

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย



กิตติชัย พงศ์วรินทร์

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

THE EFFECTIVENESS OF LEARNING PROGRAM BASED ON THE THEORY OF
HEALTH BELIEF MODEL ON DIARRHEA PREVENTION BEHAVIORIN
CAREGIVERS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD
IN PHAN DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

May 2025

Copyright 2025 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ของ กิตติชัย พงศ์วรินทร์

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุกุล มะโนทน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฬาว้า)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง)

..... คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฬาว้า)

- เรื่อง:** ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** กิตติชัย พงศ์วินทร์, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2567
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จูหวั
- คำสำคัญ:** โรคอุจจาระร่วง, ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง

บทคัดย่อ

การวิจัยวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน ระยะเวลาการศึกษา 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ Chi-square, Independent t-test, Repeated measure ANOVA ผลการศึกษา ก่อนการทดลอง เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) หลังรวมโปรแกรมและระยะติดตามผล รวม 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลอง ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) (ความรู้ $F = 95.87, P < 0.01$, การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ $F = 448.13, P < 0.01$, ความรอบรู้ $F = 24.18, P < 0.01$ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง $F = 24.29, P < 0.01$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กดีขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเรื่องอื่นได้

Title: THE EFFECTIVENESS OF LEARNING PROGRAM BASED ON THE THEORY OF HEALTH BELIEF MODEL ON DIARRHEA PREVENTION BEHAVIOR IN CAREGIVERS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN PHAN DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

Author: Kitichai Phongwarin, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2024

Advisor: Assistant Professor Somkid Juwa , Ph.D.

Keywords: Diarrhea, Care giver, Health Belief Model, Prevention Behavior

ABSTRACT

This quasi-experimental study using a two-group pretest–posttest design aimed to study the effectiveness of a learning program based on the theory of health belief model on diarrhea prevention behavior in caregivers of children under 5 years old. The sample group consisted of 72 parents of children under 5 years old from Pan District, Chiang Rai Province. They were divided into experimental and control groups, each comprising 36 individuals. The study duration was 10 weeks, during which data was collected using questionnaires at pre-experiment, post-experiment, and follow-up stages. Data analysis involved descriptive statistics and statistical analyses including Chi-square and Repeated Measure ANOVA. The study found that the experimental group showed significantly better average scores in health belief perception, health knowledge, and diarrhea prevention behaviors compared to before the experiment and compared to the control group (statistically significant with $P\text{-Value} < 0.05$) (knowledge $F = 6.64$, $P\text{-Value} < 0.05$, Health Belief $F = 54.42$, $P\text{-Value} < 0.05$, Health Literacy $F = 27.89$, $P\text{-Value} < 0.05$ Disease Prevention Behavior $F = 141.54$, $P\text{-Value} < 0.05$). This research concludes that the health belief and knowledge learning program positively influenced diarrhea prevention behaviors in caregivers of children under 5 years old, suggesting its potential applicability in other child care contexts."

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จูหว่า อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผู้ที่คอยชี้แนะ ถ่ายทอดความรู้ ข้อคิด คำแนะนำ ช่วยเหลือ และการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทั้งคอยให้กำลังใจในกระบวนการวิจัยเสมอมา ตลอดการทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จนลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบ ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ และรู้จักคิดพิจารณาโดยใช้เหตุผลร่วมกับหลักวิชาการ ส่งผลให้ให้การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาตศรี นายแพทย์ธงชัย เมืองคำ คุณพินิจ ศรีใส ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งยังตรวจสอบรายละเอียดที่ถูกต้องของโครงร่างวิจัย จนทำให้ได้กิจกรรมในโปรแกรมนี้อย่างสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณอาสาสมัคร ผู้ดูแลเด็กทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรมในกระบวนการศึกษา ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ อย่างครบถ้วน และบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำทุกท่าน ทีมผู้วิจัย ที่สละเวลา เื่อเพื่อสถานที่ในกระบวนการศึกษาอย่างดีเสมอมา พร้อมทั้งยังอำนวยความสะดวกในการแจกแบบสอบถาม และให้การช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ทุกครั้งตลอดจนจบขั้นตอนการเก็บข้อมูล

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัววงศ์วรินทร์ ที่คอยให้การสนับสนุนผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ที่คอยให้กำลังใจและข้อเสนอแนะเสมอมา คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศความดีความชอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

กิตติชัย พงศ์วรินทร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคอุจจาระร่วง.....	9
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี.....	23
ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28
สรุป34	
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	37
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการศึกษา	52
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	53
ตอนที่ 2 ผลความแตกต่างร้อยละ ค่าเฉลี่ยจำแนกรายชื่อของกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนการ ทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล	55
ตอนที่ 3 ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	75
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	80
สรุปผลการวิจัย	80
การอภิปรายผล	82
ข้อเสนอแนะในการวิจัย	86
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	93
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองเชิงจริยธรรม	94
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	95
ภาคผนวก ค สื่อที่ใช้ในโปรแกรมการวิจัย	103
ประวัติผู้วิจัย	117

สารบัญตาราง

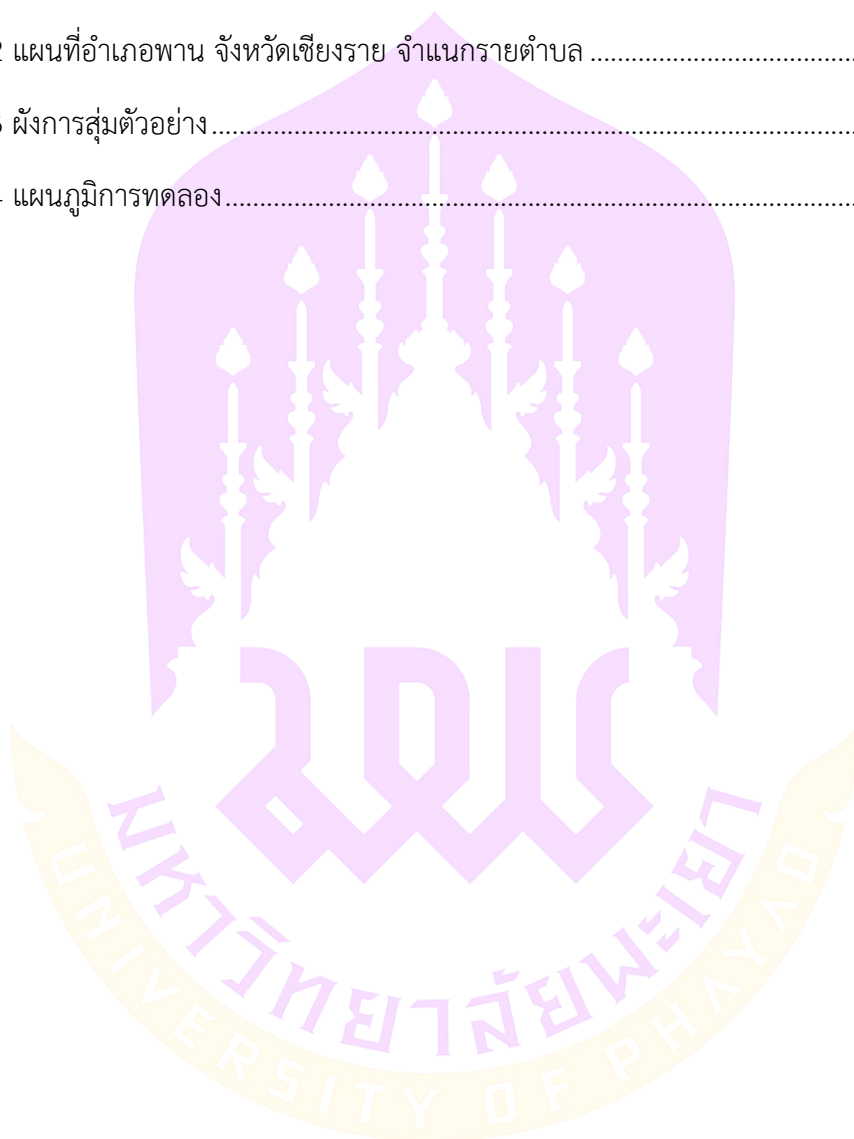
หน้า

ตาราง 1 สาเหตุของอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อจำแนกตามลักษณะอุจจาระ	11
ตาราง 2 การประเมินภาวะขาดน้ำ โดยใช้อาการและอาการแสดงตามองค์การอนามัยโลก	14
ตาราง 3 การประเมินภาวะขาดน้ำตาม CDC scale	14
ตาราง 4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มทดลอง ตำบลม่วงคำ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัด เชียงราย หมู่ 1 หมู่ 7 หมู่ 8 หมู่ 11 และหมู่ 16	39
ตาราง 5 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มควบคุม ตำบลสันกลาง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดเชียงราย หมู่ 1 หมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 12 และหมู่ 16	40
ตาราง 6 ช่วงเวลา และกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามโปรแกรม	44
ตาราง 7 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกระดับความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง	47
ตาราง 8 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	47
ตาราง 9 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพ	49
ตาราง 10 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกระดับพฤติกรรมสุขภาพ	50
ตาราง 11 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	53
ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ การตอบแบบสอบถามความรู้โรคอุจจาระร่วงถูกต้อง ก่อนการทดลอง หลัง การทดลอง และระยะติดตามผล	56
ตาราง 13 ระดับคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ ก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	59
ตาราง 14 ระดับคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลัง การทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	62
ตาราง 15 ระดับคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 36)	66

ตาราง 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	70
ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	71
ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	73
ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้แลเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม.....	74
ตาราง 20 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลองหลัง การทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	76
ตาราง 21 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล.....	77
ตาราง 22 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลองและ ระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	78
ตาราง 23 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนทดลองหลัง ทดลองและระยะติดตามผล	79

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	37
ภาพ 2 แผนที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำแนกรายตำบล	40
ภาพ 3 ผังการสุ่มตัวอย่าง.....	41
ภาพ 4 แผนภูมิการทดลอง.....	42



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญและที่มาของปัญหา

เด็กและเยาวชน เป็นช่วงวัยที่สำคัญสุดต่อการพัฒนาทั้งร่างกาย สติปัญญาการเรียนรู้ พฤติกรรม ซึ่งการพัฒนาเด็กและเยาวชนในวันนี้ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาทั้งเชิงเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ที่ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าในระยะยาว รวมถึงเป็นการเตรียมทรัพยากรมนุษย์ ให้มีคุณภาพสำหรับการแข่งขันอนาคต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2564) เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศ เป็นการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตของชาติ ซึ่งให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า สุขภาพเด็กในช่วงแรกเกิดถึง อายุ 5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก โดยระยะเวลาดังกล่าว เด็กจะมีการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ อย่างรวดเร็ว ซึ่งมีพัฒนาการ ด้านสมอง สูงถึงร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกับในวัยผู้ใหญ่ (หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และ สมเกียรติยศ วรเดช, 2561) ประเทศไทยยังคงเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากร ที่วัยเด็กลดลงจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วง 10 ปี มีอัตราการลดลงจาก 12.0 มาเป็น 8.7 ต่อประชากรพันคนในปี 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2564)

โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นสาเหตุการตายอันดับสองทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิต 370,000 คน ในปี 2562 และพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอุบัติการณ์เกิดโรคอุจจาระร่วง เฉลี่ย 3.2 ครั้ง ต่อคนต่อปี โดยเป็นสาเหตุ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูงถึงร้อยละ 28.30 อาการที่รุนแรงที่สุดจากโรคอุจจาระร่วง คือ ภาวะขาดน้ำทำให้สูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งโซเดียม คลอไรด์ โพแทสเซียม และไบคาร์บอเนต ซึ่งจะสูญเสียไปกับอุจจาระเหลว อาเจียน เหงื่อ ปัสสาวะ และการหายใจ ผู้ที่มีอาการอุจจาระร่วงจะขาดน้ำเมื่อไม่ได้ รับการทดแทนการสูญเสีย เหล่านี้ (World Health Organization, 2014) โรคอุจจาระร่วงยังเป็นสาเหตุหลักของ การขาดสารอาหาร อุจจาระร่วงระดับปานกลางไปถึงระดับรุนแรง ทำให้เด็กเกิดภาวะแคะแกร็น ในอนาคต มากกว่าเด็กปกติ 1.3 เท่า (Rina, et al., 2024) นอกจากนี้ พบว่าเด็กที่ป่วย ด้วยโรคอุจจาระร่วง มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดต่อครอบครัวและผู้ดูแลกระทบต่อรายได้ของผู้ดูแลจากการขาดงานระหว่างดูแลเด็กป่วย ที่โรงพยาบาล (อรรพรรณ หล้าสวัสดิ์, สุตาภรณ์ พยัคฆเรือง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2562) เมื่อเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาแบบผู้ป่วยใน สามารถคำนวณต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วย

โรคอุจจาระร่วง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 2,205.32 บาท ซึ่งมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 325.77 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 57.91:42.09 (จารวิ ขำนิ่ม, วิฑิตินันท์ อัครเดชอนันต์ และบุญพิชชา จิตต์ภักดี, 2563) ซึ่งยังไม่รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลเด็กต้องกลางาน ขาดงาน มาดูแลเด็กป่วยที่โรงพยาบาลอีกด้วย

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงของประเทศไทย ปี 2564-2566 พบอัตราป่วยป่วย 813.96: แส่นประชากร เสียชีวิต 1 ราย 1,001.11: แส่นประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต และ ปี 2566 ตั้งแต่ 1 มกราคม-22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย อัตราป่วย 625.62: แส่นประชากร เสียชีวิต 1 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี (19.12%) พบผู้ป่วยกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ตัวชี้วัดของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อัตราป่วยไม่เกิน 5,000: แส่นประชากร หรือไม่เกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง สถานการณ์โรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดเชียงราย ปี 2564-2566 พบอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง 6,793.06: แส่นประชากร 9,524.9: แส่นประชากร และ 9,457.9: แส่นประชากร ตามลำดับ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่วนอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2564-2566 พบอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 5,721.49: แส่นประชากร, 6,186.97: แส่นประชากร และ 8,339.8: แส่นประชากร ตามลำดับ อัตราป่วยพบสูงเป็นอันดับ 5 จาก 18 อำเภอของจังหวัดเชียงราย นอกจากนี้ ยังพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่พบมาก (High Volume) ติดอันดับ 5 ลำดับแรกในผู้ป่วยนอกและสูงเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยใน ของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพาน จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว พบว่าอุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี ยังคงสูงเกินเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับการปรับปรุงขึ้นมาจากในอดีต

WHO ประเมินการว่า 88 % ของโรคอุจจาระร่วงทั้งหมดเกิดจากน้ำประปาที่ไม่ปลอดภัย สุขอนามัยที่ไม่เพียงพอ และการปฏิบัติด้านสุขอนามัยที่ไม่ดี (World Health Organization, 2014) โรคอุจจาระร่วงเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส โปรโตซัว ปรสิต หนอนพยาธิ และเชื้อไวรัสโรต้า/โนโรไวรัส โดยการติดต่อของเชื้อโรคมายังจากการสาธารณสุขบุคคลและพฤติกรรมของประชาชน หากระบบสุขาภิบาลหรือสุขอนามัยไม่ดี เช่น ไม่มีที่ล้างมือ การกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การปนเปื้อนจากอุจจาระที่มีมือ ปนเปื้อนไปสู่อาหารและติดต่อไปสู่คนอื่น ๆ (สมาคมเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ, 2562) เกิดจากการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือในครัวเรือน ขาดวัสดุให้อาหารแยกต่างหาก พฤติกรรมการล้างมือ และการไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Abraham, et al., 1985) ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงจะมีการถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง/วันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งหรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากว่า 1 ครั้ง ขึ้นไปใน 1 วัน อาเจียนบ่อย

กินอาหารไม่ได้ กระจายน้ำมากกว่าปกติ มีไข้สูง (สมาคมเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ, 2562) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กเล็ก การเจ็บป่วยมีผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัวเด็กป่วยและครอบครัว หรือผู้ปกครอง และระบบบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ เพราะนอกจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้วยังมีผลต่อปัญหาโภชนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการล่าช้า ส่งผลทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ช้า ซึ่งอาจกลายเป็นปัญหาในการพัฒนาประเทศในอนาคต (ปาริชาติ อาษาธง, 2561) ซึ่งภาวะสุขภาพของเด็กวัยนี้ ขึ้นอยู่กับการดูแลของผู้ปกครองเด็ก (พ่อ แม่ ปู่ ย่า ญาติที่ดูแล หรือผู้รับจ้างดูแลเด็กที่บ้าน) โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมการให้นมบุตร การชงนม การเตรียมอาหารและน้ำดื่ม การล้างมือ การดูแลเรื่องการขับถ่ายของเด็ก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ปาริชาติ อาษาธง, 2561) ระดับความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง (ขวัญชนก ใจดี และคณะ, 2563) ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และทัศนคติในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงไม่ถูกต้อง โดยมีผู้ดูแลคิดว่าการให้นมแม่ นมผสม และอาหารที่เคยรับประทานตามปกติเป็นอันตรายต่อเด็กทำให้เด็กอาเจียนมากขึ้น จึงหยุดให้นมแม่ นมผสม และหยุดให้รับประทานอาหารตามปกติที่เด็กเคยรับประทานมาก่อนในช่วงที่ไม่มีอาการของโรคอุจจาระร่วง แต่เลือกให้เด็กรับประทานอาหารชนิดอื่น เช่น น้ำข้าว น้ำผลไม้ ธัญพืช (อรรณพ หล้าสวัสดิ์ สุตาภรณ์ พยัคฆเรือง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2562)

แม้จะมีข้อมูลจากการศึกษาเป็นจำนวนมาก เกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และมีการให้การเรียนรู้ในคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well baby Clinic) หรือในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล มาอย่างยาวนาน แต่ยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคในอัตราป่วยเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (1,000: แสนประชากร) กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางการให้การเรียนรู้ ทั้งจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ และกรมอนามัย จากทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เรื่องการรับประทานอาหารไม่หมด และนำไปเก็บไว้ในตู้กับข้าวเพื่อไปอุ่นกิน การแยกเชิงระหว่างของสุกและของดิบ อยู่ในระดับน้อย (นักกร สุขเสริม, 2560) ซึ่งให้เห็นว่ากระบวนการให้การเรียนรู้ ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังไม่เพียงพอสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยกระบวนการที่สร้างการรับรู้เพื่อป้องกันโรคที่ทำอยู่เดิม ได้แก่ สื่อสุขศึกษาในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู หน้าที่ 33) สื่อสุขศึกษาที่ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ กระบวนการจัดอบรมให้ความรู้ ที่จัดระยะสั้น หลักสูตร 1 วัน ยังไม่เพียงพอต่อการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคที่เพียงพอเห็นได้จากสถานการณ์แนวโน้มที่ได้กล่าวมาข้างต้น ยังเป็นปัญหาที่ควรแสวงหาแนวทางป้องกัน แก้ไขต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ (Rosenstock, et al., 1988) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค มี 5 ประการ คือ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสรisk ต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค กล่าวว่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ เพราะบุคคลจะตระหนักถึงอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน (3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ/อุปสรรคในการปฏิบัติ จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่จะได้รับ คือ การหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของบุคคล แต่การจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นว่า สิ่งที่เป็นอุปสรรคนั้นลดความรุนแรงของโรคได้จริง และจะได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปในการไปตรวจแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวด และความไม่สบายจากการรักษา (4) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตนในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล และเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง ส่วนที่เป็นแรงกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากคนอื่น หรือสื่อมวลชน การกระตุ้นเตือนจากแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพ และ (5) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง และปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค การศึกษาของอัศรียี พิชัยรัตน์ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค แหล่งข้อมูลจากอสม. อินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคของจรรยาของผู้ดูแลเด็ก (อัศรียี พิชัยรัตน์, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และจันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, 2563) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (เสริมพันธุ์ ศรีจันทร์, 2560)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูล ข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง (Nutbeam, 2008) ในปี 2565 กองการเรียนรู้ ได้ประเมินความรอบรู้

ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) ในประชาชนคนไทย กลุ่มวัยทำงาน จำนวน 4,800 ตัวอย่าง ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.46 รองลงมา ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 36.46 ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 5.52 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 4.56 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 47.88 รองลงมา ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 22.63 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 17.00 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 12.50 ระดับดี ร้อยละ 47.9 แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ดีมาก แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติ มีพฤติกรรมสุขภาพ เห็นได้จากผลประเมินในระดับพอใช้ และไม่ ถึงร้อยละ 29.5 นำไปสู่การเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ (กองการเรียนรู้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) การที่ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องอาจเนื่องมาจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กไม่เหมาะสม ความรู้และทัศนคติอาจปรับเปลี่ยนได้ เมื่อได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้อง โดยกระบวนการที่เหมาะสมชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลเด็ก

การทบทวนวรรณกรรมการใช้โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย พบว่า โปรแกรมการสอนในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงช่วยให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้มากขึ้น และพฤติกรรมการดูแลได้ถูกต้องสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ (อรรณพ หล้าสวัสดิ์, สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2562) ซึ่งใช้โปรแกรมตามแนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การลงความเห็นร่วมกัน 2) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 3) การสะท้อนปัญหาและการวางแผนปฏิบัติ 4) การฝึกทดลองและปฏิบัติกิจกรรม และ 5) การประเมินและติดตามผลการปฏิบัติ นอกจากนี้มีการวิจัยของ ปาริชาติ อาษาธง ซึ่งใช้โปรแกรมตามแนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้เช่นกัน (ปาริชาติ อาษาธง, 2561) การศึกษาของ พินิจ ศรีใส พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ (พินิจ ศรีใส, 2553) โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในต่างประเทศ พบว่า การจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมช่วยเพิ่มทักษะในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแก่มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้ (Guddeti, et al., 2017) โปรแกรม CHoBI7 mHealth (การเยี่ยมติดตามกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน) ช่วยลดอาการท้องเสียในเด็กและภาวะแทรกซ้อนในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงได้ (Christine, et al., 2021)

โดยสรุป การแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะต้องมีการบูรณาการการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็ก อย่างเป็นระบบ มีการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดทฤษฎีการเกิดโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรม การป้องกันการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยจัดโปรแกรม ที่ใช้ระยะเวลาวันละ 30 นาที-1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง มีทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ด้านสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โภชนากร เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพงานป้องกันการติดเชื้อ ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา (ความรู้ด้านสุขภาพ) นักระบาดวิทยา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีพฤติกรรมป้องกันที่ดี เพิ่มระดับความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น และส่งผลทำให้ลดอัตราการป่วยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในพื้นที่ อำเภอบาง จังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอบาง จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของผู้ดูแลเด็ก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ความแปรปรวนค่าเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกัน โรคอุจจาระร่วง ของผู้ดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,848 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จำนวน 72 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 36 คน (ตำบลม่วงคำ) และกลุ่มควบคุม 36 คน (ตำบลสันกลาง)

3. สถานที่ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

4. ระยะเวลา เดือนตุลาคม 2566–เดือนกุมภาพันธ์ 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หมายถึง โปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยประยุกต์จากงานวิจัยของ พินิจ ศรีใส พ.ศ.2553 ประกอบไปด้วย กิจกรรม ดังนี้ 1) การเรียนรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจ โรคอุจจาระร่วง 2) การเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ 3) การเรียนรู้ตามทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ 4) การเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่บ้านอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน

โรคอุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง (หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่าอย่างน้อย 1 ครั้งใน 24 ชั่วโมง) หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง โรคอุจจาระร่วงแบ่งได้เป็น 3 ประเภท (ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา เถลิศรี ภูมิมางกูร และพุทธรัตน์ ชันอาษา, 2561)

การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอูจจาระร่วง หมายถึง การรับรู้ของถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในความดูแลของตนเอง ว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงมากน้อยเพียงใด
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคอูจจาระร่วง หมายถึง ความเชื่อว่าโรคอูจจาระร่วงเป็นโรคอันตรายและมีความรุนแรงหรืออันตรายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
3. การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอูจจาระร่วง หมายถึง การรับทราบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของการต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ป้องกันโรคในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความยุ่งยาก เสียเวลา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูลและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ
2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
3. การประเมินข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการตีความ การพิจารณา กลั่นกรองและประเมินข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพ
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ ความสามารถในการใช้ข้อมูล การตัดสินใจเลือกและปรับปรุงสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมป้องกันการโรคอูจจาระร่วง หมายถึง การนำความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้จากกิจกรรมการร่วมโปรแกรมไปปฏิบัติจริง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในพื้นที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมของการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. โรคอุจจาระร่วง

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุ พยาธิกำเนิด และลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.3 การรักษา
- 1.4 การป้องกันโรค

2. เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

- 2.1 สถานการณ์เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- 2.2 ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

3. ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

- 3.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3.2 พฤติกรรมสุขภาพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคอุจจาระร่วง

1. ความหมาย

โรคอุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง (หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากอย่างน้อย 1 ครั้งใน 24 ชั่วโมง) หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง โรคอุจจาระร่วงแบ่งได้เป็น 3 ประเภท (ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา เฉลิมศรี ภูมิมางกูร และพุทธรัตน์ ชันอาษา, 2561)

1.1 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea) เป็นภาวะที่มีอาการของโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่า 14 วัน เป็นประเภทที่พบได้บ่อยที่สุด สาเหตุ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย หรือโปรโตซัว หรืออาจเกิดจากอาหารเป็นพิษเนื่องจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อน preformed toxin ของเชื้อแบคทีเรีย

1.2 โรคอุจจาระร่วงต่อเนื่อง (persistent diarrhea) เป็นภาวะที่มีอาการของโรคอุจจาระร่วงตั้งแต่ 14 ถึง 30 วัน สาเหตุ ได้แก่ การติดเชื้อ โดยเฉพาะเชื้อโปรโตซัว รวมถึงเชื้อแบคทีเรีย และยังสามารถเกิดจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เช่น ภาวะลำไส้แปรปรวนหลังการติดเชื้อ (post-infection irritable bowel syndrome) โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease, IBD)

1.3 โรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง (chronic diarrhea) เป็นภาวะที่มีอาการของโรคอุจจาระร่วงมากกว่า 30 วัน อาจเกิดได้จากการติดเชื้อ หรือสาเหตุอื่น ๆ เช่น ความบกพร่องของระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะลำไส้แปรปรวน และโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ควรตรวจวินิจฉัยสาเหตุที่แน่ชัดและทำการรักษา

2. สาเหตุ พยาธิกำเนิด และลักษณะอาการทางคลินิก

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็กมักเกิดจากการติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ยาปฏิชีวนะ (antibiotic-associated diarrhea) อาการไม่พึงประสงค์ของยาบางชนิด หรือเกิดจากการกินอาหารบางชนิด มีส่วนน้อยที่สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อโปรโตซัว ในประเทศสหรัฐอเมริกา Fischer และคณะ รายงานผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลประมาณ 7 แสนราย สามารถตรวจพบเชื้อก่อโรค ร้อยละ 41 โดยเกิดจาก rotavirus ร้อยละ 34 เชื้อแบคทีเรีย ร้อยละ 6 และเกิดจากโปรโตซัว เพียงร้อยละ 1 การศึกษาในประเทศที่มีรายได้ต่ำในเด็ก อายุ 0-2 ปี พบว่า ไวรัสเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คือ ร้อยละ 36.5 แบคทีเรีย ร้อยละ 25 และโปรโตซัว ร้อยละ 3.51 การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า rotavirus เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โรคอุจจาระร่วงที่รักษาในโรงพยาบาล คือ ร้อยละ 30-45 อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันความชุกของเชื้อ rotavirus ลดลงในหลายประเทศที่มีการหยอดวัคซีน rotavirus เช่น รายงานจากประเทศฟินแลนด์ ลดลง เหลือร้อยละ 12 ส่วน norovirus ซึ่งเป็นไวรัสที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 มีรายงานพบประมาณร้อยละ 12-28 การศึกษาแบบ systematic review พบว่า ในประเทศพัฒนาแล้ว norovirus เป็นสาเหตุของ อุจจาระร่วงในทุกกลุ่มอายุประมาณ ร้อยละ 20 ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาพบร้อยละ 14 (สมาคมเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ, 2562)

ในปัจจุบันบางประเทศพบ norovirus เป็นสาเหตุอุจจาระร่วงในเด็กบ่อยกว่า rotavirus เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น เป็นต้น Nakamura และคณะ รายงานสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสในผู้ป่วยเด็ก พบสาเหตุจาก norovirus ร้อยละ 61 rotavirus ร้อยละ 23 adenovirus ร้อยละ 8 sapovirus และ astrovirus ร้อยละ 4 และ 3 ตามลำดับ

ข้อมูลทางระบาดวิทยาในประเทศไทยที่ศึกษาความชุกของอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อต่าง ๆ อย่างเป็นระบบมีค่อนข้างน้อย การศึกษาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส พบว่า

rotavirus เป็นสาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ประมาณร้อยละ 27 ในขณะที่ norovirus พบได้ประมาณร้อยละ 7 astrovirus ประมาณร้อยละ 3 sapovirus ประมาณร้อยละ 1 สามารถจำแนกสาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำแนกตามลักษณะอุจจาระ ดังนี้

เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำแนกตามลักษณะอุจจาระสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ อุจจาระเป็นน้ำ และอุจจาระเป็นมูกหรือมูกปนเลือด

2.1. อุจจาระเป็นน้ำ มักมีพยาธิสภาพที่ลำไส้เล็ก ผู้ป่วยมาด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำปริมาณมากผู้ป่วยมักไม่มีไข้หรือมีไข้ต่ำ ๆ แต่ในผู้ป่วยเด็กอุจจาระร่วงจากเชื้อ rotavirus อาจพบไข้สูงได้ การตรวจอุจจาระมักไม่พบเม็ดเลือดขาวหรือพบได้น้อยมาก โดยมีกลไกการเกิดโรค 2 กลไกหลัก ได้แก่

2.1.1 Secretory diarrhea โดยเชื้อโรคหรือท็อกซินของเชื้อโรค (enterotoxin) สามารถกระตุ้นการสร้าง cyclic adenosine monophosphate (cAMP) หรือ cyclic guanosine monophosphate (cGMP) เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งของน้ำและอิเล็กโทรไลต์จาก crypt ในเยื่อบุลำไส้เพิ่มขึ้นและยับยั้งการดูดซึมน้ำและโซเดียม เช่น ท็อกซินของ *V. cholerae* และ ETEC เป็นต้น

2.1.2 Osmotic diarrhea เกิดจากเชื้อก่อโรคบางชนิด เช่น rotavirus และไวรัสอื่น ๆ เป็นต้น ทำลายวิลโลบริเวนเยื่อบุลำไส้ที่ทำหน้าที่สร้างเอนไซม์ย่อยน้ำตาลชนิดต่าง ๆ ทำให้การย่อยหรือดูดซึมสารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตบกพร่อง โดยเฉพาะน้ำตาลแล็กโทส ทำให้มีน้ำตาลเหล่านี้ค้างในโพรงลำไส้ ก่อให้เกิดความดันออสโมติกสูงขึ้น และมีการดึงน้ำเข้าสู่โพรงลำไส้ นอกจากนี้ น้ำตาลที่ไม่ถูกดูดซึมจะได้รับการย่อยโดยแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ผ่านกระบวนการหมัก เกิดกรดแลกติกและกรดไขมันห่วงสั้น (short chain fatty acids) ทำให้อุจจาระเป็นน้ำและมีความเป็นกรดมากขึ้น ร่วมกับตรวจพบ reducing sugar ในอุจจาระเชื้อก่อโรคหลายชนิดทำให้เกิดอุจจาระร่วงชนิดอุจจาระเป็นน้ำ โดยทั้ง 2 กลไกดังกล่าวร่วมกัน เช่น rotavirus เป็นต้น (สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ, 2562)

ตาราง 1 สาเหตุของอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อจำแนกตามลักษณะอุจจาระ

อุจจาระเป็นน้ำ (watery stool)	อุจจาระเป็นมูกเลือด (mucous bloody stool)
ไวรัส	ไวรัส
- Rotavirus	- Cytomegalovirus ในผู้ป่วยภูมิคุ้มกัน
- Norovirus	บกพร่อง
- Adenovirus (type 40/41)	

ตาราง 1 (ต่อ)

อุจจาระเป็นน้ำ (watery stool)	อุจจาระเป็นมูกเลือด (mucous bloody stool)
- Astrovirus - Sapovirus	
แบคทีเรีย	แบคทีเรีย
- Vibrio cholerae (serogroup O1/O139) - Enteropathogenic Escherichia coli (EPEC) - Enterotoxigenic Escherichia coli (ETEC) - Enteroaggregative Escherichia coli (EAEC) - Diffusely adherent Escherichia coli (DAEC) - Campylobacter spp. - Aeromonas spp. - Salmonella spp. Plesiomonas shigelloides - Vibrio parahaemolyticus	- Shigella spp. - Salmonella spp. - Campylobacter spp. - Aeromonas spp. - Plesiomonas shigelloides - Clostridioides difficile - Shiga toxin-producing Escherichia coli (STEC) - Enteroinvasive Escherichia coli (EIEC) - Vibrio parahaemolyticus
โพรโตซัว	โพรโตซัว
- Giardia lamblia - Cryptosporidium spp. - Cystospora belli - Microsporidia - Toxin ของ Staphylococcus aureus, Bacillus cereus หรือ Clostridium perfringens (เรียกกลุ่มนี้ว่า food poisoning)	- Entamoeba histolytica

2.2 อุจจาระเป็นมูกหรือมูกปนเลือด

เกิดจากการรุกรานของเชื้อเข้าไปในเยื่อบุลำไส้หรือมีการสร้าง cytotoxin ทำให้เกิดแผลอักเสบและเซลล์ตาย มักมีพยาธิสภาพที่ลำไส้ใหญ่ มีการถ่ายอุจจาระปริมาณไม่มากในแต่ละครั้ง แต่มักถ่ายอุจจาระบ่อย มีอาการปวดเบ่งเหมือนถ่ายไม่สุด (tenesmus) ซึ่งบ่งชี้ถึงการอักเสบที่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือไส้ตรง (rectum) ผู้ป่วยมักมีไข้ร่วมด้วย ตรวจพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ เชื้อก่อโรคในกลุ่มนี้หลายชนิดสามารถสร้าง enterotoxin ทำให้มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำในช่วงแรกแล้วจึงถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดตามมาได้ เชื้อก่อโรคบางชนิด ทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้ทั้งแบบถ่ายเป็นน้ำหรือมูกเลือด เช่น *Salmonella* spp., *Campylobacter* spp., *Aeromonas* spp. และ *Plesiomonas shigelloides* ประวัติการรับประทานอาหารและการสัมผัสกับแหล่งติดเชื้อมรวมทั้งข้อมูลทางระบาดวิทยา ตลอดจนอาการทางคลินิกที่อาจช่วยบ่งชี้ถึงเชื้อก่อโรค

การประเมินภาวะขาดน้ำและความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การประเมินภาวะขาดน้ำ

ภาวะขาดน้ำเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในโรคอุจจาระร่วง ดังนั้น การประเมินภาวะขาดน้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคอุจจาระร่วง ซึ่งต้องอาศัยประวัติการสูญเสียน้ำและการตรวจร่างกายเบื้องต้นประกอบกันในการประเมินความรุนแรงของการขาดน้ำ การประเมินการขาดน้ำที่ดีที่สุด คือการวัดน้ำหนักตัวที่ลดลง (percentage loss of body weight) แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากแพทย์มักไม่ทราบน้ำหนักตัวของเด็กก่อนการเจ็บป่วย การประเมินภาวะขาดน้ำจึงต้องอาศัยอาการและอาการแสดง โดยพบว่า อาการแสดงสำคัญที่ช่วยในการประเมินภาวะขาดน้ำได้อย่างถูกต้อง คือ prolonged capillary refill time abnormal skin turgor และ abnormal respiratory pattern นอกเหนือจากการประเมินการขาดน้ำแล้ว แพทย์ต้องพิจารณากลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ ซึ่งต้องการการติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่

1. ทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี
2. ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย
3. เด็กที่ถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 5 ครั้งใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา
4. เด็กที่ไม่สามารถดื่มน้ำทดแทนได้เพียงพอ
5. ทารกที่งดนมแม่ในช่วงเจ็บป่วย
6. เด็กที่มีภาวะทุโภชนาการอยู่ก่อน

การประเมินภาวะขาดน้ำได้อย่างถูกต้องต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญของผู้ประเมิน จึงได้มีการนำเสนอการประเมินการขาดน้ำด้วยระบบการให้คะแนน (scoring system) เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยได้แม่นยำมากขึ้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน

ยังไม่มีข้อสรุปว่า ระบบการให้คะแนนใดที่เป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด การประเมินภาวะขาดน้ำ ที่นิยมใช้กัน ในทางปฏิบัติ ได้แก่

แนวทางขององค์การอนามัยโลก

แบ่ง ภาวะขาดน้ำเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ปรากฏอาการขาดน้ำ ขาดน้ำปานกลาง และ ขาดน้ำรุนแรง

ตาราง 2 การประเมินภาวะขาดน้ำ โดยใช้อาการและอาการแสดงตามองค์การอนามัยโลก

ความผิดปกติ	ภาวะขาดน้ำ		
	ไม่ปรากฏอาการ	ปานกลาง	รุนแรง
กระหายน้ำมาก	-	พบความผิดปกติ	-
กระวนกระวาย		อย่างน้อย 2 ข้อ	พบ
ตาลึกโหล			ความผิดปกติ
ดื่มน้ำน้อยหรือไม่สามารถดื่มได้			อย่างน้อย
ซีม หมดสติ			2 ข้อ
ตาลึกโหล			
จับผิวหนังแล้วตั้งอยู่นานเท่ากับ หรือมากกว่า 2 วินาที			

ตาราง 3 การประเมินภาวะขาดน้ำตาม CDC scale

อาการ	ไม่ขาดน้ำ	ขาดน้ำเล็กน้อยถึง ปานกลาง	ขาดน้ำรุนแรง
Mental status	ปกติ รู้สึกตัวดี	ปกติ อ่อนเพลีย	Apathetic ซีม
การกระหายน้ำ	ดื่มน้ำได้ปกติ	กระวนกระวาย	ไม่รู้สึกตัว
อัตราการเต้นของหัวใจ	อาจปฏิเสธการดื่มน้ำ	ดื่มน้ำมาก	ดื่มน้ำได้น้อยหรือ ไม่สามารถดื่มน้ำ
อัตรการเต้นของหัวใจ	ปกติ	ปกติถึงเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ในราย ที่รุนแรงมาก
คุณภาพของชีพจร	ปกติ	ปกติถึงลดลง	อาจมีหัวใจเต้นช้า
การหายใจ	ปกติ	ปกติหรือเร็ว	เบาหรือคล้ำไม่ได้ หอบลึก

ตาราง 3 (ต่อ)

อาการ	ไม่ขาดน้ำ	ขาดน้ำเล็กน้อยถึงปานกลาง	ขาดน้ำรุนแรง
ตา	ปกติ	ลึกโหล	ลึกโหลเล็กน้อย
น้ำตา	มี	ลดลง	ไม่มี
ปากและลิ้น	ชุ่มชื้น	แห้ง	แห้งมาก
Skin fold	Recoil ทันที	Recoil ในเวลา < 2 วินาที	Recoil ในเวลา > 2 วินาที
Capillary refill time	ปกติ	Prolonged	Prolonged หรือ minimal
Extremities	อุ่น	เย็น	เย็น ผิวยาวหรือเขียว
ปริมาณปัสสาวะ	ปกติ ลดลงเล็กน้อย	ลดลง	ลดลงมาก

หมายเหตุ: 1. น้ำหนักลด < ร้อยละ 5 ในทารกอายุ < 1 ปี และ < ร้อยละ 3 ในเด็กอายุ > 1 ปี
 2. น้ำหนักลดร้อยละ 5-10 ในทารกอายุ < 1 ปี และร้อยละ 3-9 ในเด็กอายุ > 1 ปี
 3. น้ำหนักลด > ร้อยละ 10-15 ในทารกอายุ < 1 ปี และ > ร้อยละ 9 ในเด็กอายุ > 1 ปี

3. การรักษาโรคอุจจาระร่วง

3.1 Rehydration

3.1.1 การให้สารน้ำทางปาก (oral rehydration therapy)

การรักษาที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง คือ การแก้ไขและป้องกันภาวะขาดน้ำโดยการให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทน การใช้สารละลายเกลือแร่ทางปาก (oral rehydration solution-ORS) ถือเป็นทางเลือกแรกในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำในระดับน้อยถึงปานกลางเนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการรักษาภาวะขาดน้ำได้โดยไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายถูก สามารถหาหรือเตรียมได้ง่าย

1) การเลือกชนิดของ ORS แนะนำให้ใช้ ORS ที่เป็น hypotonic ที่มีความเข้มข้นของโซเดียม 45-50 มิลลิโมล/ลิตร หรือ reduced osmolality ORS (RO-ORS) ซึ่งมีความเข้มข้นของโซเดียม 60-75 มิลลิโมล/ลิตร และมี osmolality ต่ำกว่า 270 มิลลิออสโมล/ลิตร การศึกษาแบบ multicenter CHOICE Study Group ที่ทำในประเทศกำลังพัฒนา 5 ประเทศ เปรียบเทียบ RO-ORS กับ standard WHO - ORS พบว่า RO-ORS ลดการได้รับสารน้ำ

ทางหลอดเลือดดำเมื่อเทียบกับ standard WHO-ORS โดยที่การเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำไม่แตกต่างกัน รวมทั้งผลทางคลินิกอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน การศึกษา meta-analysis ซึ่งรวบรวมการศึกษาแบบ randomized controlled trial (RCT) จำนวน 11 รายงาน เปรียบเทียบ RO-ORS กับ standard WHO-ORS ซึ่งมีความเข้มข้นของโซเดียม 90 มิลลิโมล/ลิตร ในเด็กที่มีโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า RO-ORS มีประสิทธิภาพดีกว่า standard WHO-ORS กล่าวคือ ทำให้ปริมาณอุจจาระและอาการอาเจียนน้อยกว่า รวมทั้งอัตราการรับสารน้ำทางหลอดเลือดดำต่ำกว่า โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโซเดียมในเลือดต่ำ

3.1.2 ขนาดและวิธีการให้ ORS แนะนำให้ใช้ ORS เพื่อทดแทนภาวะขาดน้ำ ในปริมาณ 50 มล./กก. ใน 4 ชั่วโมง สำหรับเด็กที่มีระดับการขาดน้ำน้อย และ 100 มล./กก. ใน 4 ชั่วโมง สำหรับเด็กที่มีระดับการขาดน้ำปานกลาง โดยให้ผู้ดูแลค่อย ๆ ให้ ORS แก่เด็กในปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ โดยอาจใช้ช้อนตักป้อนทุก 1 นาที เพื่อลดอาการอาเจียน และทำให้เด็กคุ้นเคยต่อรสชาติของ ORS เมื่อให้สารน้ำเพื่อทดแทนการขาดน้ำเรียบร้อยแล้ว สามารถให้กินอาหารหรือดื่มนมได้ตามปกติ และ แนะนำให้ ORS ทดแทน concurrent loss 10 มล./กก. ต่อการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 1 ครั้ง (ปริมาณสูงสุด 240 มล. ต่อครั้ง) ใน 1-3 วันแรก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการขาดน้ำขึ้นมาใหม่

3.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (intravenous rehydration therapy)

ในผู้ป่วยที่อาเจียนมาก ไม่สามารถดื่มน้ำทางปากได้ หรือผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำระดับรุนแรงหรือมีภาวะช็อก ควรเลือกให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอาจทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ โดยหลักการ คือ แก้ภาวะขาดน้ำอย่างรวดเร็วในช่วงแรกของการรักษา (initial load) อย่างไรก็ตาม วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำยังมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบันและแนวเวชปฏิบัติของประเทศต่าง ๆ

3.3 Nutritional management

ระยะเวลาของการเริ่มอาหารตามวัยในโรคอุจจาระร่วง การเริ่มกินอาหารเร็วจะช่วยกระตุ้นการสร้างใหม่ของเซลล์เยื่อบุลำไส้เล็กและ brush border disaccharidases ให้พื้นผิวเพิ่มการดูดซึมสารอาหารและทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่มีภาวะทุโภชนาการ การศึกษา meta-analysis ที่รวบรวมงานวิจัย 12 รายงาน และมีผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี รวม 1,226 คน เปรียบเทียบการเริ่มกินอาหารเร็วโดยให้เริ่มในขณะที่กำลังแก้ภาวะขาดน้ำหรือให้เริ่มทันทีหลังจากที่แก้ภาวะขาดน้ำเสร็จในช่วง 4-6 ชั่วโมงแรกกับการเริ่มให้กินอาหารที่ 20-48 ชั่วโมงหลังจากเริ่มแก้ไขภาวะขาดน้ำ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำนวนครั้งของการอาเจียน ภาวะอุจจาระร่วงเรื้อรัง รวมทั้งระยะเวลาอุจจาระร่วง แสดงว่าการกินอาหารเร็วไม่ทำให้อุจจาระร่วงรุนแรงมากขึ้น มีการศึกษาในเด็กที่กินนมแม่

ในช่วงที่กำลังรักษาภาวะขาดน้ำด้วย ORS พบว่า สามารถลดจำนวนครั้งของการถ่ายและปริมาณอุจจาระ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่กิน ORS เพียงอย่างเดียว การเปลี่ยนสูตรนมเป็นสูตรที่ปราศจากน้ำตาลแล็กโทสภาวะพร่องเอนไซม์แล็กเทสในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มักไม่รุนแรงและหายเองได้ อย่างไรก็ตามในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่พบว่า การให้นมสูตรที่ปราศจากน้ำตาลแล็กโทสอาจช่วยลดระยะเวลาของการป่วยและการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ได้ การศึกษา meta-analysis จาก 16 งานวิจัย และ quasi-randomized trials จากกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง พบว่า นมสูตรที่ปราศจากน้ำตาลแล็กโทสช่วยลดระยะเวลาของการถ่ายอุจจาระลง 17.7 ชั่วโมง (95% CI: 10.2-25.3 ชั่วโมง) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการเจ็บจากนมสูตรปกติมี 5 การศึกษาที่พบว่า ไม่ช่วยลดระยะเวลาการถ่ายอุจจาระ รวมถึงมีโอกาสเกิดการรักษาล้มเหลวมากกว่าการให้นมสูตรปกติ อาหารตามวัยและอาหารประเภทอื่น ยังไม่มีการศึกษามากพอที่จะแนะนำอาหารชนิดพิเศษใดที่จะช่วยลดอาการอุจจาระร่วงในเด็กได้ โดยทั่วไปแนะนำให้กินอาหารตามวัย และเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ซึ่งจะทำให้เด็กรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ในช่วงที่มีอาการอุจจาระร่วง โดยให้กินในปริมาณน้อย ๆ และบ่อย ๆ เพื่อลดอาการอาเจียน ไม่มีความจำเป็นต้องงดอาหาร ยกเว้น เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เนื่องจากอาจทำให้อุจจาระร่วงมากขึ้น

3.4 Pharmacological therapy

อาจพิจารณาให้ยากกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการรักษาเสริม (adjunctive therapy) ร่วมกับการให้ ORS ในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงเศรษฐฐานะ ความคุ้มค่า (cost utility) และความพร้อมของโรงพยาบาลด้วย

3.4.1 Antidiarrheal drugs

1) ยาลดการหลั่งของสารน้ำและเกลือแร่จากลำไส้ (antisecretory drug) Racecadotril กลไกการออกฤทธิ์ คือ active metabolite ของยาจะจับกับเอนไซม์ enkephalinase ทำให้ enkephalinase ไม่สามารถไปสลาย enkephalin ได้ ทำให้ enkephalin ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นคือ ยับยั้งกระบวนการหลั่งคลอไรด์และสารน้ำในโพรงลำไส้ โดยที่ยา racecadotril ไม่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ จึงไม่ทำให้ระยะเวลาการเคลื่อนไหวของลำไส้ (intestinal transit time) ยาวนานขึ้นซึ่งแตกต่างจากยา loperamide การศึกษาพบว่า ยามีความปลอดภัยสามารถใช้ในทารกและเด็กตั้งแต่อายุ 3 เดือนขึ้นไป การศึกษา meta-analysis ซึ่งรวบรวมการศึกษาแบบ RCTs 9 ฉบับ จำนวนผู้ป่วยเด็ก 1,384 คน อายุ 1 เดือน-15 ปี พบว่า ยา racecadotril ลดระยะเวลาอุจจาระร่วงเมื่อเทียบกับยาหลอกหรือ ORS อย่างเดียว ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่หายเร็วภายใน 2 วัน มากกว่ายาหลอก 2 เท่า (hazard ratio 2.04, 95% CI: 1.85-2.32) และทำให้ปริมาณอุจจาระลดลงโดยมีอัตราส่วนเมื่อเทียบกับยาหลอกเท่ากับ 0.59 (95% CI: 0.51-0.74) การศึกษา

แบบ meta-analysis อีกรายงานสรุปว่า racecadotril ลดระยะเวลา ของอุจจาระร่วง 53 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก (mean difference -53.4 ชั่วโมง 95% CI: -65.6 ถึง -41.3)

2) สารดูดซับ (adsorbents)

Diosmectite เป็นสารธรรมชาติของ hydrated aluminomagnesium silicate ที่มีคุณสมบัติสามารถจับกับชั้นเยื่อเมือก (mucus) ของทางเดินอาหาร กลไกการออกฤทธิ์ ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงจากการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ คุณสมบัติในการลดการอักเสบ ของเยื่อบุลำไส้ ดูดซับสารพิษทั้ง endotoxins และ exotoxins ที่สร้างโดยแบคทีเรียและ rotavirus เสริมสร้างชั้นเยื่อเมือกของเยื่อบุทางเดินอาหารช่วยซ่อมแซมเซลล์เยื่อบุลำไส้ที่ได้รับบาดเจ็บ จากการอักเสบเพิ่มการดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น การศึกษา meta-analysis ซึ่งรวบรวม การศึกษาแบบ RCTs 13 ฉบับ จำนวนผู้ป่วยเด็ก 2,164 คน อายุ 1-60 เดือน พบว่า ยา diosmectite มีผลลดระยะเวลาอาการอุจจาระร่วงเฉลี่ย 23 ชั่วโมง (95% CI: -28.8 ถึง -18.0) และเพิ่มโอกาส การหายของโรคในวันที่ 5 ประมาณ 4 เท่าเมื่อเทียบกับยาหลอก (odd ratio 4.4, 95% CI: 1.7-11.8) อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมที่นำมาวิเคราะห์ยังมีข้อจำกัดด้านคุณภาพของ ระเบียบวิธีวิจัย อนึ่ง ยาอาจมีผลต่อการดูดซึมยาอื่นหากบริหารยาในเวลาเดียวกัน จึงแนะนำให้ บริหารยาห่างจากยาอื่นเป็นเวลา 60-90 นาที ในปัจจุบันมีคำแนะนำจากองค์การอาหารและ ยาจากประเทศฝรั่งเศสว่า diosmectite ควรพิจารณาใช้เฉพาะในเด็กที่อายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตมาจากดิน ซึ่งอาจมีความเสี่ยงปนเปื้อนสารตะกั่วปริมาณเล็กน้อยจาก สิ่งแวดล้อม การประกาศดังกล่าวเป็นมาตรการป้องกัน แม้ว่าจะยังไม่มีรายงานผลข้างเคียงดังกล่าว ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

3) Kaolin

เป็นแร่ดินเหนียวของ hydrated aluminum silicate ที่พบตามธรรมชาติ มีการศึกษาน้อยมาก รายงานการศึกษามูลของยาในเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อายุ 3-18 เดือน จำนวน 97 คน ไม่พบประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญของ kaolin ที่ให้ร่วมกับ ORS เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ให้ ORS เพียงอย่างเดียว ทั้งระยะเวลาของอุจจาระร่วงและจำนวนการถ่ายอุจจาระ 71 Activated charcoal พบเพียง 1 การศึกษาขนาดเล็กในการใช้การรักษาผู้ป่วย 39 คน อายุ 1.5-10 ปี พบว่า กลุ่มที่ได้รับยามีระยะเวลาอุจจาระร่วงสั้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยลดลงเฉลี่ย 0.88 วัน แต่ไม่พบ ความแตกต่างของปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัด ด้านคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัย

3.4.2 Antimotility agents

Loperamide เป็นยาในกลุ่ม opioid receptor agonist ที่ออกฤทธิ์ผ่าน μ -opioid receptors ที่อยู่ในชั้น myenteric plexus ของลำไส้ใหญ่ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้บีบตัวลดลง จึงเพิ่มระยะเวลาในการดูดซึม สารน้ำจากลำไส้ใหญ่มากขึ้น นอกจากนี้ ยังออกฤทธิ์ผ่านการปิดกั้น calcium-channel และยับยั้ง calmodulin ข้อมูลการศึกษา meta-analysis พบว่า loperamide ช่วยลดปริมาณอุจจาระและระยะเวลาอุจจาระร่วงในเด็กได้เฉลี่ย 0.8 วัน และเพิ่มโอกาสการหายจากอุจจาระร่วงที่ 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงหลังการรักษา แต่พบผลข้างเคียงที่รุนแรง รวมถึงการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับยา loperamide โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี มีประกาศคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2535 ให้เพิกถอนทะเบียนตำรับยา loperamide ชนิดน้ำ ทั้งในรูปแบบเชื่อมและชนิดหยด และให้แก้ไขทะเบียนตำรับยาที่มียานี้เป็นส่วนผสมอยู่ด้วย โดยให้ยกเลิกข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีใช้ หรือรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการใช้ยา loperamide

3.4.3 ยาแก้อาเจียน (antiemetics)

1) Ondansetron

เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้าน serotonin subtype 3 (5-HT₃ antagonist) ซึ่งมีตัวรับ (receptor) อยู่ที่ส่วนปลายของเส้นประสาท vagus และที่สมองส่วน chemoreceptor triggerzone เมื่อถูกกระตุ้น enterochromaffin cells ในลำไส้จะปล่อยสารซีโรโทนิน ซึ่งมีผลต่อตัวรับ 5-HT₃ ทำให้เกิดอาการอาเจียน โดย ondansetron จะออกฤทธิ์ยับยั้งการอาเจียนผ่านทางเส้นประสาท vagus เป็นส่วนใหญ่ และส่วนน้อยโดยการยับยั้งผ่านระบบประสาทส่วนกลาง งานวิจัยแบบ meta-analysis เพื่อศึกษาผลการใช้ ondansetron ในการรักษาอาการอาเจียนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเปรียบเทียบกับยาหลอก ได้ข้อสรุปในทางเดียวกัน กล่าวคือ ยา ondansetron ทั้งในรูปแบบกินและยาฉีดทางหลอดเลือดดำแบบให้ครั้งเดียว มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการอาเจียนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยช่วยเพิ่มโอกาสการหยุดอาเจียนประมาณ 1.5 เท่า (95% CI:1.2-1.9) ลดอัตราการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำประมาณร้อยละ 50 (odds ratio 0.45, 95% CI:0.31-0.63) และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 50 (odds ratio 0.53, 95% CI:0.29-0.97) การให้ยาครั้งเดียวพบว่า มีความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ยา ondansetron อาจทำให้มีปริมาณอุจจาระเพิ่มมากขึ้น 76 และอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิด QT prolongation ได้หากให้ยาซ้ำ ๆ การศึกษาเปรียบเทียบผลของยา ondansetron ชนิดกินกับ domperidone ชนิดกิน พบว่า ยา ondansetron ได้ผลในการหยุดอาเจียนในเด็กอุจจาระร่วงเฉียบพลันมากกว่ายา domperidone อย่างมีนัยสำคัญ

2) Domperidone

ยาออกฤทธิ์ เป็น dopamine D2 and D3 receptor antagonist มีผลด้านการอาเจียนโดยยับยั้งตัวรับที่ chemoreceptor trigger zone บริเวณ fourth ventricle ของสมองนอกจากนี้ยังออกฤทธิ์ทำให้การบีบตัวของทางเดินอาหารส่วนต้นเพิ่มขึ้น ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ domperidone ในการรักษาอาการอาเจียนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงพบว่า ยา domperidone ไม่ช่วยยับยั้งอาการอาเจียนอย่างมีนัยสำคัญ

3) Metoclopramide

ยาออกฤทธิ์ เป็น dopamine D2 receptor antagonist บริเวณ chemoreceptor trigger zone ของสมอง นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ผ่านทาง serotonin (subtype 3) antagonist ทำให้การบีบตัวของทางเดินอาหารส่วนต้น บริเวณกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหารส่วนปลาย gastric antrum และ duodenum เพิ่มขึ้น การศึกษาแบบ meta-analysis และ systematic review เกี่ยวกับการใช้ metoclopramide เทียบกับยาหลอกในการรักษาอาการอาเจียนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง พบการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพียง 2 ฉบับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยน้อย ได้ผลทั้งช่วยและไม่ช่วยลดอาการอาเจียน อีกทั้งยังพบผลข้างเคียง เช่น ซึม ไอ และ สั่น เป็นต้น

3.5 โพรไบโอติกส์ (probiotics)

โพรไบโอติกส์ คือ จุลินทรีย์ที่มีชีวิตซึ่งเมื่อบริโภคในปริมาณมากพอ จะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้บริโภค กลไกของโพรไบโอติกส์ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าโพรไบโอติกส์ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นภูมิคุ้มกันในลำไส้ กระตุ้นการสร้าง secretory IgA เพิ่มความแข็งแรงของเยื่อลำไส้ แย่งอาหารกับเชื้อก่อโรค และทำให้สภาพในโพรงลำไส้ไม่เหมาะสมกับการเติบโตของเชื้อก่อโรค มีผลทำให้ยับยั้งการเติบโตของเชื้อก่อโรคการศึกษาส่วนใหญ่ซึ่งศึกษาในเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ปี พบว่า โพรไบโอติกส์ได้ผลดีในเด็กอุจจาระร่วงกลุ่มถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ผลเด่นชัดใน rotavirus diarrhea โดยลดระยะเวลาอุจจาระร่วงได้เฉลี่ยประมาณ 1 วัน และการใช้โพรไบโอติกส์ มีความปลอดภัยในเด็กที่มีภูมิคุ้มกันปกติ โพรไบโอติกส์ มีหลายสายพันธุ์ ซึ่งมีคุณสมบัติแตกต่างกัน ผลในทางคลินิกของโพรไบโอติกส์เป็นผลที่จำเพาะของแต่ละสายพันธุ์ ปัจจุบันสายพันธุ์ที่มีข้อมูลการศึกษาว่า ได้ผลดีในการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันดังกล่าวข้างต้นมี 3 สายพันธุ์ โดยมีจำนวนการศึกษาลดหล่นตามลำดับดังนี้ Lactobacillus rhamnosus GG (LGG)84, Saccharomyces boulardii, Lactobacillus reuteri DSM1793886 อีกทั้งการใช้โพรไบโอติกส์ ควรให้ในขนาดที่เพียงพอโดยยึดตามขนาดที่ใช้ในการศึกษาการศึกษาแบบ meta-analysis ซึ่งรวบรวมงานวิจัยแบบ RCTs 15 รายงาน รวมผู้ป่วยเด็ก 2,963 ราย พบว่า LGG ช่วยลดระยะเวลาอุจจาระร่วงประมาณ 1 วัน (mean difference 1.05, 95% CI: -1.7 ถึง 0.4) แต่ประสิทธิภาพ

ไม่ชัดเจนหากได้ขนาดต่ำกว่า 1,010 CFU/วัน อย่างไรก็ตาม มีรายงานการศึกษาขนาดใหญ่ พบว่าการให้ LGG ในเด็กอายุ 3 เดือน-4 ปี รวม 971 คน ไม่พบประสิทธิภาพของ LGG ที่ชัดเจน

3.6 ธาตุสังกะสี (Zinc)

ธาตุสังกะสีมีความสำคัญต่อระบบทางเดินอาหารในการซ่อมแซมเยื่อบุลำไส้และการสร้างเอนไซม์บริเวณ brush border รวมไปถึงการสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อก่อโรคในลำไส้ ในภาวะอุจจาระร่วงจะมีการสูญเสียธาตุสังกะสีไปทางอุจจาระมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะขาดธาตุสังกะสีได้ การขาดธาตุสังกะสีทำให้เกิดความบกพร่องในการดูดซึมน้ำและเกลือแร่ มีการพร่องเอนไซม์ที่เยื่อบุลำไส้เล็ก และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง การศึกษาแบบ systematic review ที่รวบรวมการศึกษาแบบ RCTs 13 รายงาน พบว่า การให้ธาตุสังกะสีมีประโยชน์ในการลดระยะเวลาเจ็บป่วยในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 และในอุจจาระร่วงยืดเยื้อได้ร้อยละ 15-30 นอกจากนี้ยังสามารถลดอัตราการตายลงได้ร้อยละ 23.92 การศึกษาชนิด RCT ในเด็กอายุ 2-59 เดือนในประเทศกำลังพัฒนาพบว่า การเสริมธาตุสังกะสีทางปาก ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 14 วัน ร่วมกับ ORS สามารถลดการถ่ายอุจจาระลงใน 3 วันแรกของการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ ORS อย่างเดียว ส่วนการศึกษาชนิด RCT ในประเทศแถบยุโรป ในเด็กอายุ 3-48 เดือน เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยธาตุสังกะสีเป็นเวลา 10 วันกับกลุ่มที่ไม่ได้กินธาตุสังกะสี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของระยะเวลาอุจจาระร่วงและความถี่ของการถ่ายอุจจาระใน 3 วันแรก ข้อมูลจาก meta-analysis ล่าสุดพบว่า การให้ธาตุสังกะสีมีผลลดระยะเวลาอุจจาระร่วงประมาณ 11 ชั่วโมง ในเด็กอายุมากกว่า 6 เดือน แต่ไม่มีผลชัดเจนในทารกต่ำกว่า 6 เดือน องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ธาตุสังกะสีเสริมในผู้ป่วยเด็กอุจจาระร่วง ขนาด 10 มก./วัน ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 เดือน และขนาด 20 มก./วัน ในเด็กที่อายุมากกว่า 6 เดือน เป็นเวลา 10-14 วัน อย่างไรก็ตามยังเป็น ที่ถกเถียงกันถึงประโยชน์ของการให้ธาตุสังกะสีในเด็กที่แข็งแรงดีมาก่อนและไม่มีภาวะขาดธาตุสังกะสีเนื่องจากการศึกษาพบว่า เด็กกลุ่มที่ได้ประโยชน์จากการให้ธาตุสังกะสี มักเป็นกลุ่มเด็ก ทุกโภชนาการ ซึ่งมีโอกาสขาดธาตุสังกะสีอยู่ก่อน อีกทั้งการให้ธาตุสังกะสีที่มีขนาดมากเกินไป อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้ เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น

3.7 ยาปฏิชีวนะ (antibiotics)

การรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้นมักเกิดจากเชื้อไวรัสและหายได้เอง แม้แต่โรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่หายเองได้ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติและไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงทุกราย ยกเว้น การติดเชื้อบางชนิดหรือลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยบางอย่าง การให้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่มีความจำเป็นจะก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา และอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมในรายที่มีอาการอุจจาระร่วงที่ไม่มีการระบาด การให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุม (empirical therapy) ควรพิจารณาให้ในกรณีดังต่อไปนี้

1. ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำที่สงสัยการติดเชื้อ *Vibrio cholerae*
2. Invasive diarrhea ได้แก่ ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดที่เห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือ ตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง ร่วมกับมีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส
3. ทารกอายุน้อยกว่า 3 เดือน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดที่เห็นได้ด้วยตาเปล่าหรือ ตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
5. สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือมีอาการรุนแรงโดยพิจารณาให้ ciprofloxacin 20 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง หรือ norfloxacin 15-20 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง หรือ ceftriaxone 50-100 มก./กก./วัน เป็นเวลา 3-5 วัน และปรับยาปฏิชีวนะ เมื่อได้ผลเพาะเชื้อในอุจจาระหรือในเลือดการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

4. การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

อุจจาระร่วงเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็ก การป้องกันมีส่วนสำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคได้ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กประกอบด้วยการให้วัคซีนป้องกัน rotavirus การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การล้างมือและดื่มน้ำสะอาด

4.1 การให้วัคซีนป้องกัน rotavirus

วัคซีนป้องกัน rotavirus เป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็นที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์ลง (live-attenuated vaccine) ในประเทศไทยมีวัคซีน 2 ชนิด ได้แก่ human-derived monovalent vaccine (Rotarix®) ซึ่งมีเชื้อสายพันธุ์เดี่ยว คือ G1P และ bovine-derived reassortment pentavalent vaccine (Rotateq®) ซึ่งมีเชื้อ 5 สายพันธุ์ ได้แก่ G1 G2 G3 G4 และ P การศึกษาถึงประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกัน rotavirus ทั่วโลกพบว่า สามารถลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอุจจาระร่วงจาก rotavirus ได้ร้อยละ 60-91 ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 42 และมีประสิทธิภาพของวัคซีนโดยรวมร้อยละ 79-100 จาก Cochranereview พบว่า วัคซีนป้องกัน rotavirus ทั้งสองชนิดสามารถลดอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงรุนแรงจาก rotavirus ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี ได้ไม่ต่างกัน คือ ร้อยละ 82-87 สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าการให้ monovalent rotavirus vaccine สามารถลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอุจจาระร่วง จาก rotavirus ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 เดือน ได้ร้อยละ 88

4.2 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อในทารก ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อในลำไส้ การติดเชื้อทางเดินหายใจรวมทั้งการติดเชื้อในกระแสเลือด การให้นมแม่

ช่วยลดความชุกของโรคอุจจาระร่วงได้ดีที่สุดในช่วงวัยทารก โดยปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง คือ สารอาหารในนมแม่และระยะเวลาในการได้รับนมแม่ สารอาหารในนมแม่ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงของอาการอุจจาระร่วง ได้แก่ oligosaccharides secretory IgA lactoferrin cytokines และเม็ดเลือดขาวสำหรับระยะเวลาในการได้รับนมแม่นั้นมีการศึกษาพบว่า ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) หรือได้รับนมแม่เป็นส่วนใหญ่ (predominant breastfeeding) เป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 เดือน จะลดความเสี่ยงการติดเชื้อในลำไส้ได้ร้อยละ 59-66 ที่อายุ 6 เดือน

4.3 การล้างมือและดื่มน้ำสะอาด

การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสอาหาร หลังจากขับถ่ายหรือสัมผัสสิ่งปฏิกูล และดื่มน้ำสะอาดมีส่วนช่วยในการลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราการตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา การล้างมือด้วยสบู่สามารถลดอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ได้ร้อยละ 42-64 การใช้สบู่ที่มีสารต้านเชื้อแบคทีเรียได้ผลใกล้เคียงกับการใช้สบู่ธรรมดา การดื่มน้ำสะอาดช่วยลดอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 44

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

1. สถานการณ์เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

สืบเนื่องจากรัฐบาล ได้มีแนวนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่เปลี่ยนไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีให้พร้อมการเป็นแม่และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพที่ดี

จากนโยบายดังกล่าวข้างต้น ที่ผ่านมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี เช่น การส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดีเด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาสมวัย เป็นต้น (ลำพูน อิงคภากร และ นิลุบล คุณวัฒน์, 2563)

จากข้อมูลจำนวนราษฎรของประเทศไทย เมื่อวันที่ 31 ธ.ค. 2565 มีประชากรสัญชาติไทยอยู่ในทะเบียน 66,080,812 คน ขณะที่ปี 2565 มีคนเกิด 502,107 คน และมีคนตาย 595,965 คน แสดงให้เห็นว่าจำนวนคนตาย มากกว่าคนเกิดมากถึง 93,858 คน และเท่ากับว่าอัตราเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรไทย ติดลบเป็นปีที่ 2 นับตั้งแต่ปี 2564 ซึ่งเป็นปีแรกที่จำนวนเด็กเกิดน้อยกว่าจำนวนคนตาย จนทำให้อัตราเพิ่มของประชากรติดลบสถานการณ์จำนวนเกิดในไทยที่ลดต่ำลง

ประชากรไทยเริ่มลดจำนวนลง ยังไม่นับรวมการย้ายถิ่นเข้าจากนอกประเทศ แต่ช่องว่างระหว่างจำนวนเกิดและตายของประเทศไทยในปี 2565 ยิ่งกว้างขึ้น อัตราเกิดเท่ากับ 7.6 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราตายเท่ากับ 8.9 ต่อประชากร 1,000 คน ทำให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติในไทย ติดลบ 0.1% เช่นเดียวกับประเทศเอเชียตะวันออกหลายประเทศมีอัตราเพิ่มตามธรรมชาติติดลบ เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ฮองกง และไต้หวัน ทำให้ไทยเป็นสมาชิกของกลุ่มประเทศที่มีอัตราเพิ่มประชากรติดลบ โดยเมื่อพิจารณาแนวโน้มแล้วจำนวนเด็กเกิดจะลดต่ำลงอีกในปีต่อ ๆ ไป เนื่องจากอัตราเจริญพันธุ์ของผู้หญิงไทยลดลงจนเหลือประมาณครึ่งหนึ่งของอัตราเจริญพันธุ์ระดับทดแทน และอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 2.1 ซึ่งอัตราเจริญพันธุ์ระดับทดแทน หมายถึง ผู้หญิงคนหนึ่งมีบุตร 2.1 คน โดยเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิต เท่ากับจำนวนที่จะทดแทนพ่อและแม่ และในปี 2565 มีเด็กเกิด 502,107 คน เมื่อคำนวณเป็นอัตราเจริญพันธุ์รวม จะเท่ากับผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยเพียง 1.1 คน (ปรโมทย์ ประสาทกุล, 2565) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า แนวโน้มจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ

2. ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังไม่สามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้ จึงต้องเป็นความรับผิดชอบของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ที่ต้องดูแลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนยังมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย จึงควรได้รับการดูแลในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลจากผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและโรคติดเชื้อ เช่น การสอนล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย จัดให้เด็กรับประทานอาหารที่ สะอาด การดื่มนมและน้ำสะอาด การสอนแปรงฟันอย่างถูกวิธี เป็นต้น หากเด็กที่ยังปฏิบัติด้วยตัวเองได้ไม่ดี ผู้ปกครองควรให้การช่วยเหลือไม่ปล่อยให้เด็กทำตามลำพัง และหากเด็กมีอาการเจ็บป่วยไม่ควรให้เด็กไปโรงเรียน หรือศูนย์เด็ก เพราะจะเป็นการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้เด็กควรได้รับการดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด (ขวัญจิต เพ็งแป้น, 2562)

ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Mode)

แบบแผนนี้พัฒนาดังแต่ใน ค.ศ. 1974 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในด้านของสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการมองหาคำอธิบายว่าทำไม ประชาชนบางคนไม่ยอมรับบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ ซึ่งต่อมาโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้สรุป องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและหลีกเลี่ยง

ในสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลักเล็งจากการเป็นโรคเพราะมีความเชื่อว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้ง การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย และความอาย เป็นต้นต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาเสี่ยงต่อการเกิดโรคใดโรคหนึ่งและโรคนั้นกำลังคุกคามสุขภาพของบุคคลอื่น ๆ เขาก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเช่นกัน บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับที่ต่างกัน เช่น บางคนรู้ว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย มักจะให้ความสนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยแต่คนที่รู้ว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง มักจะให้ความสนใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและมักจะคอยระมัดระวังติดตามความผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใดจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเอง

1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าโรสดังกล่าวนั้นเป็นโรคอันตราย และระดับความรุนแรงหรืออันตรายต้องมีความรุนแรงอย่างน้อยในระดับปานกลาง บุคคลจะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตัวของเขาเอง มากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง แม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจยังไม่แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตราย สามารถทำลายร่างกายหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัวสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น

1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefit)

บุคคลจะประเมินและชั่งน้ำหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเปรียบเทียบกับปัญหาอุปสรรค (Barriers) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของราคาเสียเวลาความเจ็บปวดความสูญเสียความรำคาญ ในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ได้กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรมัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและการรับรู้ถึงประโยชน์ตลอดจนอุปสรรคหรือความยุ่งยากซับซ้อนของกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ นั่นคือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับวิธีที่เชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับตัวของเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุดหรือปฏิบัติ วิธีง่าย ๆ แต่ให้ประโยชน์ต่อตัวเองสูงสุด ต่อมาเบคเกอร์และคณะได้พัฒนา

แนวคิดและเพิ่มปัจจัยร่วมอื่นๆได้แก่ปัจจัยด้านประชากรและสังคมจึงทำให้ทฤษฎีนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นดังนี้

1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

1.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หรือข้อมูลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพกลุ่มเพื่อน ภูมิหลังประสบการณ์ความรู้และปัจจัยกระตุ้น เช่น กลวิธีในการดำเนินงาน การประชาสัมพันธ์การณรงค์การได้รับคำแนะนำการได้รับใบแจ้งจากแพทย์ หรือบัตรนัด การเจ็บป่วยของชาติหรือเพื่อนข่าวสารจากหนังสือพิมพ์หรือเอกสารแนวคิดนี้นำมาใช้อธิบายได้ดีในงานป้องกันโรค

โดยสรุป ผู้วิจัยนำทฤษฎีนี้มาสร้างเป็นเครื่องมือ โปรแกรม ในการสร้างการเรียนรู้ในผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ตามทฤษฎีนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล จึงนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

2. พฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ Gochman (1998) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นลักษณะของส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และด้านความรู้อื่น ๆ ลักษณะบุคลิกภาพ รวมทั้งความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย มีพฤติกรรมสังเกตได้ เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ Harris and Guten (1979) ใช้คำว่า พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (Health Protective Behavior) แทนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำ และสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันส่งเสริมหรือคงไว้ภาวะสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมเพื่อป้องกัน มี 3 ระดับ มีดังนี้

2.1 การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) คือ ขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้ร่างกายอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรค

2.2 การป้องกันระดับสอง (Secondary Prevention) เป็นขั้นที่เริ่มมีอาการของโรค ในระยะขั้นนี้ทำการป้องกันมิให้อาการของโรคเลวร้ายลง

2.3 การป้องกันระดับสาม (Tertiary Prevention) เป็นระยะที่ป้องกันมิให้ผู้ป่วย ที่ฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สภาพ การทำงานที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ (Pender, 1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อให้ความผาสุก (Well-being) และ ความมีคุณค่าในตนเองพิสมัย จันทวิมล (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่ทำไปเพื่อมีจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน

Pender (1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ ของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อให้ความผาสุก (Well-being) และความมีคุณค่า ในตนเอง

พิศสมัย จันทวิมล (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่ทำไปเพื่อมีจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรม นั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่

ชนวรรณ อิมสมบุญ (2546) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออก ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือ ชุมชน พฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ มีดังนี้

ลักษณะที่ 1 เป็นการกระทำ (Action) ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของ บุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่ 2 เป็นการไม่กระทำ (Non action) ได้แก่ การงดเว้น ไม่กระทำ หรือไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสีย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออกของบุคคลหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งพฤติกรรม สุขภาพนั้นเป็นผลมาจากการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ และความรู้สึก โดยมีจุดประสงค์ เพื่อส่งเสริม ป้องกันโรคหรือทำนุบำรุงรักษาสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

โดยสรุป ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นสาเหตุในองค์สาม ด้านระบาดวิทยา (ด้านบุคคล) ซึ่งเมื่อได้รับการพัฒนา ปรับปรุงให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องแล้ว บุคคล จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งในด้านการป้องกันระดับบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อม

การนำเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไปรับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้ จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการป่วย การป้องกันการป่วยโรคอุจจาระร่วง มาประยุกต์สร้างเป็นเครื่องมือ โปรแกรมการเรียนรู้ และเป็นหัวข้อในตัวแปรตาม การวัดผลจากโปรแกรมการเรียนรู้ ที่จะส่งผลให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคในกลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในความปกครอง ของผู้ดูแลต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นุสรา หุโธสง และนาฏสภา หีบแก้ว ปัตนาสาร (2564) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพ ของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรสวนยางพารา อายุระหว่าง 18-59 ปี มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ระดับเสี่ยงหรือระดับไม่ปลอดภัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test , Paired t-test และ McNemar's Chi-Square test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดเกษตรกรสวนยางพารา ที่อยู่ในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น ซึ่งโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและลด ระดับการทำงานของ Cholinesterase enzyme ในเลือดเกษตรกรสวนยางพาราให้อยู่ระดับปกติหรือ ระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ภาสกร อุ่นคำ และศุภนิธย์ ปิ่นคำ (2567) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรม การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยง โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง น้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง และหลังใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลพฤษภาคม-มิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังที่สร้างขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เพิ่มอัตราการกรองของไต และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร, เอมอัชมา วัฒนบุรณนธ์, พาณิ สิตกะลิน และวัลลภ ใจดี (2565) ศึกษาเรื่องความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแลมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไข้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ และปัจจัยร่วม คือ ข้อมูลของผู้ดูแลและข้อมูลของเด็กที่มีไข้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่เทศบาลเมือบ้านสวน อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 6 แห่ง รวม 240 คน โดยผู้ดูแล 1 คนต่อเด็ก 1 คน ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักอายุ 18-65 ปี และให้การดูแลเด็กอายุ 2-4 ปี รูปแบบการศึกษาในครั้งนี้คือ วิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบวัดความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ของผู้ดูแล แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ของผู้ดูแล และแบบสอบถามการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสมการถดถอยแบบพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่อในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X} = 59.30$, $S.D. = 8.099$) ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ในระดับถูกต้องปานกลาง

($\bar{X} = 10.24$, S.D. = 2.121) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลมี 3 ตัวแปร ได้แก่ ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเมื่อมีไข้ ความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ และการรับรู้ความเชื่อในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีค่าสมการถดถอย (Beta) เท่ากับ 0.137, 0.228 และ 0.477 ตามลำดับ ตัวแปรทั้งหมดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะเห็นได้ว่าการทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

เสริมพันธุ์ ศรีจันทร์ (2560) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบมีตัวแปรหุ่น (Multiple regression analysis with dummy variables) ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพเด็กของประชาชนในวัยทำงาน ซึ่งกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ดูแลเด็กที่ผู้วิจัยนำมาเข้าสู่กระบวนการวิจัย

ธมณัญญ์ วิชา และคณะ (2566) ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 2-5 ปี ที่กำลังเจ็บป่วยหรือเคยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เก็บข้อมูลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง เทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 85 ราย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman

rank correlation coefficient ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 42.94$, S.D. = 8.31) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457$, $p < .01$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วรัญญศึกษา ทรัพย์ประเสริฐ (2564) ได้ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และจิตสำนึกสาธารณะที่มีต่อพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครอบครัวเด็กวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และจิตสำนึกสาธารณะที่มีต่อพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของครอบครัวเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุระหว่าง 6-12 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 156 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.70 มีพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ($r = .03$, $p < .00$) ความรู้ความเข้าใจ ($r = .28$, $p < .00$) การได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ($r = .36$, $p < .00$) ทักษะการตัดสินใจ ($r = .53$, $p < .00$) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ($r = .46$, $p < .00$) และการบอกต่อ ($r = .56$, $p < .00$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปาริชาติ อาษาธง (2561) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กป่วยอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 รายโดยจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านการศึกษา อายุ และประเภทของผู้ดูแล กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะตามแนวคิดของ Girvin เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสอน แผนการสอนคู่มือการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที่ผลการศึกษา เปรียบเทียบ

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแล ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน พฤติกรรมฯ เท่ากับ 7.33 คะแนน (S.D. = 0.61) และ 5.60 คะแนน (S.D. = 0.34) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย ของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.73 คะแนน (Mean diff = 1.73; 95% CI: 1.41-2.05, $p < 0.001$) โดยสรุป โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้

อรรณพ หล้าสวัสดิ์, สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม (2562) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของ ผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันรูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองวิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอายุ 2-10 ปี ที่พาเด็กมารับการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ระหว่างเดือนมิถุนายนถึง เดือนพฤศจิกายน 2560 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม การสอนซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตามแผนการสอนซึ่ง ได้แก่ การให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ การอภิปรายซักถาม การให้คำแนะนำ และเสริมแรง ด้วยการชมเชยให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ เครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบที่แบบสองกลุ่มอิสระและแบบกลุ่มเดียว ผลการวิจัย: พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.118$, $p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลเด็ก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.478$, $p < .05$) โปรแกรมการสอน มีผลให้ผู้ดูแลร้อยละ 80 (จำนวน 12 คน จาก 15 คน) สามารถดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงถูกต้อง โดยได้คะแนนปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 80 สรุป และข้อเสนอแนะ โปรแกรมการสอนในการดูแลเด็ก โรคอุจจาระร่วงช่วยให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้มากขึ้น และปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Shadia, et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมวิดีโอช่วยสอนแบบมีโครงสร้าง ต่อความรู้และการปฏิบัติของมารดา เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมวิดีโอช่วยสอนแบบมีโครงสร้างต่อความรู้

และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การศึกษานี้ดำเนินการที่คลินิกผู้ป่วยนอกเด็กทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโซฮัก กลุ่มตัวอย่างได้แก่มารดา 410 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล: ใช้เครื่องมือ 3 อย่าง ได้แก่ 1) แบบสอบถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง 2) เครื่องมือประเมินความรู้ และ 3) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติแบบรายงาน โดยวิธีการวิจัยและพัฒนา (R & D) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบใช้ Chi-square และ Pearson correlation coefficients ผลลัพธ์: ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และการปฏิบัติทั้งหมดของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังโปรแกรมการสอนที่มีโครงสร้างช่วยด้วยวิดีโอ มีการปรับปรุงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป: การศึกษาในปัจจุบันสรุปว่าโปรแกรมการสอนแบบมีโครงสร้างโดยใช้วิดีโอช่วยสอนพบว่าส่งผลดีต่อการพัฒนาความรู้และระดับการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คำแนะนำ: การนำโปรแกรมการสอนที่มีโครงสร้างเป็นวิดีโอช่วยสอนสำหรับมารดาที่มีบุตรน้อยกว่า 5 ปี เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง

Guddeti, et al. (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาเชิงโครงสร้างต่อความรู้ของมารดา เจตคติและการปฏิบัติต่อการจัดการโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตตอนใต้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน KAP ของมารดาก่อนและหลังการจัดโครงสร้างโปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี การตั้งค่าและการออกแบบ: เป็นการออกแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีการควบคุมต้องการทดสอบผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับ KAP ต่อการจัดการอาการท้องร่วงของมารดาที่โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยระดับทุติยภูมิในชนบท ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ท้าทาย ทรัพยากรทางตอนใต้ของอินเดียวิธีการศึกษา: มารดาทั้งหมด 384 คนได้รับการลงทะเบียนและให้การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการในวัยเด็ก และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแบบสอบถาม KAP ที่ได้รับการตรวจสอบล่วงหน้าไปยังการจัดการและการป้องกันอาการท้องเสียถูกนำมาใช้เพื่อประเมินระดับ KAP ของมารดาก่อนและหลังโปรแกรมการศึกษาที่มีโครงสร้าง การวิเคราะห์ทางสถิติ: สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่และสัดส่วนถูกคำนวณสำหรับข้อมูลประชากรลักษณะเฉพาะ การทดสอบไคสแควร์ใช้เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการแทรกแซงก่อนและหลังระดับ KAP การศึกษา: ผู้หญิงส่วนใหญ่ (56.7%) อยู่ในวัยนี้กลุ่มอายุ 20-29 ปี ในบรรดาผู้เข้าร่วมทั้งหมดเกือบ 85.4% ไม่รู้หนังสือ ผู้หญิงส่วนใหญ่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า (ร้อยละ 69.7) การศึกษาที่มีโครงสร้างมีผลอย่างมากโปรแกรมเกี่ยวกับความรู้ของมารดา ($\chi^2 = 577.2$; $P < 0.05$) ทักษะ ($\chi^2 = 326.3$; $P < 0.05$) และการปฏิบัติ ($\chi^2 = 347.3$; $P < 0.05$) ต่อการจัดการและ

ป้องกันโรคอุจจาระร่วง สรุป: โครงสร้างโปรแกรมการศึกษากำหนดเป้าหมายผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และมารดาที่เน้นการจัดการเป็นหลักและการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จะช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

สรุป

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ (นุสรา หุโธสง และนาฏนภา หีบแก้ว ปัตตชาสุวรรณ, 2564) ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากเครื่องมือวิจัยของพินิจ ศรีใส (2553) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ ความรุนแรง 3) การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ 4) การรับรู้อุปสรรค จากเครื่องมือ ของพินิจ ศรีใส (2553) และการศึกษาของ นุสรา หุโธสง และนาฏนภา หีบแก้ว ปัตตชาสุวรรณ (2564) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร สวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรค อุจจาระร่วงได้นำมาใช้เป็นแนวคิดหลัก ประยุกต์ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมาจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยจำนวน 6 สัปดาห์ วัดผลด้วยสถิติ Repeated ANOVA วัดจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 หลังการทดลอง ร่วมโปรแกรมครบ 6 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ระยะติดตามผล หลังเสร็จสิ้นการทดลองตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการดำเนินงานตามโปรแกรม จำนวน 10 สัปดาห์ จากการศึกษาของ ทิตาวดี สิงห์โคม ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สามารถใช้วัดผลผลของโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนี้

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (HBM1) นำไปใช้ในกิจกรรมการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มทดลองร่วมกับผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และสรุปผลการร่วมกิจกรรม สังเคราะห์

องค์ประกอบ ปัจจัยที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ให้กลุ่มทดลองมีความตระหนักถึงเหตุ ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดโรคในเด็กที่ตนเองดูแลอยู่ และแสวงหาหนทางในการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ การสัมผัสปัจจัยดังกล่าว

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (HBM2) นำไปใช้ในกิจกรรมการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มทดลองร่วมกับผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้ตัวแบบจากกลุ่มทดลองที่เคยพาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไปรักษาที่โรงพยาบาล

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (HBM3) นำไปใช้ในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ ในการทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะเป็นการลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรค เช่น การฝึกการล้างมือ การเตรียมอาหารให้เด็ก กระบวนการกำจัดอุจจาระของเด็ก

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค(HBM4) นำไปใช้ในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย กับกลุ่มทดลอง เพื่อรับทราบข้อมูล ตระหนักถึงข้อจำกัดส่วนบุคคลของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรค เพื่อแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละบุคคลต่อไป

ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (HL1) นำไปใช้ในกิจกรรมการประเมินวิเคราะห์ การเข้าถึงข้อมูล ประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและช่องทางการเผยแพร่ข้อมูล จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสการรับรู้ข้อมูล

2. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (HL2) นำไปใช้ในกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องโดยให้ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ (HL3) นำไปใช้ในกิจกรรมการเล่าประสบการณ์ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เป็นการสื่อสารเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อเป็นการโน้มน้าวใจผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ยอมรับแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง

4. ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลสุขภาพ (HL4) นำไปใช้ในกิจกรรมการฝึกทักษะการเจรจา/ ปฏิเสธในสิ่งที่ตนเป็นผลเสียต่อสุขภาพ เลือกแนวทางการเพื่อการป้องกันโรคสำหรับตนเอง

พฤติกรรมป้องกันโรค (BH)

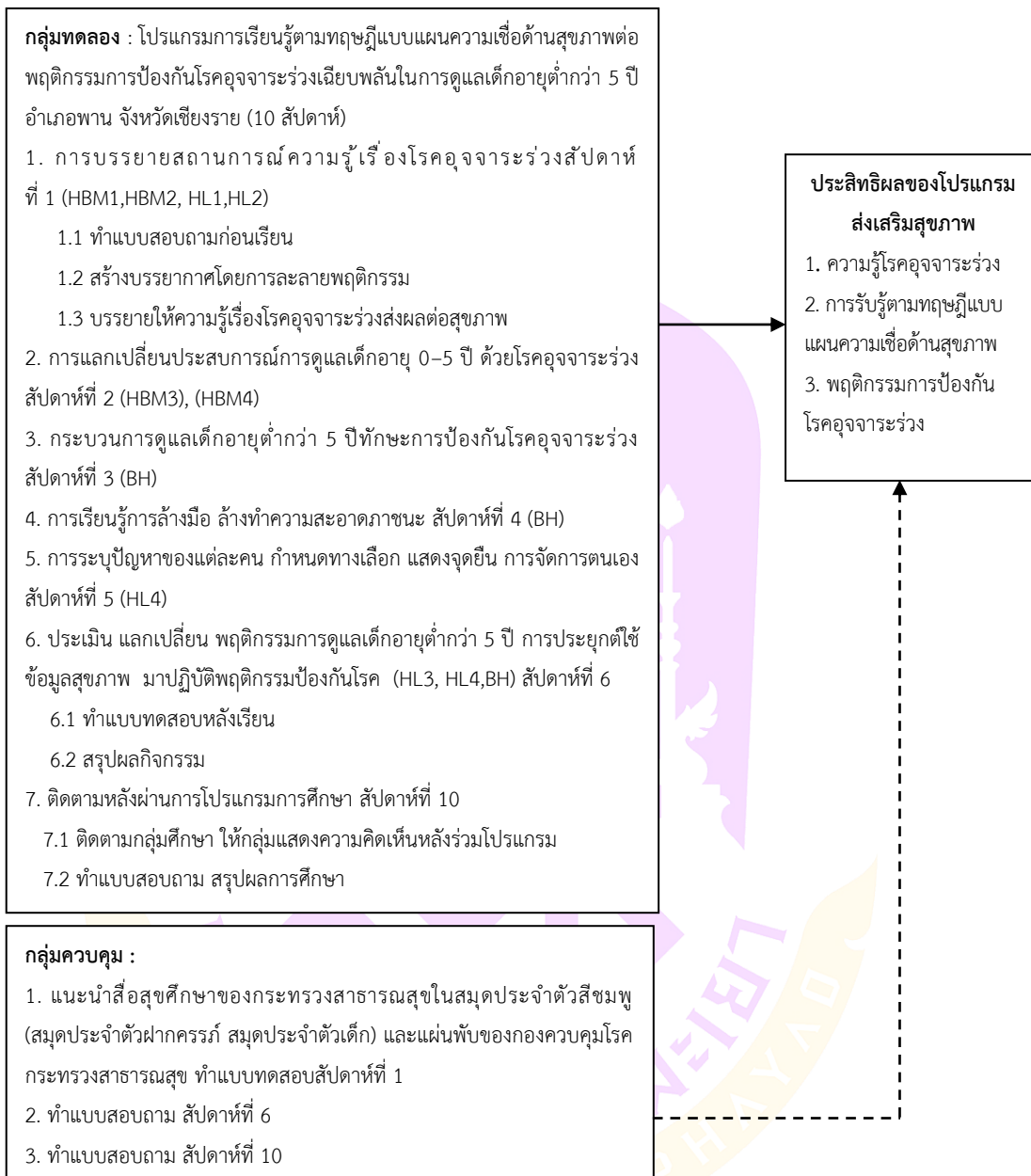
การปฏิบัติ การแสดงออกของบุคคลหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งพฤติกรรม สุขภาพนั้นเป็นผลมาจากการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ และความรู้สึก

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เสริมด้วยทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคได้ และเมื่อวัดผลด้วยสถิติ Repeated ANOVA สามารถบอกความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกรายคู่ ทั้ง 3 ระยะ (1. ก่อนการทดลอง/หลังการทดลอง 2. หลังการทดลอง/ระยะติดตาม 3. ก่อนการทดลอง/ระยะติดตาม) เพื่อเปรียบเทียบระดับตัวแปรตามโปรแกรม ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค ในแต่ละระยะว่าหลังการทดลองร่วมโปรแกรมครบ 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองหรือไม่ และเมื่อวัดในระยะติดตาม ระดับพฤติกรรมลดลงหรือไม่ รวมถึงการเปรียบเทียบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ว่าระดับความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค มีความแปรปรวน (การกระจายจากค่าเฉลี่ย) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < 0.05$ หรือไม่



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในพื้นที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ใช้วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 6 สัปดาห์ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษานี้ ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,848 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยเข้าสู่โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้น้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ โดยจากการศึกษา อรรวรรณ หล้าสวัสดิ์, สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม (2562) ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน ใช้ค่าอิทธิพล = 0.9 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงค่า (Effect size = 0.60) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับขนาดประชากรในพื้นที่ และรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ ใช้ในโปรแกรม สำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 แล้วได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 36 คน รวมทั้งหมด 72 ราย

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปของ G * Power (Faul, et al., 2009)

โดยกำหนดค่า Effect size $f = 0.6$

$\alpha = 0.05$ ค่า Power ($1-\beta$) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่าง 30 คน

เพื่อป้องกันความเสี่ยง จากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาด กลุ่มตัวอย่าง 20% (Grove, et al., 2013) จำนวน 12 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 72 คน โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน

เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดย

1. การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แบ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ออกเป็น 2 โซน โดยทั้ง 2 โซนมีความคล้ายคลึงกันทางภูมิศาสตร์ และประชากร ได้แก่ โซนที่ 1

จำนวน 7 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลม่วงคำ 2) ตำบลแม่เย็น 3) ตำบลเวียงห้า 4) ตำบลทานตะวัน 5) ตำบลทรายขาว 6) ตำบลดอยงาม 7) ตำบลสันกลาง โชนที่ 2 จำนวน 8 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลธารทอง 2) ตำบลสันมะเค็ด 3) ตำบลแม่ฮ้อ 4) ตำบลสันติสุข 5) ตำบลป่าหุ้ง 6) ตำบลเจริญเมือง 7) ตำบลเมืองพาน 8) ตำบลห้วยม่ม สุ่มโซนละ 1 ตำบล สุ่มได้ตำบลม่วงคำ (กลุ่มทดลอง) และตำบลสันกลาง (กลุ่มควบคุม)

2. เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตำบลละ 5 หมู่บ้าน (ร้อยละ 30) เพื่อความสะดวกในการเดินทางมาร่วมโปรแกรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มทดลองเลือกหมู่ 1 หมู่ 7 หมู่ 8 หมู่ 11 และหมู่ 16 และกลุ่มควบคุม เลือกหมู่ 1 หมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 12 และหมู่ 16

3. การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สุ่มกลุ่มเป้าหมายตามสัดส่วนของประชากรผู้ปกครองเด็กในหมู่บ้าน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากรผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่า ๆ กัน ในทุกหมู่บ้าน

ตาราง 4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มทดลอง ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย หมู่ 1 หมู่ 7 หมู่ 8 หมู่ 11 และหมู่ 16

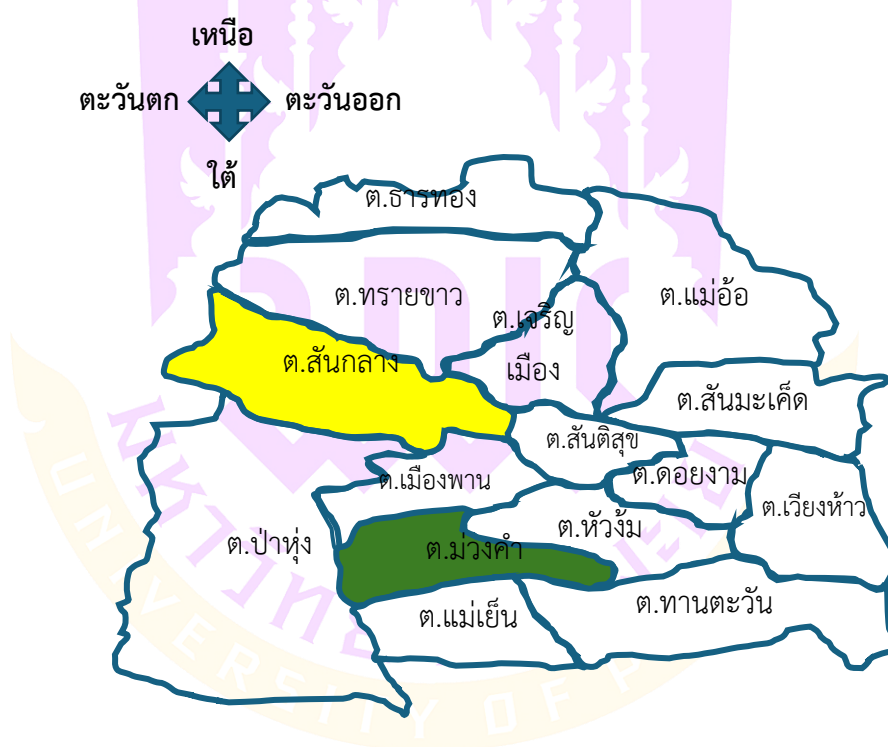
หมู่ที่	จำนวนผู้ปกครองเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี (คน)	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละกลุ่มตัวอย่าง/จำนวนผู้ปกครอง เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งหมดในหมู่บ้าน
1	12	5	41.67
7	28	12	42.86
8	26	11	42.31
11	5	2	40.00
16	15	6	40.00

หมายเหตุ: ตารางประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ฐานข้อมูลศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ

ตาราง 5 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มควบคุม ตำบลสันกลาง อำเภอพาน
จังหวัดเชียงราย หมู่ 1 หมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 12 และหมู่ 16

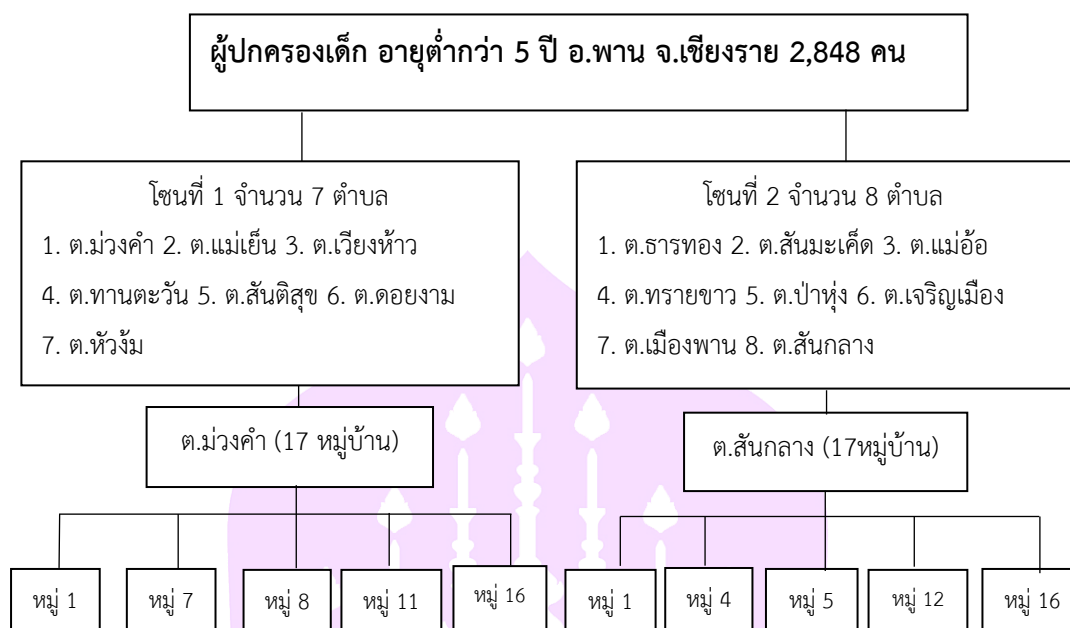
หมู่ที่	จำนวนผู้ปกครองเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี (คน)	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละกลุ่มตัวอย่าง/จำนวนผู้ปกครอง เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งหมดในหมู่บ้าน
1	24	10	41.67
4	7	3	42.86
5	20	8	40.00
12	29	12	41.38
16	7	3	42.86

หมายเหตุ: ตารางประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ฐานข้อมูล รพ.สต.สันกลาง



ภาพ 2 แผนที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำแนกรายตำบล

ตำบลม่วงคำ กลุ่มทดลองและตำบลสันกลาง กลุ่มควบคุม มีระยะทางห่างกัน 8.1 กิโลเมตร โดยมีตำบลเมืองพานกั้นกลาง กลุ่มทดลองตำบลม่วงคำ 36 คน และกลุ่มควบคุม ตำบลสันกลาง มีความเป็นอิสระต่อกัน (Independent group)



ภาพ 3 ผังการสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ของประชากรเป้าหมาย

- 1.1 เป็นผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ศึกษา กรณีผู้ปกครองมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในการดูแล มากกว่า 1 คน นับเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน
- 1.2 ไม่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การกิน การขับถ่าย ภาวะ สับสนทางสมอง มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง
- 1.3 สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
- 1.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของประชากรเป้าหมาย

- 2.1 มีอาการหรือภาวะของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล ขณะทำการเก็บข้อมูล
- 2.3 ไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในช่วงเวลานั้น

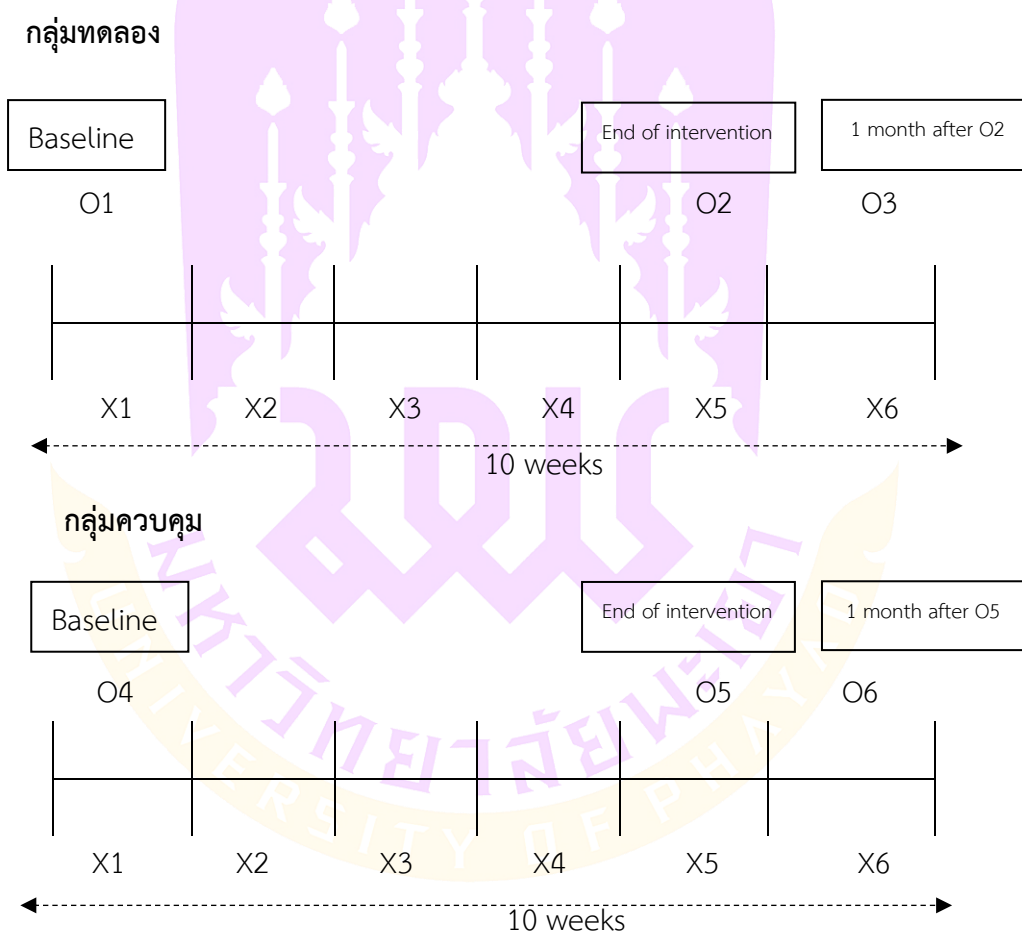
3. เกณฑ์การถอนอาสาสมัคร (Withdrawal criteria) ของประชากรเป้าหมาย

- 3.1 กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้
- 3.2 กลุ่มตัวอย่างประสงค์ที่จะถอนตัวในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
- 3.3 กลุ่มตัวอย่างมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย
- 3.4 มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination of study criteria) ของประชากรเป้าหมาย

4.1 อาสาสมัครมากกว่าร้อยละ 50 ขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วม

แบบแผนการศึกษาถึงทดลองแบบวัดหลายครั้ง (Quasi-experimental research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experiment Group) และกลุ่มควบคุม (Comparison Group) มีการวัดผลก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10 โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้



ภาพ 4 แผนภูมิการทดลอง

O1 และ O4 คือ สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ก่อนเริ่มโปรแกรม ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ทางประชากร การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันโรคอูจจาะร่วง

O2 และ O5 คือ สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคอูจจาะร่วง

O3 และ O6 คือ สัปดาห์ที่ 10 เก็บข้อมูลระยะติดตามผล หลังการทดลอง 1 เดือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคอูจจาะร่วง

X1, X2, X3, X4, X5, X6 คือ จำนวนครั้งที่มีการดำเนินโปรแกรม

การเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอูจจาะร่วงเฉียบพลันในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 40-60 นาที

X1 คือ สัปดาห์ที่ 1 แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การบรรยายสถานการณ์ความรู้เรื่องโรคอูจจาะร่วง โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อนักระบาดวิทยา

X2 คือ สัปดาห์ที่ 2 แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 2 เรื่องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยโรคอูจจาะร่วง

X3 คือ สัปดาห์ที่ 3 แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 3 เรื่องกระบวนการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทักษะการป้องกันโรคอูจจาะร่วง

X4 คือ สัปดาห์ที่ 4 แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 4 เรื่องการเรียนรู้การล้างมือล้างทำความสะอาดภาชนะ

X5 คือ สัปดาห์ที่ 5 แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 5 เรื่องการระบุปัญหาของแต่ละคน กำหนดทางเลือก แสดงจุดยืน การจัดการตนเอง

X6 คือ สัปดาห์ที่ 6 แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 6 เรื่องประเมิน และแลกเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากเครื่องมืองานวิจัย (โปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอูจจาะร่วง) ของพินิจ ศรีใส (2553) และประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

1. โปรแกรมเรียนรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ตาราง 6 ช่วงเวลา และกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามโปรแกรม

ครั้งที่ (สัปดาห์ที่)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	วัตถุประสงค์ ของกิจกรรม	การประเมินผล
1	- จัดประชุมกลุ่ม โดยกลุ่มนักวิจัย - เก็บข้อมูล(แบบสอบถาม) ก่อนการจัดกิจกรรม ตามโปรแกรม - การบรรยายสถานการณ์ ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การเข้าถึงสื่อ	- จัดประชุมกลุ่ม โดยกลุ่มนักวิจัย - เก็บข้อมูล	- ละลายพฤติกรรม สร้างความคุ้นเคย - เก็บข้อมูลตาม แบบประเมินครั้งที่ 1 - ให้ความรู้ การรับรู้ โอกาส ความรุนแรง การเข้าถึงสื่อ สุขภาพ	- แบบประเมิน - การสังเกตการตอบ ข้อซักถาม การมีส่วนร่วม ของผู้ร่วมโปรแกรม
2	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยโรคอุจจาระร่วง		- สร้างความเข้าใจ อุปสรรคต่อ การปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกัน	- การสังเกตการตอบ ข้อซักถาม การมี ส่วนร่วมของผู้ร่วม โปรแกรม
3	- กระบวนการดูแลเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ทักษะการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วง		- สร้างความเข้าใจ ประโยชน์ การปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกัน	- การสังเกตการตอบ ข้อซักถาม การมี ส่วนร่วมฝึกปฏิบัติ ของผู้ร่วมโปรแกรม
4	- เรื่องการเรียนรู้การล้างมือ ล้างทำความสะอาดภาชนะ		- สร้างความเข้าใจ ประโยชน์การ ปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกัน	- การสังเกตการตอบ ข้อซักถาม การมี ส่วนร่วมฝึกปฏิบัติ ของผู้ร่วมโปรแกรม
5	- การระบุปัญหาของแต่ละคน กำหนดทางเลือก แสดงจุดยืน การจัดการ ตนเอง		- ชี้ปัญหา แนวทาง ปฏิบัติพฤติกรรม สร้างแบบบันทึก กิจกรรม	- แบบบันทึก กิจกรรม

ตาราง 6 (ต่อ)

ครั้งที่ (สัปดาห์ที่)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	วัตถุประสงค์ ของกิจกรรม	การประเมินผล
6	- เก็บข้อมูล (แบบสอบถาม) หลังการจัดกิจกรรมครบ ตามโปรแกรม - สรุ ปข้อมูล ภาพรวม โปรแกรมการดูแลเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี	- เก็บข้อมูลตาม แบบประเมินครั้งที่ 2 - สรุ ปกิจกรรม ตามโปรแกรม	- แบบประเมิน - สรุ ปความคิดเห็น ผู้ร่วมโปรแกรม	
7 สัปดาห์ที่ 10	- เก็บข้อมูล(แบบสอบถาม) หลังการจัดกิจกรรมครบ ตามโปรแกรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ - เก็บข้อมูล การป่วยด้วย โรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ในความดูแล	-เก็บข้อมูลตามแบบ ประเมินครั้งที่ 3	- แบบประเมิน - สรุ ปอัตราป่วย โรคอุจจาระร่วง	

2. แบบสอบถาม ประยุกต์มาจาก เครื่องมืองานวิจัยของพินิจ ศรีใส (2553) และเกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2566 ของกองการเฝ้าระวังและประเมินผล กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565)

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องกับเด็ก เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวในครัวเรือน และจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว มีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

2.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก ประกอบด้วย อายุ การรับประทานนมของเด็ก การให้อาหารเสริมกับเด็ก โรคประจำตัวของเด็ก และประวัติการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็ก มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

2.3 ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย ความหมายของโรค จำนวน 2 ข้อ สาเหตุการเกิดโรค จำนวน 3 ข้อ การติดต่อของโรค จำนวน 1 ข้อ อาการของโรค จำนวน 1 ข้อ การรักษาโรค จำนวน 1 ข้อ และวิธีการป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ ลักษณะ

คำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง หากตอบคำถามถูก ให้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิด ให้ 0 คะแนน ดังนั้น มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 15 คะแนน ต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน

2.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 4 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 4 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนรวมคะแนนสูงสุด 85 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุด 17 คะแนน โดยข้อคำถามมีลักษณะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	การให้คะแนน	
	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

2.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ มีคะแนนรวมคะแนนสูงสุด 80 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุด 16 คะแนน โดยข้อคำถามมีลักษณะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความรอบรู้ในการปฏิบัติ	การให้คะแนน
ทำได้ง่ายมาก	5
ทำได้ง่าย	4
ทำได้ยาก	3
ทำได้ยากมาก	2
ไม่เคยทำ	1

2.6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การตัดเล็บมือ จำนวน 2 ข้อ การทำความสะอาดห้วนม ลานนม อุปกรณ์ ให้นมเด็ก 1 ข้อ การตัดเล็บมือ 1 ข้อ การชงนม/ป้อนอาหารเสริมให้เด็ก 2 ข้อ และ การรวบรวมและกำจัดขยะ 1 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	การให้คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1

ตาราง 7 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกระดับความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
1. ความหมาย การติดต่อ สาเหตุของโรค อาการ การรักษา การป้องกัน โรคอุจจาระร่วง จำนวน 15 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน)	0-8.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม 9.00-10.49 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม 10.50-11.99 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80$ ของคะแนนเต็ม 12.00-15.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด	รู้และเข้าใจในโรคอุจจาระร่วง น้อยมาก รู้และเข้าใจใน โรคอุจจาระร่วง ถูกต้องเป็นส่วนน้อย รู้และเข้าใจในโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนมาก รู้และเข้าใจในโรคอุจจาระร่วง มาก

ตาราง 8 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน	0-11.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม 12.0-13.99 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของ คะแนนเต็ม 14.0-15.99 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80$ ของ คะแนนเต็ม 16.0 -20 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วย เป็นโรคอุจจาระร่วง น้อยมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วย เป็นโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนน้อย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วย เป็นโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วย เป็นโรคอุจจาระร่วง มาก

ตาราง 8 (ต่อ)

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
2. การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 3 ข้อละ 5 คะแนน	0-8.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	การรับรู้ความรุนแรงต่อของ โรคอุจจาระร่วง น้อยมาก
	9.00-10.49 คะแนน หรือ ≥ 60 - <70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	การรับรู้ความรุนแรงต่อของ โรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนน้อย
	10.50-11.99 คะแนน หรือ ≥ 70 - <80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	การรับรู้ความรุนแรงต่อของ โรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนมาก
	12.00-15 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	การรับรู้ความรุนแรงต่อของ โรคอุจจาระร่วง มาก
3. การรับรู้ผลดีของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน	0-14.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วง น้อยมาก
	15.0-17.49 คะแนน หรือ ≥ 60 - <70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนน้อย
	17.50-19.99 คะแนน หรือ ≥ 70 - <80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนมาก
	20.0-25 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระ ร่วง มาก
4. การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน	0-14.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วง น้อยมาก
	15.0-17.49 คะแนน หรือ ≥ 60 - <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนน้อย

ตาราง 8 (ต่อ)

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
	17.5–19.99 คะแนน หรือ ≥ 70 –<80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนมาก
	20.0–25 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วง มาก

ตาราง 9 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน)	0–11.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เข้าใจเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพน้อยมาก
	12.0–13.99 คะแนน หรือ ≥ 60 – <70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	เข้าใจเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพเป็นส่วนน้อย
	14.0–15.99 คะแนน หรือ ≥ 70 – <80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	เข้าใจเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพเป็นส่วนมาก
	16.0–20 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เข้าใจเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพมาก
	0–11.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เข้าใจรายละเอียดข้อมูลสุขภาพ การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ น้อยมาก
	12.0–13.99 คะแนน หรือ ≥ 60 – <70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	เข้าใจรายละเอียดข้อมูลสุขภาพ การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ เป็นส่วนน้อย
2. เข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน)	14.0–15.99 คะแนน หรือ ≥ 7 – <80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	เข้าใจรายละเอียดข้อมูลสุขภาพ การสอบถามผู้เชี่ยวชาญเป็น ส่วนมาก
	16.0 –20 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เข้าใจรายละเอียดข้อมูลสุขภาพ การสอบถามผู้เชี่ยวชาญมาก

ตาราง 9 (ต่อ)

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
3. การประเมินข้อมูลและ บริการด้านสุขภาพ จำนวน	0-11.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ไม่สามารถประเมินข้อมูลและ บริการด้านสุขภาพ
4 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน	12.0-13.99 คะแนน หรือ ≥60 - <70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	สามารถประเมินข้อมูลและ ทราบช่องทางติดต่อ สถานบริการด้านสุขภาพ เป็นส่วนน้อย
	14.0-15.99 คะแนน หรือ ≥70 - <80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	สามารถประเมินข้อมูลและ บริการด้านสุขภาพ เป็นส่วนมาก
	16.0-20 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	สามารถประเมินข้อมูลและ บริการด้านสุขภาพดีมาก
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลและ บริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ	0-11.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลและ บริการสุขภาพ
ข้อละ 5 คะแนน	12.0-13.99 คะแนน หรือ ≥60 - <70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลและ บริการสุขภาพในบางประเด็น (ส่วนน้อย)
	14.0-15.99 คะแนน หรือ ≥70 - <80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	สามารถอธิบายแนวทาง การประยุกต์ใช้ข้อมูลและ การบริการสุขภาพได้ดี
	16.0-20 คะแนน หรือ <80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	สามารถอธิบายแนวทาง การประยุกต์ใช้ข้อมูลและ การบริการสุขภาพให้คำแนะนำ แก่ผู้อื่นได้ดี

ตาราง 10 เกณฑ์การให้คะแนน จำแนกระดับพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
พฤติกรรมป้องกันโรค อุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก	0-12.59 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ระดับพฤติกรรมป้องกัน โรคอุจจาระร่วงน้อยมาก
7 ข้อ ข้อละ 3 คะแนน	12.60-14.69 คะแนน หรือ ≥60-<70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	ระดับพฤติกรรมป้องกัน โรคอุจจาระร่วงเป็นส่วนน้อย

ตาราง 10 (ต่อ)

องค์ประกอบตัวชี้วัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
	14.70–16.79 คะแนน หรือ ≥ 70 - < 80 ของ คะแนนเต็ม	ดี	ระดับพฤติกรรมกำบังกัน โรคอุจจาระร่วงเป็นส่วนมาก
	16.80–21 คะแนน หรือ 80% ของคะแนนเต็มขึ้นไป	ดีมาก	ระดับพฤติกรรมกำบังกัน โรคอุจจาระร่วงดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม ใช้การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item-objective congruence) หรือค่า IOC ที่คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.5 โดยมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.66–1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในตำบลสันติสุข (มีความคล้ายกับตำบลที่ทำการทดลอง) ค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความรู้เท่ากับ 0.73 ด้านการรับรู้เท่ากับ 0.7 ด้านความรอบรู้เท่ากับ 0.97 และด้านพฤติกรรมเท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ chi-square
4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Two way repeated measures ANOVA

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอบางบัวดินจังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงเดือนธันวาคม 2566-เดือนกุมภาพันธ์ ปี 2567 โปรแกรมการเรียนรู้ประกอบด้วย การบรรยายการอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การกระตุ้นเตือนตนเอง และการเรียนรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และได้นำเสนอผลการศึกษา แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่าง คุณลักษณะ จำแนกรายชื่อของกลุ่มทดลองและควบคุม

1. จำนวน ร้อยละ ความรู้โรคอุจจาระร่วง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ตอนที่ 3 ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล

2. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล

3. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ตาราง 11 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 36) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 36) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
1. ความเกี่ยวข้องกับเด็ก			0.34 ^b
มารดาและบิดา	18(50.00)	17(47.22)	
ญาติ	18(50.00)	19(52.78)	
2. อายุ			0.33 ^a
18-30 ปี	12(33.34)	11(30.56)	
31-43 ปี	7(19.44)	10(27.78)	
44-56 ปี	7(19.44)	11(30.56)	
57-70 ปี	10(27.78)	4(11.11)	
$\bar{x} \pm S.D.$	42.89 $\pm$ 15.62	40.69 $\pm$ 13.57	
Median: (Min, Max)	38(18, 67)	38.5(21, 69)	
3. เพศ			0.24 ^b
ชาย	6(16.67)	7(19.44)	
หญิง	30(83.33)	29(80.56)	
4. การศึกษา			0.64 ^a
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	13(36.11)	12(33.34)	
มัธยมศึกษา	18(50.00)	17(47.22)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	5(13.89)	7(19.44)	
5. อาชีพ			0.20 ^b
แม่บ้าน	13(36.11)	12(33.33)	
รับจ้างและค้าขาย	11 (30.56)	12(33.33)	
เกษตรกรกรรม	11(30.56)	7 (19.44)	
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	1 (2.78)	5(13.89)	

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 36)	กลุ่มควบคุม (n = 36)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว			0.82 ^b
1-3 คน	4(11.11)	10(27.78)	
4 -5 คน	27(75.00)	11(30.56)	
มากกว่า 5 คน	5(13.89)	15(41.66)	
7. จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี			0.20 ^a
1 คน	24(66.67)	23(63.89)	
2 คน	10(27.78)	11(30.56)	
3 คนขึ้นไป	2(5.55)	2(5.55)	

หมายเหตุ: ทดสอบด้วยสถิติ Pearson Chi-Square a = ใช้ค่าสถิติ Pearson Chi-Square b = ใช้ค่า Fisher's Exact Test (ค่า expected count มากกว่า 20%)

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ดูแลเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ผู้ดูแลเด็ก มีความเกี่ยวข้องกับเด็กในกลุ่มทดลองโดยเป็นมารดาและบิดา และเป็นญาติ ร้อยละ 50.0 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมเป็นญาติ ร้อยละ 52.78 รองลงมาเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 47.22

เมื่อพิจารณากลุ่มอายุพบว่าในกลุ่มทดลองผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีอายุ ระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 33.34 รองลงมา มีอายุ 57-70 ปี ร้อยละ 27.78 และอายุ 31-43 ปี 44-56 ปี พบเท่ากันที่ ร้อยละ 19.44 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 42.89 ปี (S.D. = 15.62) ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 67 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมผู้ดูแลเด็ก มีอายุระหว่าง 18-30 ปี 44-56 ปี เท่ากันที่ ร้อยละ 30.56 รองลงมา เป็นอายุระหว่าง 31-41 ปี ร้อยละ 27.78 และอายุ 18-29 ปี ร้อยละ 25.00 ปี มีอายุเฉลี่ย 40.69 (13.57) ปี

สำหรับเพศ พบว่า ในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 และ เพศชายร้อยละ 16.67 และในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.56 และเพศชาย ร้อยละ 19.44

ระดับการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 มีการศึกษา ในระดับมัธยมศึกษา รองลงมาได้แก่ ต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 30.11 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 13.89 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ดูแลเด็กมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา

ร้อยละ 47.22 รองลงมา ได้แก่ ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 33.34 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 19.44ตามลำดับ

อาชีพ พบว่า ทั้งในกลุ่มทดลองมีอาชีพค้าขาย และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.56 เท่ากัน รองลงมา ได้แก่ อาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 36.11 และอาชีพ อื่น ๆ ร้อยละ 2.78 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีอาชีพแม่บ้าน และอาชีพรับจ้างและค้าขาย ร้อยละ 33.33 เท่ากัน รองลงมา ได้แก่ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 19.44 และอาชีพ อื่น ๆ ร้อยละ 13.89 ตามลำดับ

สำหรับจำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวของเด็ก พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 คน ร้อยละ 75.0 รองลงมา ได้แก่ จำนวนมากกว่า 5 คน ร้อยละ 13.89 และจำนวน 1-3 คน ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 5 คน ร้อยละ 40.66 รองลงมา ได้แก่ จำนวน 4-5 คน ร้อยละ 30.56 และจำนวน 1-3 คน ร้อยละ 27.78 ตามลำดับ

จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัวเด็ก พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว 1 คน ร้อยละ 66.67 รองลงมา ได้แก่ จำนวน 2 คน ร้อยละ 27.78 และจำนวน 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 5.55 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว 1 คน ร้อยละ 63.89 รองลงมา ได้แก่ จำนวน 2 คน ร้อยละ 30.56 และจำนวน 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 5.55 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลความแตกต่างร้อยละ ค่าเฉลี่ยจำแนกรายข้อของกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล

1. จำนวน ร้อยละความรู้โรคอุจจาระร่วง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล

1.1 จำนวนและร้อยละ ความรู้ โรคอุจจาระร่วง จำแนกรายข้อ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ การตอบแบบสอบถามความรู้โรคอุจจาระร่วงถูกต้อง ก่อนการทดลอง
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ข้อความถาม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
1. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน	33	91.67	36	100.00	36	100.00	27	75.00	28	77.78	30	83.33
2. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเป็นมูก มีเลือดปน หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากอย่างน้อย 1 ครั้ง	32	88.89	35	97.22	36	100.00	22	61.11	27	75.00	30	83.33
3. การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด มีแมลงวันตอมอาหารบูดเน่าค้างคืน เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง	34	94.44	35	97.22	35	97.22	29	80.56	29	80.56	30	83.33
4. โรคอุจจาระร่วง เป็นโรคที่ไม่สามารถติดต่อกันได้	23	63.89	29	80.56	30	83.33	23	63.89	26	72.22	27	75.00
5. การดื่มนมที่หมดอายุหรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้	34	94.44	36	100.00	35	97.22	31	86.11	32	88.89	33	91.67
6. การดื่มน้ำที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้	33	91.67	34	94.44	36	100.00	31	86.11	31	86.11	35	97.22
7. เด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง มีโอกาสเสียชีวิตได้จากการขาดน้ำ	32	88.89	35	97.22	36	100.00	25	69.44	27	75.00	21	58.33
8. การรักษาที่สำคัญเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คือ การรับประทานยาฆ่าเชื้อให้เร็วที่สุด	12	33.33	27	75.00	20	55.56	6	16.67	13	36.11	15	41.67
9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้	33	91.67	36	100.00	36	100.00	29	80.56	12	33.33	33	91.67
10. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้	34	94.44	36	100.00	35	97.22	28	77.78	24	66.67	22	61.11

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อความถาม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
11. การรับประทานอาหารหรืออาหารที่เตรียมไว้ ค้างคืน ไม่ทำให้เด็กป่วย เป็นโรคอุจจาระร่วง	18	50.00	30	83.33	29	80.56	21	58.33	18	50.00	19	52.78
12. การดื่มน้ำดื่มสุก ที่สะอาดช่วยป้องกัน โรคอุจจาระร่วง	31	86.11	33	91.67	35	97.22	25	69.44	21	58.33	28	77.78
13. การใช้ฝาครอบ ปิดจุกนม เมื่อผสม ในขวดทิ้งไว้ ไม่ได้ช่วย ป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็ก	5	13.89	31	86.11	31	86.11	13	36.11	16	44.44	20	55.56
14. การกักตุนขยะไม่ให้ ตกค้างและไม่ให้หนู แมลงวันตอม ไม่ได้ช่วย ป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็ก	9	25.00	32	88.89	25	69.44	16	44.44	24	66.67	16	44.44
15. การกำจัดอุจจาระ ของเด็ก โดยการห่อ กระดาษ แล้วนำไปทิ้ง ขยะ ช่วยป้องกันโรค อุจจาระร่วงได้	11	30.56	30	83.33	23	63.89	14	38.89	21	58.33	19	52.78

พบว่า ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 3. การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด มีแมลงวันตอม อาหารบูดเน่าค้างคืน เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ข้อ 5. การดื่มนมที่หมดอายุ หรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ และข้อ 10. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 94.44 รองลงมา คือ ข้อ 1. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ข้อ 6. การดื่มน้ำที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ และ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 91.67 ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยกว่าข้ออื่น คือ ข้อ 13. การใช้ฝาครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดทิ้งไว้ ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ร้อยละ 13.89

หลังการทดลอง ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด ถึงร้อยละ 100 คือ ข้อ 1. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ข้อ 5. การดื่มนมที่หมดอายุ หรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วม

หรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ และข้อ 10. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ รองลงมาได้แก่ ข้อ 2. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเป็นมูก มีเลือดปน หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก อย่างน้อย 1 ครั้ง ข้อ 3. การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด มีแมลงวันตอม อาหารบูดเน่าคั่งคั้น เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง และข้อ 7. เด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมีโอกาสเสียชีวิตได้จากการขาดน้ำ ร้อยละ 97.22 และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 8. การรักษาที่สำคัญ เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คือ การรับประทานยาฆ่าเชื้อให้เร็วที่สุด ร้อยละ 75.00 ส่วนในระยะติดตามผล ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 6. การดื่มน้ำที่ไม่สะอาดมีเชื้อโรคปนเปื้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ข้อ 7. เด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมีโอกาสเสียชีวิตได้จากการขาดน้ำ และข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ รองลงมาได้แก่ ข้อ 3. การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาดมีแมลงวันตอม อาหารบูดเน่าคั่งคั้น เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ข้อ 5. การดื่มนมที่หมดอายุ หรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ข้อ 10. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ และข้อ 12. การดื่มน้ำต้มสุกที่สะอาดช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 8. การรักษาที่สำคัญ เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คือการรับประทานยาฆ่าเชื้อให้เร็วที่สุด ร้อยละ 55.56

ในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลอง ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 5. การดื่มนมที่หมดอายุ หรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ และข้อ 6. การดื่มน้ำที่ไม่สะอาดมีเชื้อโรคปนเปื้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 86.11 รองลงมาได้แก่ ข้อ 3. การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด มีแมลงวันตอม อาหารบูดเน่าคั่งคั้น เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง และข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 80.56 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 8. การรักษาที่สำคัญ เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คือการรับประทานยาฆ่าเชื้อให้เร็วที่สุด ร้อยละ 16.67 หลังการทดลอง ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 5. การดื่มนมที่หมดอายุ หรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 88.89 รองลงมาได้แก่ ข้อ 6. การดื่มน้ำที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 86.11 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่าย ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 33.33 ในระยะติดตามผล ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 6. การดื่มน้ำที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 97.22 รองลงมาได้แก่ ข้อ 5. การดื่มนมที่หมดอายุ หรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 91.67 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ

ข้อ 8. การรักษาที่สำคัญ เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คือการรับประทานยาฆ่าเชื้อให้เร็วที่สุด ร้อยละ 41.67

1.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 13 ระดับคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ท่านคิดว่าการดูแลเด็กของท่าน มีโอกาสทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้	2.78	1.46	4.33	9.86	4.86	0.35	2.86	0.90	2.94	1.07	3.19	0.92
2. ท่านคิดว่าภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า เด็กในความดูแล อาจเกิดโรคอุจจาระร่วงได้	2.97	1.46	4.44	1.03	4.89	0.32	2.97	1.47	2.92	1.11	3.11	0.95
3. ท่านคิดว่าการจัดหา น้ำสะอาดเพื่อบริโภคของท่าน มีโอกาสทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้	2.97	1.56	4.39	1.08	4.92	0.28	2.89	0.85	2.94	1.15	2.83	0.94
4. ท่านคิดว่าในขั้นตอนการจัดเตรียมนม หรืออาหารเสริม ให้เด็กของท่าน มีโอกาสทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้	2.86	1.53	4.14	1.13	4.89	0.32	2.64	1.10	3.03	1.11	2.97	0.85
5. เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีโอกาสทำให้ต้องซื้อยา เช่น ผงน้ำตาลเกลือแร่ โออาร์เอส มาให้เด็กรับประทาน	3.17	1.40	4.69	0.40	4.86	0.42	2.83	0.91	3.11	1.17	3.19	1.09
6. เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ที่มีอาการรุนแรง มีโอกาสต้องไปรับการรักษาและอาจได้นอนโรงพยาบาล	4.03	1.08	4.89	0.40	4.86	0.42	3.42	1.30	4.00	0.93	3.83	0.91

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
7. เมื่อเด็กป่วยด้วย โรคอุจจาระร่วง ท่านรู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรงเป็นอันตราย ทำให้เด็กเสียชีวิตได้	4.17	0.74	4.81	0.47	4.89	0.32	4.14	0.99	3.83	0.61	3.83	0.53
8. เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ในการที่จะปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิด โรคอุจจาระร่วงในเด็ก	4.06	0.89	4.81	0.40	4.89	0.32	3.86	0.96	4.06	0.90	4.14	0.68
9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ท่านควรทำ	4.39	0.84	4.97	0.17	4.81	0.40	3.94	0.89	4.39	0.84	4.39	0.84
10. เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ในการดูแลเด็กเมื่อเด็กป่วย ด้วยโรคอุจจาระร่วง	3.94	1.09	4.81	0.47	4.89	0.32	4.19	1.04	3.94	1.10	3.94	1.09
11. เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ที่จะจัดหาผ้าอ้อมลูกให้เด็ก รับประทานทุกครั้ง	4.17	1.25	4.89	0.32	4.86	3.51	3.61	1.08	4.17	1.25	4.17	1.25
12. การพาเด็กไปรับการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัส ช่วยป้องกันการป่วยด้วย โรคอุจจาระร่วงในเด็กได้	4.03	0.97	4.86	0.56	4.89	0.32	4.08	1.00	4.03	0.97	4.03	0.97
13. เป็นเรื่องยากสำหรับท่าน ในการจัดการสุขอนามัยที่ดี สำหรับเด็กเพื่อการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง	3.72	1.21	4.69	0.67	4.92	0.28	3.78	1.22	3.81	1.11	3.81	1.12
14. เป็นเรื่องยากสำหรับท่าน ในการจัดหาผ้าอ้อมที่สะอาด มาบริโภค	3.47	1.44	4.69	0.75	4.83	0.38	3.19	1.31	3.53	1.38	3.81	1.17
15. ท่านไม่สะดวกที่จะพาเด็ก ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค ตามที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	3.50	1.42	4.78	0.59	4.92	0.23	3.25	1.42	3.56	1.36	3.89	1.04
16. การล้างมือให้สะอาด ตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ทำให้เสียเวลา	3.89	1.14	4.83	0.56	4.83	0.38	3.97	1.13	3.92	1.08	4.03	1.97

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
17. การซื้อสบู่หรือน้ำยาล้างมือเพื่อใช้ล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอน ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	4.00	1.07	4.81	0.40	4.86	0.35	4.14	1.05	3.83	1.00	4.06	0.96

พบว่า ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ผลดีและ อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของโรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง มากที่สุด คือ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ท่านควรทำ ($\bar{x} = 4.39$, S.D. = 0.84) รองลงมา คือ ข้อ 11. เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ที่จะจัดหาผ้าอ้อมสุกให้เด็กรับประทานทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.17$, S.D. = 1.25) และข้อคำถามที่มี คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านคิดว่าการดูแลเด็กของท่าน มีโอกาสทำให้เกิด โรคอุจจาระร่วงได้ ($\bar{x} = 2.78$, S.D. = 1.46) หลังการทดลอง คำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ท่านควรทำ ($\bar{x} = 4.97$, S.D. = 0.17) รองลงมา คือ ข้อ 6. เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่มีอาการรุนแรง มีโอกาสต้องไปรับ การรักษาและอาจได้นอนโรงพยาบาล ($\bar{x} = 4.89$, S.D. = 0.40) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 4. ท่านคิดว่าในขั้นตอนการจัดเตรียมนม หรืออาหารเสริมให้เด็กของท่านมีโอกาสทำให้เกิด โรคอุจจาระร่วงได้ ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 1.13) ระยะติดตามผล ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 15. ท่านไม่สะดวกที่จะพาเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ($\bar{x} = 4.94$, S.D. = 0.32) รองลงมา คือข้อ 13. เป็นเรื่องยากสำหรับท่านในการจัดการสุขอนามัยที่ดี สำหรับเด็กเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ($\bar{x} = 4.92$, S.D. = 2.80) และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุด คือ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ท่านควรทำ ($\bar{x} = 4.81$, S.D. = 0.40)

ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลองมากที่สุด คือ ข้อ 10. เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ท่านรู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรงเป็นอันตรายทำให้เด็ก เสียชีวิตได้ ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = 1.04) รองลงมาคือ ข้อ 17. การซื้อสบู่หรือน้ำยาล้างมือเพื่อใช้ล้างมือ ให้สะอาดตามขั้นตอนทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 1.15) และข้อ 7. เมื่อเด็กป่วย

ด้วยโรคอุจจาระร่วงท่านรู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรงเป็นอันตรายทำให้เด็กเสียชีวิตได้ ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.99) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 4 ท่านคิดว่าในขั้นตอนการจัดเตรียมนมหรืออาหารเสริมให้เด็กของท่าน มีโอกาสทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ($\bar{x} = 2.64$, S.D. = 1.10) หลังการทดลอง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่ท่านควรทำ ($\bar{x} = 4.39$, S.D. = 0.84) รองลงมา คือ ข้อ 11. เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ที่จะจัดหาผ้าอ้อมสุกให้เด็กรับประทานทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.17$, S.D. = 1.25) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านคิดว่าภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า เด็กในความดูแลอาจเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ($\bar{x} = 2.92$, S.D. = 1.11) ในระยะติดตามผล ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 9. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ท่านควรทำ ($\bar{x} = 4.39$, S.D. = 0.84) รองลงมา คือข้อ 11. เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ที่จะจัดหาผ้าอ้อมสุกให้เด็กรับประทานทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.17$, S.D. = 1.25) คำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 3. ท่านคิดว่าการจัดหาผ้าอ้อมสุกเพื่อบริโภคของท่านมีโอกาสมากพอที่จะทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ($\bar{x} = 2.83$, S.D. = 0.94)

1.3 ระดับคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 14 ระดับคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูลเมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองโดยทันที	3.78	0.96	4.78	0.42	4.89	0.32	3.75	1.20	4.22	0.64	4.31	0.58
2. ท่านสามารถหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือจำเป็นได้	3.94	0.92	4.81	0.40	4.81	0.4	4.11	0.82	4.22	0.64	4.28	0.57

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อความถาม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
3. ท่านสามารถติดต่อเบอร์ สายด่วนสุขภาพที่จะให้ การช่วยเหลือด้านสุขภาพ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหา สุขภาพได้	3.89	1.00	4.72	0.45	4.67	0.54	4.00	1.01	4.22	0.54	4.14	0.60
4. ท่านสามารถตรวจสอบ ข้อมูลและแหล่งข้อมูล ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่ถูกต้อง เป็นจริง	3.81	1.24	4.78	0.49	4.81	0.47	4.08	0.97	4.11	0.79	3.78	0.68
5. ท่านสามารถอ่านข้อมูล ด้านสุขภาพและวิธีป้องกัน ตนเองด้วยความเข้าใจวิธีการ ปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือเว็บไซต์	3.67	1.27	4.75	0.44	4.75	0.55	4.00	1.04	4.06	0.89	3.94	0.79
6. ท่านสามารถอ่านฉลาก อาหารและยา ที่ได้รับถึง วิธีการกิน การใช้ การเก็บ รักษาและผลข้างเคียง	4.03	0.67	4.83	0.45	4.75	0.44	4.08	0.81	4.00	0.79	3.94	0.75
7. ท่านสามารถเข้าใจข้อมูล สุขภาพที่นำเสนอในรูปของ สัญลักษณ์ คำศัพท์ ตัวเลข หรือเครื่องหมาย ในสถานพยาบาลได้	4.03	0.77	4.72	0.45	4.89	0.40	4.11	0.92	4.03	0.56	4.06	0.53
8. ท่านกล้าซักถามผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเพิ่มความเข้าใจวิธีการดูแล สุขภาพให้มีความเข้าใจถูกต้อง	4.03	0.74	4.72	0.45	4.75	0.44	4.11	0.95	4.17	0.56	4.14	0.59
9. ท่านประเมินข้อมูล การปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนจะทำตาม	3.97	1.00	4.78	0.49	4.92	0.28	4.00	0.96	4.03	0.74	3.89	0.67

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
10. ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสีย ของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตาม	3.97	0.85	4.78	0.49	4.86	0.35	3.97	0.88	4.03	0.56	4.08	0.55
11. ท่านพบทวนข้อมูลสุขภาพ จากหลายแหล่งจนพบ ทางเลือกที่เหมาะสม ก่อนที่จะทำตาม	3.92	0.97	4.69	0.75	4.89	0.32	3.97	0.85	4.08	0.50	4.17	0.56
12. ท่านได้รื้อรองข้อมูล สุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้คน ที่ใช้แล้วได้ผล	3.78	1.10	4.67	0.59	4.89	0.32	3.97	0.85	4.00	0.63	4.08	0.55
13. ท่านสามารถนำข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ให้ดียิ่งขึ้น	3.97	1.06	4.75	0.50	4.89	0.32	4.03	0.74	4.00	0.59	4.08	0.55
14. ท่านหมั่นสังเกต ความผิดปกติของร่างกายและ อารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกัน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้	4.03	0.97	4.78	0.42	4.75	0.50	4.22	0.68	4.19	0.58	4.11	0.52
15. ท่านวางแผน ทำกิจกรรม ที่จำเป็น เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ของตนเอง	4.00	0.79	4.75	0.60	4.86	0.35	4.19	0.62	4.07	0.61	4.11	0.52
16. ท่านตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจน ในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ต่อสุขภาพ	3.94	7.54	4.78	0.59	4.81	0.47	4.17	0.61	4.17	0.61	3.97	0.51

พบว่า ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของ การเข้าถึง
ข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนการทดลอง มากที่สุด คือ ข้อ 6. ท่านสามารถ
อ่านฉลากอาหารและยา ที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาและผลข้างเคียง ($\bar{x}$ = 4.03,

S.D. = 0.67) ข้อ 7. ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอในรูปของสัญลักษณ์ คำศัพท์ ตัวเลข หรือเครื่องหมายในสถานพยาบาลได้ ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 0.67) ข้อ 8. ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 0.77) และข้อ 14. ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 0.97) รองลงมา คือ ข้อ 15. ท่านวางแผน ทำกิจกรรมที่จำเป็น เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.79) และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 5. ท่านสามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองด้วยความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือเว็บไซต์ ($\bar{x} = 3.67$, S.D. = 1.27) หลังการทดลอง คำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 6. ท่านสามารถอ่านฉลากอาหารและยาที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาและผลข้างเคียง ($\bar{x} = 4.83$, S.D. = 0.45) รองลงมา คือ ข้อ 2. ท่านสามารถหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือจำเป็นได้ ($\bar{x} = 4.81$, S.D. = 0.40) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 12. ท่านได้รตรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้คนที่ใช้แล้วได้ผล ($\bar{x} = 4.67$, S.D. = 0.59) ระยะติดตามผลข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 9. ท่านประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนจะทำตาม ($\bar{x} = 4.92$, S.D. = 0.28) รองลงมา คือข้อ 1. ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูลเมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองโดยทันที ($\bar{x} = 4.89$, S.D. = 0.32) ข้อ 7. ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอในรูปของสัญลักษณ์ คำศัพท์ ตัวเลข หรือเครื่องหมายในสถานพยาบาลได้ ($\bar{x} = 4.89$, S.D. = 0.40) ข้อ 11. ท่านทบทวนข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งจนพบทางเลือกที่เหมาะสมก่อนที่จะทำตาม ($\bar{x} = 4.89$, S.D. = 0.32) ข้อ 12. ท่านได้รตรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้คนที่ใช้แล้วได้ผล ($\bar{x} = 4.89$, S.D. = 0.32) และข้อ 13. ท่านสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดียิ่งเสมอ ($\bar{x} = 4.89$, S.D. = 0.32) และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 3. ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดเหตุ ($\bar{x} = 4.67$, S.D. = 0.54)

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 14. ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ($\bar{x} = 4.22$, S.D. = 0.68) รองลงมา คือ ข้อ 15. ท่านวางแผน ทำกิจกรรมที่จำเป็น เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = 0.62) และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 1. ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองโดยทันที ($\bar{x} = 3.75$, S.D. = 1.20) หลังการทดลอง คำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านสามารถหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

หรือจำเป็นได้ ($\bar{x} = 4.22$, S.D. = 0.64) และข้อ 3. ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพได้ ($\bar{x} = 4.22$, S.D. = 0.54) รองลงมา คือ ข้อ 14. ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = 0.58) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 6. ท่านสามารถอ่านฉลากอาหารและยา ที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาและผลข้างเคียง ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.79) ข้อ 12. ท่านไตร่ตรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้คนที่ใช้แล้วได้ผล ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.63) และข้อ 13. ท่านสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.59) ระยะติดตามผล ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 1. ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองโดยทันที ($\bar{x} = 4.31$, S.D. = 0.58) รองลงมา คือข้อ 2. ท่านสามารถหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือจำเป็นได้ ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.57) และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 16. ท่านตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ($\bar{x} = 3.97$, S.D. = 0.51)

1.4 ระดับคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 15

ตาราง 15 ระดับคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 36)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หลังการขับถ่าย/ก่อนให้นม ก่อนป้อนนมใส่ขวดหรือถุง เก็บนมแม่/ก่อนเตรียมอาหาร และให้อาหารแก่เด็ก/หลังเช็ด อุจจาระหรือทำความสะอาด อุจจาระเด็ก	1.97	0.77	2.97	0.17	2.86	0.35	2.14	0.68	2.11	0.71	1.94	0.72

ตาราง 15 (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะ ติดตามผล	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
2. ทำความสะอาดหัวนม ลานนมให้สะอาดก่อนให้นม/ ล้างอุปกรณ์และขวดนม จุกนม ขวดนม ฝาครอบนม ต้มในน้ำเดือด 10–15 นาที หรือนึ่งในเครื่องนึ่งขวดนม/ ล้าง/ล้างวัตถุที่ใช้ ในการทำอาหารเสริม เช่น ปลา ผักต่าง ๆ	2.14	0.72	2.97	0.17	2.86	0.35	2.03	0.77	2.00	0.76	2.03	0.74
3. ทานตัดเล็บมือของท่าน แต่ละครั้งไม่เกิน 2 สัปดาห์ หรือเมื่อเล็บยาว ดำ	2.17	0.78	2.97	0.17	2.92	0.28	1.92	0.69	1.92	0.69	1.94	0.67
4. ทานใช้ฝาครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดให้เด็ก ตลอดเวลาที่เด็กไม่ดื่มนม/ เก็บนมแม่ที่บรรจุในขวดนม หรือถุงเก็บนมแม่ในตู้เย็น ทันที/เก็บอาหารเสริมใส่ ตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่น ๆ ที่มาฝาปิดมิดชิด	1.94	0.83	2.94	0.23	2.92	0.28	2.03	0.77	2.03	0.77	2.06	0.75
5. ทานใช้น้ำต้มสุกชงนม ให้เด็ก/ก่อนนำนมแม่ที่เก็บไว้ ในตู้เย็นให้เด็กรับประทาน อุ่นนมให้ได้อุณหภูมิ ที่เหมาะสม	1.94	0.67	2.97	0.17	2.94	0.23	1.78	0.76	1.78	0.72	1.72	0.70
6. ป้อนอาหารเสริมทันที ที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ หรืออุ่น ให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็ก ป้อนอาหารเสริมให้เด็ก ด้วยช้อน	1.58	0.65	2.90	0.32	2.44	0.50	1.44	0.56	1.50	0.56	1.56	0.56
7. ทานรวบรวมและกำจัดขยะ เป็นประจำทุก 1–2 วัน/ กำจัดอุจจาระเด็กโดยนำไปเท ลงส้วมหรือฝังดินกลบให้ลึก	1.64	0.72	3.00	0.00	2.90	3.16	1.25	0.50	1.39	0.55	1.53	0.56

พบว่า ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลอง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 3. ท่านตัดเล็บมือของท่านแต่ละครั้งไม่เกิน 2 สัปดาห์ หรือเมื่อเล็บยาว ค่า ($\bar{x} = 2.17$, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ ข้อ 2. ทำความสะอาดหัตถ์นม, ลานนมให้สะอาดก่อนให้นม/ ล้างอุปกรณ์และขวดนม จุกนม ขวดนม ฝาครอบนม ต้มในน้ำเดือด 10-15 นาที หรือนึ่งในเครื่องนึ่งขวดนม/ล้างวัตถุดิบที่ใช้ในการทำอาหารเสริม เช่น ปลา ผักต่าง ๆ (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.14$, S.D. = 0.72) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 6. ป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็ก ป้อนอาหารเสริมให้เด็กด้วยช้อน ($\bar{x} = 1.58$, S.D. = 0.65) หลังทดลอง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 7. ท่านรวบรวมและกำจัดขยะเป็นประจำทุก 1-2 วัน/ กำจัดอุจจาระเด็กโดยนำไปเทลงส้วมหรือฝังดินกลบให้ลึก ($\bar{x} = 3.00$, S.D. = 0.00) รองลงมาคือ ข้อ 1. ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่าย/ก่อนให้นม ก่อนปั๊มนมใส่ขวดหรือถุงเก็บนมแม่/ก่อนเตรียมอาหารและให้อาหารแก่เด็ก/หลังเช็ดอุจจาระหรือทำความสะอาดอุจจาระเด็ก (ข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อ 2. ทำความสะอาดหัตถ์นม, ลานนมให้สะอาดก่อนให้นม/ล้างอุปกรณ์และขวดนม จุกนม ขวดนม ฝาครอบนม ต้มในน้ำเดือด 10-15 นาที หรือนึ่งในเครื่องนึ่งขวดนม/ล้างวัตถุดิบที่ใช้ในการทำอาหารเสริม เช่น ปลา ผักต่าง ๆ (ข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อ 3. ท่านตัดเล็บมือของท่านแต่ละครั้งไม่เกิน 2 สัปดาห์ หรือเมื่อเล็บยาว ค่า และ ข้อ 5. ท่านใช้น้ำต้มสุกชงนมให้เด็ก/ก่อนนำนมแม่ที่เก็บไว้ในตู้เย็นให้เด็กรับประทาน อุ่นนมให้ได้อุณหภูมิที่เหมาะสม ($\bar{x} = 2.97$, S.D. = 0.17) เท่ากันทั้ง 4 ข้อ ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 4. ท่านใช้ฝาครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดให้เด็กตลอดเวลาที่เด็กไม่ดื่มนม/เก็บนมแม่ที่บรรจุในขวดนม หรือถุงเก็บนมแม่ในตู้เย็นทันที/เก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่น ๆ ที่มีฝาปิดมิดชิด (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.94$, S.D. = 0.23) ระยะติดตามผล ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 5. ท่านใช้น้ำต้มสุกชงนมให้เด็ก/ก่อนนำนมแม่ที่เก็บไว้ในตู้เย็นให้เด็กรับประทาน อุ่นนมให้ได้อุณหภูมิที่เหมาะสม ($\bar{x} = 2.94$, S.D. = 0.23) รองลงมา ได้แก่ ข้อ ข้อ 3. ท่านตัดเล็บมือของท่านแต่ละครั้งไม่เกิน 2 สัปดาห์ หรือเมื่อเล็บยาว ค่า และ ข้อ 4. ท่านใช้ฝาครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดให้เด็ก ตลอดเวลาที่เด็กไม่ดื่มนม/เก็บนมแม่ที่บรรจุในขวดนม หรือถุงเก็บนมแม่ในตู้เย็นทันที/เก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่น ๆ ที่มีฝาปิดมิดชิด (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.93$, S.D. = 0.28) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 6. ป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็ก ป้อนอาหารเสริมให้เด็กด้วยช้อน ($\bar{x} = 2.44$, S.D. = 0.50)

สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 1. ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่าย/ ก่อนให้นม ก่อนปั๊มนมใส่ขวดหรือถุงเก็บนมแม่/ ก่อนเตรียมอาหารและให้อาหารแก่เด็ก/ หลังเช็ดอุจจาระหรือทำความสะอาดอุจจาระเด็ก

(ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.14$, S.D. = 0.68) รองลงมา คือ ข้อ 2. ทำความสะอาดหัวนม ลานนมให้สะอาด ก่อนให้นม/ล้างอุปกรณ์และขวดนม จุกนม ขวดนม ฝาครอบนม ต้มในน้ำเดือด 10–15 นาที หรือหนึ่งในเครื่องนึ่งขวดนม/ล้าง/ล้างวัตถุดิบที่ใช้ในการทำอาหารเสริม เช่น ปลา ผักต่าง ๆ (ข้อใดข้อหนึ่ง) และข้อ 4. ท่านใช้ฝาครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดให้เด็กตลอดเวลาที่เด็กไม่ดื่มนม/เก็บนมแม่ที่บรรจุในขวดนม หรือถุงเก็บนมแม่ในตู้เย็นทันที/เก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่น ๆ ที่มาฝาปิดมิดชิด (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.03$, S.D. = 0.77) เท่ากันทั้ง 2 ข้อ ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ ข้อ 7. ท่านรวบรวมและกำจัดขยะเป็นประจำทุก 1–2 วัน/กำจัดอุจจาระเด็กโดยนำไปเทลงส้วมหรือฝังดินกลบให้ลึก ($\bar{x} = 1.25$, S.D. = 0.50) หลังการทดลอง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 4. ท่านใช้ฝาครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดให้เด็กตลอดเวลาที่เด็กไม่ดื่มนม/เก็บนมแม่ที่บรรจุในขวดนม หรือถุงเก็บนมแม่ในตู้เย็นทันที/เก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่น ๆ ที่มาฝาปิดมิดชิด (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.03$, S.D. = 0.77) รองลงมา คือ ข้อ 1. ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่าย/ ก่อนให้นม ก่อนปั๊มนม ใส่ขวดหรือถุงเก็บนมแม่/ก่อนเตรียมอาหารและให้อาหารแก่เด็ก /หลังเช็ดอุจจาระหรือทำความสะอาดอุจจาระเด็ก (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.11$, S.D. = 0.71) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 7. ท่านรวบรวมและกำจัดขยะเป็นประจำทุก 1–2 วัน/กำจัดอุจจาระเด็กโดยนำไปเทลงส้วมหรือฝังดินกลบให้ลึก ($\bar{x} = 1.39$, S.D. = 0.55) ระยะติดตามผล ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 4. ท่านใช้ฝาครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดให้เด็ก ตลอดเวลา ที่เด็กไม่ดื่มนม/ เก็บนมแม่ที่บรรจุในขวดนม หรือถุงเก็บนมแม่ในตู้เย็นทันที/เก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่น ๆ ที่มาฝาปิดมิดชิด (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.06$, S.D. = 0.75) รองลงมา คือ ข้อ 2. ทำความสะอาดหัวนม,ลานนมให้สะอาดก่อนให้นม/ล้างอุปกรณ์และขวดนม จุกนม ขวดนม ฝาครอบนม ต้มในน้ำเดือด 10–15 นาที หรือหนึ่งในเครื่องนึ่งขวดนม/ล้างวัตถุดิบที่ใช้ในการทำอาหารเสริม เช่น ปลา ผักต่าง ๆ (ข้อใดข้อหนึ่ง) ($\bar{x} = 2.03$, S.D. = 0.74) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 7. ท่านรวบรวมและกำจัดขยะเป็นประจำทุก 1–2 วัน/กำจัดอุจจาระเด็กโดยนำไปเทลงส้วมหรือฝังดินกลบให้ลึก ($\bar{x} = 1.53$, S.D. = 0.56)

2. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2.1 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ โรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความรู้เรื่องโรค อุจจาระร่วง (คะแนนเต็ม)	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ระยะติดตามผล	ความแตกต่างค่าเฉลี่ย		
	(1)	(2)	(3)	(p-value)		
	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.			
	(n = 36)	(n = 36)	(n = 36)	(1)-(2)	(1)-(3)	(2)-(3)
ความหมายของโรค	สาเหตุ อาการ การรักษาโรค การป้องกันโรค (15)					
กลุ่มทดลอง	10.39 $\pm$ 0.32	13.75 $\pm$ 0.25	13.28 $\pm$ 0.19	<0.01**	<0.01**	0.11
กลุ่มควบคุม	9.44 $\pm$ 3.01	10.81 $\pm$ 1.40	10.50 $\pm$ 0.28	0.07	0.20	0.77

หมายเหตุ: **เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญที่ระดับ p- value < 0.01

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลัง การให้กระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง และระยะ ติดตามผลคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนและ หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังนี้

ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยรวมเรื่องความรู้โรคอุจจาระร่วง มีคะแนนเฉลี่ย ก่อนทดลอง 10.39 $\pm$ 0.32 มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง 13.75 $\pm$ 0.25 ระยะติดตามผล 13.28 $\pm$ 0.19 เมื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง การทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล เมื่อแบ่งระดับตามเกณฑ์จำแนก ระดับความรู้ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ก่อนทดลอง ในระดับปานกลาง หลังทดลองและระยะ ติดตามผล ในระดับมากที่สุด

ในกลุ่มควบคุมพบว่า เมื่อทดสอบคะแนนความรู้ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 9.44 $\pm$ 3.01 หลังการทดลอง 10.81 $\pm$ 1.40 ระยะติดตามผล 10.50 $\pm$ 0.28 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง การทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความไม่แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังการทดลอง และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล เมื่อแบ่งระดับตามเกณฑ์จำแนกระดับความรู้ กลุ่มควบคุม มีระดับความรู้ก่อนทดลองในระดับปานกลาง หลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากและระยะติดตามผล ลดลงมาเป็นระดับปานกลาง

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม)	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ระยะติดตามผล	ส่วนต่างค่าเฉลี่ย (p – value)		
	(1)	(2)	(3)			
	Mean $\pm$ S.D. (n = 36)	Mean $\pm$ S.D. (n = 36)	Mean $\pm$ S.D. (n = 36)	(1)-(2)	(1)-(3)	(2)-(3)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง (20)						
กลุ่มทดลอง	11.58 $\pm$ 5.56	17.31 $\pm$ 3.90	19.17 $\pm$ 0.88	<0.01**	<0.01**	0.02*
กลุ่มควบคุม	11.36 $\pm$ 2.58	11.83 $\pm$ 3.85	12.11 $\pm$ 2.94	0.43	0.21	0.62
การรับรู้ความรุนแรง (15)						
กลุ่มทดลอง	11.36 $\pm$ 1.27	14.39 $\pm$ 1.13	14.61 $\pm$ 0.69	<0.01**	<0.01**	0.93
กลุ่มควบคุม	10.39 $\pm$ 2.17	10.94 $\pm$ 0.22	10.83 $\pm$ 0.21	0.19	0.32	0.50
การรับรู้ผลดี (25)						
กลุ่มทดลอง	20.58 $\pm$ 3.37	24.31 $\pm$ 1.17	24.33 $\pm$ 0.83	<0.01**	<0.01**	1.00
กลุ่มควบคุม	19.69 $\pm$ 3.72	20.58 $\pm$ 3.37	20.72 $\pm$ 3.07	0.41	0.27	0.29
การรับรู้อุปสรรค (25)						
กลุ่มทดลอง	18.58 $\pm$ 5.16	23.81 $\pm$ 2.14	24.39 $\pm$ 0.77	<0.01**	<0.01**	0.39
กลุ่มควบคุม	18.33 $\pm$ 4.12	18.86 $\pm$ 4.65	19.58 $\pm$ 4.16	1.00	0.70	0.17

หมายเหตุ: เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA

* มีนัยสำคัญที่ระดับ p- value < 0.05

** มีนัยสำคัญที่ระดับ p- value < 0.01

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ผลดี และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของโรคอูจจาระร่วงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบผลดังนี้

สำหรับกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยที่มีระดับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)ทั้งก่อนทดลองหลังทดลอง และระยะติดตามผล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ (ก่อน/หลังการทดลอง) (หลังการทดลอง/ระยะติดตามผล) และ (ก่อนการทดลอง/ระยะติดตามผล) ได้ค่า P-value = < 0.01 < 0.01 และ 0.02 ตามลำดับ

สำหรับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรค มีระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ (ก่อน/หลังการทดลอง) (หลังการทดลอง/ระยะติดตามผล) และ (ก่อน/ระยะติดตามผล) พบว่า ทั้ง 3 ตัวแปร มีผลคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนการทดลอง/หลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลอง/ระยะติดตามผล 1 เดือน ($P\text{-value} < 0.05$) มีผลคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง/ระยะติดตามผล ($P\text{-value} > 0.05$) เมื่อแบ่งระดับตามเกณฑ์การให้คะแนน จำแนกความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี หลังทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับดีมาก การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองอยู่ในระดับดี หลังทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยในระดับดีมาก และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีระดับค่าเฉลี่ยทั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลอยู่ในระดับ ดีมาก

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ (ก่อน/หลังการทดลอง) (หลังการทดลอง/ระยะติดตามผล) และ (ก่อน/ระยะติดตามผล) พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง/ระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนระดับคะแนนเฉลี่ยก่อน/หลังการทดลองและหลังการทดลอง/ระยะติดตามผล พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) เมื่อแบ่งระดับตามเกณฑ์การให้คะแนน จำแนกความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี หลังทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ หลังทดลองและระยะติดตามผล อยู่ในระดับดี การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี หลังทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับดีมาก และการรับรู้อุปสรรค ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ
ระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม)	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ระยะ	ส่วนต่างค่าเฉลี่ย		
	(1)	(2)	ติดตามผล(3)	(p – value)		
	Mean (S.D.) (n = 36)	Mean (S.D.) (n = 36)	Mean (S.D.) (n = 36)	(1)-(2)	(1)-(3)	(2)-(3)
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (20)						
กลุ่มทดลอง	15.42 ± 3.34	19.38 ± 1.34	19.17 ± 0.88	<0.01**	<0.01**	1.00
กลุ่มควบคุม	15.94 ± 3.38	16.72 ± 1.98	16.83 ± 1.80	0.08	0.13	1.00
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (20)						
กลุ่มทดลอง	15.75 ± 2.90	19.03 ± 1.18	19.14 ± 0.80	<0.01**	<0.01**	1.00
กลุ่มควบคุม	16.31 ± 3.04	16.25 ± 2.09	16.08 ± 1.80	1.00	1.00	1.00
การประเมินข้อมูลสุขภาพ (20)						
กลุ่มทดลอง	15.64 ± 3.32	18.92 ± 2.03	19.56 ± 0.65	<0.01**	<0.01**	0.26
กลุ่มควบคุม	15.92 ± 0.55	16.14 ± 0.34	16.22 ± 0.22	1.00	1.00	1.00
การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (20)						
กลุ่มทดลอง	15.94 ± 3.08	19.06 ± 1.67	19.31 ± 0.86	<0.01**	<0.01**	1.00
กลุ่มควบคุม	16.61 ± 2.22	16.53 ± 1.91	16.28 ± 1.49	1.00	0.33	0.39

หมายเหตุ: **เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญที่ระดับ p- value < 0.01

ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เปรียบเทียบรายคู่ (ก่อน/ หลังการทดลอง) (หลังการทดลอง/ระยะติดตามผล) และ (ก่อน/ระยะติดตามผล) พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย(ก่อน/หลังการทดลอง) และ (ก่อน/ระยะติดตามผล) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P-value < 0.01 ทั้ง 2 คู่ ส่วนระยะหลังการทดลอง/ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P-Value = 1.00 (ค่า P-value เท่ากันทั้ง 3 ด้าน) และด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ย ก่อน/หลังการทดลอง และก่อน / ระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P-value < 0.01 ทั้ง 2 คู่ ส่วนระยะหลังการทดลอง/ระยะติดตามผล พบว่า ค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P-Value = 0.26

ส่วนกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลเปรียบเทียบรายคู่ (ก่อน/หลังการทดลอง) (หลังการทดลอง/ระยะติดตามผล)

และ (ก่อน/ระยะติดตามผล) พบว่า ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และการประเมินข้อมูลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยทั้ง 3 คู่ ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = 1.00$ ทั้งหมดทุกคู่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า ทั้ง 3 คู่ มีความไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า $P\text{-value} = 0.08, 0.13$ และ 1.00 ตามลำดับ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พบว่า ทั้ง 3 คู่ มีความไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า $P\text{-value} = 1.00, 0.33$ และ 0.39 ตามลำดับ

2.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการทดลองซึ่งสามารถจำแนกประเภทของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ตามการเลี้ยงดูได้ 4 ด้าน ดังนี้ สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมผสมและพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริม ซึ่งเมื่อทดสอบคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าผลการทดสอบคะแนนเป็นดังนี้

2.4.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ระยะติดตามผล	ส่วนต่างค่าเฉลี่ย		
ป้องกันโรค	(1)	(2)	(3)			
อุจจาระร่วง	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.			
(คะแนนเต็ม)	(n = 36)	(n = 36)	(n = 36)	(1)-(2)	(1)-(3)	(2)-(3)
พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก (21)						
กลุ่มทดลอง	12.58 $\pm$ 0.23	15.83 $\pm$ 0.28	15.56 $\pm$ 0.21	0.01**	0.01**	0.58
กลุ่มควบคุม	12.59 $\pm$ 0.54	12.72 $\pm$ 1.61	12.78 $\pm$ 1.66	1.00	1.00	1.00

หมายเหตุ: **เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญที่ระดับ $p\text{-value} < 0.01$

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ (ก่อน/หลังการทดลอง) และ (ก่อน/ระยะติดตามผล) พบว่า

คะแนนเฉลี่ยก่อนการ/หลังการทดลอง และก่อน/ระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = < 0.01$ เท่ากันทั้ง 2 คู่ ส่วนหลังการทดลอง/ระยะติดตามผล พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยมีความไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = 0.58$

สำหรับกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ (ก่อน/หลังการทดลอง) (หลังการทดลอง/ระยะติดตามผล) และ (ก่อน/ระยะติดตามผล) พบว่า มีระดับคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 คู่ ค่า $P\text{-value} = 1.00$ เท่ากันทั้ง 3 คู่

ตอนที่ 3 ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนค่าเฉลี่ยความรู้โรคอุจจาระร่วง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของความรู้โรคอุจจาระร่วง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 75.11$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อศึกษาภายในกลุ่ม พบว่า เวลาทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม) กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 34.55$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อพิจารณา เวลา $\times$ กลุ่ม พบว่า เวลา ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา กลุ่มทดลอง/ กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ช่วงเวลา เปรียบเทียบกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.64$, $p\text{-value} < 0.01$) ดังตาราง 20

ตาราง 20 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความรู้โรคอุจจาระร่วง	Sum of square	df	Mean square	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	266.67	1	266.67	75.11	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	248.5	70	3.55		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	230.78	1.54	149.83	34.55	<0.01**
เวลา X กลุ่ม	44.33	1.54	28.78	6.64	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	467.56	107.82	4.34		

หมายเหตุ: Partial Eta Squared = 0.34

**เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value < 0.01

2. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ โรคอุจจาระร่วง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 161.30$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อศึกษาภายในกลุ่ม พบว่า เวลา ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม) กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยแตกต่างกันของทั้ง 3 ช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 100.01$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อพิจารณาเวลา x กลุ่ม พบว่า เวลา ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา กลุ่มทดลอง/ กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ช่วงเวลา เปรียบเทียบกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 54.42$, $p\text{-value} < 0.01$) ดังตาราง 21

ตาราง 21 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ โรคอุจจาระร่วง	Sum of square	df	Mean square	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	9,520.17	1	9,520.17	161.30	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	4,131.54	70	59.02		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	6,002.07	1.65	3,649.37	100.01	<0.01**
เวลา X กลุ่ม	3,266.19	1.65	1,985.51	54.42	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	4,201.07	70	60.02		

หมายเหตุ: Partial Eta Squared = 0.70

**เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญที่ระดับ p- value < 0.01

3. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 24.18$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อศึกษาภายในกลุ่ม พบว่า เวลา ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม) กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 32.67$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อพิจารณา เวลา x กลุ่ม พบว่า เวลา ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ช่วงเวลา เปรียบเทียบกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 27.89$, $p\text{-value} < 0.01$) ดังตาราง 22

ตาราง 22 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Sum of square	df	Mean square	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2,521.50	1	2,521.50	24.18	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	7,299.00	70	104.27		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2,511.03	1.40	1,790.87	32.67	<0.01**
เวลา X กลุ่ม	2,144.19	1.40	1,529.25	27.89	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	5,380.78	70	76.87		

หมายเหตุ: Partial Eta Squared = 0.70

**เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value < 0.01

4. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 274.70$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อศึกษาภายในกลุ่ม พบว่า เวลา ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม) กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของทั้ง 3 ช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 157.78$, $p\text{-value} < 0.01$) เมื่อพิจารณาเวลา x กลุ่ม พบว่า เวลา ทั้ง 3 ช่วงระยะเวลา กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ช่วงเวลา เปรียบเทียบกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 141.54$, $p\text{-value} < 0.01$) ดังตาราง 23

ตาราง 23 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนทดลอง
หลังทดลองและระยะติดตามผล

พฤติกรรมป้องกัน โรคอุจจาระร่วง	Sum of square	df	Mean square	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1,190.04	1	86.89	274.70	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	303.25	70	4.33		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	457.69	1.41	325.74	157.78	<0.01**
เวลา X กลุ่ม	410.58	1.41	292.21	141.54	<0.01**
ความคลาดเคลื่อน	203.06	98.37	2.06		

หมายเหตุ: Partial Eta Squared = 0.67

**เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value < 0.01



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกัน การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา มีดังนี้

1. การศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 80.56 เพศชายร้อยละ 18.06 อายุ ส่วนใหญ่มีอายุ 18-30 ปี ร้อยละ 31.94 ปี มีอายุเฉลี่ย 41.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.48 อายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.61 อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 34.72 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ มีจำนวน 4-5 คน ร้อยละ 52.78 จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในการดูแล ส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คน ร้อยละ 65.28 เด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ในการดูแล ส่วนใหญ่ อายุ 1-2 ปี ร้อยละ 25.00 การรับประทานนม ส่วนใหญ่รับประทานนมแม่ และนมผสม นมกล่อง ร้อยละ 63.89 การให้อาหารเสริมกับเด็ก ส่วนใหญ่ ให้ ร้อยละ 59.72 อายุที่เริ่มให้อาหารเสริมแก่เด็ก ส่วนใหญ่ให้เมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 62.50 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ ไม่มี ร้อยละ 87.50 ส่วนใหญ่ไม่มี ประวัติการเกิดโรคอุจจาระร่วงใน 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 87.50

ความรู้โรคอุจจาระร่วง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง พบระดับ คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 10.39 (S.D. = 0.32) และในกลุ่มควบคุม 9.44 (S.D. = 3.01)

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ย 11.58 (S.D. = 5.56) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 11.47 (SD.= 4.31) 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของ โรค กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ย 11.36 (S.D.= 1.27) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 10.39 (S.D.= 2.17) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรักษาและป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับดีมาก กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ย 20.58

(S.D. = 3.37) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 19.69 (S.D. = 3.72) 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับดี กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ย 18.58 (S.D.= 5.16) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 18.33 (S.D. = 4.12)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับดี กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ย 15.42 (S.D. = 3.34) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 15.94 (S.D. = 3.38) 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 15.86 (S.D. = 2.48) 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดี กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 15.78 (S.D. = 3.28) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 11.47 (S.D. = 4.31) 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดี กลุ่มทดลอง พบคะแนนเฉลี่ย 15.94 (S.D. = 3.08) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 16.61 (S.D. = 2.22)

พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับพอใช้ กลุ่มทดลองพบคะแนนเฉลี่ย 12.58 (S.D. = 0.23) และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 12.59 (S.D. = 1.54)

2. โปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

โปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ประยุกต์เครื่องมือจากงานวิจัยของพินิจ ศรีใส (2553) ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 6 สัปดาห์ ประกอบไปด้วยกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพใช้วิธีการบรรยายและใช้เทคนิคการนำเสนอด้วยภาพ (Fotonovela Technique) กิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ตามแนวคิดของแบนดูรา เรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้วิธีการบรรยาย การสาธิต เล่าประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง บันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคตามเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้แบบต้นเตียนตน

2.1 ผลการศึกษาการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถสรุปได้ดังนี้

การเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน

แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.33 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 67.90 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 73.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 96.7 ทั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 53.3 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพ ร้อยละ 56.7

2.1.1 ภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และในส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การอภิปรายผล

การวิจัยพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอกวน จังหวัดเชียงราย มีตัวแปร ในการศึกษา ได้แก่ ความรู้การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีรายละเอียดของการอภิปรายดังนี้

1. ความรู้โรคอุจจาระร่วง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการทดลอง/หลังการทดลองและ ก่อนการทดลอง/ระยะติดตามผล ระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และระยะหลังการทดลอง/ระยะติดตามผล ระดับคะแนนแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หากเปรียบเทียบจากหลังการทดลองกับระยะติดตามผล มีระดับคะแนน เฉลี่ยลดลงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส เพ็ชรสุวรรณ และสุเวช พิมน้ำเย็น (2560) ที่ศึกษาเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อความรู้ ทัศนคติพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภองาว จังหวัดลำปาง พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ หล้าสวัสดิ์, สุตาภรณ์ พัยคมเรือง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม (2562) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.118, p < .05$) จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการให้ความรู้ผ่านกระบวนการตามโปรแกรมที่มีความต่อเนื่องสามารถเพิ่มระดับความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายได้

2. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มทดลอง ผลคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของพินิจ ศรีใส (2553) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมมาสร้างเป็นโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา และการรับรู้ความรุนแรงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสร้างโปรแกรม พบว่า หลังร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จะเห็นได้ว่า การร่วมโปรแกรมที่มีความต่อเนื่องและได้เรียนรู้ร่วมกับวิทยากรที่มีประสบการณ์การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มทดลองด้วยกันทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มทดลอง ผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติญา ไพศาลภักดิ์, ภัทธกร เจริญบุตร และกุลชญา ลอยหา (2566) ได้ศึกษาเรื่อง โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มาสร้างเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนัก และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนค่าเฉลี่ยความแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.68$, $df = 58.00$, $p < 0.01$) จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการเรียนรู้ด้วยโปรแกรม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลาที่เหมาะสม

4. พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง ผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ อาษาธง (2561) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนแนะ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้โปรแกรมการสอนแนะตามแนวคิดของ GirVin จำนวน 3 วัน พบว่า ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมฯ เท่ากับ 7.33 คะแนน ($S.D. = 0.61$) และ 5.60 คะแนน ($S.D. = 0.34$) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.73 คะแนน ($\text{Mean diff} = 1.73$; $95\% \text{ CI: } 1.41\text{-}2.05$, $p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธกร คำภูมิ (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของการพยาบาลต่อเนื่องต่อพฤติกรรมดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล โดยใช้โมเดลความต่อเนื่องการดูแล ของ Haggerty สร้างเป็นโปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลต่อเนื่องมีพฤติกรรมดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังจำหน่ายเด็กจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากในโปรแกรมการเรียนรู้ มีการสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยมีการสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติจริง มีการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยใช้แบบตนเตือนตนเพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และในระยะติดตามผล มีการให้รางวัลสำหรับคนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นการกระตุ้นและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง

โดยสรุป หลังจากกลุ่มทดลอง ร่วมโปรแกรมการเรียนรู้จำนวน 6 สัปดาห์ โดยทีมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ โภชนากร เภสัชกร นักระบาดวิทยา ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ผ่านกระบวนการตามโปรแกรมที่ประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทั้งวัตถุประสงค์ทั่วไป ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ซึ่งโปรแกรม มีประสิทธิผล สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มทดลองได้ และวัตถุประสงค์เฉพาะ ทั้ง 2 ข้อ ได้แก่ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ความแปรปรวนค่าเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งพบว่า ทุกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก มีค่าเฉลี่ย และความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยแตกต่างกันทั้งภายในกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

5. จุดเด่นและจุดด้อยของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จุดเด่นของโปรแกรมการเรียนรู้ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง เป็นโปรแกรมที่ สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจริงของชุมชน การทบทวนวรรณกรรม และนำมาสร้างเป็นโปรแกรม ที่มีความตรงตามสภาพปัญหา และเลือกใช้สื่อที่มีวิทยากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น โภชนากร พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็ก เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคติดต่อ ทำให้สามารถสร้างกระบวนการ

การเรียนรู้ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง ก่อให้เกิดความรู้ การรับรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เพิ่มขึ้น

จุดด้อยของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคอุจจาระร่วง คือ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ดำเนินการในระยะเวลาสั้น 6 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีเวลาน้อยในการเรียนรู้ และทำความเข้าใจในเนื้อหาตามกระบวนการทั้งหมด รวมถึงสถานที่จัดกิจกรรม (ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ) มีข้อจำกัด เรื่องสื่อทัศนูปกรณ์ จอโปรเจคเตอร์ที่มีขนาดเล็ก ห้องประชุมมีแสงจ้า ไม่มีผ้า màn ฉากกั้นแสง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่า การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทำให้ผู้ดูแลเด็ก มีการรับรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้องและเหมาะสม มากกว่าก่อนศึกษาและมีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้ เข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ความรู้ ควรเสริมสร้างความรู้ในด้านการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคอุจจาระร่วง เนื่องจากพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยข้อที่ 8. “การรักษาที่สำคัญ เมื่อเด็กป่วยด้วย โรคอุจจาระร่วง คือการรับประทานยาฆ่าเชื้อให้เร็วที่สุด” เพิ่มขึ้นหลังการทดลองน้อยที่สุด ซึ่งควร สื่อสารให้ความเข้าใจในการใช้น้ำตาลเกลือแร่ในการรักษา และใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมารับการรักษา จากสถานพยาบาลและแพทย์ผู้ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งจ่ายเท่านั้น

1.2 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมการรับรู้ผลดีของการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ เนื่องจากพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ หลังการทดลอง ข้อที่ 9. “การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ท่าน ควรทำ” เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ทั้งนี้ ระบบการสุขาภิบาลปัจจุบัน มีการพัฒนาไปจากอดีตค่อนข้างมาก ทำให้ประชาชนละเลย ไม่เห็นความสำคัญของการล้างมือ

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมการเข้าถึงเบอร์สายด่วนสุขภาพ 1669 หรือเบอร์โทรของสถานพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ ข้อ 3. “ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพ เมื่อเกิดเหตุ” เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด โดยกลุ่มทดลอง ตำบลม่วงคำ เป็นตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลพนา สามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลพนาได้อย่างสะดวกสบาย จึงไม่มีความรอบรู้ในเรื่อง การเข้าถึงโดยการติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพ

1.4 พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ควรส่งเสริมพฤติกรรม การป้อนอาหารเสริม ให้เด็ก เนื่องจากกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล ข้อ 6. ”ป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็ก ป้อนอาหารเสริมให้เด็กด้วยช้อน” เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด โดยในปัจจุบันอาหารเสริมสำหรับเด็ก มีอาหารเสริมสำเร็จรูป สะดวกในการปรุง ให้กับเด็ก ผู้ปกครองจึงไม่ให้ความสำคัญในพฤติกรรมป้องกันในการป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จ หรือการอุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็ก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 นำโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคอุจจาระร่วงไปปรับใช้ในการวิจัยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค หรือการส่งเสริม สุขภาพ ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อเพิ่มความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันการโรคต่าง ๆ หรือการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อไป

2.2 โปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคอุจจาระร่วงใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 6 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ย ด้านพฤติกรรม ป้องกันโรคอุจจาระร่วง เพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับมาก จากผลการวิเคราะห์ตัวแปร ในระยะติดตามผล พบว่า ความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่าง จากระยะหลังทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.05$ โดยเฉพาะความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรค ที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลง แม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ความรอบรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จึงควรมีการจัดโปรแกรมการเรียนรู้และสอดแทรกเนื้อหาดังกล่าวข้างต้นในการส่งเสริมความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคให้กับผู้ดูแลเด็ก สามารถมีระดับของตัวแปรดังกล่าวที่ยั่งยืน นำความรู้ ความรอบรู้ไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะทำให้การดำเนินงานในระดับ พื้นที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนสามารถลดอัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงได้ในอนาคต

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559, 30 กรกฎาคม). นโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03/download?id=39711&mid=31985&mkey=m_document&lang=th&did=13759
- กฤติญา ไพศาลภักดิ์, ภัทรภร เจริญบุตร และกุลชญา ลอยหา. (2566). โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 12(1), 26-36.
- กองการเรียนรู้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565, 31 สิงหาคม). รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2565 <https://hed.hss.moph.go.th/results-health/>
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 30 กันยายน). รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 Diarrhea <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1142920210518092542.pdf>
- ขวัญจิต เพ็งแป้น. (2562). บทบาทผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 6(2), 131-142.
- ขวัญชนก ใจดี และคณะ. (2563, 28 กุมภาพันธ์). พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ของผู้ปกครองในตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. การประชุมวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ครั้งที่ 2 ประจำปี 2563, มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- จารวี ขำนิม, ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก. พยาบาลสาร, 47(3), 376-388.
- ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, เฉลิมศรี ภูมิมางกูร และพุทธรัตน์ ชันอาษา. (2561). ข้อเสนอแนะในการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสำหรับเกษตรกรชุมชน. ว. เกษตรศาสตร์อีสาน, 14(4), 1-17.

- ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 42-60.
- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ* [เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธมนณัฐ วิชา และคณะ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(2), 195-211.
- นัฏกร สุขเสริม. (2560). พฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 14(2), 214-221.
- นันทน์ภัส เพ็ชรสุวรรณ และสุเวช พิมน้ำเย็น. (2560). ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อความรู้ทัศนคติพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภอเกาะ จังหวัดลำปาง. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 15-26.
- นุสรา หุโธสง และนาฏสภา หีบแก้ว ปัตตาสวรรณ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 116-131.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2565, 16 มกราคม). *สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล จัดงานแถลงข่าว “จำนวนเกิดในประเทศไทยดิ่งต่ำลงจนน่าตกใจ”*
<https://www.ryt9.com/s/prg/3389755>
- ปาริชาติ อาษาธง. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2), 85-94.
- ปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร, เอมอัชฌา วัฒนบุรณนธ์, พาณิ สีดกะลิน และวัลลภ ใจดี. (2565). ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 10(2), 70-86.

- พัชรกร คำภูมิ. (2566). ผลของการพยาบาลต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- พินิจ ศรีใส. (2553). ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
- พิสมัย จันทวิมล. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ภาสกร อุ่นคำ และ ศุภนิธย์ ปิ่นคำ. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี*, 12(2), 53-69.
- ลำพูน อิงคภากร และ นิลุบล คุณวัฒน์. (2563). การศึกษาวิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ปี 2557-2564 แปลงสู่การปฏิบัติ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 38(1), 95-111.
- วรัญญูศิลา ทรัพย์ประเสริฐ. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และจิตสำนึกสาธารณะที่มีต่อพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครอบครัวเด็กวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 13(2), 108-124.
- สมาคมเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ. (2562, 30 กรกฎาคม). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2562* https://www.pthaigastro.org/Document/hz0tpx1bdldozf11z5minfimCPG_Blue.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2564, 30 กรกฎาคม). *สถานการณ์เด็กและเยาวชน 2564* https://www.nso.go.th/public/e-book/Analytical-Reports/Children_Youth_64/
- เสริมพันธุ์ ศรีจันทร์. (2560). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา* [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- อรรธรณ หล้าสวัสดิ์, สุดาภรณ์ พัยคมเรือง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2562). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(3), 63-78.

- อัศรียี พิชัยรัตน์ เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และจันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตรัง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(2), 82-97.
- Abraham, Z., Fritz, J. R., Carl, R. C., & George, C. H. (1985). *The motivation, productivity, and satisfaction of workers : a prediction study*. Harvard University.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. C.B.Slack.
- Christine, M. G., et al. (2021). Effects of a Water, Sanitation, and Hygiene Mobile Health Program on Diarrhea and Child Growth in Bangladesh:A Cluster-randomized Controlled Trial of the Cholera Hospital-based Intervention for 7 Days (CHoBI7) MobileHealth Program. *Clinical Infectious Diseases*, 73(9), 2560–2568.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical Power Analyses Using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Gochman, D. S. (1998). *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. Plenum Press.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research—Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7, Ed.). Elsevier Saunders.
- Guddeti, S., Sunanda, G., Ramaiah, D., Sadiq, M. M. J., & Narayana, G. (2017). Impact of Structured Educational Program on Maternal Knowledge, Attitude, and Practice toward Diarrhea Management in Children <5 years age in Anantapur District. *CHRISMED Journal of Health and Research*. 4(3), 186-193. https://doi.org/10.4103/cjhr.cjhr_121_16
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (8, Ed.). Jones & Bartlett Learning.

- Rina, D., Md, A. H., Karen, L. K., Dilruba, N., Jahangir, M., Dipika, S., Tahmeed, A., Myron, M. L., Robert, F. B., Faruque, A. S. G., & Matthew, C. F. (2024). Enteric viral pathogens and child growth among under-five children: findings from South Asia and sub-Saharan Africa. *Scientific Reports* 14(1), 1-12. 10.1038/s41598-024-64374-0
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Shadia, A. E. S., & et al. (2020). Effect of Video-Assisted Structured Teaching Program on Mothers' Knowledge and Practices regarding Diarrhea Prevention among Children Less Than Five Years. *Egyptian Journal of Health Care*, 11(4), 832-842.
- World Health Organization. (2014, 27 April). *Health literacy toolkit for low-and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf?sequence=1>



ภาคผนวก ก หนังสือรับรองเชิงจริยธรรม

 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE 19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666	
เอกสารรับรองโครงการวิจัย	
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)	
ชื่อโครงการ	: ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย : THE EFFECTIVENESS OF A LEARNING PROGRAM BASED ON HEALTH BELIEF MODEL THEORY. TOWARDS BEHAVIOR TO PREVENT DIARRHEA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE IN PHAN DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE.
เลขที่โครงการวิจัย	: HREC-UP-HSST 1.2/155/66
ผู้วิจัยหลัก	: นายกิตติชัย พงศ์วินทร์
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
อาจารย์ที่ปรึกษา	: ผศ.ดร.สมคิด จูหวั
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
วิธีทบทวน	: แบบเร่งรัด (Expedited)
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
 ลงนาม  (รองศาสตราจารย์ ดร.ชัชวราภรณ์ ดวงใจ) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา	
วันที่รับรอง	: 2 ตุลาคม 2566
วันหมดอายุ	: 2 ตุลาคม 2567
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)	

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก

ประสิทธิผลของโปรแกรมเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

2. แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ส่วนที่ 3. ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

ส่วนที่ 4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ส่วนที่ 5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 6. พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ลำดับที่ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์.....ตำบลม่วงคำ อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ดูแลเด็ก

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย (✓) ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

1. ท่านเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็น

- () 1. มารดา () 2. บิดา
() 3. ผู้รับจ้างเลี้ยงเด็กที่บ้าน () 4. ญาติ ระบุ.....

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุเต็ม)

3. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับใด

- () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. ท่านประกอบอาชีพอะไร

- () 1. แม่บ้าน () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย
() 4. เกษตรกรรม () 5. อื่น ๆ ระบุ.....

6. จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว.....คน

7. จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว.....คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก

คำชี้แจง โปรดเติมคำ ในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

1. วัน เดือน ปีเกิด.....(อายุ.....ปี.....เดือน)

2. ปัจจุบันเด็กรับประทานนมแม่หรือไม่

- () 1. รับประทาน () 2. ไม่รับประทาน

3. ระยะเวลาที่เด็กรับประทานนมแม่ถึงอายุ.....ปี.....เดือน

4. ปัจจุบันเด็กรับประทานนมชนิดใด

- () 1. นมแม่ () 2. นมแม่และนมผสม () 3. นมผสมหรือนมกล่อง
() 4. นมชนิดอื่น เช่น นมข้นหวาน นมเปรี้ยว () 5. ไม่ดื่มนม

5. ปัจจุบันท่านเลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริมหรือไม่

- () 1. เลี้ยง ให้ตอบคำถามข้อ 6 และข้อ 7
() 2. ไม่เลี้ยง (ข้ามไปตอบคำถามในข้อ 8)

6. ท่านเริ่มให้อาหารเสริมแก่เด็กเมื่ออายุ.....เดือน

7. อาหารเสริมที่ท่านให้แก่เด็ก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ข้าวบด () 2. ไข่และเนื้อสัตว์ () 3. ผักสุกบด

() 4. ผลไม้สุก () 5. อาหารเสริมสำเร็จรูป

8. โรคประจำตัวของเด็ก () 1. มี คือโรค.....

() 2. ไม่มี

9. ประวัติการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็กใน 1 เดือนที่ผ่านมา

() 1. มี () 2. ไม่มี

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นหรือความเชื่อเพียงคำตอบเดียว

ลำดับ	ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง
1.	โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน			
2.	โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเป็นมูก, มีเลือดปน หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก อย่างน้อย 1 ครั้ง			
3.	การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด มีแมลงวันตอม อาหารบูดเน่า ค้างคิน เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง			
4.	โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ไม่สามารถติดต่อกันได้			
5.	การดื่มนมที่หมดอายุ หรือทิ้งไว้นาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้			
6.	การดื่มน้ำที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้			
7.	เด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมีโอกาสเสียชีวิตได้จากการขาดน้ำ			
8.	การรักษาที่สำคัญ เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คือการรับประทานยาฆ่าเชื้อให้เร็วที่สุด			
9.	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหารช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง			
10.	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการใช้ห้องส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่ายช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			
11.	การรับประทานนม หรืออาหารที่เตรียมไว้ค้างคิน ไม่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง			
12.	การดื่มน้ำต้มสุกที่สะอาดช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง			

ลำดับ	ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่ถูกต้อง
13.	การใช้ผ้าครอบปิดจุกนม เมื่อผสมนมในขวดทิ้งไว้ ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก			
14.	การกำจัดขยะไม่ให้ตกค้างแลไม่ให้หนู แมลงวันตอม ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก			
15.	การกำจัดอุจจาระของเด็ก โดยการพ่อกะดาช แล้วนำไปทิ้งขยะ ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			

ส่วนที่ 4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดี และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นหรือความเชื่อเพียงคำตอบเดียว

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านคิดว่าการดูแลเด็กของท่าน มีโอกาสทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้					
2.	ท่านคิดว่าภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า เด็กในความดูแล อาจเกิดโรคอุจจาระร่วงได้					
3.	ท่านคิดว่าการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคของท่าน มีโอกาสทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้					
4.	ท่านคิดว่าในขั้นตอนการจัดเตรียมนม หรืออาหารเสริมให้เด็กของท่าน มีโอกาสทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้					
5.	เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีโอกาสทำให้ต้องซื้อยา เช่น ผงน้ำตาลเกลือแร่ โออาร์เอส มาให้เด็กรับประทาน					
6.	เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่มีอาการรุนแรง มีโอกาสต้องไปรับการรักษาและอาจได้นอนโรงพยาบาล					
7.	เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ท่านรู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรงเป็นอันตรายทำให้เด็กเสียชีวิตได้					
8.	เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่านในการที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก					

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9.	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ท่านควรทำ					
10.	เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ในการดูแลเด็กเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง					
11.	เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน ที่จะจัดหาผ้าอ้อมสุกให้เด็กรับประทานทุกครั้ง					
12.	การพาเด็กไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสช่วยป้องกันการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้					
13.	เป็นเรื่องยากสำหรับท่านในการจัดการสุขอนามัยที่ดีสำหรับเด็กเพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วง					
14.	เป็นเรื่องยากสำหรับท่านในการจัดหาผ้าอ้อมที่สะอาดมาบริโภค					
15.	ท่านไม่สะดวกที่จะพาเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ					
16.	การล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ทำให้เสียเวลา					
17.	การซื้อสบู่หรือน้ำยาล้างมือเพื่อใช้ล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอน ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย					

ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามการรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่นความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง เพียงคำตอบเดียว

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เคย ทำ	ทำได้ ยาก มาก	ทำได้ ยาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ง่าย มาก
องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						
1.	ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองโดยทันที					

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เคย ทำ	ทำได้ ยาก มาก	ทำได้ ยาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ง่าย มาก
2.	ท่านสามารถหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือจำเป็นได้					
3.	ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพได้					
4.	ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง					
องค์ประกอบที่ 2 การไขข้อมูลสุขภาพ						
5.	ท่านสามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองด้วยความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือเว็บไซต์					
6.	ท่านสามารถอ่านฉลากอาหารและยา ที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษา และผลข้างเคียง					
7.	ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอในรูปของสัญลักษณ์ คำศัพท์ ตัวเลข หรือเครื่องหมายในสถานพยาบาลได้					
8.	ท่านกล้าซักถามผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเพิ่มความเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพ ให้ความเข้าใจถูกต้อง					
องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ						
9.	ท่านประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนจะทำตาม					
10.	ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตาม					
11.	ท่านทบทวนข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง จนพบทางเลือกที่เหมาะสม ก่อนที่จะทำตาม					

ลำดับ	ข้อความถาม	ไม่เคย ทำ	ทำได้ ยาก มาก	ทำได้ ยาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ง่าย มาก
12.	ท่านได้ตรวจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วย เหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้คนที่ใช้แล้ว ได้ผล					
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ						
13.	ท่านสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพไป ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นเสมอ					
14.	ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย และอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้					
15.	ท่านวางแผน ทำกิจกรรมที่จำเป็น เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง					
16.	ท่านตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อ สุขภาพ					

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน (บางข้อความ
มีพฤติกรรมหลายข้อสามารถตอบได้ถ้ามีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง) พฤติกรรมในการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1.	ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่าย/ก่อนให้นม ก่อนปั๊มนมใส่ขวดหรืออุ้งเก็บนมแม่/ก่อนเตรียมอาหารและ ให้อาหารแก่เด็ก/หลังท่านเช็ดอุจจาระเด็กหรือทำความสะอาด อุจจาระเด็ก/			
2.	ทำความสะอาดหัวนมและลานนมให้สะอาดด้วยสำลีชุบน้ำต้ม สุกก่อนให้นม/ทำความสะอาดอุปกรณ์และขวดนมด้วยน้ำยา ล้างขวดนม และต้มในน้ำเดือด 10-15 นาที หรือนึ่งในเครื่อง นึ่งขวดนมก่อนนำมาเก็บนมแม่/			

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
3.	ท่านตัดเล็บมือของท่านแต่ละครั้งไม่เกิน 2 สัปดาห์ หรือ เมื่อเล็บยาว ดำ			
4.	ท่านใช้ผ้าครอบปิดจุดนม เมื่อผสมนมในขวดให้เด็ก/ ตลอดเวลาที่เด็กไม่ดื่มนม/เก็บนมแม่ที่บรรจุในขวดนม หรือถุง เก็บนมแม่ในตู้เย็นทันที/เก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าว หรือ ภาชนะอื่น ๆ ที่มาฝาปิดมิดชิด			
5.	ท่านใช้น้ำต้มสุกชงนมให้เด็ก/ก่อนนำนมแม่ที่เก็บไว้ในตู้เย็น ให้เด็กรับประทาน อุณหภูมิให้อุ่นนมให้อุ่นนมที่เหมาะสม			
6.	ป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อน นำมาป้อนให้เด็ก ป้อนอาหารเสริมให้เด็กด้วยช้อน/ ложки วัสดุที่ใช้ในการทำอาหารเสริม เช่น ปลา ผักต่าง ๆ			
7.	ท่านรวบรวมและกำจัดขยะเป็นประจำทุก 1-2 วัน/กำจัด อุจจาระเด็กโดยนำไปเทลงส้วมหรือฝังดินกลบให้ลึก			

ภาคผนวก ค สื่อที่ใช้ในโปรแกรมการวิจัย

1. สื่อเรื่องโรคอุจจาระร่วง

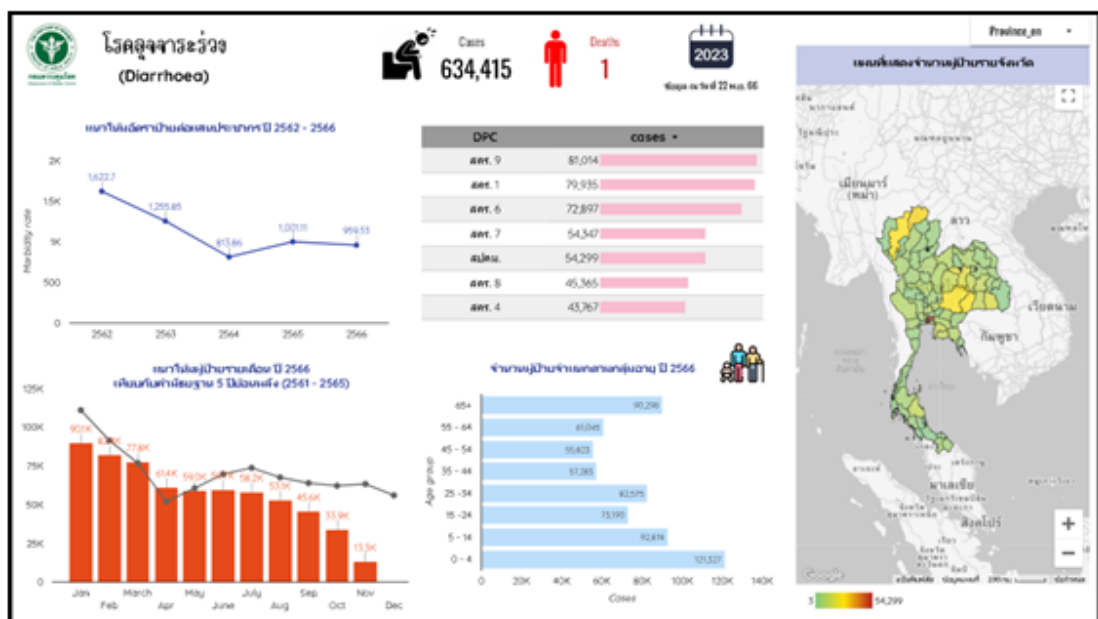


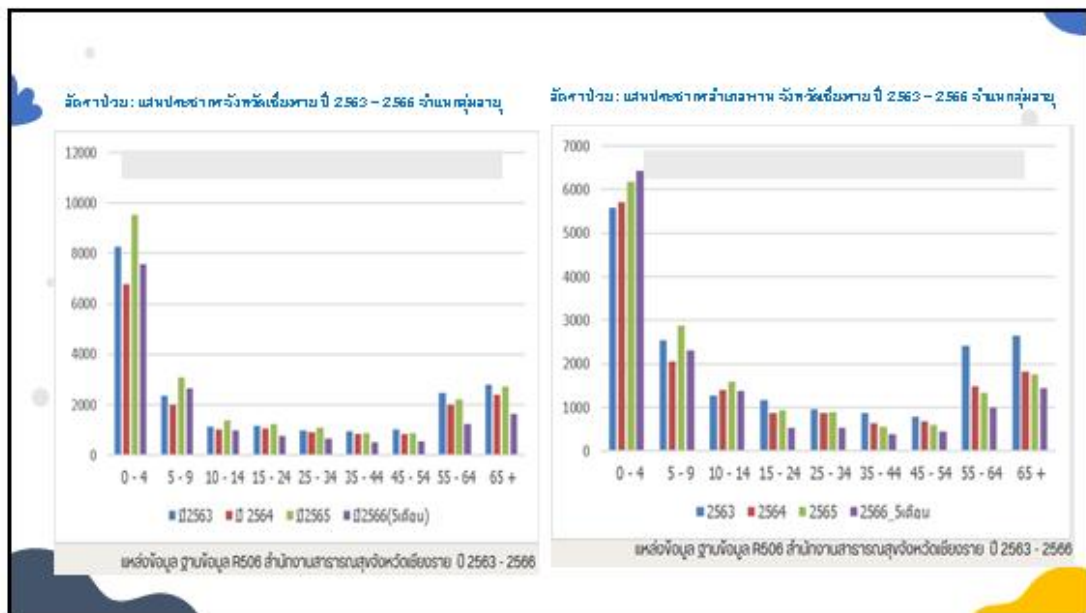
2





4





6

อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)



การติดเชื้อของลำไส้เล็ก
Small bowel infections

- ถ่ายเป็นน้ำ
- ถ่ายปริมาณมาก
- ปวดเกร็งท้อง
- ท้องอืด
- น้ำหนักลด
- ไม่ค่อยพบว่ามีไข้
- ไม่มีเลือดปน หรือ เซลล์เม็ดเลือดขาวปนในอุจจาระ



การติดเชื้อของลำไส้ใหญ่
Large intestinal diarrheas

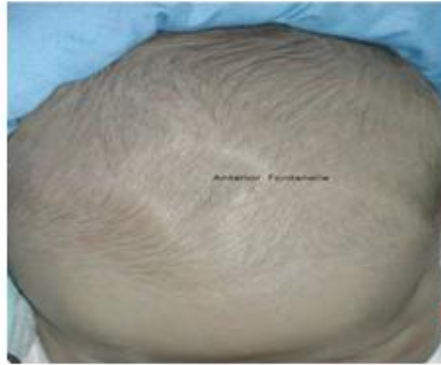
- ถ่ายบ่อย กระปริดกระปอย
- ถ่ายปริมาณน้อย Small volume
- ปวดท้องมากเวลาถ่าย
- มีไข้ Fever
- มักมีเลือดหรือมูกปน
- พบเม็ดเลือดแดง หรือ เซลล์เม็ดเลือดขาวในอุจจาระ



8



อาการกระหม่อมบวมในเด็ก จากการขาดน้ำจากโรคอุจจาระร่วง



10

วิธีการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงด้วยตนเอง

ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ก่อนปรุงอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร และก่อนนำนมผงไปต้ม	ดื่มน้ำสะอาด หรือน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีเครื่องหมาย อย. และผ่านกระบวนการบำบัดน้ำดื่มมาตรฐาน (NSF) หรือ	รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารค้างคืน
อาหารที่สุกแล้ว หรืออาหารที่ปรุงสุกแล้ว ควรเก็บใส่ตู้เย็นให้เร็วที่สุด ก่อนรับประทานทุกครั้ง	อย่าดื่มเครื่องดื่มจากน้ำประปาโดยตรง ควรดื่มจากขวด หรือ	ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ควรงดรับประทานอาหารรสเค็มหรืออาหารที่มีไขมันสูง
การนอน อุณหภูมิที่ในห้องนอน ควรเหมาะสม ไม่เย็นเกินไป ไม่ร้อนเกินไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ	เมื่อป่วยแล้ว ควรพักผ่อนให้เพียงพอ และดื่มน้ำสะอาดมากๆ	เมื่ออุจจาระร่วงแล้ว ควรล้างมือให้สะอาด

โรคอุจจาระร่วง (Diarrhea)

คือ การที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว หรือเป็นน้ำ มีกลิ่นเหม็น อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลียร่วมด้วย

โรคอุจจาระร่วงแบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้

- 1. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน** ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยอุจจาระร่วงทันทีทันใดในระยะสั้น และหายได้ภายใน 2 สัปดาห์
- 2. อุจจาระร่วงเรื้อรัง** ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเรื้อรัง เช่น โรคเรื้อรังในลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นๆ หายๆ นานกว่า 2 สัปดาห์

คำแนะนำ

เมื่อมีอาการเช่นนี้รีบพบแพทย์ หรือเภสัชกร โดยให้รีบแจ้งสถานการณ์การเจ็บป่วยตามอาการและนำตัวไปพบแพทย์

กรมป้องกันและควบคุมโรค
Ministry of Public Health

1422
สายด่วนสุขภาพ

อาการและอาการแสดง

ถ่ายอุจจาระเหลวสีเหลือง 3 ครั้ง ขึ้นไป หรือถ่ายเป็นน้ำ ถ่ายมีมูกหรือหนองปนบ่อย 1 ครั้ง ใน 1 วัน นอกจากนี้อาจมีอาการท้องอืดหรือปวดท้องร่วม

เกิดจากเชื้อไวรัส	เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย
เชื้อไวรัสโรต้า อุจจาระ มีลักษณะเป็นฟอง รับประทานยาได้ยาก โรต้าไวรัส อุจจาระ มีลักษณะเป็นฟอง รับประทานยาได้ยาก	อีโคไล (Escherichia coli) อุจจาระมีลักษณะเป็นน้ำ มีกลิ่นเหม็นมาก มีมูกปน สแตฟิโลค็อกคัส (Staphylococcus) ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีกลิ่นเหม็นมาก มีมูกปน ซัลโมเนลลา (Salmonella) ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีกลิ่นเหม็นมาก มีมูกปน ชิเกลลล่า (Shigella) ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีกลิ่นเหม็นมาก มีมูกปน

วิธีการดูแลรักษาเบื้องต้น

ขั้นที่ 1 ให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ (ORS) หรือดื่มน้ำสะอาดมากๆ

ขั้นที่ 2 ให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ (ORS) หรือดื่มน้ำสะอาดมากๆ

ขั้นที่ 3 หากมีอาการไม่ดีขึ้น ให้รีบไปพบแพทย์

ขั้นตอนการดูแลรักษาเบื้องต้น

1. ให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ (ORS) หรือดื่มน้ำสะอาดมากๆ

2. ให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ (ORS) หรือดื่มน้ำสะอาดมากๆ

3. หากมีอาการไม่ดีขึ้น ให้รีบไปพบแพทย์

12



โรคอุจจาระร่วงจากไวรัสโรต้า

(Rotavirus)

ไวรัสโรต้า

เป็นเชื้อไวรัสที่พบในทางเดินอาหารของทารกและเด็กเล็ก มักมีอาการท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเหลว มีมูกปน

อาการ

- 1. ถ่ายอุจจาระเหลว 6 ครั้ง - 20 ครั้ง
- 2. ถ่ายมีมูกปน
- 3. ถ่ายมีกลิ่นเหม็น

ระยะเวลา 2-3 วัน

การดูแล ให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ (ORS) หรือดื่มน้ำสะอาดมากๆ

การป้องกัน

1. ให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ (ORS) หรือดื่มน้ำสะอาดมากๆ

2. ให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ (ORS) หรือดื่มน้ำสะอาดมากๆ

3. หากมีอาการไม่ดีขึ้น ให้รีบไปพบแพทย์



โรคอุจจาระร่วงจาก โนโรไวรัส (Norovirus)



โนโรไวรัสเป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการท้องเสียและอาเจียนอย่างรวดเร็ว โดยมักมีอาการภายใน 1-2 วัน และหายภายใน 2-3 วัน

การติดต่อของโรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้หลายทาง เช่น การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อน การสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน การสัมผัสกับน้ำที่ปนเปื้อน

การป้องกันโรคนี้ทำได้โดย การรับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน

อาการ

หลังจากการติดเชื้อ 12-48 ชั่วโมง จะมีการปวดท้อง อาเจียนหรือท้องเสีย

อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และหายภายใน 2-3 วัน

การติดต่อของโรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้หลายทาง เช่น การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อน การสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน การสัมผัสกับน้ำที่ปนเปื้อน

การป้องกัน

รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน

การป้องกัน

1. รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน
2. รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน
3. รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน
4. รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน
5. รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน
6. รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน
7. รับประทานอาหารที่สะอาด การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน

14

อาหารเพื่อชีวิตที่แข็งแรง



อาหารเพื่อชีวิตที่แข็งแรง



1. เลือกอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผลไม้ ผัก ธัญพืช
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง โซเดียมสูง
3. รับประทานอาหารให้ครบถ้วน 5 หมู่

อาหารเพื่อชีวิตที่แข็งแรง



อาหารเพื่อชีวิตที่แข็งแรง



1. เลือกอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผลไม้ ผัก ธัญพืช
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง โซเดียมสูง
3. รับประทานอาหารให้ครบถ้วน 5 หมู่

2. สุขลักษณะผู้สัมผัสอาหาร (การป้องกันโรค)



**สุขวิทยาส่วนบุคคล
ของผู้สัมผัสอาหาร**

**กิติชัย พงศ์วินทร์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลพนม จังหวัดฉะเชิงเทรา**




**เคสเจอสิ่งเหล่านี้
ในอาหารหรือไม่**

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้อาหารสกปรก

สถานที่

อาหาร

บุคคล

ภาษาและอุปกรณ์

**สัตว์และแมลง
พาหะ**

ประเด็นการนำเสนอ

1. ความเหมาะสมของสุขลักษณะผู้สัมผัสอาหาร
2. การปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาพดี
3. สุขนิสัยที่ดีในการปฏิบัติงาน

ผู้สัมผัสอาหารแพร่กระจายโรค ได้อย่างไร???

กรณี ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ติดต่อกับทางเดินอาหาร
ผู้สัมผัสอาหารที่มีเชื้อโรคอยู่ในตัว (เชื้อไทฟอยด์) แต่ไม่แสดงอาการ

กรณี ผู้ป่วยเป็นโรคผิวหนังที่สัมผัสกับอาหาร

- โรคอุจจาระร่วง บิด ซึ่งสามารถติดต่อได้
- หากมีตุ่มคันหรือผื่นแดงตามผิวหนังแล้วใช้มือหยิบจับอาหาร
- ฝี โรคผิวหนังอักเสบชนิดอื่น สามารถติดต่อได้โดยการนำเชื้อจาก
- โน้ตหรือ เจ็บ หรือตุ่มหรือแผล

กรณี มีบาดแผลที่มือ

กรณี มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
ที่อาจทำให้การถูกปนเปื้อนด้วยเชื้อโรค และสิ่งสกปรกได้

การปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาพดี








การปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาพดี

รักษาความสะอาดของร่างกายให้ผู้อื่นมีสุขด้วยตนเอง

อาบน้ำ

สระผม

มือ และ เล็บ

ปาก และ แปรงหายใจ







การปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาพดี

สถานที่ที่ควรล้างมือ ? ? ? ?

15 ตุลาคม "วันล้างมือโลก"



ล้างมือ

2 ก่อน ก่อนทำอาหาร , ก่อนรับประทานอาหาร

5 หลัง หลังเข้าห้องส้วม , หลังหยิบจับสิ่งสกปรก
หลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง , หลังสัมผัสหรือเล่นกับสัตว์เลี้ยง
หลังจากกลับบ้านจากนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงเรียน ฯ

การปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาพดี

วิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน



การล้างมือให้สะอาด ต้องล้างด้วยน้ำสะอาด โดยใช้เวลา **20 วินาที** เทียบเท่ากับ **5 ครั้ง** สมกับเป็น **2 นิ้ว 3 นิ้ว**

1. ล้างฝ่ามือ
2. ล้างหลังมือ
3. ล้างข้อมือ
4. ล้างนิ้วโป้ง
5. ล้างนิ้วชี้
6. ล้างนิ้วกลาง
7. ล้างนิ้ว无名指
8. ล้างนิ้วก้อย



การปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาพดี

การเช็ดมือ

- ปกป้องให้แห้งเร็ว หรือ เป่าจุ่มเป็นลมเช็ดมือ
- การทานที่ใช้ครั้งเดียว หรือ
- ถ้าเช็ดที่เป็นภาชนะเมื่อเช็ดแล้วให้ทิ้งส่วนที่สกปรกไว้สำหรับคนต่อไป หรือ
- ใช้เครื่องเป่าให้เข้ามือให้แห้ง

ไม่ควรใช้ผ้าเช็ดมือที่แขวนไว้มีลมเดียว แล้วเช็ดซ้ำๆ กัน

ระมัดระวังการปรุงและประกอบอาหาร



การเลือกซื้อ

1. เลือกซื้อผักผลไม้ที่สดใหม่
2. เลือกซื้อผักผลไม้ตามฤดูกาล
3. เลือกซื้อผักผลไม้ที่ไม่สุกเกินไป
4. เลือกซื้อผักผลไม้ที่ไม่เสียหาย
5. เลือกซื้อผักผลไม้ที่ไม่ใช้สารเคมี



5. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็ก



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	กิติชัย พงศ์วรินทร์
วัน เดือน ปี เกิด	29 พฤษภาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงราย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2548 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาเขต สารสนเทศ พะเยา, พะเยา พ.ศ.2544 ประกาศนียบัตรสาธณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน), วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, พิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	20 หมู่ 6 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

