

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ปริญญาณิพนธ์
ของ
ชุตินา ทองนุ่ม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2547
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชุดิมา ทองนุ่น. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงใน
บุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมากร , รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของมารดาในการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงจำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสิทธิภาพการ
เลี้ยงดูบุตร ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง พร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ
กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีที่อาศัยอยู่ในจังหวัด
กาญจนบุรี จำนวน 381 คน ได้มาโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ ค่า
คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที ทดสอบค่าเอฟ ทดสอบรายคู่ของนิวแมน -
คูลส์ และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี
2. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ รายได้ของครอบ
ครัว ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตร ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับ
รู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระ
ร่วง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
ของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้
อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมของมารดา
ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

FACTOR AFFECTING THE BEHAVIOR OF MOTHERS ON PREVENTION
OF INFANTILE DIARR IN KANCHANABURI PROVINCES

AN ABSTRACT
BY
CHUTIMA TONGNUM

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
June 2004

Chutima Tongnum. (2004). *Factor affecting the behavior of mothers on prevention of Infantile diarrhea in Kanchanaburi province*. Master thesis, M.S. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc.Prof.Dr.Napaporn Madhyamankura, Assoc.Prof. Viriya Sukwong.

The objectives of this study were to study and compare the factor affecting the behavior of mothers on prevention of infantile diarrhea in Kanchanaburi province. The studied variables were age, level of occupation , family income, infant care experience and knowledge about diarrhea including relationship between their health belief model ; perceived susceptibility , perceived severity , perceived benefits and barrier , cues to action and maternal behavior.

The samples were 381 mothers in infantiles mothers selected by using multistage random sampling. The data were collected by the Questionnaires and analyzed by percentage, standard deviation, t-test, F- test, Newman – Keuls and Pearson moment Correlation Coefficient analysis.

moment correlation coefficient product attitude and practices questionnaire and analyzed.

The results of this study were as follows :

1. Maternal behavior of mothers on prevention of Infantile diarrhea in Kanchanaburi province were at good level.
2. Mothers of different age, family income, experience infant infant care experience , knowledge about diarrhea had no different behavior on prevention of Infantile diarrhea. On the other hand the behavior was significantly different of level .05 in mothers who had different education.
3. It was found that health belief model ; perceived susceptibility , perceived severity, perceived benefits ,cues to action positive corrected with maternal behaviors on prevention of Infantile diarrhea at .05 level while perceived barrier in prevention practice was negative related.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ของ
นางชุตีมา ทองน่วม

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร หะวานนท์)
วันที่ 28 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2547

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมากร)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

..... กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

..... กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
ทบวงมหาวิทยาลัย

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌมางกูร รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที และอาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ในการดำเนินการทำปริญญานิพนธ์จนสำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจเครื่องมือ ได้แก่ อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ คุณเพ็ญพิมล ศิริปโชติ คุณพรชัย เกิดศิริ และคุณประทวน สัตย์ชื่อ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือและให้คำแนะนำการสร้างเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุรพงษ์ ดันธนศรีกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรีที่ให้ความอนุเคราะห์ แก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าสถานื่อนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่างใน จังหวัดกาญจนบุรีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อวิจิต เกลี้ยงเกลา คุณแม่สายตา เกลี้ยงเกลาที่อุปการะ อบรมสั่งสอนผู้วิจัย และสามีผู้วิจัย จำสืบทารวจ พสธร ทองนุ่ม ที่ให้กำลังใจ ช่วยดูแล ครอบครัวย ช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดการศึกษา และเพื่อนร่วมงานทุกคนที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจในการศึกษา จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ชุตินา ทองนุ่ม

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
	ความสำคัญของการวิจัย	3
	ขอบเขตของการศึกษาวิจัย.....	4
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	4
	ตัวแปรที่ศึกษา	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ	5
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	8
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	9
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	41
	งานวิจัยในต่างประเทศ	41
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	42
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	47
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	48
	ลักษณะของเครื่องมือ	49
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	49
	เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย	50
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	52
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

4 (ต่อ)		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	61
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
5	สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	73
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาวิจัย	73
	ความมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย	73
	สมมติฐานของการวิจัย	73
	วิธีดำเนินการวิจัย	74
	สรุปผลการวิจัย	75
	อภิปรายผล	77
	ข้อเสนอแนะ	86
	บรรณานุกรม	87
	ภาคผนวก	95
	ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์	96
	ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับการวิจัย	102
	ประวัติย่อผู้วิจัย	116

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	ภาวะการขาดน้ำประเ็นอาการแสดงทางคลินิก.....	17
2	จำนวนมารดาที่เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จำแนกตามอำเภอ.....	48
3	จำนวน คำร้อยละของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การ เลี้ยงดูบุตร ความรู้โรคอุจจาระร่วง	62
4	คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรค อุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ในจังหวัดกาญจนบุรี	65
5	คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	65
6	จำนวนคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของ มารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัด กาญจนบุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง	66
7	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามตัวแปรรายได้และประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร	68
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม ป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัด กาญจนบุรี จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความรู้โรคอุจจาระร่วง ...	69
9	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัด กาญจนบุรีจำแนกตามระดับการศึกษา.....	70
10	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัด กาญจนบุรี.....	71

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

11	แสดงค่าความยากง่ายเป็นรายข้อ (P) ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความรู้โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	111
12	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	112
13	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	112
14	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	113
15	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	113
16	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	114
17	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี.....	115

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ทั้ง 3	27
3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการทำนายการป้องกันโรค.....	34
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย.....	36

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดเชื้อที่นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศที่อยู่ในเขตร้อน ซึ่งมีการแพร่กระจายของโรคนี้ได้อย่างรวดเร็ว เพราะมีสภาพเอื้ออำนวยต่อการแพร่ระบาดหลาย ๆ อย่างไม่ว่าจะเป็นสภาพภูมิประเทศ ภูมิอากาศ และสภาพทางสังคม และเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูง ทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยถูกจัดให้เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นอันดับ 1 และยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประเทศ (กองระบาดวิทยา. 2544 : 47)

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีการเกิดโรคอุจจาระร่วงมากทุกปี เมื่อศึกษาถึงภาวะของประชาชนที่เป็นโรคอุจจาระร่วง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2545 โดยปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงทั่วประเทศ จำนวน 1,157,629 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,883.36 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.53 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2542 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมี 963,246 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,564.27 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.35 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2543 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมี 954,019 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,544.46 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.32 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2544 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมี 1,020,377 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,643.28 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.28 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2545 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมี 1,055,391 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,687.15 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.25 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา. 2545 : ไม่มีเลขหน้า) ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังมีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคอุจจาระร่วงมีจำนวนสูงอยู่ทุกปี แนวโน้มการเกิดโรคมีอัตราเพิ่มขึ้นแต่อัตราตายมีแนวโน้มลดลง

จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2544 พบว่าจำนวนเด็กอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2542 มีอัตราป่วย 7,140.66 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2543 มีอัตราป่วย 6,844.70 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2544 มีอัตราป่วย 7,193.25 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา. 2544 : 51)

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของโรคอุจจาระร่วงต่อตัวบุคคลและต่อเศรษฐกิจของชาติแล้วพบว่าโรคอุจจาระร่วงเมื่อเกิดขึ้นกับเด็กแล้วจะทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่มากกว่าปกติเป็นผลให้เกิดอาการขาดน้ำ ยังมีการถ่ายอุจจาระเหลวมากครั้ง ก็ยังมีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่มากขึ้น อาการขาดน้ำจะเกิดรวดเร็วมากในเด็กทารกหรือเด็กเล็ก ๆ นอกจากโรคอุจจาระร่วงจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กด้วยเนื่องจากเด็กบริโภคลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการย่อยและการดูดซึมอาหาร ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำสาร

อาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและมีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็ก กล่าวคือเป็นผลให้การเจริญเติบโตของเด็กหยุดชะงัก พัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาไม่เหมาะสม มีความสามารถในการเรียนรู้ต่ำ และเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆที่อันตรายร้ายแรง เนื่องจากกลไกการป้องกันโรคของร่างกายลดลงทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคอื่นๆ ลดน้อยลงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่แล้ว จะทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด (วันดี วราวิทย์. 2534 :10-16) นอกจากนี้แล้วเมื่อพิจารณาในเชิงเศรษฐศาสตร์แล้วจะพบว่าโรคอุจจาระร่วงยังก่อให้เกิดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมการสูญเสียทางตรงนั้น จากการศึกษาในโรงพยาบาลเด็ก พบว่าค่าเฉลี่ยของการรักษาโรคอุจจาระร่วงจะอยู่ระหว่าง 1,309-1,330 บาท/คน/ครั้ง หรือ 183-186 บาท/คน/วัน (อัจนรา พงษ์ไทย. 2538 : 4) และพบว่าร้อยละ 42 ของผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเป็นเด็ก 0-5 ปีและในช่วงอายุ 0-5 ปีเด็กจะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงถึง 2 ครั้ง หรือมีอัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงเท่ากับ 1.33 ครั้ง/คน/ปี จำนวนเด็กที่มีอายุ 0-1ปีทั่วประเทศเท่ากับ 1,031,521 คน นั้นหมายถึงว่ารัฐต้องเสียงบประมาณจำนวนมหาศาลในการรักษาพยาบาลเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงปีละประมาณ 2,000 ล้านบาท ทั้งส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ และค่าใช้จ่ายในส่วนที่ประชาชนรักษาเอง ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่มีค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจเพราะงบประมาณดังกล่าวนี้รัฐสามารถนำไปใช้เพื่อกิจการอื่นที่เป็นประโยชน์ได้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2535 : 2) ส่วนการสูญเสียทางอ้อมได้แก่การสูญเสียผลผลิตที่ควรจะได้จากบุคคลวัยทำงาน เพราะบิดามารดาหรือผู้เลี้ยง จะต้องมาดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง รวมทั้งค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักและค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก นอกจากนี้หากมีการระบาดของโรคขึ้นอาจก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องการส่งออก ความเชื่อมั่นของต่างชาติต่อสินค้า การส่งแรงงานไปทำงานต่างชาติ รวมถึงการท่องเที่ยวภายในประเทศไทย ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศชาติขาดรายได้ในส่วนนี้ (ชฎาภรณ์ สุชนิรันดร์. 2534 : 3)

สำหรับสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 1,434 คนคิดเป็นอัตราป่วย 17,541.28 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2544 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 1,674 คน คิดเป็นอัตราป่วย 18,275.10 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2545 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 1,324 คน คิดเป็นอัตราป่วย 16,789.25 ต่อประชากรแสนคน จึงเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของจังหวัดกาญจนบุรียังสูงอยู่ทุกปี (งานแผนงานและประเมินผล. 2545 : ไม่มีเลขหน้า)

เนื่องจากสาเหตุโรคอุจจาระร่วงในเด็กมาจากเชื้อไวรัส แบคทีเรียและเชื้ออื่นๆ ซึ่งทุกสาเหตุส่วนใหญ่มีผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรเช่นการล้างขวดนมด้วยน้ำเปล่า การไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนป้อนอาหารให้บุตร การกำจัดอุจจาระเด็กไม่ถูกต้อง การไม่มีสิ่งปกปิดอาหาร การที่มารดาไม่ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดหลังการใช้ส้วม

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งจะกำหนดแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป และความเชื่อยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรม ที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 5) และจากการศึกษาพฤติกรรมเปรียบเทียบของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานีพบว่ามารดาในเขตเทศบาลมีความรู้ในเรื่องโรคอุจจาระร่วงการรับรู้ต่อประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการรักษา พฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาตลอดจนการดูแลสุขภาพและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะป่วยมากกว่ามารดานอกเขตเทศบาล แต่พฤติกรรมในด้านการสังเกตอาการของบุตรขณะป่วยของมารดานอกเขตเทศบาล พบมากกว่าในเขตเทศบาล สำหรับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาแตกต่างกันตามอาชีพ ระดับการศึกษา ความรู้ การรับรู้ถึงอุปสรรคที่แตกต่างกัน และพบว่าพฤติกรรมในการ ดูแลบุตรเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงการรับรู้ถึงความรุนแรง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้ในเรื่องอุจจาระร่วงจากการศึกษามีข้อเสนอแนะ ให้ส่งเสริมและพัฒนาวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของมารดา เมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เช่น การให้สารละลายน้ำเกลือแร่ชนิดซอง หรือเตรียมเองที่บ้าน (เกศรา ศิริมูล. 2536 : 251-267)

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงกับความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำปรึกษา และหาแนวทางป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กให้ลดลง ซึ่งจะให้มีผลลดภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพดีเป็นกำลังของประเทศชาติต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสมการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรี
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงาน เพื่อหาแนวทางในการวางแผนป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรี

3. เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารได้เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า1ปีด้วยตนเองที่อาศัยในจังหวัดกาญจนบุรีในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 8,240 คน (งานแผนงานและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2545 : ไม่มีเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่อาศัยในจังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 381 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538:90) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1996 : 583)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่

- 1.1.1 อายุ
- 1.1.2 ระดับการศึกษา
- 1.1.3 รายได้
- 1.1.4 ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร
- 1.1.5 ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

1.2 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ

- 1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 1.2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
- 1.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ
- 1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
- 1.2.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง** หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การเลี้ยงบุตรด้วยอาหารเสริมตามวัย การป้องกันการปนเปื้อน การดูแลเมื่อบุตรป่วย การดูแลความสะอาดร่างกายของบุตร การดูแลความสะอาดเครื่องนุ่งห่มของบุตร การทำความสะอาดขวดนม การจัดหาน้ำสะอาด การดูแลความสะอาดร่างกายของมารดา การทำความสะอาดหัตถ์ของมารดา การล้างมือด้วยสบู่ก่อนปรุงอาหาร

2. **อายุ** หมายถึง อายุของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

2.1 15 – 24 ปี

2.2 25 – 34 ปี

2.3 35 – 44 ปี

3. **ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคอุจจาระร่วง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

3.2 ประถมศึกษา

3.3 มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

3.4 อุดมศึกษา

4. **รายได้** หมายถึง รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวต่อเดือน แบ่งตามกลุ่ม ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 25)

4.1 ต่ำกว่า 6,000 บาท

4.2 6,000 – 12,000 บาท

4.3 12,001 – 18,000 บาท

4.4 สูงกว่า 18,000 บาท

5. **ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี** หมายถึง มารดาที่เคยเลี้ยงดูบุตรของตนเองหรือเคยดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในการดูแลเอาใจใส่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็ก เช่น การให้นม อาหารเสริม การทำความสะอาด การดูแลการขับถ่าย การจัดหาน้ำสะอาด การดูแลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

6. **ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง** หมายถึง ความสามารถของมารดาที่ดูแลบุตรในการจำหรือ เข้าใจตามเนื้อหาในเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

7. **ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกรู้สีกคิดหรือความเข้าใจ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้อันเป็นแนวโน้มที่จะทำให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่

7.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของมารดาที่เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจที่ถูกต้องและความยอมรับว่าบุตรของตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง

7.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของมารดาที่เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือ ความเข้าใจที่ถูกต้องและความยอมรับเกี่ยวกับอันตรายของโรคอุจจาระร่วงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะคุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของบุตรได้

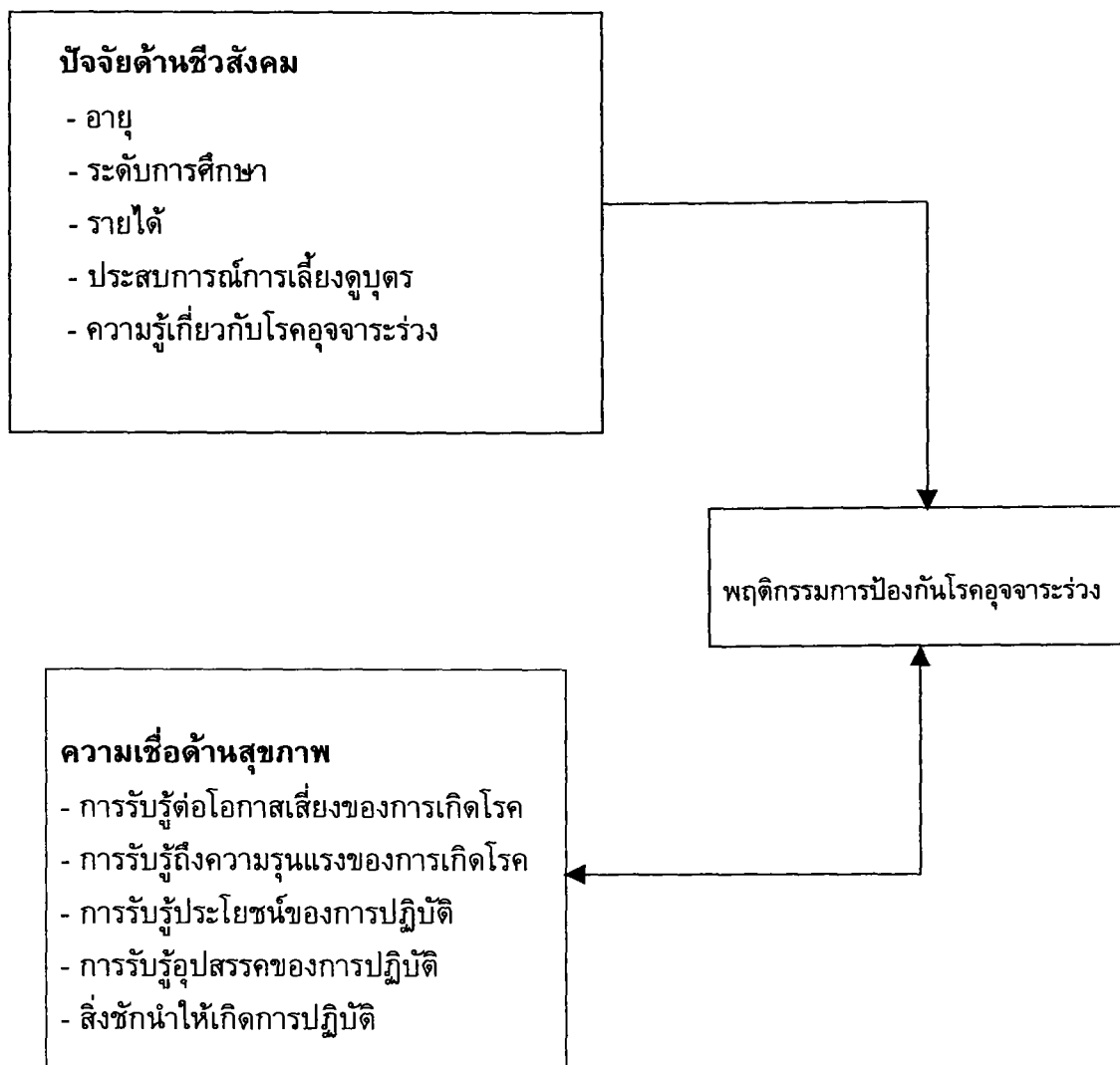
7.3 การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติ หมายถึง ความคิดเห็นของมารดาที่เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจที่ถูกต้องความว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่นั้นจะก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้

7.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของมารดาต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของบุตรในทางลบ ได้แก่ การเสียเวลาการสิ้นเปลืองเงินทอง

7.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง แรงกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข สื่อสารมวลชน (โทรทัศน์) สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าปัจจัยต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งสามารถนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
2. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
3. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
4. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
5. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
6. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
7. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
8. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
9. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
10. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
 - แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - งานวิจัยในต่างประเทศ
 - งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง (Diarrhea)

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดคำจำกัดความ โรคอุจจาระร่วงว่า (กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : 5)

โรคอุจจาระร่วง (Diarrhea) คือ ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือด อย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง

การถ่ายบ่อยครั้ง แต่ลักษณะอุจจาระปกติ หรือทารกแรกเกิดในระยะถ่ายขี้เทา อุจจาระนิ่ม เหลว แม้ถ่ายบ่อยครั้ง ก็ยังไม่ถือเป็นโรคอุจจาระร่วง

อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) คือ อาการอุจจาระร่วงที่มีอาการแสดงหลายชั่วโมงหรือหลายวันแต่มักหายได้ภายใน 7 วัน

อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistent diarrhea) คือ อาการอุจจาระร่วงที่เริ่มต้นแบบอุจจาระร่วงเฉียบพลันซึ่งมักเกิดจากการติดเชื้อ แต่เป็นอยู่ยาวนานมีอาการแสดงเกิน 2 สัปดาห์

อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic diarrhea) คือ อาการอุจจาระร่วงที่มีอาการแสดงนานเกิน 3 สัปดาห์

การติดต่อ

โรคอุจจาระร่วงติดต่อกันได้ โดยการรับประทานอาหาร น้ำ นม และสิ่งอื่นๆที่ปนเปื้อนเชื้อโรคชนิดต่างๆที่ก่อให้เกิดอาการอุจจาระร่วงเข้าไปในร่างกาย

ระบาดวิทยาการติดเชื้ออุจจาระร่วง

พบว่าอุจจาระร่วงเกิดจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1. คน ได้รับเชื้อจากการรับประทานอาหาร หรือสิ่งปนเปื้อน หรือจากการสัมผัสระหว่างบุคคล
2. สิ่งแวดล้อม การแพร่ระบาดของเชื้อจากอาหาร น้ำ หรือนมที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ และฤดูกาลก็มีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรค เช่น เชื้อโรต้าไวรัส พบมากฤดูหนาว เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง มักพบในฤดูร้อนและฤดูฝน
3. เชื้อโรค โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อโรคในกลุ่มไวรัส แบคทีเรีย พยาธิ และเชื้อรา

โรคอุจจาระร่วงในเด็ก

อุจจาระร่วงในเด็กเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ที่พบบ่อยได้แก่ (วันดี วราวิทย์. 2534 : 2)

1. ติดเชื้อไวรัส ที่พบบ่อยคือ โรตาไวรัส (Rotavirus) ซึ่งพบบ่อยในฤดูหนาวระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พบในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีมากถึงร้อยละ 10-50 และเชืื่อนี้เป็นสาเหตุของการอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้ เมื่อได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย จะรบกวนการทำงานของลำไส้ ส่วนของวิลไลหดสั้นลงทำให้พื้นผิวในการดูดซึมน้อยลง ทำให้มีความผิดปกติในการดูดซึมอาหาร และทำให้มีความผิดปกติในการดูดซึมอิเล็กโทรลัยต์โดยเฉพาะโซเดียม อุจจาระที่ออกมาจะมีความเป็นกรดเนื่องจากลำไส้มีการผลิตกรดจำนวนมาก
2. ติดเชื้อแบคทีเรีย ที่พบบ่อยคือ อี โคไล (*Escherichia coli*) ระบาดได้ตลอดปี ประมาณร้อยละ 12 ชนิดที่ทำให้เกิดอุจจาระร่วงแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ อี ที อี ซี (*Enterotoxigenic Escherichia Coli*) และ อี ไอ อี ซี (*Enteroinvasive Escherichia coli*) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้บ่อยทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก
3. สาเหตุอื่น ที่พบบ่อยได้แก่ (พึงพิศ การงาม. 2541 : 244)
 - 3.1 ขาดเอนไซม์แลคเตส ทำให้มีความบกพร่องของการย่อยและดูดซึมน้ำตาลแลคโตส ซึ่งส่วนมากประกอบอยู่ในน้ำนมจากสัตว์
 - 3.2 พิษของยา เช่น ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานานๆ
 - 3.3 สภาพจิตใจและอารมณ์
 - 3.4 เกิดขึ้นภายหลังเป็นโรคของระบบอื่นๆ เช่น การอักเสบของทางเดินหายใจส่วนบน หนองใน และ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 3.5 สารเคมี หรือพืชที่เป็นพิษ เช่น ตะกั่ว สังกะสี เห็ดบางชนิด เป็นต้น
 - 3.6 ปฏิกริยาภูมิแพ้ ได้แก่ การแพ้โปรตีนในน้ำนม (Cows milk protein sensitive enteropathy) , Eosinophilic gastroenteritis
 - 3.7 โรคขาดสารอาหาร เนื่องจากเด็กที่ขาดสารอาหารจะไม่สามารถสร้างน้ำย่อยมา

ย่อยอาหารได้เพียงพอ จึงทำให้ดูดซึมอาหารได้ไม่เต็มที่ประกอบกับกากอาหารที่เหลืค้างอยู่ทำให้แบคทีเรียเจริญมากขึ้นและทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้

4. เกิดร่วมกับการติดเชื้ออย่างอื่น เช่น โรคหัด ปอดอักเสบ เอ็ดส์ เป็นผลเนื่องมาจากการดูดซึมเกลือ และน้ำจากโพร่งลำไส้จากตำแหน่งลำไส้เล็กลดลง ร่วมกับการหลั่งน้ำ และอิเล็กโตร-ไลต์ จากบริเวณ Crypt cell เข้าสู่โพร่งลำไส้มากขึ้นทำให้เกินความสามารถที่จะดูดซึมได้ทัน จึงทำให้เกิดกลไกการสูญเสียน้ำและอิเล็กโตรไลต์ไปทางอุจจาระ

ความต้านทานทั่วไป

อายุและโภชนาการ มีส่วนสำคัญมากเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ติดเชื้อแล้วเกิดอาการอุจจาระร่วงบ่อยจนชาวบ้านทั่วไปนำมาสัมพันธ์กับช่วงพัฒนาการของเด็ก ถ่ายอุจจาระมีน้ำมากกว่าปกติวันละ 3-4 ครั้ง เพราะเด็กกำลังยึดตัวถ่ายตัวเป็นต้น ทารกที่มีภาวะทุพโภชนาการมักมีอาการอุจจาระร่วงบ่อยและมีอาการมาก ยิ่งทำให้ภาวะทุพโภชนาการหนักขึ้นไปอีก

ความต้านทานเฉพาะที่

เชื้อโรคที่ปนเปื้อนมากับอาหารและน้ำ เมื่อคนกลืนสู่กระเพาะอาหารจะถูกกรดทำลายลงก่อนที่จะเชื้อจะผ่านลงถึงลำไส้เล็ก ถ้ามีการลดลงเชื้อจำนวนน้อยจะก่อให้เกิดโรคได้ pH ของของเหลวในกระเพาะต่ำไม่พอทำลายเชื้อ อาจเป็นเพราะสร้างกรดได้น้อย ได้สารพวกต่าง หรือดื่มน้ำมากจนกรดในกระเพาะเจือจาง และทารกที่ขาดอาหารจะมีการดในกระเพาะน้อย ภาวะเช่นนี้ถ้าได้รับเชื้อขนาดที่คนปกติไม่เกิดโรค ก็เกิดโรคได้รุนแรง

น้ำนมแม่และ Intestinal antibodies มี Secretory IgA จะจับเชื้อและหรือป้องกันมิให้เชื้อจับติด mucosa หรืออาจรบกวนการแบ่งตัวของเชื้อที่กลืนลงไปและแม่แต่เชื้อที่อยู่ในโพร่งลำไส้อยู่แล้วด้วย เชื้อที่อยู่ในโพร่งลำไส้นี้มีส่วนสำคัญเพราะดูเหมือนว่าเชื้อที่อยู่ในลำไส้ตามปกติมีอิทธิพลต่อเชื้อชนิดที่อาจก่อพยาธิสภาพได้โดยการแย่งที่อาหารหรือโดย antibacterial metabolites

การบีบตัวของลำไส้การบีบตัวเร็วรีดของเหลวซึ่งมีเชื้อที่ทำให้เกิดโรค (Enteropathogen) และสารพิษ (Toxin) ออกจากร่างกายเป็นกลไกธรรมชาติในการป้องกัน เสมือนหนึ่งการชะล้างตัวเชื้อ ที่ผ่านกระเพาะลงสู่ลำไส้เล็กเชื้อจะแบ่งตัวมากขึ้นในของเหลวในโพร่งลำไส้ ร่างกายจึงมีกลไกธรรมชาติบีบตัว เมื่อของเหลวในโพร่งลำไส้มากจะกระตุ้นปลายประสาท บีบริดของเหลวลงสู่ลำไส้ใหญ่ออกจากร่างกายเป็นอุจจาระ ในการนี้โอกาสที่เชื้อและสารพิษมีระยะเวลาสัมผัสกับเยื่อบุลำไส้ (Mucosa) สั้นลงโอกาสที่จะก่อภัยอันตรายและก่อพยาธิสภาพมีน้อยกว่าในรายที่มีการบีบตัวของลำไส้น้อย เชื้อมีโอกาสสัมผัสเกาะ และทะลุทะลวงเข้าเยื่อบุลำไส้ได้ง่าย โดยเฉพาะ Invasive organism เช่น *Shigella invade* เข้าเยื่อบุลำไส้และ Lamina propria ได้มาก ส่วน *Salmonella* จะเข้าสู่ระบบไหลเวียนได้มากขึ้น เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยาของอุจจาระร่วง

เชื้อต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคก่อให้เกิดโรคได้โดย เชื้อโรคหรือพิษของเชื้อจะปนเปื้อนมากับอาหารและน้ำ เมื่อคนกลืนลงสู่กระเพาะอาหารเชื้อจะถูกกรดทำลายก่อนที่จะผ่านลงถึงลำไส้เล็ก ถ้ากรดในกระเพาะอาหารลดลงเชื้อจะสามารถผ่านลงไปก่อให้เกิดโรคได้ง่าย หรือถ้าที่ถูกกลืนเข้าไปมีจำนวนมากพอหลังจากการทำลายโดยกรด และความต้านทานของร่างกายคนนั้นแล้วถ้าเชื้อยังคงมีชีวิตรอดอยู่จำนวนมากพอก็จะเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนได้อีกจนก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง ส่วนพิษของเชื้อที่ปนเปื้อนที่มีปริมาณมากพอก็จะสามารถก่อให้เกิดโรคได้ในขณะที่เชื้อและสารพิษอยู่ในโพร่งลำไส้ ต้องมีระยะเวลาสัมผัสกับเยื่อบุลำไส้และที่เยื่อบุลำไส้นี้เองจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพเป็น 2 แบบ (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2540 : 7) คือ พวกที่ปล่อยสารพิษและพวกบุกรุกแทนเข้าไปในเนื้อเยื่อ(Invasive) พวกปล่อยสารพิษรุนแรง เช่น *E. coli* และ *V.cholerae* จะกระตุ้น (Activate) Adenyl cyclase และ Guany cyclase เต็มที่ตลอดลำไส้เล็ก (Fully activate) และคงที่อยู่จนกว่าเซลล์เยื่อบุลำไส้ นั้นจะหมดอายุและหลุดไป ดังนั้นอาการของผู้ป่วยจะมี Secretory diarrhea ในวันแรก และวันที่ 2 มากหรือนานสุด 4 วัน อันเป็นช่วงระยะเวลาของเยื่อบุลำไส้ที่ Tip cell ของ Villi หลุดหลุดออกไป ส่วนชนิดที่ Invasive จะมีการปล่อยสารพิษบ้างเกิด Secretory diarrhea ในช่วงแรก ต่อมาเกิดการอักเสบเป็นหย่อมๆ ตรงจุดที่เชื้อเกาะและปล่อยสารพิษ โดยเฉพาะเชื้อ *Salmonella* จะทำให้เกิด local damage ทำให้มี Secretion เกิดเซลล์ตายเป็นหย่อมๆ เป็นแผลเล็กๆ อุจจาระจึงมีมูกปนเลือด บางครั้งปนหนอง และเกิดอาการปวดเบ่งมาก ถ้าเกิดอาการอักเสบตรง Rectosigmoid colon กระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่บีบตัว และกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักเปิดเรียกว่า “ปวดเบ่ง” รวมเรียกกลุ่มอาการอุจจาระร่วงแบบนี้ว่า Dysentery

อุจจาระลักษณะเป็นน้ำ เป็นผลของการดูดซึมเกลือ และน้ำจากโพร่งลำไส้ตรงตำแหน่งลำไส้เล็กลดลงร่วมกับมีการหลังเกลือและน้ำจากเซลล์บริเวณ Crypt เข้าสู่โพร่งลำไส้ เกิดมีของเหลวเคลื่อนสู่ลำไส้ใหญ่มากเกินไปจนความสามารถที่ลำไส้ใหญ่จะดูดซึมเกลือและน้ำได้

กลไกที่ทำให้เกิดการเสียเกลือและน้ำไปทางอุจจาระ ได้แก่

1. ของเหลวผ่านเร็ว ลำไส้ดูดซึมไม่ทัน เนื่องจากมีของเหลวค้างในโพร่งลำไส้กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวเร็วของเหลวลงสู่ลำไส้ใหญ่เร็ว แต่เราอาจพบว่า ผู้ป่วยบางคนมีลำไส้โป่งพอง และมีของเหลวในโพร่งลำไส้อยู่เต็ม แต่ลำไส้ก็ไม่สามารถดูดซึมได้เนื่องจากเกิดความบกพร่องในการดูดซึม
2. การดูดซึมบกพร่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้ไม่สามารถนำน้ำ และเกลือจากโพร่งลำไส้เข้าสู่ระบบไหลเวียนได้ ตามปกติซึ่งลำไส้จะสามารถดูดซึมน้ำได้เกือบหมดในแต่ละวัน คนเรารับประทานอาหาร 2 ลิตร ร่างกายหลังน้ำย่อยมาย่อยอีก 7 ลิตร ของเหลว 9 ลิตร นี้จะถูกดูดซึมเข้าร่างกาย เหลือน้ำออกมากับอุจจาระประมาณ 100 - 200 มิลลิลิตร

อันตรายจากโรคอุจจาระร่วง

อันตรายที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วงมี 2 ประการ คือ การขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะทุพโภชนาการซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ (วันดี วราวิทย์. 2534 : 18) การเกิดโรคอุจจาระร่วงแต่ละครั้งเท่ากับอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดสารอาหาร) เฉียบพลันได้ เพราะมีการลดการดูดซึมของลำไส้ ปริมาณอาหารที่กินก็ลดลงด้วยเพราะเด็กจะเบื่ออาหาร และมารดามักจะเข้าใจว่าไม่ควรให้อาหารแก่เด็กขณะเกิดโรคอุจจาระร่วง และภาวะทุพโภชนาการอย่างเดียวยังไม่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แต่สามารถทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง ที่เป็นอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือนได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการด้วย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกินและการดูดซึมอาหาร คือ

1. กินได้น้อยลง เพราะเบื่ออาหาร และมารดาไม่ให้อาหารลูกขณะมีโรคอุจจาระร่วง
2. เวลาที่อาหารอยู่ในลำไส้ลดลง เพราะลำไส้บีบตัวเพิ่มขึ้น ทำให้อาหารเคลื่อนที่เร็ว การดูดซึมลดลง
3. เยื่อผนังลำไส้ มีการเปลี่ยนแปลงจากการติดเชื้อ เป็นผลให้การสร้างสารบางอย่างที่ช่วยให้การดูดซึมอาหารเสียสมดุลไป

ในรายที่มีไข้ร่างกายต้องการอาหารมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้อาหาร ที่ร่างกายเก็บสะสมไว้เมื่อหยุดถ่ายเด็กต้องการอาหารชดเชยเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นอีกหลายสัปดาห์จึงมีน้ำหนักคืนมาเท่ากับก่อนป่วยในทางกลับกัน ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ภูมิคุ้มกันของเด็กลดลงและเพิ่มโอกาสให้มีโรคอุจจาระร่วงเกิดขึ้นใหม่ และรุนแรงขึ้น จึงควรปฏิบัติดังนี้

- ควรให้อาหารเด็กขณะเกิดโรคอุจจาระร่วงเพื่อป้องกันการขาดอาหาร
- ควรให้อาหารเพิ่มขึ้นหลังจากเกิดโรคอุจจาระร่วง

ภาวะการขาดน้ำมีสาเหตุจากร่างกายเสียน้ำ และเกลือแร่จำนวนมาก ไปในโพร่งลำไส้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทดแทนน้ำและเกลือแร่จำนวนมาก ในเด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอย่างรีบด่วนทันทีที่เกิดอาการอุจจาระร่วง

อาการแสดงของการขาดน้ำ

สำคัญมากที่จะต้องทราบอาการแสดงของการขาดน้ำเพื่อจะได้ตัดสินใจว่าควรรักษาอย่างไร อาการที่สำคัญ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : 20)

1. กระหายน้ำ เป็นอาการแรกของการขาดน้ำในเด็กเล็ก ไม่สามารถบอกท่านได้ว่าเขากระหายน้ำ นอกจากทดลองโดยให้ดื่มน้ำดูจะรู้ว่ากระหายน้ำ
2. น้ำหนักลด เมื่อเด็กเสียน้ำและขาดน้ำ น้ำหนักตัวลดลงในรายที่มีภาวะการขาดน้ำรุนแรง น้ำหนักจะลดไป 10 % ของน้ำหนักปกติ เช่น ถ้าเคยน้ำหนัก 10 กิโลกรัมจะเสียน้ำไป 1 กิโลกรัมจะเหลือน้ำหนักเพียง 9 กิโลกรัม อาจเกิดภายใน 2-3 ชั่วโมงหรือ 2-3 วันก็ได้

3. เบ้าตาสีดำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญปกติร่างกายของเด็กจะมีเนื้อเยื่อไขมัน ที่มีน้ำมาก ถ้าเด็กขาดน้ำเนื้อเยื่อเหล่านี้จะดูแห้งและบวมลง ตาก็จะลึกลง แต่ควรจำไว้ว่าในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง เนื้อเยื่อไขมันที่หนังตาจะดูแห้งและเบ้าตาสีดำเหมือนกัน

4. ปากแห้งในเด็กที่ขาดน้ำ จะไม่สามารถสร้างน้ำลายได้พอเพียง ปากและลิ้นจะแห้ง กระหม่อมบวม กระหม่อมเป็นส่วนนุ่มที่อยู่ระหว่างกระดูก กะโหลก ศีรษะส่วนบนสุดแรกคลอดจะกว้างเมื่ออายุ 1 ปี กระหม่อมจะเล็กลง กระหม่อมจะปิดเมื่ออายุ ประมาณ 18 เดือน เมื่อเด็กมีภาวะการขาดน้ำสมองจะเหี่ยว และเล็กลงทำให้กระหม่อมจมลงระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะในเด็กที่ขาดน้ำจะเห็นว่ากระหม่อมบวมลงสามารถคลำขอบกระดูกของกะโหลกศีรษะได้รอบๆ ในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง กระหม่อมจะบวมลงยาก ดังนั้นจึงไม่ใช่อาการแสดงที่จะวินิจฉัยภาวะการขาดน้ำในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ

5. สูญเสียการยืดหยุ่นของผิวหนัง ในเด็กปกติผิวหนังจะยืดหยุ่น ถ้าลองบีบผิวหนังที่ท้องตึงขึ้นและปล่อยผิวหนังจะกลับเข้าที่เดิม ได้อย่างรวดเร็ว แต่ในภาวะขาดน้ำผิวหนังจะแห้งและสูญเสียความยืดหยุ่น ดังนั้นจะต้องค้างอยู่ชั่วประมาณ 2 วินาที ก่อนจะราบลงอย่างเดิม

6. หายใจเร็วขึ้นเหมือนหอบ เด็กที่ขาดน้ำมากจะหายใจเร็ว 40-60 ครั้ง/นาทีหายใจลึก และแรงกว่าปกติ ลักษณะเช่นนี้จะเกิดขึ้นในเด็กที่ขาดน้ำมาเป็นวัน ๆ อย่าสับสนกับการหายใจเร็วและตื้น เด็กที่เป็นโรคปอดบวมจะหายใจตื้นๆ

7. ชีพจรเบา เร็ว ภาวะการขาดน้ำทำให้ชีพจรเด็กเต้นเร็วและเบาลง เมื่อเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ชีพจรอาจจะเบามากจนคลำที่ข้อมือไม่ได้ อาจจะต้องคลำที่ขาหนีบหรือฟังเสียงหัวใจ

8. ปัสสาวะน้อยในเด็กปกติจะถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมง ในเด็กที่มีอาการขาดน้ำจะมีปัสสาวะน้อยลงเพราะร่างกายพยายามเก็บน้ำไว้ มารดามักทราบว่าลูกปัสสาวะมากเท่าไร ดังนั้นถามดูว่าปัสสาวะน้อยกว่าปกติหรือไม่ เมื่อเด็กที่มีภาวะการขาดน้ำได้รับการรักษาแล้ว เด็กจะถ่ายปัสสาวะเหมือนเดิม

9. ซีด ในรายที่มีอาการขาดน้ำรุนแรงมากจะเกิดอาการซีด เด็กจะนอนซึม ผิวหนังซีด เย็น ซีดเป็นภาวะที่อันตราย เพราะเป็นอาการแสดงว่า เด็กคนนั้นจำเป็นต้องให้น้ำทางหลอดเลือดดำทันที

10. ชี เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ ในเด็กที่มีอาการขาดน้ำอาจมีไข้ได้ในระยะนี้เนื่องจากโรคปอดอักเสบหรือหูหนวกร่วมด้วย

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของอาการอุจจาระร่วงนอกจากทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ และขาดความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ เนื่องจากขณะที่อุจจาระร่วงมีปัจจัยหลายอย่างเกิดร่วมกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูดซึมอาหารซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. กินได้น้อยลง เพราะเบื่ออาหาร และมารดามักจะไม่ให้อาหารขณะลูกอุจจาระร่วง
2. เวลาของอาหารที่อยู่ในลำไส้ลดลง เนื่องจากลำไส้บีบตัวเพิ่มขึ้น และทำให้การดูดซึมน้อยลง
3. เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการติดเชื้อ และอาหารไม่สามารถผ่านไปได้เป็นผลให้การสร้างสารบางอย่างช่วยให้มีการดูดซึมอาหารเสียสมดุลไป
4. ในทารกและเด็กบางคนจะมีไข้ร่วมด้วย ร่างกายต้องการอาหารมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้อาหารที่สะสมไว้ไปเมื่อหยุดถ่าย ดังนั้นจึงต้องการอาหารเพิ่มขึ้นด้วย

การรักษาโรคอุจจาระร่วง

การรักษามีประเด็นใหญ่อยู่ 3 ประการ คือ (กองโรคติดต่อทั่วไป. 2543 : 9 – 24)

1. การป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำ การทดแทนน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ได้มีการรักษาโดยให้สารน้ำทางปากและต่อมาได้มีการศึกษายืนยันว่าการดูดซึมของโซเดียมเกิดขึ้นถ้ามีน้ำตาลอยู่ด้วยโดยโซเดียมจับคู่กับกลูโคสดูดซึมเข้าเยื่อบุลำไส้ด้วยกัน น้ำก็จะถูกดึงเข้าไปด้วย

ดังนั้นการให้สารน้ำรักษาทางปากเหมาะสำหรับการป้องกันภาวะขาดน้ำ เมื่อเกิดภาวะขาดน้ำแล้วในระดับน้อยถึงปานกลางก็สามารถรักษาให้หายได้ แต่ต้องให้ครั้งละน้อยโดยใช้ช้อนตักป้อนจะดีกว่าใส่ขวดให้ดูดเพราะเด็กกำลังกระหายน้ำจะดูดอย่างรวดเร็วจนได้รับสารน้ำปริมาณมากในครั้งเดียว จะทำให้เกิดอาการอาเจียนหรือดูดซึมไม่ทัน ทำให้ถ่ายมากขึ้นและแพทย์ต้องอธิบายให้พ่อแม่ตระหนักว่าการให้สารน้ำทางปากนั้นจะป้องกันหรือแก้ไขภาวะขาดน้ำ แต่เด็กจะยังไม่หยุดถ่ายต้องเฝ้าระวัง ถ้ามีอาการอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 10 มล./กก./ชั่วโมง หรือมากกว่าอาจต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือด

1.1 วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันด้วยสารน้ำทางปาก (Oral hydration therapy - ORT)

หลักการใช้ ORT เพื่อทดแทนน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ที่สูญเสียไปกับอุจจาระ ซึ่งแยกออกเป็น 2 ประเภท คือ

ก. การป้องกันภาวะการขาดน้ำ (Prevention of dehydration) เมื่อมีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นน้ำมีปริมาณมากๆ แม้เพียงครั้งเดียว จะหมายถึงการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ไปกับอุจจาระนั้นเพื่อป้องกันการขาดน้ำจึงควรเริ่มให้การรักษาโดยเร็ว ด้วยการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทดแทนน้ำและ อิเล็กโทรลัยท์ ที่ถ่ายออกไปจากร่างกาย เพราะถ้าหากปล่อยให้ถ่ายหลายครั้ง แล้วจึงรักษาหรือรอให้อาการขาดน้ำปรากฏจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ ซึ่งหากขาดน้ำขั้นรุนแรงอาจช็อกและตายได้

ดังนั้น การให้สารน้ำทางปาก เรียก ORT หรือ Rehydration therapy ซึ่งเป็นของเหลวที่เตรียมขึ้นได้เองที่บ้าน หรือสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ORS สารน้ำหรืออาหารเหลวควรมีน้ำ

ตาลกลูโคสไม่เกินร้อยละ 2 (2 กรัม%) ถ้าเป็นน้ำตาลซูโครสร้อยละ 4 (4 กรัม%) และถ้าเป็นแป้ง ร้อยละ 3-5 (3-5 กรัม%) และมีเกลือร้อยละ 0.3 (0.3 กรัม% หรือ Na^+ 45-90 มิลลิโมล/ลิตร) สูตรที่ องค์การอนามัยโลกแนะนำประกอบด้วย Na^+ 60-90 , K^+ 15-25, Cl^- 50-80, Trisodium citrate 8-12 ซึ่งเท่ากับ HCO_3^- 24-36 มิลลิโมล/ลิตร , กลูโคส 111 มิลลิโมล/ลิตร (กลูโคส 2 กรัม%)

เมื่อเริ่มมีอาการอุจจาระร่วงระยะแรก ถือเป็นการรักษาเบื้องต้นตามหลักการพึ่งพาตนเอง (Self care) การให้สารน้ำตาลเกลือแร่หรือของเหลวหรืออาหารเหลวที่เรียกว่า ORT นี้ ควรให้กิน ครั้งละน้อยๆและบ่อยๆ เพื่อให้ย่อยและดูดซึมได้ทัน และต้องไม่ดื่มที่จะให้ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจาก ปกติที่เคยได้รับพร้อมกับอาหารเหลวที่เคยได้รับอยู่ เช่น ให้นมแม่ปกติ แต่ถ้าเป็นนมผสมให้ผสม ตามปกติแต่ลดปริมาณนมที่ให้อีกครึ่งหนึ่งต่อมื้อสลับกับของเหลว ORT หรือสารละลาย ORS อีก ครึ่งหนึ่ง และถ้าถ่ายเป็นน้ำครั้งละมากๆ ให้ดื่ม ORT 10 มล./กก. ทดแทนต่อครั้งที่ถ่ายหรือให้ ORT 30-90 มล./กก./วัน เพื่อแทนอุจจาระทั้งวัน แต่ถ้าถ่ายกระปริดกระปอยหรือครั้งละน้อยๆ ไม่ ต้องกำหนดจำนวนแต่ให้ดื่ม ORT เพิ่มขึ้นตามต้องการ

ข. การรักษาภาวะขาดน้ำ (Treatment of dehydration) เมื่อผู้ป่วยมีอาการ อุจจาระร่วง จะมีการเสียเกลือและน้ำไปทางอุจจาระ อาเจียนและทางเหงื่อ ในช่วงแรกที่มีอาการ อุจจาระเป็นน้ำ อาการของการขาดน้ำจะปรากฏไม่ชัด อาจสังเกตได้จากอาการกระหายน้ำแต่เพียง อย่างเดียว และเมื่อขาดน้ำมากขึ้น อาการจึงจะปรากฏให้เห็นตามความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ

การรักษาภาวะขาดน้ำด้วยสารน้ำทางปาก

ในเด็กที่มีภาวะขาดน้ำน้อยถึงปานกลาง โดยจะเน้นการแก้ไขภาวะขาดน้ำ (Deficit) ใน 4-6 ชั่วโมงแรก ต่อด้วย maintenance ให้คิดปริมาณดังนี้ คือ(กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. 2543 : 11-24)

ขาดน้ำน้อยให้สารน้ำทางปาก 50 มล./กก. ใน 4 ชม.แรกและให้ Maintenance 100 มล./กก. จนครบ 24 ชั่วโมง

ขาดน้ำปานกลาง ให้สารน้ำทางปาก 70 มล./กก. ใน 4 ชม.แรกและให้ Maintenance 100 มล./กก. จนครบ 24 ชั่วโมง

ขาดน้ำมาก ให้สารน้ำทางปาก ให้เร็วและมากที่สุดพร้อมทั้งส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อให้สาร น้ำทางหลอดเลือด (IV.fluid)

ตาราง 1 ภาวะขาดน้ำประเมินจากอาการและอาการแสดงทางคลินิก

ความรุนแรง	น้อย 3-5 %	ปานกลาง 6-9 %	มาก $\geq 10\%$
ชีพจร	ปกติ	เร็ว	เร็ว เบา
ความดันเลือด	ปกติ	ปกติหรือต่ำลง มากกว่า 10 มม.ปรอท	ต่ำ หน้ามืด pulse pressure < 20 มม.ปรอท
พฤติกรรม	ปกติ	กระสับกระส่าย	กระวนกระวาย ถึงซึมมาก
กระหายน้ำ	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
เยื่อบุปาก	ปกติ	แห้ง	แห้งจนเหี่ยว
น้ำตา	มีน้ำตา	ลดลง	ไม่มีน้ำตา ตาลึกโหล
กระหม่อมหน้า	ปกติ	บวมเล็กน้อย	บวมมาก
ความยืดหยุ่นของ ผิวหนัง	ยังดีอยู่	เสียเล็กน้อย ไม่คืนกลับ ในช่วง 2 วินาที	จับแล้วยังตั้งอยู่นาน เกิน > 4 วินาที
Urine specific gravity	> 1.020	> 1.020 ปัสสาวะ ออกน้อยลง < 1 มล./100 kcal/ชั่วโมง	ปัสสาวะออกน้อยมาก 0.5 มล./100 kcal/ชั่วโมง หรือปัสสาวะไม่ออก
Capillary refill	< 2 วินาที	2 - 3 วินาที	3 - 4 วินาที

ที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2543 : 12

2. การให้อาหารรับประทานระหว่างเป็นโรคอุจจาระร่วง (Early feeding of appropriate foods) การศึกษาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้ ORT ผสมแป้งหรือ Glucose polymer ทำให้อุจจาระออกมาน้อยลง ภาวะโภชนาการของเด็กดีขึ้น ซึ่งบ่งชี้ถึงแนวคิดว่าให้ลำไส้พักด้วยการงดอาหารทางปาก (Nothing per mouth-NPO) เมื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ 4-6 ชั่วโมงแล้วจะเป็นทางปากหรือทางหลอดเลือดก็ควรเริ่มให้กิน มีการศึกษาให้เด็กได้กินนมแม่ กินนมผสม เจือจางและผสมปกติ และอาหารเหลวพวกแป้งต่างๆ ถั่ว พบว่าไม่ได้ทำให้อาการแย่งลงในเด็กที่มีอาการไม่รุนแรง และข้อมูลจากการทำ Meta-analysis จากรายงานการให้เด็กได้รับอาหารเร็ว แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาของการหายเร็วขึ้น 0.43 วัน แต่ประโยชน์ที่ได้มากกว่า คือ ภาวะโภชนาการดีกว่า ส่วนชนิดของนมเมื่อเป็นโรคอุจจาระร่วงโดยเฉพาะ *Rotavirus* ทำให้น้ำย่อยแลคเตสลดลง แต่เด็กสามารถกินนมแม่ต่อไปได้ ช่วงที่มีอุจจาระร่วง การดูดซึมของอาหารพวก

ประเภทแป้งหรือ Glucose polymer จะดีกว่าไขมันและโปรตีน ดังนั้นอาหารพวก ข้าว มัน เนื้อไม่ติดมัน โยเกิร์ต กล้วยและผัก เด็กจะรับได้ดี ส่วนอาหารมันๆ หรือเครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของน้ำตาลสูงควรงด

การให้อาหารแก่เด็กระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง และหลังจากหายแล้ว

การให้อาหารแก่เด็กระหว่างท้องร่วงและหลังจากหายแล้วเพื่อป้องกันการขาดอาหารให้เริ่มให้อาหารภายหลังจากให้ โอ อาร์ เอส กินทางปากแล้ว 4 ชั่วโมง

1. ถ้าเลี้ยงด้วยนมแม่ ให้ลูกดูดนมให้มากขึ้น
2. ถ้าไม่ได้เลี้ยงด้วยนมแม่ให้ปฏิบัติดังนี้

เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน

กินนมผสม : ผสมตามปกติ แต่แบ่งให้เด็กกินครั้งเดียวสลับกับ สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส อีกครั้งหนึ่งปริมาณเท่ากับนมที่เคยกินตามปกติ

เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป

- ให้อาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งเตรียมเป็นอาหารเหลวที่ย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้มผสมกับผัก ปลาต้ม เนื้อสัตว์ต้มเปื่อย ให้เด็กกินระหว่างท้องร่วง และให้เป็นอาหารพิเศษเพิ่มอีกวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 2 อาทิตย์ หลังจากหายท้องร่วง หรือจนกว่าเด็กจะมีน้ำหนักปกติ

- ควรปรุงและบดหรือสับอาหารให้ละเอียด
- พยายามให้เด็กกินอาหารให้ได้มากที่สุดเท่าที่เขาต้องการ
- ให้กินกล้วยน้ำว้าสุกหรือน้ำมะพร้าวเพื่อเพิ่มแร่ธาตุโปตัสเซียม

3. ในรายที่ได้สารน้ำทางหลอดเลือด ปัจจุบันไม่แนะนำให้งดอาหาร ให้อาหารเหลวหรือนมแม่ได้ตาม 1.1-1.2 แต่ถ้าดื่มนมผสมให้ดื่มน้ำก่อนให้ ORS อย่างน้อย 1 ออนซ์/กก./วัน เป็นเวลา 12 ชั่วโมงแล้วเริ่มให้นมผสมปกติต่อไปในปริมาณเท่ากันอีก 12 ชั่วโมง

การใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่หายได้เองถ้าให้การป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำและให้อาหารที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะ ในรายที่มีสาเหตุจากเชื้ออหิวาต์ และ *Shigella* โดยเลือกยาตามความไวของยาในแต่ละท้องถิ่นในช่วงเวลานั้น

ส่วน *Salmonella* การศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยสมพร ศิรินาวัน และ Garner P. โดยทำ Meta-analysis พบว่า การให้ยาปฏิชีวนะมีผลทำให้เชื้อในอุจจาระเป็นผลลบมากกว่า แต่จะกลับมาเป็นบวกอีกภายหลัง 3 สัปดาห์ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ให้ยาหลอก แต่ในการศึกษานี้ไม่รวมเด็กที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องและทารกแรกเกิด และยังไม่มียาการศึกษาที่ใช้ในกลุ่มควิโนโลน ในกรณีที่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 3 เดือนเด็กที่มีอาการติดเชื้อนอกระบบทางเดินอาหารจำเป็นต้องใช้ยารักษาเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ถึงแม้ว่าการให้ยาอาจทำให้ตรวจพบเชื้อในอุจจาระนานขึ้น

เชื้อ *E.coli* การศึกษาให้นีโอมีซินรักษาเชื้อ *Enteropathogenic E.coli* (EPEC) มักรายงานว่าได้ผลแต่ไม่มีการศึกษาในรายที่ควบคุม (Control) แต่มีการศึกษาโดย Farmer K. และคณะรายงานไม่พบความแตกต่าง ระหว่างการรักษาด้วยนีโอมีซิน หรือการรักษาตามอาการอื่นๆ การใช้นีโอมีซินอย่างแพร่หลาย ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาและพิษต่อทางเดินอาหาร ของยาปฏิชีวนะตัวนี้ จะทำให้โรครุนแรงขึ้นหรือมีอาการเรื้อรังมากขึ้น

สรุปข้อบ่งใช้

การใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมกับเชื้อที่เป็น Enteropathogen จะทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ส่วนเชื้อ *Salmonella* ถ้าเป็นเด็กเล็ก เด็กที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ต้องให้ยาปฏิชีวนะเข้าหลอดเลือด เพื่อการจัดการติดเชื้อนอกระบบทางเดินอาหาร

แนวปฏิบัติการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

ยาด้านอุจจาระร่วง

ยาในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้ตามกลไกการออกฤทธิ์ของยาดังนี้

1. ยาที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ยาในกลุ่มนี้ไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กเนื่องจากมีพิษต่อระบบประสาททำให้เกินขนาดและในกรณี *Invasive diarrhea* ทำให้เชื้อเข้าผนังลำไส้ได้มากขึ้น นอกจากนี้ในเด็กอาจมีความไวต่อยานี้สูงมากจนเกิดภาวะพิษได้ จึงไม่สมควรใช้ในเด็ก ประโยชน์ที่จำกัดของยากกลุ่มนี้คือ อาจใช้ในรายที่มีอาการปวดท้องเป็นอาการเด่นร่วมด้วย ซึ่งถ้าใช้ต้องระมัดระวังให้ขนาดที่ถูกต้อง

2. ยาที่ดูดซึมน้ำ (Hydrophilic agents) ยาในกลุ่มนี้จะดูดซึมน้ำเข้ามาในตัวยาค ทำให้เห็นว่าอุจจาระมีเนื้อมากขึ้นดูเหมือนอาการอุจจาระร่วงดีขึ้น แต่มีการศึกษาพบว่า จะมีการสูญเสียเกลือแร่และน้ำไปในอุจจาระมากขึ้นเพราะยาดูดซึมเอาไว้ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ *Plantago seed* และ *Polycarbophil*

3. ยาที่ฤทธิ์ดูดซับ (Adsorbents) แนวคิดของการใช้ยากกลุ่มนี้ คือ ยาจะดูดซับเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส สารพิษต่างๆ รวมทั้งกรดน้ำดี บางคนเชื่อว่ายานี้เข้าไปเคลือบเยื่อบุลำไส้เป็นการป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อลำไส้

3.1 ยาที่มีฤทธิ์ดูดซับทั่วไป (General adsorbents)

ก. *Attapulgit* เป็น *Hydrous magnesium aluminium silicate* ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติสามารถดูดซับน้ำได้ถึง 3 เท่าของน้ำหนักเป็นยาที่ *Inert* ไม่ถูกดูดซึมเข้าร่างกาย จึงมีผลข้างเคียงน้อยมาก ยานี้ไม่ลดปริมาณอุจจาระในวันแรกอาจถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้น แต่ในวันที่สองทำให้มีการถ่ายอุจจาระน้อยลง และอุจจาระข้นขึ้น

ข. *Kaolin* และ *Pectin*, *kaolin* เป็น *Hydrous aluminium silicate* อาจใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับ *pectin* ยานี้ไม่ถูกดูดซึมเข้าร่างกาย *Kaolin* จะทำให้อุจจาระข้นขึ้นแต่

จำนวนครั้ง น้ำหนักอุจจาระหรือการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ไม่ลดลง kaolin และ pectin ยังจับกับยาอื่น เช่น Co-trimoxazole หรือ Neomycin ทำให้ผลของยาดังกล่าวลดลงด้วย มีการศึกษาให้ kaolin พร้อมกับ ORS ในเด็กอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่าไม่ทำให้หายเร็วขึ้นหรือลดความรุนแรง

ค. Bismuth salts มีผู้ทดลองใช้ยา Bismuth subsalicylate รักษาผู้ป่วยอุจจาระร่วง พบว่ามีการถ่ายอุจจาระน้อยลงโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสาเหตุมาจาก toxigenic E.coli เป็นผลของ Salicylate มากกว่าตัว Bismuth salt เอง ที่ทำให้ถ่ายอุจจาระน้อยลง สำหรับน้ำและเกลือแร่จะออกมาน้อยลงหรือไม่ ยังไม่ระบุชัดเจนต้องมีการศึกษาต่อ แต่พิษของยาอาจจะเกิดผลเสียมากกว่า

ง. กรด Tannic อาจช่วยเคลือบเยื่อผนังลำไส้ ผลการควบคุมอุจจาระร่วงไม่แน่นอน

จ. Activated charcoal มีความสามารถในการดูดซับสูงมากแต่ประสิทธิภาพในการรักษาอาการอุจจาระร่วงไม่แน่นอน

3.2 Ion - exchange resins และ Aluminum hydroxide เป็นสารที่มีคุณสมบัติในการดูดซับกรดน้ำดีในลำไส้ และดูดจับสารอื่นๆ ด้วย เช่น กรดไขมัน ทำให้ไม่ถูกดูดซึมและขับถ่ายออกมากับอุจจาระ Cholestyramine ได้ผลดี ในรายที่อุจจาระร่วงเกิน 7 วัน จะมีอาการสูญเสียกรดน้ำดีไปทางอุจจาระมากกว่าปกติ จึงมีการกระตุ้นให้สร้างกรดน้ำดีที่ตับมากขึ้นด้วยในเด็กอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีการศึกษารายงานว่า Cholestyramine ทำให้ระยะเวลาการถ่ายเป็นน้ำสั้นลงข้อเสียของ Cholestyramine คือ ถ้าให้ขนาดเกินไปและระยะยาวจะเกิดมี Steatorrhea หรือทำให้ดูดตันลำไส้ได้จะรบกวนการดูดซึมของยาบางชนิด เช่น Anticoagulant, Digitalis, Phenobarbital และ Thyroxine ถ้าให้ยาพร้อมกันผู้ที่ได้ยานานอาจเกิดการขาด Folate, Vitamin K และ Calcium ได้

4. ยาที่ออกฤทธิ์โดยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ Electrolytes transport ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่ใช้เพิ่มการดูดซึม หรือช่วยลดการหลั่งน้ำและเกลือแร่จากลำไส้ ได้แก่ สารละลายน้ำตาลและเกลือแร่ ORS และ Cereal base ORS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดี ทำให้อุจจาระร่วงลดลงและช่วยรักษาภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ได้ทุกอายุ

ยาที่ช่วยลดการหลั่งของน้ำและเกลือแร่จากลำไส้ (Antisecretory drug) ได้แก่ ยาที่มีคุณสมบัติต้านฤทธิ์กับ Prostaglandin เช่น Aspirin และ Indomethacin, Enkephalinase inhibitor กลไกการออกฤทธิ์อาจเกี่ยวกับ Cyclic AMP หรือ Protein kinase ในเยื่อบุลำไส้ ยาเหล่านี้ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก

5. ยาที่ออกฤทธิ์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ Intestinal flora ยากลุ่มนี้ได้แก่ กลุ่ม Probiotic เช่น Saccharomyces boulardii และ Lactobacillus acidophilus ซึ่งมี Metabolic product อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ pH ในลำไส้นำไปสู่การยับยั้งการเจริญเติบโตของ enteropathogen และป้องกัน Bacterial adherence และ Colonization และยังให้กรดไขมันห่วง

สั้นซึ่งเป็นกำลังงานแก่ลำไส้ใหญ่ ทำให้การดูดซึมเกลือและน้ำที่ลำไส้ใหญ่สมบูรณ์ขึ้นสำหรับผู้ป่วย Acute diarrhea ได้ผลดีในรายที่เกิดจากเชื้อ Rotavirus มีรายงาน Multicenter trial ที่ยุโรปและมีรายงานการศึกษาการใช้ Heat kill lactobacilli ทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นลดการเป็น Persistent diarrhea ลง Probiotic เป็นยาที่ปลอดภัยและไม่มีคุณสมบัติรบกวนยาอื่น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคมีทั้งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดกับบุคคลนั้นโดยตรงและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1 การล้างมือที่ไม่สะอาด ทำให้เชื้อโรคอุจจาระร่วงที่ปนเปื้อน มากับอาหาร และน้ำเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ซึ่งมีคืออวัยวะที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรค

1.2 การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การรับประทานอาหารที่ไม่มีการปกปิดจากแมลงวันตอม หรืออาหารที่ไม่ได้อุ่นให้ร้อนเสียก่อน เป็นแหล่งที่เชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดี จึงทำให้เชื้อโรคปนเปื้อนเข้าสู่ร่างกายได้

2. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

2.1 สังคม เศรษฐกิจ พบว่ารายได้ของประชากรมีผลต่ออัตราการเกิดโรคในประเทศที่มีความยากจนจะพบเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าประเทศที่มีฐานะดีกว่า นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม รวมทั้งความเชื่อต่างๆ ในวิถีชีวิตของแต่ละชุมชนมีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงด้วย เช่น เชื่อว่า โรคอุจจาระร่วงเป็นอาการปกติ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการด้านร่างกายในระยะต่างๆ เช่น การนั่ง การคลาน การเดิน เป็นต้น

2.2 น้ำดื่มที่ไม่สะอาด

2.3 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดอุจจาระ การใช้ส้วม การกำจัดขยะการจัดบ้านเรือนที่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง คือ

3.1 การขาดวิตามินเอ ซึ่งพบว่าการขาดวิตามินเอ ส่งผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง

3.2 น้ำหนักแรกเกิดน้อย ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงบ่อย เพราะภูมิคุ้มกันโรคของทารกต่อการติดเชื้อลดลง

3.3 การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์ เช่น การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด จะทำให้เด็กป่วยเป็นโรคหัดและเกิดอาการถ่ายเหลว

3.4 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากนมแม่มีสารอาหารที่ครบถ้วนและภูมิคุ้มกันโรค พบว่าทารกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเกิดโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่าในทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม

การดูแลทารกและเด็กเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

จรรยากร ดิษจินดา (2541:16-17) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติเบื้องต้นเพื่อดูแลทารกและเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงและให้การรักษายาบาลเบื้องต้นควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ของเหลวหรือสารน้ำเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันการขาดน้ำและเกลือแร่ โดยการให้ผงน้ำตาลเกลือแร่ชนิดซอง (ORS) หรือใช้สารละลายน้ำตาลและเกลือ ซึ่งควรเริ่มให้ดื่มตั้งแต่รู้ว่าถ่ายอุจจาระมากกว่าปกติ โดยให้ดื่มทีละน้อยๆแต่บ่อยๆ
2. การให้ของเหลวที่บ้านให้ดื่ม เช่น น้ำข้าวใสเกลือ 2 หยิบมือ น้ำแกงจืด หรือ โจ๊ก เป็นต้น
3. ในทารกและเด็กที่กินนมมารดา ควรให้กินต่อไปไม่ต้องงด ส่วนเด็กที่กินนมผสมให้กินเพียงครึ่งหนึ่งของปริมาณที่เคยได้รับใน 4 ชั่วโมงแรกสลับการให้สารละลายน้ำเกลือแร่ (ORS)
4. ในเด็กโตที่สามารถกินอาหารอย่างอื่นได้ ไม่ควรงดอาหารในระหว่างที่อุจจาระร่วง ควรให้ตามปกติ
5. พาไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากมีอาการ ดังนี้
 - 5.1 ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากขึ้น
 - 5.2 มีอาการอาเจียนร่วมด้วย
 - 5.3 มีอาการกระหายน้ำ ตาลึกโหล กระหม่อมบวม
 - 5.4 มีไข้ ถ่ายเป็นมูกเลือด
6. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาหยุดถ่ายเพื่อการรักษาโรคอุจจาระร่วง เนื่องจากการกินยาหยุดถ่ายจะทำให้อาการถ่ายหยุดไปแต่ไม่ได้ทำให้ร่างกายลดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ และถ้าให้ยาหยุดถ่ายเกินขนาดจะมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางและศูนย์การหายใจ อาจทำให้เสียชีวิตได้
7. แยกของใช้และแยกซักเสื้อผ้าของเด็กที่อุจจาระไม่ปะปนกับคนอื่น ๆ ในบ้าน ไม่ควรซักผ้าในคลอง หรือแหล่งน้ำและไม่ควรทิ้งอุจจาระเด็กลงตามพื้นดิน ควรเทลงส้วมและล้างมือให้สะอาดหลังสัมผัสอุจจาระเด็ก

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่านด้วยกัน ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การเดิน การวิ่ง การหายใจ ความสนใจ ความชอบ โกรธเกลียด

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 97) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตสังเกตได้และไม่ได้แบ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกและภายใน

กู๊ด (Good. 1973 : 55-65) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ที่คาดหวังให้ผู้เรียนมี หรือเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถจะวัดได้

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2532 : 38) ได้ให้ความหมาย ของพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เองหรือบุคคลอื่น แล้วแต่กรณีแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ
2. เป็นการงดเว้นหรือไม่แสดงออกในสิ่งทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพทั้งสองลักษณะนี้แสดงให้ปรากฏใน 2 สภาพ ดังนี้

ประการแรก แสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือรูปของความรู้ ความเข้าใจที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประการที่สอง แสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือรูปของความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา รวมทั้งท่าทีที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ดังนั้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆของมนุษย์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ที่สังเกตได้และไม่ได้ โดยพฤติกรรมมี 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายในและภายนอก โดยพฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ ส่วนพฤติกรรมภายในไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถวัดได้ถ้าใช้เครื่องมือเข้าช่วย ซึ่งการปฏิบัติหรือการกระทำหรืองดเว้นการกระทำกิจกรรมนั้นๆ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

องค์ประกอบของพฤติกรรม

บลูม (Bloom. 1975 :65 - 197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์ได้กระทำขึ้น ซึ่งโดยพฤติกรรมดังกล่าวสามารถป้องกันได้หรือไม่ได้ก็ตาม ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เริ่มจากง่ายไปหายาก รวมทั้งการพัฒนาการระดับความสามารถทางสติปัญญา จำแนกได้ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ ความระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของการแปลความหมาย การตีความ การคาดคะเน ซึ่งเป็นการนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) ความสามารถที่จะนำเอาทฤษฎี วิธีการ กฎเกณฑ์ แนวคิด รวมถึงวิธีดำเนินการต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิม

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) ความสามารถที่บุคคลสามารถแยกแยะ เรื่องราว ออกเป็นส่วนย่อยและเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) ความสามารถ ทักษะของบุคคลในการรวมส่วนย่อยแต่ละส่วนจัดรวมเป็นหมวดหมู่ หรือโครงสร้างใหม่ให้มีความชัดเจนและมีคุณภาพที่สูงขึ้น

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการพิจารณาตัดสินใจสิ่งต่างๆ ตามกฎเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนดไว้

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายและสังเกต จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัด เพราะความรู้สึกภายในของบุคคลนั้นยากต่อการวัด ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านจิตพิสัย มีดังนี้

2.1 การรับหรือให้ความสนใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้รับรู้ว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้ คือ ความตระหนักถูกผิด ความเต็มใจในการรับรู้สิ่งกระตุ้น และการเลือกรับและการเลือกให้ความสนใจ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่งบุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าเป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วยการยินยอมความเต็มใจและพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) บุคคลจะมีปฏิกิริยาให้เห็นว่าได้ยอมรับสิ่งนั้นซึ่งบุคคลตระหนักถึงคุณค่า และนำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นการจัดระบบค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยกำหนดจากความสัมพันธ์ของค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วยการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมและการจัดระบบค่านิยม

2.5 การแสดงตามลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by value or value complex) ในขั้นนี้บุคคลจะมีค่านิยมหลายชนิด และบุคคลจะจัดอันดับค่านิยมเหล่านี้จากดีที่สุดไปถึ้น้อยที่สุด และพฤติกรรมนี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคลซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ และสามารถคาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมสุดท้ายที่ประกอบด้วย ความรู้ และเจตคติ และเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย ทางด้าน

สุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีแต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจซึ่งมีลำดับขั้นของการเกิด 5 ขั้นคือ การเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบความถูกต้อง ความสนองกลับและการกระทำเองโดยธรรมชาติ

ประเภทของพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2534 : 93-94) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น
3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรม

จากที่กล่าวถึงพฤติกรรมว่ามีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ การเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบสำคัญหลายอย่างที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ดังที่ วารี ระกิติ (2530 : 172-175) ได้แบ่งไว้ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการ วุฒิภาวะ ความสนใจความสามารถของบุคคล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล
2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมนุษย์เกิดมาอยู่ร่วมกันย่อมมีความสัมพันธ์ต่อกัน ไม่ว่าความสัมพันธ์ขั้นต้นนั้นจะเป็นความสัมพันธ์ ในครอบครัวซึ่งมีพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์จะขยายต่อไปนอกครอบครัวเมื่อบุคคลเติบโตขึ้น จึงทำให้บุคคลได้เรียนรู้ พัฒนาแนวคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติที่บุคคลได้รับอิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรมจึงจะครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยงานของสังคมที่มีความสัมพันธ์และมีความร่วมมืออย่างใกล้ชิด สมาชิกทุกคนมีบทบาทปฏิบัติหน้าที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน มีความรักกัน เอาใจใส่ซึ่งกันและกันสั่งสอนกัน ช่วยเหลือกัน ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวจะถ่ายทอดและรับแบบความประพฤติการปฏิบัติตลอดจน

ความเชื่อต่าง ๆ พฤติกรรมสุขภาพก็เช่นกัน บุคคลมักจะยึดถือปฏิบัติ เนื่องจากได้รับอิทธิพลของครอบครัว เช่น ครอบครัวที่ไม่รับประทานเนื้อวัว ไม่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากบทบาทของครอบครัวแล้ว ประเภทของครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อสุขภาพได้ เช่น ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็กเป็นครอบครัวที่มีพ่อแม่ลูก การปลูกฝังพฤติกรรมปฏิบัติย่อมจะทำได้ง่ายกว่าครอบครัวขยาย เพราะมีญาติพี่น้องมาอาศัยอยู่ด้วย แต่ละคนก็ย่อมจะยึดถือการปฏิบัติสุขภาพที่แตกต่างกันเนื่องจากการปลูกฝังแนวความคิดความเชื่อและการปฏิบัติอาจขัดแย้งกันได้

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมใดที่มีการยึดกันเหนียวแน่นได้มากก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น กลุ่มที่อยู่ในวัยเดียวกันมักจะให้ความสนใจในสิ่งที่คล้าย ๆ กัน เช่น กลุ่มสตรีที่ไปรับบริการวางแผนครอบครัว เคยไปรับบริการสถานที่ใดแล้วเกิดความพึงพอใจก็มักจะชักชวนหรือแนะนำผู้อื่นให้ไปรับบริการด้วย

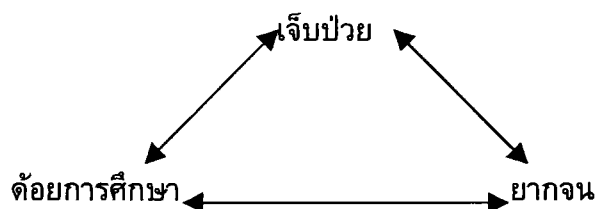
2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพต่างกันพฤติกรรมสุขภาพ จะแตกต่างกันได้ เช่น สถานภาพของสตรีที่ทำงานนอกบ้านกับสถานภาพของสตรีที่ทำงานในบ้าน กล่าวคือผู้ที่ทำงานนอกบ้านมีแนวโน้มที่จะมีบุตรน้อยกว่า เพราะแนวทางวิถีชีวิตทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าการมีลูกน้อยดีกว่าก็จะแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะจำกัดจำนวนบุตรตามต้องการ นอกจากนี้สถานภาพทางตำแหน่งการงานที่ต่างกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ตำแหน่งที่ประชาชน ชุมชนให้ความเชื่อถือ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู เป็นต้น การให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยให้ประชาชนยอมรับปฏิบัติตามก็จะแตกต่างด้วย บุคคลเหล่านี้จะต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ประชาชนจึงจะยึดถือและปฏิบัติตาม

2.4 วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกตกทอดทางสังคมที่ครอบคลุม ทุกสิ่งทุกอย่างที่จะแสดงถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่งวัฒนธรรมจะรวมถึงภาษาพูดภาษาเขียน รวมถึงสิ่งที่มนุษย์ได้เรียนรู้จากสังคม ซึ่งได้แก่ วิถีการครองชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อในขนบธรรมเนียมประเพณีบางอย่าง กฎข้อบังคับและสิ่งอื่นๆ ทั้งหมดนี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในทางที่ส่งเสริมสุขภาพ และเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต คำสอนของศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนเป็นคนดี ประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม คำสอนของศาสนาจึงกลายเป็นขนบธรรมเนียมและประเพณี เช่น ห้ามดื่มสุราและของมึนเมา ซึ่งจะมีผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต คือ ดื่มมากๆ แล้วจะเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ขาดสติสัมปชัญญะ ซึ่งล้วนแต่บั่นทอนต่อสุขภาพทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ รายได้ของประชาชนมีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพอนามัย ถ้าประชาชนมีรายได้ มีฐานะดี ก็จะเลือกบริการจากสถานบริการสุขภาพที่ดีและมีความสะดวกสบาย ในทางตรงข้าม ประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดียากจนแม้ว่าต้องการจะไปรับบริการด้านการป้องกันโรคหรือรักษาโรคสักเพียงใดก็ตามก็ย่อมจะทำได้ยาก

นอกจากฐานะแล้วพฤติกรรมสุขภาพยังเกี่ยวพันถึงระดับการศึกษาคือถ้าฐานะไม่ดีโอกาสที่จะได้ศึกษาในระดับที่สูงขึ้นย่อมจะเป็นไปได้น้อย ดังนั้นคนที่ยากจนจึงมีความรู้่น้อย เมื่อคนมีความรู้่น้อยก็มีผลต่อการที่จะเข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้อ้งจึงทำให้เกิดการเจ็บป่วย ฉะนั้นองค์ประกอบทั้งสามจึงมีความสัมพันธ์กัน ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม

แต่ในทางตรงข้าม ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นย่อมมีมากกว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การศึกษาจะช่วยใ้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องและมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบทางการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาดีน่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย

5. องค์ประกอบทางการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายและทิศทางการพัฒนาทางสังคมของประเทศจะเป็นตัวกำหนดชี้แนะทางการพัฒนาของบุคคลในทิศทางต่างๆ ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความพร้อมของบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ประชาชน เช่น ความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขภาพที่จัดให้ประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับที่มีผลต่อสุขภาพ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลจะมีการพัฒนาตามลำดับ ตั้งแต่มีชีวิตจนกระทั่งสิ้นสุดของการมีชีวิต เมื่อพฤติกรรมได้มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา บางส่วนของพฤติกรรมจะมีการเปลี่ยนแปลง บางพฤติกรรมจะคงที่ไม่มีเปลี่ยนแปลง บางพฤติกรรมอาจหายไปเพราะมีพฤติกรรมใหม่เข้ามาแทนที่ ซึ่งแสดงว่าพฤติกรรมของบุคคลได้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งกองสุศึกษา (2542 : 7) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้

1. พฤติกรรมของบุคคลต้องถูกกระตุ้นหรือถูกเร้า ถึงจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา
2. พฤติกรรมที่เร้า นั้น เป็นพฤติกรรมที่แสวงหาจุดหมายหรือเป้าหมาย เพื่อลดความตึงเครียดของคน

3. เป้าหมายที่บุคคลตั้งใจนั้น เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อใช้ไปสู่จุดหมายนั้น

4. สภาพแวดล้อมที่จะเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การจัดโอกาสให้คนได้รับการศึกษา ความยากง่ายของการเข้าไปใช้บริการและโอกาสในการเปลี่ยนแปลง

5. พฤติกรรมจะถูกผลักดันโดยพฤติกรรมภายในของตนหรือกระบวนการต่างๆ ภายในจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของคน

6. ความสามารถที่มีอยู่จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของคน คนที่มีพฤติกรรมหรือคนที่มีความแตกต่างกันจะแสดงออกพฤติกรรมที่ต่างกัน แม้แต่เพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ อายุ/วัย ก็มีความสามารถที่แตกต่างกัน

การเกิดพฤติกรรม จึงเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน พฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคล หรืออาจจะเกิดหรือเปลี่ยนแปลงโดยอีกวิธีหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบหลายอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535 : 202-204) กล่าวถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลว่า มาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามความคิดของเคลมาน (Kelman) เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลง 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้ที่เปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนแปลงเฉพาะทางปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวคิด ความเชื่อยังคงไม่เปลี่ยนแปลง การบังคับอาจจะเป็นลักษณะของระเบียบข้อบังคับหรือกฎหมายหรืออาจจะเป็นการบังคับจากตัวบุคคลโดยตรงเนื่องจากตำแหน่งหน้าที่งานที่สูงกว่า หรือมีบทบาทที่สามารถจะบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวบุคคลได้

2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบการเลียนแบบเป็นภาวะการณที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลจากการที่เขาต้องการจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือที่พึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ความสัมพันธ์นี้อาจจะออกมาในรูปการรับเอาบทบาททั้งหมดของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมาเป็นของตนหรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลมักจะเชื่อในสิ่งที่เขาปฏิบัติหรือเลียนแบบนั้น

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยนเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดจากสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นตรงกับความต้องการภายในของบุคคลนั้น ตรงกับค่านิยมความต้องการของเขา พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปโดยกระบวนการนี้จะสอดคล้องกับค่านิยมที่เขาถืออยู่เดิม การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้พบว่า นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการปฏิบัติแล้ว ความรู้และทัศนคติของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ก็จะเปลี่ยนแปลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบนี้จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก บุคคลนั้นจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึกและการกระทำ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเองและสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลงเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบนี้จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จะมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านสุขภาพแล้ว วารี ระกิติ (2530 : 703) ยังได้กล่าวว่า ปัจจัยทุกปัจจัยล้วนมีอิทธิพลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งสิ้น ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ

1. พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญ อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดหรือการแสดงออกต้องอาศัยระดับสติปัญญาซึ่งได้จากพันธุกรรมที่ได้รับจาก บิดา มารดา หรือบรรพบุรุษของตนเอง ความเจตยาลดของบุคคลจึงมีผลมาจากพันธุกรรม นอกจากนี้ยังมีโรคบางโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น โรคเบาหวาน ตาบอดสี โรคจิตเภท เป็นต้น

2. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมนับได้ว่ามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคลได้เช่นกัน กล่าวคือบุคคลติดยาเสพติดมักจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวเพื่อนฝูงชักนำให้ทดลอง ซึ่งยาเสพติดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลได้ ทั้งภายในและภายนอก บุคคลจึงไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากแบบฉบับเดิมอย่างมาก

3. วุฒิภาวะ วุฒิภาวะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลนั้น ดังจะเห็นได้จากเด็กอายุ 2-3 เดือน จะไม่สามารถเดินหรือพูดได้ แต่เมื่ออายุ 1 ขวบ ก็สามารถเดินได้ พอโตขึ้นก็สามารถพูดได้ พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นผลจากวุฒิภาวะของมนุษย์ทั้งสิ้น ซึ่งวุฒิภาวะก็เป็นการพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคน

4. การเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของบุคคล ปัจจัยการเรียนรู้เป็นปัจจัยใหญ่ที่ประกอบด้วยปัจจัยย่อยๆ อีกมากและที่สำคัญได้แก่ สภาพแรงผลักดันทางร่างกาย รางวัลและการลงโทษ การกระทำซ้ำๆ ทักษะคติ ค่านิยม กลุ่มบุคคล ข่าวสาร การจูงใจ เป็นต้น ปัจจัยย่อยๆ เหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นว่า ปัจจัยทุกปัจจัยดังที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น เช่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้ตนหายจากการเจ็บป่วย รวมทั้งดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งต้องมีปัจจัยสนับสนุนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น มีโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน ตลอดจนบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ที่สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลตลอดจนคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ ข่าวดสาร มวลชน รางวัล และการลงโทษจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงมากหรือน้อยตามแต่สภาพการณ์ รางวัลและการลงโทษจะมีอิทธิพลต่อทุกวัย กลุ่มบุคคลมีอิทธิพลมากในวัยรุ่น ข่าวดสารมวลชนมีอิทธิพลต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยชรา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อนเพราะว่าพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นมาจากกระบวนการเรียนรู้ที่สั่งสมมาตั้งแต่เด็ก อีกประการหนึ่งพฤติกรรมของบุคคลนั้นถูกควบคุมหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อม การจะแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมเดิม สู่พฤติกรรมใหม่นั้นต้องทราบถึงองค์ประกอบ ทั้งทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล มิฉะนั้นแล้ว บุคคลที่ได้รับการปรับปรุงพฤติกรรม เมื่อกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมแบบเดิม ก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเช่นเดิมอีก (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528 : 56) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง การดูแลที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรคจึงเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นและสามารถหายได้เป็นปกติ มารดาจึงต้องมีความรู้ในเรื่องโรค ตลอดจนต้องมีความคาดหวังในความสามารถของตนในการดูแลเป็นสำคัญ

พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

1. การดูแลความสะอาดของร่างกายของมารดา โดยปฏิบัติดังนี้

1.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น การอาบน้ำอย่างน้อยวัน 2 ครั้ง การสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด การดูแลความสะอาดของเส้นผม การล้างมือ เป็นต้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคจากร่างกายสู่อาหารและน้ำหนักรากร

1.2 การทำความสะอาดหัตถ์นม ก่อนให้ทารกดูดนม โดยใช้ผ้าสะอาดล้างหัตถ์นมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งก่อนและหลังให้นมทารก ทั้งนี้หากไม่ทำความสะอาดบริเวณหัตถ์นม อาจทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ทารกได้ในขณะดูดนม

1.3 การล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดก่อนเตรียมและปรุงอาหารสำหรับทารก ทุกครั้ง

2. การดูแลความสะอาดร่างกายของทารก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และสังเกตหาสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการดูแลความสะอาดของผมห การอาบน้ำ การทำความสะอาดในช่องปาก การทำความสะอาดสะดือ เป็นต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อได้

3. การดูแลอุปกรณ์ ภาชนะสำหรับทารกให้สะอาด

3.1 การทำความสะอาดขวดนม หากทารกต้องดื่มนมผสม การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ จึงมีความสำคัญต่อการได้รับเชื้อโรค ดังนั้นการเตรียมขวดนมจึงเป็นหัวใจของการเลี้ยงทารกด้วยนมผสม ซึ่งวิธีการเตรียมขวดนม แบ่งออกได้เป็น 2 วิธี คือ (ประยุทธ์ ศิริบุญ. 2525 : 29-30)

3.1.1 วิธีการเตรียมแบบปราศจากเชื้อ (Aseptic technic) โดยวิธีนี้เริ่มจากการล้างและทำความสะอาดขวดนมและจุกนมทุกครั้งหลังจากทารกดื่มนมเสร็จ ไม่ให้มีคราบของนมเหลืออยู่ เสร็จแล้วปล่อยให้แห้ง และเมื่อจะผสมนมให้ดื่มขวดนมในน้ำเดือดนาน 5-10 นาทีและจุกนมต้มในน้ำเดือดนาน 2-3 นาที เสร็จแล้วนำน้ำอุ่นผสมนมผงให้ได้ตามปริมาณที่ต้องการ

3.1.2 วิธีการเตรียมแบบทำให้ร้อนที่หลัง (Terminal heating technic) วิธีนี้เริ่มจากล้างขวดนมและจุกยางให้สะอาด ผสมนมโดยใช้น้ำที่สะอาด เขย่าหรือผสมนมจนละลายหมด บรรจุนมลงในขวด ใส่จุกนม ปิดฝาครอบ นำขวดนมมาต้มในน้ำเดือดนาน 25 นาที แล้วปล่อยให้เย็นหรือแช่น้ำเย็น 10 นาที จากนั้นเก็บไว้ในตู้เย็น

3.2 การดูแลความสะอาดเครื่องนึ่งนมสำหรับทารก เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่างๆ ดังนั้น เสื้อผ้า เครื่องนึ่งนมของทารก จึงต้องสะอาดอยู่เสมอ เช่น ผ้าอ้อมที่เปื้อนอุจจาระให้เช็ดออก แล้วนำไปล้างน้ำให้เศษอุจจาระที่ติดอยู่หลุดออกไป หลังจากนั้นนำไปซักด้วยน้ำสบู่อ่อน และล้างน้ำเปล่าหลายๆ ครั้ง นอกจากนั้นควรแยกเก็บเสื้อผ้าของผู้ใหญ่และทารกออกจากกัน

4. การเพิ่มความต้านทานแก่เด็ก เพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง

4.1 การปรับปรุงภาวะโภชนาการของมารดา ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดทารกน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน และส่งเสริมคุณค่าของน้ำนมมารดา

4.2 ทารกควรได้รับนมมารดาหรือนมผสมได้ครบถ้วนตามขนาด นอกจากนี้ควรได้รับอาหารเสริมที่มีสารอาหารครบถ้วนตามวัย

4.3 ส่งเสริมให้ทารกได้รับภูมิคุ้มกันโรคตามวัย โดยเฉพาะโรคหัดควรได้รับทันทีเมื่ออายุครบ 9 เดือน

4.4 ควรให้ผู้ป่วยอุจจาระร่วงอยู่ห่างจากทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5. การปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม

5.1 การปรับปรุงคุณภาพน้ำและจัดหาพื้นที่สะอาดในการจัดเตรียมอาหารและผสมนมแก่ทารก

5.2 การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะของคนในครอบครัว และการกำจัดอุจจาระของทารก การจัดเตรียมภาชนะและการจัดเก็บอุจจาระสำหรับเด็กเล็ก

5.3 ปรับปรุงสุขวิทยาส่วนบุคคลและที่พักอาศัย เช่น การล้างมือของมารดา และบุคคลในครอบครัว ก่อนรับประทานอาหาร หลังถ่ายอุจจาระ และก่อนหยิบเตรียมอาหารให้ทารก ปรับปรุงการเตรียมและรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ

5.4 ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค เช่น กำจัดขยะบริเวณบ้านเพื่อกำจัดแมลงวันและลดการระบาดของโรคอุจจาระร่วง

5.5 จัดหานมผสม อาหารที่สะอาด ให้แก่ทารก เช่น ไม่นำนมผสมที่เหลือค้างขวดให้ทารกดูดกินอีกครั้ง การจัดหาอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนของสารเคมี เป็นต้น

5.6 มารดาควรทราบถึง การดูแลทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตร เช่น การส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

ความเชื่อเป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิดหรือความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้และจะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ(จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 14) กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความเข้าใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติหรือมีพฤติกรรมตามความเชื่อในเรื่องนั้นๆ โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้และความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ นั้นไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มี เหตุผลก็ได้ (Rokeach. 1970 : 214)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้นๆ การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสและแปลความหมายนั้นโดยอาศัยประสบการณ์ (สุภัทรา ชูเกียรติ. 2543 : 35)

เคอร์ช (Kirscht) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันทางสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพซึ่งจะเป็นการปฏิบัติทั้งในและนอกกระบวนการแพทย์ และในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ จะทำให้สามารถเข้าใจและอธิบายได้ว่า ทำไม และภายใต้สภาวะการณ์ใดที่บุคคลจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพของตนเอง (สุภัทรา ชูเกียรติ. 2543 : 36)

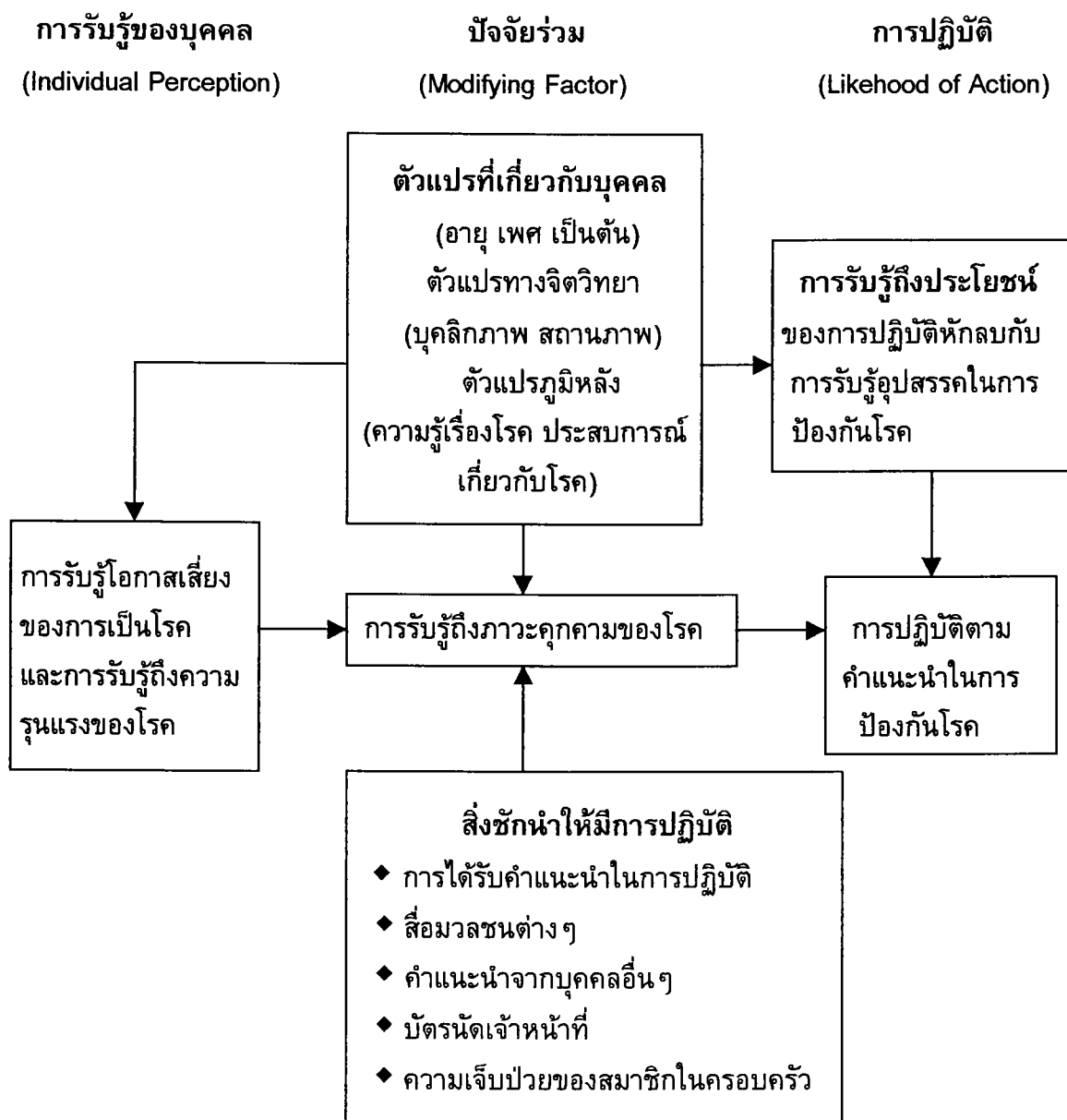
สุภัทรา ชูเกียรติ (2543 : 37) ได้ทำการศึกษาวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางจิตวิทยาสังคมเพื่อหาว่าทำไมบุคคลบางคน ทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลบางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น จึงได้เริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยอาศัยแนวคิดของ เคอร์ท เลวิน (Kurt levin) ที่เชื่อว่า โลกของผู้รับรู้เป็นสิ่งที่กำหนด หรือตัดสินใจในสิ่งที่เขากระทำ คือ การรับรู้ของบุคคลเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของคนนั้นๆ ซึ่งกิจกรรมและการแสดงออกของบุคคลนั้นๆ เป็นกระบวนการของแรงดึงดูดจากค่านิยมเชิงบวก และเป็นแรงผลักดันจากค่านิยมเชิงลบ ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะมีประโยชน์ในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม คือ Hochbaum, Kegeles, และ Rosenstock พื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถาน (Field theory) และทฤษฎีแรงจูงใจของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ต่อมา

Rosenstock (1974 : 9) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาดัดแปลง และเผยแพร่โดย Rosenstock เชื่อว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อดังต่อไปนี้ คือ 1) เชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรงและกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 3) เชื่อว่าพฤติกรรมที่เขาจะกระทำมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ โดยที่การกระทำนั้นจะต้องไม่เกิดผลเสียหรือผลลบต่อเขา เช่น ความไม่สบาย ความเจ็บปวด ความอาย หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเกินไป

นอกจากนี้ในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ที่เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และตัวแปรทางด้านประชากร ซึ่งลักษณะทางด้านประชากร ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพดังกล่าว มีส่วนประกอบสำคัญดังแสดงในภาพประกอบ 3

(Becker and Maiman. 1974 : 12)



ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ในการทำนายการป้องกันโรค

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ในระยะแรกใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น Karl และ Cobb (1966 : 246) จึงได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness Behaviors) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคล

ปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายเพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

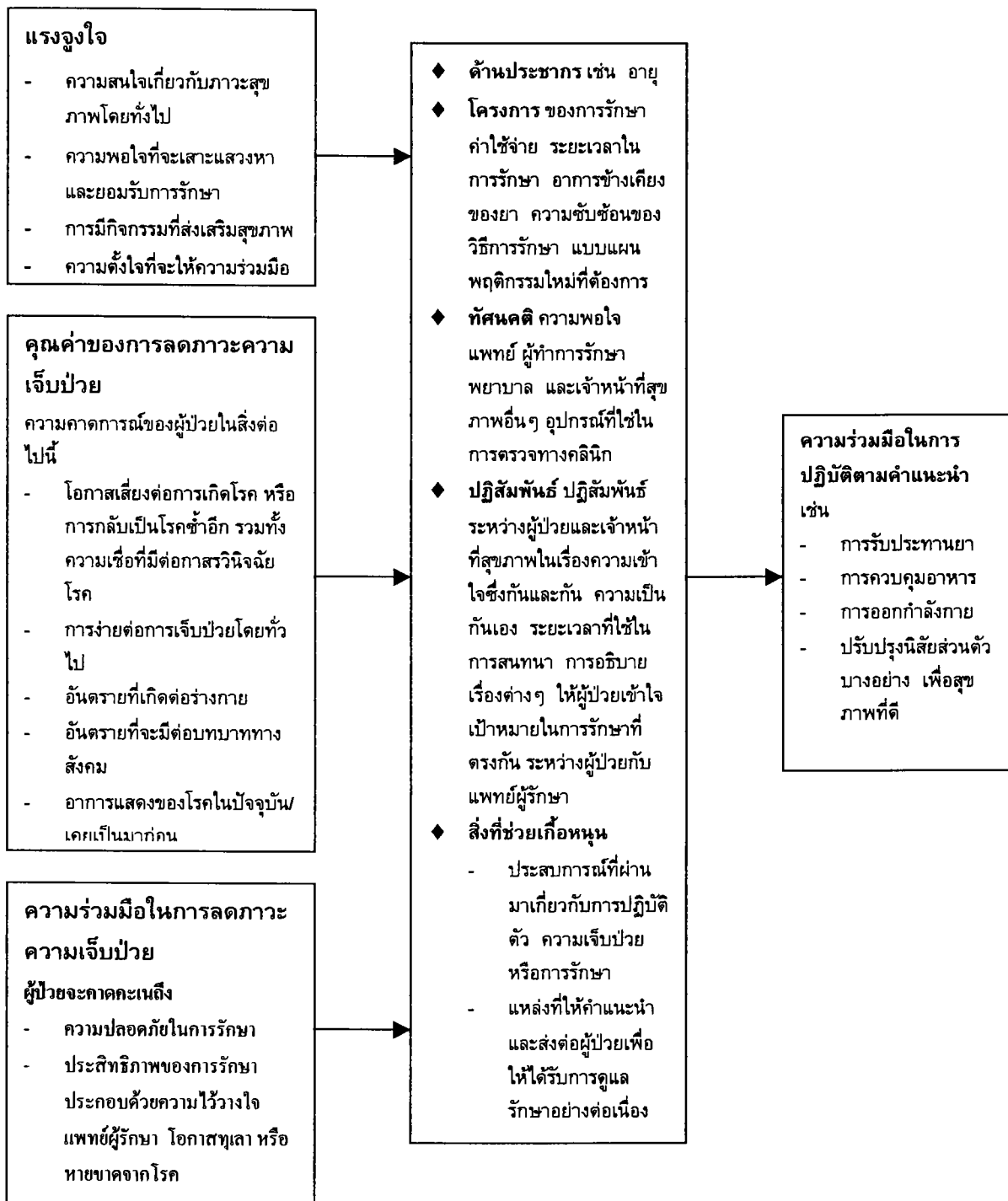
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้นได้ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

เมื่อแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ระยะเวลาหนึ่ง ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านที่พยายามศึกษาวิจัยและได้เสนอแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ก็ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีข้อขัดแย้งกันต่อมาเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman. 1974 : 348) ได้พัฒนาปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นใหม่เพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ได้ศึกษาไว้ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดย เพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behaviors) ได้ดีขึ้น ดังแสดงในภาพประกอบ 4 (Becker and Maiman. 1975 : 20)

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ



ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากภาพประกอบ 4 สามารถสรุปเป็นปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ว่าคุณมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนอาจปฏิเสธว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บางคนรับรู้ว่าคุณมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมาก หรืออาจมีโอกาเสี่ยงไม่มากนัก การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เหมาะสมเพียงไร จึงขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลนั้น การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคการคาดการณ์ว่าคุณมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ เบคเกอร์ และไมแมน (Backer and Miman. 1975 : 17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงดังนี้

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคผู้ป่วย อาจจะไม่เชื่อว่าการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะทำให้เกิดการคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป

1.2 ในกรณีที่บุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าคุณอยู่ในโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก

1.3 ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ฮอชบาบ (Hochbaum. 1988 : 1-28) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์จึงสรุปว่า บุคคลที่มีโอกาสรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, et al. 1977 : 368)

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้ เบคเกอร์ (Becker.1994 : 44) ได้ศึกษามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคไข้วมาติด (Rheumatic) และรับรู้ว่ามีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเยื่อหุ้มชั้นกลางอักเสบได้ง่ายจะมีพฤติกรรมในการให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอและพาบุตรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1977 : 348) พบว่าความร่วมมือในการควบคุมอาหารบุตรของมารดาที่รับรู้ว่ามีโอกาเสี่ยงเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อน้ำหนักเกิน จะมีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมาตรวจตามนัด ฮาลาล (Hallal.1982 :140) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคมาเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองประจำ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไประดับของความรุนแรงอาจถูกตัดสินโดยการเร้าอารมณ์ที่ถูกสร้างขึ้นจาก

ความคิดของบุคคลที่มีต่อโรคนั้น และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคยังรวมถึงผลกระทบของโรคต่อหน้าที่การงาน การดำเนินชีวิตของครอบครัว และความสัมพันธ์ในสังคม

จากการรวบรวมผลงานวิจัยของนักวิจัยหลายท่านโดย มิคเฮล (Mikhail.1981 : 69) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมารับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมารับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของเบคเกอร์และฟรานซิส (Becker and Francis) (Becker. 1974 :411) ที่พบว่าการคาดการณ์ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดา ที่นำบุตรมารับการตรวจรักษาและรับการป้องกันในระยะเวลาที่พบว่ามีภาวะบาดเจ็บในโรงเรียน

จากการศึกษาทั้งหมดนี้ แสดงถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ผู้ป่วยอาจรับรู้ความรุนแรงของโรคได้จาก ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และจากข้อกำหนดต่างๆ ของแพทย์ พฤติกรรมการปฏิเสธการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการรักษา เนื่องจากมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ มัลลิกา มติโก (2530 : 63) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรง ของความเจ็บป่วยจะมีพฤติกรรม ดังนี้ คือ

- 2.1 ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับความผิดปกติ
- 2.2 ใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจซื้อยามารับประทานหรือใช้ยากกลางบ้าน
- 2.3 รักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพัก และดื่มน้ำอุ่นเมื่อเริ่มรู้ว่าจะเป็นหวัด
- 2.4 ไปหาเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ เมื่อตัดสินใจที่จะเข้ารับบริการรักษา และขอคำแนะนำ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived benefit and barrier) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาจะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่จะได้รับ คือ การหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 410 - 411) ได้อ้างถึงการศึกษาของเอลลิง (Elling) ไฮซ์เชลแมน (Heinzelman) และกาเบรียลสัน ซึ่งได้ผลคล้ายกันว่า ผู้ที่เชื่อว่ายาเพนนิซิลิน สามารถป้องกันการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำได้ จะรับประทานยาดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ และฮาลาล (Hallal. 1982 : 137) พบว่าสตรีที่ตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำเพื่อหามะเร็งเต้านมในระยะแรกมีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนสูง ดังนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรคหรือวิธีป้องกันมิให้เกิดโรค โดยทั่วไปบุคคลจะเลือกปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรค

น้อยที่สุด บางครั้งบุคคลสามารถรับรู้ถึงประโยชน์จากการกระทำนั้นๆ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ เนื่องจากมีปัญหาหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ ความยุ่งยากในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา (Becker. 1974 : 410 ; Hersey and others. 1980 : 108)

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติของบุคคล เพราะถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตามแต่การจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นได้จริงและจะได้รับประโยชน์คุ้มค่างกับเวลาที่เสียไปในการไปตรวจแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายจากการรักษา

5. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตน ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และโรเซนสตอคสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคลและเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย การเจ็บป่วย ก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์และรับการรักษา ส่วนที่เป็นแรงกระตุ้นภายนอกได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากคนอื่นหรือสื่อมวลชนการกระตุ้นเตือนจากแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเจ็บป่วยของคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน บทความในหนังสือพิมพ์ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการศึกษาของฮาฟเนอร์ และเคิร์ชท์ (Half and Kirscht. 1970 :483) พบว่าสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการเมือง และอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริง ที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. 2534 : 32) ได้แก่

6.1 ปัจจัยทางด้านประชากร แฮร์ริสและกูเทน (Harris and Guten) พบว่าในการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยนั้น ปัจจัยทางด้านประชากรเป็นสิ่งสำคัญ (Brown and McGrudy. 1986 : 317) ดังผลการศึกษา ดังนี้

6.1.1 เพศ จากการศึกษารื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกันเนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ

เผชิญปัญหาและการปรับตัว ตลอดจนทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย (Anderson and Naris.1972 : 352) โดยพบว่า เพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย แต่มีความเจ็บป่วยและไม่รับการตรวจรักษามากกว่าเพศชายทุกช่วงอายุ (Cockerhan. 1982 : 70) แต่ ดิกซัน (Dixen) พบว่า เพศหญิงมักจะมีส่วนร่วมในการรักษา (Davis. 1968 : 274)

6.1.2 อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 88) พบว่าความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษามักจะพบได้ในบุคคลที่อายุมากๆ และอายุน้อยๆ จากการศึกษาของแบล็คเวลล์ (Blackwell. 1973 : 249) พบว่า บุคคลที่เจ็บป่วยอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสไม่ดีและบุคคลอายุมากที่มีการเจ็บป่วยมักจะหลงลืมหรือไม่สนใจตนเอง และจากการศึกษาของโลเวนสไตน์ และไรน์ชาร์ท (Lowenstein and rinchart. 1984 :2541)พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแฮร์ริสและกูเตน (Harris and Guten) พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมีมากขึ้นในบุคคลที่มีอายุมากขึ้น (Brown and McGrudy. 1986 : 317)

6.1.3 สถานภาพสมรส ในบุคคลที่เป็นโสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มที่สถานภาพสมรสอยู่ จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส

6.1.4 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยกล่าวได้ว่า การศึกษาทำให้นักขุขย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนเพื่อกองไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและการศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาศรับรู้ได้มากมีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม

6.1.5 อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเอื้ออำนวยให้สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยต่างๆได้เนื่องจากอาชีพมีส่วนกำหนด เวลา สถานที่ ความสะดวกในการมารับบริการทางการแพทย์และกลุ่มอาชีพต่างกัน จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติและประสบการณ์ต่างกัน

6.1.6 รายได้ เศรษฐฐานะของครอบครัว เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองโดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการศึกษา ถ้าเศรษฐกิจไม่ดีมักจะมีการศึกษาต่ำ ซึ่งมีผลให้ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ดี และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

6.1.7 โครงสร้างการรักษา เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาและผลของความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและมีพฤติกรรมสุขภาพพออนามัยไม่ถูกต้อง

6.1.8 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ปฏิสัมพันธ์อาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้มารับบริการได้ทั้งทางบวกและทางลบ จากการศึกษาของเดวิส พบว่ารูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดไปจากปกติระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะมีผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เช่น ความตึงเครียดในการสนทนาซักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือการบังคับผู้ป่วย โก้ดเนอร์ (Govldner) (Becker. 1978 : 38) ได้รายงานว่า การที่มารดาของผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นความล้มเหลวของแพทย์ ในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึ่งผลที่ได้คือ มารดาผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการรักษาของแพทย์ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

6.2 สนับสนุนในด้านต่างๆ หรือสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ดังกล่าวมาแล้ว ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมสังคม จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรค

6.3 ปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา หรือดูแลพฤติกรรมสุขภาพพออนามัยของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด เบคเกอร์และไมแมน (Becker and maiman. 1975 : 19) ได้อ้างถึงการศึกษาของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่ชี้ให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรค ส่วนคลิงเกอร์ (Klinger. 1984 :33) พบว่าคู่สมรสมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ที่รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคที่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคขัดขวาง การมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะร่วมกันอธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

เบอร์แทรนด์ และวอลมัส (Bertrand and Walmus. 1983 : 207-208) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่ประเทศโคลัมเบีย พบว่า อายุของมารดามีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยมารดาที่มีอายุ 15-19 ปี มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงมากที่สุดและลดลงเมื่อมารดามีอายุสูงขึ้น ระดับการศึกษาของมารดามีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง โดยพบว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำ จะมีผลต่อการเกิดโรคมากที่สุดและลดลงเมื่อการศึกษาสูงขึ้นนอกจากนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง

กุปเต้และคณะ (Gupte, et al. 1983 : 109) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของมารดาต่อโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มมารดาชาวชนบทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในประเทศอินเดีย จำนวน 600 คน พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงและเห็นว่าเป็นโรคร้ายแรง มารดาประมาณ 1 ใน 3 มีความเชื่อว่าสมุนไพร จำพวกสารระเหย ไข่ขาว เหล้า ผื่น สามารถรักษาเด็กได้ด้วยตนเองก่อนพาไปรักษาจากแพทย์

อัลแมน และปิแอร์ หลุยส์ (Allman & Pierr-Louis. 1992 : 6-7) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของมารดาเด็กที่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี จำนวน 16 คน ในเขตชนบทของประเทศไสดี พบว่ามารดาเชื่อว่าโรคอุจจาระร่วง คือ การถ่ายอุจจาระหลายครั้งและมีความรุนแรงทำให้ตายได้ นอกจากนั้นยังมีความเชื่อว่าโรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุมาจากพิษขึ้นและน้ำนมแม่เสีย และมารดาบางรายมีความรู้ว่าโรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุเกี่ยวกับการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

งานวิจัยในประเทศไทย

ลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ (2521 : 1-8) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง โดยใช้แบบสอบถามถามมารดาที่พาบุตรมาตรวจด้วยโรคอุจจาระร่วง ณ โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 55 ราย พบว่ามารดาร้อยละ 49.1 ทราบว่า สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเกิดจากการติดเชื้อ อาหารเป็นพิษ และแพ้นม มารดาอีกครึ่งหนึ่งยังไม่มีความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสาเหตุของโรคนี้โดยหนึ่งในสามคิดว่าเกิดจากเด็กพิษขึ้น เปลี่ยนท่า การกระแทกกระเทือน เป็นต้น ที่เหลือตอบว่าไม่ทราบสาเหตุการปฏิบัติเมื่อบุตรเกิดอุจจาระร่วงมีความแตกต่างกันไป พบว่าร้อยละ 34.5 จะผสมนมให้เจือจาง ส่วนวิธีอื่นๆ ได้แก่ งดนมและให้น้ำชา ร้อยละ 23.6 ให้นมต่อไปเหมือนเดิม ร้อยละ 21.8 และงดนมและให้น้ำผสมน้ำตาลเกลือแร่ ร้อยละ 9.2 นอกจากนี้บางรายงดนม ให้น้ำข้าว น้ำอัดลม ยอดทับทิมต้ม เป็นต้น ในด้านพฤติกรรมอนามัยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ใช้นมผสมเลี้ยงบุตรยังทำความสะอาดขวดนมไม่ถูกต้อง

สมทรง ศุภศิลป์ (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 286 คน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน คือ รายได้ต่อครัวเรือนต่อปีของมารดา อาชีพที่ไม่ใช่เกษตรกร ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคจากแหล่งต่างๆ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค คือ อายุ การศึกษา รายได้ต่อครัวเรือนต่อปี จำนวนบุตรที่มีชีวิต และสภการณ์ที่เคยเห็น และเป็นโรคอุจจาระร่วง และการได้รับคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วงจากแหล่งต่างๆ แต่ประสภการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็นและเคยเป็นโรคอุจจาระร่วงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางตรงข้าม

พรพันธ์ บุญรัตน์; และคนอื่นๆ. (2530 : 100-125) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยที่มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการสำรวจในระดับประเทศในช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2528 มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,265 คนพบว่าพฤติกรรมอนามัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงของเด็กในชนบท คือ พฤติกรรมการล้างมือ การใช้มือรับประทานอาหาร การปรุงอาหาร การเตรียมอาหาร ชนิดของอาหารที่เตรียมและการชอเล่นกับสัตว์ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง ของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในเขตเมือง คือ ชนิดของนมที่เด็กรับประทาน น้ำดื่ม พฤติกรรมการทำความสะอาดห้วนม กรณีที่ให้นมมารดา และวิธีการเตรียมนมผสม ในรายที่รับประทานนมผสม

บุศรา กาญจนมิตร (2530: 21) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงสำหรับบุตรในระดับที่แตกต่างกัน เช่น การล้างมือด้วยสบู่ก่อนป้อนอาหารและให้นมบุตรเพียงร้อยละ 27.8 และร้อยละ 31.2 ตามลำดับ สำหรับการให้น้ำดื่มสุกแก่บุตร 0-1 ปี ปฏิบัติร้อยละ 51.2 การให้อาหารปรุงสุกใหม่ๆและการอุ่นอาหารทุกครั้งก่อนป้อนบุตร มีการปฏิบัติร้อยละ 78.1 และร้อยละ 63.1 ตามลำดับ ส่วนการล้างภาชนะใส่อาหารด้วยสบู่หรือผงซักฟอกและการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากถ่ายอุจจาระแล้วพบว่ามีพฤติปฏิบัติร้อยละ 70.5 และร้อยละ 51.2 ตามลำดับ

วันดี วราวิทย์ (2531 : 11) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กในชุมชนแออัดแฟลตดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน บิดามารดามีการศึกษาต่ำและไม่มีงานทำ ในเด็ก 6-11 เดือนพบว่า ฐานะครอบครัวยากจน มารดามีการศึกษาต่ำ และเด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในเด็กอายุ 1-2 ปี มารดาไม่ได้ทำงานนอกบ้าน จะมีพฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้องทั้งตัวเด็กและผู้เลี้ยงเด็ก เช่น การไม่ล้างมือ การถ่ายอุจจาระและการทำความสะอาดของขูดนมไม่ถูกต้อง ในเด็กอายุ 2-3 ปี พบว่า การกำจัดอุจจาระเด็กไม่ถูกต้อง การไม่ล้างมือ และการไม่ภาชนะปกปิดอาหาร

ดุสิต สุจิรารัตน์ (2533 : 49-60) พบว่า พฤติกรรมอนามัยการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆพบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาหรือผู้เลี้ยงที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูไม่ถูกต้อง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 5.79 เท่าของเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดา หรือผู้เลี้ยงที่มีพฤติกรรมอนามัยการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง

วลีลักษณ์ นันทวงศ์ (2533 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาจากมารดาที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 1 คน จำนวน 358 ราย พบว่าร้อยละ 67.65 มีการล้างมือหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และมีเพียงร้อยละ 35.03 เท่านั้นที่ล้างมือก่อนเตรียมอาหารทุกครั้ง

นันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 118 - 130) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็กจำนวน 277 คน พบว่ามารดาที่มีอายุ จำนวนบุตร และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านอาชีพระดับการศึกษา ของมารดาที่แตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติ แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อเจตคติ และการปฏิบัติที่แตกต่างกันส่วนความรู้ไม่แตกต่างกัน

เกศรา ศิริมูล (2536 : 251-267) ได้ศึกษาพฤติกรรมเปรียบเทียบของมารดา ในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามารดาในเขตเทศบาลมีความรู้ในเรื่องอุจจาระร่วง การรับรู้ต่อประโยชน์ในการปฏิบัติกรรับรู้ต่ออุปสรรคในการรักษา พฤติกรรมในการแสวงหาการรักษา ตลอดจนการดูแลสุขภาพ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะป่วย มากกว่ามารดานอกเขตเทศบาล แต่พฤติกรรมในด้านการสังเกตอาการของบุตรขณะป่วยของมารดานอกเขตเทศบาล พบมากกว่าในเขตเทศบาล สำหรับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาแตกต่างกันตามอาชีพ ระดับการศึกษา ความรู้ การรับรู้ถึงอุปสรรคที่ต่างกัน และพบว่าพฤติกรรมในการดูแลบุตรเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ในทางบวก กับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ถึงความรุนแรง มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับความรู้ในเรื่องอุจจาระร่วง จากการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมและพัฒนาวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เช่น การให้สารละลายน้ำเกลือแร่ชนิดซอง หรือเตรียมเองที่บ้าน

ยุทธนา ศิลปรัศมี; และคนอื่นๆ. (2536 : 351-365) การศึกษาการพัฒนาบทบาทของแม่ตัวอย่างในการควบคุมป้องกันวินิจฉัยและรักษาโรคอุจจาระร่วงอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดพิจิตร พ.ศ. 2533-2535 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเป็นโรคอุจจาระร่วง ศึกษาการใช้รูปแบบ กลยุทธ์การศึกษาที่เหมาะสมกับท้องถิ่น การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย จากรูปแบบการศึกษาโดยผ่านกลุ่มแม่ตัวอย่าง 96 คนเพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มแม่บ้านได้ โดยแม่ตัวอย่าง 1 คนถ่ายทอดความรู้ให้กลุ่มแม่บ้าน 10 คน และกลุ่มแม่บ้าน 10 คน จะขยายการให้ความรู้สู่กลุ่มแม่บ้านอื่นๆ ต่อไป หลังจากดำเนินงาน 8 เดือน โดยสัมภาษณ์กลุ่มแม่บ้าน 840 คน พบว่า พฤติกรรมและความเชื่อในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเข้าใจถึงประโยชน์ และคุณค่าทางโภชนาการ แม่บ้านส่วนใหญ่ทราบสาเหตุการเกิดโรค และยังเชื่อว่าพัฒนาการของเด็กมีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ถึงร้อยละ 25 การรับรู้อาการเจ็บป่วยพบว่ามารดาจะสังเกตอาการผิดปกติ และประเมินอาการความรุนแรงของโรคได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) มีความรู้เพิ่มมากขึ้นแต่ไม่นิยมใช้เนื่องจากรสชาติไม่อร่อย

ผกาพรรณ จันทรเพิ่ม (2537 : 122-134) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีผลต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 380 คน ผลการศึกษาพบว่าอายุของมารดาที่ต่างกันและจำนวนเด็กที่ต้องดูแลไม่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง โดยพบว่ามีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี แต่มีความเชื่อผิดๆ อยู่บ้างและมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บพิธ บัวมูล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ของมารดาจังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของมารดา ส่งผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้

สุชาติ ราชเวียง (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้านจำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่าผลที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเรียงตามน้ำหนักดังนี้ คือ แหล่งน้ำใช้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง บริโภคนิสัย การซื้อยากินเอง แหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุ 0-5 ปี รายได้ของแม่บ้านและแหล่งน้ำดื่ม

ลัดดา อิ่มทองใบ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันโรคของมารดาที่มีบุตรอายุ 1-5 ปี ซึ่งป่วยด้วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดา คือ การศึกษา อายุ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส ความเชื่อความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลบุตรได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสะดวกในการเข้ารับบริการ คุณภาพบริการ และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดา คือ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน และความสามารถในการจัดเตรียมอุปกรณ์และตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมทำนายพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดคือการรับรู้โอกาสเสี่ยง ปัจจัยเสริมการรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติงานตามคำแนะนำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

เจตนา คันธาทิพย์ (2544 : 91-93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก อำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกในระดับสูง มีเจตคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับดี มารดาที่มีการ

ศึกษา อาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกแตกต่างกันมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกแตกต่างกันส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน มารดาที่มีอายุต่างกันมีความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกแตกต่างกัน ส่วนเจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน มารดาที่มีลักษณะของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก แหล่งข้อมูลข่าวสารต่างกันมีความรู้ เจตคติ และมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกไม่แตกต่างกัน และพบว่าความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติและเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมต่างๆรวมถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพด้วยนั้นไม่ได้ถูกกำหนดโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง แต่มีผลมาจากหลายตัวแปร และผลของตัวแปรเดียวกัน อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสอดคล้อง หรือไม่สอดคล้องกันก็ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง อันประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และ ความเชื่อด้านสุขภาพว่าปัจจัยดังกล่าวที่ศึกษานั้น มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาว่าแตกต่างกัน หรือมีความสัมพันธ์หรือไม่อย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Decriptive Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - ลักษณะของเครื่องมือ
 - ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - เกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลความหมาย
 - การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป็นมารดาที่ดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในเขตจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 8,240 คน (กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข. 2545 : 6)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ เป็นมารดาที่ดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรีในปี พ.ศ.2546 ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่ม โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random Sampling)(พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2538 : 90) จำนวน 381 คน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1.กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากสูตรยามานะ (Yamane.1967 : 866)

ดังสูตร

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

เมื่อ	e	แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม
	N	แทน ประชากรจริง
	n	แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{8,240}{21.6} = 381$$

จากการคำนวณ จะได้ค่าของจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 381 คน

2. การเลือกอำเภอ โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอที่จะศึกษาร้อยละ 50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 7 อำเภอ ได้แก่ ท่าม่วง ท่ามะกา หนองปรือ ห้วยกระเจา บ่อพลอย พนมทวน ศรีสวัสดิ์
3. ในแต่ละอำเภอเลือกตำบลโดยการสุ่มอย่างง่าย มาอำเภอละ 2 ตำบล ได้ 14 ตำบล
4. ในแต่ละตำบลจะสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนมารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามอำเภอ และตำบล

อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	ตำบล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ท่าม่วง	1. ม่วงชุม	78	23
	2. หนองขาว	81	24
หนองปรือ	1. หนองปรือ	157	46
	2. หนองปลาไหล	48	14
พนมทวน	1. พังตรุ	108	31
	2. รางหวาย	100	29
ห้วยกระเจา	1. ห้วยกระเจา	106	31
	2. สระลงเรือ	74	21
บ่อพลอย	1. หนองกุ่ม	141	41
	2. หนองรี	112	33
ท่ามะกา	1. อู่โลกสี่หมื่น	79	23
	2. ท่าไม้	85	25
ศรีสวัสดิ์	1. ท่ากระดาน	71	21
	2. เขาโจด	64	19
รวม		1,304	381

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ การเลี้ยงดูบุตร ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้โรคอุจจาระร่วง โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดความเชื่อทางสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ตัวเลือก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 แบบทดสอบวัดสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ในแต่ละข้อ คือ เคย และไม่เคย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคย ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง พฤติกรรมการป้องกันโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถามให้ครอบคลุมจุดประสงค์ของการวิจัย เนื้อหาตามกรอบแนวคิด

4. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา มีทั้งหมด 5 ตอน ดังนี้

4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

4.2 แบบทดสอบความรู้โรคอุจจาระร่วง จำนวน 30 ข้อ

4.3 แบบสอบถามความเชื่อทางสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อุจจาระร่วงจำนวน 15 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงจำนวน 12 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง จำนวน 15 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน 13 ข้อ

4.4/แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรค จำนวน 40 ข้อ

4.5 แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 32 ข้อ

5. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปให้คณะกรรมการ ควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ตรวจสอบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

6. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้ว พร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และข้อเสนอแนะต่างๆ ต่อจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์การประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ลักษณะคือ

ตอบถูกให้	1	คะแนน
ตอบผิดให้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	0	คะแนน

การประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง โดยใช้เกณฑ์การประเมินผล แบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) ในการจัดแบ่งระดับคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2529 : 77)

ระดับดี หมายถึง มีคะแนนสูงกว่า 80 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็ม

ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนระหว่าง 50 - 79.99 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็ม

ระดับควรปรับปรุง หมายถึง มีคะแนนต่ำกว่า 49.99 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็ม

2. แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งแบบสอบถามนี้มีข้อความเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนน โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ สร้างเป็นข้อคำถาม ให้เลือกตอบ 3 ระดับ ให้คะแนนดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก (คะแนน)	ความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ(คะแนน)
เห็นด้วย 3	1
ไม่แน่ใจ 2	2
ไม่เห็นด้วย 1	3

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ สร้างเป็นข้อคำถาม ให้เลือกตอบ 3 ระดับให้คะแนนดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก (คะแนน)	ความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
2.34 – 3.00	ดี
1.67 – 2.33	ปานกลาง
1.00 - 1.66	ต่ำ

3. แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่ให้ความรู้คำแนะนำ ในแต่ละข้อ คือ เคยและไม่เคย เกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่าเคยให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่เคยให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ระดับมาก	มีคะแนนเฉลี่ย	0.68 - 1.00
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	0.33 - 0.67
ระดับน้อย	มีคะแนนเฉลี่ย	0.00 - 0.32

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีตัวเลือก 3 ตัว คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ ซึ่งมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ(คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติ	2

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับดี
 คะแนนเฉลี่ย 0.67-1.33 หมายถึง มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.66 หมายถึง มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับควรปรับปรุง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การตรวจสอบตามความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการที่ควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ และนำมาแก้ไข หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ได้แก่ ข้อคำถามวัดความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ข้อคำถามวัดปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อคำถามวัดสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน หรือผู้มีประสบการณ์ตรวจเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม IC เท่ากับ .50 หรือมากกว่า ขึ้นไป ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้ข้อคำถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 27 ข้อ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในบุตร จำนวน 17 ข้อ

นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในอำเภอเสาวชัย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนน วิเคราะห์คุณภาพ ดังนี้

2. การวิเคราะห์หาความยากง่าย (Difficulty) นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง นำมาวิเคราะห์หาความยากง่ายโดยหาค่าสัดส่วนของผู้ตอบถูกกับผู้ตอบผิดทั้งหมด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 129) แล้วเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20 - 0.80 คัดเลือกข้อคำถามไว้จำนวน 10 ข้อ มีความยากง่ายระหว่าง 0.54 - 0.70

3. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

3.1 นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคอุจจาระร่วง มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 130) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามไว้จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.23 - 0.63

3.2 นำแบบสอบถามปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ คะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีความสัมพันธ์กันสูงก่อน (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 -117) คัดเลือกข้อคำถาม

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ จำนวน 27 ข้อ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน 17 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.37 - 0.77

3. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

4.1 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ที่มีระบบการให้คะแนน ตอบถูก ได้คะแนนเป็น 1 และตอบไม่ใช่หรือตอบไม่ทราบ ได้คะแนนเป็น 0 นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K.R – 20 ของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

4.2 นำแบบสอบถาม ความเชื่อทางด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ที่มีอำนาจจำแนกไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126) ดังนี้

4.2.1 ความเชื่อทางด้านสุขภาพแต่ละด้านดังนี้

4.2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.68

4.2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

4.2.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

4.2.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

4.2.2 นำแบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มาหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74

4.2.3 นำแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มาหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเดินทางไปสถานื่อนามัยที่รับผิดชอบตำบลตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานื่อนามัย เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในหมู่บ้าน

3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่างถึงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์มารดาที่เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ – วันที่ 15 มีนาคม 2547
5. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง มีดังนี้
 - 5.1 จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจริงและกลุ่มตัวอย่างสำรองของแต่ละหมู่บ้าน
 - 5.2 เก็บข้อมูลในพื้นที่โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างทำ และกลุ่มตัวอย่างใดไม่สามารถติดต่อได้ ให้ตัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างสำรองแทน
 - 5.3 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล
6. เมื่อเก็บข้อมูลแล้วจึงทำการวิเคราะห์ต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐานโดยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบทดสอบแต่ละฉบับ แล้วคัดเลือกเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์เท่านั้น ให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และนำมาลงรหัส ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้องของรหัส
2. นำข้อมูลทั่วไป มาวิเคราะห์แจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละแยกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
3. คำนวณหาคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และความเชื่อด้านสุขภาพ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยที่มีตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้การทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3,4
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,5 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment

correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6,7,8,9,10 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมเสนอแนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ชูศรี วงษ์รัตน์. 2534 : 41)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ
f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลให้เป็นร้อยละ
n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงษ์รัตน์. 2541 : 34-35)

พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
 $\sum \bar{X}$ แทน ผลรวมทั้งหมดของคะแนน
n แทน จำนวนคะแนนทั้งหมด

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงษ์รัตน์. 2541 : 64-65)

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

เมื่อ S แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ความยากง่ายของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
วิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.
2540 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามข้อนั้นทั้งหมด

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

2.3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง วิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์
แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 130)

$$r_{pbis} = \frac{Y_p - Y_q}{S_y} \cdot \sqrt{pq}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล

Y_p แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบแบบทดสอบที่ตอบนั้นถูก

Y_q แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบแบบทดสอบที่ตอบนั้นผิด

S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด

p แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกในข้อหนึ่งๆ

q แทน สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อหนึ่งๆ คือ $1 - p$

2.3.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ความเชื่อด้านสุขภาพ และ
พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแต่ละข้อ โดยหาค่า
สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร
(สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 -117)

$$R_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x$	แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum xy$	แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x และคะแนน y
	$\sum x^2$	แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

2.4 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น

2.4.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตรที่ KR - 20 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123)

$$r_{pbis} = \left| \frac{n}{n-1} \right| \left| 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right|$$

เมื่อ	r_{pbis}	แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
	n	แทน จำนวนข้อคำถามของแบบสอบถาม
	p	แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน สัดส่วนของผู้ตอบผิดในแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมดจากแบบทดสอบ

2.4.2 แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126)

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

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_i^2	แทน	ความแปรปรวนทั้งฉบับ
	ΣS_i^2	แทน	ความแปรปรวนรวมทั้งฉบับของแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3,4 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 170)

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	X_1	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	X_2	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	S_1^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (One-way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,5 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 232 - 236)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS _b	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS _w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 251-252)

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

เมื่อ	q .	แทน	ค่าที่เปิดจากตารางจะเท่ากับค่า r
	MS _w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	n	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน
ถ้า	n	ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน	ใช้สูตรดังนี้

$$\text{โดยที่ } q . \sqrt{\frac{MS_w}{n}} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ	k	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	n ₁ , n ₂ , ..., n _k	แทน	จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.4 ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6,7,8,9,10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 314)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน x และ y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด x
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนน ชุด y
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด x แต่ละตัวกำลัง 2
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด y แต่ละตัวกำลัง 2

3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 317)

$$t = \frac{r \sqrt{(n-2)}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่
	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	n	แทน	จำนวนมารดาเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย (Mean)
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ นำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยชีวสังคมของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้โรคอุจจาระร่วง นำเสนอโดยแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมของมารดา ที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแจกแจง คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้โรคอุจจาระร่วง ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองค่า ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้ค่าที (t - test) และทดสอบความแตกต่างวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) ระหว่างค่าเฉลี่ยสองค่า ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls method) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยชีวสังคม ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้โรคอุจจาระร่วง นำเสนอโดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ค่าร้อยละของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้โรคอุจจาระร่วง

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
อายุ		
15 – 24 ปี	149	39.11
25 – 34 ปี	190	49.87
35 – 44 ปี	42	11.02
รวม	381	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	54	14.17
ประถมศึกษา	209	54.86
มัธยมศึกษา	102	26.77
อุดมศึกษา	16	4.20
รวม	381	100.00
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน	306	80.31
6,000 บาท - 12,000 บาทต่อเดือน	75	19.69
12,000 บาท – 18,000 บาทต่อเดือน	0	0.00
สูงกว่า 18,000 บาทต่อเดือน	0	0.00
รวม	381	100.00
ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร		
เคยเลี้ยง	274	71.92
ไม่เคยเลี้ยง	107	28.08
รวม	381	100.00
ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง		
ดี	46	12.07
ปานกลาง	210	55.12
ต้องปรับปรุง	125	32.81
รวม	381	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 381 คน จำแนกได้ดังนี้

อายุ

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีอายุ 25-34 ปีคิดเป็นร้อยละ 49.87 รองลงมาเป็นอายุ 15-24 ปีคิดเป็นร้อยละ 39.11 และอายุ 35-44 ปีคิดเป็นร้อยละ 11.02

ระดับการศึกษา

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 54.86 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 26.77 ระดับต่ำกว่าประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 14.17 และจำนวนน้อยที่สุด คือระดับอุดมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 4.20

รายได้ของครอบครัว

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 80.31 รองลงมามีรายได้ 6,000 – 12,000 บาทต่อเดือนขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 19.69

ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร คิดเป็นร้อยละ 71.92 และไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร คิดเป็นร้อยละ 28.08

ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 55.12 รองลงมาเป็นความรู้ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 32.81 และจำนวนน้อยสุด คือ ความรู้ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 12.07

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง นำเสนอโดยแจกแจงคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
พฤติกรรม	257	1.61	0.16	ดี
	114	1.12	0.17	ปานกลาง
	10	0.50	0.14	ควรปรับปรุง
รวม	381	1.43	0.32	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.43$, $S = 0.32$)

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	381	2.31	0.30	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรง	381	2.39	0.32	ดี
การรับรู้ประโยชน์	381	1.95	0.44	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรค	381	2.19	0.66	ดี
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	381	0.70	0.26	มาก

จากตาราง 5 แสดงว่า มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.43, S=0.30$)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความเชื่ออยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.39, S = 0.32$)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.95, S = 0.44$)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความเชื่ออยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.19, S = 0.66$)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=0.70, S=0.26$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ดังปรากฏตามตาราง 6 , 7 และ 8

ตาราง 6 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
อายุ			
15 – 24 ปี	149	1.41	0.30
25 – 34 ปี	190	1.46	0.31
35 – 44 ปี	42	1.42	0.37
รวม	381	1.43	0.32
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	54	1.23	0.47
ประถมศึกษา	209	1.45	0.28
มัธยมศึกษา	102	1.48	0.25
อุดมศึกษา	16	1.60	0.23
รวม	381	1.43	0.32
รายได้			
ต่ำกว่า 6,000 บาท	306	1.41	0.32
6,000 – 12,000 บาท	75	1.53	0.26
รวม	381	1.43	0.32

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร			
เคย	274	1.44	0.32
ไม่เคย	107	1.43	0.31
รวม	381	1.43	0.32
ความรู้โรคอุจจาระร่วง			
ดี	46	1.46	0.28
ปานกลาง	210	1.44	0.33
ควรปรับปรุง	125	1.44	0.33
รวม	381	1.43	0.32

จากตาราง 6 แสดงว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 คน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ตามตัวแปร ดังนี้

อายุ

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 25-34 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอยู่ในระดับดีที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.46 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 รองลงมาในช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.42 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 และน้อยที่สุดในช่วงอายุ 15-24 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.42 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30

ระดับการศึกษา

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอยู่ในระดับดีที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.60 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 1.48 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25 และน้อยที่สุดมีความรู้ต่ำกว่าประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 1.23 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47

รายได้

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 6,000 – 12,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอยู่ในดีที่สุดใน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.53 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26 รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ย 1.41 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32

ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.44 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 รองลงมา ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรมีคะแนนเฉลี่ย 1.43 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31

ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรดีที่สุดใน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.46 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28 รองลงมา ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงระดับปานกลาง และควรปรับปรุง มีคะแนนเฉลี่ย 1.44 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32

จากข้อมูลตามตาราง 6 จำแนกตามตัวแปร รายได้ และประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา โดยทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 7 ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 7 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามตัวแปรรายได้และประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	p
รายได้					
ต่ำกว่า 6,000 บาท	306	1.53	0.26	2.94	.087
6,000 -12,000 บาท	75	1.41	0.32		

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	p
ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร					
เคย	274	1.44	0.32	0.526	.469
ไม่เคย	107	1.42	0.31		

จากตาราง 7 แสดงว่า มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรต่างกัน และรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.24	0.12	1.16	.313
	ภายในกลุ่ม	378	37.84	0.10		
	รวม	380	38.08			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	3.06	1.02	10.98*	.000
	ภายในกลุ่ม	377	35.02	0.09		
	รวม	380	38.08			

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้โรคอุจจาระร่วง						
	ระหว่างกลุ่ม	2	0.02	0.01	0.08	.921
	ภายในกลุ่ม	378	39.23	0.10		
	รวม	380	39.25			

จากตาราง 8 แสดงว่า มารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1,5 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน

ส่วนมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	— X	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		1.23	1.45	1.48	1.60
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.23	-	0.22*	0.25*	0.37*
ประถมศึกษา	1.45	-	-	0.03	0.15
มัธยมศึกษา	1.48	-	-	-	0.12
อุดมศึกษา	1.60	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรแตกต่างกับมารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีโดยการหาค่าประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปร	n	r	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	381	.138*	.007
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	381	.175*	.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	381	.242*	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	381	-.375*	.000
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	381	.259*	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6,7,8 และข้อที่ 10 ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระ

ร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรค
อุจจาระร่วง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีเพื่อป้อง
กันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์เลี้ยงดูบุตร ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
2. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
3. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
4. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
5. มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน
6. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
7. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
8. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

9. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

10. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 381 คน สถิติปีงบประมาณ พ.ศ.2545 กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ในแต่ละข้อคำถามเป็นแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่ให้ความรู้ คำแนะนำในแต่ละข้อ คือ เคยและไม่เคย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยครอบคลุมเนื้อหาด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีทั้งหมด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดา ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง นำเสนอโดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี นำเสนอโดยแจกแจงความถี่เป็นคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองค่า ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้ค่า t (t - test) และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสองค่า ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F - test) ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน - คูล (Newman - Keuls method) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product - moment correlation coefficient) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า

1. ปัจจัยชีวสังคม

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 25 - 34 ปีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.87 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.86 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือนจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80.31 มีประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูบุตรจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.92 และมีความรู้ระดับปานกลางจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.12

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.43$, $S = 0.32$)

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.31$, $S = 0.30$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.39$, $S = 0.31$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.95$, $S = 0.44$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.19$, $S = 0.66$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 0.70$, $S = 0.26$)

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

4.1 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

4.2 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่า ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

4.3 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

4.4 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

4.5 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่าง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .138$)

5.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .175$)

5.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของมารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .242$)

5.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.375$)

5.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .284$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

1. พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ประชาชนทั่วประเทศมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดกาญจนบุรีตระหนักถึง การมีสุขภาพดีสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะสถานอนามัยในจังหวัดกาญจนบุรี จึงมีการให้ความรู้กับมารดาที่มาฝากครรภ์ มารดาที่นำบุตรมารับวัคซีน และมีการเยี่ยมมารดาและบุตรหลังคลอด มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ตลอดจนการดูแลอุปกรณ์ ภาชนะสำหรับเด็กให้สะอาด มีการดูแลความสะอาดของเครื่องนุ่งห่ม ส่งเสริมให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันตามวัย และมีการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดโดยเฉพาะการใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ สิ่งเหล่านี้เป็นวิธีปฏิบัติที่ดีในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผกาพรรณ จันทรเพิ่ม (2537 : 127) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดนนทบุรี พบว่ามารดามีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ ทิพย์คง (2538 : 181) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 108) ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ

เจตนา คันทาทิพย์ (2544 : 94) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงในทารก อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกอยู่ในระดับดี

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร และความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง อภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 อายุ

ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่เยี่ยมมารดาหลังคลอด โดยให้ความรู้กับมารดาทุกกลุ่มอายุเพื่อให้มีการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกต้อง และมารดาทุกคนไม่ว่าจะมีอายุเท่าใดก็ตาม ย่อมปรารถนาให้บุตรของตนมีร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ซึ่งหากป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการไม่ปกติตามวัย น้ำหนักตัวลดลงก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ อาจมีไข้ และรายที่มีอาการขาดน้ำรุนแรงมาก จะเกิดอาการช็อคเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ทำให้มารดาหาทางป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยการให้อาหารและน้ำดื่มที่สะอาด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง เช่น การทำความสะอาดหัวนมและเต้านมก่อนให้นมบุตร การให้อาหารตามวัย การนำบุตรไปรับวัคซีน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มารดาทุกคนต้องการปฏิบัติ จึงทำให้มารดาที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ผกาพรรณ จันทรเพิ่ม (2537 : 127) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีจังหวัดนนทบุรีพบว่ามารดาที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ปุยะกุล (2542 : 85) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์พบว่า มารดาที่มีอายุมากและอายุน้อย มีการปฏิบัติตนในการเลี้ยงดูทารก และดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับวาริ จิระพันธุ์วานิช (2543 : 127) ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่ามารดาที่อายุแตกต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ เจตนา คันทาทิพย์ (2544 : 95) พบว่ามารดาที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมด้านความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกันแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ต่อนี้ (2539 : 108) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

พบว่ามารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แตกต่างกัน

2.2 ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคแตกต่างกัน โดยมารดาที่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ การเฝ้าหาความรู้ มารดาที่มีความรู้ระดับการศึกษาสูงจึงมีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ได้จากแหล่งต่างๆ ทำให้มีความรอบรู้มีเหตุผล สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตน ด้านการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ดี และรับรู้ถึงอันตรายเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงว่ามีโอกาสเสียชีวิตได้จึงทำให้มารดา มีความพร้อมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าซึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 173-185) กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางด้านการศึกษาว่า ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติ ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัตรา โดวัน (2532 : 105) ศึกษาพฤติกรรมและการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีไปรับบริการสุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามารดาที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีการปฏิบัติในเรื่องการเลี้ยงดูทารกแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาช่วยให้คนเกิดการเรียนรู้ สามารถอ่าน ฟัง และพูดคุยซักถามหรือค้นคว้าได้มากกว่าซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 133) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีพบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เจตนา คันทาทิพย์ (2544 : 95) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมด้านความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน และการศึกษาของ พชรินทร์ เวียงแก้ว (2540 : 87) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดพบว่าเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ที่มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ไทยแท้ (2539 : 137) ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาลดไข้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีพบไม่แตกต่างจากมารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

2.3 รายได้

ผลการศึกษามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการป้องกันโรคอุจจาระร่วงนั้นเป็นพฤติกรรมที่มารดากระทำให้กับบุตร เพื่อให้ปลอดภัยจากโรคอุจจาระร่วง ในด้านการดูแลทำความสะอาดร่างกายของมารดา การทำความสะอาดห้วนม ก่อนให้บุตรดื่มนม การใช้น้ำสะอาด การดูแลอุปกรณ์ภาชนะให้สะอาดสำหรับบุตร การกระทำเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย เป็นการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง จึงสามารถป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 129) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ปุยะกุล (2542 : 91) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการเลี้ยงดูทารก และการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกและดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรพร โชติพานัส (2544 : 150) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา ใจชื่อ (2533 : 144) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก พบว่ามารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกันและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ต่อนี้ (2539 : 119) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรีพบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกันจะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแตกต่างกัน

2.4 ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตร

ผลการศึกษามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตรต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตรต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็น

เพราะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลมารดาและทารกหลังคลอด ให้ความรู้กับมารดาในการปฏิบัติตนหลังคลอดอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมให้ความรู้โรคอุจจาระร่วงกับมารดาทั้งที่มีประสบการณ์เลี้ยงดูบุตรและมารดาที่ไม่มีประสบการณ์เลี้ยงดูบุตรอย่างทั่วถึง จึงทำให้มารดาได้รับความรู้ และปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้มารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในบุตรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกามิตรสัมพันธ์ (2534 : 126) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ต่อนี้ (2539 : 121) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี พบว่ามารดาที่มีและไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตร ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันจากระบบหายใจ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ปุยกุล (2542 : 88) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเอง ของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์พบว่า มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก และไม่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกมีการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ เพ็ญนภา ไชยเสนา (2546 : 108) ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด มีประสบการณ์การดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดต่างกันมีพฤติกรรมดูแลบุตรแตกต่างกัน

2.5 ความรู้โรคอุจจาระร่วง

ผลการศึกษามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากทารกเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ โอกาสในการที่จะได้รับเชื้อและเกิดการติดเชื้อโรคได้ง่ายและโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ติดต่อกันได้โดยการรับประทานอาหาร น้ำ นม และเชื้อโรคที่ปนเปื้อนมากับภาชนะต่างๆ ซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เป็นโรคได้ นอกจากมีอาการอุจจาระร่วงแล้วยังอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กินได้น้อยลง เกิดภาวะขาดน้ำ ขาดเกลือแร่ ซึ่งถ้าเป็นมากก็อาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ มารดาทุกคนยอมไม่ปรารถนาที่จะให้บุตรของตนป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงจึงมีความพยายามที่จะป้องกันบุตรของตนด้วยวิธีต่างๆ ถึงแม้ว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเท่าใดก็ตาม มารดาก็จะพยายามดูแลบุตรของตนให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อให้ห่างไกลจากโรคอุจจาระร่วง และเมื่อบุตรเจ็บป่วยก็รีบพามาพบแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้มารดาที่มีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้อง

คล่องกับการศึกษาของ ศิริพร บุตรวงษ์ (2544 : 25) ที่ศึกษาพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยก่อนเรียนซึ่งมารับบริการที่คลินิกเด็กดีโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุต่างก็มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ต่อนี (2539 : 110) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแตกต่างกันโดยมารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมาก มีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจดีกว่า มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันปาลกลางและมีความรู้่น้อย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการเกิดโรคอุจจาระร่วง มีโอกาสเป็นได้ทุกวัยและสามารถติดต่อไปยังคนอื่นได้ และเป็นโรคที่ติดต่อกันได้ตลอดปี เป็นแล้วสามารถเป็นซ้ำได้อีก ซึ่งการเกิดภาวะดังกล่าวเป็นภาวะที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับเด็ก มารดาทุกคนรักและทะนุถนอมบุตรของตนและไม่ต้องการให้เกิดโรคขึ้นซึ่งจะทำให้เด็กมีพัฒนาการช้า น้ำหนักลดและอาจถึงเสียชีวิตได้ จึงทำให้มารดาพยายามที่จะหาวิธีป้องกันบุตรของตนเองไม่ให้เกิดโรค ซึ่ง ฮอชบาอม (Hochbaum. 1988 :1-28) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เช่นเดียวกับมารดาที่ต้องล้างมือให้สะอาดก่อนให้นมหรือปรุงอาหารให้บุตร เพื่อป้องกันไม่ให้มีเชื้อโรคปนเปื้อน และรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ไม่มีแมลงวันตอม หรืออุ่นอาหารให้ร้อนเสียก่อน เพื่อลดการเกิดโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร (2536 : 66-67) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตร สอดคล้องกับพรนิภา ชัยโกศล (2536 : 52-53) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกำเริบและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนโฟรติก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา อิ่มทองใบ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปีที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล พบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นโรคหอบหืด ไม่สอดคล้องกับ สมทรง ศุภศิลป์ (2526 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วง ของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วง

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง กับพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอ ที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ในสังคม บุคคลนั้นย่อมเกิดความกลัว และจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น (Rosenstock, 1974 : 330) สอดคล้องกับแนวคิดของไมแมน และคนอื่นๆ (Maiman and others, 1977 : 216) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลใดจะให้ความร่วมมือเพื่อให้สุขภาพอนามัยที่ดี ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความร้ายแรงของโรค และการที่มารดาได้รับรู้ว่าถ้าบุตรของตน ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแล้วจะทำให้เด็กนำหนักลด และถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นมูกเลือด กระหายน้ำ ตาลึกโหล อาจมีไข้ ซึ่งอาการดังกล่าวนี้เป็นภาวะรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้กับบุตรของตน ถ้ามารดาไม่มีการป้องกันที่ดีพอ และถ้ามารดามีการป้องกันที่ดีก็ย่อมที่จะทำให้บุตรที่เป็นโรคจะลดความรุนแรงลงหรือไม่มีโอกาสเป็นโรคนี้เลย ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การรับรู้ความรุนแรง ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คานีย์และคณะ (Charney ,et al. 1967 : 188 - 198) ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดากับการให้เด็กรับประทานยาเพนนิซิลิน พบว่า มารดาที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหูอักเสบจะให้ยาบุตรสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์ (2534 : 182-183) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้แก่เด็กของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศรา ศิริมูล (2536 : 251-267) ศึกษาพฤติกรรมเปรียบเทียบของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร (2536 : 67) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ปริญญวัฒน์ (2536 : 101) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการป่วย

ของบุตรมีความสัมพันธ์ กับการใช้สารละลายเกลือแร่ของมารดา โดยมารดาที่มีการรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของบุตรครั้งนี้รุนแรง จะใช้สารละลายเกลือแร่รักษาบุตร มากกว่ามารดาที่มีการรับรู้ว่าการป่วยของบุตรครั้งนี้ไม่รุนแรง

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการที่มารดาจะกระทำสิ่งใดนั้นเป็นผลมาจากความเชื่อปัจจุบันของบุคคลนั้นที่เชื่อว่าการดูแลความสะอาดของร่างกายเด็ก การดูแลอุปกรณ์ ภาชนะสำหรับบุตรให้สะอาด การดูแลความสะอาดเครื่องนุ่งห่มสำหรับบุตร การดูแลความสะอาดของร่างกายมารดา การเพิ่มความต้านทานแก่บุตร การปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคให้แก่บุตร ถ้ามารดามีการปฏิบัติดังกล่าวอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอแล้วก็จะย่อมทำให้บุตรมีโอกาสเกิดโรคได้น้อย หรือไม่เป็นเลยด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536 : 53-54) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยกลุ่มอาการเนฟโฟรติก สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2536 : 104-105) พบว่าการรับรู้ของมารดาในเรื่องผลดีของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร์ (2536 : 68) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคและการดูแลรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตร

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะมารดามีความรักและห่วงใยในบุตรจึงเห็นว่า การล้างมือให้สะอาดก่อนปรุงอาหาร การอุ่นอาหารให้ร้อนก่อนรับประทาน การต้มน้ำให้บุตรดื่ม การกำจัดอุจจาระบุตร การทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาด การนำที่นอนบุตรตากแดด สิ่งเหล่านี้สามารถจะกระทำให้บุตรของตน และเห็นว่าขั้นตอน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ สามารถกระทำเป็นประจำทุกวันได้ ซึ่งการกระทำเหล่านี้ อาจได้รับรู้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่แนะนำมารดาที่มีบุตร ด้วย

เหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และสอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock.1974 : 330) ที่กล่าวว่าบุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค นอกจากเขาจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะให้ผลดีต่อเขาในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภรณ์ สุขนรินทร์ (2534 : 184-185) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้แก่เด็กของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

3.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรค เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งส่งเสริมให้มารดาเกิดความพร้อม ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยมีแรงกระตุ้นภายนอกได้แก่การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือสื่อสารมวลชน ในด้านการให้บุตรดื่มน้ำต้มสุก การล้างทำความสะอาดขูดนมและจุกนม การไม่นำนำนมผสมที่เหลือค้างขวดมาให้นุตรกิน การได้รับความรู้เกี่ยวกับสารละลายเกลือแร่ และการรับรู้ประโยชน์ของนมแม่ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ อาจจะเป็นการกระตุ้น ให้มารดาระมัดระวังในการปฏิบัติต่อบุตรของตน เพื่อป้องกันโรค เพราะถ้าเกิดโรคกับบุตรของตนแล้วอาจมีความเสี่ยง ที่จะทำให้นุตรของตนมีสุขภาพทรุดโทรมและมีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูอย่างมาก ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอยู่ในระดับดี แต่ก็มีมารดาบางส่วนที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคยังไม่ดี ดังนั้นจึงควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ คำแนะนำ โดยการให้สุศึกษากับกลุ่มนี้ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไปในทางที่ดียิ่งขึ้น
2. ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ นำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนควบคุมและป้องกันโรค รวมทั้งเป็นแนวทางในการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี
3. ให้มารดามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตร ที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี และกำหนดวิธีแก้ไข้ปัญหา แนวทางการปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของมารดา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งปลอดภัยจากโรคอุจจาระร่วง
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการให้สุศึกษาเป็นรายบุคคล เปรียบเทียบกับการให้สุศึกษา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มในผู้เลี้ยงเด็กที่ไม่ใช่มารดา

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2525). แบบเรียนงานควบคุมโรคอุจจาระร่วงสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล. กรุงเทพฯ : กรมฯ.
- (2535). คู่มือการรักษาโรคอุจจาระร่วงและหลักเกณฑ์การให้ยารักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก. กรุงเทพฯ : กรมฯ.
- (2540ก). คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องอุจจาระร่วงและหลักเกณฑ์การให้ยารักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก. กรุงเทพฯ : กรมฯ.
- (2540ข). คู่มือโรคติดต่อทั่วไปสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- (2541). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2541. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา กรมฯ.
- (2542). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2542. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา กรมฯ.
- (2543). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา กรมฯ.
- (2544). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2544. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา กรมฯ.
- (2545). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2545. กรุงเทพฯ : กองระบาดวิทยา กรมฯ.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2535). คู่มือการประเมินผลการเรียนตามหลักสูตรประถมศึกษาพุทธศักราช 2521. (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533) พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- กานดา วัฒนภัส. (2531). การศึกษาระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดินแดง กรุงเทพฯ. เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการเรื่องโรคอุจจาระร่วงกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ด้วยงานสาธารณสุขมูลฐาน ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 2 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 27-29 มิถุนายน 2531.
- เกศรา ศิริมูล. (2536) การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- งานแผนงานและประเมินผล. (2545). สรุปสถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2543-2545. กาญจนบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," ในเอกสารสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-10 .มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ: สหมิตร.

- จริยากร ดิษจินดา. (2541). ผลของการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค
อุจจาระร่วงของชุมชนก่อสร้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดอำเภอเมือง จังหวัด
ระยอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจตนา คันธาทิพย์. (2544). พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกอำเภอ
บางแพ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์. (2534).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมกาปฏิบัติตนขณะ
ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ทรงพล ต่อณี. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำ
กว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล
ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี-
นครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธนวรรณ อิมสมบุรณ์. (2532,ตุลาคม-ธันวาคม). "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรม
สุขภาพ,"วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ. 15 (4) : 11-15.
- นันทิกา มิตรสัมพันธ์. (2534). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วย
ด้วยโรคอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา จุญเษม์ และคนอื่นๆ . (2534). โรคเขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : คณะแพทย
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา มนูญิจ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต.
- บพิต บัวมูล.(2539).ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี ของ
มารดา จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2538). "สังคมวิทยาการแพทย์," ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา
หน่วยที่ 9-15. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี. : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุศรา กาญจนบัตร. (2530). พฤติกรรมกาป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีบุตร
อายุ 0-5 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการโรค
อุจจาระร่วง ครั้งที่ 6 ณ ห้องประชุมจางจันต์ โรงพยาบาลรามมา,15-17 เม.ย.2530.

- บุศรา ใจซื่อสกุล. (2533). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับ
บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประกริต รัชวัตร. (2536). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วย
และไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหา
บัณฑิต กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประครอง กรรณสูตร. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปก
เจริญผล.
- (2529). สถิติศาสตร์ประยุกต์สำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่
2. กรุงเทพฯ : โอเดียน.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวีส สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ
สุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ผกาพรรณ จันทน์เพิ่ม. (2536). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วง
ที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดนนทบุรี. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พรนิภา ชัยโกศล. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการ
เนฟโรติก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. (2530) "พฤติกรรมอนามัยกับโรคอุจจาระร่วงปัจจัยเสี่ยงและแนวทางใน
การแก้ปัญหา," ใน การประชุมปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เจริญผล.
- พิงพิศ การงาม. (2541). "การพยาบาลในกุมารเวชศาสตร์" ใน การพยาบาลเด็ก. หน้า 244-247.
พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก.
- มยุรี ปรินทิพนิพนธ์. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารละลายเกลือแร่ของมารดาในการ
รักษามารดาอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ แผนกผู้ป่วยนอก
กุมารเวชกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ : การศึกษาปริมาณและคุณภาพ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2533). ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. กรุงเทพฯ : คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
มหาวิทยาลัยมหิดล. รวมทัศนจำกั.

- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. บัณฑิตวิทยาลัย. (2540ก). คู่มือการใช้ต้นแบบเอกสาร
สำหรับการพิมพ์ปริญญานิพนธ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สันติศิริ.
- (2540ข). คู่มือการเรียบเรียงปริญญานิพนธ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิชัยพาณิชย์.
- มานิตย์ ธีระตันติกานนท์ และคณะ. (2535). อัจฉริยะรุ่ง พันธุ์ ชาติผล อำเภอบางบาล
จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ.2533-2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- มีเรียม สดอปปาร์ค. (2542). คู่มือดูแลสุขภาพเด็ก. กรุงเทพฯ : แปลนพับลิชชิ่งจำกัด.
- ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. (2543). พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ยุทธนา ศิลปรัสมิ; และคนอื่นๆ. (2535). การพัฒนาบทบาทแม่ตัวอย่างในการควบคุมป้องกัน
วินิจฉัยและการรักษาโรคอหิวาต์ควารว่ง อำเภอบางบาล พ.ศ.2533-2535.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นิติ
บรรณาการ.
- รัชนี้ ลาซโรจน์. (2529). การอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยทารก. ม.ป.พ.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ และ วันดี วราวิทย์. (2521, มีนาคม). โรคท้องร่วง : ความรู้ทัศนคติและ
การปฏิบัติของมารดา. รามาธิบดีสาร. 1 (3) : 1- 8.
- ลัดดา อิ่มทองใบ. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการ
กลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐใน
เขตกรุงเทพฯและปริมณฑล.วิทยานิพนธ์ วทม.(สุขศึกษา).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.ถ่ายเอกสาร.
- วชิรพร โชติพานัส. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้า
รับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ปริญญานิพนธ์
กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- วลีลักษณ์ นันทวงศ์. (2533). การศึกษาพฤติกรรมอนามัยของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด
โรคอหิวาต์ควารว่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
สตรมหาบัณฑิต (สาขาโรคติดต่อ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- วันดี วราวิทย์. (2534) ORS & ORTสารละลายเกลือแร่รักษาโรคอหิวาต์ควารว่ง.การประชุมโรค
อหิวาต์ควารว่งครั้งที่ 10 โรงพยาบาลรามาธิบดี. ถ่ายเอกสาร
- วันดี วราวิทย์; และคนอื่นๆ. (2537). โรคระบบทางเดินอาหารและโภชนาการในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพฯ : สหมิตรเมดิเพรส.

- วารี จิระพันธุ์วานิช. (2543). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วารี ระกิติ. (2530). "หลักการสุขศึกษา," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสาธารณสุข2 หน่วยที่ 1-7 หน้า 696-705. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ. (2524). การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองการวิจัยสำหรับคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ.
- วิฑูรย์ ไวยนันท์ และ พีรพรรณ ดันอารีย์. (2540). แบบที่เรียทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ศักดิโสภณาการพิมพ์.
- ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2536). อิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วทม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2526). "พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง," ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7 หน้า 97. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมทรง ศุภศิลป์. (2526). ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สยามศิลป์.
- สุกัญญา ปุยะกุล. (2542). พฤติกรรมสุขภาพในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ ราชเวียง. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพัตรา ไตวัน. (2532). พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กทารกของมารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีไปรับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จังหวัดเชียงใหม่. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- อัจฉรา พงษ์ไทย. (2538). การพัฒนาอาสาสมัครแม่บ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมການป้องกันโรค
อุจจาระร่วง ของมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย.
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรัญญา ไทยแท้. (2539). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาลดไข้ในบุตรอายุต่ำกว่า
5 ปี ณ โรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อารี ปุณณะตระกูล. (2533). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรค
ติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนคริน-
ทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Ahmed A. Malik IA, et al. (1990). *The use of ORS [Nimkol] in management of childhood
Diarrhea by mothers in suburban of Rawalpindi Islamabad.* California : Mayfield
Publishing Company.
- Allman and Pierre – Louis. (1992,May). "Practical Advice Series : Gathering Information in
the Community Carrying out or Surrvey on Attitudes to Diarrhoea," *Diarrhoea
Dialogue.* 9 (45) : 6-7.
- Becker, et al. (1977,Fall). "Scale for measuring health belief model demensions : a test
of predictive value internal consistency, and relationships beliefs," *Health
Decision Making Reagarding Amniocentesis in Woman of Advanced Maternal
Age,* *Health Educ Q.* Ohio. 19 (2) : 177-186 .
- Bertrand and Walmus. (1983). "Marternal knowledge. Attitudes and Practice as Predictors
of diarrhoeal Disease in Young children," *International of
Epidemiology.* 12 (120) : 205-209.
- Bloom, S. Benjamin. (1975). *Taxonomy of education Objective Handbook I : Cognitive
domain.* New york : David Mckay.
- Charney and others. (1967). "How will do patients take oral penicillin : A collaborative study
In Private practice," *Pediatrics.* 40 : 188 -195.
- Good, Caster V. (1973). *Dictionary of Education.* New York : McGraw – Hill.
- Haefner,D.P. and Kirscht, J.P.(1970). "Motivational and behavioral effects of modifying
health Beliefs, *Public Health report.* 85 : 478 - 484.
- Hocbaum,G.M. (1956, April). Why people seek diagnostic x-ray ,” *Public Health
department.* 71: 73 – 380.

- Horacio, Jinich., & Teodoro hersh, (1982). *Physicians' guide to Etiology and Treatment of Diarrhea*. Newjersey : Medical Economics Company.
- Karl and Cobb. (1966, February). " Health behavior illness behavior and sick role behavior," *Archieves Enviromental of Health*. 12 : 246 - 266.
- Maiman and Becker. (1974). *The Health Belief Model : Origin and correlated in Psychological theory*. "In the Health Belief Model and person health behavior. New Jersey : Charles Inc.
- Maiman and other. (1977). "Scale for measuring Health Belief Model dimension : A test of Predictive value, international consistency and relationship among belief, "health Education Monograph.5 : 215 – 229.
- Mull DJ., & Mull DS. (1988). *Mother's Concepys of childhood Diarrhea in Rural Pakistan : what ORT Program Planers should know*. Soc sci Med.
- Rosenstock IM.(1974). "Historical origims of the health belief model and preventive behavior. Health education Monograph. 2 : 329.
- Yamane, Taro. (1996). *Statistic : An Introductory Analysis*. 2 nd ed. New York : Harper And Row,

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรณเศรษฐิน | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. นางเพ็ญพิมล ศิริปโชติ | รักษาการนักวิชาการสาธารณสุข 9
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี |
| 4. นายพรชัย เกิดศิริ | นักวิชาการสาธารณสุข 7
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี |
| 5. นายประทวน สัตย์เชื้อ | นักวิชาการสาธารณสุข 6
สถานีอนามัยบ้านใหม่ จังหวัดกาญจนบุรี |



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/1366

วันที่ 19 ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางชุดิมา ทองนุ่น นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์กมลมาลย์ วิวัฒน์เศรษฐ์สิน และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และแบบสอบถามความรู้โรคอุจจาระร่วง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และแบบทดสอบ ให้ นางชุดิมา ทองนุ่น และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/1364



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางชุดิมา ทองนุ่น นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ณาพร มัชฌมากร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางเพ็ญพิมล ศิริปโชติ นักวิชาการสาธารณสุข 8 รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 9 นายพรชัย เกิดศิริ นักวิชาการสาธารณสุข 7 และ นายประทวน สัตย์ชื่อ นักวิชาการสาธารณสุข 6 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ซึ่งชักนำไปให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และแบบสอบถามความรู้โรคอุจจาระร่วง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และแบบทดสอบ ให้ นางชุดิมา ทองนุ่น และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ณาพร มัชฌมากร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-645069 มือถือ 01-5271302

ที่ ศธ 0519.12/ 1545



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

14 ธันวาคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเลาขวัญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางชุดิมา ทองนุ่น นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ณาทร มัชฌมากร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และแบบสอบถามความรู้โรคอุจจาระร่วง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางชุดิมา ทองนุ่น ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ณาทร มัชฌมากร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-645069 มือถือ 01-5271302

ที่ ศธ 0519:12/2563



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๙ มีนาคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตเสนอแนะเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางชุติมา ทองนุ่น นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตร อายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์อภินันท์ มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้มารดาที่เลี้ยงบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี ตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง สิ่งชักนำภายนอกให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และแบบทดสอบความรู้โรคอุจจาระร่วง ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเสนอแนะ ได้โปรดพิจารณาให้ นางชุติมา ทองนุ่น ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์อภินันท์ มะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-645069 มือถือ 01-5271302

ภาคผนวก ข

- แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี
- ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่อง
พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีใน
จังหวัดกาญจนบุรี
- เฉลยคำตอบของแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง
ในบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอน 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอน 2 แบบทดสอบความรู้โรคอุจจาระร่วง

ตอน 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

ตอน 4 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

ตอน 5 แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยประกอบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษาเท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีผลกระทบท่อท่านแต่อย่างใด จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และขอขอบคุณในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

นางชุตีมา ทองนุ่ม

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา กับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ ที่ตรงความจริง

1.ปัจจุบันท่านอายุ ปี (ระบุอายุปีเต็ม)

2.ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

- ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
- ☐ ประถมศึกษา
- ☐ มัธยมศึกษา หรือ เทียบเท่า
- ☐ อุดมศึกษา

3.รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน

- ☐ ต่ำกว่า 6,000 บาท
- ☐ 6,000-12,000 บาท
- ☐ 12,001-18,000 บาท
- ☐ สูงกว่า 18,000 บาท

4.ท่านเคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี

- ☐ เคยเลี้ยง
- ☐ ไม่เคยเลี้ยง

ตอน 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างขวามือ ที่ท่านคิดว่าถูกต้องมากที่สุด

กรุณาตอบทุกข้อ

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นผิด

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบว่าข้อความนั้น ถูก หรือ ผิด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงสามารถแพร่เชื้อได้ทางอุจจาระ			
2.โรคอุจจาระร่วงไม่สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง			
3.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง มีลักษณะถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำเกินวันละ 3 ครั้ง			
4.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงนานๆ จะทำพัฒนาการและการเจริญเติบโตช้า ไม่สมวัย			
5.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงนานๆ ทำให้เสียชีวิตได้			
6.เด็กอุจจาระร่วงและเสียน้ำอย่างรุนแรงมีลักษณะกระหม่อมบวม			
7.เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงมีอาการกระสับกระส่ายแสดงว่ามีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่			
8.เมื่อเด็กถ่ายเหลว 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 วันให้ใช้ยาหยุดถ่ายเพื่อจะได้หายเร็วขึ้น			
9.การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			
10.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงควรผสมสารละลายเกลือแร่ให้เข้มข้นขึ้นเพื่อจะได้หายเร็วขึ้น			

ตอน 3 ความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงช่องเดียว

กรุณาตอบทุกข้อ

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยค

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคตรงหรือไม่ตรงกับความคิดของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยค

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง</u>			
1.โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ทุกวัยมีโอกาสเป็นได้			
2.โรคอุจจาระร่วงสามารถติดต่อไปยังคนอื่นได้			
3.เด็กมีโอกาสป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้ตลอดปี			
4.เด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก			
5.เด็กถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำเกินวันละ 3 ครั้ง แสดงว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง			
6.การปล่อยให้เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดินโดยไม่นำไปฝังให้ลึกหรือเทลงส้วมทำให้แพร่เชื้อไปสู่คนอื่นได้			
7.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดิน ล้างน้ำให้สะอาด สามารถป้องกันการติดต่อได้			
8.เมื่อบุตรในบ้านท่านป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงเพื่อนบ้านใกล้เคียงท่านจะมีโอกาสเป็นโรคอุจจาระร่วงได้			
9.การรับประทานอาหารที่ตกลงบนพื้นดินไม่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้			
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง</u>			
10.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง อาจตายได้เนื่องจากก่ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่			
11.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง จะหายได้เองโดยพักนอนมากๆ			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
12.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงนานๆ ทำให้น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว			
13.การเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กรุนแรงน้อยกว่าเกิดในผู้ใหญ่			
14.เด็กถ่ายเหลวมากกว่าวันละ 3 ครั้ง เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้เป็นประจำ			
15.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงต้องซื้อยาหยุดถ่ายให้บุตรรับประทาน			
16.เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงไม่สามารถรักษาเองได้			
17.เด็กขาดสารอาหาร มักมีอาการอุจจาระร่วงบ่อยและมีอาการรุนแรงเหมือนกับเด็กน้ำหนักปกติ			
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ</u>			
18.การล้างขวดนมและจุกนมด้วยน้ำเกลือ ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			
19.เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงให้รับประทานข้าวต้มใสเกลือจะทำให้เด็กหยุดถ่ายเร็วขึ้น			
20.การให้เด็กกินข้าวต้มใสเกลือสามารถป้องกันภาวะขาดสารอาหารและน้ำได้			
21.การดื่มสารละลายเกลือแร่ขณะเป็นโรคอุจจาระร่วงจะทำให้เด็กถ่ายมากขึ้น			
22.การกินอยู่หลับนอนแบบชาวบ้านทำให้เด็กมีภูมิต้านทานโรค			
23.การระมัดระวังความสะอาดเกินไป ทำให้เด็กไม่มีภูมิต้านทานต่อโรค			
<u>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</u>			
24.การดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงทำให้ไม่มีเวลาสังเกตอุจจาระเด็ก			
25.สารละลายเกลือแร่สำเร็จรูปหาง่ายกว่าการทำสารละลายเกลือแร่เอง			
26.การอุ่นอาหารสำเร็จรูปก่อนให้เด็กรับประทานเป็นเรื่องยุ่งยาก			
27.การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสิ่งชักนำภายนอกให้เกิดการปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ขั้วละ 3 ช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริง

กรุณาตอบทุกข้อ

เคย หมายถึง ท่านเคยได้รับความรู้ คำแนะนำ เรื่องโรคอุจจาระร่วง

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความรู้ คำแนะนำ เรื่องโรคอุจจาระร่วง

ข้อความ	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข		อาสาสมัคร สาธารณสุข		โทรทัศน์	
	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย
1.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ โรคอุจจาระร่วงเกิดจากการรับประทานอาหารและน้ำที่มีเชื้อโรคปนเปื้อน						
2.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำโรคอุจจาระร่วง คือ การถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำเกิน 3 ครั้ง ขึ้นไปในหนึ่งวัน						
3.ท่านได้รับความรู้คำแนะนำให้บุตรดื่มน้ำต้มสุก						
4.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ เรื่องประโยชน์ของนมแม่						
5.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ ประโยชน์ของการนำบุตรไปวัคซีน						
6.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ การล้างทำความสะอาดขวดนมและจุกนม						
7.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ ไม่งดนมและน้ำเมื่อบุตรป่วยโรคอุจจาระร่วง						
8.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ นมผสมที่เหลือค้างขวดไม่นำมาให้เด็กกิน						
9.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ ไม่ซื้อยาให้บุตรรับประทานเอง						
10.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ ส่วนผสมสารละลายเกลือแร่ คือ เกลือครึ่งช้อนชา น้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ น้ำต้มสุก 1 ขวดกลม						

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด

เพียงช่องเดียว กรุณาตอบทุกข้อ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นทุกครั้งหรือทุกวันที่ต้องปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นไม่สม่ำเสมอหรือปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้งที่ต้องปฏิบัติ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยกระทำหรือปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บาง ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1.ท่านล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดหลังถ่ายอุจจาระ			
2.ท่านล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดก่อนเตรียมอาหารหรือนมให้บุตรกิน			
3.ท่านล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดก่อนป้อนอาหารให้บุตร			
4.ท่านกำจัดอุจจาระของบุตรโดยทิ้งลงส้วม			
5.ท่านทำความสะอาดห้วนมและเต้านมก่อนให้นมบุตร			
6.ท่านล้างทำความสะอาดขวดนมและจุกนมแล้วต้มในน้ำเดือดนาน 5 นาที			
7.ท่านล้างทำความสะอาดขวดนมและจุกนมด้วยน้ำสะอาดโดยไม่ต้องต้ม			
8.ท่านให้เด็กหยิบของที่หล่นตามพื้นดินเข้าปาก			
9.ท่านใช้มือหยิบป้อนอาหารให้บุตร			
10.ท่านเป่าอาหารให้เย็นขณะป้อนอาหารบุตร			
11.ท่านเคี้ยวอาหารก่อนป้อนให้บุตร			
12.ท่านให้บุตรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ไม่มีแมลงวันตอม			
13.ท่านให้เด็กดื่มน้ำฝนโดยไม่ต้องต้ม			
14.ท่านให้เด็กดื่มน้ำต้มสุก			
15.ท่านทิ้งผ้าเปื้อนอุจจาระเด็กป่วยลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด			
16.ท่านซักผ้าเปื้อนอุจจาระบุตร โดยเทน้ำลงส้วม			
17.ท่านนำที่นอนของบุตรตากแดด			

ตาราง 11 แสดงค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความรู้โรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อ	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.62	0.23
2	0.68	0.62
3	0.70	0.35
4	0.56	0.42
5	0.68	0.54
6	0.75	0.30
7	0.64	0.41
8	0.64	0.63
9	0.64	0.54
10	0.54	0.60

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.72

ตาราง 12 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายชื่อ ของแบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.38
2	0.35
3	0.48
4	0.43
5	0.50
7	0.65
8	0.73
9	0.66

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.68

ตาราง 13 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายชื่อ ของแบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
10	0.52
11	0.37
12	0.45
13	0.55
14	0.52
15	0.62
16	0.34
17	0.65

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.78

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ ของแบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
18	0.65
19	0.58
20	0.37
21	0.43
22	0.51
23	0.65

$$\text{ค่าความเชื่อมั่น } (\alpha) = 0.86$$

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ ของแบบสอบถามวัดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
24	0.45
25	0.65
26	0.57
27	0.63

$$\text{ค่าความเชื่อมั่น } (\alpha) = 0.78$$

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายชื่อของแบบสอบถามซึ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.77
2	0.44
3	0.41
4	0.55
5	0.50
7	0.65
8	0.63
9	0.70
10	0.38

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.74

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายชื่อของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.54
2	0.42
3	0.45
4	0.36
5	0.55
6	0.65
7	0.71
8	0.56
9	0.48
10	0.66
11	0.54
12	0.48
13	0.45
14	0.75
15	0.45
16	0.53
17	0.68

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.81

เฉลยข้อถูกต้องของแบบสอบถาม

ความรู้เรื่องโรคอजारะร่วง

ข้อถูก ได้แก่ 1,2,3,4,5,6,7,9

ข้อผิด ได้แก่ 8,10

ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive) ได้แก่ 1,2,3,5,6,8

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) ได้แก่ 4,7,9

การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive) ได้แก่ 10,12,16

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) ได้แก่ 11,13,14,15,17

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) ได้แก่ 18,19,20,21,22,23

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) ได้แก่ 24,25,26,27

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive) ได้แก่ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

พฤติกรรมการป้องกันโรค

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive) ได้แก่ 1,2,3,4,5,6,12,14,15,16,17

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) ได้แก่ 7,8,9,10,11,13,

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางชุตินา ทองน่ม
วัน เดือน ปี เกิด	24 กุมภาพันธ์ 2513
สถานที่เกิด	อำเภอนาทม จังหวัดน่าน
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	448/3 หมู่ 1 อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 71220
ตำแหน่งหน้าที่การทำงานในปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานีอนามัยนนทบุรี อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2531	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียน สตรีวิทยา 2 กรุงเทพฯ
พ.ศ.2534	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ราชบุรี 2 จังหวัดราชบุรี
พ.ศ.2541	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุข ศาสตร์) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ.2547	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ