการของโรคอุจจาระร่วง การให้อาหาร นมมารดา นมผสมและการเตรียม การให้อาหารเสริม เมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง การดูแลรักษาเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง การใช้ผงน้ำตาลและเกลือแร่และการเตรียม อันตรายของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นต้น

4. เจตคติเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก และที่ท่าของมารดาที่มีต่อบุตร ในการเกิดโรคอุจจาระร่วง การป้องกัน การรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

5. การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง หมายถึง การกระทำของมารดาในการดูแลบุตร ที่กระทำอยู่ หรือพร้อมที่จะกระทำเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

6. มารดา หมายถึง สตรีที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร

7. บุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี หมายถึงเด็กที่มารดาพามารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยโรคอุจจาระร่วง ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนครบ 5 ปี

8. อายุของมารดา หมายถึง อายุของมารดาที่พาบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมา รับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ดังนี้

- 8.1 อายุต่ำกว่า 20 ปี
- 8.2 อายุ 21-30 ปี
- 8.3 อายุ 31 ปีขึ้นไป

9. จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน

9.1 จำนวน 1 คน

9.2 จำนวน 2 คน

9.3 จำนวน 3 คนขึ้นไป

10. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของมารดา

10.1 ไม่ได้เรียน หรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา

10.2 ประถมศึกษา

10.3 มัธยมศึกษาตอนต้น

10.4 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ

10.5 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า หรือสูงกว่า

11. อาชีพ หมายถึง งานหลักในปัจจุบันของมารดา แบ่งเป็น

11.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติราชการในส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจ

11.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด

11.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย

11.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัวซึ่งมีรายได้แน่นอน

11.5 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

12. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งหมดของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าเช่า ดอกเบี้ย ก้าวไร เงินปันผล บำเหน็จบำนาญ เป็นต้น นำมารวมกันโดยคิดเป็นรายได้ต่อเดือน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ . 2529 : 10.)

12.1 รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน

12.2 รายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน

12.3 รายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน

13. ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดลอม หมายถึง บ้านพักที่มีการคาใช้อาศัยและดูแลบตรอายุ
ต่ำกว่า 5 ปี รวมทั้งสภาพของสิ่งแวดลอมรอบๆบ้าน

13.1 บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ

13.2 บ้านแถวหรือตึกแถว

13.3 ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน

13.4 อยู่ในชุมชนแออัด

13.5 เเพงพักอาศัยชั่วคราว

14. ลักษณะครอบครัว หมายถึง สภาพการอยู่รวมกันของสมาชิกภายในครอบครัวของ
มารดา แบ่งเป็น

14.1 ครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ ครอบครัวที่ประกอบด้วยบิดา มารดาและบุตร

14.2 ครอบครัวขยาย ได้แก่ ครอบครัวที่ประกอบด้วยบิดา มารดา บุตรและญาติ
พี่น้องที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

15. การดูแลบุตร หมายถึง ความรับผิดชอบของมารดาที่มีต่อบุตรเกี่ยวกับสุขภาพ การ
ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเป็นโรคอุจจาระร่วงในบุตร และเมื่อเกิดเป็นโรคอุจจาระร่วง

16. โรงพยาบาลเด็ก หมายถึง สถานพยาบาลซึ่งบริการทางสุขภาพ การรักษาพยาบาลแก่
เด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 15 ปี สังกัดกรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 420/8
ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตทุ่งพญาไท กรุงเทพมหานคร

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนที่จะเข้าใจความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ควรจะต้องเข้าใจความหมายของคำว่า "พฤติกรรม" และ "สุขภาพ"

"พฤติกรรม" หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ซึ่งทั้งที่อยู่ภายในหรือแสดงออกมามีภายนอก (วารี ระกิติ . 2530 : 696)

"สุขภาพ" หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพนี้ มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรค หรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น (สุชาติ โสมประยูร. 2525 : 1)

นั่นคือ พฤติกรรมสุขภาพ จะหมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ได้มีท่านผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

ดร.ธนวรรธน์ อัมสมบูรณ์ (2528 : 60) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 2 นัย คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคล ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ (Health-related Behavior)

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือรู้สึกว่าเป็นตนเองเจ็บป่วย (Sickness Behavior)

ศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ โสมประยูร ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคล เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และศึกษาเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้ (สุชาติ โสมประยูร. 2525 : 33)

วารี ระกิติ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ว่าเป็น ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของบุคคลทั้งที่อยู่ภายใน หรือแสดงออกมามีภายนอก โดยจะเน้นเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ โดยที่องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ เป็นความรู้ ความคิด เกี่ยวกับเรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร แสดงออกโดยการบอกกล่าว หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การบอกกล่าวว่าจะรักษาสุขภาพให้ดีได้อย่างไร จะระมัดระวังสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยได้อย่างไร การอธิบายให้รู้สาเหตุของโรค หรือ การเขียนบทความให้ผู้อื่นอ่านให้เกิดแนวคิดในเรื่องสุขภาพ เป็นต้น

2. พฤติกรรมสุขภาพด้านทัศนคติ เป็นพฤติกรรมที่มีความหมายถึงสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ เช่น ความยินดี ความเห็นชอบ ความพึงพอใจ ที่จะปฏิบัติให้เป็นผู้มีสุขภาพดี

3. พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เป็นการแสดงออกมา ให้บุคคลอื่นเห็นได้โดยการสังเกตจากผู้อื่น เช่น การเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ถูกหลักอนามัย การแต่งกายสะอาด เป็นต้น (วาริ ระกิติ. 2530 : 696, 705)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาแล้ว ตรงกับองค์ประกอบ ตามแนวคิดพฤติกรรมทางด้านการศึกษาของ บลูม (Bloom) และคราธวอลล์ และมาเซีย (Krathwahl and Macia) ซึ่งประกอบด้วย

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาการใช้ความคิดวิจารณ์ เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆดังนี้

1.1 การรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแค่จำได้ นิาได้หรือมองเห็นได้ยินก็จำได้ การรู้ขั้นนี้รู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี เป็นต้นระดับพฤติกรรมตั้งแต่ 1-6 นี้ถือว่าผู้เรียนเพียงจำ

1.2 ความเข้าใจ เมื่อบุคคลได้มีประสบการณ์ เกี่ยวกับข่าวสารหนึ่งข่าวสารใด อาจโดยการฟัง หรือ ได้อ่าน เขียน ซึ่งทำให้บุคคลแสดงความเข้าใจออกมาในรูปของทักษะหรือความสามารถในการแปล การให้ความหมาย และการคาดคะเน

1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ พฤติกรรมระดับนี้เป็นพฤติกรรมที่นำเอาความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาตนเอง วิธีการต่างๆ จะถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหา

1.4 การวิเคราะห์ ความสามารถในการวิเคราะห์ เป็นขั้นตอนหนึ่งของพฤติกรรมพุทธิพิสัย ซึ่งอาจแบ่งเป็นความสามารถขั้นย่อยได้ 3 ชั้น คือ ชั้นที่ 1 สามารถแยกองค์ประกอบของปัญหาเรื่องสภาพการณ์ เพื่อทำความเข้าใจ ชั้นที่ 2 สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบ ชั้นที่ 3 สามารถมองเห็นหลักของการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเข้าไปเป็นปัญหา หรือสถานการณ์

1.5 การสังเคราะห์ หมายถึง การนำเอาส่วนประกอบย่อยมารวมกันเป็นส่วนรวม รวมทั้งการรวมประสบการณ์ สร้างเป็นแบบแผน หรือหลักในการปฏิบัติ อย่างมีระเบียบแบบแผน ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์

1.6 การประเมินผล เป็นการให้ค่าต่อความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานมาประกอบ ในรูปของคุณภาพและปริมาณ

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (Affective domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำความชอบ ความไม่ชอบ ทักษะคติ การเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย แบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้ คือ

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ บุคคลถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่าง ยินดี หรือพร้อมจะรับ หรือให้ความสนใจ ขั้นนี้บุคคลจะมีสภาพจิต 3 ลักษณะ คือ เกิดความตระหนักว่ามีสิ่งหนึ่งถูกผลิตเกิดขึ้น ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้นนั้นและการเลือกรับหรือเลือกให้ความสนใจ

2.2 การตอบสนอง บุคคลให้ความสนใจเต็มที่เกิดความยินยอม เต็มใจ พอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่า เป็นขั้นเกิดความรู้ ทักษะคติ โดยจะแสดงพฤติกรรม ที่แสดงว่า บุคคลยอมรับหรือรับรู้ว่ามีคุณค่า

2.4 การจัดกลุ่มค่า บุคคลจะจัดระบบของค่านิยมต่างๆ เป็นหมวดหมู่

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ บุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง หรือกฎต่างๆ โดยพิจารณาถึงเหตุผลทางศีลธรรม จรรยา และด้านหลักประชาธิปไตย

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่มีความรู้และทักษะคติ ส่งเสริมให้พฤติกรรมด้านนี้แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย (วารี ระกิติ .2530 : 705-708)

โรคอุจจาระร่วงในเด็ก

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยาม โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ มากกว่า 3 ครั้งใน 12 ชั่วโมงหรือถ่ายเป็นมูกเลือด(ซึ่งจะเรียกว่า บิดหรือ Dysentery) สำหรับเด็กที่ตีพิมพ์มารดา จะถ่ายอุจจาระค่อนข้างเหลว และ ในคนปกติที่อุจจาระลักษณะปกติ แต่ถ่ายบ่อยครั้ง นับว่าเป็นอุจจาระร่วง โรคอุจจาระร่วงพบได้บ่อยที่สุดในเด็กโดยเฉพาะ อายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี และพบได้บ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนที่ตีพิมพ์ผสม โดยที่อุจจาระร่วงเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นที่ทันใด และดำเนินโรคไปได้หลายวัน ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่จากการติดเชื้อในลำไส้ ถ้ามีอาการเรื้อรังเกินกว่า 2 สัปดาห์ เรียกว่า อุจจาระร่วงเรื้อรัง (World Health Organization . 1989 : 1)

แพทย์หญิงอุบลพรรณ ลุวิระ ได้ให้คำนิยามอุจจาระร่วงไว้ว่า ท้องเสีย หรืออุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลว หรือเป็นน้ำเกิน 3 ครั้ง ในเวลา 12 ชั่วโมง หรือถ่ายอุจจาระเป็นมูก 1 ครั้ง (ยกเว้นทารกแรกเกิด) (อุบลพรรณ ลุวิระ . 2529 : 20)

แพทย์หญิงบุษบา วิวัฒนเวคิน ได้ให้คำนิยาม อุจจาระร่วงว่า หมายถึง

- ถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำมากในปริมาณ 5-10 มิลลิลิตร ต่อ กิโลกรัม ต่อวัน
- ถ่ายอุจจาระ 3 ครั้ง หรือมากกว่า ใน 12 ชั่วโมง (ยกเว้นทารกแรกเกิด)
- ถ่ายเป็นมูก 1 ครั้ง (บุษบา วิวัฒนเวคิน . 2528 : 297)

แพทย์หญิงวันดี วราวิทย์ ได้ให้คำนิยาม อุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 3 ครั้ง ในเวลา 12 ชั่วโมง หรือ ถ่ายเป็นมูกด้วยเพียงครั้งเดียวก็นับได้ว่า เป็นอาการของอุจจาระร่วง ยกเว้นในทารกแรกเกิด ระยะมี Transitional stool ซึ่งทารกจะถ่ายบ่อย ไม่นับเป็นอาการอุจจาระร่วง (วันดี วราวิทย์ . 2522 : 1343)

จากนิยามโรคอุจจาระร่วงดังกล่าว มาข้างต้น สรุปได้ว่า

โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งในเวลา 12 ชั่วโมง หรือถ่ายเป็นมูก มูกเลือด เพียง 1 ครั้ง ถ้าถ่ายอุจจาระลักษณะปกติแต่บ่อยครั้ง และในเด็กที่ดื่มนมมารดา จะถ่ายอุจจาระค่อนข้างเหลว ไม่นับว่าเป็นอุจจาระร่วง โดยที่อุจจาระร่วงเฉียบพลันจะเกิดทันทีทันใด มีสาเหตุส่วนใหญ่จากการติดเชื้อในลำไส้ ถ้าอาการเรื้อรังเกินกว่า 2 สัปดาห์ เรียกว่า อุจจาระร่วงเรื้อรัง

ในที่นี้อุจจาระร่วงที่ศึกษาทั้งหมดเป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การระบาดของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ในประเทศไทย พบมี การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่อคน หลายครั้งต่อปี ในทุกอายุ ซึ่งถือว่า เป็นโรคที่กลับเป็นซ้ำได้ง่าย และ มีการติดต่อกันและกันกว้างขวาง ผู้ใหญ่จะเกิดโรคอุจจาระร่วงประมาณได้ 5 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี เกิดโรคอุจจาระร่วงเกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี และยังพบว่าในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี เกิดโรคอุจจาระร่วงถึง 4 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งมีประมาณ 2 ใน 3 ของประชากรโลก เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี เกิดโรคอุจจาระร่วงได้บ่อย 6 ถึง 8 ครั้งต่อคนต่อปี ในประเทศเปรู ทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี อุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูงถึง 10 ครั้งต่อคนต่อปี (วันดี วราวิทย์ .2531 : 81)

การกระจายของผู้ป่วยตามฤดูกาล บุษบา วิวัฒนเวคิน (2528 : 297) กล่าวว่า ตามสถิติของกรมควบคุมโรคติดต่อ ในปี พ.ศ.2522 มีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ซึ่งมีอายุน้อยกว่า 5 ปี ถึง 36,915 ราย และอัตราตายของเด็กกลุ่มนี้ มีถึง 713 : 100,000 คน และพบว่าในระหว่างฤดูหนาว คือเดือนตุลาคมถึง เดือนธันวาคม เชื้อที่เป็นสาเหตุจะเป็นเชื้อไวรัส ส่วนในช่วงฤดูร้อน จะเป็นเชื้อแบคทีเรีย และจังหวัดชายทะเลตะวันออกคือ ระยองจะมีอุบัติการณ์ของโรคสูงที่สุด

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับ เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเด็ก โดยสุภา ทรกุล และคณะ (2527 : บทคัดย่อ) ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2525 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2526 เด็กจำนวน 118 ราย -อุบัติการณ์ของโรคพบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 88.2 โดยโรคนี้พบได้บ่อยตลอดปี แต่มีช่วงที่พบบ่อยคือ ฤดูร้อนและฤดูหนาว ซึ่งการกระจายของผู้ป่วยตามนี้ได้สอดคล้องกับ แพทย์หญิง วันดี วราวิทย์ (2530 : 2) กล่าวว่า โรคอุจจาระร่วงพบได้ตลอดปี แต่พบได้มาก 2 ช่วง คือระหว่างฤดูร้อน (พฤษภาคม - กรกฎาคม) และระหว่างฤดูหนาว (ธันวาคม - กุมภาพันธ์) โดยพบอุบัติการณ์ของโรคสูง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และ สูงสุดคือ ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

พ.ศ.2530 มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงทั่วประเทศ 670,238 ราย ตาย 658 ราย อัตราป่วยคิดเป็น 1250.3 ต่อประชากร 100,000 คน โดยอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค ภาคเหนือ มีอัตราป่วยสูงสุด 1425.3 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมาคือ ภาคกลาง 1342.9 ต่อประชากร 100,000 คน ภาคใต้ 1331.5 ต่อประชากร 100,000 คน และต่ำสุด ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1034 ต่อประชากร 100,000 คน ลักษณะการกระจายของผู้ป่วยตามฤดูกาล พบว่า มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในช่วงปลายปี ต่อต้นปี และช่วงกลางปี มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมิถุนายน จากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลง และกลับเพิ่มขึ้นอีกในช่วงปลายปี

และจากสรุปสถานการณ์โรคติดต่อ คือ โรคอุจจาระร่วง จากวารสารโรคติดต่อ (2532 : 202) พบ อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2531 เท่ากับ 1318.16 ต่อประชากร 100,000 คน

ซึ่งในจำนวนนี้ กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด คือ 0-4 ปี คิดเป็นประมาณ 4,500 คน ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพประกอบ 1)

สาเหตุการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่พบบ่อย คือ

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร จากเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 เชื้อไวรัส เป็นที่สาเหตุสำคัญของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง โดยพบว่า โรตาไวรัส (Rotavirus) เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะอุจจาระร่วงในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งในเขตร้อนและนอกเขตร้อนของโลก (ระวีวรรณ พิบูลภานุวัฒน์ . 2532 : 291) และ จากการศึกษาอุจจาระของผู้ป่วยเด็ก ที่เป็นโรคอุจจาระร่วง มารับการรักษาที่โรงพยาบาล รามาธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2518 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2519 จำนวน 113 ราย สามารถตรวจพบ Rotavirus เป็นจำนวน 27 ราย นับเป็นร้อยละ 24.9 อายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 7 วัน อายุสูงสุด คือ 1 ปี 8 เดือน ช่วงอายุที่พบเชือนี้ได้บ่อยคือ 9-12 เดือน พบถึง

ร้อยละ 49 ของอุจจาระที่ตรวจ เชื้อนี้ตรวจพบได้บ่อย ในช่วงตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงมกราคม ในฤดูร้อนไม่พบเชื้อนี้ ซึ่งสอดคล้องกับภูเขา วิวัฒนาการ ดังได้กล่าวแล้วในอุบัติการณ์ของโรค (วันดี วราวิทย์ . 2522 : 1345)

และจากรายงานการศึกษาสาเหตุของผู้ป่วยเด็ก ที่มารักษาที่โรงพยาบาล 10 แห่ง ระหว่างปีพ.ศ.2518-2526 พบว่า Rotavirus เป็นสาเหตุถึงร้อยละ 31-60 และอุบัติการณ์ของโรคนี้จะสูงในช่วงเดือน พฤศจิกายนถึงเดือนกุมภาพันธ์ (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 3)

โดยที่เชื้อไวรัสจะเข้าสู่เซลล์เยื่อบุผิว (Epithelium cell) ของลำไส้เล็ก โดยจะแบ่งตัว และทำอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุผิวของลำไส้ ทำให้การย่อยและการดูดซึมสูญเสียไป

เชื้อไวรัสที่สำคัญมากคือ Rota Viruses การศึกษาที่โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพฯ พบว่าเป็นสาเหตุโรคอุจจาระร่วง ประมาณ ร้อยละ 30 ของเด็กที่ตรวจอุจจาระ เชื้อไวรัสอื่น ๆ เป็นสาเหตุของโรคนี้ได้ เช่น Pavovirus, Adenoviruses , Echovirus และ Coxsackie viruses

Rota Virus ทำให้เยื่อบุลำไส้เล็กเปลี่ยนแปลง เช่น villi สั้นลง, crypt ลึกมากขึ้น epithelial cells จะแบนลง และมี inflammatory cells ในชั้น lamina propria ทำให้มี disaccharidase น้อยลง โดยเฉพาะ lactase การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะคืนมาภายใน 2-3 อาทิตย์ (อุคม เล็กสมบูรณ์ . 2524 : 455-456)

นั่นคือ เชื้อไวรัส ทำให้เซลล์ของเยื่อบุลำไส้ขาดน้ำย่อยแลคโตส และเซลล์หลุดเร็วกว่ากำหนด มีการสร้างเซลล์ขึ้นมาใหม่ ขาดประสิทธิภาพในการดูดซึม ทำให้อุจจาระเป็นน้ำ บางที่มีสีเขียว สีเหลือง มีกากอาหารออกมาบ้าง ในระยะหลังๆ มักจะเป็นน้ำเจียวมักไม่ค่อยมีกากหรือเลือดในอุจจาระ (อุโฆษพรหม ลูวีระ . 2529 : 20)

1.2 เชื้อแบคทีเรีย ที่พบบ่อย คือ เชื้อชิเกลล่า (Shigella) เชื้อซาลโมเนลล่า (salmonella), เชื้ออีโคไล (Escherichia coli หรือ E. coli)

ข้อมูลจากรายงานการศึกษา สาเหตุผู้ป่วยเด็ก ที่มารักษาที่โรงพยาบาล 10 แห่ง และการศึกษาในชุมชน 2 แห่ง (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 3-4) ระหว่าง พ.ศ .2518 - 2526 พบว่า เชื้อแบคทีเรีย Shigella พบ ร้อยละ 3-19 , E. coli ร้อยละ 3-30 และ Salmonella ร้อยละ 1-7 ตามลำดับ ในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล 10 แห่ง เทียบกับการตรวจพบเชื้อจากเด็กอุจจาระร่วงในชุมชน พบ Shigella ร้อยละ 3 , Salmonella ร้อยละ 0.09 สอดคล้องกับ สถิติผู้ป่วยเด็กที่มาได้รับการรักษาอาการอุจจาระร่วง ที่โรงพยาบาล รามาธิบดี ในปี พ.ศ.2516 (วันดี วราวิทย์ . 2522 : 1344) มีผู้ป่วยมาได้รับการรักษา 2,762 ราย การเพาะเชื้อจากอุจจาระด้วยวิธี rectal swab ในผู้ป่วย 1,644 ราย พบเชื้อที่เป็นสาเหตุ 506 ราย จำนวนได้คือ Shigella ร้อยละ 8.95 , Salmonella ร้อยละ 3.91 และ E. coli ร้อยละ 5.23 โดยที่เชื้อ E. coli และ Shigella พบ

มีกระจายตลอดปี ส่วนเชื้อ *Salmonella* พบมากในฤดูร้อนระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน

ซึ่งยังมีการศึกษาที่สอดคล้องว่า เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย คือ *Shigella*, *Salmonella*, *E. coli* อีกคือ การศึกษาของแพทย์หญิงสุภา หริกุล และคณะ (2527 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยอุจจาระร่วงในทารกที่ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียในอุจจาระ จำนวน 118 ราย ซึ่งรับไว้ รักษาในโรงพยาบาลเด็ก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2525 ถึงเดือนมกราคม 2526 พบเชื้อ *Salmonella* สูงสุด ร้อยละ 43.2, *Shigella* ร้อยละ 24.6 และ *E. coli* ร้อยละ 14.2

เชื้อแบคทีเรียพวกนี้ จะเป็นแบคทีเรียที่ทำให้เกิด ภาวะอุจจาระร่วง โดยการลุกล้ำเข้าไปในผนังลำไส้ โดยที่แบคทีเรียจะเข้าสู่เซลล์บุผิวที่ส่วนปลายของ *ilium* และที่ลำไส้ใหญ่หลังจากเข้าสู่เซลล์แล้วแบคทีเรีย จะต้องสามารถเพิ่มจำนวนใน *mucosa* ได้ด้วย จึงจะเกิดโรค คือ จะตามมาด้วยการอักเสบ เกิดแผลและการสูญเสียน้ำทางลำไส้ ปกติอุจจาระร่วงที่เกิดจากแบคทีเรียพวกนี้จะมีจำนวนอุจจาระน้อย เมื่อเทียบกับ จำนวนอุจจาระที่เกิดจากพิษของแบคทีเรีย แต่มีบางราย ที่จำนวนอุจจาระใกล้เคียงกับในรายที่เกิดจาก เชื้ออหิวาตกโรคได้ เพราะมีอุจจาระร่วง โดยอุจจาระเหลวเป็นน้ำ (*watery diarrhea*) ร่วมด้วย ภาวะอุจจาระร่วงที่มีอุจจาระเหลวเป็นน้ำ เป็นผลจากการ มีการขับสารน้ำออกทางลำไส้เล็กมากกว่าที่ลำไส้ใหญ่จะสามารถดูดซึมได้ แบคทีเรียที่เชื่อกันโดยทั่วไปแล้วในเวลานี้ว่าทำให้เกิดอุจจาระร่วง โดยวิธีนี้ได้แก่ *Shigella*, *Salmonella*, *Enteroinvasive E. coli*, *Campylobacter jejuni* และ *Yersinia enterocolitica* . (ระวีวรรณ พิบูลภาณุวัฒน์ 2532 : 293-294)

เชื้อ *Shigella* และ *E. coli* เมื่อได้รับเข้าไป เชื้อจะแบ่งตัวที่เซลล์ของ *mucosa* แบบ *direct penetration* ที่เยื่อผิว บางครั้งรุกล้ำถึงชั้น *lamina propria* ด้วย ทำให้เกิดการอักเสบ อุจจาระตอนแรกเป็นน้ำใสเขียวจากลำไส้เล็ก เมื่อเชื้อลุกลามไปที่ลำไส้ใหญ่ จะมีอุจจาระเป็นมูกเลือด มีอาการปวดเบ่ง (วันดี วราวิทย์ .2522 : 1347)

เชื้อ *Salmonella* เป็นเชื้อที่ทำอันตรายโดยตรงต่อ *mucosa* ร่วมกันมีการขนส่งฟลูออคตินคอปติบ มีการบวมอักเสบ การดูดซึมสารอาหารและน้ำลดลง และเชื้อจะเข้าไปแถวเนื้อเยื่อน้ำเหลือง แล้วแบ่งตัวเพิ่มขึ้น ปล่อยเอนโดทอกซิน ทำให้มี *necrosis* ของเนื้อเยื่อเกิดเป็นแผลของลำไส้ส่วน *ilium* ใกล้เคียง *cecum* บางครั้งแผลลึกถึงหลอดเลือด ทำให้มีเลือดออก หรือ ลำไส้ทะลุได้

2. เกิดจากพิษของแบคทีเรีย

เกิดจากพิษของแบคทีเรียหรืออาจเรียกว่า อาหารเป็นพิษ ได้แก่ *Staphylococci* เมื่อปนอยู่ในอาหารจะเติบโต และปล่อยพิษไว้ในอาหาร สารพิษ ทนต่อความร้อนได้ ถึงแม้จะนำ

มาหุงต้ม หรืออุ่นสารพิษขึ้นก็ไม่สลายตัว จึงทำให้เกิดอาการได้ อาการจะเกิดภายหลังได้รับสารพิษ ประมาณ 4-12 ชั่วโมง มีอาการปวดท้อง อาเจียนและอุจจาระร่วงจะทุเลาลงภายใน 24 ชั่วโมง อาจเกิดอาการหลายคน ในกลุ่มที่รับประทานอาหารมือเดียวกัน ในเด็กเล็กและคนสูงอายุอาจมีอาการชาตื้นและช็อคได้

อีกชนิดเป็นพิษที่เกิดจากเชื้อเข้าไปเติบโต เพิ่มจำนวนบนเยื่อผิว ลำไส้เล็กแล้วผลิตปลดปล่อย Enterotoxin (เป็นสารพิษพวกโปรตีน) ซึ่งออกฤทธิ์โดยตรงต่อเซลล์ผิวของลำไส้เล็ก ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยไม่รุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือไม่ทำให้กระบวนการดูดซึมอาหารตามปกติเสียหายเลย โดยทำให้สารน้ำถูกขับออกจากลำไส้เล็กมากกว่าที่ลำไส้ใหญ่ จะสามารถดูดซึมไว้ได้ จึงเกิดภาวะอุจจาระร่วง ในภาวะอุจจาระร่วง ชนิดนี้ ปริมาณอุจจาระมักจะมาก ทำให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือได้มาก ได้แก่ Enterotoxigenic E. coli , Vibrio cholerae o group 1, Vibrio cholerae non o group 1 (เชื้อหิวาตกโรค) (ระวีวรรณ พึงพานวัฒน์ . 2532 : 291-292)

3. อุจจาระร่วงจากโปรโตซัวและหนอนพยาธิ

โปรโตซัว ได้แก่ Entamoeba histolytica , Balantidium coli , Giardia lamblia , Trichomonas , Histomonas meleagridis

หนอนพยาธิ ได้แก่ Strongyloides stercoralis , Capillaria philippinensis , Fasciolopsis buski , Schistosoma

โดยที่โปรโตซัวและหนอนพยาธิ จะอาศัยอยู่บริเวณ duodenum และ jejunum และ trophozoite ของโปรโตซัว อาจลุกล้ำเข้าไปในชั้น mucosa ได้ ลำไส้เล็กมีโปรโตซัวและปรสิตอยู่จะเกิดการอักเสบ (duodenitis และ jejunitis) มี infiltration ของเม็ดเลือดขาว ในรายที่มีการติดเชื้อมาก ๆ จะเกิด granulomatous inflammation และเมื่อมี necrosis ของ mucosa ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการหลั่งและการดูดซึมในลำไส้เล็ก เกิดอุจจาระร่วงได้ (วันดี วราวิทย์.. 2522:1353-1354)

4. อุจจาระร่วงจากเชื้อรา

เด็กบางคนที่มีความต้านทานต่ำ หรือ ภายหลังได้รับยาปฏิชีวนะนานๆ ทำให้เชื้อแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ปกติในลำไส้ (โดยไม่ทำให้เกิดโรค) ถูกทำลายไปทำให้สภาพในลำไส้เหมาะแก่การเจริญเติบโตของเชื้อรา ทำให้เกิดอุจจาระร่วง (อุทัยพรต สุวีระ . 2529 : 21)

5. อุจจาระร่วงที่เกิดจากการติดเชื้อในอวัยวะอื่นนอกกระบวนทางเดินอาหาร

ทำให้ผู้ป่วยเกิดอุจจาระร่วงได้ แต่กลไกของการเกิดโรค ยังบอกไม่ได้ชัดเจน เช่น ปอดบวม หรือท่อน้ำทรวงอกอักเสบ อาจเกิดจาก เมื่อเจ็บป่วยทำให้การย่อยและการดูดซึมเลวลง (อุทัยพรต สุวีระ.. 2529 : 21)

6. โรคแพ้อาหาร

เด็กบางราย มีการแพ้สารโปรตีนในนม และสารต่างๆ รวมทั้งยา อาจมีอาการของโรคภูมิแพ้ที่ระบบอื่นๆ เช่น หืดแพ้ที่ผิวหนัง เด็กจะมีอาการอุจจาระร่วง อาเจียน โดยมักจะเกิดก่อนอายุ 6 เดือน (อุบายพรต ลูวีระ . 2529 : 21)

7. โรคขาดอาหาร

เด็กที่เป็นโรคขาดอาหาร ไม่สามารถสร้างน้ำย่อยอาหารได้เพียงพอ โดยเฉพาะเอนไซม์แลคเตส (lactase) ที่ใช้ย่อยน้ำตาลแลคโตส (lactose) ซึ่งมีมากในนมสด และนมเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี นมสด นมมารดา นมผงต่างๆ ถือว่าเป็นอาหารหลักที่ได้รับประจำทุกวัน ดังนั้น ถ้าการย่อยน้ำตาลแลคโตสเกิดย่อยไม่ดี หรือย่อยไม่หมด หรืออาหารย่อยและดูดซึมได้ไม่เต็มที่ มีกากอาหารเหลืออยู่มาก จะช่วยให้แบคทีเรียในลำไส้เติบโตมากขึ้น ทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้ (สภานะ จันทรพัหิทธิง . 2531 : 15-16)

8. มีความผิดปกติของการดูดซึม

เด็กบางรายมีความผิดปกติในการย่อยและดูดซึม เช่น รายอุจจาระร่วงจากน้ำคั้นหรือพวกที่ขาดน้ำย่อยน้ำตาลแลคโตส อาหารที่ไม่ถูกย่อยหรือย่อยไม่หมด จะระคายเคืองเยื่อลำไส้ (อุบายพรต ลูวีระ . 2529 : 21)

จากสาเหตุการเกิดโรคอุจจาระร่วงที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า ส่วนใหญ่จะมีส่วนเกิดจากการติดเชื้อ ร้อยละ 80 ซึ่งติดต่อทาง Faecal - oral route เชื้อจะเข้าสู่ทางปากโดยวิธี

1. ผ่านทางมือที่สกปรก
2. ผ่านทางน้ำหรือนมที่ไม่สะอาด
3. ผ่านทางอาหารที่ไม่สะอาด

เชื้อจะปนเปื้อนกับอาหารและน้ำ ถ้ามนุษย์มีร่างกายแข็งแรงดี และได้รับเชื้อโรคไม่มากนัก เชื้อโรคจะถูกทำลาย โดยกรดที่กระเพาะอาหาร และสารภูมิคุ้มกันต่างๆ แต่ถ้าได้รับเชื้อจำนวนมาก คนที่แข็งแรงเกิดโรคได้ หรือในรายที่ได้รับเชื้อจำนวนน้อย แต่ร่างกายอ่อนแอ จะเกิดโรคได้และบ่อย (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 3)

ทั้งนี้ การเกิดโรคอุจจาระร่วงยังมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นได้ทั้งนามธรรมและรูปธรรม ปัจจัยเสี่ยง คือ ปัจจัยเหล่านี้ถ้ามีมากในบุคคล หรือกลุ่มคนใดก็ตาม จะทำให้โอกาสที่จะเกิดโรครุนแรงมากขึ้น หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น สภาวะทางจิตใจ ความเครียด พฤติกรรม สภาพทางสรีรวิทยา พันธุกรรม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ (พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 1)

ซึ่งเมื่อได้สังเกตถึงการติดต่อของโรคอุจจาระร่วงว่าเป็น โรคที่ติดต่อในระบบทางเดินอาหาร นั่นคือ พฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในแง่ของการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางปาก และ โดยที่เรื่องที่ศึกษานี้เป็นโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงอายุนี้พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของเด็ก จะขึ้นตรงกับมารดาเป็นสำคัญ เพราะเด็กยังบริโภคอาหารเองไม่ได้และ/หรือกำลังเริ่มเข้าสู่ระยะพัฒนาการในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มารดาจะเป็นผู้บทบาทสำคัญที่สุด ที่จะให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการบริโภคอาหารของเด็ก

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในเรื่องการดูแลและการบริโภคอาหารตลอดจนการสุขภาพอาหาร จึงถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมและตัวเด็กเองก็มีส่วนสัมพันธ์ ในการเกิดโรคอุจจาระร่วงด้วยเช่นกัน

แพทย์หญิงพรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ (2530 : 1-4) ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงไว้ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเหล่านี้ บางอย่างก็ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเหล่านั้นโดยตรง แต่พฤติกรรมบางอย่างก่อให้เกิดโรคในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดา มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงมีดังนี้

1.1 การล้างมือ โรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น มีสาเหตุของการเกิดโรคที่พบมากที่สุด ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น คือ เชื้อไวรัส และเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อโดยระบบทางเดินอาหาร นั่นคือ เชื้อโรคอุจจาระร่วงจะปนเปื้อนติดมากับอาหารและน้ำ และมือเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 15)

การศึกษาในหลายประเทศ เช่น อินเดีย บังคลาเทศ กัวเตมาลา และสหรัฐอเมริกา (พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2531 : 2) ได้ผลสอดคล้องกันว่าการล้างมือภายหลังการถ่ายอุจจาระ และ ก่อนรับประทานอาหาร มีผลทำให้อัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Shigellosis.

1.2 การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา นับเป็นการให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็กเป็นอย่างดีจากการศึกษาของ Walther (พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 2 ; อ้างอิงมาจาก Walther. 1984) โดยศึกษาในเด็กแรกเกิด 260 คน ในสถานรับเลี้ยงเด็กแห่งหนึ่ง พบว่า เด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดา

มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จากเชื้อ Rotavirus น้อยกว่าในเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสม

1.3 การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

ที่สำคัญคือ การรับประทานอาหารที่ไม่ได้อุ่นให้ร้อนเสียก่อน โดยเฉพาะที่ทำเพียงครั้งเดียวในแต่ละวัน และไม่มีภาชนะปกปิดจากแมลงวันตอม ทำให้เชื้อเจริญเติบโตในอาหารและติดเชื้อจากพาหะ คือ แมลงวัน

การศึกษาที่สนับสนุนเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ การศึกษาของกานดา วัฒโนภาสและคณะ (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 6 ; อ้างอิงมาจาก กานดา วัฒโนภาสและคณะ .2529)ศึกษามารดา 799 คนที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนแออัด 21 แห่งในกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบระหว่างมารดาที่มีบุตรป่วยโรคอุจจาระร่วง ในระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนการศึกษา พบว่า พฤติกรรมของมารดาในการใช้ภาชนะครอบอาหารมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญ ในการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เมื่อเทียบกับมารดาที่มีบุตรป่วยโรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะ ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่ไม่ได้เลี้ยงด้วยนมมารดา การทำความสะอาดขวดนมมีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ประักษ์ขาม และคณะ (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 15 ; อ้างอิงมาจากเยาวลักษณ์ ประักษ์ขาม . 2527) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจะสูงในมารดาที่มีการทำความสะอาดขวดนมไม่ดีพอ เช่น ใช้วิธีลวกน้ำร้อน

2. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญ คือ

2.1 สังคมเศรษฐกิจ

จากการศึกษาแบบ Follow up study ในประเทศชิลี แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มีฐานะยากจน มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมากกว่า เด็กที่มีฐานะดี (3 และ 7 ครั้ง ต่อเด็ก 100 คน ในฐานะดี และยากจน ตามลำดับ) นอกจากนี้ ระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กยากจนยังยาวนานกว่า (พรพันธุ์ บุญรัตพันธ์ .2530 : 2)

ซึ่งปราชญ์ ทองกระจาย (2528 : 466-467) ได้ให้ข้อคิดเห็นสอดคล้อง สนับสนุนเกี่ยวกับปัจจัยในเรื่องสังคมและเศรษฐกิจว่า มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง คือ โรคอุจจาระร่วงจะเห็นได้ชัดเจนว่า มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ตัวอย่าง เช่น ในปี ค.ศ. 1900 โรคอุจจาระร่วง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของเด็กในสหรัฐอเมริกา แต่ 60 ปีต่อมา ประเทศได้พัฒนาไปสู่ระบบสังคม และเศรษฐกิจที่ดีกว่า มาตรฐานการดำรงชีวิตสูงขึ้น สาเหตุการตายเปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคหัวใจ มะเร็ง และอุบัติเหตุ จะเห็นได้ว่าประเทศ (หรือชุมชน) ที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคม ที่ดีกว่า มีแนวโน้มที่จะมีอัตราป่วยและตายด้วยโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่าประเทศ (หรือชุมชน) ที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมด้อยกว่า

และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จะเห็นได้ว่า ความยากจน ทำให้เกิดความหิวโหย ขาดแคลนอาหาร และทำให้บุคคลอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยแล้ว สุขภาพ ร่างกายอ่อนแอ ทโรคแทรกก็จะยิ่งทวีความยากจนขึ้นไปเรื่อยๆ ถ้าโรคนั้นเป็นโรคอุจจาระร่วง ความอ่อนแอ การขาดอาหารโปรตีนและพลังงาน จะเป็นปัจจัยเสริมให้โรคอุจจาระร่วงทวีความรุนแรงขึ้น และระยะเวลาการเกิดโรคก็ยาวนานขึ้น

ทั้งนี้ปัจจัยทางด้านสังคม ยังเกี่ยวข้องกับ สังคม และ วัฒนธรรม มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง โดยรวมความถึง ความรู้ ความไม่รู้ การรับรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ตลอดจนอุปนิสัย ขนบธรรมเนียมประเพณี และพฤติกรรม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีส่วนน้อยมากก็น้อย ทั้งทางตรง หรือทางอ้อม ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ ความเชื่อที่ผิด อาจทำให้โรคอุจจาระร่วงดำเนินต่อไปจนมีอาการรุนแรง เนื่องจาก ความเชื่อที่ผิด จะมีผลต่อเจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลเด็ก เด็กจึงไม่ได้รับการรักษาแต่เริ่มแรก ความเชื่อที่ผิดได้แก่ (ปราณทิพย์ ทองกระจาย . 2528 : 467-468)

- เชื่อว่าโรคนั้นเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของเด็ก เชื่อว่า เด็กทุกคน ต้องเป็นโรค เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น คว้า นั่ง คลาน เดิน ฯลฯ ฉะนั้นจึง ไม่สนใจเข้ารับรักษาเสียแต่เริ่มแรก

- เชื่อว่าเกิดจากการแพ้นมผง เนมกระป๋อง แก้ไขโดยการเปลี่ยนนมใหม่

- เชื่อว่าท้องเสียดีกว่าท้องผูก เพราะเป็นการถ่ายเอาของเสียออกจาก

ร่างกายทั้งหมด

- เชื่อว่าต้อง ให้ขี้สายสะดือเด็กเกิดใหม่หลุดก่อน จึงให้ทารกกินนมได้ ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ก็เป็นระยะเวลาที่นมเหลือง (Colostrum) จากมารดา ซึ่งมีประโยชน์และคุณค่ามากในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงหมดไปแล้ว

- ความไม่รู้ หรือ ไม่เข้าใจว่า โรคอุจจาระร่วง เกิดจากเชื้อโรคเล็กๆ ที่มองไม่เห็น เชื้อถูกทำลายได้ด้วยความร้อน และตัวเชื้อเข้าสู่ร่างกายทางปาก โดยปนมากับ อาหารน้ำ , ภาชนะใส่อาหารที่ไม่สะอาด จึงไม่มีการล้าง หรือทำความสะอาดมือ ภาชนะ ขวดนม ก่อนปรุงอาหารและรับประทานอาหาร ไม่เลือกใช้น้ำสะอาด ไม่ตระหนักถึงสภาพแวดล้อม ที่ไม่ถูกสุขลักษณะอันจะนำเชื้อโรคมาสู่ตัวเองได้ เช่น สัตว์เลี้ยง และแมลงวัน เป็นต้น

2.2 น้ำคั้นน้ำใช้ที่ไม่สะอาด

น้ำคั้นน้ำใช้ที่ไม่สะอาด คือ น้ำที่มีการปนเปื้อนด้วยเชื้อโรค ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบว่า น้ำคั้นที่เก็บไว้นานครู่เดียวมักจะถูกปนเปื้อนด้วยการที่ภาชนะที่ใช้ตัก หรือจากมือที่สกปรก ทำให้มีการติดโรคและแพร่กระจายของโรคอุจจาระร่วงได้

การศึกษาในประเทศชิลี ให้นักคิดเห็นว่า ในพื้นที่ที่มีน้ำดื่มเพียงพอ จาก
ระบบประปา จะมีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่ำกว่าพื้นที่ที่ไม่มีน้ำสะอาดดื่มอย่างมีนัยสำคัญ
(พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 2-3)

2.3 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การศึกษาติดตามผล เด็กอายุ 0-4 ปีทุกสัปดาห์
เป็นเวลา 6 เดือนในประเทศมาเลเซีย (พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 3) พบว่าเด็กกลุ่ม
ศึกษาที่อายุต่ำกว่า 2 ปีสภาพสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลมากต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง เช่น น้ำดื่มไม่ได้
มาตรฐาน สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี และ บ้านอยู่ในบริเวณที่น้ำมักจะท่วมเสมอปัจจัยเหล่านี้พบว่า
มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปราณภัย ทองกระจาย (2528 : 468) ได้ให้ข้อคิดเห็น โดยกล่าวถึง
สิ่งแวดล้อม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง พร้อมทั้งด้านชนบทชนบท
ที่ชนบทชนบท จะเอื้ออำนวยให้มีการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากน้อยแตกต่างกันในแต่ละภาค
แต่ละท้องถิ่น พฤติกรรมเกี่ยวกับ การปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร การถนอมอาหาร
ที่ไม่ได้คำนึงถึงความสะอาดถูกต้องตามสุขลักษณะ การรับประทานอาหารด้วยมือ การใช้น้ำน้อยเดียว
กับสำหรับอาบน้ำ ซักล้าง และดื่ม โดยไม่ต้มเสียก่อน และ ลักษณะเด่นอีกประการในหมู่บ้านชนบท
คือ การเลี้ยงสัตว์เช่น วัว ควาย ไว้ใต้ถุนบ้านที่ยกพื้นสูง มูลของสัตว์เลี้ยงเหล่านี้ อาจเป็น
แหล่งกำเนิด หรือแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคอุจจาระร่วง หรือ เป็นแหล่งที่เชื้ออาศัยอยู่อย่างสงบ
ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมโดยไม่ถูกทำลาย ความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดระหว่างสัตว์เลี้ยง
วัว ควาย สุนัข แมว กับคน อาจเป็นสาเหตุให้มีการติดเชื้อโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค
อุจจาระร่วงได้ง่าย และรวดเร็วขึ้น

ข้อสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การที่สัตว์ในบ้าน เป็น vector นำเชื้อโรค
อุจจาระร่วงไปปนเปื้อนอาหารและชาดมาได้ ได้แก่ แมลงวัน แมลงสาบ และหนู เป็นต้น

ทั้งนี้ข้อมูลจาก การฝึกภาคสนามของ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์
(พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 3) ที่ตำบลหนองบัวโคกและแฉ่งพัน อำเภอลำปลายมาศ
จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 2 ก.พ. ถึง 16 มี.ค. 2530 ได้ระบุว่า โรคอุจจาระร่วงที่
ระบาดในหมู่บ้าน จะเป็นมากในกลุ่มชาวบ้านที่ไม่มีเส้วมาใช้เป็นส่วนน้ำดื่ม

การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ยังรวมถึง เรื่องของการกำจัดอุจจาระที่ถูก
สุขลักษณะ คือ ต้องใช้เส้วเป็นที่รองรับอุจจาระและไม่มีสัตว์หรือแมลงมาไล่ตอมได้ ซึ่งที่คั่งของ
เส้ว หรือที่กำจัดสิ่งขับถ่ายอื่นๆ ควรบดปิดมิดชิด

ในเรื่องของสิ่งแวดล้อม หากให้มองเห็นภาพรวมของการคิดค้นเชื้อโรค
อุจจาระร่วง การแพร่กระจายของเชื้อโรคอุจจาระร่วง ที่มีผลมาจากการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับเรื่องของอุจจาระและการกำจัดอุจจาระ

3. ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล (Host Factor) มีปัจจัยหลายประการในตัวบุคคลนั้น ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคอุจจาระร่วง ได้มากกว่าบุคคลอื่น เช่น

3.1 การขาดวิตามินเอ

การศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตชนบทของอินโดนีเซีย 3,135 คนอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน เป็นเวลา 18 เดือน พบว่าเด็กที่มีอาการขาดวิตามินเอ (Night blindness หรือ มี Bitot's spot) เกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่าเด็กที่ไม่มีอาการขาดวิตามินเอ (พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 3)

3.2 น้ำหนักแรกเกิดน้อย

ทารกน้ำหนักตัวน้อย โอกาสเป็นโรคอุจจาระร่วงได้บ่อย น้ำหนักตัวน้อยแสดงถึง ภาวะขาดอาหารตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ความต้านทานของทารกต่อการติดเชื้อจะลดลง การศึกษาของจินตนา จามวิทยาพงศ์ (2530 : 78) พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 51 คน ที่ทารกที่เกิดมามีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 31

และน้ำหนักแรกเกิดน้อย พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะ จากเชื้อ Rotavirus (พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 3)

3.3 การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด

พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคหัด จะมีความเกี่ยวข้องกับการมีอาการอุจจาระร่วง โดยเด็กป่วยโรคหัด จะมีอาการอุจจาระเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปได้ โดยที่อาจเกิดจากไวรัสหัดเอง และถ้าได้รับเชื้อ เช่น Shigella , Salmonella จากสิ่งแวดล้อมจะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น

จากการศึกษาในโรงพยาบาลทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ระหว่าง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2526 ถึง มกราคม พ.ศ.2527 พบว่ามีโรคหัด 550 รายและโรคอุจจาระร่วง คือโรคแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคหัด ในการศึกษานี้ พบว่า ในเด็กเป็นหัด ทั้งหมดนี้เกิดโรคอุจจาระร่วงถึงร้อยละ 42.4 (พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ . 2530 : 4)

3.4 การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

นมมารดา ถือว่าเป็นอาหารที่ดีที่สุด สำหรับทารก เพราะถือว่ามีสารอาหารครบถ้วน และยังมีภูมิต้านทานโรคบางอย่าง ที่จะทำให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงไม่ติดโรคง่าย

Feachum (อ้างอิงมาจาก วันดี วราวิทย์ . 2531 : 20) ได้ทบทวนรายงานเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และนมผสม จากรายงาน 35 รายงาน พบว่า ทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสมเมื่อเทียบกับทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดา รายงานร้อยละ 83 แสดงว่า การให้นมมารดาอย่างเดียว ป้องกันโรคได้ดีกว่า ให้นมมารดาบางส่วน ร้อยละ 38 แสดงว่า ถ้าเลี้ยงด้วยนมมารดาอย่างเดียว ป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้เมื่อเทียบกับทารกที่ไม่ได้เลี้ยงด้วยนมมารดา และร้อยละ 76 แสดงว่า แม้เลี้ยงด้วยนมมารดา

บางส่วนก็ป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ดีกว่า กลุ่มที่น้ำได้เลี้ยงด้วยนมมารดาเลย ทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงมากกว่า ทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาอย่างเดียว หรือนมมารดาบางส่วนถึง 3 เท่าในช่วงอายุ 0-2 เดือน , 2-4 เท่าในช่วงอายุ 3-5 เดือน, และ 1-4 เท่า ในช่วงอายุ 6-11 เดือน

อาการของเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

แพทย์หญิงอุทัยพรณ ลูวีระ (2521 : 20-21) ได้อธิบายถึงอาการของเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดังนี้

1. จากเชื้อ Virus มีอาการอุจจาระเป็นน้ำ บางที่มี สีเขียว สีเหลืองมีกากอาหารออกมาบ้าง ในระยะหลังๆ มักจะเป็นน้ำ มักไม่ค่อยมีมูก หรือเลือดในอุจจาระ
2. จากเชื้อชิเกลลา (Shigella) มีอาการไข้สูง อาจจะมีชักจากพิษของเชื้อนี้หรืออาจจะมีไข้สูง อุจจาระในตอนแรกๆ เป็นน้ำมีสีเขียว ต่อมา มีมูกเลือดและปวดเบ่ง ถ่ายอุจจาระบ่อย บางรายมีอาการอาเจียนมาก่อน
3. จากเชื้อซาลโมเนลลา (Salmonella) เป็นเชื้อชนิดเดียวกับที่ทำให้เกิดโรคไทฟอยด์ อาการมีไข้อยู่ 1-2 วัน ไข้จะลง และมีอุจจาระเหลวเป็นน้ำมีสีเขียวในทารกเล็กกว่ามีอาการอาเจียน และอุจจาระร่วง เหมือนอาการเป็นพิษจากอาหาร
4. ติดเชื้อโปรโตซัวและหนอนพยาธิ มีอาการปวดท้อง ปวดเบ่ง ถ่ายอุจจาระบ่อย อุจจาระมีมูกเลือดเห็นเหมือนหัวกุ้งเน่า
5. จากพิษของแบคทีเรีย อาการเกิดภายหลังได้รับสารพิษประมาณ 4-12 ชั่วโมงมีปวดท้อง อาเจียนและท้องร่วง อาการทุเลาลงภายใน 24 ชั่วโมง
6. จากโรคแพ้อาหาร เป็นอาหารแพ้สารโปรตีนในนม หรือสารต่างๆ อาจมีผื่นแพ้ที่ผิวหนัง จะมีอาการอุจจาระร่วง อาเจียน
7. จากเชื้อรา มีอาการอุจจาระเหลว มีเนื้อมันเป็นฟองๆ เห็นเส้นใย

การรักษา

หลักในการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง คือ ต้องมุ่งที่จะทดแทนสิ่งที่เสียไปทางอุจจาระให้เพียงพอ และให้อาหารพื้นฐานที่ต้องย่อยน้อยที่สุด แต่ดูดซึมไปใช้ได้เลย การให้สารน้ำเกลือและน้ำตาลที่ผสมกันอย่างได้สัดส่วนช่วยทดแทน สิ่งที่เสียไปทางอุจจาระ และเป็น การให้อาหารทางปากบ้าง ถึงแม้จะไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ก็ช่วยให้ลำไส้ดูดซึมสารอาหารไปด้วย และการได้รับสารน้ำทางปากเร็วจะฟื้นคืนตัวเร็ว (อุทัยพรณ ลูวีระ . 2519 : 22)

การดูแลรักษาเด็กป่วยอุจจาระร่วง

1. การรักษาจำเพาะ

ในปี พ.ศ. 2521 การใช้ Colimicin รักษาอุจจาระร่วงจากเชื้อ *E. coli* ได้ผลเพียงร้อยละ 34 การใช้ Cotrimoxasol หรือ Gentamicin ได้ผลดีกว่า ส่วนเชื้อ *Salmonella* นั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการดี อาการอาจหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยา การใช้ Ampicillin ชนิดรับประทาน จะไม่เปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค ทั้งทางด้านความรุนแรงและระยะเวลาต่ออย่างใด นอกจากนั้น อาจทำให้มีเชื้ออยู่ในลำไส้ยาวนานกว่าพวกที่ไม่ได้รับยา ส่วนเชื้อ *Shigella* ก็อาจหายได้เองเช่นเดียวกัน

2. การรักษาทั่วไป

2.1 ให้ยาพดระงับอาการปวดและลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ยาพวกนี้ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ไม่ควรให้ในทารกอายุต่ำกว่า 3 เดือน เพราะยาบางชนิดมีส่วนผสมของ Atropine ร่วมอยู่ด้วยซึ่งมีฤทธิ์กดการหายใจ การใช้ยาพวกนี้ควรให้เพียง 1-2 ครั้ง เท่านั้น ถ้าใช้ 1 ครั้ง แล้วหยุดถ่ายอุจจาระก็ไม่ควรให้ซ้ำ สำหรับเด็กป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล มักนิยมให้ยาจากพวกนี้

2.2 การทดแทนภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ เด็กป่วยอุจจาระร่วงจะมี การเสียน้ำและเกลือไปทางอาเจียน และอุจจาระ ทำให้ปริมาตรของน้ำในหลอดเลือดลดลง มีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงด้วย ถ้าเป็นมากก็อาจทำให้อวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง และไต ทำงานน้อยลง และเกิดการเสื่อมหน้าที่ขึ้น ดังนั้นในเด็กที่มีอาการท้องร่วงอย่างรุนแรง อาการขาดเกลือและน้ำอาจเกิดขึ้นได้ ภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง การรักษาโดยวิธีให้น้ำเกลือในผู้ป่วยที่มีอาการขาดเกลือและน้ำอย่างเฉียบพลัน กระทำได้โดย แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ

(1) ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เพราะขาดเกลือและน้ำมาก ต้องให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ โดยทั่วไปประเมินได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำมากกว่า ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว

(2) ผู้ป่วยที่มีอาการขาดน้ำปานกลาง แต่ยังพอทดแทนได้ โดย ให้น้ำเกลือรับประทาน (วันดี วราวิทย์ . 2522 : 1357-1359)

สำหรับองค์การอนามัยโลกได้เสนอ การรักษาเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง ไว้ดังนี้ คือ ปัจจัยสำคัญในการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ซึ่งประกอบด้วย

1. การป้องกันภาวะขาดน้ำ
2. การรักษาภาวะขาดน้ำโดยรีบด่วน
3. การให้อาหารในเด็ก

1. การป้องกันภาวะขาดน้ำในเด็ก

สามารถป้องกันได้โดย การให้น้ำมากขึ้นเมื่อเริ่มมีอาการระงว อาจให้เป็น น้ำซุบ น้ำข้าว ข้าวต้ม โจ๊ก และผงน้ำตาลเกลือแร่ (Oral Rehydration Salt หรือ ORS)

2. การรักษาภาวะขาดน้ำ

เมื่อมีภาวะขาดน้ำ เด็กควรได้รับพาไปส่งยังสถานพยาบาลทันที

3. การให้อาหารในเด็ก

เด็กควรได้รับอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง อาหารควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย และควรได้รับน้ำเพิ่มในขณะที่มีอาการอุจจาระร่วง เมื่ออาการอุจจาระร่วงดีขึ้น ควรได้รับน้ำและอาหารเพิ่มอีก 1 มื้อ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มน้ำหนักตัว (WHO. 1989 : 2-3)

การรักษาผู้ป่วยภาวะขาดน้ำอย่างอ่อน และยังพอรับประทานได้

ผู้ป่วยพวกนี้ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำชัดเจน และไม่มีอาการอาเจียน ควรให้สารอาหารทางปาก

เมื่อเกิดอาการอุจจาระร่วง น้ำย่อยต่างๆจะลดลงและการดูดซึมอาหารก็ลดน้อยลงด้วย น้ำเกลือที่มีส่วนประกอบที่พอเหมาะที่จะใช้ในระยะ 12-24 ชั่วโมง ควรมีโซเดียมและโปตัสเซียม ในน้ำจะละลายกลูโคส หรือซูโครส ร้อยละ 5

วันต่อมา จึงเริ่มให้แม่ที่ผสมจากๆ โดยแนะนำให้ใช้ปริมาณน้ำเท่าเดิม แต่ลดผงนมลงครึ่งหนึ่งก่อน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงค่อยเพิ่มความเข้มข้นตามลำดับ

ในรายที่ถ่ายอุจจาระไม่มีน้ำมากและถ่ายน้อยครั้ง อาจให้น้ำใส่น้ำตาลสลับน้ำนมจากๆ ได้ในขนาด 150 มิลลิลิตร ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน แต่ไม่ควรให้มากเกินไป เพราะจะทำให้ถ่ายอุจจาระมากขึ้นอีก (วันดี วราวิทย์ . 2522 : 1370-1373)

การบำบัดด้วยการให้น้ำเกลือทางปากนั้น ในปี ค.ศ.1980 เมื่อองค์การอนามัยโลก เริ่มโครงการควบคุมโรคอุจจาระร่วง มีเด็กประมาณ 4 ล้านคนต่อปี ต้องเสียชีวิต เพราะอาการร่างกายขาดน้ำเนื่องจากโรคอุจจาระร่วง ในตอนนั้น มีเด็กไม่ถึงร้อยละ 1 ที่เป็นโรคอุจจาระร่วง แล้วได้รับการบำบัดด้วยการให้น้ำเกลือทางปาก ในปัจจุบัน ขณะนี้ประเทศกำลังพัฒนา 112 ประเทศ มีโครงการส่งเสริมการบำบัดอาการอุจจาระร่วง ด้วยการให้น้ำเกลือทางปาก การผลิตผงสูตรผสมเกลือแร่ (ORS) ขององค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ ทั่วโลกมีปริมาณสูงขึ้นเป็น 300 ล้านลิตรต่อปี โดยที่ 2 ใน 3 ของจำนวนผลิตในประเทศกำลังพัฒนา 55 ประเทศ และเกือบร้อยละ 60 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศกำลังพัฒนา สามารถได้รับผงเกลือแร่ ORS นี้ รวมทั้งจำนวนเด็กที่เสียชีวิตจากร่างกายขาดน้ำเพราะโรคอุจจาระร่วงกำลังลดลงอย่างสม่ำเสมอ ตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก การบำบัดด้วยการให้น้ำเกลือทางปาก จะป้องกันไม่ให้เด็ก 750,000 ถึง 1,000,000 คน ต่อปีเสียชีวิต เพราะ

ร่างกายขาดน้ำ (องค์การยูนิเซฟ . 1989 : 8)

สำหรับผงเกลือแร่ (ORS ย่อมาจาก Oral Rehydration Salt) ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ มีจำนวนเกลือแร่เพียงพอและมีจำนวนกลูโคสพอเหมาะ ซึ่งหน้าที่สำคัญของกลูโคสใน ORS ก็คือ ช่วยทำให้การดูดซึม ของโซเดียมง่ายขึ้น หรือเพิ่มขึ้น เมื่อมีการดูดซึมโซเดียมก็จะมี การดูดซึมน้ำเข้าไปด้วย (ระวีวรรณ พิบูลภานุวัฒน์ : 2532 : 305-306)

ผงเกลือแร่ (ORS) เมื่อผสมน้ำดื่ม 1 ลิตร ประกอบด้วย

- โซเดียม คลอไรด์ (Sodium Chloride or Common Salt) 3.5 กรัม
- กลูโคส (Glucose) 20.0 กรัม
- โซเดียม ไบคาร์บอเนต (Sodium bicarbonate) 2.5 กรัม
- โพแทสเซียม คลอไรด์ (Potassium Chloride) 1.5 กรัม

(WHO . 1989 : 18)

สำหรับปริมาณ ORS ที่ใช้ แพทย์หญิงวันดี วราวิทย์ (2531 : 84) ให้ข้อเสนอแนะในการใช้ไว้ดังนี้

การใช้ ORS นั้นในระยะที่มีอาการขาดน้ำ ให้ดื่มน้ำปริมาณเท่ากับที่เสียไปทางอุจจาระ เช่น เมื่อถ่ายอุจจาระเป็น น้ำ 1 ครั้ง ให้ดื่ม ORS

1/4 ถ้วย สำหรับทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน

1/2 ถ้วย สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 2 ปี

1 ถ้วย สำหรับเด็กอายุ 3 - 15 ปี

การรักษาด้วยสารน้ำทางปาก เป็นการแก้ภาวะขาดน้ำ ในช่วง 4 ชั่วโมงแรก แล้วเริ่มให้กินเร็วจะเป็นน้ำเปล่า นมแม่ หรือนมเจือจาง โจ๊ก เพื่อให้เด็กได้รับน้ำและอาหารเพิ่มเติมในรายที่ขาดเกลือแร่ แต่ได้รับเกินก็จะได้รับน้ำเพียงพอที่จะขับเกลือที่เกินออกทางไต การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่เกิดอุจจาระร่วง จากแบคทีเรีย เช่น *E. coli* , *Shigella* และ *Rotavirus* หายจากภาวะขาดน้ำได้ ร้อยละ 90-95

การให้สารน้ำทางปากที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

การให้สารน้ำทางปากนั้น เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคอุจจาระร่วง เพราะจะเป็นทางป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำตั้งแต่ต้น เพราะเมื่อเกิดการเสียเกลือ และ น้ำไปทางอุจจาระมากกว่าปกติ อาการแสดงของภาวะขาดน้ำจะปรากฏขึ้น การรักษา จึงต้องเริ่มตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการ ปัจจุบันจึงเน้นการรักษาด้วย สารน้ำ หรือของเหลวที่มีอยู่ตามบ้าน หรือ สารน้ำที่แม่ หรือ ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถเตรียมขึ้นได้เอง เป็นการรักษาด้านแรก โดยที่สารน้ำ หรือ ของเหลวเหล่านี้อาจเลือกแนะนำ ให้เหมาะสมกับของที่ชาวบ้านมีอยู่ และนิยมใช้อยู่บ้างแล้ว จึงจะประสบความสำเร็จ

สารละลายเกลือน้ำตาลเป็นสารละลาย ที่สามารถเตรียมได้เองที่บ้านและสถานบริการตามสัดส่วนนี้ คือ

เกลือแกง 1/2 ช้อนชา (2.2 กรัม)

น้ำตาลทราย 2 ช้อนคว (30 กรัม)

นมแม่ละลายในน้ำต้มสุก 1 ขวด น้ำปลา (750 มิลลิลิตร) จะมีความเข้มข้นของโซเดียม และคลอไรด์ อย่างละ 50 มิลลิโมลต่อลิตร และมีน้ำตาลซูโครส ร้อยละ 4 สารละลายนี้สามารถรักษาภาวะขาดน้ำได้ดี แต่นับเป็นสารละลายที่ไม่ครบส่วน ขาดโพตัสเซียมและไบคาร์บอเนต สารละลายนี้จึงเหมาะสำหรับใช้ในระยะแรก เมื่อเกิดโรคอุจจาระร่วงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำ ถ้าจะใช้รักษาภาวะขาดน้ำ ต้องให้อาหารเร็วภายหลังกินสารน้ำเกลือน้ำตาล 3-4 ชั่วโมง นอกจากนั้นต้องระวังการดื่มน้ำมากเกินไปจนเกิดการ เพราะช้อนตวงแต่ละบ้านไม่เหมือนกัน

สารละลายอื่นๆ ที่ชาวบ้านใช้รักษาโรคอุจจาระร่วงอยู่แล้ว เช่น น้ำต้มเปลือกต้นฝรั่ง น้ำชา ควรส่งเสริมให้ใช้แล้วแนะนำให้เติมเกลือ-น้ำตาลเข้าไว้ด้วย น้ำข้าวใสเกลือ ใจ็ก ข้าวต้มใสเกลือ น้ำแกงจืดที่เติมน้ำปลา หรือเกลือที่มีรสเค็ม สารน้ำตาลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยกินตั้งแต่เกิดอาการอุจจาระร่วงระยะแรก อาการอุจจาระร่วงจะทุเลาลงและหายภายใน 1-2 วัน

อันตรายของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

อันตรายของโรคอุจจาระร่วง ชนิดเฉียบพลัน มี 2 อย่าง คือ

1. ภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยผู้ป่วยจะมีการเสียน้ำและเกลือ เช่นโซเดียม โพตัสเซียมและคลอไรด์ไปทางอุจจาระ อาเจียน ปัสสาวะ เหงื่อ อาการขาดน้ำจะเกิดรวดเร็วยิ่งขึ้นในเด็กทารกหรือเด็กเล็กๆ ในภาวะที่มีอากาศร้อนจัด หรือมีไข้ การสูญเสียไปถึงร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว และในกรณีที่ช่วยเหลือน้อยหรือแก้ไขไม่ทัน ก็เป็นสาเหตุให้ทารกและเด็กเสียชีวิตได้ (Mata : 1986 : 5-6) ทั้งนี้ภาวะขาดน้ำยังทำให้ปริมาณของน้ำในหลอดเลือดลดลง จนทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงด้วย ถ้าเป็นมากก็อาจทำให้เกิดอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองและไตทำงานน้อยลงและเกิดมีการเสื่อมหน้าที่ขึ้น อาจเกิดภาวะไตวายขึ้นได้ (วันดี วราวิทย์ . 2522 : 1351, 1367)

2. ภาวะทุพโภชนาการ เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อยครั้ง หรือเป็นเรื้อรังจะมีผลทำให้เป็นโรคขาดอาหาร เนื่องจากการกำจัดอาหารที่กินเข้าไป การขาดน้ำ การย่อย การดูดซึม และกระบวนการ Metabolism ของร่างกายที่สูญเสียไป จะทำให้เด็กมีภาวะการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ อาการจะมากขึ้นในเด็กที่ขาดอาหารตั้งแต่ในครรภ์มารดาหรือเด็กที่มีภูมิต้านทานบกพร่อง (Mata : 1986 : 6) และเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ จะมีส่วนทำให้ภูมิต้านทานโรคต่ำ เกิด

โรคติดเชื้อ และโรคอุจจาระร่วงซ้ำได้ง่าย

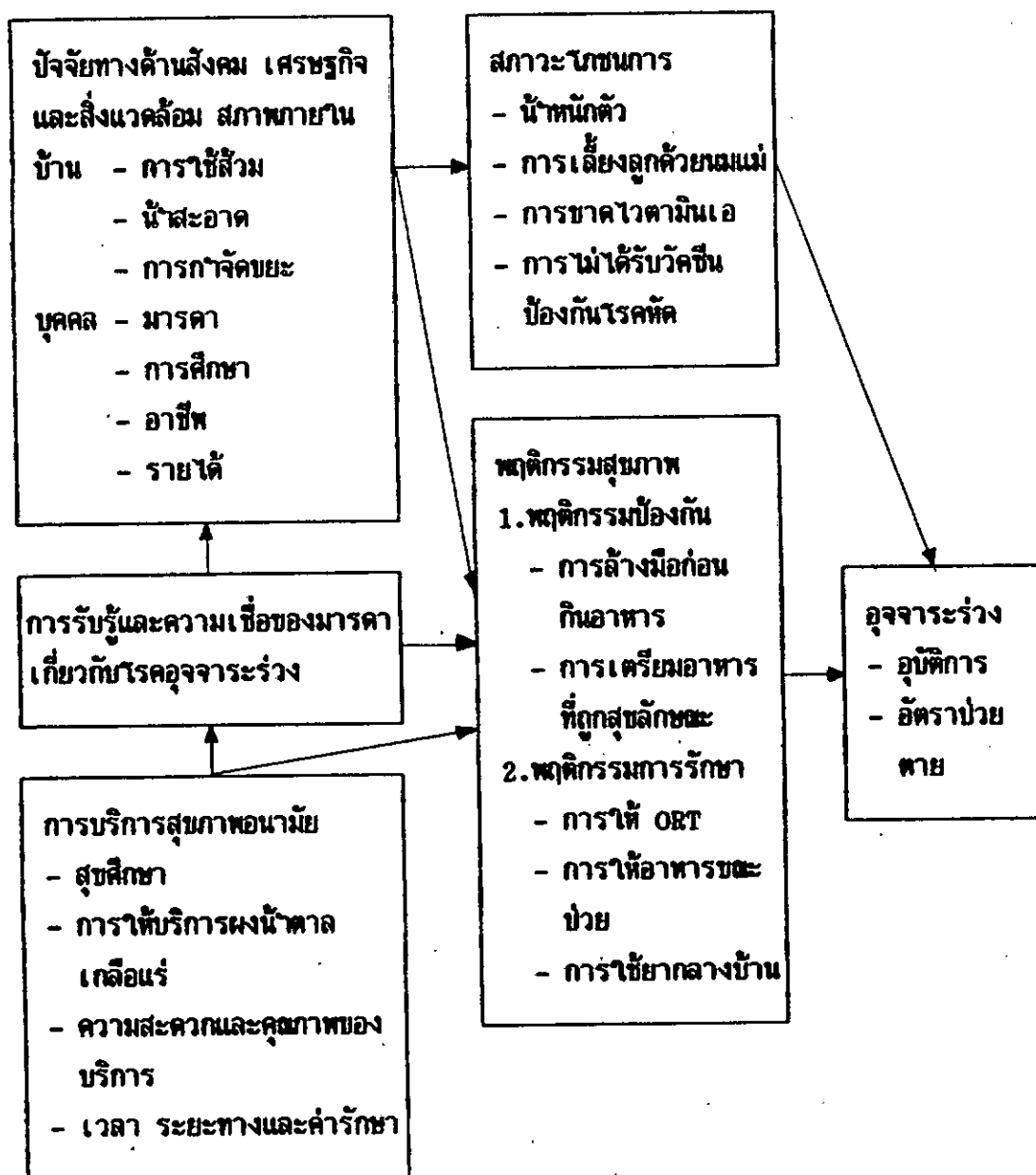
ซึ่ง นายแพทย์เกรกอรี่ ดันตีสรินทร์ (2531 : 94) ได้อธิบายถึงผลของโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อภาวะโภชนาการไว้ว่า เมื่อเกิดอุจจาระร่วงจะมีผลที่ตามมา ต่อภาวะโภชนาการโดยเกิดการเปลี่ยนแปลง 4 ประการ คือ

1. การลดการได้รับอาหาร
2. การสูญเสียสารอาหาร
3. การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึม (Metabolism)
4. ความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด คงจะมองเห็นได้ว่า โรคอุจจาระร่วง มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือแก้ไขอย่างเร่งด่วน ในด้านที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการเกิดโรค ซึ่งเป็นการป้องกันตั้งแต่ต้น แต่ถ้าเกิดอาการโรคอุจจาระร่วงขึ้นแล้ว การรักษาโรคอุจจาระร่วง ด้วยสารน้ำเกลือทางปากจะเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก

ทั้งนี้ ยังมีสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกัน และแก้ไขการเกิดโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญมากที่สุด คือ พฤติกรรมของมนุษย์ โดยที่เชื้อจะเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารได้ โดยวิธีผ่านทางมือที่สกปรก น้ำหรือนมที่ไม่สะอาด รวมทั้งอาหารที่ไม่สะอาด

สำหรับ ในทารกและเด็กเล็กนั้น การได้รับอาหารคือ นม หรืออาหารอื่น เด็กยังช่วยตนเองไม่ได้ มารดาหรือผู้เลี้ยงดู จะเป็นคนคอยดูแลในเรื่องนี้ทั้งหมด ดังนั้นพฤติกรรมของมารดา ในการเลี้ยงดูทารก จึงมีส่วนสำคัญที่สุดที่จะป้องกัน หรือทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ดังที่เอ็ดมุนทอนเกรจาย (อ้างอิงมาจากวันดี วราวิทย์ . 2531 : 4) ได้เขียนกรอเนโมเนติ ความสัมพันธ์ของปัจจัยเศรษฐกิจสังคม ความเชื่อและการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง การบริการสุขภาพอนามัย ต่อพฤติกรรมจัดการเกี่ยวกับ โรคอุจจาระร่วง ดังแสดงในภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิด ความสัมพันธ์ของปัจจัยเศรษฐกิจสังคม ความเชื่อและการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง การบริการสุขภาพอนามัยกับโรคอุจจาระร่วง

หมายเหตุ ORT : Oral Rehydration Treatment

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า สิ่งสำคัญของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คือ มี การปนเปื้อนของเชื้อโรคอุจจาระร่วงในนม ขวดนม อาหาร และน้ำที่เด็กได้รับ ดังนั้นการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกัน หรือลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค อุจจาระร่วง ที่สำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลเด็กในทุกๆด้าน

การป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะแนวทางการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไว้ว่าควรส่งเสริม การปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 1.1 การส่งเสริมการเลี้ยงทารกและเด็ก ด้วยนมมารดา
- 1.2 การปรับปรุงการเตรียมและการเก็บรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ
- 1.3 การปรับปรุงคุณภาพน้ำ และจัดหาน้ำสะอาดให้เพียงพอ
- 1.4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการล้างมือ
- 1.5 พฤติกรรมการใช้ส้วม
- 1.6 การกำจัดอุจจาระ และอุจจาระของเด็ก
- 1.7 การให้ภูมิคุ้มกันโรคหัด

(WHO . 1989 : 25)

1.1 การส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ควรส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนม มารดาจนถึงอายุ 4-6 เดือน หลังจากนั้นให้ร่วมกับอาหารอื่นจนอายุอย่างน้อย 1 ปี ถ้ามารดา ทำงานนอกบ้าน ควรจะให้ทารกได้ดื่มนมมารดา เมื่อก่อนออกไปทำงาน และในเวลากลางคืน หรือในทุกเวลาที่สามารถทำได้ (WHO. 1989 : 25) ทั้งนี้ เนื่องจากในน้ำนมมารดาจะมีภูมิคุ้มกันโกลบูลิน , แลคโตเฟอริน และไลโซไซม์ ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางระบบทางเดิน อาหาร

1.2 การปรับปรุงการเตรียมและการเก็บรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ

- ความสะอาดของอาหารเสริมในเด็กอายุมากกว่า 4 เดือน
- อาหารในเด็กควรประกอบไปด้วย เนื้อสัตว์ , ถั่ว , ไข่รวมทั้งผักใบเขียวและผัก

สีเหลือง

- เด็กควรได้รับผลไม้ , น้ผลไม้ รวมทั้งไขมันในอาหารเสริม บัณฑิต คือ ความสะอาดในการเตรียมอาหาร ความสะอาดของครัวและภาชนะใส่อาหาร รวมทั้งการเก็บ รักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ โดยเก็บอาหารป้องกันแมลงวันตอม และการรับประทานอาหาร ที่ปรุงสุกใหม่ๆ และการอุ่นอาหารก่อนรับประทานอาหาร (WHO. 1989 : 26-27)

ทั้งนี้การรักษาความสะอาดของการให้ผสมและอาหารแก่เด็กยังเป็นปัญหาอยู่มาก

เนื่องจากความไม่พร้อมในการรักษาความสะอาดในการเตรียมผสม (จริยวัตร คมพยัคฆ์ . 2522 : 128) ขาดคนงานนึ่งพอกที่จะล้างให้สะอาดและต้มให้น้ำเดือด เพราะต้องใช้ต่อเนื่องเกือบตลอดเวลา จึงนิยมใช้น้ำร้อนลวกเขย่าล้างก่อนผสมนมครั้งใหม่ รวมทั้งมารดา และคนเลี้ยงใช้มือหยิบจับหัวนมยาง น้ำใช้ผาครอบปล่อยให้น้ำแห้งวันต่อม ขาดคนยกพื้นเอามาให้เด็กกินต่อ เชื้อโรคจึงติดปนเปื้อนเข้าปากเด็กและเวลาดูดขวดนมผสมได้สูง (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 22) และ ข้อสำคัญอีกอย่างคือ แผลงส่าบ และหนู ต้องระวังในเรื่องพาหนะนำโรคได้เช่นกัน

1.3 การปรับปรุงคุณภาพน้ำและจัดหาน้ำสะอาดให้เพียงพอ คุณภาพของน้ำต้องสะอาด แหล่งน้ำสะอาดเก็บในบริเวณที่ห่างไกลสัตว์เลี้ยง ห่างไกลลุ่ม อย่างน้อย 10 เมตร รวมทั้งน้ำใต้ดิน ภาชนะบรรจุน้ำควรสะอาด และปกปิดน้ำดื่ม และ น้ำที่นำมาปรุงอาหารสำหรับทารกต้องต้มเดือด (WHO. 1989 : 27)

การศึกษาที่ขอนแก่น (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 18)พบว่าครอบครัวที่ใช้ น้ำบ่อที่สร้างอย่างถูกสุขลักษณะ เด็กจะเป็นโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่าน้ำบาดาลและน้ำบ่อที่ขุดตื้นๆ เป็นที่ยอมรับว่าน้ำสะอาดเก็บในภาชนะที่มีสิ่งปนเปื้อนตกลงไปได้ จะทำให้มันเป็นโรคอุจจาระร่วง การดูแลบ่อน้ำ การสร้างถังเก็บน้ำที่มีก๊อกใช้แทนใช้ขันตักน้ำ หรือใช้กระบายที่มีด้านดักจะลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคได้

1.4 พฤติกรรมการล้างมือ ทุกคนในครอบครัว ควรล้างมือให้สะอาดหลังจากทำความสะอาดเด็กที่ถ่ายอุจจาระ , หลังจากกำจัดอุจจาระเด็ก , หลังจากตนเองถ่ายอุจจาระ และก่อนที่จะปรุงอาหาร , ก่อนรับประทานอาหาร รวมทั้งก่อนให้อาหารทารกและเด็ก ทั้งนี้ควรได้ล้างมือทารกและเด็กด้วย (WHO. 1989 : 27)

การล้างมือเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริม แต่สภาพนอกหลายแห่งในประเทศไทยไม่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติได้ เพราะขาดแคลนน้ำ ขาดอุปกรณ์การล้างมือ

พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับ การล้างมือเป็นอนามัยส่วนบุคคลที่จะต้อง ส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติโดยเคร่งครัด ซึ่งได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการล้างมือว่า ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้จริง การศึกษาของเอ็อมพร ทองกระจาย ได้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมป้องกันของมารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 13-24 เดือน ล้างมือก่อนให้นม อาหาร และให้อาหารที่สุกใหม่ๆ แก่บุตรทุกครั้ง บุตรของมารดาเหล่านี้จะป่วยโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่า กลุ่มมารดาที่ไม่ได้ปฏิบัติดังกล่าวประมาณร้อยละ 50 (35.7 VS 64.3) (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 15 ; อ้างอิงมาจากเอ็อมพร ทองกระจาย)

1.5 พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ส้วม และการขับถ่ายอุจจาระ โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดเชื้ระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร เชื้อโรคก็จะสามารถ

ขับออกจากร่างกายได้จากทางเดินอาหาร โดยออกมาปนกับอุจจาระ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและการใช้ส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ เชื้อจะติดอยู่ที่มือ และจะติดต่อไปสู่ผู้อื่นได้อีกด้วย ดังนั้น ส้วมที่ถูกสุขลักษณะปกปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงวัน แมลงต่างๆจะสามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ ที่สำคัญคือ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระของบุคคล ต้องถูกสุขลักษณะ มีการล้างมือให้สะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง

1.6 การกำจัดอุจจาระและอุจจาระของเด็ก ทั้งนี้การกำจัดอุจจาระก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะในอุจจาระทั้งเด็กและผู้ใหญ่จะมีเชื้อโรคปะปนอยู่ ถ้ากำจัดอุจจาระไม่ถูกวิธีไม่ถูกสุขลักษณะ จะเป็นหนทางของการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

นายแพทย์ใหญ่ สิริยะวงศ์ไพศาล . (2529 : 85) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า เด็กาไม่เพียงแต่เป็นกลุ่มที่เกิดโรคอุจจาระร่วงมากที่สุด พวกเขายังเป็นแหล่งแพร่เชื้อแหล่งใหญ่ด้วย การติดเชื้อชนิดนี้อาการและไม่มีอาการพบน้อยที่สุดในเด็ก และอุจจาระของเด็กนั้นแหละเป็นตัวการแพร่เชื้อไปสู่สมาชิกคนอื่นในครอบครัว และเพื่อนบ้าน พฤติกรรมเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก เป็นปัญหาสำคัญแต่ถูกละเลย

เกี่ยวกับการขจัดสิ่งขับถ่าย ส่วนใหญ่ของเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงออกมาด้วยอุจจาระ ดังนั้น การขจัดอุจจาระจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทุกครอบครัวต้องมีส้วมใช้และใช้กันจริงทุกคน รวมทั้งการรักษาความสะอาดตลอดเวลา โครงการจัดหาน้ำและขจัดสิ่งขับถ่ายทั้งหลาย ต้องทำความเข้าใจกับการให้สุขศึกษาอย่างจริงจัง และต้องวางแผนลงมือปฏิบัติร่วมกับชาวบ้าน การรณรงค์ล้างมือบ่อยๆ สำหรับเด็กต่ำกว่า 5 ปี ควรเน้นสุขศึกษาที่ผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา การให้สุขศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องดัดแปลงให้สอดคล้องกับคามเชื่อ และค่านิยมของแต่ละชุมชน

สำหรับแนวทางการกำจัดอุจจาระเด็กนั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้วิธีการเป็นแนวทางไว้ดังนี้ คือ

- อุจจาระทารกต้องรีบกำจัดอาจจะห่อในกระดาษหนังสือพิมพ์ แล้วทำลายโดยการเผาหรือใส่ลงในส้วม
- เด็กควรให้ถ่ายลงในกระโถน ซึ่งง่ายต่อการทำความสะอาด แล้วกำจัดอุจจาระโดยการใส่ลงในส้วม
- เมื่อเด็กถ่ายอุจจาระ แล้วต้องทำความสะอาดให้เรียบร้อย รวมทั้งการล้างมือเด็กด้วย (WHO . 1989 : 28)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การกำจัดอุจจาระทั้งผู้ใหญ่และเด็ก มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่สุด เพราะเป็นการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคมาสู่บุคคล แต่ที่ต้องให้ความสำคัญคือ การกำจัดอุจจาระเด็กให้ถูกวิธี รวมทั้งมือเด็ก การล้างมือเด็กเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

1.7 การให้ภูมิคุ้มกันโรคหัด ในเด็กการให้ภูมิคุ้มกันโรคหัด ควรจะให้หลังจากเด็กอายุ 9 เดือนไปแล้ว เพื่อเป็นการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้เช่นกัน ทารกและเด็กที่เป็นโรคหัดจะมีอาการอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 70-79.6 ผู้ป่วยโรคหัดมีอาการอุจจาระเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป อาจเกิดจากไวรัสหัดเอง และถ้าได้รับเชื้อ เช่น Shigella , Salmonella จากสิ่งแวดล้อมจะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น การให้วัคซีนป้องกันโรคหัดน่าจะลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงได้

การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในต่างประเทศ

รัสเทนดิ (Rustandi. 1981 : 1-25) รวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์การทำงาน สาธารณสุขในชุมชนเขตตะวันตกของประเทศอินโดนีเซีย ได้รายงานไว้ว่าในกรณีที่บุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง มารดาจะไม่นำไปรับการรักษาจากศูนย์บริการสาธารณสุขโดยทันที แต่มักจะรอคูอาการสักระยะหนึ่งก่อน หากเห็นว่ามีอาการเพียงเล็กน้อย มารดาจะให้ยาเด็กเองในแทบทุกรายครั้งแรกมารดาจะรักษา โดยการให้ยาสมุนไพร หรือยากลางบ้าน และหากว่ายยังไม่หายจึงหาวิธีอื่นต่อไป และจะไปขอคำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือจากปู่ย่า ตายาย ตลอดจนญาติพี่น้อง หรือแม้แต่เพื่อนบ้าน

กัทพ์และคนอื่นา(Gupte and other .1983 : 109)ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของมารดาต่อโรคอุจจาระร่วง โดยการใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์มารดาชาวชนบทที่พายุตรมารับบริการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลเด็กแห่งหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศอินเดียประมาณ 600 ราย พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความเข้าใจถูกต้องถึงลักษณะอาการของโรคอุจจาระร่วง และ เห็นว่าเป็นโรคร้ายแรงโรคหนึ่ง โดยมารดาประมาณ 1 ใน 3 จะพาการรักษาเด็กเองโดยให้เด็กกินยาสมุนไพร พืชจากพวกสระแทน , ไข่ขาว , เหล้าหรือแม้แต่ผื่น ก่อนที่จะพาเด็กไปรับการรักษาทางการแพทย์

เบนท์เลย์ (Bentley . 1985 : 1-16) ศึกษาในหมู่บ้านชนบทอินเดียทางตอนเหนือ พบว่า เมื่อเกิดโรคอุจจาระร่วงขึ้น ร้อยละ 76 ของครอบครัวที่เด็กป่วยได้ไปรับการรักษากับแพทย์ โดยรอคูอาการหรือรักษาเองเฉลี่ย 6.5 วัน ส่วนการให้อาหารหรือนมแก่เด็กป่วยพบว่ามารดาเกือบทั้งหมดให้นมมารดาตามปกติ และไม่งดการให้น้ำระหว่างมีอาการ อาหารที่ให้จะเป็นอาหารอ่อนและอาหารประเภทเย็น โดยให้จำนวนน้อยลง อาหารที่เป็นอันตรายกับเด็กที่ป่วย ได้แก่ มันฝรั่ง เครื่องเทศ น้ำตาลโตนด ผัก อาหารทอด ส่วนอาหารที่เป็นประโยชน์

ได้แก่ ข้าวโอ๊ต ข้าว ถั่วเขียว เมเปี้ยว และน้ำดื่มที่เป็นประโยชน์กับเด็กคือ น้ำผสมน้ำตาล น้มนะนาว นมที่ไม่คั้นผสมน้มนะนาว ส่วนการใช้สารละลายที่ให้ทางปาก มารคาร้อยละ 87 เคยมีประสบการณ์ในการใช้แต่คิดว่าจะไม่ใช้อีก เนื่องจากรู้สึกว่าจะไม่สามารถระงับอาการถ่ายอุจจาระได้

การวิจัยในประเทศไทย

ลัดดา เหมะสุวรรณและวันดี วราวิทย์ (กานดา วัฒนาภาส . 2531 : 2 ; อ้างอิงมาจากลัดดา เหมะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ . 2521) ศึกษามารดาที่พาบุตรอายุต่ำกว่า 12 เดือนที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารัตนบุรี เมื่อเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2521 จำนวน 55 ราย พบว่า มารดาส่วนใหญ่รับรู้ว่าการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งและมีลักษณะเปลี่ยนแปลงเป็นอาการของโรคของโรคอุจจาระร่วง และมารดาที่ทราบสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงว่าเกิดจากการติดเชื้อส่วนใหญ่ระดับอุดมศึกษา มารดาร้อยละ 50 ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของโรคมารดาร้อยละ 27 ยังมีความเชื่อผิดหรือรับรู้ผิดว่า สาเหตุจากเด็กเปลี่ยนท่า ถูกกระทบกระเทือนหรือพันขึ้น

จริยวัตร สมพยัคฆ์ (2522 : บทคัดย่อ) ศึกษาในมารดา 432 คน ของเด็กทารกแรกเกิดถึง 3 เดือน ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจากโรงพยาบาลต่างๆ คือ โรงพยาบาลรามารัตนบุรี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลวชิระ พบว่า ทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวจำนวนครึ่งของการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีน้อยกว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม ทั้งชนิดผงและนมข้นหวาน และการปฏิบัติตัวของมารดาในการชั่งนม เตรียมนม การทำความสะอาดขวดนมและจุกนมที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับจำนวนครึ่งของการเกิดโรค

พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์และคณะ (กานดา วัฒนาภาส . 2531 : 3 ; อ้างอิงมาจากพรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์และคณะ . 2526)ศึกษาในมารดาหรือหัวหน้าครอบครัวที่มีเด็กอายุ 1-2 ปี ในชุมชนแออัด 27 แห่งของกรุงเทพมหานครที่มีผลเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเรื่องของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงพบมารดาร้อยละ 23.7 ให้บุตรกินนมมารดา ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง มารดาร้อยละ 64.4 พาไปพบแพทย์ มารดาร้อยละ 22.2 ซื้อยามากินเองหรือให้กิน ORS. มารดาร้อยละ 44.4 รู้จักและเคยใช้ ORS. มารดาร้อยละ 7.2 รู้จักแต่ไม่เคยใช้ และมารดาร้อยละ 48.3 ไม่เคยรู้จัก ORS. เลย

เยาวลักษณ์ ประักษ์ขามและคณะ (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 3 ; อ้างอิงมาจากเยาวลักษณ์ ประักษ์ขามและคณะ . 2527)ได้ศึกษาโดยการสำรวจในบริเวณ 19 จังหวัด ในเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 4,265 คนเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 1.51 ครั้งต่อคนต่อปี อุบัติการณ์ของ

โรคในเด็กชุมชนเมืองเจดีย์ ร้อยละ 7.6 ค่าพว่เด็กที่อยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งเกิดโรคเจดีย์ร้อยละ 11.6 และสูงสุดในการกอายุค่าพว่ 1 ปีทั้งการกที่อยู่ในชุมชนเมืองและชนบท คือ ร้อยละ 20.5 และ 21.4 ตามลำดับ

อรรถัย รวยอาจินต์และคณะ (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 30 ; อ้างอิงมาจาก อรรถัย รวยอาจินต์และคณะ . 2527) ทำการศึกษาโดยการใช้นแบบสัมภาษณ์ มารดาที่มีบุตรอายุค่าพว่ 5 ปีอย่างน้อย 1 คนจำนวน 386 ราย ที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า มารดาส่วนใหญ่ทราบอาการของ โรคอุจจาระร่วง คือ การถ่ายอุจจาระเหลว ถ่ายเป็นน้ำอาเจียนหรือปวดท้อง แต่การดาประมาณ 2 ใน 3 เห็นว่าอาการอุจจาระร่วงมิใช่เป็นการเจ็บป่วย แต่เป็นเรื่งปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ขณะที่เดียวกับการดาส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

กานดา วัฒนภาสและคณะ (กานดา วัฒนภาส . 2531 : 5-6 ; อ้างอิงมาจาก กานดา วัฒนภาสและคณะ . 2529) ศึกษาการดาที่มีบุตรอายุค่าพว่ 5 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้นแบบสอบถามสัมภาษณ์การดาจำนวน 799 ราย ในเรื่งเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ถึงสาเหตุ อาการและความรุนแรงของโรค พบว่า ในเรื่งของการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคอุจจาระร่วงนั้น 2 ใน 3 ของมารดา ทราบว่าอาการของโรคอุจจาระร่วง คือ การถ่ายอุจจาระเหลวและถ่าย อุจจาระเป็นน้ำ และมารดาจำนวน 1 ใน 3 ทราบว่าการอาเจียนและปวดท้องเป็นอาการของ โรค มีมารดาเพียงส่วนน้อยคือ ประมาณร้อยละ 18.3 ที่ทราบว่าการถ่ายเป็นมูกเลือดเป็น อาการของโรคอุจจาระร่วง และ มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 91.7 รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง มารดาร้อยละ 80.5 รู้จัก ORS โดยส่วนมากทราบจากแพทย์หรือพยาบาล แต่มีมารดาเพียงร้อยละ 31.7 ที่เคยใช้ ในขณะที่มีมารดาจำนวนน้อยมากที่มีความรู้เกี่ยวกับ ORS

ไพฑูย์ เอกแสงศรีและคณะ (กานดา วัฒนภาส . 2531 : 4 ; อ้างอิงมาจาก ไพฑูย์ เอกแสงศรีและคณะ . 2529) ศึกษาการดาเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจำนวน 300 คน โดยแบ่งเป็นศึกษา 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงประเภทผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ 2 เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงประเภทผู้ป่วยใน กลุ่มที่ 3 เด็กไม่ได้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคอุจจาระร่วง เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการดา ในเรื่งของ เศรษฐฐานะ การศึกษา อาชีพ พฤติกรรมในการล้างขาคณ ในส่วนตัวเด็กเอง ได้แก่ น้ำหนัก แรกคลอดน้อย ขาดอาหาร การกินนมขวด การได้รับอาหารเสริมเร็วเกินไป

อิจจรา อีรัชัย (2529 : บทคัดย่อ) ศึกษา พฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อ บุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ศึกษาขั้นตอนต่างๆ ในการแสวงหาการรักษาพยาบาลตั้งแต่บุตร เริ่มป่วยจนหายป่วย ศึกษาปัจจัยที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรมของมารดา ในเรื่งการดูแลบุตรที่ป่วย การเลือกแหล่งรักษา วิธีการรักษาพยาบาล โดยการศึกษาเฉพาะบางกรณี จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน จังหวัดคราด มารดาที่มีบุตรอายุไม่เกิน 5 ปี ใช้ระยะเวลาศึกษา 3 เดือน พบว่า เมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมารดาจะรักษาบุตร โดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง

คือ รักษาเอง , รักษาเองเมื่อไม่ดีขึ้นหาไปสถานบริการ , รักษาเองเมื่อไม่ดีขึ้นหาไปรับการรักษาที่คลินิก ไม่ดีขึ้นจึงไปรับการรักษาจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ ปัจจัยที่กำหนดว่า การรักษาพยาบาลจะเป็นแบบใด ประการที่สำคัญที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย คือ ความสำเร็จหรือประสิทธิภาพของการรักษา บทบาทของบุคคลสำคัญ ความคุ้นเคยกับแหล่งบริการ และปัจจัยในเรื่องความสะดวกที่ได้รับ

จินตนา งามวิทยาพงศ์ (2530 : บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการแสวงหาการรักษาเยี่ยวยาเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นจริงในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี จำนวน 51 คน พบว่าเด็กที่สังเกตมีการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ทั้งสิ้น 29 คน นับเป็นการป่วย 34 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 4 ครั้ง ต่อคนต่อปี กระบวนการรักษาเยี่ยวยาจะเริ่มเมื่อเด็กมีอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติไป ความรุนแรงของโรคตัดสินจากพฤติกรรมของเด็กที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การกิน การเล่น การร้องไห้ พบว่า ผู้เลี้ยงเด็กและบุคคลเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทในการระบุวิธีการรักษามากถึงร้อยละ 8.0 พฤติกรรมการรักษามีขั้นตอนคือ เริ่มจากดูอาการ เมื่อไม่หายจึงแสวงหาการรักษา โดยเปลี่ยนการรักษาไปเรื่อยๆ จนหายมีการใช้ยาเกิน เช่น ยาบฎิชีวนะ สารละลายทางปากชนิดต่างๆ ยังคงให้อาหารคือข้าวหรือข้าวต้มตามปกติ มีการให้น้ำดื่มสุกเพิ่มขึ้นจากปกติร้อยละ 50 ส่วนการใช้ ORS มีเพียงร้อยละ 32 โดยที่ความเชื่อและพฤติกรรม การรักษาพบทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์

อังคณา จิราจินต์ (2530 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับอุจจาระร่วง ในกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี มารับการรักษาที่คลินิกเด็ก แผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี และ โรงพยาบาลเด็ก จำนวน 300 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาสภาพปัญหา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น พบว่า เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ที่มีผลทำให้เกิดโรค หรือเป็นการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ รวมทั้งโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนี้ มีความสำคัญมากต่อพัฒนาการ การเจริญเติบโต ตลอดจนชีวิตของเด็ก ซึ่งอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต จึงได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาถึง พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดยตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
2. มารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
3. มารดาที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
4. มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
5. มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
6. มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
7. มารดาที่อยู่ในครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ มารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพฯ โดยเฉลี่ย 905 คน ต่อเดือน (โรงพยาบาลเด็ก สถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล พ.ศ.2531)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ได้แก่ มารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพฯ ในปี พ.ศ.2534 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากร จากสูตรของยามานะ (Yamane . 1967 : 886) คือ จำนวนประชากร 905 คนต่อเดือน จะได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 277 คน

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน จำนวนประชากร
 e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

(กำหนดความคลาดเคลื่อน .05)

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่ม โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงก่อน คือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงจากการสอบถาม เมื่อมารดามารับบัตรเลขที่ตรวจโรค คัดแยกไว้แล้วใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก บัตรเลขที่ดังกล่าวขึ้นมาทีละ 10 ใบ ต่อวัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน สัมภาษณ์ มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ตามบัตรเลขที่ที่สุ่มไว้จนครบ 277 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษารุ่นนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ (คุณภาพ) โดยใช้คู่มือซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนตัวของมารดา ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของบุตร และ การเจ็บป่วยด้วยโรค อุจจาระร่วงของบุตร มีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีลักษณะเป็นข้อคำถาม ให้มารดาเลือกตอบ โดยแต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์วัดเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีลักษณะเป็นข้อคำถาม มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ของ ลิเคอร์ต (Likert) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อคำถาม ที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อคำถามที่แสดงลักษณะทางนิมาน และข้อคำถามที่แสดงลักษณะทางนิเสธ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีลักษณะเป็นข้อคำถาม ให้เลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริงของมารดา ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ้างบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางนิมาน และข้อความที่แสดงลักษณะทางนิเสธ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี และแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราเอกสาร และงานวิจัย
3. สร้างแบบสัมภาษณ์ วัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยรวบรวมข้อเท็จจริงจากตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์แล้วนำแบบสัมภาษณ์ไปให้คณะกรรมการควบคุมการแพทย์ชุมชน ตรวจสอบ เพื่อปรับปรุงแก้ไข ได้แบบสัมภาษณ์วัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ รวมเป็น 1 ฉบับ จำนวน 45 ข้อ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เชี่ยวชาญในเรื่องอาการร้องไห้ในเด็กและการสร้างเครื่องมือในการวิจัย จำนวน 5 ท่าน จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร และโรงพยาบาลเด็ก พิจารณาและตรวจสอบ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจและปรับปรุงให้สมบูรณ์

2. การหาค่าอำนาจจำแนก

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากร ที่นำใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดสอบแล้วตรวจให้คะแนน วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์วัดความรู้ ใช้วิธีวิเคราะห์คุณภาพแบบสัมภาษณ์ เป็นรายข้อตามหลักเทคนิคร้อยละ 27 ใช้ตารางสำเร็จของ จุง-เตห์-ฟาน หาค่าอำนาจจำแนก และสามารถหาค่าความยากง่ายของข้อคำถามได้ โดยที่ข้อคำถามที่ดีใช้ได้ต้องมีค่าความยากง่าย .20 ถึง .80 และมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของ แบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ และการปฏิบัติ ที่ไปทดลองใช้กับประชากรที่นำใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามเป็นรายข้อ ทดสอบด้วย สถิติค่า ที (t-test)

การหาค่าความเชื่อมั่น

1. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์วัดความรู้ที่มีค่าอำนาจจำแนกและค่าความยากง่าย อยู่ในเกณฑ์ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson

2. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ ที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัค

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน นำแบบสัมภาษณ์ ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้ ถ้ามีการเลือกตอบข้อที่ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบข้อผิดจะได้ 0 คะแนน ถ้าทำคะแนนได้ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป ถือว่ามีความรู้ในเรื่องการดูแลและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
2. แบบสัมภาษณ์ทางด้านเจตคติ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้
ข้อความที่มีลักษณะทางนิเสธ (ทางลบ) จะให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1
ข้อความที่มีลักษณะทางนิเสธ (ทางลบ) จะให้คะแนนดังนี้	
ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

หาค่าความสำคัญเฉลี่ย อันดับความสำคัญดังนี้

2.40 - 3.00	เจตคติที่ดี
1.60 - 2.39	เจตคติปานกลาง
1.00 - 1.59	เจตคติไม่ดี

3. แบบสัมภาษณ์ทางด้านการปฏิบัติ

ข้อความที่มีลักษณะทางนิทาน (ทางบวก) จะให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	2
ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติ	0
ข้อความที่มีลักษณะทางนิเสธ (ทางลบ) จะให้คะแนนดังนี้	
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	0
ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติ	2

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์การตอบครบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ เป็นขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ แต่ละฉบับ
2. แจกแจงข้อมูลเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระ
3. วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรและการป้องกันโรค อูจจาระร่วงในเด็ก โดย คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) , ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S) , ค่าร้อยละของข้อมูลตัวแปรอิสระ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปร มากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 1 ตัวประกอบ (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยใช้ สถิติค่า ที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7
6. ทดสอบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม คู่ใดบ้างที่แตกต่างกัน โดยการ เปรียบเทียบพหุคูณ ใช้การหาสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณของ นิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls) .

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ . 2530 : 42)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทนค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ แทนผลรวมทั้งหมดของคะแนน

N แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ . 2530 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทนค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทนผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทนผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก เป็นรายข้อ

2.1 แบบสัมภาษณ์วัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ใช้เทคนิคร้อยละ 27 ของ จุง-เคห์-ฟาน

2.2 แบบสัมภาษณ์เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงใช้เทคนิคร้อยละ 25 แล้วทดสอบด้วย สถิติค่า t (t -test)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2 + S_L^2}{n}}}$$

เมื่อ $\bar{X}_H$ แทนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนสูง

$\bar{X}_L$ แทนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนต่ำ

S_H^2 แทนความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนสูง

S_L^2 แทนความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนต่ำ

n แทนจำนวนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่ม

3. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น

3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ใช้สูตร Kuder - Richardson (KR20) (ลัวน สายยศ และ อังศณา สายยศ . 2529 :
169)

$$(KR20)_{rtt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{St^2} \right]$$

เมื่อ n แทนจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์

p แทนสัดส่วนของผู้ทำได้ในข้อหนึ่งๆ = $\frac{\text{จำนวนคนที่ทำถูก}}{\text{จำนวนคนทั้งหมด}}$

q แทนสัดส่วนของผู้ทำผิดในข้อหนึ่งๆ หรือ $1-p$

St^2 แทนคะแนนความแปรปรวนของแบบสัมภาษณ์นั้น

3.2 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach . 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ α แทนค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ

K แทนจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ

St^2 แทนความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ

$\sum S_i^2$ แทนผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ

4. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน
ทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 7 ใช้สถิติค่า t (t-test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ . 2530 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} \quad \text{มี } df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2 + \left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2 + \left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}$$

เมื่อ t แทนค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทนค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

S_1^2, S_2^2 แทนค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

n_1, n_2 แทนจำนวนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

df แทนขั้นแห่งความเป็นอิสระ

5. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ของ ตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ที่ใช้
ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ .2530 :
249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทนค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

MS_B แทนค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทนค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

เมื่อถ้าหากพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจ
สอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) โดยใช้สูตร (ชูศรี
วงศ์รัตน์ . 2530 : 270)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน q-Statistic

MS_W แทนค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

n แทนจำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่นำมาเทียบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอน ซึ่งในแต่ละตอนมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพภาพโดยทั่วไปของมารดา นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นคำร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้านของมารดา นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นคำร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์สภาพโดยทั่วไปของบุตรและการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นคำร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามขั้นตอนดังนี้

4.1 หาค่าสถิติพื้นฐานคะแนนของความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของมารดาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

4.2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 การทดสอบสมมติฐาน ดำเนินการทดสอบความแตกต่างของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ตามตัวแปร อายุ จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และลักษณะครอบครัว ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติค่าเอฟ (F-test) ในข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และใช้สถิติค่าที (t-test) ในข้อ 7

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย (Mean)

S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

S^2 แทน ความแปรปรวน

F แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F-distribution

t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution

SS แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Squares)

MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

การทดสอบรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์แต่ละฉบับ
2. แจกแจงข้อมูลเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระ
3. วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติค่าที (t-test) และ สถิติค่าเอฟ (F-test) โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4. นำค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของมาราด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
5. ทดสอบสมมติฐานในข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 โดยใช้สถิติค่าเอฟ (F-test) และทดสอบสมมติฐานในข้อ 7 โดยใช้สถิติค่าที (t-test)
6. ทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม เพื่อหาความแตกต่างโดยการเปรียบเทียบพหุคูณ ใช้การหาสัมประสิทธิ์พหุคูณของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โดยทั่วไปของมารดา

จากการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 1. ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัวของมารดา โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา ปรากฏผลดังนี้คือ

1. มารดา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 10.8 อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 66.1 และอายุ 31 ปีขึ้นไปร้อยละ 23.1 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุของมารดา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	30	10.8
21 - 30 ปี	183	66.1
31 ปีขึ้นไป	64	23.1
รวม	277	100.0

จากตาราง 2 พบว่า มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อายุ 21-30 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 31 ปีขึ้นไป และ อายุต่ำกว่า 20 ปีตามลำดับ

2. มารดา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีบุตร 1 คน ร้อยละ 54.5 มีบุตร 2คน ร้อยละ 28.9 มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 16.6 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	จำนวน	ร้อยละ
1 คน	151	54.5
2 คน	80	28.9
3. คนขึ้นไป	46	16.6
รวม	277	100.0

จากตาราง 3 พบว่า มารดามีบุตร 1 คนมากที่สุด รองลงมาคือ มีบุตร 2 คน และมีบุตร 3 คนขึ้นไปตามลำดับ

3. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 9.7 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 6.5 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 1.8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.4 และอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 59.6 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	27	9.7
ค้าขาย	18	6.5
เกษตรกรรม	5	1.8
รับจ้าง	62	22.4
แม่บ้าน	165	59.6
รวม-	277	100.0

จากตาราง 4 พบว่า มารดาอาชีพแม่บ้านมีมากที่สุด รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ อาชีพค้าขาย และอาชีพเกษตรกรรมน้อยที่สุด

4. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 27.4 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.5 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.1 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 15.5 และ การศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า ร้อยละ 14.4 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา	76	27.4
ระดับประถมศึกษา	90	32.5
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	28	10.1
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	43	15.5
ระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	40	14.4
รวม	277	100.0

จากตาราง 5 พบว่า มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือมารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นน้อยที่สุด

- 5. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว คือรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน ร้อยละ 5.8 รายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน ร้อยละ 72.6 และรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือนร้อยละ 21.7 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน	16	5.8
รายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน	201	72.6
รายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน	60	21.7
รวม	277	100.0

จากตาราง 6 พบว่า มารดาที่มีรายได้ครอบครัว 2,466-7,410 บาทต่อเดือนมีมากที่สุด รองลงมาคือรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือนมีน้อยที่สุด

6. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณร้อยละ 30.7 เป็นบ้านแถวหรือตึกแถว ร้อยละ 23.5 เป็นห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน ร้อยละ 35.7 อยู่ในชุมชนแออัด ร้อยละ 4.0 และเป็นเพิงพักอาศัยชั่วคราว ร้อยละ 6.1 ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
เป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ	85	30.7
เป็นบ้านแถวหรือตึกแถว	65	23.5
เป็นห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน	99	35.7
อยู่ในชุมชนแออัด	11	4.0
เป็นเพิงพักอาศัยชั่วคราว	17	6.1
รวม	277	100.0

จากตาราง 7 พบว่า มารดามีที่อยู่อาศัยเป็นห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้านมากที่สุด รองลงมาคือ เป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ เป็นบ้านแถวหรือตึกแถว เป็นเพิงพักอาศัยชั่วคราว และอยู่ในชุมชนแออัดน้อยที่สุด

7. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 52.8 และครอบครัวขยาย ร้อยละ 47.3 ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวเดี่ยว	146	52.8
ครอบครัวขยาย	131	47.3
รวม	277	100.0

จากตาราง 8 พบว่า มารดามีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้านของมารดา

จากการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้าน โดย
แจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ปรากฏผลตามตาราง 9 ถึง ตาราง 13

1. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้าน ร้อยละ 27.1 และไม่มี
สัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้าน ร้อยละ 72.9 ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามมีสัตว์เลี้ยงหรือไม่ในบ้านหรือบริเวณบ้าน

การมีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
มีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้าน	75	27.1
ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้าน	202	72.9
รวม	277	100.0

จากตาราง 9 พบว่ามารดาไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้านมากกว่ามีสัตว์เลี้ยง

2. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใช้ส้วมเฉพาะครอบครัว ร้อยละ 69.7 และใช้ส้วมร่วมกับครอบครัวอื่น ร้อยละ 30.3 ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการใช้ส้วม

การใช้ส้วม	จำนวน	ร้อยละ
ใช้เฉพาะครอบครัว	193	69.7
ใช้ร่วมกับครอบครัวอื่น	84	30.3
รวม	277	100.0

จากตาราง 10 พบว่า มารดาใช้ส้วมเฉพาะครอบครัวมากกว่าใช้ร่วมกับครอบครัวอื่น

3. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้น้ำในครอบครัวเพื่อการซักล้าง น้ำประปาร้อยละ 90.6 น้ำบ่อตื้น ร้อยละ 0.4 น้ำบาดาล ร้อยละ 3.6 น้ำคลอง ร้อยละ 5.4 และไม่มีการใช้น้ำฝน ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามน้ำใช้ของครอบครัว

น้ำใช้ของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
น้ำประปา	251	90.6
น้ำบ่อตื้น	1	0.4
น้ำบาดาล	10	3.6
น้ำคลอง	15	5.4
น้ำฝน	-	-
รวม	277	100.0

จากตาราง 11 พบว่ามารดาใช้น้ำในครอบครัวเพื่อการซักล้าง น้ำประปามากที่สุด รองลงมาคือน้ำคลอง น้ำบาดาล น้ำบ่อตื้น และไม่มีการใช้น้ำฝน

4. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในครอบครัวมีการจัดเก็บและกำจัดขยะ โดยถังขยะมีฝาปิด ร้อยละ 32.5 ถังขยะไม่มีฝาปิด ร้อยละ 53.8 และไม่มีถังขยะ ร้อยละ 13.7

ครอบครัวมีสถานที่ตั้งวางถังขยะ ที่บริเวณหน้าบ้าน ร้อยละ 71.8 ภายในบ้าน ร้อยละ 13.4 และบริเวณหลังบ้าน ร้อยละ 14.8 ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการจัดเก็บและสถานที่ตั้งวางถังขยะ

การจัดเก็บและสถานที่ตั้งวางถังขยะ	จำนวน	ร้อยละ
ถังขยะ		
ถังขยะมีฝาปิด	90	32.5
ถังขยะไม่มีฝาปิด	149	53.8
ไม่มีถังขยะ	38	13.7
สถานที่ตั้งวางถังขยะ		
ที่บริเวณหน้าบ้าน	199	71.8
ภายในบ้าน	37	13.4
บริเวณหลังบ้าน	41	14.8

จากตาราง 12 พบว่า ในครอบครัวมีการจัดเก็บและกำจัดขยะ ถังขยะไม่มีฝาปิดมากที่สุด รองลงมาคือ ถังขยะมีฝาปิด และไม่มีถังขยะน้อยที่สุด สถานที่ตั้งวางถังขยะ ที่บริเวณหน้าบ้านมากที่สุด รองลงมาคือ ภายในบ้าน และบริเวณหลังบ้านน้อยที่สุด

5. มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวมีวิธีการกำจัดขยะ เเผาหรือฝัง ร้อยละ 16.6
ทิ้งลงคลอง ร้อยละ 1.4 ทิ้งใต้ถุนบ้านหรือบริเวณใกล้บ้าน ร้อยละ 6.5 และมีคนงานหรือเทศบาล
มารับขยะไป ร้อยละ 75.5 ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการกำจัดขยะของครอบครัว

วิธีการกำจัดขยะ	จำนวน	ร้อยละ
เผาหรือฝัง	46	16.6
ทิ้งลงคลอง	4	1.4
ทิ้งใต้ถุนบ้านหรือบริเวณใกล้บ้าน	18	6.5
มีคนงานหรือเทศบาลมารับขยะไป	209	75.5
รวม	277	100.0

จากตาราง 13 พบว่าครอบครัวมีวิธีการกำจัดขยะ โดยมีคนงานหรือเทศบาลมารับขยะไป
มากที่สุด รองลงมาคือ เเผาหรือฝัง ทิ้งใต้ถุนบ้านหรือบริเวณใกล้บ้าน และทิ้งลงคลองน้อยที่สุด

ตอนที่ 3. ผลการวิเคราะห์สภาพทั่วไปของบุตรและการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง
จากการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับบุตรและการเจ็บ
ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ปรากฏผลดังนี้คือ

1. บุตร อายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 59.2 อายุ 1-3 ปี ร้อยละ 33.9 และอายุ
3-5 ปี ร้อยละ 6.9
 2. สถานที่คลอดบุตร คลอดในสถานพยาบาล ร้อยละ 98.9 และอื่น ๆ ได้แก่ คลอดที่
บ้าน ร้อยละ 1.1
 3. การคลอด คลอดปกติ ร้อยละ 78.7 และคลอดผิดปกติ ได้แก่ ผ่าตัด ใช้เครื่องดูด
เป็นต้น ร้อยละ 21.3
 4. น้ำหนักตัวแรกเกิดของบุตร น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 12.6 และ
น้ำหนักตัวมากกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 87.4
- นำเสนอในตาราง 14

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานที่คลอด การคลอด และ น้ำหนักตัวแรกเกิด

ข้อมูลเกี่ยวกับบุตร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
อายุต่ำกว่า 1 ปี	164	59.2
อายุ 1-3 ปี	94	33.9
อายุ 3-5 ปี	19	6.9
2. สถานที่คลอด		
คลอดในสถานพยาบาล	274	98.9
อื่นๆ	3	1.1
3. การคลอด		
คลอดปกติ	218	78.7
คลอดผิดปกติ	59	21.3
4. น้ำหนักตัวแรกเกิด		
น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม	35	12.6
น้ำหนักตัวมากกว่า 2500 กรัม	242	87.4

จากตาราง 14 พบว่าบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 1-3 ปีและอายุ 3-5 ปีน้อยที่สุด คลอดในสถานพยาบาลมากกว่านอกสถานพยาบาล คลอดปกติมากกว่าผิดปกติ น้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่า 2500 กรัมมีจำนวนมากกว่าน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม

5. น้ำคั้นของบุตร บุตรคั้นน้ำคั้นสุก ร้อยละ 90.3 และอื่นๆ ได้แก่ น้ำกรอง น้ำโพลาลิส และน้ำประปามีน้ำคั้น ร้อยละ 9.7

6. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและนมผสม บุตรได้รับนมมารดาอย่างเดียว ร้อยละ 24.5 บุตรได้รับนมผสมอย่างเดียว ร้อยละ 28.9 และบุตรได้รับนมมารดาและนมผสม ร้อยละ 46.6 โดยที่บุตรที่ได้รับนมมารดาและนมผสมทั้ง 2 อย่าง จะได้รับนมมารดาดังแต่ 1 เดือน ถึง 22 เดือน เฉลี่ยจะได้รับนมมารดานาน 2 เดือน

นำเสนอในตาราง 15

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชนิดน้ำคั้นของบุตร และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและนมผสม

ข้อมูลเกี่ยวกับบุตร	จำนวน	ร้อยละ
1. น้ำคั้นของบุตร		
น้ำคั้นสุก	250	90.3
อื่นๆ	27	9.7
2. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและนมผสม		
บุตรได้รับนมมารดาอย่างเดียว	68	24.5
บุตรได้รับนมผสมอย่างเดียว	80	28.9
บุตรได้รับนมมารดาและนมผสม	129	46.6

จากตาราง 15 พบว่า บุตรคั้นน้ำคั้นสุกมากที่สุด บุตรได้รับนมมารดาและนมผสมมากที่สุด รองลงมาคือ บุตรได้รับนมผสมอย่างเดียว และบุตรได้รับนมมารดาอย่างเดียวน้อยที่สุด

7. การได้รับวัคซีน แบ่งออกเป็น

7.1 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน คือ วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ บุตรได้รับวัคซีนครบตามอายุ ร้อยละ 91.3 ได้รับวัคซีนไม่ครบตามอายุร้อยละ 7.9 และไม่ได้รับวัคซีนเลย ร้อยละ 0.8

7.2 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ในเด็กอายุ 9 เดือนขึ้นไป ได้รับวัคซีนร้อยละ 63.2 และไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 36.8 (บุตรอายุ 9 เดือน - 5 ปี มีจำนวนทั้งหมด 155 คน)

นำเสนอในตาราง 16

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับวัคซีน

ข้อมูลเกี่ยวกับบุตร	จำนวน	ร้อยละ
1. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน		
ได้รับวัคซีนครบตามอายุ	253	91.3
ได้รับวัคซีนไม่ครบตามอายุ	22	7.9
ไม่ได้รับวัคซีนเลย	2	0.8
2. ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ในเด็กอายุ 9 เดือนขึ้นไป		
ได้รับวัคซีน	98	63.2
ไม่ได้รับวัคซีน	57	36.8

จากตาราง 16 พบว่า บุตรได้รับวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานมากที่สุด รองลงมาคือได้รับวัคซีนไม่ครบตามอายุ และไม่ได้รับวัคซีนเลยน้อยที่สุด การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ในเด็กอายุ 9 เดือนขึ้นไป ได้รับวัคซีนมากกว่าไม่ได้รับวัคซีน

8. การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง บุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงตั้งแต่ 1-9 วัน เจ็บป่วยมาเป็นเวลา 3 วัน ก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล

9. การให้การรักษาก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ได้ให้ยาหรือไปรับการรักษาจากที่ไหนเลย ร้อยละ 33.9 ซื้อยาหรือน้ำเกลือแร่จากร้านขายยา ร้อยละ 6.5 ให้กินยาที่เหลือซึ่งเคยมารับการรักษาโรคอุจจาระร่วงจากสถานพยาบาล ร้อยละ 1.8 รักษาตามคำบอกกล่าวของญาติหรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 3.6 รักษาเองโดยทำตามเอกสาร หนังสือ หรือวิทยุ โทรทัศน์ ร้อยละ 0.4 ไปรับการรักษาที่คลินิก ร้อยละ 30.0 ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 23.8

นำเสนอในตาราง 17

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาก่อนมาโรงพยาบาล

การรักษาก่อนมาโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ให้ยาหรือไปรับการรักษาจากที่ไหนเลย	94	33.9
ซื้อยาหรือน้ำเกลือแร่จากร้านขายยา	18	6.5
ให้กินยาที่เหลือซึ่งเคยมารับการรักษาโรคอุจจาระร่วงจากสถานพยาบาล	5	1.8
รักษาตามคำบอกกล่าวของญาติหรือเพื่อนบ้าน	10	3.6
รักษาเองโดยทำตามเอกสาร หนังสือ หรือวิทยุ โทรทัศน์	1	0.4
ไปรับการรักษาที่คลินิก	83	30.0
ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่น	66	23.8
รวม	277	100.0

จากตาราง 17 พบว่า มารดาไม่ได้ให้ยาหรือไปรับการรักษาจากที่ไหนเลยมากที่สุด รองลงมาคือไปรับการรักษาที่คลินิก และรักษาเองโดยทำตามเอกสาร หนังสือ หรือวิทยุ โทรทัศน์ น้อยที่สุด

ตอนที่ 4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

4.1 คะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดา เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลดังตาราง 18

ตาราง 18 คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวนข้อความ	คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแปรปรวน
ความรู้	15	8.24	2.60	6.75
เจตคติ	15	2.48	.30	.09
การปฏิบัติ	15	20.33	4.87	23.70

หมายเหตุ	เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	7.5
		เจตคติที่ดี	คะแนนเฉลี่ย	2.4 -3.0
		เจตคติปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย	1.60-2.39
		เจตคติไม่ดี	คะแนนเฉลี่ย	1.0 -1.59
		การปฏิบัติถูกต้อง	คะแนน	30.0

จากตาราง 18 พบว่า ด้านความรู้ คะแนนเฉลี่ย 8.24 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.6 และด้านเจตคติ คะแนนเฉลี่ย 2.48 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .30 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ แสดงว่า มารดาส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมด้านความรู้ และเจตคติที่ดีในการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง สำหรับการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 20.33 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ แสดงว่า มารดาส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

จากการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
อูจจาระร่วงเป็นรายข้อ พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วงในเด็กและการ
ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงถูกต้อง ในหัวข้อดังต่อไปนี้คือ

1. สาเหตุของโรคอูจจาระร่วงในเด็ก
2. เชื้อโรคอูจจาระร่วงในเด็กถูกขับออกจากร่างกายปนมากับสิ่งขับถ่ายใด
3. อาการของเด็กป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วง
4. อาหารสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 เดือนที่ป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วง
5. อาหารที่ทาให้เด็กป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วงมากที่สุด
6. การทำความสะอาดอุจกม ขวดนม และขวดน้ำ
7. ขั้นตอนการรักษาเด็กป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วง
8. ประโยชน์ของผงน้ำตาลเกลือแร่
9. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอูจจาระร่วงในเด็ก
10. การกำจัดอูจจาระเด็กป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วง

ทั้งนี้การดายังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วงในเด็กและการดูแลบุตร
ที่ป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วง ในหัวข้อต่อไปนี้

1. การปนเปื้อนของเชื้อโรคอูจจาระร่วงที่เข้าสู่ตัวเด็ก
2. ลักษณะอูจจาระของเด็กป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วง
3. อาการของเด็กป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วงที่ต้องรีบพามาพบแพทย์
4. อาการขาดน้ำที่พบได้ในเด็กป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วง
5. อันตรายของโรคอูจจาระร่วงในเด็ก

4.2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา อายุแตกต่างกัน คือ อายุต่ำกว่า 20 ปี อายุ 21-30 ปี และอายุ 31 ปีขึ้นไป โดยใช้สถิติค่า เอฟ (F-test) ปรากฏผลตามตาราง 19 ถึง ตาราง 24

ตาราง 19 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	จำนวน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ต่ำกว่า 20 ปี	30	7.833	2.3143
21-30 ปี	183	8.148	2.6658
31 ปีขึ้นไป	64	8.688	2.3602
รวม	277	8.238	2.5986

จากตาราง 19 แสดงค่าคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาอายุ 31 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 8.688 (S=2.3602) อายุ 21-30 ปี คะแนนเฉลี่ย 8.148 (S=2.6658) และต่ำกว่า 20 ปี คะแนนเฉลี่ย 7.833 (S=2.3143) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 20

ตาราง 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.0860	.0430	1.6089
ภายในกลุ่ม	274	7.3197	.0267	
รวม	276	7.4057		

จากตาราง 20 แสดงว่ามารดาอายุแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตาม
กลุ่มอายุ

อายุ	จำนวน	เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ต่ำกว่า 20 ปี	30	2.4489	.2590
21-30 ปี	183	2.4681	.3120
31 ปีขึ้นไป	64	2.5073	.2762
รวม	277	2.4751	.2983

จากตาราง 21 แสดงค่าคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาอายุ 31 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 2.5073 (S=.2762) อายุ 21-30 ปี คะแนนเฉลี่ย 2.4681 (S=.3120) และต่ำกว่า 20 ปี คะแนนเฉลี่ย 2.4489 (S=.2590) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 22

ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.0958	.0479	.5367
ภายในกลุ่ม	274	24.4667	.0893	
รวม	276	24.5626		

จากตาราง 22 แสดงว่า มารดาอายุแตกต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 23 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	จำนวน	การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ต่ำกว่า 20 ปี	30	19.233	5.6909
21-30 ปี	183	20.4255	4.7940
31 ปีขึ้นไป	64	20.5155	4.9070
รวม	277	20.3175	4.8658

จากตาราง 23 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาอายุ 31 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 20.5155 ($S=4.9070$) อายุ 21-30 ปี คะแนนเฉลี่ย 20.4255 ($S=4.7940$) และอายุต่ำกว่า 20 ปีคะแนนเฉลี่ย 19.233 ($S=5.6909$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 24

ตาราง 24 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.1775	.0888	1.2584
ภายในกลุ่ม	274	19.3249	.0705	
รวม	276	19.5024		

จากตาราง 24 แสดงว่า มารดาอายุแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

เมื่อรวมพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน พบว่า มารดาอายุแตกต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

4.3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน คือ มีบุตร 1 คน มีบุตร 2 คน และมีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป โดยใช้สถิติค่า เอฟ (F-test) ปรากฏผลตามตาราง 25 ถึง ตาราง 30

ตาราง 25 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	จำนวน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1 คน	151	8.4165	2.4610
2 คน	80	8.0745	2.9563
3 คนขึ้นไป	46	7.9350	2.2550
รวม	277	8.238	2.5986

จากตาราง 25 แสดงค่าคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามจำนวนบุตร 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดามีบุตร 1 คน คะแนนเฉลี่ย 8.4165 (S=2.4610) มีบุตร 2 คน คะแนนเฉลี่ย 8.0745 (S=2.9563) และ มีบุตร 3 คนขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 7.9350 (S=2.2550) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 26

ตาราง 26 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.0498	.0249	.9275
ภายในกลุ่ม	274	7.3559	.0268	
รวม	276	7.4057		

จากตาราง 26 แสดงว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและ
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 27 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตาม
จำนวนบุตร

จำนวนบุตร	จำนวน	เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1 คน	151	2.4914	.2987
2 คน	80	2.4892	.2991
3 คนขึ้นไป	46	2.3971	.2897
รวม	277	2.4751	.2983

จากตาราง 27 แสดงค่าคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำนวนตามจำนวนบุตร 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดามีบุตร 1 คน คะแนนเฉลี่ย 2.4914 ($S=.2987$) มีบุตร 2 คน คะแนนเฉลี่ย 2.4892 ($S=.2991$) และมีบุตร 3 คนขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 2.3971 ($S=.2897$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 28

ตาราง 28 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.3358	.1679	1.8987
ภายในกลุ่ม	274	24.2268	.0884	
รวม	276	24.5626		

จากตาราง 28 แสดงว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 29 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	จำนวน	การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1 คน	151	20.0265	4.8835
2 คน	80	20.775	5.0728
3 คนขึ้นไป	46	20.478	4.4224
รวม	277	20.3175	4.8685

จากตาราง 29 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามจำนวนบุตร 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับดังนี้คือ มารดามีบุตร 2 คน คะแนนเฉลี่ย 20.775 ($S=5.0728$) มีบุตร 3 คนขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 20.478 ($S=4.4224$) และมีบุตร 1 คน คะแนนเฉลี่ย 20.0265 ($S=4.8835$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนและแผนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 30

ตาราง 30 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
• ระหว่างกลุ่ม	2	.1365	.0683	.9659
ภายในกลุ่ม	274	19.3659	.0707	
รวม	276	19.5024		

จากตาราง 30 แสดงว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

เมื่อรวมพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน พบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

4.4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาอาชีพแตกต่างกัน คือ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย เกษตรกรรม รับจ้าง และแม่บ้าน โดยใช้สถิติค่า เอฟ (F-test) ปรากฏผลตามตาราง 31 ถึง ตาราง 39

ตาราง 31 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	27	10.926	2.3027
ค้าขาย	18	7.885	1.0351
เกษตรกรรม	5	8.8005	2.5166
รับจ้าง	62	8.1135	2.1315
แม่บ้าน	165	7.866	2.5366
รวม	277	8.238	2.5986

จากตาราง 31 แสดงค่าคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามอาชีพ 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คะแนนเฉลี่ย 10.926 (S=2.3027) อาชีพเกษตรกรรม คะแนนเฉลี่ย 8.8005 (S=2.5166) อาชีพรับจ้าง คะแนนเฉลี่ย 8.1135 (S=2.1315) อาชีพค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 7.885 (S=1.0351) และอาชีพแม่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 7.866 (S=2.5366) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 32

ตาราง 32 การวิเคราะห์ความแปรปรวนและแผนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.9892	.2473	10.4832***
ภายในกลุ่ม	272	6.4165	.0236	
รวม	276	7.4057		

***p < .001

จากตาราง 32 แสดงว่ามารดาที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า มารดาอาชีพต่างกันค่าเฉลี่ย ใน 5 กลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายกลุ่มต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 33

ตาราง 33 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
 อจจาระวังของมารดาอาชีพแตกต่างกัน

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	แม่บ้าน	ค้าขาย	รับจ้าง	เกษตรกร	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ
		7.866	7.885	8.1135	8.8005	10.926
แม่บ้าน	7.866	-	0.0225	0.2475	0.9345	3.06 *
ค้าขาย	7.885	-	-	0.225	0.912	3.3075 *
รับจ้าง	8.1135	-	-	-	0.678	2.81258*
เกษตรกร	8.8005	-	-	-	-	2.1255
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	10.926	-	-	-	-	-

*P < .05

จากตาราง 33 แสดงว่ามารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล
 บุตรและการป้องกันโรคอจจาระวังแตกต่างจากมารดาอาชีพแม่บ้าน ค้าขาย และรับจ้างอย่างมี
 นิัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับ
 การดูแลบุตรและการป้องกันโรคอจจาระวังดีกว่ามารดาอาชีพแม่บ้าน ค้าขาย และรับจ้าง

ตาราง 34 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	27	2.7753	.1736
ค้าขาย	18	2.4481	.3041
เกษตรกร	5	2.4000	.3528
รับจ้าง	62	2.4258	.2711
แม่บ้าน	165	2.4497	.2973
รวม	277	2.4751	.2983

จากตาราง 34 แสดงค่าคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามอาชีพ 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คะแนนเฉลี่ย 2.7753 ($S=.1736$) อาชีพแม่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 2.4497 ($S=.2973$) อาชีพค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 2.4481 ($S=.3041$) อาชีพรับจ้าง คะแนนเฉลี่ย 2.4258 ($S=.2711$) และอาชีพเกษตรกร คะแนนเฉลี่ย 2.4000 ($S=.3528$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 35

ตาราง 35 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	2.7318	.6829	8.5091***
ภายในกลุ่ม	272	21.8308	.0803	
รวม	276	24.5626		

***P < .001

จากตาราง 35 แสดงว่ามารดาที่มีอาชีพแตกต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า มารดาอาชีพต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง ใน 5 กลุ่ม มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 36

ตาราง 36 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
 อูจจาระร่วงของมารดาอาชีพแตกต่างกัน

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	เกษตรกรรม	รับจ้าง	ค้าขาย	แม่บ้าน	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ
		2.4000	2.4158	2.4481	2.4497	2.7753
เกษตรกรรม	2.4000	-	0.0258	0.0481	0.0497	0.3753
รับจ้าง	2.4158	-	-	0.223	0.0239	0.3175*
ค้าขาย	2.4481	-	-	-	0.0016	0.3272*
แม่บ้าน	2.4497	-	-	-	-	0.3256*
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.7753	-	-	-	-	-

*P. < .05

จากตาราง 36 แสดงว่ามารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแล
 บุตรและการป้องกันโรคอูจจาระร่วงแตกต่างจากมารดาอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้านอย่างมีนัย
 สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับ
 การดูแลบุตรและการป้องกันโรคอูจจาระร่วงดีกว่ามารดาอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน

ตาราง 37 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	27	22.8885	4.9901
ค้าขาย	18	20.4451	5.5485
เกษตรกร	5	19.3995	6.5574
รับจ้าง	62	19.5645	4.3539
แม่บ้าน	165	20.1945	4.9701
รวม	277	20.3175	4.8685

จากตาราง 37 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามอาชีพ 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คะแนนเฉลี่ย 22.885 ($S=4.9901$) อาชีพค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 20.4451 ($S=5.5485$) อาชีพแม่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 20.1945 ($S=4.9701$) อาชีพรับจ้าง คะแนนเฉลี่ย 19.5645 ($S=4.3539$) และอาชีพเกษตรกร คะแนนเฉลี่ย 19.3995 ($S=6.5574$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 38

ตาราง 38 การวิเคราะห์ความแปรปรวนและแผนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.9890	.2452	3.6012*
ภายในกลุ่ม	272	18.5215	.0681	
รวม	276	19.5024		

* $p < .05$

จากตาราง 38 แสดงว่า มารดาที่มีอาชีพแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า มารดาอาชีพต่างกันแต่ละคนหนึ่งใน 5 กลุ่ม มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 39

ตาราง 39 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงของมารดาอาชีพแตกต่างกัน

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	เกษตรกรรม	รับจ้าง	แม่บ้าน	ค้าขาย	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ
		19.3995	19.5645	20.1945	20.4451	22.885
เกษตรกรรม	19.3995	-	0.165	0.795	1.0456	3.489
รับจ้าง	19.5645	-	-	0.63	0.8806	3.324 *
แม่บ้าน	20.1945	-	-	-	0.2506	2.694 *
ค้าขาย	20.4451	-	-	-	-	2.4434*
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	22.885	-	-	-	-	-

*P < .05

จากตาราง 39 แสดงว่ามารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างจากมารดาอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน

เมื่อรวมพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน พบว่า มารดาอาชีพแตกต่างกันมีความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน

4.5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน คือ ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า โดย ใช้สถิติค่า เอฟ (F-test) ปรากฏผลตามตาราง 40 ถึง ตาราง 48

ตาราง 40 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา	76	7.5915	2.3699
ระดับประถมศึกษา	90	7.7895	2.4126
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	28	8.643	2.9987
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	43	8.046	2.0644
ระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	40	10.3995	2.5623
รวม	277	8.238	2.5986

จากตาราง 40 แสดงค่าคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
 อหิวาต์ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาที่มีการศึกษา
 ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า คะแนนเฉลี่ย 10.3995($S=2.5623$) การศึกษาระดับ
 มัธยมศึกษาตอนต้น คะแนนเฉลี่ย 8.643($S=2.9987$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ คะแนนเฉลี่ย 8.046($S=2.0644$) การศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนน
 เฉลี่ย 7.7895 ($S=2.4216$) และมารดาที่อ่านได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา คะแนน
 เฉลี่ย 7.5915($S=2.3699$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับ
 การดูแลบุตรและการป้องกันโรคอหิวาต์ ปรากฏผลตามตาราง 41

ตาราง 41 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
 และการป้องกันโรคอหิวาต์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.0800	.2700	11.6096***
ภายในกลุ่ม	272	6.3257	.0233	
รวม	276	7.4057		

*** $p < .001$

จากตาราง 41 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร
 และการป้องกันโรคอหิวาต์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F=11.6096$)
 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง ใน 5 กลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและ
 การป้องกันโรคอหิวาต์แตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป
 โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์(Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 42

ตาราง 42 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
อูจจาระร่วงของมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ย ความรู้	ไม่ได้เรียนหรือ เรียนไม่จบชั้น ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษาตอน ปลายหรือประกาศ นียบัตรวิชาชีพ	มัธยมศึกษา ตอนต้น	อนุปริญา หรือเทียบ เท่าหรือ สูงกว่า
	7.5915	7.7895	8.046	8.643	10.3995	
ไม่ได้เรียนหรือ เรียนไม่จบชั้น ประถมศึกษา	7.5915	-	0.198	0.4545	1.0515	2.808*
ระดับประถมศึกษา	7.7895	-	-	0.2565	0.8535	2.61 *
ระดับมัธยมศึกษาตอน ปลายหรือประกาศ นียบัตรวิชาชีพ	8.046	-	-	-	0.597	2.3535*
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	8.643	-	-	-	-	1.7565*
ระดับอนุปริญาหรือ เทียบเท่าหรือสูงกว่า	10.3995	-	-	-	-	-

*P < .05

จากตาราง 42 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอูจจาระร่วงแตกต่างจากมารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอูจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ตาราง 43 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา	76	2.3675	.2844
ระดับประถมศึกษา	90	2.3963	.2952
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	28	2.5214	.2982
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	43	2.6031	.2057
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	40	2.6867	.2567
รวม	277	2.4751	.2983

จากตาราง 43 แสดงค่าคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำนวนตามระดับการศึกษา 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า คะแนนเฉลี่ย 2.6867 ($S=.2567$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ คะแนนเฉลี่ย 2.6031 ($S=.2057$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คะแนนเฉลี่ย 2.5214 ($S=.2982$) การศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 2.3963 ($S=.2952$) และมารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 2.3675 ($S=.2844$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 44

ตาราง 44 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	3.9931	.9983	13.2008***
ภายในกลุ่ม	272	20.5694	.0756	
รวม	276	24.5626		

***p < .001

จากตาราง 44 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F=13.2008$) แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง ใน 5 กลุ่ม มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 45

ตาราง 45 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
อูจจาระร่วงของมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ไม่ได้เรียนหรือ เรียนไม่จบชั้น ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษาตอน ปลายหรือประกาศ นียบัตรวิชาชีพ	อนุปริญา หรือเทียบ เท่าหรือ สูงกว่า
		2.3675	2.3963	2.5214	2.6031	2.6867
ไม่ได้เรียนหรือ เรียนไม่จบชั้น ประถมศึกษา	2.3675	-	0.0288	0.1539*	0.2356*	0.3192*
ระดับประถมศึกษา	2.3963	-	-	0.1251*	0.2068*	0.2904*
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	2.5214	-	-	-	0.0817	0.1653*
ระดับมัธยมศึกษาตอน ปลายหรือประกาศ นียบัตรวิชาชีพ	2.6031	-	-	-	-	0.0836
ระดับอนุปริญาหรือ เทียบเท่าหรือสูงกว่า	2.6867	-	-	-	-	-

*P < .05

จากตาราง 45 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่ามีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอูจจาระร่วง แตกต่าง จากมารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือมารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอูจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง แตกต่างจากการดาที่ไม่น่าได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่ไม่น่าได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา

มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง แตกต่างจากการดาที่ไม่น่าได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่ไม่น่าได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา

ตาราง 46 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา	76	18.816	5.5787
ระดับประถมศึกษา	90	20.6115	3.9377
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	28	20.178	4.4415
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	43	20.8605	3.8272
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	40	22.0245	5.8567
รวม	277	20.3175	4.8685

จากตาราง 46 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามระดับการศึกษา 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ มารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า คะแนนเฉลี่ย 22.0245 ($S=5.8567$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ คะแนนเฉลี่ย 20.8605 ($S=3.8272$) การศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 20.6115 ($S=3.9377$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คะแนนเฉลี่ย 20.178 ($S=4.4415$) และมารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 18.816 ($S=5.5787$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 47

ตาราง 47 การวิเคราะห์ความแปรปรวนและแผนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.3733	.3433	5.1510*
ภายในกลุ่ม	272	18.1291	.0667	
รวม	276	19.5024		

*P < .05

จากตาราง 47 แสดงว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง ใน 5 กลุ่ม มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำบททดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 48

ตาราง 48 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ไม่ได้เรียนหรือ เรียนไม่จบชั้น ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	ประถมศึกษา ศึกษา	มัธยมศึกษาตอน ปลายหรือประกาศ นียบัตรวิชาชีพ	อนุปริญา หรือเทียบ เท่าหรือ สูงกว่า
		18.816	20.178	20.115	20.8605	22.0245
ไม่ได้เรียนหรือ เรียนไม่จบชั้น ประถมศึกษา	18.816	-	1.362	1.7955*	2.4094*	3.2085*
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	20.178	-	-	0.4335	0.6825	1.8465
ระดับประถมศึกษา	20.6115	-	-	-	0.249	1.413
ระดับมัธยมศึกษาตอน ปลายหรือประกาศ นียบัตรวิชาชีพ	20.8605	-	-	-	-	1.164
ระดับอนุปริญาหรือ เทียบเท่าหรือสูงกว่า	22.0245	-	-	-	-	-

*P < .05

จากตาราง 48 แสดงว่ามารดามีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่าระดับ
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพและระดับประถมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล
บุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างจากมารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดามีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือ
สูงกว่า มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับประถมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับ
การดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ดีกว่า มารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถม
ศึกษา

เมื่อรวมพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมี
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน

4.6 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ
การดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่าง
กัน คือ รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน รายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือนและรายได้
สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน โดยใช้สถิติค่า เอฟ (F-test)
ปรากฏผลตามตาราง 49 ถึง ตาราง 56

ตาราง 49 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตาม
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวต่อเดือน	จำนวน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท	16	7.188	2.0817
รายได้ 2,466-7,410 บาท	201	7.995	2.5481
รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท	60	9.3165	2.6367
รวม	277	8.238	2.5986

จากตาราง 49 แสดงค่าคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรค
อุจจาระร่วง โดยจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ
รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท คะแนนเฉลี่ย 9.3165 (S= 2.6367) รายได้ 2,466-7,410 บาท
คะแนนเฉลี่ย 7.995 (S=2.5481) และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท คะแนนเฉลี่ย 7.188
(S=2.0817) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 50

ตาราง 50 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.4393	.2197	8.643***
ภายในกลุ่ม	274	6.9633	.0254	
รวม	276	7.4057		

***p < .001

จากตาราง 50 แสดงว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F=8.643$) แสดงว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันแต่ละคู่หนึ่ง ใน 3 กลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 51

ตาราง 51 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ต่อเดือน	ค่าเฉลี่ย รายได้ต่ำกว่า 2,466บาท	รายได้ 2,466-7,410บาท	รายได้ สูงกว่า7,410บาท
	7.188	7.995	9.3165
รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท	7.188	-	0.8115
รายได้ 2,466-7,410 บาท	7.995	-	1.317 *
รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท	9.3165	-	-

*p < .05

จากตาราง 51 แสดงว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีรายได้ สูงกว่า 7,410 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างจากมารดา รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน และรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือ มารดามีรายได้ สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดามีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท ต่อเดือน และรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน

ตาราง 52 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตาม
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวต่อเดือน	จำนวน	เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท	16	2.2500	.3360
รายได้ 2,466-7,410 บาท	201	2.4491	.2873
รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท	60	2.6222	.2640
รวม	277	2.4751	.2983

จากตาราง 52 แสดงค่าคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท คะแนนเฉลี่ย 2.6222 ($S = .2640$) รายได้ 2,466-7,410 บาท คะแนนเฉลี่ย 2.4491 ($S = .2873$) และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท คะแนนเฉลี่ย 2.2500 ($S = .3360$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 53

ตาราง 53 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	2.2454	1.1227	13.7841***
ภายในกลุ่ม	274	22.3171	.0814	
รวม	276	24.5626		

***p < .001

จากตาราง 53 แสดงว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F=8.643$) แสดงว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันค่าเฉลี่ยหนึ่ง ใน 3 กลุ่ม มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 54

ตาราง 54 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ต่อเดือน	ค่าเฉลี่ย รายได้ต่ำกว่า 2,466บาท	รายได้ 2,466-7,410บาท	รายได้ สูงกว่า7,410บาท
	2.2500	2.4491	2.6222
รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท	2.2500	-	0.1991*
รายได้ 2,466-7,410 บาท	2.4491	-	0.1731*
รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท	2.6222	-	-

*P < .05

จากตาราง 54 แสดงว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีรายได้ สูงกว่า 7,410 บาท มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างจากมารดา รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน และรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือ มารดามีรายได้ สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดามีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท ต่อเดือน และรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน

มารดาที่มีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างจากมารดา รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือ มารดามีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดามีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน

ตาราง 55 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตาม
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวต่อเดือน	จำนวน	การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท	16	19.8125	3.8914
รายได้ 2,466-7,410 บาท	201	20.0745	4.6705
รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท	60	21.0000	5.6796
รวม	277	20.3175	4.8685

จากตาราง 55 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ รายได้ สูงกว่า 7,410 บาท คะแนนเฉลี่ย 21.0000 ($S=5.6796$) รายได้ 2,466-7,410 บาท คะแนนเฉลี่ย 20.0745 ($S=4.6705$) และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท คะแนนเฉลี่ย 19.8125 ($S=3.8914$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 56

ตาราง 56 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.1943	.0972	1.3789
ภายในกลุ่ม	272	19.3081	.0705	
รวม	276	19.5024		

จากตาราง 56 แสดงว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงนั้นแตกต่างกัน

เมื่อรวมพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน พบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันมีความรู้ และเจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงนั้นแตกต่างกัน

4.5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน คือ บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟมบิรีเวส บ้านแถวหรือตึกแถว ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน อยู่ในชุมชนแออัด และเป็นเพิงพักอาศัยชั่วคราว โดยใช้ สถิติค่า เอฟ (F-test) ปรากฏผลตามตาราง 57 ถึง ตาราง 64

ตาราง 57 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟมบิรีเวส	85	8.4945	2.5273
บ้านแถวหรือตึกแถว	65	8.4000	2.5121
ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน	99	8.283	2.4069
อยู่ในชุมชนแออัด	11	7.0905	1.2910
เพิงพักอาศัยชั่วคราว	17	6.8235	4.8599
รวม	277	8.238	2.5981

จากตาราง 57 แสดงค่าคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟมบิรีเวส มีคะแนนเฉลี่ย 8.4945($S=2.5273$) บ้านแถวหรือตึกแถวมีคะแนนเฉลี่ย 8.4000($S=2.5121$) ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 8.283($S=2.4069$) อยู่ในชุมชนแออัด มีคะแนนเฉลี่ย 7.0905($S=1.2910$) และเพิงพักอาศัยชั่วคราว มีคะแนนเฉลี่ย 6.8235($S=4.8599$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 58

ตาราง 58 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและ
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.2487	.0622	2.3634
ภายในกลุ่ม	272	7.1569	.0263	
รวม	276	7.4057		

จากตาราง 58 แสดงว่า มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับ
การดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 59 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟมมีบริเวณ	85	2.5537	.2867
บ้านแถวหรือตึกแถว	65	2.5015	.2901
ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน	99	2.4283	.2827
อยู่ในชุมชนแออัด	11	2.3152	.3640
เพิงพักอาศัยชั่วคราว	17	2.3569	.3358
รวม	277	2.4751	.2983

จากตาราง 59 แสดงค่าคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำแนกตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟมมีบริเวณ มีคะแนนเฉลี่ย 2.5537 (S=.2867) บ้านแถวหรือตึกแถวมีคะแนนเฉลี่ย 2.5015 (S=.2901) ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 2.4283 (S=.2827) เพิงพักอาศัยชั่วคราว มีคะแนนเฉลี่ย 2.3569 (S=.3358) และอยู่ในชุมชนแออัด มีคะแนนเฉลี่ย 2.3152 (S=.3640) แล้วนำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 60

ตาราง 60 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.3070	.3267	3.8216**
ภายในกลุ่ม	272	23.2556	.0855	
รวม	276	24.5626		

**p < .01

จากตาราง 60 แสดงว่า มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F=3.8216$) แสดงว่า มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 5 กลุ่ม มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 61

ตาราง 61 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	อยู่ในชุมชนแออัด	เพิงพักอาศัยชั่วคราว	ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน	บ้านแถวหรือตึกแถว	บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝด
	2.3152	2.3569	2.4282	2.5015	2.5537
อยู่ในชุมชนแออัด	2.3152	-	0.417	0.1131	0.1385
เพิงพักอาศัยชั่วคราว	2.3569	-	0.0712	0.1446	0.1968
ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน	2.4283	-	-	0.0732	0.1254*
บ้านแถวหรือตึกแถว	2.5015	-	-	-	0.0522
บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝด	2.5537	-	-	-	-

*P < .05

จากตาราง 61 แสดงว่ามารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างจากมารดาที่พักในห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่พักในห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน

ตาราง 62 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตาม
ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ	85	21.1310	5.0187
บ้านแถวหรือตึกแถว	65	21.2160	4.6092
ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน	99	19.5360	5.2132
อยู่ในชุมชนแออัด	11	19.9095	3.4017
เพิงพักอาศัยชั่วคราว	17	17.5875	5.1130
รวม	277	20.3175	4.8685

จากตาราง 62 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจำนวนตามที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 5 กลุ่ม เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ บ้านแถวหรือตึกแถว คะแนนเฉลี่ย 21.2136 ($S=4.6092$) บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ คะแนนเฉลี่ย 21.1310 ($S=5.0187$) อยู่ในชุมชนแออัด มีคะแนนเฉลี่ย 19.9095 ($S=3.4017$) ห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน คะแนนเฉลี่ย 19.5360 ($S=5.2132$) และเพิงพักอาศัยชั่วคราว คะแนนเฉลี่ย 17.5875 ($S=5.1130$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปรากฏผลตามตาราง 63

ตาราง 63 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.3289	.3323	4.9741***
ภายในกลุ่ม	272	18.1731	.0668	
รวม	276	19.5024		

***p < .001

จากตาราง 63 แสดงว่ามารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F=4.9741$) แสดงว่า มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 5 กลุ่ม มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังแสดงในตาราง 64

ตาราง 64 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน

			เพิงพักอาศัย	ห้องพักรวม	อยู่ในชุมชน	บ้านเดี่ยว	บ้านแถวหรือ
ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย	ชั่วคราว	อยู่กันหลาย	แออัด	หรือบ้าน	ตึกแถว	
			ครอบครัว		แฟลค		
			ในบ้าน				
	17.5875		19.5360	19.9095	21.1310	21.2160	
เพิงพักอาศัยชั่วคราว	17.5875	-	1.4485	2.3220	3.5445*	3.6285*	
ห้องพักรวมอยู่กันหลาย	19.5360	-	-	0.3735	1.5905*	1.6800*	
ครอบครัวในบ้าน							
อยู่ในชุมชนแออัด	19.9095	-	-	-	1.2215	1.3065	
บ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟลค	2.5537	-	-	-	-	0.8050	
บ้านแถวหรือตึกแถว	2.5015	-	-	-	-	-	

*P < .05

จากตาราง 64 แสดงว่า มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านแถวหรือตึกแถว มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง แตกต่างจากมารดาที่พักในห้องพักพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน และมารดาที่พักในเพิงพักอาศัยชั่วคราว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านแถวหรือตึกแถว มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่พักในห้องพักพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน และมารดาที่พักในเพิงพักอาศัยชั่วคราว

มารดาที่พักในบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟลคมีบริเวณ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง แตกต่างจากมารดาที่พักในเพิงพักอาศัยชั่วคราว และมารดาที่พักในห้องพักพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่พักในบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟลคมีบริเวณ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่พักในเพิงพักอาศัยชั่วคราว และมารดาที่พักในห้องพักพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน

เมื่อรวมพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน พบว่า มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันมีเจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ส่วนความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

4.8 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา ที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน คือ ครอบครัวเดี่ยว (อยู่รวมกันเฉพาะบิดา มารดา และบุตร) และครอบครัวขยาย (อยู่รวมกันทั้งบิดา มารดา บุตรและญาติพี่น้อง) โดยใช้ สถิติค่า t (t-test) ปรากฏผลตามตาราง 65 ถึง ตาราง 67

ตาราง 65 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	จำนวน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t
ครอบครัวเดี่ยว	146	8.4615	2.766	1.66
ครอบครัวขยาย	131	7.977	2.315	
รวม	277			

จากตาราง 65 แสดงว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีความรู้ในการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

ตาราง 66 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจำนวนตาม
ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	จำนวน	เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t
ครอบครัวเดี่ยว	146	2.4630	0.309	-0.65
ครอบครัวขยาย	131	2.4865	0.287	
รวม	277			

จากตาราง 66 แสดงว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีเจตคติในการดูแลบุตรและ
การป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

ตาราง 67 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	จำนวน	การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t
ครอบครัวเดี่ยว	146	20.235	4.465	0.47
ครอบครัวขยาย	131	20.4585	5.332	
รวม	277			

จากตาราง 67 แสดงว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีการปฏิบัติในการดูแลบุตร
และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงนั้นแตกต่างกัน

เมื่อรวมพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน พบว่า มารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มี
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงนั้นแตกต่างกัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่มีผลทำให้บุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางพฤติกรรมสุขภาพของมารดา เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีผลทำให้บุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ตามตัวแปร ดังนี้

- 2.1 อายุ
- 2.2 จำนวนบุตร
- 2.3 อาชีพ
- 2.4 ระดับการศึกษา
- 2.5 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- 2.6 ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
- 2.7 ลักษณะครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ได้แก่ มารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพฯ โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงก่อน แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 277 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของมารดา ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนตัวของบุตร และการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของบุตร มีลักษณะเป็นข้อความทั้งเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ วัดความรู้เกี่ยวกับ การดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมีลักษณะเป็นข้อความ ให้มารดาเลือกตอบ โดยแต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ วัดเจตคติเกี่ยวกับ การดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมีลักษณะเป็นข้อความ มาตรฐานส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางนิทาน และข้อความที่แสดงลักษณะทางนิเสธ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีลักษณะเป็นข้อความ ให้เลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริงของมารดา มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางนิทาน และข้อความที่แสดงลักษณะทางนิเสธ โดยข้อความเป็นลักษณะให้เลือกตอบ 3 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ้างบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอส พี เอส เอช เอ็กซ์ (SPSS X : Statistical Package for the Social Sciences Version X) ที่ศูนย์บริการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

1. วิเคราะห์สภาพโดยทั่วไปของมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตาราง

2. ทาค่าสถิติพื้นฐาน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติค่าที (t-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม สถิติค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนน

เฉลี่ยที่มากกว่า 2 กลุ่ม และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณ (Multiple comparison test) ของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls)

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับสถานภาพของมารดา พบว่า มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อายุ 21-30 ปี มีมากที่สุด และอายุต่ำกว่า 20 ปี มีน้อยที่สุด มีบุตร 1 คน มากที่สุด และมีบุตร 3 คน น้อยที่สุด อาชีพแม่บ้านมากที่สุด และอาชีพเกษตรกรมีน้อยที่สุด มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีน้อยที่สุด ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว คือ มีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือนมากที่สุด และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือนน้อยที่สุด ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้านมากที่สุด และอยู่ในชุมชนแออัดน้อยที่สุด ลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย

ตอนที่ 2 สิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้านของมารดา ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้านมากกว่ามีสัตว์เลี้ยง การใช้ส้วม ใช้เฉพาะครอบครัวมากกว่า ใช้ร่วมกับครอบครัวอื่น น้ำเข้าในครอบครัวใช้น้ำประปามากที่สุด ในเรื่องของการจัดเก็บขยะและการกำจัดขยะ ถึงขยะไม่มีฝาปิดมีมากที่สุด และไม่มีถังขยะใช้ใส่ถุงพลาสติกมีน้อยที่สุด สถานที่วางของถังขยะอยู่บริเวณหน้าบ้านมากที่สุด และอยู่ในบ้านน้อยที่สุด การกำจัดขยะมีคนงานหรือเจ้าหน้าที่ของเทศบาลมารับขยะไปมากที่สุด และทิ้งลงคลองน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 เกี่ยวกับสภาพโดยทั่วไปของบุตร และการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง บุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีมากที่สุด และอายุ 3-5 ปี มีน้อยที่สุด คลอดในสถานพยาบาลมากกว่านอกสถานพยาบาล คลอดปกติมากกว่าคลอดผิดปกติ น้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม มีจำนวนมากกว่าน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม น้ำคั้นของบุตรเป็นน้ำคั้นสุกมากที่สุด การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและนมผสม บุตรได้รับนมมารดาและนมผสมมากที่สุด และบุตรได้รับนมมารดาอย่างเดียวมีน้อยที่สุด การได้รับวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน บุตรได้รับวัคซีนครบตามอายุมีมากที่สุด รองลงมาบุตรที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามอายุ และน้อยที่สุดไม่ได้รับวัคซีนเลย การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดสำหรับบุตรที่อายุ 9 เดือนขึ้นไป ได้รับวัคซีนมากกว่าไม่ได้รับวัคซีน ส่วนการได้รับการรักษา ก่อนมาโรงพยาบาลนั้น มารดาไม่ได้นำพาหรือพาไปรับการรักษาจากที่ไหนเลย มากที่สุด รองลงมาคือพาไปรับการรักษาจากคลินิก และน้อยที่สุดคือการรักษาเองโดยทำตามเอกสาร หนังสือ หรือวิทยุโทรทัศน์

ตอนที่ 4 ผลการทดสอบสมมุติฐานพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ตามตัวแปร อายุ จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และลักษณะครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มารดาอายุแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

2. มารดามีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

3. มารดาอาชีพแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วน มารดาอาชีพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1 มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาอาชีพแม่บ้าน อาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้าง

3.2 มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาอาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย และอาชีพแม่บ้าน

3.3 มารดาอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาอาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน และอาชีพค้าขาย

4. มารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนมารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน มีการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.1 มารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ และมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

4.2 มารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มีเจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพมีเจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่า มารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา และมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีเจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรค
อูจจาระร่วงดีกว่า มารดาที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษาและมารดาที่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา

4.3 มารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มารดาที่มี
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ และมารดาที่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา มีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เรียนหรือ
เรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา

5. มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ และเจตคติใน
การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5.1 มารดาที่ครอบครัวมีรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีความรู้ในการ
ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงดีกว่ามารดาทุกกลุ่ม (มารดาที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 2,466
บาทต่อเดือน และมารดาที่ครอบครัวมีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน)

5.2 มารดาที่ครอบครัวมีรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีเจตคติในการ
ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงดีกว่ามารดาทุกกลุ่ม (มารดาที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 2,466
บาทต่อเดือน และมารดาที่ครอบครัวมีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน)

มารดาที่ครอบครัวมีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน มีเจตคติในการดูแล
บุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน

ส่วนทางด้านการศึกษา พบว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่าง
กันมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

6. มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วย
โรคอูจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีเจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรค
อูจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนมารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรที่ป่วย
ด้วยโรคอูจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6.1 มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ
มีเจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่พักอาศัยในห้องพักรวมกันอยู่หลาย
ครอบครัวในบ้าน

6.2 มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นบ้านแถวหรือตึกแถว มีการปฏิบัติ
ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่พักอาศัยในห้องพักรวมกันอยู่หลายครอบครัว
ในบ้านและมารดาที่พักในแฟมพักรวมกันอยู่หลายครอบครัว

มารดาที่ทำงานบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟมบิรเวด มีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ดีกว่ามารดาที่ทำงานเพิงพักอาศัยชั่วคราว และมารดาที่ทำงานห้องพักรวมกันอยู่หลายครอบครัวในบ้าน

7. มารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ผลการศึกษาในครั้งนี้ มารดามีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ซึ่งอายุต่ำกว่า 5 ปี ปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นมารดาที่มีอายุ 21-30 ปี มีบุตร 1 คน มีอาชีพแม่บ้าน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ 2,466-7,410 บาท ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว

สิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้าน ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้าน การใช้ส้วมใช้เฉพาะครอบครัว ใช้น้ำประปาในการชักล้าง ด้านขยะและการกำจัด ถึงขยะไม่มีฝาปิด สถานที่วางถังขยะอยู่บริเวณหน้าบ้าน การกำจัดขยะมีคนงานหรือเจ้าหน้าที่เทศบาลมารับขยะไป ในเรื่องของสิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้าน เป็นที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งคือ ในเรื่องของขยะและการกำจัดขยะ พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบ ร้อยละ 53.8 ใช้ถังขยะไม่มีฝาปิด โดยใช้เป็นถังหรือกองรวมไว้ที่ใดที่หนึ่ง ซึ่งสถานที่วางถังขยะส่วนใหญ่จะอยู่หน้าบ้าน รวมทั้งการกำจัดขยะจะเป็นคนงานหรือเจ้าหน้าที่ของเทศบาลมารับไป ในลักษณะนี้สิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้านอาจจะส่งผลกระทบต่อโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้เป็นอย่างดี เพราะถังขยะไม่ได้ปกปิดมิดชิด อาจจะมีแมลงต่างๆ ตลอดจนสัตว์อื่นๆ เช่น แมลงวัน แมลงหวี่ แมลงสาบ หนู มาได้ดอมขยะ ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคไปสู่อาหาร น้ำของบุคคลในครอบครัวได้มาก ซึ่งปรานทย์ ทองกระจาย (2528 : 466) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกินอยู่ที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง จะเปิดโอกาสให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย เช่น เข้าไปกับอาหาร น้ำ น้ำดื่ม ขวดนม นอกจากนี้ยังเกี่ยวพันไปถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมไม่ถูกสุขลักษณะ เช่นที่อยู่อาศัยร่วมกับสัตว์เลี้ยง การกำจัดของเสีย และขยะมูลฝอย ฯลฯ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุตร ส่วนใหญ่บุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี คลอดในสถานพยาบาลและคลอดปกติ โดยมีน้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม น้ำดื่มเป็นน้ำต้มสุก ส่วนการเลี้ยงบุตร

ด้วยผลการค้าหรือแผนผสม พบว่าบุตรได้รับผลการค้าและแผนผสมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเฉลี่ยบุตรได้รับนมจากมารดาเป็นระยะเวลาเพียง 2 เดือน การส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดานั้น องค์การอนามัยโลก (WHO. 1989 : 25) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาจนถึงอายุ 4-6 เดือน เนื่องจากในนมมารดามีสารภูมิคุ้มกันในโคลีน, แลคโตเฟอริน และไลโซซัยม์ ช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้ ในเรื่องนี้จะเห็นว่า จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าว สอดคล้องกับหลักการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เพราะในบุตรของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับผลการค้าอย่างเดียวมีจำนวนน้อย เพราะส่วนใหญ่บุตรได้รับนมจากมารดาและแผนผสมมากกว่า โดยเฉลี่ยบุตรได้รับนมมารดาเป็นระยะเวลาเพียง 2 เดือนเท่านั้น ทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้มาก ส่วนทางด้านการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดนั้น บุตรของกลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด (ในอายุ 9 เดือนขึ้นไป) แล้วมีจำนวนมากคือ ร้อยละ 63.2 แต่ยังคงพบผู้ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงค่อนข้างมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับแพทย์หญิงวันดี วราวิทย์ ได้กล่าวไว้ว่า การให้วัคซีนป้องกันโรคหัดน่าจะลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงลงได้ (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 23) ในการศึกษาเรื่องนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในบุตรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้น สาเหตุการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงอาจเกิดจากเชื้อไวรัสหรือเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงโดยตรง เพียงแต่โรคอุจจาระร่วงนั้นมีส่วนสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหัด เพราะในเด็กป่วยเป็นโรคหัดจะมีอาการอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 20-79.6 (วันดี วราวิทย์ . 2531 : 23) แต่โรคอุจจาระร่วงเองนั้นเกิดจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย คือ Rotavirus , E.coli, Salmonella , Shigella เป็นต้น ทั้งนี้ พฤติกรรมการปฏิบัติของมารดายังมีผลทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคอุจจาระร่วงได้สูง

บุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 3 วัน ก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล และมารดาไม่ได้ให้ยาหรือไปรับการรักษาจากที่ใดเลย รองลงมาคือไปรับการรักษาที่คลินิก แสดงว่ามารดาส่วนใหญ่จะรออาการป่วยของบุตรก่อน เมื่อเห็นว่าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 2-3 วัน จึงนำเด็กมารับการรักษาจากโรงพยาบาล และคลินิก ในเรื่องของการรักษาพยาบาลเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ (อิเล็กโทรลัยท์) ไปมาก จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสมอง และไตได้ (วันดี วราวิทย์ . 2522 : 1367) ในช่วงระยะเวลา 2-3 วันนั้น ถ้าเด็กถ่ายอุจจาระมากจะเสียน้ำและเกลือแร่ไปมาก จะเกิดอันตรายต่อสมองและไตได้สูง แสดงว่ามารดาส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ดังนั้นมารดาจึงไม่ทราบวิธีการดูแลรักษาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง และยังไม่ทราบระยะเวลาที่จะต้องนำบุตรมารับการตรวจรักษาจากทางแพทย์

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของมารดา พบว่า มารดาส่วนใหญ่ มีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรค

อุจจาระร่วง แต่อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด 8.24 (เกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 7.50) ส่วนด้าน เจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอยู่ในเกณฑ์ดี พฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติในการ ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงยังไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุศรา ใจช็อกกุล ที่ ศึกษา พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ที่พาเด็กมารับบริการสุขภาพที่โรง พยาบาลเด็ก พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ และเจตคติที่ดี ในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน แต่ยังมีพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน (บุศรา ใจช็อกกุล . 2533 : 138) สามารถอธิบายได้ว่า การรณรงค์เผยแพร่ ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพใน เรื่องการดูแลสุขภาพของเด็ก ซึ่งมีเผยแพร่อย่างกว้างขวางทั้งทางสื่อมวลชนต่างๆ เช่น วิทยุ และ โทรทัศน์ ตลอดจนตามสถานพยาบาลต่างๆ สามารถกระจายและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายคือการคา ทาให้มารดามีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีพอใช้ ด้านเจตคติ มารดาส่วนใหญ่ จะรักและห่วงใยในบุตรจึงมีเจตคติที่จะดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ดีต่อบุตร ส่วนการปฏิบัติยัง ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามความรู้ เช่น มารดาบางส่วนสามารถตอบข้อคำถามเกี่ยวกับการทำความสะอาด สะอาดขูดนม และขวดนมของบุตรได้ถูกต้องคือ การล้างทำความสะอาดแล้วต้มในน้ำเดือด 5 นาที แต่ในการตอบคำถามในด้านการปฏิบัติ มารดาไม่ได้ต้มขวดนมและขวดน้ำ เพราะไม่มีเวลา และ ขวดนม ขวดน้ำมีไม่เพียงพอ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติที่ดีถูกต้อง ยัง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมด้านการปฏิบัติได้ ทั้งนี้อาจจะไม่มีปัจจัยอื่นเป็นอื่นา เข้ามาเกี่ยว ข้องได้ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น

3. จากการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำแนกตามตัวแปร อายุ จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทาง เศรษฐกิจของครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และลักษณะครอบครัว ปรากฏผลดังนี้

3.1 มารดาอายุแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาข้อ 1 แสดงว่า ปัจจัยทางด้านอายุไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระ ร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง พบว่ามารดาที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อด้าน สุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อบุตรอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน(อังคณา จิราจินต์ . 2530 : 109-111) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อายุของมารดาจะไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้าน เพราะในกลุ่มมารดาอายุ 40 ปี หรือกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีย่อมตระหนักถึงสุขภาพของบุตรเมื่อเกิด เจ็บป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน จึงทำให้เจตคติ และการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกัน ทางด้านความรู้ มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน จึงมีโอกาสของการได้รับความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในลักษณะคล้ายคลึงกัน ย่อมจะได้รับความรู้จาก สื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และเอกสาร หนังสือ มากกว่าวิธีการอื่นา จึงทำให้มีผลด้านความ

รู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

และอาจอธิบายได้จากการที่มารดาอายุแตกต่างกันมีจำนวนต่างกันมาก คือ มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปีมีร้อยละ 10.8 มารดาอายุ 21-30 ปีมีร้อยละ 66.1 และมารดาอายุ 31 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 23.1 จึงอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางสถิติได้

3.2 มารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาข้อ 2 แสดงว่าปัจจัยทางด้านจำนวนบุตรไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอลิส่า ศิริเวชสุนทร ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรของมารดาในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีพฤติกรรม การให้อาหารเสริมที่ถูกต้องไม่แตกต่างกัน (อลิส่า ศิริเวชสุนทร . 2529 : 91) และจากการศึกษาของบุศรา ใจช่อกุล ที่ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของบุคลากรที่พาเด็กมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก พบว่า บุคลากรที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน (บุศรา ใจช่อกุล . 2533 : 140) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน เพราะพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นจะต้องอาศัยระยะเวลาและปัจจัยต่างๆในการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลให้ถูกต้องขึ้น ถึงแม้มารดาจะมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรมาก่อน (ในมารดาที่มีบุตรคนที่ 2 และ 3) แต่การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรของบุคคลจะดำเนินไปตามที่เคยปฏิบัติมาคือ ปฏิบัติจนเป็นความเคยชินในการดูแลบุตรที่กระทำเป็นประจำ ย่อมเปลี่ยนแปลงได้ยาก รวมทั้งการปลูกฝังให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในสังคมไทยเป็นการสืบทอดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กจากผู้ใหญ่ การปลูกฝังและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยองค์ประกอบหลายด้าน การให้รู้หรือประสบการณ์ด้านความรู้อย่างเดียว ย่อมไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ดีเท่าที่ควร

3.3 มารดาที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาข้อ 3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจากคะแนนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มอาชีพ พบว่ามารดาที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่า มารดาที่มีอาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย และอาชีพแม่บ้าน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การประกอบอาชีพของบุคคลจะสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีการศึกษาดีย่อมมีโอกาสที่จะเลือกอาชีพที่ดีกว่า และทำให้รายได้ขึ้นอันจะนำมาซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นเสมือนวัฏจักรทางสุขภาพ (การศึกษา เศรษฐกิจ และสุขภาพ)

เมื่อบุคคลมีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ย่อมมีโอกาสที่จะ ได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจน การแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทุกด้าน ในวงการอาชีพได้ดีกว่า บุคคลที่มีอาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน และอาชีพค้าขาย ในปัจจุบันนี้ปรากฏว่ามีหน่วยงานของภาค รัฐบาลและเอกชน สนับสนุนให้การส่งเสริมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของบุคคลมากขึ้น มีการจัดการฝึก อบรม สัมมนาทางวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพอย่างกว้างขวาง ดังนั้นมารดาที่มีอาชีพรับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจย่อมมีโอกาสได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้ดีกว่ามารดา ที่มีอาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน และอาชีพค้าขาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง พบว่า มารดาที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อบุตรอุจจาระ ร่วงแตกต่างกัน (อังคณา จิราจินต์ .2530 : 113-114) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ ที่ได้ศึกษา ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก ศึกษาเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรคนแรก ที่โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการประกอบอาชีพนอกบ้าน ในกลุ่มอายุแตกต่างกันมีผล กระทบระดับคะแนนของความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ . 2530 : 85)

3.4 มารดาที่มีการศึกษาระดับแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติในการดูแลบุตรที่ ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ส่วนการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาข้อ 4 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจากคะแนนเฉลี่ย แต่ละกลุ่มของ ระดับการศึกษา พบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาทุกกลุ่ม คือ มารดา ที่ไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มารดาที่มีการ ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ และมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยม ศึกษาตอนต้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาจะสามารถช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพให้ดีขึ้นได้ โดยการศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ แล้วจะ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องยิ่งขึ้นได้ ดังที่คาสล และคอปป์กล่าว ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมอนามัย (Kasl & Cobb . 1966 : 250) และโดยที่มารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าจะมีโอกาสที่จะเรียนรู้เรื่องราว เกี่ยวกับสุขภาพ อนามัยได้น้อยกว่า ดังที่แพทย์หญิงเพ็ญศรี พิชัยสนธิ(กานดา วัฒนภาส . 2531 : 3; อ้างอิงมาจาก เพ็ญศรี พิชัยสนธิ . 2527) ได้ศึกษาในมารดาที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 300 ราย และที่นำได้ ป่วย 200 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก พบว่า การศึกษาและรายได้ของครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเกิดโรค และความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงของมารดา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับนายแพทย์ไพฑูรย์ เอกแสงศรีและคณะ(กานดา วัฒนภาส .2531 : 4 ;

อ้างอิงมาจากไพบูลย์ เอกแสงศรีและคณะ . 2529) ที่ได้ศึกษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่โรงพยาบาลเด็ก โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กจำนวน 300 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 กลุ่ม คือ เด็กอุจจาระร่วงประเภทผู้ป่วยนอก เด็กอุจจาระร่วงประเภทผู้ป่วยใน และเด็กไม่ได้ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุจจาระร่วงเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับมารดาในเรื่องของเศรษฐกิจการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมในการล้างขูดนมของมารดา นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่สอดคล้องในเรื่องปัจจัยของระดับการศึกษาอีก คือ สัจจินดา ขจรรุ่งศิลป์ ที่ได้ศึกษาความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก ศึกษาเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ในระดับกลางและระดับต่ำ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับคะแนนของความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรแตกต่างกัน แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(สัจจินดา ขจรรุ่งศิลป์ .2530 :86)

3.5 มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในข้อ 5 ทางด้านความรู้ และเจตคติ และ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่ม พบว่า มารดาที่ครอบครัวมีรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีความรู้ และเจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่า มารดาที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน และมารดาที่ครอบครัวมีรายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน จากการศึกษาเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว อาจจะอธิบายได้ว่า ในมารดาที่ครอบครัวมีรายได้มากกว่า 7,410 บาท มารดาจะมีปัจจัยในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมากกว่า จึงสามารถให้ความสนใจดูแลในการเจ็บป่วยของบุตรได้ดีกว่ามารดาที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน ซึ่งรายได้ในจำนวนนี้ไม่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในครอบครัว จึงทำให้มารดาต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือครอบครัวหารายได้เพิ่มเติม จากการศึกษามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง มีรายได้ครอบครัวประมาณเดือนละ 3,000 บาทต่อเดือนตัวมารดาเองต้องไปทำงานก่อสร้างเพื่อหารายได้เพิ่มขึ้น จึงไม่มีเวลาในการดูแลบุตร ดังที่ปราณทิพย์ ทองกระจายได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการความยากจนทำให้เกิดความหวาดหวั่น ขาดแคลนอาหาร และทำให้บุคคลล่อแหลมหรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ถ้าโรคนั้นเป็นโรคอุจจาระร่วง ความอ่อนแอ การขาดธาตุอาหาร โปรตีน และพลังงานจะเป็นปัจจัยเสริมให้โรคอุจจาระร่วงทวีความรุนแรงขึ้น (ปราณทิพย์ ทองกระจาย . 2528 : 467) ผลการศึกษาในเรื่องนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของแพทย์หญิงเพ็ญศรี พิชัยสนธิ (2527) และนายแพทย์ไพบูลย์ เอกแสงศรี (2529) ดังได้กล่าวแล้วในเรื่องระดับการศึกษา และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสัจจินดา ขจรรุ่งศิลป์ ศึกษาความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก ศึกษาเฉพาะมารดา

ที่คลอดบุตรคนแรกที่โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ในกลุ่มมารดาที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีระดับคะแนนความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กแตกต่างกัน (สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ . 2530 : 86) และสอดคล้องกับการศึกษาของอังศนา จิราจินต์ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงพบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือนที่แตกต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกัน (อังศนา จิราจินต์ . 2530 : 114-115)

ส่วนการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน เป็นเพราะว่ามารดาในกลุ่มที่ศึกษานี้แตกต่างกันในเรื่องของอายุ การศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งการเลี้ยงดูบุตรในสังคมไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงทำให้การปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

3.6 มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันมีเจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ส่วนความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

โดยที่มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีเจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ทางด้านเจตคติและการปฏิบัติ และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่ามารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านเดี่ยว หรือบ้านแฟมมีบริเวณ มีเจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่พักอาศัยในห้องพักรวมกันอยู่หลายครอบครัวในบ้าน และมารดาที่พักอาศัยเพียงพักอาศัยชั่วคราว ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อเจตคติ และการปฏิบัติเป็นอย่างมากกว่าความรู้ เนื่องจากเจตคติและการปฏิบัติ นั้นมีแนวโน้มที่มารดาจะได้รับอิทธิพลจากเพื่อนบ้าน หรือจากชุมชนเดียวกันเป็นอย่างมาก ทั้งที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมยังสามารถได้มาจากรู้นทางเศรษฐกิจของครอบครัว คือในมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่ามีโอกาสที่จะเลือกที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่าได้เช่นเดียวกัน จึงสามารถอธิบาย ในด้านเจตคติและการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้เช่นเดียวกับเรื่องของฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งในเรื่องของสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฟม กับ ห้องพักรวมกันอยู่บ้านหลายครอบครัวย่อมต่างกันในเรื่องของความสะอาด รวมทั้งการเป็นแหล่งกำเนิดหรือแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ กับความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและการดูแลรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ผลการศึกษาปรากฏว่า ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง โดยที่สุขาภิบาลที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับโอกาสและความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

ในเด็ก (สุพร แสงฉายศิริศักดิ์ . 2530 : 11-12 ; อ้างอิงมาจากเพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ . 2527)

ส่วนความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกันนั้น สามารถอธิบายได้ว่า มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา (ตาราง 5) ดังนั้นมารดาที่อยู่ในระดับการศึกษาใกล้เคียงกันจึงมีลักษณะที่จะมีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

3.7 มารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายนั้นจะต่างกัน คือมีญาติพี่น้องอาศัยรวมอยู่ด้วย ดังสุพัตรา สุภาพ ได้กล่าวว่า ครอบครัวขยายมีความรัก ความอบอุ่น แต่ขาดความเป็นอิสระ เพราะสมาชิกอาวุโสจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำหน้าที่ควบคุมดูแลความทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว (สุพัตรา สุภาพ . 2518 : 25) แต่ในปัจจุบันพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ในครอบครัวขยาย ญาติพี่น้องซึ่งอาศัยรวมอยู่ด้วย ไม่สามารถให้การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน รวมทั้งในเรื่องสุขภาพของสมาชิกทุกคนในครอบครัวดังเช่นแต่เดิม เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจสังคม มารดาที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ดังที่ชบวน พลศรี ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า ในปัจจุบันครอบครัวไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ ทำให้โอกาสหรือเวลาของการอยู่พร้อมหน้า และเอาใจใส่กันและกันของสมาชิกของครอบครัวมีน้อยลง (ชบวน พลศรี . 2530 : 113) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ ที่ศึกษาความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก ศึกษาเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ลักษณะครอบครัวแบบขยายนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ . 2530 : 86)

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้มารดาหรือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สามารถดูแลเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรง และป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในเด็ก รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงในเด็กในรายที่เกิดเจ็บป่วยขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. หลักการสำคัญที่สุดของโรคอุจจาระร่วงในเด็กเล็ก คือ การป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง และการป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ตั้งแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วย การศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ระดับต่ำ ส่วนทางด้านเจตคติพบว่า มีเจตคติที่ดีในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ด้านการปฏิบัติพบว่า มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ผลจากการศึกษานี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากแบบสัมภาษณ์ ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงยังมีการคาจนวนมาก มีความรู้ผิดในเรื่องนี้ เช่น โรคอุจจาระร่วงเกิดจากเด็กเปลี่ยนท่าเกิดจากเด็กแพ้นม ที่ถูกต้องคือการได้รับเชื้อโรค จะเห็นได้ว่าในเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กยังมีการคาที่น้อยความรู้ ความเข้าใจอยู่มาก ดังนั้นการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กเล็ก ควรจัดให้อยู่ในการเรียนการสอนทุกระดับการศึกษา ในด้านสาเหตุ อาการ ความรุนแรง อันตรายการติดต่อ การป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง การควบคุมโรคอุจจาระร่วง และการป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ โดยการให้สารละลายผงน้ำตาลและเกลือแร่ เหล่านี้จะสามารถลดอุบัติการณ์ และความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงในเด็กเล็กได้

2. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น จะนำมาซึ่งความเชื่อ และการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไปได้ และโดยที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีอยู่แล้ว ถ้าสามารถให้ความรู้ที่ถูกต้องและแนวทางการปฏิบัติที่เข้าใจง่าย จะนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ และอาจจะเป็นแนวทางไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้

3. การปลูกฝังและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ต้องอาศัยกลวิธีทางสุขศึกษาที่สามารถโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความรู้สึกเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ และมีเจตคติที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติ การดำเนินงานสุขศึกษาในเรื่องนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐบาลและเอกชนในการเผยแพร่ ความรู้ ข่าวสาร ข้อมูลต่างๆ แก่ประชาชนในทุกระดับให้ทั่วถึง รวมทั้งการดำเนินงานต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพ ทั้งนี้ควรดำเนินการให้สุขศึกษาทั้ง 4 ทาง คือ

1. สุขศึกษาในชุมชน
2. สุขศึกษาในสถานพยาบาล
3. สุขศึกษาในสถานศึกษา
4. สุขศึกษาทางสื่อมวลชน

โดยที่โรคอูจจาระร่วงนั้นเป็นโรคที่ประชาชนทั่วไป มีอัตราการป่วยสูงมาก และเป็นโรคที่ป่วยซ้ำได้ง่าย ดังนั้นการณรงค์ที่จะเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วงในผู้ใหญ่ และโรคอูจจาระร่วงในเด็ก จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจรับดำเนินการ ในชุมชนการเผยแพร่ความรู้สามารถกระทำควบคู่ไปกับการสุขศึกษาทางสื่อมวลชน ซึ่งควรครอบคลุมประชาชนทุกระดับ โดยเฉพาะการใช้สื่อที่สามารถสื่อความหมายให้เป็นรูปธรรม ในสถานศึกษาดังกล่าวมาแล้วว่าประชาชนทุกระดับอายุ และระดับชั้น มีโอกาสป่วยเป็นโรคอูจจาระร่วงได้สูง และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง เช่นกัน ดังนั้นการให้ความรู้แก่นักเรียน นักศึกษาทุกระดับชั้นเกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วง และโรคอูจจาระร่วงในเด็ก จะสามารถสร้างเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ อันจะนำไปสู่เจตคติและการปฏิบัติที่นักเรียน นักศึกษา จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันสำหรับตนเอง ครอบครัว และชาติที่น้องได้เป็นอย่างดี และข้อสำคัญอีกประการหนึ่งที่พบจากการศึกษา คือ ในเรื่องของที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม พบว่าการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมยังไม่ถูกสุขลักษณะ ถึงขนาดส่วนใหญ่ไม่มีฝาปิด ควรเน้นเกี่ยวกับเรื่องของสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และสถานศึกษา จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อปลูกฝังและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลตั้งแต่เยาว์วัย อันจะนำมาซึ่งเจตคติที่ดีทางสุขภาพและการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไปได้ สำหรับในสถานพยาบาลนั้น ควรมุ่งเน้นในส่วนของการให้สุขศึกษา เพื่อป้องกันการเกิดโรคอูจจาระร่วงทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก มากกว่าการมุ่งรักษาพยาบาล เพราะถ้าสามารถป้องกันการเกิดโรคอูจจาระร่วงทั้งในผู้ใหญ่และเด็กได้ จะเป็นการลดอัตราการป่วยโรคอูจจาระร่วง ทำให้บุคคลและรัฐบาลไม่ต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคอูจจาระร่วง โดยการให้สุขศึกษาย่อมดีกว่าการรักษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรในอายุต่ำกว่า 1 ปี โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
2. ควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง เฉพาะเจาะจงในแต่ละด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของ พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงใน 2 ด้าน เช่น ความสัมพันธ์ของความรู้และเจตคติ ความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติ เป็นต้น
4. ควรศึกษากลวิธีการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
5. ควรศึกษาประสิทธิภาพของสื่อต่างๆ ในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
6. ควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มอื่นๆ เช่น ในประชาชนทั่วไป นักเรียน นักศึกษา เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กานดา วัฒนาภาส. "Perception and Practice of People in Community on Diarrheal Diseases , in Bangkok." ใน 7 workshop on Control of Diarrheal Diseases and Acute RTI through Primary Health Care.

หน้า 1-10 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 27-29 June 1988.

ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์. "โภชนาบำบัดในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน," ใน โภชนาการในเด็กปกติและเจ็บป่วย, บรรณาธิการโดย ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์. หน้า 93-96.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2531.

ขบวน พลตรี. มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา , 2530.

จริยวัตร คมพาศน์. ความพร้อมในการใช้แผนผสมของมารดาไทยกับการเกิดโรคท้องร่วงในทารกอายุแรกเกิด ถึง 3 เดือน ซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522. อัดสำเนา.

จินตนา งามวิทยาพงศ์. กระบวนการแสวงหาการรักษาเยี่ยวยา เมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัด ในจังหวัดนครราชสีมา.

วิทยานิพนธ์. สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา

บุศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2530.

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 60; มกราคม-เมษายน 2528.

บุศรา ใจซื่อกุล. พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก. ปรินตนิพนธ์. กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร , 2532 . ถ่ายเอกสาร.

บุษบา วิวัฒนเวคิน. "อาการท้องเสีย," ใน กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. บรรณาธิการโดย สำหรับ จิตตินันท์ และ เสาวณีย์ จาเดิมเมตต์จติก. หน้า 290-307. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.

ปราโมทย์ ทองกระจาย. "โรคอุจจาระร่วง : ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค." วารสารสงขลานครินทร์. 7(4) : 465-469 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2528.

พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์. "พฤติกรรมอนามัยกับโรคอุจจาระร่วง ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการแก้ปัญหา," ใน การประชุมปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 6. หน้า 1-9. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 15-17 เมษายน 2530.

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. "การควบคุมโรคอุจจาระร่วงจะทําอย่างไรก่อนดี" หมอชาวบ้าน.

8(88) : หน้า 83-85 ; สิงหาคม 2529.

ระวีวรรณ พิบูลภานุวัฒน์. "โรคจากเชื้อแบคทีเรีย," ในโรคเขตร้อน. บรรณาธิการ โดย
นิภา จรุงเวศย์ และคณะ. หน้า 290-307. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือน
แก้วการพิมพ์, 2532.

โรงพยาบาลเด็ก. สถิติจำนวนเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง จำแนกตามคนไข้นอก, คนไข้ในและ
อัตราการตายจำแนกตามอายุ, กรุงเทพฯ : 2531.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ทวีกิจการ
พิมพ์, 2529.

วารี ระกิติ. "หลักการสุ่มศึกษา," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 2. หน้า
655-720. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530.

วันดี วราวิทย์. "การใช้สารนี้ในการรักษาโรคอุจจาระร่วง," ใน โภชนาการในเด็กปกติ
และเจ็บป่วย. บรรณาธิการโดย ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. หน้า 81-90. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2531.

_____. "ท้องร่วง." ใน คู่มือเวชศาสตร์ เล่ม 3. บรรณาธิการโดย
มรว.จันทร์นิวัฒน์ เกษมสันต์ และบุษยอบ พงษ์พาณิชย์. หน้า 1343-1376. กรุงเทพฯ :
อมรินทร์การพิมพ์, 2522.

_____. "พฤติกรรมสุขภาพกับโรคอุจจาระร่วง." ใน 7th workshop on Control
of Diarrheal Diseases and Acute RTI through Primary Health Care.
หน้า 1-30. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 27-29 June 1988.

_____. "โรคอุจจาระร่วง," ใน สัมมนาโรคเด็ก สำหรับแพทย์ประจำโรงพยาบาล
อำเภอ. บรรณาธิการโดย พันธุ์ทิพย์ สงวนเชื้อ และคณะ. หน้า 271-284. สงขลา :
ภาควิชาการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 9-11
มีนาคม 2526.

วันเพ็ญ บุตุประกอบ. "พฤติกรรมอนามัยกับโรคอุจจาระร่วง," การประชุมปฏิบัติการโรค
อุจจาระร่วง ครั้งที่ 6. หน้า 1-10. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี. 15-17 เมษายน 2530.

ศูนย์ประสานงานทางวิชาการ. "สรุปสถานการณ์โรคติดต่อ โรคอุจจาระร่วง (Acute
Diarrhea). วารสารโรคติดต่อ. 15(2) : 202-207; เมษายน-มิถุนายน 2532.

สภานะ จันทรพาหิรกิจ. การตอบสนองของเด็กอุจจาระร่วงเจ็บป่วยหลังการให้อาหาร
ต่างกัน คือ นมผสมสูตรธรรมดาเจือจาง นมผสมแลคโตสต่ำและไขมัน. วิทยานิพนธ์.
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อังสาเนา.

สาธารณสุข, กระทรวง. สถิติสาธารณสุข: กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2530.

สุชาติ โสมประยูร. การบริหารงานสุขศึกษาในโรงเรียน, กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์. ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก ศึกษาเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรคนแรก ที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ . สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2530 .ถ่ายเอกสาร.

สุพร แสงฉายศิริศักดิ์. การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2530. ถ่ายเอกสาร.

สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม : ครอบครัว : ศาสนา : ประเพณี. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช , 2518.

สุภา หริกุล และคณะ. "โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อแบคทีเรียในเด็กเล็ก." วารสารกรมการแพทย์ 9(4) : 205-208 ; เมษายน 2527.

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ. สถานะของเด็กในโลก 1989.ม.ป.ท. 1989.

อลิสา ศิริเวชสุนทร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2529. อัดสำเนา.

อังคณา จิราจันต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

อัจฉรา อีริชัย. การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

อุดม เล็กสมบุรณ์. "โรคอุจจาระร่วงในเด็ก." วารสารกรมการแพทย์. 6(6) : 455- 456 ; พฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2524.

อุบลพรรณ ลูวิระ. "ท้องเสียในเด็ก." ใกล้เคียง. 10(4) : 20-22 ; เมษายน 2529.

Bentley, Margaret E. "The Household Management of child Diarrhea Rural North India." Paper. Presented at The third Asian Conference on Diarrhoeal Disease, Bankok Thailand, 10-14 June 1985 Mimeographed.

Bloom, S. Benjamine. (ed) Taxonomy of Education Objective Hand Book I ;Cognitive Domain New York : David Mckay Company, Inc., 1975.

Cronback, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.

Fan, Chung-Teh. Item Analysis Table. Education Testing Service, U.S.A 1952.

Gupte, S. Sood, S.K. and Smith, R. "Motheral Beliefs and Attitude Concerning Diarrheal Disease. "Journal of Diarrheal Diseases Research. 8(June 1983) : 109.

Kasal, S. & Cobb, S. Health Behavior, illness behavior and sick role behavior. Achieves Environmental of Health I, 1966, 12, 246-266.

Mata, Legnardo. "How Harmful in Diarrhea?" World Health. page 5-7, April 1986.

Rustandi, "The Role of parents and Medical Auxiliaries in Diarrheal Disease Control for Children in Indonesia." In Seminar on Diarrheal Diseases of Children in Southeast Asia in the Context of Primary Health Care. Bangkok, Thailand, 1981.

World Health Organization. The treatment and prevention of acute diarrhoea Pratical guidelines. Second edition. Belgium : 1989.

Yamane, Taro. Statistics and Introductory Analysis. ed New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

ที่ ทม 1007/0106

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 มกราคม 2534

เรื่อง ขอมูลความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวนันทิกา มิตรสัมพันธ์ เป็นนิสิตระดับ
ปริญญาโท วิชาเอก สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อเพื่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง
ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมดูแลของ

ผศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ประธาน

ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขออนุญาตทำการสัมภาษณ์มารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี
ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มารับการรักษา ณ คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 277 คน ในระหว่างเดือน
มกราคม - กุมภาพันธ์ 2534 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณใน
ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายจรูญ โทณกุลบุณย์)

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119

แบบสัมภาษณ์สำหรับงานวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของมารดา และข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และสภาพภายในบ้าน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับบุตรและการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

แบบสัมภาษณ์นี้ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปศึกษาเปรียบเทียบตามตัวแปรต่างๆที่กำหนดไว้ในงานวิจัย ดังนั้นจึงขอความกรุณาจากท่านให้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติ ตามความเป็นจริงให้มากที่สุด การนำเสนอข้อมูลเสนอในลักษณะเป็นส่วนรวม และใช้ในการเสนอผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบใดๆเกิดขึ้นกับตัวผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ และการตรวจรักษาแต่อย่างใด

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

นิสิต นันทิกา มิตรสัมพันธ์

(น.ส. นันทิกา มิตรสัมพันธ์)

นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของมารดา

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ตามความเป็นจริง

- 1 ท่าน อายุ.....ปี
 - 2 ท่านมี บุตร.....คน
 - 3 การศึกษาสูงสุดของท่าน คือ
 - [1] ไม่ได้เรียน หรือเรียนไม่จบประถมศึกษา
 - [2] ประถมศึกษา
 - [3] มัธยมศึกษาตอนต้น (ม 3)
 - [4] มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม 6) หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)
 - [5] อนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า
 - 4 ท่านมีอาชีพ

[1] รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	[2] ค้าขาย
[3] เกษตรกรรม	[4] รับจ้าง
[5] แม่บ้าน	
 - 5 ครอบครัวท่านมีรายได้รวมทั้งหมดกี่บาทต่อเดือน
 - [1] รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน
 - [2] รายได้ 2,466-7,410 บาทต่อเดือน
 - [3] รายได้มากกว่า 7,410 บาทต่อเดือน
 - 6 สภาพการอยู่รวมกันภายในครอบครัวเป็นอย่างไร
 - [1] อยู่รวมกันเฉพาะบิดา มารดา และบุตร
 - [2] อยู่รวมกันทั้งบิดา มารดา บุตร และญาติพี่น้อง
 - 7 สภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม
 - [1] เป็นบ้านเดี่ยวหรือบ้านแฝดมีบริเวณ
 - [2] เป็นบ้านแถวหรือตึกแถว
 - [3] เป็นห้องพักรวมอยู่กันหลายครอบครัวในบ้าน
 - [4] ในชุมชนแออัด
 - [5] เป็นเพิงพักอาศัยชั่วคราว
- ข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาพภายในบ้าน
- 8 สัตว์เลี้ยงในบ้านหรือบริเวณบ้าน

[1] มี	[2] ไม่มี
--------	-----------

9 ล้วน

[1] ใช้เฉพาะครอบครัว

[2] ใช้ร่วมกับครอบครัวอื่น

10 น้ำใช้ต่างๆ เช่นใช้ในการซักล้าง

[1] น้ำประปา

[2] น้ำบ่อ

[3] น้ำฝน

[4] น้ำบาดาล

[5] น้ำคลอง

11 ขยะและการกำจัด

11.1 ถึงขยะ

[1] มีฝาปิด

[2] ไม่มีฝาปิด

[3] ไม่มีใช้...

11.2 การกำจัดขยะ

[1] เผาหรือฝัง

[2] ทิ้งลงคลอง

[3] ทิ้งใต้ถุนบ้านหรือบริเวณใกล้บ้าน

[4] มีคนงานหรือเทศบาลมารับขยะไป

11.3 สถานที่วางถึงขยะ

[1] หน้าบ้าน

[2] ภายในบ้าน

[3] หลังบ้าน

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรและการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับบุตรและการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

(โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] และเติมข้อความลงในช่องว่าง

ตามความเป็นจริง

1 บุตร อายุ....ปี.....เดือน.....วัน

2 สถานที่คลอด

[1] ในสถานพยาบาล

[2] อื่น ๆ ระบุ...

3 การคลอด [1] ปกติ

[2] ผิดปกติ ระบุ.....

น้ำหนักตัวแรกเกิด

[1] น้อยกว่า 2,500 กรัม

[2] มากกว่า 2,500 กรัม

4 น้ำคั้นของบุตร

[1] น้ำดื่มสุก

[2] อื่น ๆ ระบุ...

5 ชนิดของนม

[1] นมมารดาอย่างเดียว [2] นมผสมอย่างเดียว

[3] นมมารดาและนมผสม ให้นมมารดานาน...วัน...เดือน

6 การได้รับวัคซีนของบุตร

6.1 วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ

[1] ได้รับครบตามอายุ [2] ได้รับไม่ครบตามอายุ

[3] ไม่ได้รับเลย

6.2 วัคซีนป้องกันโรคหัด (ในเด็กอายุ 9 เดือนขึ้นไป)

[1] ได้รับ

[2] ไม่ได้รับ

7 บุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงกี่วันก่อนมาโรงพยาบาล.....วัน

8 ก่อนมาโรงพยาบาลได้รับการรักษาวิธีใด

[1] ไม่ได้ให้ยาหรือไปรับการรักษาจากที่ไหนเลย

[2] ซื้อยาหรือน้ำเกลือจากร้านขายยาให้ลูกกิน

[3] ให้กินยาเก่าที่เคยมารับการรักษาโรคอุจจาระร่วง

[4] รักษาเองโดยทำตามคำบอกกล่าวของญาติหรือเพื่อนบ้าน

[5] รักษาเองโดยทำตามเอกสาร หนังสือ หรือวิทยุ โทรทัศน์

[6] ไปรับการรักษาที่คลินิก

[7] ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลอื่น

9 ถ้าได้มีการรักษามาก่อน เริ่มรักษาเมื่อลูกมีอาการถ่ายเหลว.....วัน

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
คำชี้แจง ข้อคำถามแต่ละข้อ มีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก
ที่เห็นว่าถูกต้องที่สุด (โดยทำเครื่องหมาย / หน้าตัวเลือกนั้น)

- 1 โรคอุจจาระร่วงในเด็ก เกิดจากอะไร
 - [1] เป็นธรรมชาติของเด็ก
 - [2] เด็กเปลี่ยนท่า
 - [3] เด็กแพ้นม
 - [4] การได้รับเชื้อโรค
- 2 เชื้อโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เชื้อถูกขับออกจากตัวเด็กปนออกมากับอะไร
 - [1] นมูก น้าลาย
 - [2] อาเจียน
 - [3] อุจจาระ
 - [4] ปัสสาวะ
- 3 เชื้อโรคอุจจาระร่วง สามารถเข้าสู่ตัวเด็กโดย
 - [1] ติดมากับเสื้อผ้าของเด็ก
 - [2] ติดมากับมือของผู้ให้นมและอาหาร
 - [3] ติดมากับผงนมผสม
 - [4] ถูกทั้งข้อ 1 และ 2
- 4 อาการของเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงคือ
 - [1] ถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 6 ครั้งใน 1 วัน
 - [2] ถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 7 ครั้งใน 1 วัน
 - [3] ถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 8 ครั้งใน 1 วัน
 - [4] ถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 9 ครั้งใน 1 วัน
- 5 ลักษณะอุจจาระของเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เป็นอย่างไร
 - [1] อุจจาระเป็นเนื้อละเอียดๆ
 - [2] อุจจาระเหลวมีมูกหรือมูกเลือด
 - [3] อุจจาระเป็นพองมีกลิ่นเหม็นคาว
 - [4] อุจจาระเป็นเนื้อแต่บ่อยครั้ง
- 6 อาการของเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ที่ต้องรีบมาพบแพทย์คือ
 - [1] ท้องอืด
 - [2] ถ่ายอุจจาระปนมูกเลือด
 - [3] ถ่ายอุจจาระมีกลิ่นเหม็นคาว
 - [4] ถ่ายอุจจาระจนก้นเปื่อยแดง

- 7 อาการขาดน้ำของเด็กที่พบได้ในเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง คือ
- [1] ไข้ อ่อนเพลีย
 - [2] อ่อนเพลีย ซึมลง
 - [3] กระหายน้ำ อาเจียน
 - [4] กระหายน้ำ ปากแห้ง
- 8 เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง อายุต่ำกว่า 3 เดือน ควรให้อาหารอย่างไร
- [1] ถ้ากินนมผสมอยู่เปลี่ยนนมทันที
 - [2] งดนมมารดา ให้น้ำชาจาง ๆ
 - [3] ให้นมมารดาปกติ นมผสมจางระยะแรก
 - [4] ให้นมมารดาปกติ นมผสมเข้มข้นระยะแรก
- 9 อาหารที่ควรให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมากที่สุด คือ
- [1] กล้วยครูด
 - [2] น้ำส้มคั้น
 - [3] พักทองต้มบด
 - [4] น้ำต้มผัก
- 10 การทำความสะอาดอุจกษณ ขวคณ และขวคณที่ถูคต้อง คือ
- [1] ล้างให้สะอาดแล้วผึ่งไว้
 - [2] ล้างให้สะอาดแล้วลวกน้ำร้อน
 - [3] ล้างให้สะอาดแล้วลวกน้ำเดือด
 - [4] ล้างให้สะอาดแล้วต้มในน้ำเดือด 5 นาที
- 11 ขั้นตอนในการรักษาเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เมื่อเริ่มมีอาการทออย่างไร
- [1] รอคูอาการก่อน 2-3 วัน
 - [2] ให้อาหารด้อยค่ออุจจาระทันทึ
 - [3] ให้อาหารด้อยค่ออุจจาระทันทึ
 - [4] ให้น้ำผสมผงน้ำตาลเกลือแร่
- 12 ประโยชนของผงน้ำตาลเกลือแร่ คืออะไร
- [1] ป้องกันการขาดอาหาร
 - [2] ป้องกันการขาดน้ำตาล
 - [3] ป้องกันการขาดน้ำและเกลือแร่
 - [4] ป้องกันการขาดพลังงาน
- 13 อันตรายของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คืออะไร
- [1] ไม่มีอันตรายร้ายแรงใด ๆ
 - [2] เด็กปวดท้อง ท้องอืด
 - [3] เด็กอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ
 - [4] เด็กขาดน้ำและเกลือแร่
- 14 การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ทออย่างไร
- [1] แยกของใช้ต่าง ๆ เช่นขวคณ แก้วน้ำดื่ม
 - [2] แยกห้องนอนผู้ป่วย
 - [3] แยกเสื้อผ้าผู้ป่วย
 - [4] ล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ

15 การกำจัดอุจจาระเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้อง ทำอย่างไร

- [1] ล้างอุจจาระลงที่ระบายน้ำ
- [2] เก็บอุจจาระทิ้งลงในถังขยะ
- [3] ใส่ลงในส้วม
- [4] นำไปทำเป็นปุ๋ย

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง อ่านข้อความข้างล่างแต่ละข้อให้มการค่าง และให้มการคาลือกตอบตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด (โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่มการคาลือกตอบ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1 การถ่ายอุจจาระบ่อยในเด็กเป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นการถ่ายของเสียออกจากร่างกาย.....			
2 เมื่อบุตรถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ ในวันแรก ยังไม่ต้องวิตกกังวล.....			
3 การสังเกตลักษณะและจำนวนครั้งในการถ่ายอุจจาระของเด็กเป็นสิ่งจำเป็น.....			
4 อาการถ่ายเหลวจะเกิดได้กับเด็กทุกคนเพราะเป็นธรรมชาติของเด็ก.....			
5 โรคอุจจาระร่วงในเด็กสามารถหายเองได้.....			
6 การขงนมผสมถ้าใส่ผงนมมาก ทำให้เด็กอ้วนแข็งแรง.....			
7 ขณะที่บุตรถ่ายเหลว ไม่ควรให้มการคาล เพราะจะทำให้ถ่ายเหลวมากขึ้น.....			
8 จุกนมขวด ขวดน้ำต้องครอบปิดตลอดเวลา.....			
9 การล้างขวดนม และจุกนมให้สะอาดแล้วลวกน้ำร้อนก็สะอาดเพียงพอแล้ว.....			
10 โรคอุจจาระร่วงในเด็กไม่สามารถป้องกันได้.....			
11 นมการคามีประโยชน์ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้.....			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
12 การแยกซักเสื้อผ้า ผ้าอ้อมของบุตรเมื่อป่วยเป็น โรคอุจจาระร่วงจะป้องกันการติดเชื้อโรคไปยังคนอื่น ในบ้านได้.....			
13 เมื่อบุตรถ่ายเหลวเกิน 3 วันจึงควรพามารักษาที่ คลินิก หรือ โรงพยาบาล.....			
14 อาการถ่ายเหลวของบุตรรักษาเองได้โดยซื้อยา จากร้านขายยามาให้กิน.....			
15 การนำบุตรมารักษาที่สถานพยาบาลเป็นการเสีย เวลามาก			

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
คำชี้แจง สัมภาษณ์การปฏิบัติของมารดาในการดูแล และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ตามที่มารดาปฏิบัติจริง (โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่มารดาเลือกตอบ)

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ้างบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1 ท่านจะให้บุตรกินนมมารดาทุกครั้งที่สามารถทำได้.....			
2 ท่านจะใช้มือหยิบ จีบ อาหารของบุตร.....			
3 ท่านปล่อยให้บุตรหยิบสิ่งของหรือของเล่นเข้าปาก.....			
4 เมื่อบุตรมีอาการถ่ายเหลวท่านจะรอดูอาการ ก่อน 2-3 วัน.....			
5 ขณะที่บุตรถ่ายเหลว ท่านนับจำนวนครั้งที่บุตร ถ่ายอุจจาระ.....			
6 ท่านสังเกตอาการขาดน้ำระหว่างที่บุตรถ่ายเหลว			

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ้างบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
7 น้ำดื่ม และ น้ำผสมผง ขยะบุตรถ่ายเหลว เป็นน้ำดื่มเดือด 5 นาที.....			
8 ระหว่างที่บุตรถ่ายเหลว ขวดนม ขวดน้ำและ จุกนม ล้างแล้วต้มในน้ำเดือด 5 นาที.....			
9 ทำนาล้างมือก่อนให้นมและอาหารแก่บุตร.....			
10 ระหว่างที่บุตรถ่ายเหลว ทำนาล้างมือบุตรด้วยสบู่ หลังบุตรถ่ายอุจจาระ.....			
11 ขยะที่บุตรถ่ายเหลว ทำนาล้างมือก่อนกิน อาหาร.....			
12 เมื่อบุตรถ่ายเหลว น้ำที่ชักหรือล้างอุจจาระบุตร ทำนาล้างลงในท่อระบายน้ำ.....			
13 ทำนาล้างชักผ้าอ้อม ทางเก็บบุตรเมื่อบุตรถ่ายเหลว.....			
14 เมื่อบุตรมีอาการถ่ายเหลว ทำนาล้างให้ผงน้ำตาล และเกลือแร่.....			
15 เมื่อบุตรหยุดถ่ายอุจจาระเหลว ทำนาล้างให้ ผงน้ำตาลและเกลือแร่			

ตาราง 68 แสดง ค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย ของแบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ข้อที่	ความรู้		เจตคติ	การปฏิบัติ
	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก
1	.81	.71	4.00	2.02
2	.34	.72	3.33	1.71
3	.30	.57	1.90	2.48
4	.29	.43	1.89	1.87
5	.29	.43	3.48	1.71
6	.30	.42	3.00	3.11
7	.29	.43	4.00	1.87
8	.30	.57	2.85	5.00
9	.20	.49	2.00	2.29
10	.34	.72	2.40	5.00
11	.34	.72	2.67	5.00
12	.30	.42	3.00	1.93
13	.30	.42	3.22	1.82
14	.30	.57	3.41	2.51
15	.46	.65	2.75	1.92

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ - ชื่อสกุล	นางสาวนันทิกา มิตรสัมพันธ์
วัน เดือน ปีเกิด	28 พฤศจิกายน 2503
ที่อยู่ปัจจุบัน	1248 ซอยเจริญนคร 14 ถนนเจริญนคร แขวงคลองตันไทร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงาน	ตึกเด็ก 7 โรงพยาบาลเด็ก ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2526	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
พ.ศ. 2534	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี
ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง**

**บทคัดย่อ
ของ
นันทิกา มิตรสัมพันธ์**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2534**

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของมารดา ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ อายุ จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และลักษณะครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ มารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก จำนวน 277 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรและการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติค่า ที (t-test) และสถิติค่า เอฟ (F-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดาที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน
2. มารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน
3. มารดาที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการปฏิบัติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ และเจตคติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน
6. มารดาที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันมีเจตคติ ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนความรู้ไม่แตกต่างกัน
7. มารดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

**HEALTH BEHAVIORS OF MOTHERS TOWARDS THEIR UNDER FIVE-YEAR
SICK CHILDREN OF DIARRHEAL DISEASE**

**AN ABSTRACT
BY
NONTIKA MITSUMPUNE**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
April 1991**

The objectives of this study were to know the knowledge, attitudes and actual practices in mothers towards their under five-year sick children of Diarrheal Disease according to the variables studied namely : age , number of children , occupation , education , economic condition , housing and environment , and family condition. Two hundred and seventy-seven mothers who took their under five-year sick children of Diarrheal Disease cured at Out patient Department , Children Hospital were examples of this study. A set of questionnaires type of rating-scale was constructed by the researcher. The t-test and F-test statistics were used for the analysis of data.

The results of this study indicated that :

1. There was no difference of knowledge , attitudes and actual practices among mothers of different age groups.
2. There was no difference of knowledge , attitudes and actual among mothers having different numbers of children.
3. The knowledge and attitudes among mothers having different occupations were significantly different at .001 level , actual practices was significantly different at .05 level
4. The knowledge and attitudes among mothers having different educational levels were significantly different at .001 level , actual practices was significantly different at .05 level.
5. The knowledge and attitudes among mothers having different economical conditions were significantly different at .001 level but there was no difference in their practices.
6. Attitudes among mothers having different housing and environments was significantly different at .01 , actual practices was significantly different at .001 level. but there was no difference in their knowledge.
7. There was no difference of the knowledge, attitudes and actual practices between two groups mothers of different family conditions.