

616.932

พ.ศ. 2541

ร. 3

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ปริญญานิพนธ์

ของ

ทวีศักดิ์ กสิผล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

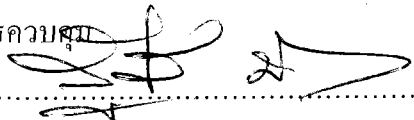
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

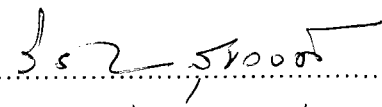
สิงหาคม 2541

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

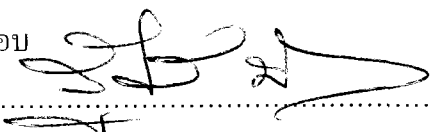
คณะกรรมการควบคุมและกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

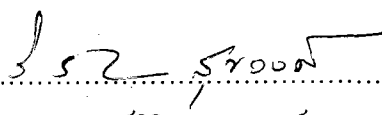
คณะกรรมการควบคุม

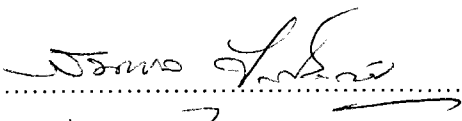

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารต)

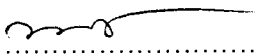

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

คณะกรรมการสอบ

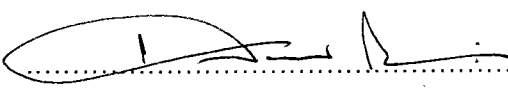

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารต)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์สมพล จิตโลบล)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่...19... เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2541

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือและแนะนำอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริษามารถ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์สมพล จุลโกลบ และรองศาสตราจารย์นาพร มัชฌมากร กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ ที่ช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงสุภา หริกุล นายแพทย์ 9 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีอาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง อาจารย์ระดับ 7 คณะพลศึกษา ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร คุณราตรี กิรติหัตถยากร นักวิชาการควบคุมโรคติดต่อ 8 ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี คุณณัฐสุดา สุจินันท์กุล พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 หน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คุณปรังค์ทอง ราษฎร์จำรูญสุข นักวิชาการควบคุมโรค 5 งานควบคุมโรคติดต่อทางน้ำและอาหาร กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี คุณรัชนี้ ธาราสันติสุข นักวิชาการควบคุมโรค 7 งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอเมือง อำเภอพนัสนิคมและอำเภอสัตร์ราชา ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัย

ขอขอบคุณ คุณศักดิ์นเรศ กลิ่นกุหลาบทอง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือแนะนำเป็นกำลังใจ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ใดๆ จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้เป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู-อาจารย์ ที่อบรมสั่งสอน และชี้แนะแนวทางการศึกษาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ทวีศักดิ์ กติผล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	8
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	9
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	12
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	35
การวิจัยในต่างประเทศ	35
การวิจัยในประเทศไทย	37
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	42
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	44
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	44
ประชากร	44
กลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	49
ลักษณะของเครื่องมือ	49
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	49
เกณฑ์การให้คะแนน	49
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	51
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	53
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	54
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	56

4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	62
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	62
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
	การวิเคราะห์ข้อมูล	63
	ผลการศึกษาค้นคว้า	64
5	บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ	102
	บทย่อ	102
	ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....	102
	วิธีดำเนินการวิจัย	102
	การวิเคราะห์ข้อมูล	103
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	104
	อภิปรายผล	107
	ข้อเสนอแนะ	115
	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	117
	บรรณานุกรม	118
	ภาคผนวก	123
	ประวัติย่อผู้วิจัย	145

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนผู้ป่วย อัตรารับ และจำนวนตาย อัตราตาย และอัตรารับตายของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงตั้งแต่ปี พ. ศ. 2535-2539 จำแนกตามปีพ.ศ.....	3
2	จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2539 จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	4
3	จำนวนผู้ป่วยและจำนวนตายด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 จำแนกตามรายเดือนที่เกิดโรค.....	5
4	จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2535-2539 จำแนกตามภาคที่เกิดโรค.....	6
5	จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 จำแนกตามรายอำเภอ.....	7
6	แนวทางการให้สารน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) จำแนกตามชนิดความรุนแรงของโรค.....	27
7	แนวทางในการให้การรักษาคู่มืออาการ จำแนกตามชนิดความรุนแรงของโรค.....	28
8	ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง.....	30
9	จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Sampling) จำแนกตามรายอำเภอตัวอย่าง ตำบลตัวอย่าง และหมู่บ้านตัวอย่าง.....	48
10	จำนวนและคำร้อยละของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน.....	64
11	จำนวน และคำร้อยละของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน.....	66
12	จำนวนและคำร้อยละของความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามระดับของพฤติกรรม.....	68

13	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี.....	69
14	จำนวนคน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตาม ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และ จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน.....	69
15	จำนวนคน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวน แหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน.....	71
16	จำนวนคน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่ง ข้อมูลข่าวสารของประชาชน.....	73
17	ผลการเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีจำแนกตามเพศ...	76
18	ผลการเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีอายุแตกต่าง กัน.....	77
19	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีอายุต่าง กัน.....	78
20	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีระดับการ ศึกษาแตกต่างกัน.....	78

21	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	79
22	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	80
23	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	81
24	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน.....	82
25	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีอาชีพต่างกัน.....	83
26	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีอาชีพต่างกัน.....	84
27	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน.....	85
28	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนต่างกัน.....	85
29	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน.....	87

30	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านเจตคติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจต่างกัน.....	87
31	ผลการเปรียบเทียบด้านความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจต่างกัน.....	88
32	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจต่างกัน.....	89
33	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจต่างกัน.....	90
34	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และ เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี.....	91
35	ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี.....	92
36	ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมทางด้านเจตคติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี.....	95
37	ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี.....	97

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ.....	14
2 กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ.....	21
3 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	41
4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา.....	46

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ความเจริญก้าวหน้าทางด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้เจริญรุดหน้าไปมาก ทำให้เกิดการพัฒนากันและควบคุม โรคติดต่อ โดยสามารถควบคุมและยับยั้งโรคติดต่อร้ายแรงบางอย่างในอดีต ซึ่งเคยทำลายชีวิตมนุษย์ไปเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น แต่ยังมีโรคบางโรคที่เกี่ยวข้องกับน้ำและอาหาร เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทยด้วย นั่นก็คือ โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (Severe Diarrhoea) หรือ อหิวาตกโรค (Cholera)

โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงหรืออหิวาตกโรค เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้มี 5 โรค คือ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhoea) โรคบิด (Dysentery) ไข้เอนเทอริค (Enteric Fever) โรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning) และ โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 12) ประเทศไทยได้เปลี่ยนชื่ออหิวาตกโรค (Cholera) เป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (Severe Diarrhoea) เนื่องจากช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ประเทศไทยประสบปัญหาการส่งสินค้าไปประเทศซาอุดีอาระเบีย จึงมีนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขการรายงานผู้ป่วยอหิวาตกโรค และติดต่อองค์การอนามัยโลกให้ลบชื่อประเทศไทยออกจากประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่อ ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2532 และตั้งแต่นั้นมาประเทศไทยก็ไม่มีรายงานผู้ป่วยอหิวาตกโรค ถ้ามีผู้ป่วยเกิดขึ้นและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอหิวาตกโรคจะมีรายงานเป็นการภายในว่า เป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (กรมควบคุมโรคติดต่อ. ม.ป.ป. : 3) และโรคนี้ยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

ในประเทศไทยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อร้ายแรง มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 1) ชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์ (2534 : 2 - 3) ได้ให้ความเห็นว่าโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงก่อให้เกิดผลเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยความสูญเสียทางตรงจะเป็นค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (Opportunity Cost) ส่วนความสูญเสียทางอ้อม เช่น การสูญเสียผลผลิตที่ควรจะได้จากบุคคลวัยทำงาน หากบุคคลดังกล่าวต้องขาดงาน เพราะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และหากมีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการส่งออก ด้านการท่องเที่ยว ด้านสวัสดิภาพ สุขภาพของประชาชน และด้านภาพพจน์ของประเทศด้วย (กรมควบคุมโรคติดต่อ. ม.ป.ป. : 2 - 3)

การพิจารณาถึงองค์ประกอบที่สำคัญของการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ตามหลักระบาดวิทยาพบว่า การเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง จะประกอบไปด้วยมนุษย์หรือโฮสต์ (Host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) หรือเชื้อโรค และสิ่งแวดล้อม (Environment) และสำหรับองค์ประกอบทางด้านมนุษย์จะเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ซึ่งองค์ประกอบนี้ จะหมายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ ที่จะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังถ่ายอุจจาระรวมถึงการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป เช่น ที่อยู่อาศัย และการกำจัดขยะและ สิ่งปฏิกูล เป็นต้น (สมชาย สุพันธุ์วิชและกาญจนา สุพันธุ์วิช.2521:13)

จากพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของแต่ละสังคม จะมีแบบแผนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป ทำให้โอกาสในการสัมผัสกับเชื้อหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันออกไปด้วย ตัวอย่างเช่น ที่ประเทศไชติ เมื่อพ.ศ. 2524 ผลการศึกษาของแอลแมน และปีแอร์ หลุยส์ (Allman and Pierre - Louis 1982 : 6 - 7) พบว่ามารดาทุกคนรับรู้ว่ามีโรคอุจจาระร่วง คือการถ่ายอุจจาระเหลวหลายครั้ง และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคอาจทำให้ถึงตายได้ ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงนั้น มารดาส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อผิด ๆ ว่าโรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุมาจากฟืนขึ้น สำหรับในประเทศไทยนั้น ลัดดา เหมาะสุวรรณ และ วันดี วราวิทย์ (2521 : 160 - 165) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนของมารดาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง พบว่าหนึ่งในสามของมารดา มีความเชื่อและการรับรู้ผิด ๆ ว่าสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง เกิดจากเด็กเปลี่ยนท่า เด็กถูกระทบกระเทือนจากครadleหรือฟืนขึ้น ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันแต่อย่างใด นอกจากนี้แบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่จะมีส่วนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านสังคม - เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละท้องถิ่นหรือสังคมต่าง ๆ ดังนั้น การที่จะแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของแต่ละท้องถิ่น หรือของแต่ละสังคมให้เกิดประสิทธิภาพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาแบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ ตลอดจนปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องเสียก่อน จึงจะสามารถหาแนวทางการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมดังที่กรีนและคณะ (Green et al. 1980 : 4-19) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า ในการจะแก้ไขพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องศึกษาถึงสาเหตุของพฤติกรรมนั้นเสียก่อน จึงจะสามารถจัดกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาถึงสถานการณ์ปัจจุบันของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่ได้รับรายงานจากกองระบาดวิทยาตลอดปี พ.ศ. 2539 เป็นจำนวน 3,157 ราย ตาย 8 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 5.24 ต่อประชากรแสนคนและอัตราตายร้อยละ 0.01 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยช่วงเวลาเดียวกัน ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา ดัง ปรากฏตามตาราง 1 (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2540 : ไม่มีเลขหน้า.)

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วย อัตราป่วย และจำนวนตาย อัตราตาย และอัตราป่วยตายของโรคอุจจาระร่วง
อย่างแรง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 จำแนกตามปี พ.ศ.

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย/แสน	จำนวนตาย	อัตราตาย/แสน	อัตราป่วยตาย/ แสน
2535	5,655	9.92	27	0.05	0.48
2536	15,577	26.70	37	0.06	0.24
2537	11,263	18.95	28	0.05	0.25
2538	3,591	5.98	19	0.03	0.57
2539	3,157	5.24	8	0.01	0.26

ที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : ไม่มีเลขหน้า

จากตาราง 1 แสดงว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า 4 ปีที่ผ่านมา คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 - 2538 ซึ่งน่าจะเป็นผลเนื่องมาจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุขและจากตาราง 1 สามารถพิจารณารายละเอียดจำแนกตามกลุ่มอายุ ตามรายเดือนที่เกิดโรคและตามภาคที่เกิดโรค ดังปรากฏตามตาราง 2, 3 และ 4 ตามลำดับ

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2539 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539
กลุ่มอายุ	(ราย)	(ราย)	(ราย)	(ราย)	(ราย)
0-4 ปี	560	1,103	588	313	299
5 - 9 ปี	177	545	243	115	97
10-14 ปี	187	726	312	125	109
15 - 24 ปี	1,244	3,331	1,874	747	620
25 - 34 ปี	1,125	2,988	2,094	621	561
35 - 44 ปี	811	2,249	1,928	549	458
45 - 54 ปี	578	1,686	1,401	373	330
55 - 64 ปี	481	1,452	1,198	315	299
65 ปีขึ้นไป	472	1,350	1,235	340	330
ไม่ทราบอายุ	20	127	284	93	54

ที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : ไม่มีเลขหน้า

จากตาราง 2 แสดงว่า กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-34 ปี และกลุ่มอายุ 35-44 ปี ตามลำดับ

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มอายุดังกล่าวทั้ง 3 ช่วงกลุ่มอายุ แสดงว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประเทศชาติทางด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผลผลิตทั้งภาคเกษตรกรรมและภาคอุตสาหกรรมลดลง (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป.:2-3; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 16-17 ; ชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์. 2534 : 2-3) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยมุ่งเน้นกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยได้เริ่มในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535 - 2539) (กระทรวงสาธารณสุข. 2533 : ไม่มีเลขหน้า)

ตาราง 3 จำนวนผู้ป่วยและจำนวนตายด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539
จำแนกตามรายเดือนที่เกิดโรค

ปี พ.ศ. เดือน	2535		2536		2537		2538		2539		2540	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
มกราคม	172	2	1,226	4	906	2	46	-	255	1	2,585	9
กุมภาพันธ์	348	-	2,097	2	2,655	5	87	-	273	1	5,460	8
มีนาคม	558	5	2,940	6	4,000	11	173	1	569	1	8,237	24
เมษายน	573	3	2,238	7	1,084	2	259	1	550	2	4,704	15
พฤษภาคม	784	3	1,971	5	483	2	324	1	337	1	3,599	12
มิถุนายน	996	4	622	2	1,161	2	330	-	375	1	3,484	9
กรกฎาคม	695	2	701	1	603	-	458	4	338	-	2,795	7
สิงหาคม	481	4	1,060	2	116	-	222	3	125	-	2,004	9
กันยายน	183	2	994	3	52	1	265	2	91	1	1,585	9
ตุลาคม	152	-	722	2	63	1	648	4	126	-	1,761	7
พฤศจิกายน	330	1	609	1	25	1	550	3	97	-	1,611	6
ธันวาคม	363	1	347	1	20	-	225	-	41	-	996	2
รวม	5,636	27	15,577	37	11,168	28	3,591	19	3,157	8	38,821	117

ที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : ไม่มีเลขหน้า

จากตาราง 3 แสดงว่าโดยภาพรวมแล้ว เดือนมีนาคมของช่วงเวลาดังกล่าว จะมีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากที่สุด รองลงมาคือเดือนกุมภาพันธ์และเดือนเมษายนตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ตายด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากที่สุด ก็คือเดือนมีนาคม รองลงมาคือเดือนเมษายน เดือนพฤษภาคม ตามลำดับ แสดงว่า ช่วงเวลาของการระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง จะระบาดในช่วงรอยต่อของฤดูหนาวคือ เดือนกุมภาพันธ์ถึงช่วงฤดูร้อน คือ เดือนมีนาคมถึง เดือนเมษายนของทุกปี

นอกจากนี้แล้ว จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2539 ยังสามารถจำแนกตามภาคที่เกิดโรคได้ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 จำแนกตามภาคที่เกิดโรค

ปี พ.ศ. ภาค	2535	2536	2537	2538	2539	รวม
	ราย	ราย	ราย	ราย	ราย	ราย
กลาง	3,950	9,048	6,385	1,100	1,748	29,863
เหนือ	423	1,981	927	130	168	7,732
ตะวันออกเฉียงเหนือ	611	3,173	3,176	2,140	698	14,670
ใต้	671	1,375	715	650	543	5,544
รวม	5,655	15,577	11,203	4,020	3,157	57,809

ที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : ไม่มีเลขหน้า

จากตาราง 4 แสดงว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงสูงสุดได้แก่ ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง จำแนกตามภาคที่เกิดโรค หากพบว่ามีโรคติดต่ออุจจาระร่วงอย่างแรงในพื้นที่หรือภูมิภาคใดก็ตาม ต้องรีบดำเนินการไม่ให้เกิดการระบาด เกิดขึ้น เพื่อลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีกัมมีการเกิดโรคอยู่ เป็นประจำ (Endemic Area) โดยเน้นการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญทุกกลุ่ม และควบคุมการระบาดของโรคให้สงบภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว ประมาณ 10 วัน (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : ไม่มีเลขหน้า) นอกจากนี้ถ้าหากพิจารณาเป็นรายจังหวัด ซึ่งกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2540 : ไม่มีเลขหน้า) ได้จัดเรียงลำดับจำนวนผู้ป่วยด้วย โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่พบมากที่สุด 12 จังหวัดแรกจากทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2539 ไว้ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์ สุราษฎร์ธานี กรุงเทพฯ อุบลราชธานี นครราชสีมา ปทุมธานี สมุทรสาคร ระยอง สมุทรปราการ ชลบุรี และฉะเชิงเทรา ซึ่งชลบุรีก็เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และเป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดด้วย

สำหรับสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากสถิติผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ทุกกลุ่มอายุของจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 อยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูงติดต่อกันเรื่อยมา ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539
จำแนกตามรายอำเภอ

อำเภอ ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง					รวม
	2535	2536	2537	2538	2539	
เมือง	24	102	49	35	25	235
พนัสนิคม	45	304	31	24	35	439
พานทอง	1	30	30	17	11	89
บ้านบึง	7	61	21	12	8	109
บ่อทอง	3	16	5	11	-	35
หนองใหญ่	1	9	10	7	1	28
บางละมุง	3	15	2	6	46	72
ศรีราชา	21	73	34	28	23	179
สัตหีบ	8	8	6	4	3	29
กิ่งอำเภอสัตหีบ	-	9	2	3	-	14
รวม	113	627	190	147	152	1,215

ที่มา : ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.ม.ป.ป. : ไม่มีเลขหน้า

จากตาราง 5 แสดงว่า อำเภอพนัสนิคม มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอศรีราชาตามลำดับ

จากตาราง 5 แสดงว่าพบผู้ป่วยทุกอำเภอในจังหวัดชลบุรี ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงก็ตาม ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 535-2539) ที่ผ่านมามีวัตถุประสงค์ว่าไม่ควรจะมีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเกิดขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยให้มีการควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดขึ้นได้ หรือถ้าเกิดขึ้น จะต้องสามารถควบคุมให้สงบภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว ประมาณ 10 วัน (กรมควบคุม โรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 67)

สถานการณ์ดังกล่าว กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีมาตรการป้องกันและเตรียมมิให้มีการระบาดของโรค โดยให้ทางสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด ถือเอาปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเป็นสถานการณ์เร่งด่วนที่ต้องดำเนินการป้องกัน และควบคุมอย่างจริงจัง เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค (กระทรวงสาธารณสุข. 2539 : ไม่มีเลขหน้า) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกแห่งเร่งหารูปแบบเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ และการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนได้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป อีกทั้งยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคเกิดขึ้น โดยถือว่าปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เป็นสถานการณ์เร่งด่วนที่ต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมอย่างจริงจัง (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. 2539 : ไม่มีเลขหน้า)

จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มา ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาหารูปแบบเพื่อจัดกิจกรรมแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะนำมาสู่การปฏิบัติคนที่ถูกต้องของประชาชน เป็นผลทำให้อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของจังหวัดชลบุรีลดลงด้วย

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานสุศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี
3. เป็นประโยชน์ต่อการแนะแนวหรือให้สุศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง
4. เป็นข้อมูลสนับสนุนให้ผู้บริหาร จังหวัดชลบุรี ได้เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง
5. เป็นข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการป้องกัน แก้ไข และลดปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง อันจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 962,402 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 416 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 90)

ตัวแปรที่ศึกษาค้นคว้า

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนและจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง หมายถึง โรคของลำไส้ชนิดเฉียบพลันโดยมีอาการอาเจียนและอุจจาระร่วงโดยไม่มีอาการปวดท้อง ถ้าไม่รักษาทันทั่วถึงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำ เลือดเข้มข้น ซึ่งอาจตามมาด้วยอาการช็อค และเสียชีวิตได้ (ชวลิต ทศนัสว่าง. 2532 : 125)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ หรือการแสดงออกทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนในการนำไปสู่การป้องกัน โรคอุจจาระร่วง อย่างแรง ได้แก่

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ และวิธีการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง หมายถึง ความรู้สึก ความคิด เห็น ความเชื่อ และท่าทีของประชาชน ที่มีต่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

2.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกให้ผู้อื่นเห็น หรือ การแสดงออกให้ผู้อื่นได้เห็นในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เช่น การล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร การกำจัดขยะ และการใช้น้ำดื่ม-น้ำใช้ เป็นต้น

3 ประชาชน หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีในปี

พ.ศ. 2541

4. เพศ หมายถึง เพศของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ เพศชาย และ เพศหญิง

5. อายุ หมายถึง อายุของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษา แบ่งออกเป็น (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : ไม่มีเลขหน้า)

5.1. อายุ 15 - 30 ปี

5.2. อายุ 31 - 45 ปี

5.3. อายุ 46 - 60 ปี

5.4. อายุ 60 ปีขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของประชาชนที่ต้องการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 85 - 86)

6.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

6.2 ประถมศึกษา

6.3 มัธยมศึกษา

6.4 อุดมศึกษา

7 .อาชีพ หมายถึง อาชีพของประชาชนที่ต้องการศึกษา แบ่งออกเป็น

7.1 รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

7.2 ค้าขายหรือธุรกิจ

7.3 เกษตรกรรม

7.4 รับจ้างทั่วไป

7.5 งานบ้าน

8. ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของประชาชนที่เป็น

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 45)

8.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน

8.2 รายได้ 3,000 บาท - 8,000 บาท / เดือน

8.3 รายได้สูงกว่า 8,000 บาท - 20,000 บาท / เดือน

8.4 รายได้สูงกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

9. แหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน หมายถึง แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับรู้

เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง คือ

9.1 บิดา-มารดา หรือญาติพี่น้อง

9.2 เพื่อนบ้าน

9.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

9.4 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

9.5 วิทยุ โทรทัศน์

9.6 เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์

9.7 นิทรรศการ

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคของจระเข้อย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวความคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคของจระเข้อย่างแรง แนวทางการควบคุมและป้องกันโรคของจระเข้อย่างแรง ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ ดังมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายพฤติกรรมของมนุษย์ไว้หลายท่านด้วยกัน ดังนี้

ศิริโสภาคย์ บุรพาเดชะ (ม.ป.ป. : 3 - 4) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงกิจกรรมหรืออาการกระทำต่าง ๆ ของสิ่งมีชีวิต ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การเดิน การหัวเราะ การกิน ฯลฯ เรียกว่า พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) และการกระทำที่บุคคลอื่นมองไม่เห็นด้วยตา เช่น การคิด การฝัน ต้องสังเกตโดยใช้เครื่องมืออื่น ๆ เข้าช่วย เช่น การใช้เครื่องจับเท็จ การใช้เครื่องมือวัดอัตราการหายใจ พฤติกรรมประเภทนี้เรียกว่า พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรม ทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 97) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งแบ่งเป็นพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก สำหรับพฤติกรรมภายในนั้นหมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล รวมทั้งความคิด ความรู้สึก ทักษะคติ ความเชื่อและค่านิยม ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยา หรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกให้ผู้อื่นเห็นได้ ทั้งการพูด การกระทำ กิริยาท่าทางของบุคคล

ฮิลการ์ด และ โบเวอร์ (Hilgard, and Bower. 1966 : 6) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตที่สังเกตได้โดยบุคคลอื่น หรือด้วยเครื่องมือของผู้ทำการศึกษา

จากความหมายของพฤติกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ของสิ่งที่มีชีวิต 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ต้องใช้เครื่องมืออื่น ๆ เข้าช่วย

ซึ่งความหมายของพฤติกรรมดังกล่าว จะสอดคล้องกับแนวคิดของบลูม, วอห์ล และ มาเซีย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 15 – 27 : อ้างอิงมาจาก Bloom and Masia. 1964) ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิจักษ์ญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับขั้น ดังนี้คือ ความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehension) การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (Application) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis) และการประเมิน (Evaluation)

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่าการรับ การเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล

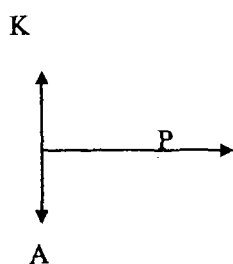
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันได้ 4 ลักษณะ ดังนี้ (วิไลลักษณ์ วรรณะ. 2535 : 22 - 23)

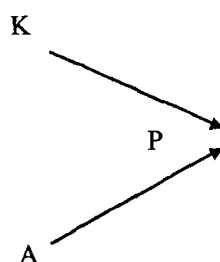
1. ความรู้ส่งผลให้เกิดทัศนคติ และการปฏิบัติตามมา



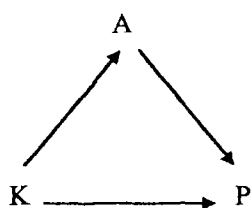
2. ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



3. ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม มีทัศนคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



หมายเหตุ

K หมายถึง ความรู้ (Knowledge)

A หมายถึง ทัศนคติ (Attitude)

P หมายถึง การปฏิบัติ (Practice)

ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

ที่มา : วิไลลักษณ์ วรณะ. 2535 : 22-23

สรุปได้ว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบ ทั้งทางตรง และทางอ้อม กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี ทักษะต่อสิ่งนั้นก็จะได้ตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ดีตามไปด้วย

พฤติกรรมป้องกันการโรค

พฤติกรรมป้องกันการโรค เป็นการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เป็นโรคเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง (วิไลลักษณ์ วรรณะ. 2535 : 24)

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้ (วาริ ระกิติ. 2530 : 696 - 705)

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ภูมิกะ ความต้องการ ความสนใจ การสนใจ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล
2. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากสถิติการเกิด โรคติดเชื้อต่าง ๆ จะพบในกลุ่มประชากรที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างยากจนมากกว่าประชากรที่มีฐานะปานกลาง หรือร่ำรวย แต่สำหรับกลุ่มที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างดี มักจะพบปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และโรคไม่ติดเชื้อ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น
3. องค์ประกอบทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก ถ้าพ่อแม่ คนเลี้ยงดูส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อ มีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัวแล้ว จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้เป็นอย่างมาก ดังนี้
 - 3.1 สภาพสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาดีกว่าประชาชนทั่วไป
 - 3.2 กลุ่มบุคคลในสังคมจะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรม ที่คล้ายคลึงกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับในสังคม นักสุขศึกษา จึงควรใช้กลุ่มของสังคมให้เป็นประโยชน์ ในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนในสังคม

3.3 วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิถีการดำรงชีวิตของคนในสังคม อิทธิพลของวัฒนธรรมจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทางสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อเจ็บป่วยยังนิยมรักษาด้วยเวทมนต์คาถาหรือหมอกลงบ้าน

4. องค์ประกอบทางการศึกษา ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

5. องค์ประกอบทางการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนทางด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพราะแนวนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความต่อเนื่องของบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้กับประชาชน บางครั้งกฎหมายหรือข้อบังคับบางอย่างก็มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการอธิบายการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรค ซึ่งทรวอร์ธน์ อัมสมบอร์น (1958 : 24 - 26) ได้กล่าวถึงส่วนประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take Action) เป็นความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดการกระทำคือ การรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยง (Susceptibility) ต่อการที่จะเป็นโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรง (Severity) ผลภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอาจจะมีแนวโน้มให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมได้

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่จะสามารถปฏิบัติได้และผลที่จะได้รับจากการปฏิบัติ นั้น เช่น คาดคะเนถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ (Benefits of talking Action) ที่จะช่วยลดภาวะการเสี่ยง และความรุนแรงที่จะเกิดตามมา โดยก่อนจะปฏิบัติบุคคลจะต้องคำนึงถึงภาวะทางร่างกาย จิตใจ สภาวะทางเศรษฐกิจที่จะต้องใช้ในการปฏิบัติขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง สิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ สิ่งที่มาชักนำอาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน เช่น อาการความเจ็บป่วยต่าง ๆ สิ่งชักนำภายนอก เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสื่อมวลชนต่าง ๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

การมีความรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติให้เป็นประโยชน์ได้เพียงใดนั้น ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือ มีความแตกต่างกันตามอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ซึ่งองค์ประกอบทางด้านบุคคลนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังนี้ (วิไลลักษณ์ วรรณะ. 2535 : 26 - 27)

1. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัย ทั้งทางด้านความรู้เจตคติ และการปฏิบัติคน ผู้ที่มีอายุน้อยมักจะมีสุขภาพอนามัยแข็งแรง จึงเป็นผลให้ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2523 : 45) ได้แบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.1 วัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยฉกรรจ์ อายุ 21-40 ปี

1.2 วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน อายุ 41-60 ปี

1.3 วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือวัยชรา อายุ 61 ปีขึ้นไป

ซึ่งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวมากเพื่อให้ตนเป็นที่ยอมรับของสังคม รวมทั้งสร้างความมั่นคงให้แก่ตนเองทางเศรษฐกิจ ส่วนผู้ใหญ่วัยกลางคนจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลง โดยเฉพาะในแง่ความว่องไวทางความคิด และความฉับไวของสมอง ส่วนผู้ใหญ่วัยชราจะยังมีความเสื่อมมากขึ้น พฤติกรรมบางอย่างจะปฏิบัติไม่ได้เช่นเดิม อาจกล่าวได้ว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไป เพราะอายุทำให้บุคคลมีความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติได้มาน้อยแตกต่างกันไป

2. เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับต่างกัน

3. การศึกษาระดับการศึกษามีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ

4. อาชีพ อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กลุ่มคนที่อยู่ในสังคมระดับต่ำ หรือประกอบอาชีพในระดับต่ำ ย่อมมีผลต่อการรับรู้ทางสุขภาพ อาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย

5. รายได้ รายได้ของบุคคลจะมีผลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ถ้าหากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ก็มีโอกาที่จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรม

สุขภาพที่ถูกต้องได้ แต่ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าหรือรายได้สูงกว่าโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพดีก็มีมากกว่า

กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

กรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมที่มองกว้างกว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งกรีน และคณะ (Green et al. 1980) เป็นผู้พัฒนารูปแบบเพื่อใช้วิเคราะห์วางแผนงานด้านสุขภาพ โดยแนวคิดนี้เห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนด วิธีการที่ต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง PRECEDE Framework นี้เป็นคำย่อของข้อความเต็มว่า Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึงกระบวนการของการใช้ปัจจัยในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลพฤติกรรมนั่นเอง กรีนและคณะ (Green et al. 1980 : 4 - 12)

PRECEDE Framework สามารถนำไปใช้ในงานสุขภาพได้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ของปัญหาที่แตกต่างกัน อาทิเช่น การวางแผน การดำเนินงานในปัญหาต่าง ๆ และ การประเมินผลในระดับต่าง ๆ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์เข้ากับการอธิบายถึง การเกิดพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วย อีกทั้งยังมีความเชื่อว่า กรอบแนวคิดนี้สามารถวิเคราะห์ให้มองเห็นปัญหาทางสุขภาพ สามารถแก้ไขปัญหาวางแผนได้ต่อเนื่อง มีความสามารถวิเคราะห์ให้มองเห็นปัญหาทางสุขภาพ สามารถแก้ไขปัญหาวางแผนได้ต่อเนื่อง ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ มีความสามารถสูงหรือเป็นรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำมาใช้ได้ทุกสถานการณ์ กรีนและคณะ (Green et al. 1980 : 10 - 11) การใช้ PRECEDE Framework เป็นกระบวนการดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้นจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Out Come) แล้วพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ว่ามาจากอะไร กระบวนการนี้ไม่ใช้วิธีวิเคราะห์จากปัจจัยนำเข้าไปหาผลลัพธ์ แต่สามารถใช้วิธีเริ่มต้นจากผลลัพธ์ก่อนได้ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นได้มีองค์ประกอบ หรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพที่เป็นอยู่ กรีนและคณะ (Green et al. 1980 : 12) การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework โดยการเริ่มจากผลย้อนกลับไปที่เหตุหรือ ปัจจัยนำเข้า แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนดังนี้ กรีนและคณะ. (Green et al. 1980 : 12 - 16)

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นจากการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยการประเมินปัญหาสังคมของกลุ่มประชากรต่าง ๆ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องวัดระดับคุณภาพของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญอยู่ในสังคมหรือในกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นใหม่ โดยวิธีการต่าง ๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์แล้วในขั้นตอนที่ 2 โดยวิเคราะห์ออกมาเป็นพฤติกรรมโดยเฉพาะ หรือเอามาจัดลำดับเพราะบางสาเหตุอาจจะไม่ใช่ปัจจัยพฤติกรรม (Nonbehavioral Factors) เช่น เศรษฐกิจ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น รวมทั้งวิเคราะห์ว่ามีอิทธิพลทางอ้อมที่มีใช้ทางตรงมากน้อยเพียงใด หรือบางครั้งอาจจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพได้ การวิเคราะห์เช่นนี้ทำให้สามารถตระหนักถึง แรงผลักดันทางสังคม ซึ่งหลักการของ PRECEDE Framework สามารถเอาไปประยุกต์ใช้ได้กับงานทุกระดับ ตั้งแต่งานระดับหน่วยงาน และงานระดับชาติ โดยการแยกวิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับทางสังคม ซึ่งพฤติกรรมนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อม

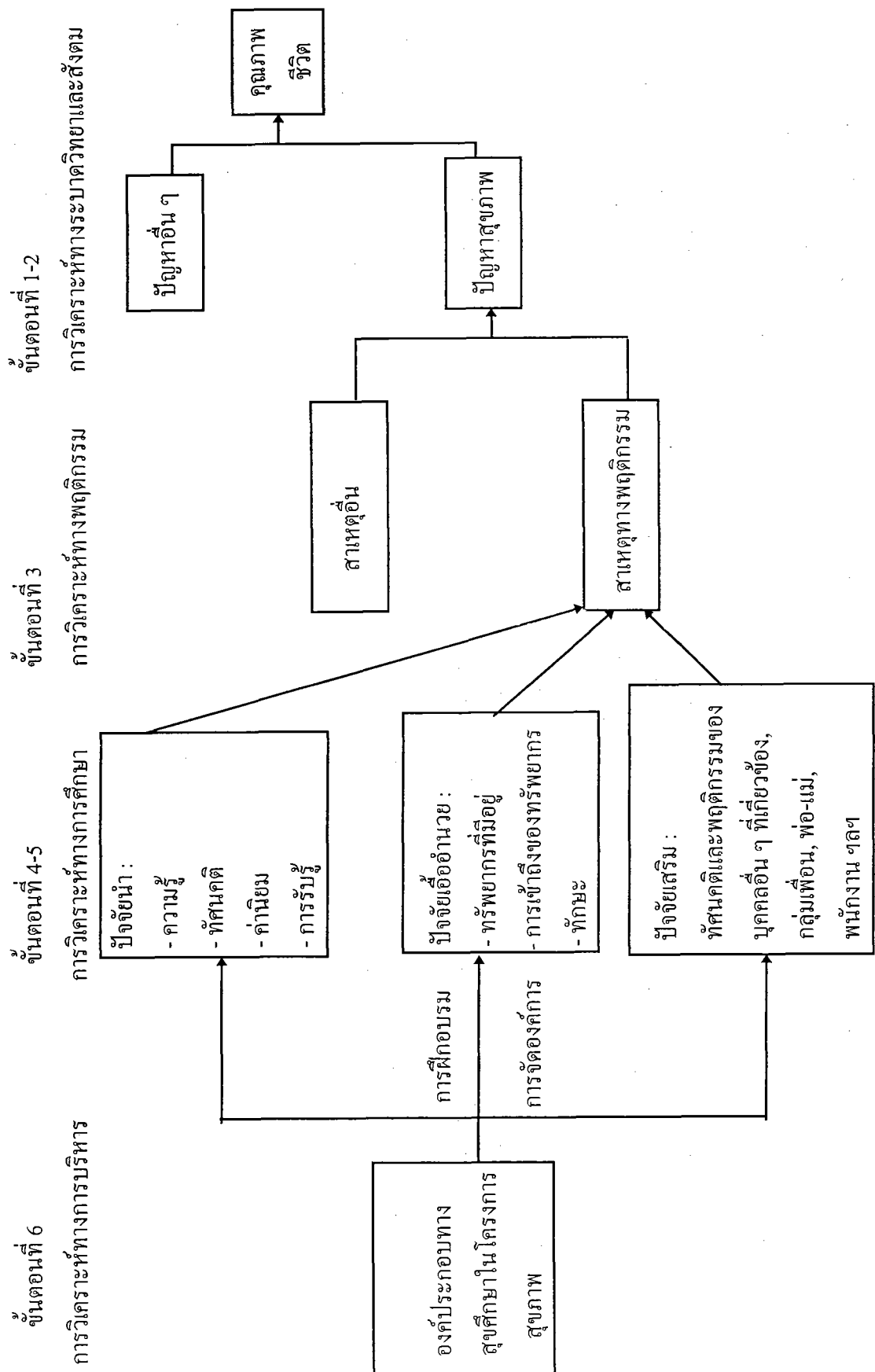
ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งได้จำแนกปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ซึ่งปัจจัยนำประกอบด้วยทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง หรือแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเอื้ออำนวยเป็นปัจจัยที่พิจารณาถึงอุปสรรคที่สร้างขึ้นโดยระบบสังคม เช่น ข้อจำกัดต่าง ๆ แหล่งทรัพยากรบุคคลและชุมชนที่มีอยู่จำกัด รายได้น้อย การประกันสุขภาพ เรื่องของกฎข้อบังคับต่าง ๆ เป็นต้น รวมทั้งทักษะและความรู้ก็เป็นเรื่องต้องการให้เกิดร่วมกับพฤติกรรม ซึ่งกำหนดไว้ในปัจจัยเอื้ออำนวยเช่นกัน ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการกระทำหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้รับการส่งเสริมหรือไม่เพียงใด โดยการเรียนรู้จากบุคคลอื่นที่ประเมินผลย้อนกลับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้น

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์แนวทาง หรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ โดยการศึกษาค้นคว้าถึงปัจจัยทั้ง 3 ประเภทที่กล่าวมาแล้ว เพื่อจะได้ตัดสินใจว่าเรื่องใดสำคัญก่อน และมีแหล่งทรัพยากรใดบ้าง ที่จะช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จหรือมีอิทธิพลเหนือปัจจัยนั้นได้เพื่อนำไปสู่การแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการกำหนดกลวิธี และดำเนินการตามกลวิธีที่ได้จัดระบบและพัฒนาโครงการนั้นขึ้นมา จะต้องคำนึงอยู่เสมอถึงทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ข้อจำกัดด้านเวลา และความสามารถหรือใช้วิธีการผสมผสานปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยเสริมเข้าด้วยกัน ไม่แก้ไขเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันต้องประเมินปัญหาด้านการบริหาร และทรัพยากรด้วยว่ามีสถานะการณ์เช่นใด

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผลว่าในแต่ละขั้นตอน ทำสิ่งใดไม่ถูกต้อง ต้องทำการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนดำเนินการ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของ การประเมินผลในแต่ละขั้นตอนเอาไว้แต่แรกและต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนการดำเนินงาน จนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงาน

จากกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 7 ขั้นตอนนี้ สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : Green et al. 1980 : 14-15

ในการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework ต้องอาศัยวิทยาการในสาขาต่าง ๆ รวม 4 สาขาคู่กัน คือ วิทยาการระบาด วิทยาการสังคม/พฤติกรรมศาสตร์ วิทยาการบริหาร และวิทยาการทางการศึกษา เนื่องจากขั้นตอนที่ 1, 2 และบางส่วนของขั้นตอนที่ 3 ใช้หลักการจากวิทยาการระบาด ส่วนขั้นตอนที่ 3, 4 ใช้ทฤษฎีทางสังคม/พฤติกรรมศาสตร์ และแนวคิดด้านสังคม/พฤติกรรมศาสตร์ ดังนั้นการนำ PRECEDE Framework ไปใช้ ผู้ใช้จำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในวิทยาการสาขาต่าง ๆ ดังกล่าว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้น สำหรับการนำ PRECEDE Framework 2 ประการเพื่อที่จะประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม คือ

1. ต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors)

2. ต้องเข้าใจว่าการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลต่อการดำเนินงานอย่างแท้จริง ต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ร่วมกันในลักษณะของการผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์ พฤติกรรมศาสตร์ด้านการศึกษามารวมกัน ซึ่ง PRECEDE Framework ได้นำมาใช้ในรูปแบบสังเคราะห์ เป็นวิธีการที่นำความรู้ในหลาย ๆ ด้าน มาพัฒนารวมกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจพื้นฐาน และสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ กรีนและคณะ (Green et al. 1980 : 16 - 17)

การใช้ PRECEDE Framework จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานหรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมดังนี้ คือ กรีนและคณะ (Green et al. 1980 : 68 - 69)

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้น จำแนกออกเป็น 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมซึ่งให้เหตุผลหรือเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมซึ่งได้แก่ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) จะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้พฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้หรือเกิดขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยนี้เป็นแรงจูงใจ หรือแรงบันดาลใจให้พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดเป็นจริง ซึ่งได้แก่ทักษะ การมีสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติ (ทรัพยากรต่าง ๆ) อย่างเพียงพอ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลได้แสดงพฤติกรรมหรือกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดแล้ว และได้รับผลในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่อง การแนะนำ ตลอดจนปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่ได้รับจากบุคคลอื่น

เป็นที่ยอมรับกันว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องใดก็ตาม จะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวร่วมกันเสมอ ต้องไม่คำนึงถึงปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่ง โดยเฉพาะเท่านั้น กรีนและคณะ (Green et al. 1980 : 69)

โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง หมายถึง การอักเสบของลำไส้อย่างเฉียบพลัน โดยมีลักษณะอาการอาเจียนและอุจจาระร่วงโดยไม่มีการปวดนํ้ามาก่อน ถ้าไม่ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดนํ้าอย่างแรงเลือดเข้มข้น ซึ่งอาจตามมาด้วยอาการช็อคและตายได้ (ชวลิต ทศนสว่าง. 2532 :125)

เชื้อที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

เชื้อที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงคือ vibrio โอ โคลเระ (Vibrio Cholera) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ที่มีส่วนประกอบกรรมพันธุ์ทั้งหมดเหมือนกัน (Biotype) คือ เอเชียติก (Asiatic) หรือ คลาสสิกัล (Classical) กับ เอล-ทอร์ (El Tor) และยังสามารถแบ่งออกตามชนิดของจุลินทรีย์ที่ดูจากส่วนประกอบของสารเหนียวน้ำที่ทำให้เกิดการสร้างโปรตีนภายในร่างกาย (Serotype) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ โอกาวา (Ogawa) ไอนาบา (Inaba) และ ฮิโกจิมา (Hikojima) ซึ่ง เชื้อทั้ง 3 ชนิดนี้จะตรวจพบในร่างกายผู้ที่เป็นอุจจาระร่วงอย่างแรง (พัฒน์ สุขจันทร์. 2525 : 65 ; ประวิทย์ สุนทรสิมะ. 2525 : 273 0 - 274 ; ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. 2531 : 262 ; สมชาย สุพันธุ์วิช และกาญจนา สุพันธุ์วิช .2521 : 41)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 เป็นต้นมา การระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงตามส่วนต่าง ๆ ของโลก มักเนื่องมาจากเชื้อเอล-ทอร์ (El Tor) มากกว่าเชื้อ คลาสสิกัล vibrio โอ โคลเระ (Classical Vibrio Cholera) และมักเรียกว่า อหิวาต์เทียม (Paracholera) ซึ่งมีอาการไม่รุนแรงมากนัก โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่พบในประเทศไทยระยะหลัง ๆ จะเป็น vibrio โอ โคลเระ (Vibrio Cholera) ซึ่งมีส่วนประกอบกรรมพันธุ์ที่เหมือนกันหมดของเอล-ทอร์ (El Tor Biotype) และเป็นจุลินทรีย์ที่มีส่วนประกอบของโปรตีนชนิด โอกาวา (Ogawa Serotype) ประมาณ 20% (สมชาย สุพันธุ์วิช และกาญจนา สุพันธุ์วิช. 2521 : 41) สำหรับแหล่งที่เก็บเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง พบว่ามีอยู่ที่มนุษย์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. 2531 : 262 ; ประวิทย์ สุนทรสิมะ. 2521 : 1 17)

การติดต่อและการแพร่กระจายของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

การติดต่อและการแพร่กระจายของเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง พบว่าจะติดต่อกันโดยทางปากและทวารหนักซึ่งอาจจะติดต่อโดยตรงจากคนไปสู่คนหรือทางอ้อม คือ รับประทานอาหารที่มีเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงปะปนอยู่ หรือสิ่งที่อาเจียนออกมาของผู้ป่วย รวมถึงการปนเปื้อนจากอุจจาระที่เป็นพาหะ มือที่สกปรก และแมลงวัน ส่วนการติดต่อโดยทางตรงจากผู้หนึ่งไปยังอีกผู้หนึ่งนั้นพบน้อยมาก (สมชาย สุพันธุ์วิช และกาญจนา สุพันธุ์วิช. 2521 : 2 ; ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. 2531 : 262)

ระยะฟักตัวและระยะเวลาของการติดโรค

ระยะฟักตัวของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจะใช้เวลาตั้งแต่ 2-3 ชั่วโมงถึง 5 วัน โดยมาก 2-3 วัน หรือภายใน 24 ชั่วโมงถึง 5 วัน โดยเฉลี่ย 1-2 วัน (ประวิทย์ สุนทรสิมะ. 2525 : 274 ; ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. 2531 : 262) สำหรับระยะเวลาในการติดโรค ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเมื่อหายจากโรคนี้แล้ว 2-3 วัน อุจจาระยังพบเชื้อของโรคนี้อยู่ อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่เป็นพาหะของโรคนี้ หรือนุคคลที่มีการติดเชื้อแบบไม่ปรากฏอาการจะพบว่าอุจจาระมีตัวเชื้อโรคนี้อยู่ได้นานหลายเดือน (สมชาย สุพันธุ์วิช และกาญจนา สุพันธุ์วิช. 2521. 42 ; ประวิทย์ สุนทรสิมะ. 2525 : 274) สำหรับรายที่พบได้น้อย คือผู้ที่ติดเชื้อโรคอยู่ในถุงน้ำดีเรื้อรัง อาจปล่อยเชื้อโรคออกมาทางอุจจาระเป็น ครั้งคราวได้นานนับเป็นปี ๆ ยาปฏิชีวนะที่ได้ผล เช่น Tetracycline จะทำให้ระยะเวลาเกิดโรคล้นลง (สมชาย สุพันธุ์วิช และกาญจนา สุพันธุ์วิช. 2521 : 42)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง จะพบว่าเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจะเข้าสู่ร่างกายคนโดยการรับประทานเข้าไปทางปาก เมื่อเข้าไปแล้วเชื้อจะเจริญงอกงามในลำไส้เล็ก แล้วจะหลั่งสารคัดหลั่งของเชื้อจากลำไส้เล็ก (Enterotoxin) ไปกระตุ้นเยื่อลำไส้ หลั่งสารน้ำ แร่ธาตุและคั่งออกมาในจำนวนมากจนเกินความสามารถของลำไส้ที่จะดูดซึมกลับ เข้าไปได้ สารน้ำ แร่ธาตุและคั่งจึงออกมาเป็นอุจจาระในรูปท้องเดิน อาการที่เกิดขึ้นก็เนื่องจากการขาดน้ำ ขาดแร่ธาตุและคั่ง เมื่อสารคัดหลั่งของเชื้อโรคจากลำไส้เล็ก (Enterotoxin) สัมผัสกับ เยื่อลำไส้จะมีระยะฟักตัวประมาณครึ่งชั่วโมง เยื่อลำไส้จึงเริ่มหลั่งสารน้ำและจะมีฤทธิ์สูงสุดประมาณ 12 ชั่วโมงหลังสัมผัส แล้วค่อย ๆ อ่อนลงจนหมดฤทธิ์ในประมาณ 24 ชั่วโมง สำหรับข้อสังเกตเกี่ยวกับการเกิดโรค พอสรุปได้ดังนี้ (พัฒน์ สุขจันทร์. 2525 : 65)

1. สารคัดหลั่งของเชื้อโรคจากลำไส้เล็ก (Enterotoxin) เมื่อสัมผัสกับเยื่อบุลำไส้ครั้งหนึ่ง จะออกฤทธิ์นาน 12 ถึง 48 ชั่วโมง
2. เชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงและสารคัดหลั่งของเชื้อโรคจากลำไส้เล็ก (Enterotoxin) จะอยู่ในท่อของลำไส้ (Lumen) เท่านั้น จะไม่เข้าสู่เนื้อเยื่อหรือเข้าสู่ระบบการไหลของร่างกาย
3. เยื่อบุลำไส้จะไม่ถูกทำลายโดยเชื้อหรือสารคัดหลั่งของเชื้อโรคจากลำไส้เล็ก (Enterotoxin) เพียงการทำงานเท่านั้นที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น
4. ในขณะที่โรคกำลังดำเนินอยู่ ลำไส้เล็กยังสามารถดูดซึมสารน้ำและแร่ธาตุซึ่งมีกลูโคสเป็นส่วนผสมอยู่ได้

อาการและอาการแสดงของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

อาการแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ (ไพโรจน์ อุณสมบัติ. 2531 : 262 ; ขวลิขิต พัฒนสว่าง. 2532 : 135 - 136)

1. พวกที่เป็นอย่างอ่อน (Mild) คือ พวกที่มีอาการน้อย ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล พวกที่มีอาการน้อยจะเกิดจากสายพันธุ์กรรมชนิดเอล-ทอร์ (El Tor Biotype) น้อยกว่าสายพันธุ์กรรมชนิดคลาสสิก (Classical Biotype) ประมาณ 7 เท่า พวกนี้มักหายใน 1 วัน หรืออย่างช้า 5 วัน มักจะถ่ายเป็นน้ำเหลววันละหลายครั้ง แต่จำนวนไม่เกินวันละ 1 ลิตรในผู้ใหญ่ อุจจาระมักจะมีเนื้อปนเล็กน้อย ไม่ค่อยมีเลือดปน บางคนมีอาการปวดท้องได้ บางคนก็มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แยกจากโรคท้องเดินจากเหตุอื่นได้ยาก
2. พวกที่เป็นรุนแรง (Severe) อาการระยะแรกจะมีอาการท้องเดิน แรก ๆ มีเนื้ออุจจาระบ้างต่อมามีลักษณะเป็นน้ำขาวขำ เพราะมีมูกมาก มีกลิ่นเหม็นคาว พบน้อยรายที่มีเลือดออกมาในอุจจาระด้วย ผู้ป่วยถ่ายได้โดยไม่มีอาการปวดท้อง บางทีไหลพุ่งออกมาเองโดยไม่รู้ตัว มีอาการอาเจียนด้วยแทบทุกรายโดยไม่มีอาการคลื่นไส้ อุจจาระออกมามากถึงชั่วโมงละ 1 ลิตร และหยุดเองใน 1-6 วัน ถ้าได้น้ำและอิเล็กโทรลัยต์เพียงพอ โดยไม่ได้ยาปฏิชีวนะ ถ้าไม่ได้ น้ำและอิเล็กโทรลัยต์ แทนที่ส่วนที่ขาดไป เนื่องจากสูญเสียน้ำโซเดียม โปตัสเซียมคลอไรด์ และไบคาร์บอเนตมาก จะมีอาการกระหายน้ำ ลูกนั่งไม่ไหว เพราะเวียนศีรษะ จำนวนเลือดไหลเวียนลดลงมาก ทำให้เลือดที่ไปสู่ไตลดลงด้วย เกิดปัสสาวะน้อยหรือไม่ปัสสาวะเลย และเกิดภาวะไตวายขึ้น ตะคริวเกิดขึ้นได้บ่อยที่แขนและขา บางทีก็พบที่หน้าท้องด้วย เสี่ยงแหบลง บางทีก็ไม่มีเสียงเลย อ่อนเพลียมากอย่างรวดเร็ว ถ้าเสียน้ำเกินร้อยละ 12 ของน้ำหนักตัวก็จะตาย การเสีย โปตัสเซียมมาก ๆ ทำให้อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง และท้องอืดจากการที่ทำงานของลำไส้

ส่วนการเสียไบนคาร์บอนเนตมาก ทำให้เกิดภาวะกรดจากเมตะบอลิซึม ผู้ป่วยจะหอบ หายใจลึกซึ้ง และเพื่อ

อาการแสดงของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง มีดังนี้

1. ในรายที่เสียน้ำไม่เกินร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว คนไข้ยังเดินได้ ผิวหนังปกติ หลอดเลือดดำที่คอเต็ม ชีพจรเร็วปานกลาง
2. เสียน้ำร้อยละ 5-8 ของน้ำหนักตัว คนไข้ยังนั่งได้ ชีพจรเร็ว เบา แรงดันเลือดต่ำ ผิวหนังเหี่ยวเล็กน้อย
3. เสียน้ำร้อยละ 10-12 ของน้ำหนักตัว คนไข้ไม่ไหว ต้องนอน แรงดันเลือดวัดไม่ได้ ชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ในเด็กอาจถึง 150 ครั้งต่อนาที และอาจคลื่นไส้อาเจียน ผิวหนังเย็นชื้น และเหี่ยวมาก บริเวณปลายมือปลายเท้าจะเขียว ตาลึก ในเด็กจะเห็นกระหม่อมยุบลง ปากแห้ง หลอดเลือดดำที่คอแฟบ หน้าท้องแบนแฟบ อาจบวมเล็กน้อย (Scaphoid Abdomen) กดไม่เจ็บ เสียงคลื่นไหวของลำไส้ลดลงและเบามาก อาจมีตะคริวที่แขนขา คนไข้มักจะรู้สึกตัวตลอดเวลา และบ่นกระหายน้ำ แต่บางรายก็อาจซึม ๆ จนถึงหมดสติได้ ซึ่งพบในเด็กน้อยกว่าในผู้ใหญ่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงมาก เลือดฝ้ามักเป็ชกโชกด้วยอุจจาระกลิ่นเหม็นคาว

แนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

แนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมีจุดมุ่งหมายเพื่อทดแทนสารน้ำที่ผู้ป่วยต้องการ 3 ประการ ดังนี้ (ชวลิต ทัศนสว่าง. 2532 : 137 - 141)

1. แก้ไขการขาดสารน้ำตาลเกลือแร่ที่เป็นอยู่ (Rehydration Therapy) ใช้ ORS (Oral Rehydration Solution) สำหรับผู้ป่วยที่อาเจียนมาก อาจให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยตรง ดังตาราง 6

ตาราง 6 แนวทางการให้สารน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) จำแนกตามชนิดความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของการ สูญเสียน้ำ	กลุ่มอายุ	ชนิดของน้ำ	ปริมาณของสารน้ำ (ต่อ) น.น. ตัวเป็นก.ก.	เวลาในการให้สารน้ำ
ชนิดรุนแรงน้อย	ทุกอายุ	ORS	50 ml / ก.ก.	ภายใน 4 ชม.
ชนิดปานกลาง	ทุกอายุ	ORS Ringer's lactate เข้าหลอดเลือดดำ	50 ml / ก.ก.	ภายใน 4 ชม.
ชนิดรุนแรง	เด็กทารก เด็กโต ผู้ใหญ่	Ringer's lactate เข้าหลอดเลือดดำ ORS Ringer's lactate เข้าหลอดเลือดดำ	40 ml / ก.ก. 40 ml / ก.ก. 110 ml / ก.ก.	ภายใน 4 ชม. ภายใน 4 ชม. เริ่มต้นให้เร็วเท่าที่จะทำได้ จนกระทั่งคลำชีพจรได้

ที่มา : ขวลิขิต ทศนสว่าง. 2532 : 138

2. การรักษาอุจจาระ

เพื่อทดแทนสารน้ำและเกลือแร่ส่วนที่เสียไปเรื่อย ๆ ระหว่างการรักษา ดังตาราง 7

ตาราง 7 แนวทางในการให้การรักษาคุมอาการ จำแนกตามชนิดความรุนแรงของโรค

ชนิดของอุจจาระ	ชนิดของสารน้ำ ตาลเกลือแร่	วิธีให้	จำนวนของ ORS
ชนิดรุนแรงน้อย(ไม่มากกว่า 1 ครั้งทุก 2 ชม.หรือนานกว่าหรือน้อยกว่า 5 ml. ต่อ นน.ตัว 1 กก.ต่อชม.)	ORS	โดยทางปากที่บ้าน	100 ml./กก.นน.ตัว/วันจนกระทั่งอาการอุจจาระร่วงหยุด
ชนิดรุนแรง(มากกว่า 1 ครั้งทุก 2 ชม.หรือนานกว่าหรือน้อยกว่า 5 ml.ต่อ นน.ตัว 1 กก.ต่อชม.)	ORS	โดยทางปาก	ทดแทนการสูญเสียสารน้ำทางอุจจาระ โดยคิดปริมาตรที่ให้เท่ากับที่เสียไป ถ้าไม่สามารถวัดได้ก็ให้ 10-15ml. ค่อน้ำหนักตัว 1 กก./ชั่วโมง

ที่มา : ชวลิต ทศนสว่าง. 2532 : 139

3. สารน้ำและเกลือแร่ที่ร่างกายต้องการตามปกติ

สารน้ำต้องมีเกลือแร่ต่ำกว่าในร่างกาย เช่น น้ำเปล่า นมแม่ นมผงเจือจาง โดยเฉพาะเด็กอ่อนต้องการน้ำมาก จึงควรให้พร้อม ๆ กับการรักษาและการรักษาคุมอาการดังนี้

3.1 เด็กที่ดื่มนมแม่ ให้เด็กดื่มนมตามต้องการหลังให้ ORS แล้ว

3.2 เด็กที่ไม่ดื่มนมแม่ หลังให้ ORS ให้ น้ำเปล่าครึ่งหนึ่งของ ORS ที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว ให้ดื่มภายใน 1-2 ชั่วโมง ก่อนจะให้ ORS ต่อไปอีก

3.3 เด็กโตและผู้ใหญ่ระหว่างให้ ORS ให้ดื่มน้ำเปล่าได้ตามต้องการ

หากผู้ป่วยมีอาการเลวลงหรือยังขาดน้ำอยู่หลังให้สารน้ำทดแทน (Rehydration Therapy) ก็ให้เพิ่มความเร็วและจำนวนสารน้ำที่ให้ หากผู้ป่วยมีอาการเลวลง และมีภาวะขาดน้ำมากขึ้น การพิจารณาให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง

ส่วนประกอบของ ORS ที่ WHO แนะนำมีดังนี้

โซเดียม (Sodium) 10 mEq/L, โพแทสเซียม (Potassium) 20 mEq/L, คลอไรด์ (Chloride) 80 mEq/L ไบคาร์บอเนต (Bicarbonate) 30 mEq/L และกลูโคส (Glucose) 111 mEq/L

นอกจากนี้ในกรณีที่หาน้ำตาลกลูโคสไม่ได้ ก็อาจผสมได้เองโดยใช้น้ำตาลทรายหรือ Sucrose โดยใช้ชาน้ำปลาที่สะอาด (ประมาณ 750 ลบ.ซม.) เติมน้ำคั้นสุกผสมเกลือแกงครึ่งช้อนชา และน้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ ก็จะได้ส่วนผสมที่มีโซเดียม (Sodium) 40 mEq/L คลอไรด์ (Chloride) 40 mEq/L และ ซูโคส (Sucrose) 3%

การรักษาภาวะโภชนาการ ไม่จำเป็นต้องงดอาหาร เพื่อการพักลำไส้เพราะจะทำให้ลำไส้เล็กทำงานได้เลวลงด้วย แนวทางการปฏิบัติคือ

1. เด็กที่ดื่มนมมารดา ให้ทารกดื่มนมได้ตามต้องการ

2. เด็กที่ไม่ได้ดื่มนมมารดา ให้ดื่มนมเจือจางลงครึ่งหนึ่งตามความต้องการ

3. เด็กโตและผู้ใหญ่ ให้รับประทานได้ตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ควรเป็นอาหารที่ย่อยง่ายอาหารที่ให้เริ่มให้ได้ แม้ยังไม่หยุดถ่ายอุจจาระก็ตาม อาหารที่มีโปแตสเซียมสูงประเภทนมหรือน้ำผลไม้มีประโยชน์มาก

ยาแก้ท้องเสีย (Anti Diarrhoea Agent) ไม่สามารถป้องกันหรือรักษาอาการขาดน้ำของผู้ป่วยได้ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะให้ในผู้ป่วยทุกราย

ยาปฏิชีวนะจะย่นระยะเวลาของโรคให้สั้นลง ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดังตาราง 8

ตาราง 8 ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

ยาที่ใช้	วิธีการใช้ยา
Tetracycline	เด็ก: 500 มก./กก./วัน โดยแบ่งให้วันละ 4 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน ผู้ใหญ่: 500 มก. วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน
Furazolidon	เด็ก: 5 มก./กก./วัน วันละ 4 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน ผู้ใหญ่: 100 มก. วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน
Erythromycin	เด็ก: 30 มก./กก./วัน วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ผู้ใหญ่: 250 มก. วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน

ที่มา : ชวลิต ทศนสว่าง. 2532 : 141

การป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

วิธีดำเนินการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมีดังต่อไปนี้
(พัฒน์ สุขจันทร์. 2525 : 78 - 82)

ก. การป้องกันโรคท้องร่วง

โดยปกติคือหิวตกโรคมักเกิดระบาศในฤดูร้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการขาดแคลนน้ำ การป้องกันโรคท้องร่วงจึงควรเริ่มก่อนเข้าฤดูร้อน โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. การเฝ้าระวังโรค เป็นมาตรการสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบถึงสถานการณ์ของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยรายแรก มาตรการเฝ้าระวังโรคประกอบด้วย

1.1 ติดตามระดับตราบึง แนวโน้มของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เพราะปรากฏว่า ก่อนที่จะพบเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงนั้น จะมีผู้ป่วยอุจจาระร่วงสูงมากผิดปกติมาก่อน

1.2 การรายงานโรค เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์และอนามัย สถานีอนามัย และสำนักงานผดุงครรภ์ จะต้องพร้อมจัดทำทะเบียนให้ถูกต้อง เพื่อให้จังหวัด และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบสถานการณ์ของโรคที่แท้จริง

1.3 ค้นหาผู้ป่วยอุจจาระร่วงอย่างแรงให้ได้เร็วที่สุด โดยเฉพาะรายแรก ๆ จึงต้องเก็บอุจจาระผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทุกรายที่มีบริการรักษาส่งตรวจทางห้องชันสูตรโรค

1.4 การค้นหาแหล่งของเชื้อโรค โดยการเก็บตัวอย่างอาหารและน้ำส่งตรวจหาเชื้อเป็นประจำ เพื่อค้นหาแหล่งของโรคให้พบและจัดการทำลายก่อนที่เชื้อจะแพร่กระจายออกไป ดังนี้

1.4.1 เก็บตัวอย่างอาหารทั้งที่ปรุงเสร็จแล้วและอาหารดิบ เช่น ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย และ ปลา

1.4.2 เก็บตัวอย่างน้ำ จากแม่น้ำ ลำคลอง บ่อ โดยเฉพาะแหล่งที่เคยมีโรคเกิดเป็นประจำ น้ำประปาและน้ำที่ใช้ทำน้ำแข็ง ก็ควรส่งตรวจด้วย

2. ปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมักเกิดในแหล่งที่การสุขาภิบาลไม่ดี โดยเฉพาะในแหล่งสลัมหรือแหล่งที่มีกรรมกรรมกันอยู่หนาแน่น ดังนั้น การปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จึงเป็นมาตรการที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการป้องกันโรคระยะยาวหรือถาวร มาตรการที่ควรพิจารณาในเรื่องนี้ได้แก่

2.1 น้ำ ต้องพยายามจัดหาน้ำสะอาดให้แก่ประชาชนอย่างเพียงพอ เช่น น้ำประปาหรือน้ำที่ถูกสุขลักษณะ ในท้องที่กั้นคาน้ำควรแนะนำให้ประชาชนจัดสร้างคู่มือน้ำเพื่อกักเก็บน้ำฝน หากประชาชนใช้น้ำจากแหล่งน้ำที่ไม่สะอาด เช่น ลำคลอง หรือบ่อน้ำที่ไม่ถูกสุขลักษณะต้องแนะนำให้ดื่มก่อนที่จะใช้บริโภคหรือให้ฆ่าเชื้อด้วยปูนคลอรีน

2.2 อาหาร ควรแนะนำดังนี้

2.2.1 แนะนำให้ประชาชนทั่วไปเลือกรับประทานแต่อาหารร้อน ๆ ที่ทำสุกใหม่ ๆ

2.2.2 งดเว้นอาหารที่ไม่มีเชื้อโรคน้ำดื่ม และแมลงวันตอม

2.2.3 ผักสดที่นำมาขายควรจะได้มีการควบคุมทั้งแหล่งผลิต

2.2.4 หากรับประทานผักดิบ ผักควรฆ่าเชื้อโรคโดยการแช่ในน้ำผสมปูนคลอรีนประมาณครึ่งชั่วโมง

2.2.5 การจัดจำหน่ายเครื่องดื่มประเภทน้ำหวานต่าง ๆ ผสมน้ำแข็ง ควรมี การควบคุมดูแลให้ถูกสุขลักษณะ อาจเป็นแหล่งแพร่โรคได้โดยเฉพาะในฤดูร้อน

2.2.6 ดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารให้ถูกสุขลักษณะ ควรจัดให้มี การอบรมผู้ประกอบการอาหาร และผู้เสิร์ฟ ตรวจร่างกายและตรวจอุจจาระ เพื่อป้องกันมิให้เป็นพาหะของโรค

2.3 การกำจัดอุจจาระ ควรแนะนำให้ประชาชน มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะโดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในแหล่งสลัม ควรเพ่งเล็งเป็นพิเศษ หากประชาชนไม่สามารถจัดสร้างส้วมได้เอง ท้องถิ่นควรจัดส้วมสาธารณะให้เพียงพอ

2.4 การกำจัดขยะมูลฝอย ควรแนะนำประชาชนให้จัดหาภาชนะสำหรับรองรับ ขยะมูลฝอยและจัดการทำลายให้ถูกหลักสุขาภิบาล

2.5 การกำจัดแมลงวันโดยใช้สารเคมี เช่น ดิฟิธเวกซ์ และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ด้วย เพราะแมลงวันเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญอย่างหนึ่ง

3. การให้สุศึกษา

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่ได้ผลดีที่สุด คือ การที่ประชาชนทุกคนรู้จักระมัดระวังตนในเรื่องการรับประทานอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ และสุขวิทยาส่วนบุคคล หากทุกคนปฏิบัติ ถูกต้องตามคำแนะนำแล้ว เชื่อที่จะทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไม่มีโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ ดังนั้น การให้สุศึกษาแก่ประชาชนให้รู้ถึงสาเหตุและการติดต่อของโรค ตลอดจนวิธีป้องกัน จึงเป็นมาตรการที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ควรกระทำอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้โดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- 3.1 สื่อมวลชนท้องถิ่น เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย หรือหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น
- 3.2 จัดให้มีการบรรยายหรืออภิปรายทางวิทยุหรือโทรทัศน์
- 3.3 จัดให้มีการประชุมชี้แจงประชาชนเป็นกลุ่ม
- 3.4 จัดให้หน่วยสุศึกษาเคลื่อนที่ออกไปตามหมู่บ้าน หรือย่านชุมชน
- 3.5 จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ในงานเทศกาลประจำปี
- 3.6 จัดเจ้าหน้าที่ออกไปให้สุศึกษาหรือสอนในชั้นเรียน แก่นักเรียนตาม

โรงเรียนต่าง ๆ แจกจ่ายโปสเตอร์ หรือใบปลิวคำแนะนำต่าง ๆ ให้ทั่วถึง

4. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

วัคซีนโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงใช้ในการป้องกันโรคได้ประมาณ 50% และอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนเป็นอย่างมาก ดังนั้นควรชี้แจงให้ประชาชนได้ทราบว่า ถึงแม้ฉีดวัคซีนแล้วก็ยังต้องระมัดระวังเรื่องอาหาร และน้ำด้วย จึงจะปลอดภัยจากโรคได้อย่างแน่นอน ปัจจุบัน การให้วัคซีน จึงมีอยู่ในวงจำกัด กล่าวคือ ให้ใช้ฉีดเฉพาะท้องที่ที่มีการระบาดของโรคเท่านั้น หรือท้องที่ที่เคยมีโรคเกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น ในจังหวัดชายทะเลบริเวณอ่าวไทย และการฉีดวัคซีนนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ห้ามตั้งด่านกักฉีดวัคซีน สถานบริการทุกแห่งควรมีวัคซีนสำรองไว้ให้ บริการได้เมื่อประชาชนต้องการ

5. จัดทำแผนและควบคุมโรคไว้ล่วงหน้า โดยกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตาม ที่กล่าวแล้ว พร้อมทั้งกำหนดตัวเจ้าหน้าที่ และมอบหมายงานให้รับผิดชอบโดยแน่ชัด จัดเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ไว้ให้พร้อม

ข. การควบคุมโรคเมื่อตรวจพบเชื้อรายแรก ๆ

เมื่อตรวจพบเชื้อหวัดในผู้ป่วยแล้ว จะต้องรีบดำเนินการควบคุมโรคโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยรายแรก มิฉะนั้น โรคอาจจะระบาดแพร่กระจายออกไปอย่างกว้างขวาง ทำให้ยากแก่การควบคุม มาตรการในการควบคุมโรคมีดังนี้

1. รีบรายงานโรคโดยเร็วที่สุด เมื่อตรวจพบเชื้อแล้วต้องรายงานให้กระทรวงสาธารณสุขทราบโดยโทรศัพท์ทางไกล (กองระบาดวิทยา) และแจ้งให้จังหวัดใกล้เคียงทราบด้วย

2. แยกผู้ป่วยไว้รักษา โดยแยกเรือนพักผู้ป่วยไว้ต่างหาก พร้อมทั้งการระมัดระวัง การติดต่อเชื้อภายในเรือนพักคนไว้โดยให้มีมุ้งลวดกันแมลงวันและน้ำยาฆ่าเชื้อให้เจ้าหน้าที่ล้างมือ

3. จัดการทำลายเชื้อโดยด่วน โดยเฉพาะอุจจาระและอาเจียนของผู้ป่วย ต้องจัดการ ฆ่าเชื้อโรคโดยใช้น้ำยาไลโซล หรือน้ำปูนคลอรีน ทั้งนี้รวมทั้งเสื้อผ้า สิ่งของเครื่องใช้ที่เปื้อนครื้อด้วย

4. ทำการสอบสวนโรค พยายามสอบสวนหาแหล่งที่มาของเชื้อโรคของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย

5. ติดตามผู้สัมผัสโรค ผู้สัมผัสโรคทุกคนต้องเก็บอุจจาระส่งตรวจหาเชื้อพร้อมทั้งให้ยาเดตราไซคลิน ไฮโดรคลอไรด์ กินครั้งละ 2 แคปซูลวันละ 3 เวลา ติดต่อกัน 3 วัน ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงชนิดเอนเทอรีพบว่ามีพาหะค่อนข้างสูง ผู้สัมผัสที่ตรวจพบเชื้อจะต้องติดตามให้การรักษานานกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อ

6. พยายามค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้พบโดยเร็วที่สุด โดยเก็บอุจจาระผู้ป่วย อุจจาระร่วงส่งตรวจหาเชื้อทุกรายเพื่อตัดการแพร่กระจายของเชื้อได้ทันทั่วถึง

7. ผู้ป่วยทุกรายต้องจัดทำทะเบียนประวัติต่าง ๆ โดยละเอียดและถูกต้องโดยเฉพาะบ้านเลขที่ตำบลที่อยู่ เพื่อสะดวกในการสอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัสและการส่งเจ้าหน้าที่ไปทำลายเชื้อ

8. ในขณะที่มีโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเกิดขึ้นแล้ว นอกจากจะดำเนินการตามที่กล่าวมาแล้วโดยรีบด่วน ก็จะต้องดำเนินการมาตรการป้องกันโรคตามที่กล่าวมาแล้วในข้อ ก. ด้วย คือ การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การค้นหาผู้ป่วยและแหล่งของโรค การให้สุขศึกษา การฉีดวัคซีนป้องกันโรค

9. หากโรคเกิดระบาดรุนแรงเกินกำลังความสามารถของจังหวัด ให้แจ้งกรมควบคุมโรคติดต่อทราบเพื่อจัดส่งเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางไปช่วยเหลือเสริมกำลัง.

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่ามาตรการดังกล่าวไม่สามารถจะควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ จึงได้กำหนดมาตรการอย่างจริงจังเพิ่มขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 11 - 13)

1. ให้มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ในระดับกระทรวง ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยเน้นการประสานงานร่วมมือระหว่างทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Intersectoral Cooperation) ในทุกระดับทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ให้มีการวิเคราะห์และกำหนดพื้นที่และกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังโรคเชิงรุกอย่างใกล้ชิด เช่น แหล่งก่อสร้าง ชุมชนแออัด ตลาด สถานีขนส่ง ชุมชนอุตสาหกรรม สถานสงเคราะห์ โรงน้ำแข็ง เป็นต้น โดยอาศัยข้อมูลจากการเฝ้าระวังและการสำรวจสถานะทางสุขภาพในการกำหนดจุดเป็นพื้นที่เสี่ยงที่ต้องเร่งดำเนินการก่อน
3. การเฝ้าระวังและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง จะต้องดำเนินการในลักษณะเชิงรุกตามหลักการ โดยเน้นการสุ่มตรวจหาเชื้อในน้ำดื่ม น้ำใช้ และอาหาร รวมทั้งการเก็บอุจจาระผู้ป่วยในรายที่สงสัยทุกรายส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. เมื่อมีรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเกิดขึ้นเพียง 1 ราย ให้รีบดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคทันทีที่ได้รับรายงาน
5. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากโรงพยาบาล ควรอนุญาตให้กลับบ้านได้ ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ และมีผลการชันสูตรอุจจาระตรวจไม่พบเชื้อติดต่อกัน 3 ครั้ง เพื่อป้องกันมิให้มีการกลับไปแพร่เชื้อในชุมชน รวมทั้งให้มีระบบการรักษา ผู้ป่วยฟรีทุกรายในพื้นที่ที่มีการเกิดโรค
6. สนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจของชุมชน ในการควบคุมป้องกัน โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เช่น การแจ้งข่าวการเกิดโรค การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยเฉพาะในงานเทศกาลต่าง ๆ ที่มีการชุมนุมคนจำนวนมาก
7. ให้มีการจัดเตรียมเวชภัณฑ์ เคมีภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมเพื่อการสนับสนุนทีมปฏิบัติงานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต
8. ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอาหาร ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการล้างตลาด การใส่คลอรีนใน แหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ การดูแลความสะอาดของจุดบริการส้วมสาธารณะ การกำจัดขยะและแมลงนำโรค โดยประสานกับเทศบาลและสุขภาพ

9. สนับสนุนการให้สุศึกษาประชาชนสัมพันธ์แก่ประชาชน ตั้งแต่ก่อนฤดูกาลระบาด โดยพยายามใช้สื่อต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ได้แก่ การล้างมือ ก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าส้วม การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ การดื่มน้ำสะอาด การส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการส่งเสริมให้มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนให้รู้จักรักษาโรคอุจจาระร่วงเบื้องต้น ด้วยการให้สารน้ำทางปาก และการใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

ไอคริส และคณะ.(Idris et al. 1981 : 311 - 318) ศึกษาแบบแผนการให้อาหารเด็กและการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเขตเมือง และชนบทของเมืองลัคเนา โดยทำการศึกษาทารกและเด็กในเขตเมืองลัคเนา 188 ราย ที่มารับบริการภูมิคุ้มกันโรค และสุ่มตัวอย่างทารกและเด็กในเขตชนบทจำนวน 136 ราย ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ปี ค.ศ. 1978 ถึง มกราคม ปี ค.ศ. 1979 ผลการศึกษานี้พบว่าเด็กในชนบทเกิดโรคอุจจาระร่วงในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 42.6 และเด็กในเขตเมืองเกิดร้อยละ 49.5 ซึ่งโรคอุจจาระร่วงเกิดได้สูงมากในเด็กที่บิดามารดามีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำและในกลุ่มที่มารดามีการศึกษาต่ำ เมื่อทดสอบทางสถิติก็พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของอัตราป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกัน กล่าวคือ ทารกและเด็กที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะเกิดโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าเด็กและทารกที่มีมารดาซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงและมารดาที่มีการศึกษาสูงขึ้นเท่าใด การเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรก็จะยิ่งลดลงมากขึ้น

กาห์น (Khan. 1982 :164 - 168) ศึกษาเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมล้างมือด้วยสบู่และน้ำหลังถ่ายอุจจาระและก่อนรับประทานอาหารกับการติดเชื้อบิด (Shigella) การศึกษาใช้วิธีการศึกษาติดตาม (Prospective Study) โดยมีกลุ่มควบคุม ทั้งกลุ่มศึกษา (Study Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) จะได้รับการตรวจหาเชื้อบิดและตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เลือกโดยวิธีเปรียบเทียบ อายุเพศ และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มศึกษาจะได้รับแจกสบู่และน้ำ และถูกกระตุ้นให้ล้างมือหลังล้างกัน เมื่อเสร็จจากการถ่ายอุจจาระ และก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง โดยที่จะมีผู้ทำการเช็ดขนาดสบู่และปริมาณน้ำที่เหลือทุกวัน ทุกครอบครัวจะถูกสังเกตทุกวัน วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อว่าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ ส่วนครอบครัวในกลุ่มควบคุม จะไม่ได้รับแจกอย่างใดอย่างหนึ่งเลย การเฝ้าสังเกตใช้เวลานาน 10 วัน ในช่วง 10 วันจะได้มีการตรวจอุจจาระ

เพื่อแยกหาเชื้อโรคอุจจาระร่วงและเชื้อบิด เพื่อหาความแตกต่างในการติดเชื้อระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มศึกษามีอัตราการติดเชื้อ (Secondary Infection) ร้อยละ 10.1 ขณะที่กลุ่มควบคุม มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 32.4 และอัตราป่วย (Secondary Case Rate) สูงเพียงร้อยละ 2.2 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 14.2 ในกลุ่มเปรียบเทียบ

คานัน และชาฮิดุลลาร์ (Khan and Shahidullah. 1982 : 273 - 377) ศึกษาบทบาทของน้ำ และสุขาภิบาลต่อการเกิดโรคอหิวาตกโรค ในค่ายลี้ภัยที่เมืองเดคคา (Decca) ในปี 1974-1975 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคอหิวาตกโรคในกลุ่มผู้ลี้ภัย 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ใช้ส้วมที่มีฝาปิด และมีน้ำประปาใช้กับกลุ่มที่ใช้ส้วมที่ไม่มีฝาปิด (Uncovered Surface Latrin) และใช้น้ำจากบ่อขุด (Pond) และบ่อเจาะ (Tube Well Water) ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ลี้ภัยจากค่ายลี้ภัย 3 แห่งที่ป่วยด้วยโรคอหิวาตกโรค ซึ่งมารักษาที่โรงพยาบาล ค่าย A เป็นค่ายที่ใช้น้ำประปาและ ส้วมซึม ค่าย B และ C ใช้น้ำจากบ่อเจาะ และบ่อขุด และส้วมล้อมรั้วบนพื้นราบไม่มีฝาปิด และไม่ได้ขุดหลุม ผู้ลี้ภัยทั้งหมดนับถือศาสนาเดียวกัน และมีสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ และอัตราการรู้หนังสือต่ำ เช่นเดียวกันทุกค่าย ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการป่วยด้วยโรคอหิวาตกโรคที่มารับการศึกษาที่โรงพยาบาลของกลุ่มคนจาก 3 ค่าย ดังกล่าวคือ ค่าย A มีอัตราป่วย 1.6 คนต่อพัน ขณะที่ค่าย B และค่าย C มีอัตราป่วย 4.0 และ 4.3 ต่อพัน ตามลำดับ

มาตุเลสซี และคณะ. (Matulessy et al. 1982 : 401- 404) ได้ศึกษาอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และสถานะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีโรคอุจจาระร่วงในเมืองโบเกอร์ ชาวตะวันตก ประเทศอินโดนีเซีย โดยทำการสำรวจเด็กที่มาตรวจที่คลินิกของศูนย์โภชนาการในเมืองโบเกอร์ ระหว่างเดือนมีนาคม ค.ศ. 1978 - เดือนเมษายน 1979 ซึ่งมีเด็กทั้งหมด 3,022 คน พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของเด็กทั้งหมด 1,552 คน ที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เป็นเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการรวมอยู่ด้วย เมื่อได้ทำการสุ่มตัวอย่างมา 71 ราย เพื่อสัมภาษณ์พ่อแม่เด็ก และติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาข้อมูลด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพบ้านและข้อมูลด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (ดัชนีที่ใช้วัดสภาพบ้าน ได้แก่ พื้นบ้าน ฝาผนัง หลังคา ทางระบายลม ดัชนีที่ใช้วัดสภาพสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีน้ำประปาสำหรับดื่มและใช้ การมีส้วม การกำจัดขยะและแมลงนำเชื้อ) ผลการศึกษาพบว่าเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.6) อยู่ในกลุ่มอายุ 13-34 เดือน การศึกษาของบิดามารดาของเด็กเหล่านี้ ส่วนใหญ่จบการอบรมหลักสูตรอาชีวศึกษา ซึ่งสูงกว่าชั้นประถมต้นเล็กน้อย (ร้อยละ 42.3 สำหรับบิดา และร้อยละ 43.8 สำหรับมารดา สำหรับอาชีพนั้น ส่วนใหญ่บิดามีอาชีพเป็นกรรมกร (ร้อยละ 30.9) และเกือบทั้งหมดของมารดาเด็กเหล่านี้ (ร้อยละ 88.7) ไม่มีงานทำ สภาพแวดล้อมส่วนใหญ่ขาดสุขลักษณะ กล่าวคือ ร้อยละ 57.7 มีสภาพบ้านและ

สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี มีเพียงร้อยละ 7 ที่มีสภาพบ้านและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพดี ในด้านระดับรายได้ เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.7) มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ชี้ภาวะยากจน ผู้วิจัยได้อภิปรายเพิ่มเติมว่า เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 13-14 เดือน ซึ่งอยู่ในวัยต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่จากมารดา ดังนั้น ระดับการศึกษาของมารดา ความยากจน การขาดแคลนน้ำ เครื่องอุปโภคบริโภค การจำกัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกวิธี และสุขอนามัยส่วนบุคคล มีความสำคัญและส่งผลให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

เบอร์ทรันด์และวอลมัส (Bertrand and Walmsley, 1983 : 205 - 210) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนของมารดา ในการทำนายการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยการสัมภาษณ์มารดาที่อาศัยในเมืองคาสี ประเทศโคลัมเบีย จำนวน 583 คนที่มีบุตรแรกเกิดถึงอายุ 4 ปี จากจำนวนประชากรทั้งหมด 70,000 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุของ โรคอุจจาระร่วง ความรู้เกี่ยวกับสถานที่ และวิธีการรักษาโรคอุจจาระร่วง อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานที่ที่อยู่อาศัย ชนิดของน้ำใช้ และบ้านเกิดของมารดา ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 ปี

แอลแมน และปีแอร์ หลุยส์ (Allman and Pierre-Louis, 1992 : 6 - 7) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ของมารดาเด็ก จำนวน 16 คนที่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี โดยการสัมภาษณ์อย่างลึกในเขตชนบทห่างไกล 5 แห่งที่ประเทศไฮติ เมื่อปี ค.ศ. 1981 ผลการศึกษาพบว่ามารดาทุกคนรับรู้โรคอุจจาระร่วงคือ การถ่ายอุจจาระร่วงหลายครั้ง และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคว่าอาจทำให้ตายได้ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงนั้นมารดา ส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อผิด ๆ ว่าโรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุมาจากพิษขึ้น และน้ำนมแม่เสีย (Spoiled Mother's Milk) แต่ก็มีบางรายที่มีความรู้ที่ถูกต้องว่าโรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

การวิจัยในประเทศไทย

ถัดมาเหมาะสมสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ (2521 : 160 - 165) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนของมารดาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง โดยเก็บข้อมูลจากมารดาที่พานบุตรอายุ 12 เดือน และต่ำกว่ามารักษาด้วยโรคอุจจาระร่วงที่แผนกตรวจคนไข้นอกโรงพยาบาลรามารับดี ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2521 จำนวน 55 คน พบว่ามารดาประมาณครึ่งหนึ่งที่ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของโรคนี้ นอกจากนี้มารดาประมาณ หนึ่งในสามยังมีความเชื่อหรือการรับรู้ (Perception) ผิด ๆ ว่า สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเป็น เนื่องจากเด็กเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 27) เด็กถูกกระแทกกระเทือนจากการตกหรือพิษขึ้น ผู้ที่ทราบว่

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเกิดจากการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นมารดาที่จบระดับอุดมศึกษา และมารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการอุจจาระร่วงถูกต้อง กล่าวคือ มีอาการถ่ายอุจจาระมากครั้งขึ้น และลักษณะอุจจาระจะเปลี่ยนแปลง

ยง ภู่วรรณ และคณะ (2525 : 353 - 359) ศึกษาความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารก โดยทำการสัมภาษณ์มารดาที่นำทารกมารับการตรวจสุขภาพใน คลินิกเด็กดีของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และคลินิกส่วนตัว ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2524 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2525 จำนวน 96 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-29 ปี และมารดามีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในทารกที่นำมาับการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 62.5 ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารก มียึดตัวเปลี่ยนอิริยาบถ ฟันขึ้น เติบโตไม่สะดวก แพ้ลม มารดาได้รับประทานอาหารผิด กินนมที่ค้าง นมบูด ป้องกันโรค ดิน ฟ้า อากาศเปลี่ยน และตัวเหลืองในทารก ความเชื่อเกี่ยวกับการยึดตัว เปลี่ยนอิริยาบถไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาดังแต่ระดับมัธยมศึกษาลงมา กับกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา และอุดมศึกษา แต่ความเชื่อเรื่องการเติบโตไม่สะดวกเป็นเหตุให้เกิดโรคท้องร่วง พบในมารดาที่มีการศึกษาสายอาชีพ อนุปริญญา และอุดมศึกษามากกว่ากลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมทรง สุกคัลป์ (2527 : 80 - 89) ศึกษา ความเชื่อและปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ อันได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งชี้นะให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน ปัจจัยด้านความเชื่อถือเกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วง และความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงและความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้การวิจัยยังมีวัตถุประสงค์ที่จะอธิบายถึงความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในผู้ใหญ่และเด็ก ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงและความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง ประชากรเป้าหมายสำหรับการศึกษานี้ ได้แก่ มารดาอายุระหว่าง 15-49 ปี มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 1 คน และอาศัยในเขตพื้นที่ยากจน จังหวัดขอนแก่น ขนาดตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์รวมทั้งสิ้น 386 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยสิ่งชี้นะให้เกิดพฤติกรรมป้องกันต่างก็ไม่มีอิทธิพลในการกำหนดความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วง และความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง สำหรับการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ทางสังคม เศรษฐกิจ ปัจจัย ด้านสิ่ง ชี้นะ ให้เกิด พฤติกรรม การป้องกัน และปัจจัยด้านความ

เชื่อกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ผลปรากฏว่า ปัจจัยดังกล่าวต่างมีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจอื่นได้แก่ รายได้ครัวเรือนต่อปี และอาชีพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยพบว่า

1. รายได้ครัวเรือนต่อปีของมารดามีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา และบุตรในชนบทในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ มารดาที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงมากกว่าที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีระดับปานกลางน้อย ($P < 0.05$)

2. อาชีพ ซึ่งไม่ใช่เกษตรกรกรรม มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่าอาชีพเกษตรกรกรรม ($P < 0.05$)

3. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงมีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน ($P < 0.05$)

4. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงจากแหล่งต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน ($P < 0.01$)

5. ประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็นและเคยเป็นอุจจาระร่วง ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางตรงข้าม ($P < 0.05$)

สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่ามารดาเกือบทั้งหมดมีความเชื่อที่ถูกต้อง หรือเป็นความเชื่อที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เช่น เชื่อว่าโรคอุจจาระร่วงเกิดจากการรับประทานอาหารไม่สะอาด อาหารดิบ อาหารมีเชื้อโรคอุจจาระร่วง

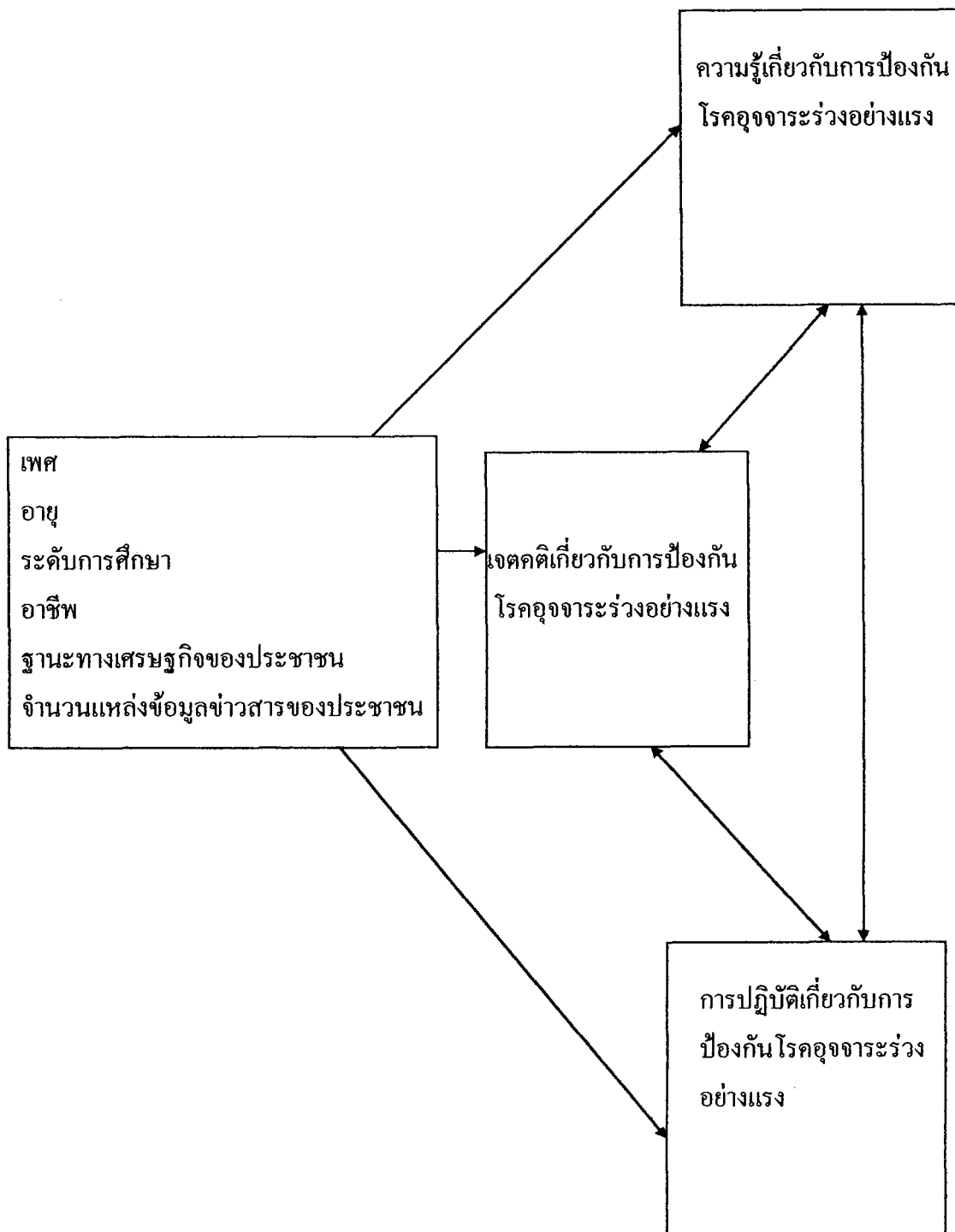
ดุสิต ชูรัตน์ และคณะ (2530 : 61 - 84) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารกและเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนแออัดแขวงคลองถนน เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ซึ่งมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 422 คน พบว่ารายได้ของครัวเรือน ความเชื่อของมารดา และพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการใช้น้ำคลอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง

สิทธิพันธุ์ ไชยพันธ์ และคณะ (2531 : 17-29) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในหมู่บ้าน ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง และต่ำในจังหวัดนครราชสีมา โดยการศึกษาย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 20-27 ธันวาคม 2529 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามและสังเกตพฤติกรรมของประชากรทุกกลุ่มอายุในหมู่บ้านที่มีลักษณะทั่วไป และประชากรคล้ายกัน แต่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่างกัน จากหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยสูงจำนวน 112 ครัวเรือน และ หมู่บ้านที่มีอัตราป่วยต่ำ จำนวน 90 หลังคาเรือน ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีอัตรา

ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง มีความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พฤติกรรมอนามัย การใช้แหล่งน้ำดื่มที่สะอาด การปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม การปรุงอาหาร การบริโภคอาหาร การใช้ส้วม การกำจัดน้ำโสโครกต่ำกว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่ำ และผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า การปรับปรุงพฤติกรรมอนามัยเหล่านี้ให้ดีขึ้นน่าจะเป็นวิธีวิธีหนึ่งในการลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้

ชฎาภรณ์ สุชนรินทร์ (2534 : 164 - 169) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชน ในจังหวัดยโสธร โดยทำการศึกษากับประชาชน 2 กลุ่ม คือ มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดยโสธร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ คือ ความรู้ การรับรู้ ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ การมีตู้กับข้าวหรือฝาชี๊ว เสิ่งเพลิงหุงต้มอาหาร สบู่หรือผงซักฟอก น้ำใช้อุปโภคและบริโภค ส้วม ฯลฯ ปัจจัยเสริม คือ จำนวนคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือ บุคคลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. หรือ ผสส. ของประชาชนทั่วไป และจำนวนคำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะป่วย และปัจจัยด้านคุณลักษณะของประชากร คือ เพศ (เฉพาะกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป) อายุ รายได้ของครัวเรือน และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ซึ่งปัจจัยด้านต่าง ๆ นี้ นำมาหาคำนวน้ำหนักสมทบในการทำนายการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ผลการศึกษาพบว่า การเสริมแรงจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง คือ บุคคลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ ผสส. ในปัจจัยเสริมด้วยการให้คำแนะนำ ไม่มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของประชาชนในจังหวัดยโสธร ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปของประชาชนในจังหวัดยโสธร นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้กับเด็กของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ จะเห็นว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จะขึ้นอยู่กับหลายตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ ทำให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปออกมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

15. ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน

16. ประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน

17. ประชาชนที่ได้รับความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสาร ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน

18. ประชาชนที่ได้รับความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสาร ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน

19. ประชาชนมีความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงสัมพันธ์กันทางบวก

20. ประชาชนมีความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงสัมพันธ์กันทางบวก

21. ประชาชนมีเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงสัมพันธ์กันทางบวก

22. ตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน สามารถทำนายการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งรายละเอียดของวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า มีดังนี้

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 962,402 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2541 ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคการสุ่ม แบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538 : 90) จำนวน 416 คน โดยมี ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากสูตร ยามาเน่ (Yamane, 1967 : 886) ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนเท่าที่จะยอมรับได้

จากการคำนวณ จะได้ค่าของจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คนจากประชากร 962,402 คน

2. การเลือกอำเภอ ได้ทำการเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) จาก 3 อำเภอ ที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากเป็น 3 อันดับแรกของจังหวัดชลบุรี โดยเรียงลำดับจากอำเภอพนัสนิคม อำเภอเมือง และอำเภอสรีราชา

3. แต่ละอำเภอเลือกตำบลโดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) มาร้อยละ 50 ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

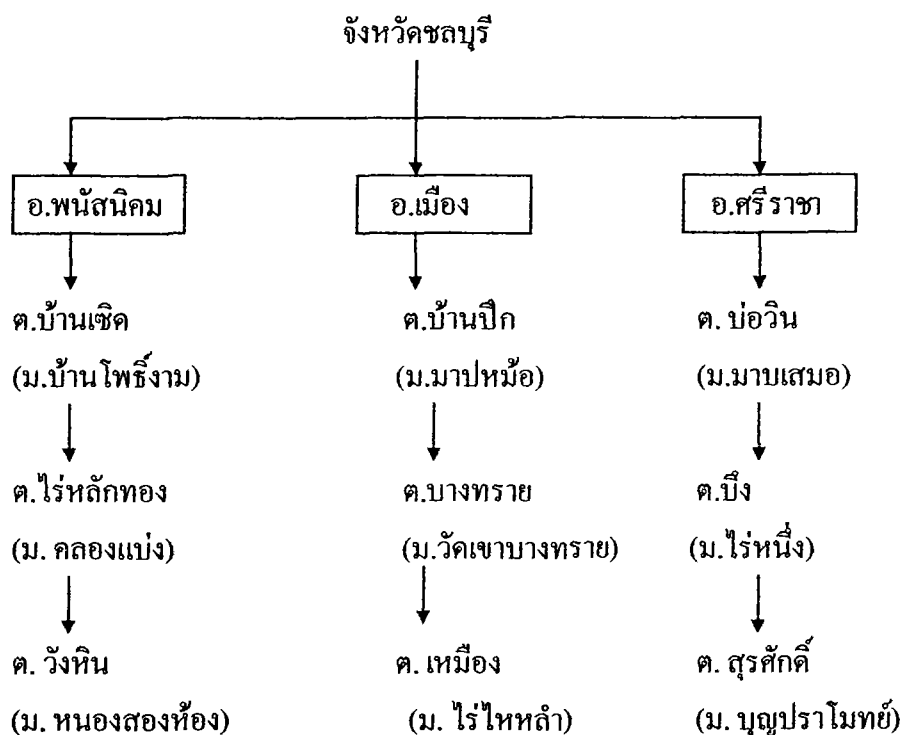
3.1 อำเภอพนัสนิคม มีทั้งหมด 22 ตำบล เลือกมาร้อยละ 50 ได้แก่ ตำบลบ้านเข็ญ ตำบลไร่หลักทอง ตำบลวังหิน ตำบลหนองเหียง ตำบลโคกเพลาะ ตำบลสระสี่เหลี่ยม ตำบลท่าข้าม ตำบลวัดหลวง ตำบลวัดโบสถ์ ตำบลหมอนนาง และตำบลนาเริก

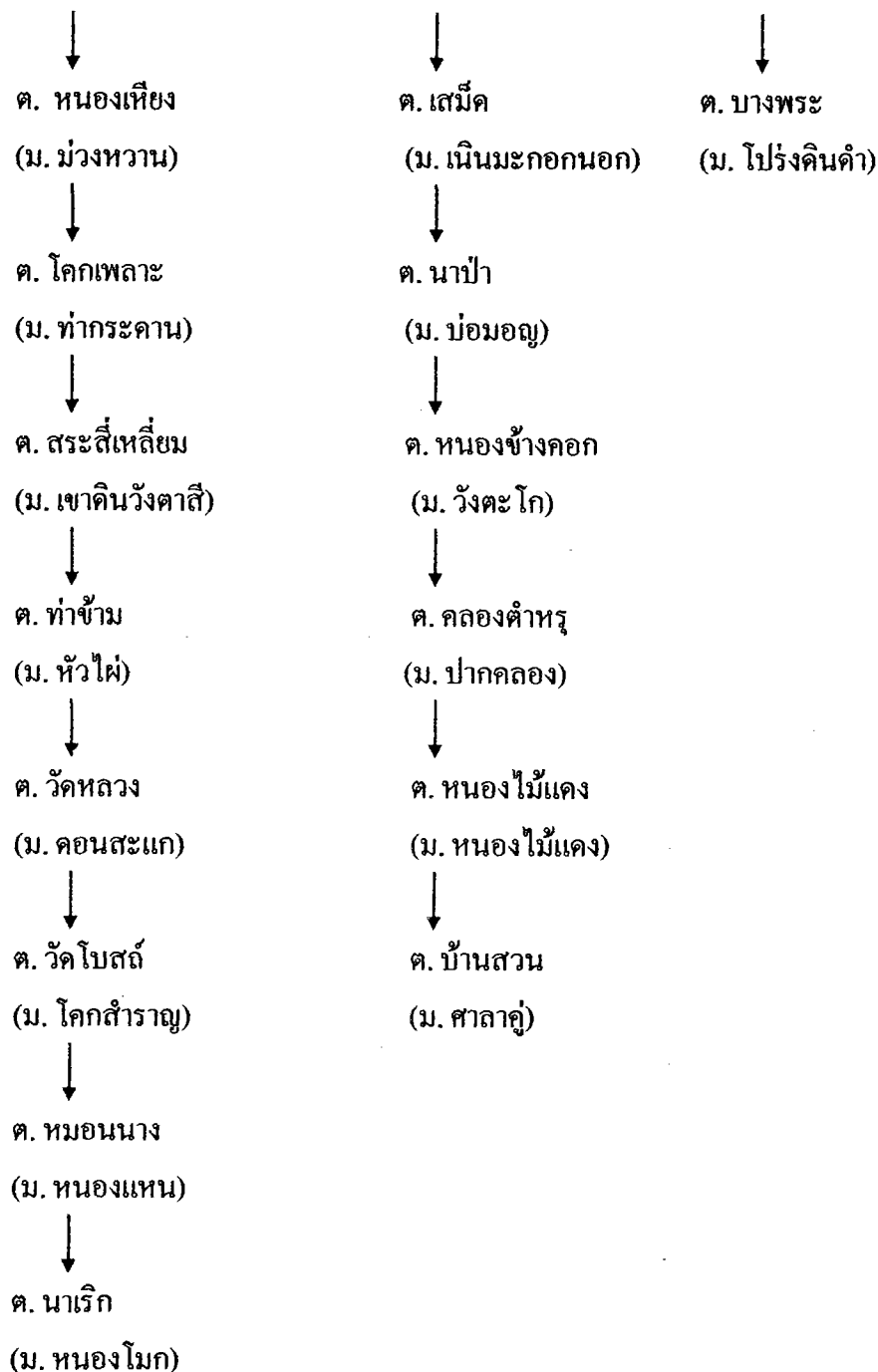
3.2 อำเภอเมือง มีทั้งหมด 18 ตำบล เลือกมาร้อยละ 50 ได้แก่ ตำบลบ้านปึก ตำบลบางทราย ตำบลเหมือง ตำบลเสม็ด ตำบลนาป่า ตำบลหนองข้าวคอก ตำบลคลองคำหารุ ตำบลหนองไม้แดง และตำบลบ้านสวน

3.3 อำเภอศรีราชา มีทั้งหมด 8 ตำบล เลือกมาร้อยละ 50 ได้แก่ ตำบลบ่อวิน ตำบลบึง ตำบลสุรศักดิ์ และตำบลบางพระ

4. แต่ละตำบลได้ทำการศึกษาโดยการสุ่มแบ่งแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ในการเลือกหมู่บ้าน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตำบลละ 1 หมู่บ้าน

ดังนั้น การดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้นนี้ สามารถสรุปเป็นแผนภูมิ ดังภาพประกอบ 4 ดังนี้





ภาพประกอบ 4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ที่มา : ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.ม.ป.ป. : ไม่มีเลขหน้า

5. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

ต้องการกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 400 คน มีรายละเอียดดังนี้

5.1 นำรายชื่อจำนวนประชากรที่เลือกมาจาก 3 อำเภอตัวอย่างตามความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ได้แก่ อำเภอพนัสนิคม อำเภอเมือง และอำเภอสรีราชา ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านตัวอย่างของแต่ละตำบลตัวอย่าง จากบัตรรอนามัยครอบครัว (รบ. 1 ต 03) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มาเรียงกันทั้งหมดตามบ้านเลขที่ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 16,671 คน แบ่งออกเป็น อำเภอพนัสนิคม 4,212 คน อำเภอเมือง 8,919 คน และอำเภอสรีราชา 3,540 คน

5.2 หาช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval – I)

$$\text{จากสูตร} \quad I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ I = ช่วงของการสุ่ม
 N = ขนาดของประชากร
 n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณจะได้ค่าช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval) เท่ากับ 40

5.3 สุ่มหน่วยเริ่มต้นโดยเริ่มจากประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในบัตรรอนามัยครอบครัว (รบ. 1 ต. 03) ของหมู่บ้านตัวอย่าง เรียงลำดับจากหมายเลข 1 และสุ่มหน่วยต่อไป โดยให้ช่วงของการสุ่ม (i) ห่างกันเท่ากับ 40 ดังนั้นหน่วยต่อไป คือหมายเลขที่ 41 ทำอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 416 คน ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Sampling) จำแนกตามรายอำเภอตัวอย่าง ตำบลตัวอย่าง และหมู่บ้านตัวอย่าง

อำเภอตัวอย่าง	ตำบลตัวอย่าง	หมู่บ้านตัวอย่าง	จำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้านตัวอย่าง	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน
พนัสนิคม	1.บ้านเชิด	1. โพธิ์งาม	159	6
	2. ไร่หลัก	2. คลองแบ่ง	290	7
	3. วังหิน	3. หนองสองห้อง	764	19
	4. หนองเหียง	4. ม่วงหวาน	238	5
	5. โคกเพลาะ	5. ท่ากระดาน	207	5
	6. สระสี่เหลี่ยม	6. เขาหินวังตาตี	221	6
	7. ท่าข้าม	7. หัวไผ่	533	13
	8. วัดหลวง	8. คอนสะแก	252	8
	9. วัดโบสถ์	9. โคกสำราญ	251	7
	10. หมอนนาง	10. หนองแหน	812	20
	11. นาเว็ก	11. หนองโมก	485	12
เมือง	1. บ้านปึก	1. มาปหม้อ	439	10
	2. บางทราย	2. วัดเขาบางทราย	3,141	78
	3. เหมือง	3. ไร่ไหล่า	714	17
	4. เสม็ด	4. เนินมะกอกนอก	726	18
	5. นาป่า	5. บ่อมอญ	1,085	27
	6. หนองข้างคอก	6. วังตะโก	1,284	32
	7. คลองตำหรุ	7. ปากคลอง	388	9
	8. หนองไม้แดง	8. หนองไม้แดง	655	16
	9. บ้านสวน	9. ศาลาคู่	487	12
ศรีราชา	1. บ่อวิน	1. มาบเสมอ	151	5
	2. บึง	2. ไร่หนึ่ง	939	23
	3. สุรศักดิ์	3. บุญปราโมทย์	1,824	48
	4. บางพระ	4. โปรงดินดำ	526	13
		รวม	16,671	416

ที่มา : ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. ม.ป.ป. : ไม่มีเลขหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบ แบ่งเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เป็นแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ (Multiple Choices) ชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง มีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ จำนวน 24 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบทดสอบและแบบสอบถามตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และวารสารที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบทดสอบและแบบสอบถามจากตำรา และเอกสารต่าง ๆ
3. สร้างแบบทดสอบและแบบสอบถาม ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง แบ่งเป็น 3 ระดับโดยอิงเกณฑ์ได้ระดับคะแนนดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร. 2529 : 77)

ระดับดี หมายถึง มีคะแนนระหว่าง 80-100 เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็ม ดังนั้นถ้าคะแนนเต็ม 12 คะแนน คะแนนที่อยู่ในระดับดี คือ คะแนนระหว่าง 9.6 - 12 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 50-79.99 เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็ม ดังนั้น ถ้าคะแนนเต็ม 12 คะแนน คะแนนที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง 6-9.5 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนระหว่าง 1-49.99 เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็ม ดังนั้น ถ้าคะแนนเต็ม 12 คะแนน คะแนนที่จัดอยู่ในระดับต่ำคือ คะแนนระหว่าง 0-5.9 คะแนน

2. แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ให้คะแนนการตอบ แบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	เจตคติเชิงบวก (คะแนน)	เจตคติเชิงลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

หาค่าเฉลี่ยเมื่อทำการวิเคราะห์แปรผลระดับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 90)

เกณฑ์	ระดับเจตคติ
3.67 - 5.00	สูง
2.34 - 3.66	ปานกลาง
1.00 - 2.33	ต่ำ

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ให้คะแนนการตอบเป็นรายข้อดังนี้

	การปฏิบัติเชิงบวก	การปฏิบัติเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่ปฏิบัติ	1	3

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนปฏิบัติ โดยตัดแปลงจากหลักเกณฑ์การประเมินของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ที่สร้างเสร็จแล้วไปให้ คณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทตรวจสอบแล้วนำมาแก้ไข

1.2 นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาเป็นรายข้อว่า แต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมโดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
หรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อแล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .5 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า .5 ผู้วิจัยจะคัดออก

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

3. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่อายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ไม่ได้เป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 3 อำเภอที่ได้เลือกไว้ศึกษา ซึ่งมีลักษณะคุณสมบัติเช่นเดียวกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้สุ่มไว้ศึกษา ซึ่งมีหมู่บ้านรวม 24 หมู่บ้าน โดยจับสลากมาหมู่บ้านละ 4 คน จะได้ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปกลุ่มทดลองจำนวน 96 คน

4. หาความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 - 0.80 ไว้

5. การหาค่าอำนาจจำแนก

5.1 แบบทดสอบความรู้ จะหาค่าอำนาจจำแนกโดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) ด้วยวิธีพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกสูงไว้ก่อน คือ ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่ดี ได้แบบทดสอบจำนวน 22 ข้อ

5.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติและการปฏิบัติตน จะหาค่าอำนาจจำแนกโดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ก่อน ได้แบบสอบถามเจตคติ 17 ข้อและแบบสอบถามการปฏิบัติ 24 ข้อ

6. การหาค่าความเชื่อมั่น

6.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและมีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร K.R.-20 (Kuder-Richardson Formula 20) (ส้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 200 – 202 ; พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123 - 125) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.68

6.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงทั้งฉบับ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach.1970:161) แบบสอบถามเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.71 และแบบสอบถามการปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือเก็บข้อมูลศึกษาค้นคว้า เรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี
2. ทำหนังสือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ถึงนายอำเภอพนัสนิคม นายอำเภอเมือง นายอำเภอศรีราชา สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอศรีราชา เพื่อแจ้งให้ทราบและขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลในท้องที่ ที่ทำการศึกษาค้นคว้า และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
3. ทำหนังสือจากนายอำเภอพนัสนิคม นายอำเภอเมือง นายอำเภอศรีราชาถึงผู้ใหญ่บ้านที่ทำการศึกษาค้นคว้า เพื่ออนุญาตและอำนวยความสะดวกในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ศึกษา
4. ผู้ศึกษาประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลที่รับผิดชอบหมู่บ้านที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างถึงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการนิเทศงานการสัมภาษณ์ของอาสาสมัครเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครที่มีความรู้ตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลาย ขึ้นไป ที่ผ่านการอบรมแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถามถึงรายละเอียดของการศึกษาค้นคว้า ครั้งนี้ และได้ทดลองใช้แบบสอบถามถึงรายละเอียดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ และได้ทดลองใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจนเป็นที่เข้าใจก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลจริงใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์
6. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง มีดังต่อไปนี้
 - 6.1 จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน
 - 6.2 ทำการเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน โดยจัดให้อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแล้ว นำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างทำ และหากกลุ่มตัวอย่างใดไม่สามารถติดต่อได้ ภายหลังจากการติดตามในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ให้ตัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วดำเนินการสุ่มบุคคลอื่นที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกันขึ้นมาทดแทน
 - 6.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครที่ได้รับการนิเทศงานจากผู้นิเทศ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล) ทุกวัน ก่อนเก็บข้อมูล และได้รับการนิเทศจากผู้ศึกษาเป็นระยะจนกว่าการเก็บข้อมูลจะแล้วเสร็จ เพื่อประเมินปัญหาและแนวทางการแก้ไข รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพของการเก็บ

ข้อมูล และผู้ศึกษาจะตรวจสอบข้อมูลจากแบบสอบถามทุกชุด หากชุดใดไม่สมบูรณ์ตัดออกจากกลุ่มตัวอย่างทันที

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 4 ตอนที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส/พีซี (SPSS/PC : Statistical Package for the Social Science / Personal Computer) ตามลำดับ ดังนี้

1. คัดเลือกแบบทดสอบและแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้ว นำมาตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำมาลงรหัส

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ตามตัวแปรอิสระ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2.2 แบบทดสอบและแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method)

2.5 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติและเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 19, 20, 21 และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

2.6 วิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อเลือกตัวทำนายที่ร่วมทำนายพฤติ

กรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็น ตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval Scales) ขึ้นไป (วิเชียร เกตุสิงห์.2526:326) แต่ถ้าเป็น ตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scales) หรือระดับเรียงอันดับ (Ordinal Scales) ต้องทำการแปลงตัวแปรดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) เสียก่อน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลตัวแปรที่จะนำมาทำตัวแปรหุ่น ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และ แหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี. 2528:7)

ตัวแปรหุ่น	ค่าตัวแปร					
<u>เพศ</u>						
ชาย	0					
หญิง	1					
<u>ระดับการศึกษา</u>						
	ED ₁	ED ₂	ED ₃			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	0	0	0			
ประถมศึกษา	1	0	0			
มัธยมศึกษา	0	1	0			
อุดมศึกษา	0	0	1			
<u>อาชีพ</u>						
	OC ₁	OC ₂	OC ₃	OC ₄		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	0	0	0	0		
ค้าขายหรือธุรกิจ	1	0	0	0		
เกษตรกรรม	0	1	0	0		
รับจ้างทั่วไป	0	0	1	0		
งานบ้าน	0	0	0	1		
<u>แหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน</u>						
	MA ₁	MA ₂	MA ₃	MA ₄	MA ₅	MA ₆
บิดา-มารดาหรือญาติพี่น้อง	0	0	0	0	0	0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	0	0	0	0	0
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	0	1	0	0	0	0
เพื่อนบ้าน	0	0	1	0	0	0
วิทยุ โทรทัศน์	0	0	0	1	0	0

เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์	0	0	0	0	1	0
นิทรรศการ	0	0	0	0	0	1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534:40)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคน

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 :74)

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า Face Validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2538:117)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้วแต่ละคนพิจารณาลงความเห็น และให้คะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่ใช่อะไรเลย

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ความยากและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยใช้คอมพิวเตอร์ในโปรแกรม SPSS โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

2.3 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงทั้งฉบับ ใช้สูตร K.R.20 (Kuder Richardson Formula 20) โดยใช้สูตร (ถ้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 168 - 169 ; พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123 - 125)

$$r_u = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum pq}{S_i^2} \right]$$

เมื่อ n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_i แทน ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

P แทน สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q แทน $1 - P$

2.4 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวม ทั้งฉบับ (Item to total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539:115)

2.5 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach.1970:161)

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

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

K แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (Student t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3 ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 77)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{x}_1, \bar{x}_2$	แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1, n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) หรือค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249)

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

เมื่อ	F	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS_B	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าผลการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยทดสอบค่าคิว (q-Statistic) โดยวิธีของนิวแมน-คูเอลส์ (Newman - Kuels Method) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 268)

$$q\sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากการตาราง
 MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสอง (Mean Square)
 n แทน จำนวนของตัวอย่างในกลุ่มที่ไม่เท่ากัน

3.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติและเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 19, 20, 21 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 322)

$$r = \frac{N\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N\sum X^2 - (\sum X)^2)(N\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

เมื่อ r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด X
 $\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum Y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
 N แทน จำนวนคน

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยทดสอบ ค่า t (t-test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 325)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
 N แทน จำนวนคน

3.5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ มีขั้นตอนดังนี้ (สำเร็จ บุญเรืองรัตน์. 2526 : 33 - 41)

3.5.1 หาค่าสหสัมพันธ์ภายใน (Intercorrelation-r) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด คือ ตัวแปรพยากรณ์ กับตัวแปรเกณฑ์

3.5.2 หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ กับตัวแปรเกณฑ์ (Multiple Correlation-r)

3.5.3 หาค่าน้ำหนักเบต้า (Beta Weight- β) และสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Equation) ที่มีนัยสำคัญ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มเติมตัวแปรเป็นขั้น ๆ (Stepwise Multiple Regresstion)

สมการถดถอยพหุคูณ มีดังนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

เมื่อ Y แทน ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

X แทน ตัวแปรต้น (Independent Variable)

β_0 แทน ระยะที่สมการตัดแกน Y ห่างจากจุด Origin (Y-interupt, Constant (น้ำหนักความสัมพันธ์ของค่าคงที่)

β_p แทน ค่าที่ Y เปลี่ยนแปลงไป เมื่อ X_p เปลี่ยนไป 1 หน่วย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S^2	แทน	ความแปรปรวน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
q	แทน	q - Statistic
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนดิบ
SE B	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่า B
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปของคะแนนมาตรฐาน
R^2	แทน	ค่าที่บอกสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้โดยตัวแปรอิสระ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส / พีซี (SPSS/PC⁺ : Statistical Package for the Social Science / Personal Computer) ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ 6 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นรายละเอียดส่วนตัวของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยการแจกแจงความถี่ ตามตัวแปรอิสระ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรอิสระ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

ตอนที่ 5 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นรายละเอียดส่วนตัวของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ตามตัวแปรอิสระ ดังปรากฏตามตาราง 10 - 11

ตาราง 10 จำนวนและค่าร้อยละของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	175	42.10
1.2 หญิง	241	57.90
2. อายุ		
2.1 15 - 30 ปี	262	63.00
2.2 31 - 45 ปี	113	27.20
2.3 46 - 60 ปี	39	9.40
2.4 61 ปีขึ้นไป	2	0.50
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	107	25.70
3.2 ประถมศึกษา	93	22.40
3.3 มัธยมศึกษา	172	41.30
3.4 อุดมศึกษา	44	10.60
4. อาชีพ		
4.1 รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	31	7.50
4.2 ค้าขายหรือธุรกิจ	75	18.00
4.3 เกษตรกรรม	62	14.90
4.4 รับจ้างทั่วไป	168	40.40
4.5 งานบ้าน	80	19.20

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน		
5.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท	90	21.60
5.2 3,000 - 8,000 บาท	257	61.80
5.3 สูงกว่า 8,000 - 20,000 บาท	69	16.60
5.4 สูงกว่า 20,000 บาท	-	-
6. จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน		
1.1 แหล่งข้อมูล	91	21.90
2.2 แหล่งข้อมูล	183	44.00
3.3 แหล่งข้อมูล	116	27.90
4.4 แหล่งข้อมูล	26	6.30
รวม	416	100.00

จากตาราง 10 แสดงว่า

1. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.90 ส่วนน้อยเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.10

2. อายุของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 15 - 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 31 - 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.20 และช่วงอายุ 46 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.40 ตามลำดับ

3. ระดับการศึกษาของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.30 รองลงมาได้แก่ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.70 และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.40 ตามลำดับ

4. อาชีพของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.40 มากที่สุด รองลงมาได้แก่ งานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 19.20 และอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 18.00 ตามลำดับ

5. ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ตั้งแต่ 3,000 - 8,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.80 รองลงมาได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.60 และรายได้สูงกว่า 8,000 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.60 ตามลำดับ

6. จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 2 แหล่ง ข้อมูลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาได้แก่ 3 แหล่งข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 27.90 และ 1 แหล่งข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 21.90 ตามลำดับ

ตาราง 11 จำนวนและค่าร้อยละของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน		
1. บิดา-มารดา หรือ ญาติพี่น้อง		
ได้รับ	182	43.80
ไม่ได้รับ	234	56.30
2. เพื่อนบ้าน		
ได้รับ	143	34.40
ไม่ได้รับ	273	65.60
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ได้รับ	245	58.90
ไม่ได้รับ	171	41.40
4. อาสาสมัครสาธารณสุข		
ได้รับ	213	51.20
ไม่ได้รับ	203	48.80

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. วิทย์ - โทรทัศน์		
ได้รับ	13	3.10
ไม่ได้รับ	403	96.90
6. เอกสาร คำรา หนังสือพิมพ์		
ได้รับ	115	27.60
ไม่ได้รับ	301	72.40
7. นิทรรศการ		
ได้รับ	23	5.50
ไม่ได้รับ	393	94.50
รวม	416	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่า

ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.90 รองลงมาได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 51.20 และบิดา - มารดา หรือญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 43.80 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ จำแนกตามตัวแปรตาม ดังปรากฏตามตาราง 12 - 16

ตาราง 12 จำนวนและค่าร้อยละของความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จำแนกตามระดับของพฤติกรรม

ชนิดของพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ระดับดี	24	5.80
ระดับปานกลาง	271	65.10
ระดับต่ำ	121	29.10
เจตคติ		
ระดับสูง	31	7.50
ระดับปานกลาง	385	92.50
การปฏิบัติ		
ระดับดี	117	28.10
ระดับปานกลาง	299	71.90
รวม	416	100.00

จากตาราง 12 แสดงว่า

1. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.10 รองลงมาได้แก่ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 29.10 และระดับดี คิดเป็นร้อยละ 5.80 ตามลำดับ
2. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.50 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 7.50
3. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.90 รองลงมาคือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 28.10

ตาราง 13 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และระดับของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ด้าน	N	$\bar{X}$	S	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ระดับพฤติกรรม
ความรู้	416	56.23	14.75	18.18	95.45	ปานกลาง
เจตคติ	416	3.29	0.25	2.76	4.06	ปานกลาง
การปฏิบัติ	416	2.28	0.16	1.75	2.71	ปานกลาง

จากตาราง 13 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเท่ากับ 56.23 ($S = 14.75$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเท่ากับ 3.29 ($S = 0.25$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเท่ากับ 2.28 ($S = 0.16$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 14 จำนวนคน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

ตัวแปร	N	S	$\bar{X}$	ระดับความรู้
1. เพศ				
1.1 ชาย	175	56.68	13.95	ปานกลาง
1.2 หญิง	241	55.90	15.33	ปานกลาง

ตาราง 14 (ต่อ)

ตัวแปร	N	S	$\bar{X}$	ระดับความรู้
2. อายุ				
2.1 15 - 30 ปี	262	56.25	14.60	ปานกลาง
2.2 31 - 45 ปี	113	56.88	16.15	ปานกลาง
2.3 46 - 60 ปี	41	54.32	11.41	ปานกลาง
3. ระดับการศึกษา				
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	107	51.32	11.83	ปานกลาง
3.2 ประถมศึกษา	93	47.31	14.09	ต่ำ
3.3 มัธยมศึกษา	172	59.57	11.87	ปานกลาง
3.4 อุดมศึกษา	44	73.97	13.06	ปานกลาง
4. อาชีพ				
4.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	31	75.81	8.81	ปานกลาง
4.2 ค้าขายหรือธุรกิจ	75	59.70	11.90	ปานกลาง
4.3 เกษตรกรรม	62	52.93	14.10	ปานกลาง
4.4 รับจ้างทั่วไป	168	53.90	14.43	ปานกลาง
4.5 งานบ้าน	80	52.90	13.94	ปานกลาง
5. ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน				
5.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / ค.	90	51.67	13.99	ปานกลาง
5.2 3,000 - 8,000 บาท / ค.	257	54.58	0.86	ปานกลาง
5.3 8,001 - 20,000 บาท / ค.	69	68.31	13.34	ปานกลาง
5.4 20,001 บาท / ค. ขึ้นไป	-	-	-	-
6. จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน				
6.1 1 แหล่ง	91	55.25	16.15	ปานกลาง
6.2 2 แหล่ง	183	55.66	13.64	ปานกลาง
6.3 3 แหล่ง	116	56.86	14.73	ปานกลาง
6.4 4 แหล่ง	26	60.84	17.09	ปานกลาง
รวม	416	57.65	13.15	ปานกลาง

จากตาราง 14 แสดงว่า

1. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
2. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-30 ปี 31-45 ปี และ 46-60 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
3. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับต่ำ ส่วนประชาชนที่มีระดับการศึกษาในชั้นต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
4. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย หรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
5. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน 3,000 - 8,000 บาท/เดือน และ 8,001-20,000 บาท/เดือนขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
6. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากแหล่งข้อมูลตั้งแต่ 1 แหล่ง 2 แหล่ง 3 แหล่ง และ 4 แหล่ง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง

ตาราง 15 จำนวนคน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

ตัวแปร	N	S	$\bar{X}$	ระดับเจตคติ
1. เพศ				
1.1 ชาย	175	3.29	0.27	ปานกลาง
1.2 หญิง	241	3.28	0.24	ปานกลาง

ตาราง 15 (ต่อ)

ตัวแปร	N	S	$\bar{X}$	ระดับเจตคติ
2. อายุ				
2.1 15 - 30 ปี	262	3.29	0.24	ปานกลาง
2.2 31 - 45 ปี	113	3.29	0.27	ปานกลาง
2.3 46 - 60 ปี	41	3.25	0.29	ปานกลาง
3. ระดับการศึกษา				
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	107	3.26	0.28	ปานกลาง
3.2 ประถมศึกษา	93	3.21	0.24	ปานกลาง
3.3 มัธยมศึกษา	172	3.28	0.21	ปานกลาง
3.4 อุดมศึกษา	44	3.52	0.26	ปานกลาง
4. อาชีพ				
4.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	31	3.57	0.23	ปานกลาง
4.2 ค้าขายหรือธุรกิจ	75	3.25	0.25	ปานกลาง
4.3 เกษตรกรรม	62	3.27	0.26	ปานกลาง
4.4 รับจ้างทั่วไป	168	3.24	0.24	ปานกลาง
4.5 งานบ้าน	80	3.31	0.21	ปานกลาง
5. ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน				
5.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / ค.	90	3.31	0.20	ปานกลาง
5.2 3,000 - 8,000 บาท / ค.	257	3.24	0.25	ปานกลาง
5.3 8,001 - 20,000 บาท / ค.	69	3.42	0.28	ปานกลาง
5.4 20,001 บาท / ค. ขึ้นไป	-	-	-	-
6. จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน				
6.1 1 แหล่ง	91	3.28	0.02	ปานกลาง
6.2 2 แหล่ง	183	3.27	0.26	ปานกลาง
6.3 3 แหล่ง	116	3.30	0.27	ปานกลาง
6.4 4 แหล่ง	26	3.34	0.29	ปานกลาง
รวม	416	3.31	0.24	ปานกลาง

จากตาราง 15 แสดงว่า

1. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
2. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-30 ปี 31-45 ปี และ 46-60 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
3. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาขั้นต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
4. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
5. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน 3,000 - 8,000 บาท/เดือน และ 8,001-20,000 บาท/เดือนขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
6. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากแหล่งข้อมูลตั้งแต่ 1 แหล่ง 2 แหล่ง 3 แหล่ง และ 4 แหล่ง มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง

ตาราง 16 จำนวนคน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

ตัวแปร	N	S	$\bar{X}$	ระดับการปฏิบัติ
1. เพศ				
1.1 ชาย	175	2.27	0.16	ปานกลาง
1.2 หญิง	241	2.28	0.16	ปานกลาง

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	N	S	$\bar{X}$	ระดับการปฏิบัติ
2. อายุ				
2.1 15 - 30 ปี	262	2.59	0.16	ปานกลาง
2.2 31 - 45 ปี	113	2.28	0.17	ปานกลาง
2.3 46 - 60 ปี	41	2.18	0.14	ปานกลาง
3. ระดับการศึกษา				
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	107	2.20	0.11	ปานกลาง
3.2 ประถมศึกษา	93	2.27	0.15	ปานกลาง
3.3 มัธยมศึกษา	172	2.30	0.16	ปานกลาง
3.4 อุดมศึกษา	44	2.39	0.18	ดี
4. อาชีพ				
4.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	31	2.42	0.15	ดี
4.2 ค้าขายหรือธุรกิจ	75	2.26	0.14	ปานกลาง
4.3 เกษตรกรรม	62	2.30	0.19	ปานกลาง
4.4 รับจ้างทั่วไป	168	2.26	0.15	ปานกลาง
4.5 งานบ้าน	80	2.28	0.15	ปานกลาง
5. ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน				
5.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / ค.	90	2.30	0.14	ปานกลาง
5.2 3,000 - 8,000 บาท / ค.	257	2.26	0.16	ปานกลาง
5.3 8,001 - 20,000 บาท / ค.	69	2.33	0.18	ปานกลาง
5.4 20,001 บาท / ค. ขึ้นไป	-	-	-	-
6. จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน				
6.1 1 แหล่ง	91	2.36	0.15	ดี
6.2 2 แหล่ง	183	2.25	0.14	ปานกลาง
6.3 3 แหล่ง	116	2.27	0.18	ปานกลาง
6.4 4 แหล่ง	26	2.24	0.19	ปานกลาง
รวม	416	2.29	0.16	ปานกลาง

จากตาราง 16 แสดงว่า

1. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
2. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-30 ปี 31-45 ปี และ 46-60 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
3. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาขั้นต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง ส่วนประชาชนที่มีการศึกษาชั้นอุดมศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับดี
4. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง ส่วนอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับดี
5. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน 3,000 - 8,000 บาท/เดือน และ 8,001-20,000 บาท/เดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง
6. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากแหล่งข้อมูลตั้งแต่ 2 แหล่ง 3 แหล่ง และ 4 แหล่ง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง ส่วนประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากแหล่งข้อมูล 1 แหล่ง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับดี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบค่า (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีทั้งเพศชายและหญิง

พฤติกรรม	เพศ	N	$\bar{X}$	S	df	t	P
ความรู้	ชาย	175	56.68	13.95	414	0.53	.599
	หญิง	241	55.90	15.33			
เจตคติ	ชาย	175	3.29	0.27	414	0.59	.554
	หญิง	241	3.28	0.24			
การปฏิบัติ	ชาย	175	2.27	0.16	414	-1.00	.319
	หญิง	241	2.28	0.16			

จากตาราง 17 แสดงว่า จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของเพศชายเท่ากับ 56.68 ($S = 13.95$) เพศหญิงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.90 ($S = 15.33$) คะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของเพศชายเท่ากับ 3.29 ($S = 0.27$) เพศหญิงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 ($S = 0.24$) และคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติของเพศชายเท่ากับ 2.27 ($S = 0.16$) เพศหญิงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 ($S = 0.16$) ดังนั้นจะพบว่าประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรอิสระ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	2	196.58	98.29	0.4507	0.6375
ภายในกลุ่ม	413	90071.82	218.09		
รวม	415	90268.40			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.05	0.03	0.4183	0.6585
ภายในกลุ่ม	413	26.18	0.06		
รวม	415	26.23			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.47	0.24	9.5294	< .01**
ภายในกลุ่ม	413	10.25	0.25		
รวม	415	10.72			

จากตาราง 18 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือไม่มีความแตกต่าง ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - กูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีอายุต่างกัน

อายุ	$\bar{X}$	46 - 60 ปี 2.1778	31 - 45 ปี 2.2747	15 - 30 ปี 2.2933
46 - 60 ปี	2.1778	-		
31 - 45 ปี	2.2747	0.0969*	-	
15 - 30 ปี	2.2933	0.1155*	0.0186	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 30 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีอายุอยู่ในช่วง 46 - 60 ปี และประชาชนที่มีอยู่ในช่วง 31 - 45 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงดีกว่าจากประชาชนที่มีอายุในช่วง 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 20 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	3	25736.67	8578.89	54.7716	< .01**
ภายในกลุ่ม	412	64531.72	156.63		
รวม	415	90268.39			

ตาราง 20 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	3.03	1.01	17.9201	< .01**
ภายในกลุ่ม	412	23.21	0.56		
รวม	415	26.24			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	1.19	0.39	17.1174	< .01**
ภายในกลุ่ม	412	9.53			
รวม	415	10.72			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 20 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง แสดงว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ดังนั้น จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 21 - 23

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		47.3118	51.3169	59.5666	73.9669
ประถมศึกษา	47.3118	-			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	51.3169	4.0051*	-		
มัธยมศึกษา	59.5666	12.2548*	8.2497*	-	
อุดมศึกษา	73.9669	26.6551*	22.6500*	14.4003*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา และประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ส่วนประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		3.2113	3.2617	3.2794	3.5214
ประถมศึกษา	3.2113	-			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.2617	0.0504	-		
มัธยมศึกษา	3.2794	0.0681	0.0177	-	
อุดมศึกษา	3.5214	0.3101*	0.2597*	0.2420*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา 2.2033	ต่ำกว่าประถมศึกษา 2.2720	มัธยมศึกษา 2.2970	อุดมศึกษา 2.3873
ประถมศึกษา	2.2033	-			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.2720	0.0687*	-		
มัธยมศึกษา	2.2970	0.0937*	0.0250	-	
อุดมศึกษา	2.3873	0.1840*	0.1153*	0.0903*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่าประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา และประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ส่วนประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 24 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	4	15280.76	3820.19	20.9381	< .01**
ภายในกลุ่ม	411	74987.64	182.45		
รวม	415	90268.40			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.99	0.75	13.2590	< .01**
ภายในกลุ่ม	411	23.24			
รวม	415	26.23			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	0.76	0.19	7.8890	< .01**
ภายในกลุ่ม	411	9.96	0.02		
รวม	415	10.72			

จากตาราง 24 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ดังนั้น จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 25 - 27

ตาราง 25 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	$\bar{X}$	งานบ้าน	เกษตรกรรม	รับจ้างทั่วไป	ค้าขายหรือธุรกิจ	รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
		52.8977	52.9326	53.8690	59.6970	75.8065
งานบ้าน	52.8977	-				
เกษตรกรรม	52.9326	0.0349	-			
รับจ้างทั่วไป	53.8690	0.9713	0.9364	-		
ค้าขายหรือธุรกิจ	59.6970	6.7993*	6.7644*	5.8280*	-	
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	75.8065	22.9088*	22.8739*	21.9375*	16.1095*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน และประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	$\bar{X}$	งานบ้าน	เกษตรกร	รับจ้างทั่วไป	ค้าขายหรือธุรกิจ	รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
		3.2405	3.2533	3.2723	3.3081	3.5712
งานบ้าน	3.2405	-				
เกษตรกร	3.2533	0.0128	-			
รับจ้างทั่วไป	3.2723	0.0318	0.0190	-		
ค้าขายหรือธุรกิจ	3.3081	0.0675	0.0548	0.0358	-	
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	3.5712	0.3307*	0.3179*	0.2989*	0.2631*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกร รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	$\bar{X}$	งานบ้าน 2.2356	เกษตรกรรม 2.2631	รับจ้างทั่วไป 2.2813	ค้าขายหรือ ธุรกิจ 2.2890	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ 2.4153
งานบ้าน	2.2356	-				
เกษตรกรรม	2.2631	0.0275	-			
รับจ้างทั่วไป	2.2813	0.0457	0.0182	-		
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.2890	0.0534	0.0259	0.0077	-	
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	2.4153	0.1797*	0.1522*	0.1340*	0.1263*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 28 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	2	12648.02	6324.00	33.6486	< .01**
ภายในกลุ่ม	413	77620.38	187.9428		
รวม	415	90268.40			

ตาราง 28 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	1.80	0.90	15.2252	< .01**
ภายในกลุ่ม	413	24.43	0.06		
รวม	415	26.23			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.37	0.18	7.2806	< .01**
ภายในกลุ่ม	413	10.36	0.23		
รวม	415	10.72			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 28 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง แสงว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 ดังนั้น จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตาม ตาราง 29 - 31

ตาราง 28 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	1.80	0.90	15.2252	< .01**
ภายในกลุ่ม	413	24.43	0.06		
รวม	415	26.23			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.37	0.18	7.2806	< .01**
ภายในกลุ่ม	413	10.36	0.23		
รวม	415	10.72			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 28 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง แสงว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 ดังนั้น จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตาม ตาราง 29 - 31

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจ	$\bar{X}$	รายได้ต่ำกว่า	3,000 - 8,000	8,001 - 20,000
		3,000 บาท/ด.	บาท/ด.	บาท/ด.
		51.6667	54.5808	68.3136
รายได้ 3,000 บาท/ด.	51.6667	-		
3,000 - 8,000 บาท/ด.	54.5808	21.9141	-	
8,001 - 20,000 บาท/ด.	68.3136	16.6469*	13.7328*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีรายได้ 8,001 - 20,000 บาท/เดือน และประชาชนที่มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาท/เดือน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีรายได้ 8,001 - 20,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 30 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจ	$\bar{X}$	รายได้ต่ำกว่า	3,000 - 8,000	8,001 - 20,000
		3,000 บาท/ด.	บาท/ด.	บาท/ด.
		3.2401	3.3124	3.4177
รายได้ 3,000 บาท/ด.	3.2401	-		
3,000 - 8,000 บาท/ด.	3.3124	0.0723*	-	
8,001 - 20,000 บาท/ด.	3.4177	0.1776*	0.1053*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาท/เดือน และรายได้ 8,001 - 20,000 บาท/เดือน และประชาชนที่มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาท/เดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มีรายได้ 8,001 - 20,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 31 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจ	$\bar{X}$	รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ด.	3,000 - 8,000 บาท/ด.	8,001 - 20,000 บาท/ด.
		2.2554	2.2954	2.3327
รายได้ 3,000 บาท/ด.	2.2554	-		
3,000 - 8,000 บาท/ด.	2.2954	0.0400	-	
8,001 - 20,000 บาท/ด.	2.3327	0.0773*	0.0373	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 - 8,000 บาท/เดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าประชาชนที่มี รายได้ 8,001 - 20,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 32 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่ได้รับความรู้จากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	3	745.16	248.38	1.143	0.3314
ภายในกลุ่ม	412	89523.26	217.29		
รวม	415	90268.20			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.14	0.05	0.7331	0.5327
ภายในกลุ่ม	412	26.09	0.06		
รวม	415	26.23			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.80	0.27	11.1216	< .01**
ภายในกลุ่ม	412	9.92	0.02		
รวม	415	10.72			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 32 แสดงว่า ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีได้รับความรู้จากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง แสดงว่าไม่มีความแตกต่างซึ่งกันไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 และข้อ 17 ที่ว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งและข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีความรู้เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่าง ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแสดงว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 ที่ว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก

จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน ดังนั้น จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 33

ตาราง 33 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่ได้รับความรู้จากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างกัน

จำนวนแหล่งข้อมูล ข่าวสาร	$\bar{X}$	4 แหล่ง	2 แหล่ง	3 แหล่ง	1 แหล่ง
		2.2436	2.2468	2.2680	2.3581
4 แหล่ง	2.2436	-			
2 แหล่ง	2.2468	0.0032	-		
3 แหล่ง	2.2680	0.0244	0.0212	-	
1 แหล่ง	2.3581	0.1145*	0.1113*	0.0901*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 33 แสดงว่าประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 1 แหล่งข้อมูลข่าวสาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 2 แหล่ง 3 แหล่ง และ 4 แหล่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 34

ตาราง 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	N	r	P
ความรู้กับเจตคติ	416	0.3387	< .01**
ความรู้กับการปฏิบัติ	416	0.2281	< .01**
เจตคติกับการปฏิบัติ	416	0.2792	< .01**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 34 แสดงว่า ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลดังปรากฏในตาราง 35 - 37

สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การทำนายพฤติกรรมทางด้านความรู้ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังปรากฏในตาราง 35

ตาราง 35 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ	สัมประสิทธิ์การถดถอย		R	R ²	R ² change	t	P
	B	Beta					
ระดับมัธยมศึกษา (ED ₃)	3.8259	0.6166	0.4142	0.1715	0.1715	6.205**	< .01
ระดับประถมศึกษา (ED ₂)	2.0232	0.3074	0.5256	0.2763	0.1048	6.663**	< .01
เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA ₆)	0.9447	0.1304	0.5403	0.2919	0.0156	2.730**	< .01
อาสาสมัครสาธารณสุข (MA ₄)	1.0075	0.1554	0.5551	0.3082	0.0163	3.159**	< .01
อาชีพเกษตรกร (OC ₃)	-0.7730	-0.1170	0.5640	0.3181	0.0099	-2.728*	.05
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA ₃)	-0.7554	-0.1147	0.5711	0.3262	0.0081	-2.388*	.05
ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC)	0.0001	0.0001	0.5783	0.3344	0.0082	2.238*	.05
ค่าคงที่	10.5434					33.911	
R ² = 0.3344			F = 29.2790				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 35 แสดงว่า

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ ตัวแปรระดับมัธยมศึกษา (ED₃) ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 17.15 (R² = .17152) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 3.8259 หมายความว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.8259 หน่วย (B = 3.8259)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่จะเข้าสมการเป็นลำดับที่สอง ได้แก่ ตัวแปรระดับประถมศึกษา (ED₂) เมื่อนำเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรระดับประถมศึกษา (ED₂) และตัวแปรระดับมัธยมศึกษา (ED₃) ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของ

ประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.63 ($R^2 = 2763$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 2.0232 หมายความว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.0232 หน่วย ($B = 2.0232$) โดยที่ตัวแปรระดับประถมศึกษา เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 10.48 ($R^2 \text{ change} = 0.1048$)

ขั้นที่ 3 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 ได้แก่ ตัวแปรเอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_0) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรเอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_0) ระดับประถมศึกษา (ED_2) และระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.19 ($R^2 = 0.29194$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.9447 หมายความว่า ผู้ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากเอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.9447 ($B = 0.9447$) โดยที่ตัวแปรเอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 1.56 ($R^2 \text{ change} = 0.0156$)

ขั้นที่ 4 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 4 ได้แก่ ตัวแปรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (MA_4) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรอาสาสมัครสาธารณสุข (MA_4) เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_0) ระดับประถมศึกษา (ED_2) และระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.82 ($R^2 = 0.3082$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 1.0075 หมายความว่า ผู้ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากอาสาสมัครสาธารณสุข จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.0075 ($B = 1.0075$) โดยที่ตัวแปรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (MA_4) เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 1.63 ($R^2 \text{ change} = 0.0163$)

ขั้นที่ 5 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 5 ได้แก่ ตัวแปรอาชีพเกษตรกรกรรม (OC_3) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรอาชีพเกษตรกรกรรม (OC_3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (MA_4) เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_0) ระดับประถมศึกษา (ED_2) ระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ที่เข้า

สมการก่อนหน้าร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.81 ($R^2 = 0.31814$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.7730 หมายความว่า ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ -0.7730 ($B = -0.7730$) โดยที่อาชีพเกษตรกรรม (OC_3) เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 0.99 ($R^2 \text{ change} = 0.0099$)

ขั้นที่ 6 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 6 ได้แก่ ตัวแปรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) อาชีพเกษตรกรรม (OC_3) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA_4) เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_6) ระดับประถมศึกษา (ED_2) และระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้าร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.62 ($R^2 = 0.3262$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.7555 หมายความว่า ผู้ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ -0.7555 ($B = -0.7555$) โดยที่ตัวแปรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 0.81 ($R^2 \text{ change} = 0.0081$)

ขั้นที่ 7 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 7 ได้แก่ ตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) เมื่อเข้าในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) อาชีพเกษตรกรรม (OC_3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (MA_4) เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_6) ระดับประถมศึกษา (ED_2) และระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.43 ($R^2 = 0.3343$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.0001 หมายความว่าตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจเป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงนั่นคือ เมื่อฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.0001 ($B = 0.0001$) โดยที่ตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ ร้อยละ 0.82 ($R^2 \text{ change} = 0.0082$)

จาก 7 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(\text{Know})} = 10.5434 + 3.8259\text{ED}_3 + 2.0232\text{ED}_2 + 0.9447 \text{MA}_6 \\ + 1.0075\text{MA}_4 - 0.7730\text{OC}_3 - 0.7554\text{MA}_3 + 0.0001\text{INC}$$

โดยที่ $\text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(\text{Know})}$ = พฤติกรรมการป้องกันทางด้านความรู้

$$\text{ค่าคงที่} = 10.5434$$

$$\text{ED}_3 = \text{ระดับมัธยมศึกษา} = 3.8259$$

$$\text{ED}_2 = \text{ระดับประถมศึกษา} = 2.0232$$

$$\text{MA}_6 = \text{เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์} = 0.9447$$

$$\text{MA}_4 = \text{อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)} = 1.0075$$

$$\text{OC}_3 = \text{อาชีพเกษตรกรกรรม} = -0.7730$$

$$\text{MA}_3 = \text{เจ้าหน้าที่สาธารณสุข} = -0.7554$$

$$\text{INC} = \text{ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน} = 0.0001$$

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 33.44 ($R^2 = 0.3344$)

การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมทางด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังปรากฏในตาราง 36

ตาราง 36 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมทางด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ	สัมประสิทธิ์การถดถอย		R	R ²	R ² change	t	P
	B	Beta					
ระดับมัธยมศึกษา (ED ₃)	4.0278	0.2902	0.3235	0.1046	0.1046	6.115**	< .01
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED ₁)	-1.0191	-0.0995	0.3386	0.1146	0.0100	-2.119*	.05
อาชีพเกษตรกร (OC ₃)	-0.8356	-0.0960	0.3516	0.1236	0.0090	-2.056*	.05
ค่าคงที่	55.9878					189.450	
R ² = 0.1236			F = 19.3734				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 36 แสดงว่า

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ ตัวแปรระดับมัธยมศึกษา (ED₃) ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมทางด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 10.46 (R² = .10463) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 4.0278 หมายความว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.0278 หน่วย (B = 4.0278)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่จะเข้าสมการเป็นลำดับที่สอง ได้แก่ ตัวแปรระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED₁) เมื่อนำเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรต่ำกว่าประถมศึกษา (ED₁) และตัวแปรระดับมัธยมศึกษา (ED₃) ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.46 (R² = 0.11463) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ -1.0191 หมายความว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ -1.0191 หน่วย (B = -1.0191)

โดยที่ตัวแปรต่ำกว่าประถมศึกษาเพียงตัวแปรเดียว สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 1.00 (R^2 change = 0.0100)

ขั้นที่ 3 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สาม ได้แก่ ตัวแปรอาชีพเกษตรกรกรรม (OC_3) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรอาชีพเกษตรกรกรรม (OC_3) ต่ำกว่าประถมศึกษา (ED_1) และมัธยมศึกษา (ED_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.36 ($R^2 = 0.12363$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.8356 หมายความว่า ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ -0.8356 ($B = -0.8356$) โดยที่ตัวแปรอาชีพเกษตรกรกรรมเพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 0.90 (R^2 change = 0.0090)

จากทั้ง 3 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(Att)} = 55.9878 + 4.0278ED_3 - 1.01891ED_1 - 0.8356OC_3$$

โดยที่ $\text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(Att)}$ = พฤติกรรมการป้องกันทางด้านเจตคติ

ค่าคงที่ = 55.9878

ED_3 = ระดับมัธยมศึกษา = 4.0278

ED_1 = ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา = -1.0191

OC_3 = อาชีพเกษตรกรกรรม = -0.8356

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 12.36 ($R^2 = 0.1236$)

การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังปรากฏในตาราง 37

ตาราง 37 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ตัวแปรที่เข้าสมการ ตามลำดับ	สัมประสิทธิ์ การถดถอย		R	R ²	R ² change	t	P
	B	Beta					
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA ₃)	-3.4936	-0.4462	0.4462	0.1991	0.1991	-10.143**	< .01
อาสาสมัครสาธารณสุข (MA ₄)	-2.4639	0.2512	0.4948	0.2449	0.0458	-5.006**	
ระดับมัธยมศึกษา (ED ₃)	2.1303	0.1701	0.5227	0.2732	0.0283	4.006**	< .01
ระดับประถมศึกษา (ED ₂)	0.9463	0.1210	0.5350	0.28621	0.0130	2.740**	< .01
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED ₁)	0.9752	0.1055	0.5418	0.2935	0.0073	2.059**	< .01
ฐานะทางเศรษฐกิจของ ประชาชน (INC)	-0.0001	-0.1300	0.5509	0.3035	0.0230	-2.417*	.05
อายุ (AGE)	0.0394	0.1057	0.5584	0.3118	0.0083	2.227*	.05
ค่าคงที่	54.8872					56.600	
R ² = 0.3118			F = 26.4119				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 37 แสดงว่า

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ ตัวแปรเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (MA₃) ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 19.90 (R² = 0.19905) และมีค่า สัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -3.4936 หมายความว่า ผู้ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เพิ่มขึ้นเท่ากับ -3.4936 หน่วย (B = -3.4936)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่จะเข้าสมการเป็นลำดับที่สอง ได้แก่ ตัวแปรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (MA₄) เมื่อนำเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรอาสาสมัครสาธารณสุข (MA₄) และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข (MA₃) ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.49 ($R^2 = 0.2449$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ -2.4639 หมายความว่า ผู้ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากอาสาสมัครสาธารณสุข มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ -2.4639 หน่วย ($B = -2.4639$) โดยที่ตัวแปรอาสาสมัครสาธารณสุข เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 4.58 ($R^2 \text{ change} = 0.0458$)

ขั้นที่ 3 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สาม ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา (ED₃) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ตัวแปรระดับมัธยมศึกษา (ED₃) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA₄) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA₃) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.32 ($R^2 = 0.2732$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 2.1303 หมายความว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.1303 ($B = 2.1303$) โดยที่ตัวแปรระดับมัธยมศึกษา เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 2.83 ($R^2 \text{ change} = 0.0283$)

ขั้นที่ 4 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 4 ได้แก่ ตัวแปรการศึกษาระดับประถม (ED₂) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรระดับประถมศึกษา (ED₂) ระดับมัธยมศึกษา (ED₃) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA₄) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA₃) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.62 ($R^2 = 0.2862$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.9463 หมายความว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้น 0.9463 ($B = 0.9463$) โดยที่ตัวแปรระดับประถมศึกษา (ED₂) เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 1.30 ($R^2 \text{ change} = 0.0130$)

ขั้นที่ 5 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 5 ได้แก่ ตัวแปรการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ED₁) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED₁) ระดับประถมศึกษา

(ED₂) ระดับมัธยมศึกษา (ED₃) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA₄) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA₃) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.35 ($R^2 = 0.29352$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 1.3685 หมายความว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.2935 ($B = 0.2935$) โดยที่ตัวแปรต่ำกว่าประถมศึกษา (ED₁) เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 0.73 ($R^2 \text{ change} = 0.0073$)

ขั้นที่ 6 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 6 ได้แก่ ตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED₁) ระดับประถมศึกษา (ED₂) และระดับมัธยมศึกษา (ED₃) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA₄) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA₃) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.35 ($R^2 = 0.30347$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.0001 หมายความว่า ตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน เป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง นั่นคือ เมื่อฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ -0.0001 ($B = -0.0001$) โดยที่ตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 2.30 ($R^2 \text{ change} = 0.0230$)

ขั้นที่ 7 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 7 ได้แก่ ตัวแปรอายุ (AGE) เมื่อเข้าในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรอายุ (AGE) ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน (INC) ต่ำกว่าประถมศึกษา (ED₁) ประถมศึกษา (ED₂) มัธยมศึกษา (ED₃) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA₄) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA₃) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.18 ($R^2 = 0.3118$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.0394 หมายความว่าตัวแปรอายุ เป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างร่งนั่นคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.0394 ($B = 0.0394$) โดยที่ตัวแปรอายุ (AGE) เพียงตัวแปร

เดี๋ยวนี้อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ ร้อยละ 0.83 (R^2 change = 0.0083)

จาก 7 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(\text{Pract})} = 54.8872 + 3.4936\text{MA}_3 - 2.4639\text{MA}_4 + 2.1303\text{ED}_3 + 0.9463\text{ED}_2 + 0.9752\text{ED}_1 - 0.0001\text{INC} + 0.0394\text{AGE}$$

โดยที่ $\text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(\text{Pract})}$ = พฤติกรรมการป้องกันทางด้านการปฏิบัติ

MA_3 = เจ้าหน้าที่สาธารณสุข = -3.4936

MA_4 = อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) = -2.4639

ED_3 = ระดับมัธยมศึกษา = 2.1303

ED_2 = ระดับประถมศึกษา = 0.9463

ED_1 = ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา = 0.9752

INC = ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน = -0.0001

AGE = อายุ = 0.0394

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 31.18 ($R^2 = 0.3118$)

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2541 ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่ม แบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) จำนวน 416 คน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมีผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมี 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple Choices) ชนิด 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง มีลักษณะเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอส พี เอส เอส / พีซี (SPSS / PC⁺ : Statistical Package for the Social Science / Personal Computer) โดยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ 6 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) และเมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Kuels Method)

ตอนที่ 5 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ในการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 57.90 มีอายุอยู่ในช่วง 15-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.30 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.40 ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนอยู่ในช่วง 3,000-8,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.80 และประชาชนได้รับความรู้เรื่องเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 2 แหล่งข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.00 ซึ่งแหล่งข้อมูลข่าวสารทั้ง 2 แหล่งได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 58.90 และร้อยละ 51.20 ตามลำดับ

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี พบว่าประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในระดับปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ปรากฏผลการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1. ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไม่แตกต่างกัน
2. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ โดยประชาชนที่มีอายุ 15-30 ปี และอายุ 31-45 ปี มีการปฏิบัติดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 46-60 ปี
4. ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ โดยประชาชนที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีความรู้ดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัศึกษามีความรู้ดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถม และต่ำกว่าประถมศึกษา ส่วนประชาชนที่มีการศึกษาดำกว่าประถมศึกษา มีความรู้ดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

5. ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีเจตคติดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

6. ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีการปฏิบัติดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

7. ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีความรู้ดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน ส่วนประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจมีความรู้ดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน

8. ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีเจตคติดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน

9. ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีการปฏิบัติดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน

10. ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาท/เดือน มีความรู้ดีกว่าประชาชนที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน และรายได้ 3,000-8,000 บาท/เดือน

11. ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาท/เดือน มีเจตคติดีกว่าประชาชนที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน และรายได้ 3,000-8,000 บาท/เดือน ส่วนประชาชนที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาท/เดือน มีเจตคติดีกว่าประชาชนที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน

12. ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาท/เดือน มีการปฏิบัติดีกว่าประชาชนที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาท/เดือน

13. ประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 1 แหล่งข้อมูล มีการปฏิบัติดีกว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 2 แหล่งข้อมูล 3 แหล่งข้อมูล และ 4 แหล่งข้อมูล

14. ประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน

15. ประชาชนที่มีความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมีสัมพันธ์กันเชิงนิมาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

16. ผลการวิเคราะห์หัตถ์แปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าตัวแปรประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และเอกสาร คำรา หนังสือพิมพ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 33.44

17. ผลการวิเคราะห์หัตถ์แปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมทางด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าตัวแปรการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีพเกษตรกรรมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 12.36

18. ผลการวิเคราะห์หัตถ์แปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าตัวแปรการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษา อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถร่วมกันทำนุภาพุติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 31.18

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลดังนี้

1. ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความรู้อยู่ในระดับมัธยมศึกษา จึงทำให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นระดับการศึกษามีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำ (วิไลลักษณ์ วรรณะ, 2535 : 26-27) ดังการศึกษาของ ลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ (2521 : 160-165) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนของมารดาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง พบว่ามารดาที่มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในระดับศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบอร์ทรันด์และวอลมัส (Bertrand and Walms, 1983 : 205-210) ที่พบว่าการศึกษาของมารดามีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการทำนุภาพุติกรรมเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก กล่าวคือมารดาที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าจะทำให้ทารกเกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูง

2. ประชาชนที่มีเพศต่างกันพบว่ามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1-3 ที่ว่าประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้เพศชายและเพศหญิงต้องสนใจในปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้น และต่างก็สำนึกในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการที่จะป้องกันไม่ให้ตนเองและครอบครัวป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข (2539 : ไม่มีเลขหน้า) ได้มีการรณรงค์ให้มีมาตรการป้องกันและเตรียมมิให้มีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยขอให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถือเอาปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเป็นสถานการณ์เร่งด่วนที่ต้องดำเนินการป้องกัน และควบคุมอย่างจริงจัง เพื่อควบคุมการระบาดของ

โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ในขณะเดียวกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2539 : ไม่มีเลขหน้า) เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่งเร่งหารูปแบบเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง อันจะนำไปสู่ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ส่งผลให้ประชาชนที่อยู่ในจังหวัดชลบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชฎาภรณ์ สุชนิรันดร์ (2534 : 164 - 169) ที่พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะของประชากร ซึ่งได้แก่ เพศของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

3. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 และ 5 ที่ว่าประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสภาพการณ์ปัจจุบัน โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จึงทำให้กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2533 : ไม่มีเลขหน้า) ได้เสนอแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยมุ่งเน้นกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยได้เริ่มในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535-2539) จนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้ประชาชนที่มีอายุอยู่ในวัยต่างๆ โดยเฉพาะวัยที่ใกล้เคียงกันไม่มีความแตกต่างกันทางด้านความรู้ และเจตคติ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข (2539 : ไม่มีเลขหน้า) ได้มีมาตรการในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอย่างจริงจัง โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2539 : ไม่มีเลขหน้า) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่งเร่งหารูปแบบเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยให้ประชาชนมีความรู้ และเจตคติ ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ส่งผลให้ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีอายุต่างกันมีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ศุภศิลป์ (2527 : 80-89) ที่พบว่าอายุของมารดาที่แตกต่างกัน จะไม่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วง

ส่วนประชาชนที่มีอายุแตกต่างกันพบว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน เมื่อ

พิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่าประชาชนที่มีอายุ 15-30 ปี และ 31-45 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 46 - 60 ปี อาจเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุข (2539 : ไม่มีเลขหน้า) ได้มีการรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงได้ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2539 : ไม่มีเลขหน้า) ได้มีการเร่งพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง จึงทำให้เกิดรูปแบบและวิธีการใหม่ๆ และนำวิธีการให้ความรู้ใหม่ๆ ไปอบรมเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำความรู้และวิธีการใหม่ๆ ไปอบรมส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชน เป็นผลทำให้ประชาชนที่มีอายุมากเกิดความขัดแย้งในทัศนคติกับความรู้ใหม่ๆที่ได้รับ ส่งผลให้การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดีตามมาด้วย ส่วนประชาชนที่มีอายุน้อยจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และเจตคติได้ดีกว่า ส่งผลให้การปฏิบัติดีตามไปด้วย และสอดคล้องกับคำกล่าวของวิลโดลักษณะ วรณะ (2535 : 26-27) ที่ว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัย ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ผู้ที่มีอายุน้อยมักจะมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงกว่าผู้ที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์ทรันและวิลมัส (Bertrand and Walms. 1983 : 205-210) ที่พบว่าอายุของมารดาที่ต่างกันจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 ปี

4. ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7-9 ที่ว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาดำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (วิลโดลักษณะ วรณ. 2535 : 26-27) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไคริส และคณะ (Idris. et al. 1981 : 311-318) ที่พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นเท่าใด การเกิดอุจจาระร่วงในบุตรก็จะยิ่งลดลงมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์ทรันและวิลมัส (Bertrand and Walms. 1983 : 205-210) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 ปี

ส่วนประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีความรู้ดีกว่าระดับประถมศึกษา อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาระหว่างต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข (2539 : ไม่มีเลขหน้า) ได้มีการรณรงค์ส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอย่างจริงจัง และสอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2539 : ไม่มีเลขหน้า) ที่ได้มีการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในลักษณะเชิงรุก โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปให้ความรู้กับประชาชนถึงบ้าน เป็นผลทำให้ประชาชนที่มีระดับการศึกษาอยู่ในขั้นต่ำกว่าประถมศึกษามีความรู้ดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาได้

5. ส่วนประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10-12 ที่ว่าประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแล้ว พบว่าประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และงานบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีค่าเฉลี่ยของประชาชนที่จบระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษามากกว่าประชาชนที่จบระดับการศึกษาขั้นต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ทำให้ตระหนักถึงการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากกว่าอาชีพอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ วิไลลักษณ์ วรรณะ (2535 : 26-27) ที่ว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และสอดคล้องกับการศึกษาของมาตุเลสซี่ และคณะ (Matulessy et al. 1982 : 401-404) พบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงในเมืองโบเกอร์ ชาวตะวันตก ประเทศอินโดนีเซียส่วนใหญ่บิดามีอาชีพเป็นกรรมกร (ร้อยละ 30.9) และเกือบทั้งหมดของมารดาเด็กเหล่านี้ (ร้อยละ 88.7) ไม่มีงานทำ

6. ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 - 15 ที่ว่า ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจตั้งแต่ 8,001 - 20,000 บาท มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน และ 3,000-8,000 บาท/เดือน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็ย่อมมีโอกาสมากกว่าในการศึกษาค้นคว้า เพราะประชาชนที่มีฐานะทาง

เศรษฐกิจดี สามารถจัดหาอุปกรณ์ทางการศึกษาพร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้มากขึ้น ในทางตรงกันข้ามประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีโอกาสน้อยกว่าในการจะกระทำได้กล่าวให้กับตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ วิลเลียม วรรณะ (2535 : 26-27) ที่ว่า รายได้ของบุคคลจะมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สุขภาพของบุคคลนั้น ถ้าหากบุคคลมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ก็มีโอกาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า หรือรายได้สูงกว่า โอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็มีมากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของไอดริส และคณะ (Idris, et al. 1981 : 311-318) ที่พบว่ามารดาที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงขึ้นเท่าใดการเกิดโรค อุจจาระร่วงในบุตรก็จะยิ่งลดลงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง สุภศิลป์ (2527 : 80-89) ที่พบว่ารายได้ครัวเรือนต่อปีของมารดา มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา และบุตรในชนบทในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ มารดาที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ามารดาที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของดุสิต ชูรัตน์ และคณะ (2530 : 61-84) ที่พบว่ารายได้ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง กล่าวคือ มารดาที่มีรายได้ของครัวเรือนมากจะมีการเกิดโรคอุจจาระร่วง น้อยกว่ามารดาที่มีรายได้ของครัวเรือนน้อย

7. ประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวน แหล่งข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีความรู้กับเจตคติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16-17 ที่ว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะรัฐบาลได้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เนื่องจากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยมุ่งเน้นประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเริ่มในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 (กระทรวงสาธารณสุข. 2533 : ไม่มีเลขหน้า) ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน รัฐบาลจึงได้มีการรณรงค์ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอย่างจริงจังด้วยการให้ความรู้ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข และภายนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมกันรณรงค์ส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงคมนาคม การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการที่ดินการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานคร (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 16-17) มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับ

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในหลายรูปแบบ อาทิเช่น การจัดนิทรรศการ ประชุมสัมมนา ฝึกอบรม จัดรายการทางวิทยุโทรทัศน์ มีการแจกเอกสารคำรา และให้ข้อมูลข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ รวมถึงการเชิญวิทยากรมาบรรยายให้ความรู้กับหน่วยงานต่างๆ อันจะนำไปสู่การเผยแพร่ให้กับประชาชนต่อไป นอกจากนี้ยังมีอีกหลายกิจกรรม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 5) ซึ่งกิจกรรมต่างๆเหล่านี้เป็นการส่งเสริมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงให้กับประชาชน และถือเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ทั้งนี้ แหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆเหล่านี้จะต้องมีความถูกต้อง เพื่อเป็นการปลูกฝังเจตคติและให้เกิดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่ถูกต้องกับประชาชน เพราะในความเป็นจริงประชาชนจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจำนวนจากแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน จึงจำเป็นต้องเน้นความถูกต้องของเนื้อหาสาระเป็นหลัก เพื่อไม่ให้ประชาชนมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน จากการได้รับความรู้จากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชฎาภรณ์ สุชนรินทร์ (2534 : 186 - 187) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้กับเด็กของมารดา หรือผู้เลี้ยงเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ส่วนประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 ที่ว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนค่าเฉลี่ยแล้วพบว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 1 แหล่งข้อมูลข่าวสาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงดีกว่าประชาชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 2 แหล่ง 3 แหล่ง และ 4 แหล่ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลตั้งแต่ 2 แหล่งขึ้นไป อาจทำให้ประชาชนสับสนเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากแหล่งข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน จึงทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงต่ำกว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจาก 1 แหล่งข้อมูลข่าวสาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ศุภศิลป์ (2527 : 80-89) พบว่าการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงจากแหล่งต่างๆมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน ($P < 0.01$)

8. ประชาชนที่มีความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 - 21 ที่ว่าประชาชนที่มีความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมีความเกี่ยวข้องกัน ทั้งนี้เป็นเพราะประชาชนได้เข้าใจถึงปัญหาของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และเห็นความสำคัญของการป้องกัน จนเกิดเจตคติและนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์ทรันด์และวอลมัส (Bertrand and Walms. 1983 : 205-210) ที่พบว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนของมารดา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ (2521 : 160-165) ที่พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของมารดา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 12 เดือน

9. การวิเคราะห์ปัจจัยด้านตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน เพื่อร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 โดยแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 3 ด้านดังนี้

9.1 พฤติกรรมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ระดับประถมศึกษา (ED_2) เอกสารตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_6) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA_4) อาชีพเกษตรกร (OC_3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) และฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) โดยสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ร้อยละ 33.44 และเมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรแต่ละตัวแล้วพบว่า ระดับมัธยมศึกษา (ED_3) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา (ED_2) เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ (MA_6) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA_4) อาชีพเกษตรกร (OC_3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) และฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) ตามลำดับ

มีสมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี คือ

$$\begin{aligned} \text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(\text{Know})} = & 10.5434 + 3.8259\text{ED}_3 + 2.0232\text{ED}_2 + 0.9447\text{MA}_6 \\ & + 1.0075\text{MA}_4 - 0.7730\text{OC}_3 - 0.7554\text{MA}_3 + \\ & 0.0001\text{INC} \end{aligned}$$

9.2 พฤติกรรมด้านเจตคติเกี่ยวกับการเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี มีปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ได้แก่ระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ระดับต่ำกว่าประถม (ED_1) และอาชีพเกษตรกรกรรม (OC_3) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ร้อยละ 12.36 และเมื่อพิจารณาอิทธิของตัวแปรแต่ละตัวแล้วพบว่า ระดับมัธยมศึกษา (ED_3) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ระดับต่ำกว่าประถม (ED_1) และอาชีพเกษตรกรกรรม (OC_3) ตามลำดับ

มีสมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี คือ

$$\begin{aligned} \text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(\text{Att})} = & 55.9878 + 4.0278\text{ED}_3 - 1.0191\text{ED}_1 - \\ & 0.8355\text{OC}_3 \end{aligned}$$

9.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี มีปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) อาสาสมัครสาธารณสุข (MA_4) ระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ระดับประถมศึกษา (ED_2) ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED_1) ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) และอายุ (AGE) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ร้อยละ 31.18 และเมื่อพิจารณาอิทธิของตัวแปรแต่ละตัวแล้วพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (MA_3) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (MA_4) ระดับมัธยมศึกษา (ED_3) ระดับประถมศึกษา (ED_2) ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED_1) ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน (INC) และอายุ (AGE) ตามลำดับ

มีสมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี คือ

$$\begin{aligned} \text{PREVENTING BEHAVIOR}_{(\text{Pract})} = & 54.8872 - 3.4936\text{MA}_3 - 2.4639\text{MA}_4 + \\ & 2.1303\text{ED}_3 + 0.9463\text{ED}_2 + 0.9252\text{ED}_1 - \\ & 0.0001\text{INC} + 0.0394\text{AGE} \end{aligned}$$

จากการศึกษาพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี จะพบว่าตัวแปรเพศไม่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์ (2534 : 164-169) ที่พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะของประชากร ซึ่งได้แก่ เพศ (เฉพาะกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป) มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันและการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธรได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีให้อยู่ในระดับดี ดังนี้

1. ประชาชนในจังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ายังอยู่ในระดับไม่น่าพอใจ ควรพัฒนาให้อยู่ในระดับดี เพราะปัญหาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จึงขอเสนอแนะดังนี้

1.1 กระทรวงสาธารณสุขน่าจะได้มีการจัดทำโครงสร้างหลักสูตรเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยเน้นในลักษณะของการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในระดับท้องถิ่นมากที่สุด และหลักสูตรที่นำไปใช้ใช้นี้ควรมีโครงสร้างเหมือนกันเพื่อป้องกันความสับสนของเจ้าหน้าที่ในการนำโครงสร้างของหลักสูตรไปใช้ปฏิบัติจริง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนในแหล่งต่างๆ กัน

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งถือว่าเป็นผู้นำนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข มาปฏิบัติโดยตรง ควรจะมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติเดียวกัน นอกจากนี้การดำเนินงานทางสาธารณสุข ถ้าจะให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างมาก ควรดำเนินการในลักษณะเชิงรุก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรที่จะเข้าหาประชาชนโดยการนำสื่อต่างๆ ที่คิด

ว่าจำเป็นและมีประโยชน์ต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับรู้ และรับทราบล่วงหน้าเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ของประชาชนอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและการปฏิบัติในทางที่ดีขึ้น

1.3 ประชาชนเป็นผู้ที่จะต้องนำความรู้ที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ไปปฏิบัติทางเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ควรให้ประชาชนในท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เพื่อให้ประชาชนได้เล็งเห็นถึงปัญหาและมีจิตสำนึกที่จะช่วยกันป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง อันจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนให้อยู่ในระดับดีขึ้น

2. จากการศึกษาจะพบว่า มีตัวแปรที่สำคัญ และสามารถนำไปเป็นประเด็นประกอบการพิจารณาในการวางแผนให้สุขศึกษา กำหนดรูปแบบกิจกรรม และดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนให้อยู่ในระดับดีขึ้น ก็คือ ตัวแปรระดับประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ทางเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรจะได้มีการรณรงค์ ส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนโดยเฉพาะประชาชนที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไปในทางที่ดีขึ้น

3. ตัวแปรแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมากเป็นอันดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนอย่างมาก ดังนั้นควรมีการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรการอบรม และกระบวนการควบคุม ประเมินผลการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง อันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติของประชาชนในทางที่ดีขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้แก่ ชุมชนก่อสร้าง ตลาดสด หรือแผงลอย และสถานีรถไฟ หรือสถานีขนส่งผู้โดยสาร
2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง
3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในระดับภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เพื่อให้การอธิบายได้ขยายผลในวงกว้างมากยิ่งขึ้น อาจจะช่วยให้ได้ข้อสรุปของอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ครอบคลุมและถูกต้อง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ควบคุมโรคติดต่อ, กรม. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติเรื่องโรคอุจจาระร่วงสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์แห่งประเทศไทย, 2536.
- _____. นโยบายการควบคุมโรคอุจจาระตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
- _____. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในปี พ.ศ. 2532-2539. ม.ป.ท., 2540.
- _____. เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำปี พ.ศ. 2536. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
- _____. โรคติดต่อและการควบคุมป้องกัน. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. สำนักงานศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานและปฏิบัติการของระบบสารสนเทศเพื่อการศึกษา กองสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2529.
- ชฎาภรณ์ สุชนิรันดร์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การป้องกัน และพฤติกรรม การปฏิบัติงาน ขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชน ในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ชวลิต ทัดสนสว่าง. โรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์, 2532.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- คูติต ชูรัตน์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารกและเด็กก่อนเรียน ในชุมชนแออัด แขวงคลองถนน เขตบางเขน กรุงเทพฯ,” อนามัยสิ่งแวดล้อม. 10 : 61-84 ; กันยายน - ธันวาคม 2530.
- ธนวรรณ อัมสมบุญ. “การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน:กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ,” สุขศึกษา. 8(9) : 60 ; มกราคม-เมษายน 2528.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัทศูนย์หนังสือดร.สง่า, 2525.
- _____. สถิติประยุกต์สำหรับครู. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ,” ใน เอกสารสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : หจก. อรุณการพิมพ์, 2526.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเคียนสโตร์, 2526.

ประวิทย์ สุนทรสิมะ. การควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์, 2521.

_____. วิทยาการระบาด. กรุงเทพฯ : วงศ์ศิลป์การพิมพ์, 2525.

พยอม องค์กรวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : โครงการตำรา-ศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2523.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. ม.ป.ท., 2538.

พัฒน์ สุขจันทร์. โรคติดต่อและการควบคุมป้องกัน. กรุงเทพฯ : เอส.โอ.พรินต์ติ้งเฮาส์ จำกัด, 2525.

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. "อหิวาตกโรค," ในเวชศาสตร์ป้องกัน. หน้า 262. กรุงเทพฯ :

สหประชาชาติ, 2531.

ยง ภู่วรรณ และคณะ. การศึกษาความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารก.

จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 26:353-359 ; กันยายน 2525.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์. "โรคท้องร่วง : ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนของ

มารดา," รวมานิตเวชสาร. 160-165 ; กรกฎาคม - กันยายน 2521.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :

สุวีริยาสาส์น, 2538.

วารี ระกิติ. "หลักการสุศึกษา," ในเอกสารการสอนชุดวิชาสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 8-15.

หน้า 696-705. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2530.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

_____. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช,
2530.

_____. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองการวิจัยสำหรับงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ, 2538.

วิไลลักษณ์ วรรณะ. การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของ

ประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

ศิริโสภาคย์ บุรพาเดชะ. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.

สมทรง สุภศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

อุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. “พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง,” ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา
หน่วยที่ 1-7. หน้า 97. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- สมชาย สุพันธุ์วิช และกาญจนา สุพันธุ์วิช. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ:สามิต,
2521.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจแรงงาน พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ:สำนักงานกฤษฎมนตรี,
2536.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการ
วิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2528.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักคอมพิวเตอร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สิทธิพันธุ์ ไชยนันท์ และคณะ. “เปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านที่มีอัตรา
ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงระหว่างสูงและต่ำ,” สาธารณสุขศาสตร์, 18:17-29 มกราคม
2531.
- สาธารณสุข, กระทรวง. คำสั่งที่ สธ.0707/ว 174 เรื่องการควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง. ลงวันที่
28 มีนาคม 2539.
- _____. เอกสารประกอบการบรรยายการส่งเสริม ORT และพฤติกรรมอนามัย. 21-23 มีนาคม
2533 ณ ห้องประชุมจันต์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. ม.ป.ท., 2533.
- สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, สำนักงาน. คำสั่งที่ชบ. 0028/ว 12605 เรื่องขอความร่วมมือในการควบคุม
และป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง. ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2539.
- _____. เอกสารรายงานจำนวนผู้ป่วยและตายเป็นรายเดือนด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ของ
จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532-2539 (E.2). จังหวัดชลบุรี: ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ,
ม.ป.ป.
- สำเริง บุญเรืองรัตน์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรพหุคูณ. กรุงเทพฯ:ศึกษาพร, 2526.
- อนามัย, กรม. สรุปการประชุมประสานงานควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงระหว่างกระทรวง.
นนทบุรี: กรมอนามัย, 2538.
- Allman and Pierre Louis. “Practical Advice Series : Gathering Information in the Community
Carrying out or Survey on Attitudes to Diarrhoea,” *Diarrhoea Dialogue*. 9:6-7 ; 1992.
- Betrand, W. and Walmus, B.F. “Maternal Knowledge, Attitutes and Practice as Predictors of
Diarrhoea Diseases in Young Children,” *International Journal of Epidemiology*.
12:205-210 ; 1983.

- Cronbach, Lee J. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Green, Lawrence W. et al. Health Education Planning -A- Diagnostic Approach. California : Mayfield - Publishing Co.,1980.
- Hilgard, E.R. and Bower, G.H. Theories of Learning. 3rd ed. New York : Heredith Publishing, 1966.
- Idris, M.Z. et al. "Feeding Practices and Diarrhoea - Episodes Among Rural and Urban Infants Lucknow," Indian Pediatric. 18:311-316 ; 1981.
- Khan, M.U. "Interruption of Schigellosis by Hand Washing," in Transaction of the Royal Society of Tropical - Medicine and Hygine.76:164-168 ; 1982.
- Khan, M.U. and Schahidullah, M.D. "Role of Water and Sanitation the Incidence of Cholera in Refugee Camps," in Transaction of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygine. 76:373-377 ; 1982.
- Matulesstry, F.P., et al. "The Inffucence of Environmental Factors And Nutrition Status of the Under-fires to Diarrhoea Diseases in Boger, West Java,Indonesia," Southeast Asian Journal Tropical-Medicine Public Health. 401-404 ; 1982.
- Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2nd ed. Tokyo : Harper and Row,1967.

ภาคผนวก

ที่ ทม 1007 / 1563

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

9 เมษายน 2541

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

เนื่องจาก นายทวีศักดิ์ กสิผล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี” ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญท่าน และ คุณราตรี กิรติหัตถยากร นักวิชาการควบคุมโรคติดต่อ 8 ฝ่าย ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่นิสิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ครุฑ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644

ที่ ทม 1007 / 1564 วันที่ 9 เมษายน 2541

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องจาก นายทวิศักดิ์ กสิผล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี” ทั้งนี้ อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ อาจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง ร.น. เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่บัณฑิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007 / 1565

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

9 เมษายน 2541

เรื่อง ขออนุญาตออกรายการ

เรียน ผู้อำนวยการกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจาก นายทวีศักดิ์ กลีผล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง
ของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี” ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ คุณปรารักษ์ทอง ราษฎร์จำรูญ นักวิชาการควบคุมโรค 5 ฝ่ายควบคุม โรค
ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตออกรายการในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุญาตที่ท่านจะให้แก่นิสิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007 / 1566

ครูท

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

9 เมษายน 2541

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก

เนื่องจาก นายทวีศักดิ์ กลสิผล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี” ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ คุณณัฐสุดา สุจินันท์กุล พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่บัณฑิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007 / 1567

กรุงเทพ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

9 เมษายน 2541

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน แพทย์หญิงสุภา หริกุล

เนื่องจาก นายทวีศักดิ์ กสิผล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง
ของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี” ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่บัณฑิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007 / 1703

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

27 เมษายน 2541

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

เนื่องจาก นายทวิศักดิ์ กลีผล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปฏิญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชน ในจังหวัดชลบุรี” ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

มีความประสงค์จะขอให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอพนัสนิคม อำเภอเมือง และอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปฏิญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่นิสิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงสุภา หริกุล นายแพทย์ 9 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. อาจารย์เรือโทดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง อาจารย์ระดับ 7 คณะพลศึกษา ภาควิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. คุณราตรี กิรติหัตถยากร นักวิชาการควบคุมโรคติดต่อ 8 ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
4. คุณณัฐสุดา สุจินันท์กุล พยาบาลวิชาชีพพระดับ 7 หน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. คุณปรารักษ์ทอง ราษฎร์จำรูญสุข นักวิชาการควบคุมโรค 5 งานควบคุมโรคติดต่อทางน้ำ
และอาหาร กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ
กระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยข้าพเจ้านายทวีศักดิ์ กสิผล นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร มีความประสงค์ที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และเป็นแนวทางแก่นักวิชาการที่จะส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าวแก่ชุมชนด้วย

ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกข้อของท่านจึงมีค่ายิ่ง โดยคำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ แล้วจะเสนอเฉพาะผลสรุปของภาพรวมจึงไม่มีผลกระทบในทางไม่ดีต่อตัวท่านผู้ตอบแต่อย่างใด

ขอแสดงความนับถือ

(นายทวีศักดิ์ กสิผล)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของท่าน

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ และเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

..... ปี

3. ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ อุดมศึกษา

4. อาชีพ

☐ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

☐ ค้าขายหรือธุรกิจ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ งานบ้าน

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

5. รายได้ของท่าน

..... บาท/เดือน

6. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ พ่อ-แม่ หรือญาติพี่น้อง

☐ เพื่อน

☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

☐ วิทยุ โทรทัศน์

☐ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์

☐ นิทรรศการ

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

ตอนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ○ ล้อมรอบตัวอักษรหน้าข้อความที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว
กรุณาตอบทุกข้อ

1. ข้อใดเป็นความหมายของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่ถูกต้องที่สุด

- ก. การถ่ายอุจจาระอย่างรุนแรงภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังรับเชื้อโรคโดยไม่มีอาการอาเจียนนำมาก่อน
- ข. การถ่ายอุจจาระอย่างรุนแรงภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังรับเชื้อโรคโดยไม่มีความรู้สึกระคายเคืองการถ่ายนำมาก่อน
- ค. การถ่ายอุจจาระอย่างรุนแรงภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังรับเชื้อโรคมีอาการเจียนและต้องการจะถ่ายอุจจาระนำมาก่อน
- ง. การถ่ายอุจจาระอย่างรุนแรงภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังรับเชื้อโดยไม่มีอาการอาเจียนและต้องการถ่ายอุจจาระนำมาก่อน

2. โรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเกิดจากเชื้อโรคชนิดใด

- ก. เชื้อไวรัส
- ข. เชื้อแบคทีเรีย
- ง. เชื้อโปรโตซัว
- จ. เชื้อรา

3. ผู้เป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมักเกิดจากสาเหตุใด

- ก. หายใจเอาเชื้อโรคเข้าไป
- ข. ใช้เสื้อผ้าร่วมกับผู้ป่วย
- ค. กินอาหารที่มีเชื้อโรคเข้าไป
- ง. สัมผัสเลือดผู้ป่วยหรือนอนเตียงเดียวกับผู้ป่วย

4. เชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงเมื่อออกจากร่างกายคนโดยปะปนมากับสิ่งใด

- ก. สมหายใจ
- ข. เหงื่อ
- ค. ปัสสาวะ
- ง. อุจจาระ

5. บุคคลในข้อใดที่ เสี่ยงต่อการเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงมากที่สุด

- ก. สมชายดื่มน้ำก่อนดื่มทุกครั้ง
- ข. สมศรีกินอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นบางครั้ง
- ค. สมรักษ์กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ เป็นประจำ
- ง. สมศักดิ์ล้างผัก-ผลไม้ด้วยน้ำผสมผงปูนคลอรีนก่อนกิน

6. การระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงมักจะพบในฤดูใด

- ก. ฤดูร้อน
- ข. ฤดูฝน
- ค. ฤดูหนาว
- ง. ทุกฤดู

7. คนที่เป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงเกิดจากสาเหตุใด

- ก. กินอาหารที่มีเชื้อแบคทีเรียมากเกินไป
- ข. กินอาหารที่มีผงกันบูดมากเกินไป
- ค. กินอาหารที่มีผงชูรสมากเกินไป
- ง. กินอาหารที่มีรสจัดมากเกินไป

8. สัตว์เลี้ยงในบริเวณบ้าน เช่น เป็ด ไก่ หมู วัว ควาย ช่วยทำให้เชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงแพร่กระจายได้อย่างไร

- ก. เชื้อโรคจะเจริญได้ดีในสัตว์เหล่านี้
- ข. ยุ้งกักสัตว์เหล่านี้แล้วนำเชื้อโรคมาสู่คนได้
- ค. อุจจาระของสัตว์เหล่านี้ทำให้มีแมลงวันเพิ่มขึ้น
- ง. สัตว์เหล่านี้มีเชื้อโรคอยู่ในตัวจะสามารถแพร่กระจายได้ตลอดเวลา

9. สภาพแวดล้อมของหมู่บ้านในข้อใดที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงได้มากที่สุด

- ก. มีถังขยะไม่เพียงพอ
- ข. มีน้ำดื่มไม่เพียงพอ
- ค. มีน้ำใช้ไม่เพียงพอ
- ง. ไม่มีส้วมใช้

10. คนที่ได้รับเชื้อโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงจะมีอาการท้องร่วงเกิดขึ้นภายในกี่วัน

- ก. ประมาณ 1-2 วัน
- ข. ประมาณ 3-4 วัน
- ค. ประมาณ 5-6 วัน
- ง. ประมาณ 7-8 วัน

11. ขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงควรปฏิบัติอย่างไร

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| ก. ควรงดอาหาร | ข. ควรดื่มน้ำและอาหาร |
| ค. ควรดื่มน้ำเท่านั้น | ง. ควรกินอาหารและน้ำได้ |

12. อาการสำคัญของโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงคือข้อใด

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| ก. ถ่ายอุจจาระคล้ายน้ำขาวขุ่น | ข. ปวดเบ่งอย่างรุนแรง |
| ค. ถ่ายเป็นมูกเลือดบ่อยครั้ง | ง. มีอาการคลื่นไส้อาเจียนนำมาก่อน |

13. สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ใช้รักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้เพราะเหตุใด

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| ก. ทดแทนสารอาหารที่เสียไป | ข. ทดแทนสารน้ำและแร่ธาตุที่เสียไป |
| ค. ทดแทนการสูญเสียพลังงาน | ง. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน |

14. สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ชนิดบรรจุของให้ผสมกับน้ำชนิดใด

- | | |
|---------------|-------------|
| ก. น้ำผลไม้ | ข. น้ำประปา |
| ค. น้ำดื่มสุก | ง. น้ำอัดลม |

15. การทำสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ใช้ น้ำ 1 ขวด น้ำปลา ควรใส่เกลือและน้ำตาลเท่าใด

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ก. เกลือกับน้ำตาลเท่าๆ กัน | ข. เกลือครึ่งช้อนชา น้ำตาล 2 ช้อนโต๊ะ |
| ค. เกลือ 2 ช้อนโต๊ะ น้ำตาลครึ่งช้อนชา | ง. แล้วแต่คนดื่ม จะชอบรสใด |

16. วิธีรักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่ดีที่สุดคือข้อใด

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| ก. กินยาแก้ท้องเสีย | ข. กินยาฆ่าเชื้อ |
| ค. ฉีดวัคซีน | ง. กินสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ |

17. กินอาหารในข้อใดต่อไปนี้เป็นารป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงที่ดีที่สุด

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| ก. กินอาหารที่บรรจุถุงขาย | ข. กินอาหารราคาแพงๆ |
| ค. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ | ง. กินอาหารเฉพาะร้านค้าที่คุ้นเคย |

18. อาหารที่เหลือค้างคืนก่อนนำมากิน ควรปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| ก. ถ้าไม่บูดกินได้ทันที | ข. อุ่นทุกครั้งก่อนกิน |
| ค. อุ่นเป็นบางครั้ง | ง. ปิ้งรสใหม่โดยไม่ต้องอุ่น |

19. น้ำดื่มในข้อใดต่อไปนี้อาจป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ดีที่สุด

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| ก. น้ำฝนที่รองไว้ | ข. น้ำที่แกว่งสารส้มแล้ว |
| ค. น้ำบาดาล | ง. น้ำต้มสุก |

20. ถ้าไม่มีส้วมใช้ ท่านมีวิธีที่ดีที่สุดอย่างไรเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| ก. ถ่ายที่ร่องน้ำ (ท้องร่อง) | ข. ขุดหลุมถ่ายแล้วกลบ |
| ค. ถ่ายตามชายทุ่ง | ง. ถ่ายตรงไหนก็ได้ |

21. ถึงขยะในข้อใดต่อไปนี้จะช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ดีที่สุด

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| ก. ถึงขยะที่มีรูระบายอากาศ | ข. ถึงขยะที่ไม่มีรูระบายอากาศ |
| ค. ถึงขยะที่มีฝาปิดมิดชิด | ง. ถึงขยะที่ไม่มีฝาปิด |

22. เหตุผลของการกำจัดขยะเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงคือข้อใด

- | |
|---|
| ก. เป็นการกำจัดสัตว์นำโรคโดยตรง |
| ข. เป็นการกำจัดเชื้อโรคโดยตรง |
| ค. เป็นการกำจัดแหล่งอาหารของพาหะนำโรค |
| ง. เป็นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรคโดยตรง |

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง

ช่องเดียว กรุณาตอบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การกินอาหารสุกๆ ดิบๆ ไม่มี ผลต่อการเป็นโรคอุจจาระร่วง อย่างแรง					
2. การกินอาหารที่ใส่จาน-ชาม ไม่สะอาดทำให้ฉันมีโอกาส เป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง					
3. การกินอาหารราคแพงๆ จะช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างแรงได้					
4. ทุกครั้งที่กินผักดิบฉันจะล้าง ก่อน					
5. การกินผลไม้ ไม่จำเป็นต้อง ล้างก่อนกิน					
6. ฉันพร้อมที่จะล้างมือก่อนกิน อาหารทุกครั้ง					
7. ฉันจะเก็บอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ไว้ในตู้กับข้าว					
8. ฉันรู้ดีว่าการมีฝาชีครอบ อาหารไม่ได้ช่วยป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรง					
9. ฉันเห็นว่าการล้างจาน-ชาม ด้วยน้ำเปล่าก็ป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. ฉันเชื่อว่าการดื่มน้ำดื่มสุกจะ ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างแรงได้					
11. ฉันเชื่อว่าน้ำฝนที่รองไว้ สามารถดื่มได้ทันที					
12. ฉันเชื่อว่าการใส่ปูนคลอรีน ลงในน้ำใช้จะป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงได้					
13. ฉันพร้อมจะดื่มน้ำบาดาลโดย ไม่ต้องต้ม					
14. ฉันเชื่อว่าการล้างน้ำแข็งที่ ไม่ได้บรรจุในถุงสะอาดก่อน กินสามารถป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงได้					
15. ฉันคิดว่าน้ำดื่มสุกไม่จำเป็น ต้องใส่แก้วน้ำที่สะอาดก็ สามารถป้องกันโรคอุจจาระ ร่วงอย่างแรง					
16. ฉันเชื่อว่าการล้างมือหลังถ่าย อุจจาระด้วยน้ำเปล่าสามารถ ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่าง แรงได้					
17. ฉันเชื่อว่าการถ่ายอุจจาระลง ส้วมสามารถป้องกันโรค อุจจาระร่วงอย่างแรงได้มาก กว่าสถานที่อื่น					

ตอนที่ 4 การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด
เพียงช่องเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ			
2. กินอาหารดิบๆ สุกๆ			
3. กินผักดิบโดยไม่ได้ล้างก่อน			
4. กินอาหารค้างคืน โดยไม่ได้อุ่น			
5. กินผลไม้โดยไม่ได้ล้างก่อน			
6. เก็บอาหารที่ปรุงสุกแล้วไว้ในตู้กับข้าว			
7. ใช้ผ้าเช็ดรอบอาหาร			
8. ล้างภาชนะใส่อาหารและน้ำดื่มด้วยน้ำยาล้างจาน			
9. ล้างมือด้วยน้ำธรรมดาก่อนกินอาหาร			
10. ล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อนกินอาหาร			
11. ทำความสะอาดตู้กับข้าว			
12. ทำความสะอาดผ้าเช็ดรอบอาหาร			
13. ดื่มน้ำที่ดื่มแล้วในขวดสะอาด			
14. ดื่มน้ำฝนที่รองไว้โดยไม่ได้ต้ม			
15. ดื่มน้ำบาดาลโดยไม่ได้ต้ม			
16. ดื่มน้ำประปาโดยไม่ได้ต้ม			
17. ถ่ายอุจจาระลงโถส้วม			

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
18. ล้างมือด้วยน้ำธรรมดา (น้ำเปล่า) หลังถ่ายอุจจาระ			
19. ล้างมือด้วยน้ำสบู่หลังถ่ายอุจจาระ			
20. ทำความสะอาดส้วม			
21. กำจัดขยะโดยการเผาหรือขุดหลุมฝัง แล้วกลบ			
22. ทิ้งขยะลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด			
23. กองขยะไว้ใต้ถุนบ้าน			
24. กองขยะไว้รอบๆ บริเวณบ้าน			

ตาราง คำตอบที่ถูกต้องของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

ข้อ	คำตอบ
1	ง.
2	ข.
3	ค.
4	ง.
5	ค.
6	ก.
7	ก.
8	ค.
9	ง.
10	ก.
11	ง.
12	ก.
13	ข.
14	ค.
15	ข.
16	ง.
17	ค.
18	ข.
19	ง.
20	ข.
21	ค.
22	ง.

ตาราง ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในดุลยพินิจผู้เชี่ยวชาญของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

ข้อ	ค่าความเที่ยงตรง		
	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
1	0.8	1.0	1.0
2	1.0	0.8	1.0
3	1.0	1.0	1.0
4	1.0	1.0	1.0
5	1.0	0.8	0.8
6	1.0	0.8	0.8
7	0.8	0.8	1.0
8	1.0	1.0	0.8
9	1.0	0.8	0.8
10	0.8	1.0	1.0
11	1.0	1.0	1.0
12	0.8	0.8	0.8
13	1.0	0.8	0.8
14	0.8	0.8	1.0
15	0.8	0.8	1.0
16	1.0	0.6	1.0
17	1.0	0.6	0.8
18	0.8		0.8
19	0.8		1.0
20	0.8		1.0
21	0.8		1.0
22	0.8		1.0
23			1.0
24			1.0

ตาราง ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.38	0.42
2	0.48	0.74
3	0.64	0.56
4	0.72	0.51
5	0.74	0.38
6	0.78	0.33
7	0.44	0.64
8	0.52	0.32
9	0.68	0.48
10	0.38	0.41
11	0.39	0.71
12	0.42	0.38
13	0.40	0.43
14	0.76	0.32
15	0.34	0.36
16	0.48	0.41
17	0.78	0.52
18	0.72	0.40
19	0.80	0.36
20	0.76	0.38
21	0.54	0.58
22	0.56	0.53

ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามด้านความรู้ = 0.68

ตาราง ค่าอำนาจจำแนกด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	
	ด้านเจตคติ	ด้านการปฏิบัติ
1	2.84	3.19
2	2.33	3.51
3	2.41	4.17
4	3.77	3.58
5	2.83	2.97
6	2.81	2.66
7	3.00	3.03
8	2.84	2.87
9	3.18	3.36
10	2.21	3.24
11	2.66	3.78
12	2.48	3.93
13	1.94	4.08
14	3.07	2.18
15	2.49	2.41
16	1.97	2.17
17	1.88	2.62
18		3.34
19		3.78
20		3.80
21		2.67
22		3.49
23		2.61
24		2.01

ค่าความเชื่อมั่นด้านเจตคติ = 0.71

ค่าความเชื่อมั่นด้านการปฏิบัติ = 0.79

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นายทวีศักดิ์ กสิผล
 เกิดวันที่ 11 เมษายน 2512
 สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 6004/186 ถนนประชาสงค์เคราะห์ แขวงดินแดง เขตดินแดง
 กรุงเทพมหานคร 10400
 ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 4
 สถานที่ทำงาน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ถนนวิภาวดี-รังสิต
 แขวงสามเสนใน กรุงเทพมหานคร 10400

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2532	เตรียมอุดมศึกษา (แผนกวิทย์-คณิต) จากโรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย
พ.ศ. 2537	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยบูรพา (มศว บางแสน)
พ.ศ. 2541	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

บทคัดย่อ
ของ
ทวิศักดิ์ กสิผล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
สิงหาคม 2541

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดชลบุรีตามตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 416 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) และหาตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ประชาชนในจังหวัดชลบุรี มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงอยู่ในระดับปานกลาง
2. ประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนในจังหวัดชลบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน และมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงไม่แตกต่างกัน
4. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงจากจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนประชาชนในจังหวัดชลบุรีที่ได้รับความรู้

6. ประชาชนในจังหวัดชลบุรีมีความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

**SEVERE DIARRHOEA PREVENTING BEHAVIOR OF
THE CITIZEN IN CHANGWAT CHON BURI**

AN ABSTRACT

BY

TAWEESEK KASIPHOL

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

August 1998

The purposes of this study were to study and compare severe diarrhoea preventing behavior concerning the knowledge, attitudes and practices of the citizen in Changwat Chon Buri according to the studied variables namely, sex, age, education, occupation, income levels, source of information, including to analyse the relation ship between knowledge and attitudes and practice of preventing severe diarrhoea.

The sample consisted of 416 the citizen in Changwat Chon Buri, by using multistage random sampling method. The questionnaires were constructed by the researcher. the data were analysed by using the t-test, F-test, Pearson Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results of this study was as follows :

1. The citizen in Changwat Chon Buri showed the average level of the knowledge attitude and practice dealing with severe diarrhoea prevention behaviors.
2. The citizen with difference sex showed that there was no significant different in their knowledge, attitude and practice on the severe diarrhoea preventing behaviors.
3. The citizen with different age showed significant difference in their practice on the severe diarrhoea preventing behaviors at .01 level. There was no significant difference in their knowledge and attitudes on the severe diarrhoea preventing behaviors.
4. The citizen with different education, education, occupation and income level showed significant difference in their knowledge, attitude and practice on the severe diarrhoea preventing behaviors at .01 level.
5. The citizen with different in their source of information showed the significance in their practices on the severe diarrhoea preventing behaviors at .01 level. There was on significant difference in their knowledge and attitudes on the severe diarrhoea preventing behaviors.
6. There was significant difference in relation ship between their knowledge and attitude, knowledge and practice including their attitude and practice on the severe diarrhoea preventing behaviors with the correlation at .01 level.
7. The 5 variables : sex, age, education, occupation, income levels and source of information had effect on severe diarrhoea preventing behaviors value at the .05, .01 level significantly.