

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วงเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม ปี 2552 โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตำบลเวียงชัย อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย โดยแยกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน รวมทั้งหมด 70 คน

โปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แกผู้ดูแลเด็กประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) การบรรยายและการอภิปรายกลุ่มในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ 2) การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในเรื่องการล้างมือและการทดสอบความสะอาดของมือ 3) การกระตุ้นเตือนตนเอง โดยการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก และ 4) การให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลลัพธ์ในการประเมินโปรแกรมสุขศึกษาได้แก่ ความรู้ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมือ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและนมผสม การจัดหาอาหารเสริมให้เด็กรับประทาน การจัดหาผ้าอ้อมที่เหมาะสมสำหรับให้เด็กสวม และวิธีการปฏิบัติเมื่อเด็กถ่ายอุจจาระ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) ส่วนข้อมูลความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

## สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการประเมิน โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้ดังนี้

### 5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ดูแลเด็กทั้งหมดจำนวน 70 คน โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับเด็ก กลุ่มอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวของเด็ก และจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในครอบครัวของเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

ส่วนข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ อายุ ประเภทนมที่เด็กได้รับประทาน การให้อาหารเสริมกับเด็ก และโรคประจำตัวของเด็ก พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้ดูแลเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

### 5.1.2 ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

การให้โปรแกรมสุขศึกษาความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงประกอบด้วย การบรรยาย และการซักถามซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค การติดต่อของโรคอาการแสดงของโรค การรักษาโรค และการป้องกันโรค ซึ่งภายหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงมีคะแนนเฉลี่ยรวมเรื่องความรู้โรคอุจจาระร่วงสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.000$ ) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยด้านความหมายของโรค และด้านอาการของโรคสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.014$ ,  $p\text{-value} = 0.033$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าภายหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยรวมเรื่องความรู้โรคอุจจาระร่วงสูงกว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.025$ ) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการติดต่อของโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.042$ )

### 5.1.3 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดให้ผู้ดูแลเด็กนอกจากความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ยังมีการเล่าเรื่องประสบการณ์การป่วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลจากผู้ดูแลเด็ก และการบรรยายเรื่องการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคมีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.005$ ) และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.046$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.039$ )

### 5.1.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ภายหลังจากผู้ดูแลเด็กได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย และซักถาม ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การอภิปรายจากการเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย การบรรยายเรื่องการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการล้างมือ การสาธิตการผสมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การกระตุ้นเตือนตนเองโดยสมุดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมผสม และพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ 5 ข้อ ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หลังการขับถ่าย การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังทำความสะอาดอุจจาระเด็ก การกำจัดอุจจาระของเด็ก การกำจัดขยะ การตัดเล็บมือ และคะแนนเฉลี่ยรวมสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่ายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.032$ ) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่าย

ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.039$ )

ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยนมแม่ เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ 5 ข้อ ได้แก่ การล้างมือก่อนให้นมแม่ การทำความสะอาดหัวนมและลานนมก่อนให้นมแม่ การทำความสะอาดอุปกรณ์และขวดนมอย่างถูกวิธี การล้างมือด้วยสบู่และน้ำให้สะอาดก่อนปั้มนมใส่ขวดนม หรืออุ้งเก็บ การเก็บนมแม่ที่ปั้มนได้ไว้ในตู้เย็นทันที และการอุ่นนมแม่ที่เก็บในตู้เย็นก่อนให้เด็กรับประทาน พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนให้นมแม่ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยหลังการให้สุศึกษาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้สุศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.006$ ) และพบว่าการทำความสะอาดหัวนมและลานนมก่อนให้นมแม่ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการให้สุศึกษาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้สุศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.006$ ) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนให้นมแม่ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.039$ )

ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยนมผสม เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ 5 ข้อ ได้แก่ การล้างมือก่อนเตรียมนมและให้นมแก่เด็ก การใช้น้ำต้มสุกชงนม การล้างขวดนมอย่างถูกวิธี การใช้ฝาครอบปิดจุกนมเมื่อผสมนม การใช้ฝาครอบปิดจุกนมเมื่อเด็กไม่ดื่มนม และคะแนนเฉลี่ยรวมการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม พบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}>0.05$ ) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยอาหารเสริม เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ 5 ข้อ ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนเตรียมอาหารเสริมให้เด็ก การล้างวัตถุดิบที่ใช้ในการทำอาหารเสริม การเก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าวหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด การป้อนอาหารเสริมให้เด็กด้วยช้อน การป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็ก และคะแนนเฉลี่ยรวมการเลี้ยงลูกด้วยอาหารเสริม พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนเตรียมอาหารเสริมให้เด็กในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยหลังการให้สุศึกษาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้สุศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.032$ ) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า การป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ

หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็กในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.018$ )

### อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาผู้ดูแลเด็กมีการเปลี่ยนแปลงในบางด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ในด้านความหมายของโรค ด้านอาการของโรค และด้านการติดต่อของโรคอุจจาระร่วง 2) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และ 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในด้านการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่ายของผู้ดูแลเด็ก การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนให้นมแม่ การทำความสะอาดห้วยนมและลานนมก่อนให้นมแม่ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนเตรียมอาหารเสริม และการป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็กสามารถอภิปรายได้ดังนี้

#### 5.2.1 ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

จากการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลเด็กด้านความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงของกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีค่าสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงของกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์พัฒน์ ชวโรกร (2544) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 2 - 5 ปี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์และภาพพลิกประกอบการบรรยาย การสนทนากลุ่ม การฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคและการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแม่บ้านอาสาสมัคร พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาทำให้กลุ่มมารดามีความรู้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สง่า ไชยรักษ์ (2542) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอป่าดิว จังหวัดยโสธร ดำเนินการโดยอาสาสมัครแกนนำสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรม 3 วันแล้ว

นำความรู้ไปจัดกิจกรรมสุขศึกษา ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การบรรยาย การสนทนากลุ่ม การฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคและการติดตามเยี่ยมบ้าน และหลังการทดลองพบว่ากลุ่มมารดามีความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยมากกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายด้าน พบว่า

### 1) ด้านความหมายของโรคอุจจาระร่วง

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ภายหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยด้านความหมายของโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าจากการที่ผู้ดูแลเด็กได้รับฟังการบรรยาย ตามประเด็นสำคัญตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามของโรคอุจจาระร่วงไว้ ซึ่งในการบรรยายได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กได้มีโอกาสซักถามในประเด็นที่เป็นข้อสงสัย หรือมีความไม่ชัดเจนในด้านความหมายของโรคอุจจาระร่วง โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการสื่อสารแบบสองทาง ทั้งนี้รวมถึงการจัดทำสไลด์ประกอบการบรรยายโดยโปรแกรม Power Point ที่มีข้อความสั้นกระชับและชัดเจนเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และครบถ้วนตามประเด็นสำคัญ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าโปรแกรม Power Point สามารถกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความสนใจ และมีการเรียนรู้เกิดขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ความรู้ด้านความหมายของโรคอุจจาระร่วงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าก่อนการให้สุขศึกษาผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสัมภาษณ์จะตอบถูกต้องกับข้อคำถามที่ว่า โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวันเท่านั้น ส่วนข้อคำถามที่ว่า โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดปน หรือถ่ายเป็นน้ำมากรายอย่างน้อย 1 ครั้งจะตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูกต้อง ซึ่งภายหลังการทดลองผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาตอบถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมพล ลิ้มสกุล (2547) เรื่องผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสนใจใฝ่รู้ของนักเรียนด้วยคอมพิวเตอร์เพิ่มการนำเสนอเรื่องโรคติดต่อสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่าประสิทธิภาพของสื่อการสอนด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อการนำเสนอโดยโปรแกรม Power Point ทำให้นักเรียนมีความสนใจ ใฝ่รู้ หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2) ด้านอาการของโรคอุจจาระร่วง

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านอาการภายในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยด้านอาการของโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าคะแนนความรู้ที่สูงขึ้นนั้นอาจเนื่องมาจากวิธีการในการให้โปรแกรมสุขศึกษา และเนื้อหาความรู้ในด้านอาการของโรคอุจจาระร่วง ซึ่งจากเอกสารประกอบการให้สุขศึกษาและจากการบรรยาย พบว่า

เนื้อหาเน้นประเด็นสำคัญที่บ่งบอกถึงอาการของโรค ซึ่งง่ายต่อการเข้าใจและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จะสามารถวินิจฉัยโรคได้เองเบื้องต้น รวมทั้งกิจกรรมการเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กนั้นได้ให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาได้แสดงความคิดเห็น โดยเขียนลงในใบงานกิจกรรมที่ 1 ถึงอาการของเด็กที่ป่วย ว่ามีอาการสำคัญอย่างไรที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยนำเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนั้นยังให้ตัวแทนผู้ดูแลเด็กได้นำมาเสนอในภาพรวมของกลุ่ม และผู้ให้โปรแกรมสุขศึกษาสรุปใจความสำคัญอีกครั้งหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์พัฒน์ ชาวโรกร (2544) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 2 - 5 ปี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้รับการสนทนากลุ่ม พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้กลุ่มมารดามีความรู้เพิ่มมากขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3) ด้านการติดต่อของโรคอุจจาระร่วง

จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการติดต่อของโรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนเนื้อหาคำบรรยายมาเป็นรูปภาพวงจรการติดต่อของโรคให้มากขึ้น ซึ่งการสื่อด้วยภาพทำให้เกิดความน่าสนใจ เกิดการจดจำได้ง่าย และเกิดการรับรู้ในผู้ดูแลเด็กมากขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภคินิจ วิชญพงษ์พร และคณะ (2550) เรื่องการประเมินประสิทธิผลชุดจัดกิจกรรมการเรียนรู้เสริมสร้างทักษะชีวิต เรื่องการป้องกันโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับแกนนำสุขภาพชุมชน ซึ่งสื่อประกอบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ใช้ประเมินมีอยู่ 13 รายการ พบว่าภาพพลิกเป็นสื่อหลักที่แกนนำสุขภาพชุมชนเลือกใช้เป็นอันดับแรก เหมาะสมจะใช้ประกอบการเรียนเพราะเนื้อหาเป็นประโยชน์กับประชาชน โดยภาพพลิกเหมาะสมที่สุดสำหรับการสอน การจัดกิจกรรม และเหมาะสมที่จะใช้ประกอบการประชุมชี้แจง เรื่องโรคไข้หวัดนก เพราะภาพในภาพพลิกมีความชัดเจน สื่อความหมายกับประชาชนได้ และเหมาะสมกับลักษณะของท้องถิ่น โดยเมื่อนำไปทดสอบกับประชาชน พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 4) ด้านการรักษาโรคอุจจาระร่วง

ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา 0.29(0.46) และหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 0.40 (0.50) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา 0.17(0.38) และหลังการให้

โปรแกรมสุขศึกษา 0.29(0.46) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยทั้งก่อนและหลังการให้สุขศึกษาคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากการทบทวนข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าการมีประวัติการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มควบคุมมี ร้อยละ 48.60 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีเพียง ร้อยละ 40.00 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยที่มากกว่าอาจจะได้รับการให้สุขศึกษาหรือมีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงด้านการรักษามากกว่ากลุ่มทดลองที่มีประวัติการเกิดโรคอุจจาระร่วงที่น้อยกว่า

### 5.2.2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

#### 1) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

จากแนวคิดของ Becker และคณะ (1974) ได้กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคหมายถึง ความเห็นของบุคคลในการรับรู้ถึงอุปสรรคที่จับต้องได้ (tangible) และอุปสรรคที่สัมพันธ์กับทางจิตวิทยา (psychological cost) ของการทำตามคำแนะนำ หรืออาจหมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ และจากผลการทดลอง พบว่า เมื่อมีการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ภายหลังการทดลองผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบกับผลจากการทดลองที่ได้้อาจอธิบายได้ว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลเด็กอาจมีการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองว่าไม่สามารถทำได้ อาจด้วยเหตุผลเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่นการจัดทำอ่างล้างมือ การซื้อสบู่หรือน้ำยาล้างมือ การคาดการณ์ในทางลบต่างๆ เช่น ถึงแม้จะมีการล้างมือก็ไม่สามารถป้องกันการติดต่อกับโรคอุจจาระร่วงได้ จึงทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น การไม่เห็นความสำคัญหรือไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงเห็นด้วยกับข้อคำถามว่าเป็นเรื่องยากที่จะปฏิบัติหรือไม่สะดวกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น จากการให้โปรแกรมสุขศึกษาเมื่อผู้ดูแลเด็กที่เข้ารับ โปรแกรมสุขศึกษาได้ร่วมกันอภิปรายและสรุปความคิดเห็นตามใบงานกิจกรรมที่ 2 ในประเด็นเกี่ยวกับ 1) ประโยชน์และอุปสรรคของการล้างมือ 2)



ขั้นตอนการล้างมือให้สะอาด 3) ประโยชน์และอุปสรรคของการเตรียมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่จากการทำกิจกรรมในหัวข้อเรื่องการล้างมือ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถล้างมือตาม 7 ขั้นตอนได้ถูกต้อง ผู้วิจัยนำเสนอด้วย วิดีโอและมีการสาธิตการล้างมือ จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบการล้างมือ โดยกลุ่มแรกให้ล้างมือตามแบบเดิมที่เคยปฏิบัติกันมา กลุ่มที่สองให้ล้างมือตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้รับ โดยมีการใช้ชุดทดสอบความสะอาดมือทดสอบก่อนและหลังการล้างมือทั้งสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงประโยชน์ของการล้างมือที่ถูกวิธี ซึ่งสามารถลดเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ตามผิวหนังบริเวณมือ ทำให้ผู้ดูแลเด็กเห็นความสำคัญและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้มีการรับรู้ด้านอุปสรรคที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ลดลง ภายหลังการทดลองจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประวิทย์ แยมพงษ์ (2544) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทารกของผู้เลี้ยงดู อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยกิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้กับกลุ่มทดลองประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การสาธิตการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การสาธิตการผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ การฝึกปฏิบัติการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การฝึกปฏิบัติการผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ การนำเสนอผลทดสอบความสะอาดมือ และจดหมายกระตุ้นเตือน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังดำเนินการโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และมีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงลดลงก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ 2 ประการดังนี้ 1) ภายหลังการจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษาผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพสถานีอนามัยบ้านด้ายหนองหล่มซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 1 แล้วนั้น ช่วงเวลาระหว่างสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, และ 5 ของการทดลองและเป็นช่วงรอการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 มีกลุ่มควบคุมบางส่วนมารับบริการด้านสุขภาพอื่นๆ แล้วมีการพูดคุยและสอบถามความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงกับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการที่ตนเองไว้ใจ ให้ความคุ้นเคย เป็นกันเอง นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเป็นคนในพื้นที่และมีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านพื้นที่รับผิดชอบสถานีอนามัย จากข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลเด็กอาจได้รับความรู้จากการให้คำปรึกษาของพยาบาลวิชาชีพและสัมพันธ์ภาพของพยาบาล

วิชาชีพกับผู้ดูแลเด็กที่สามารถเข้าถึงแหล่งการให้คำปรึกษาที่รวดเร็วและสะดวก 2) จากลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการมีประวัติการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มควบคุมมี ร้อยละ 48.60 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีเพียงร้อยละ 40.00 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยที่มากกว่าอาจจะได้รับการให้สุขศึกษาระหว่างเข้ารับการรักษารวมทั้งประสบการณ์ที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่จะเกิดกับเด็กที่อยู่ในความดูแลของตน จากข้อมูลดังที่กล่าวมาข้างต้น 2 ประการ อาจเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงของกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กน่าจะเกิดจากกิจกรรมการให้ผู้ดูแลเด็กรับฟังการเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจากผู้ดูแลเด็กด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กจินตนาการว่าถ้าสถานการณ์นั้นเกิดกับตนเองจะ ทำอย่างไร โดยการเขียนความคิดเห็นของตนเองลงในใบงานกิจกรรมที่ 1 จากนั้นสมาชิกกลุ่มย่อย ร่วมกันอภิปรายและสรุปความคิดเห็นของกลุ่มในประเด็นความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง สาเหตุของการเจ็บป่วย การดูแลเด็กเบื้องต้น และการปฏิบัติตนอย่างไรจึงไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ทำให้ผู้ดูแลเด็กตระหนักและคิดว่าโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่อันตรายและมีความรุนแรงถ้าไม่ได้รับการรักษาเบื้องต้นอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประวิทย์ เข้มพงษ์ (2544) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทารกของผู้เลี้ยงดู อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยกิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้กับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มโดยมีการเล่าประสบการณ์ เรื่องเรียนรู้จากประสบการณ์จริงโดยมีแม่มาเล่าประสบการณ์การป่วยตายของบุตรจากโรคอุจจาระร่วง และมีหัวข้อในการอภิปรายในเรื่องสาเหตุการป่วยตาย การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเมื่อเด็กป่วย การดูแลเด็กเบื้องต้น และความรุนแรงจากโรคอุจจาระร่วง ภายหลังดำเนินการ โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4) ด้านการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

สำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยมีค่าสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้การรับรู้ผลดีของกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาลักษณะกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีข้อแตกต่างกันในเรื่องของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก โดยกลุ่มอายุของผู้ดูแลเด็กพบว่ามีอายุ 18 - 27 ปี ในกลุ่มควบคุมมีเพียง ร้อยละ 22.90 แต่ในขณะที่กลุ่มทดลองมีถึง ร้อยละ 34.30 ซึ่งจากการศึกษาของ นิคม กสิวิทย์อำนวย (2542) ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คืออายุของผู้ดูแลเด็กที่น้อยกว่า 25 ปี และการไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งนี้จากงานวิจัยที่กล่าวอ้างอาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลเด็กที่อายุน้อยกว่า 25 ปี อาจจะยังไม่มีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงที่ดี และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขยังพบว่ากลุ่มทดลองที่มีอายุช่วง 18 - 27 ปี นั้นส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ที่ยังไม่เคยมีลูกดังนั้นจึงไม่มีประสบการณ์ในการดูแลลูกทั้งนี้ยังคงมีพฤติกรรมการลองผิดลองถูกในเรื่องการดูแลเด็กอยู่ และพฤติกรรมการดูแลเด็กบางอย่างยังไม่มีความตระหนักว่าจะทำให้ก่อโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ และจากการสังเกตในระหว่างการให้โปรแกรมสุขศึกษาของผู้วิจัยพบว่าผู้ดูแลเด็กกลุ่มดังกล่าวยังไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นในกลุ่มที่ร่วมกันอภิปรายในเรื่องของการล้างมือ ไม่กล้าที่จะซักถามในประเด็นที่สงสัยในเรื่องการดูแลเด็กอีกด้วย ดังนั้นอายุของผู้ดูแลเด็กที่น้อยเกินไปอาจส่งผลต่อการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้

#### 5.2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

จากผลการศึกษาการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กที่เหมาะสมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมผสม และพฤติกรรมป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริม โดยพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

### 1) ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ภายหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการจับถ่ายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.032$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าข้อการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการจับถ่ายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.039$ ) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในเรื่องการล้างมือนอกจากโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้ให้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาและการฝึกปฏิบัติแล้ว กลุ่มทดลองอาจได้รับการให้สุขศึกษาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์เรื่องการล้างมือเพื่อป้องกันการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่มีสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องการล้างมือหลากหลายช่องทางสามารถเข้าถึงประชาชนได้ทุกระดับ

### 2) พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้ที่ยังเด็กด้วยนมแม่

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ภายหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษา ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้ที่ยังเด็กด้วยนมแม่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนให้นมแม่ และการทำความสะอาดลานนมและหัวนมด้วยน้ำต้มสุกมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนให้นมแม่ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของ ปัญจวรรณ เปล่งสะอาด (2541) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ การไม่ล้างมือก่อนให้นมแม่แก่เด็ก การไม่ทำความสะอาดเต้านมแม่ก่อนให้นมแม่ นั้นแสดงให้เห็นว่าโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ยังคงเกิดขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการล้างมือก่อนให้นมแม่และการไม่ทำความสะอาดเต้านมแม่ก่อนให้นมแม่ ซึ่งผลจากโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนให้นมแม่ และการทำความสะอาดลานนมและหัวนม สามารถที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในมารดาได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาทั้งในเรื่องของการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีการบรรยายและซักถามในหัวข้อการดูแลเด็กที่ยังลูกด้วยนมแม่ การให้ผู้ดูแลเด็กได้กระตุ้นเตือนตนเองด้วยสมุดบันทึกพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการ

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลเด็กเพื่อให้คำแนะนำ กล่าวชม ส่งเสริม สนับสนุนผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ถูกต้อง พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กขณะเยี่ยมบ้านเมื่อพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาสาสมัครจะอธิบายและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยการสาธิต ให้ทดลองฝึกปฏิบัติ และบันทึกผลการเยี่ยมลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และคณะ (2539) ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกโดยการให้นมมารดาทันทีหลังคลอดและส่งจดหมายให้ความรู้เป็นระยะ โดยการเปรียบเทียบเด็กทารก 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองเด็กจะได้รับนมมารดาทันทีหลังคลอด และติดตามส่งจดหมายให้ความรู้แก่มารดาทุก 2 เดือน กลุ่มควบคุมนั้น ไม่ได้ให้นมมารดาทันทีหลังคลอดและไม่ได้ส่งจดหมายเยี่ยมบ้าน แล้วติดตามเด็กทุก 2 สัปดาห์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรเลี้ยงเด็กและอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจนเด็กอายุครบ 1 ปี พบว่า เด็กทารกในกลุ่มทดลองมีอัตราการให้นมมารดาอย่างเดียวยุบรวม 3 เดือนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม และพฤติกรรมที่มีผลจากการส่งจดหมายให้ความรู้คือการทำความสะอาดห้วนมและขวดนมถูกต้อง

### 3) พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมผสม

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงลูกด้วยนมผสม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อทั้ง 6 ข้อ ได้แก่ การล้างมือก่อนเตรียมนมและให้นมแก่เด็ก การใช้น้ำต้มสุกชงนม การล้างขวดนมอย่างถูกวิธี การใช้ฝาครอบปิดจุกนมเมื่อผสมนม การใช้ฝาครอบปิดจุกนมเมื่อเด็กไม่ดื่มนม และคะแนนเฉลี่ยรวมการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงลูกด้วยนมผสมในครั้งนี้จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนหนึ่งให้เด็กกินนมกล่อง ซึ่งในปัจจุบันมีจำหน่ายทั่วไป สะดวก หาซื้อง่าย นมกล่องสำหรับเด็กมีทุกช่วงวัย และผ่านกระบวนการผลิตที่สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้ดูแลเด็กจึงเปลี่ยนพฤติกรรมการชงนมให้เด็กรับประทานมาเป็นแกะนมกล่องใส่ขวดนมให้เด็กรับประทานแทน ผู้ดูแลเด็กบางส่วนให้ข้อมูลว่าการเริ่มกินนมผสมของเด็กในปัจจุบันมีหลากหลายปรับตามสถานการณ์ได้แก่ เมื่อครบอายุ 6 เดือนในช่วงแรกของการหย่านมแม่ ยังคงให้ทานนมแม่สลับกับการให้นมผสมที่ต้องเตรียมเองโดยการชงนมในขวดนม แต่เมื่อต้องพาเด็กไปนอกบ้านก็เปลี่ยนเป็นนมผสมที่เป็นกล่องสำเร็จรูปให้เด็กรับประทาน ดังนั้นจึงไม่มีขั้นตอนการเตรียมนมก่อนใส่ขวดนม

ซึ่งสามารถแกะนมจากกล่องใส่ขวดให้เด็กรับประทานได้เลย และในปัจจุบันสภาพสังคมและการเลี้ยงดูเด็กที่เปลี่ยนแปลงไปมีการรณรงค์การหย่าขวดนม เช่น โครงการ “บ๊าย บายขวดนม เข้าไปโรคภัยตามมา สู่สังคม” ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการรณรงค์ให้ พ่อ แม่ ให้ลูกใช้ขวดนมอย่างเหมาะสม เมื่อโตแล้วควรเปลี่ยนมาดื่มนมจากแก้วหรือจากกล่อง เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยให้เด็กรับประทานนมจากกล่องเร็วขึ้น (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551) ดังนั้นพฤติกรรมในขั้นตอนการล้างมือก่อนเตรียมนมและให้นมแก่เด็ก การใช้น้ำต้มสุกชงนม การล้างขวดนมอย่างถูกวิธี การใช้ฝาครอบปิดจุกนมเมื่อผสมนม และการใช้ฝาครอบปิดจุกนมเมื่อเด็กไม่ดื่มนมจึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติ ทำให้ผู้ดูแลเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมที่ไม่แตกต่างกัน

#### 4) พฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริม

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริม เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ 5 ข้อ ได้แก่ การล้างมือก่อนเตรียมและให้อาหารเสริมแก่เด็ก การล้างวัตถุดิบที่ใช้ในการทำอาหารเสริม การเก็บอาหารเสริมใส่ตู้กับข้าวหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด การป้อนอาหารเสริมให้เด็กด้วยช้อน และการป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็ก และคะแนนเฉลี่ยรวมการเลี้ยงลูกด้วยอาหารเสริม เมื่อนำมาเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการให้สุขศึกษา พบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนเตรียมและให้อาหารเสริมแก่เด็กมีคะแนนเฉลี่ยหลังการให้สุขศึกษาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.032$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าการป้อนอาหารเสริมทันทีที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หรืออุ่นให้ร้อนก่อนนำมาป้อนให้เด็กในกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการให้สุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.018$ ) ในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาผู้ศึกษาได้มีแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่เรียงลำดับเนื้อหา ก่อนหลังเชื่อมโยง ตามลำดับความสำคัญทุกกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเข้าใจง่าย และเกิดความตระหนัก เริ่มจากผู้เข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษารับทราบถึงสถานการณ์ของโรค ความรุนแรงและความรู้เกี่ยวกับโรคอูจาระร่วงต่อเนื่อง จากนั้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่มจากสถานการณ์จริง ที่เกิดขึ้น จากการเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กที่เป็นอาสาสมัคร เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความกังวลใจ ความกลัวเมื่อลูกป่วยด้วยโรคอูจาระร่วง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ดูแลเด็กตระหนักและมีความสนใจในการสอนในหัวข้อการดูแลเด็กที่ถูกต้องเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ที่ได้รับฟังมานั้นเกิดขึ้นกับตนเอง

และบุตรหลานในความดูแล การสอนเรื่องการดูแลเด็กที่ได้รับอาหารเสริมนั้นนับเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจและซักถามผู้ให้ความรู้ เนื่องจากต้องการทราบข้อมูลที่ต้องการและสามารถนำไปปฏิบัติจริง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้ที่เลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริมเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษา

นอกจากนี้ ยังมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้แก่การศึกษาของ นิคม กลวิทย์อำนวย (2543) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง 210 คน พบว่าการไม่อุ่นอาหารที่เหลือก่อนนำมาให้เด็กรับประทาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเพ็ญศรี ไพรัตน์ (2548) ได้ศึกษาการประเมินผลการควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับชุมชนในพื้นที่สาทรณสุขเขต 2 ด้านความสัมพันธ์พบว่าอาชีพของผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียมอาหารให้เด็กและหลังถ่ายอุจจาระมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)

## ข้อเสนอแนะ

### 5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลของโปรแกรมสุขศึกษา พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาผู้ดูแลเด็กมีการเปลี่ยนแปลงในบางด้าน ซึ่งจากผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์และใช้ในการให้สุขศึกษารายกลุ่ม โดยวิธีการให้โปรแกรมสุขศึกษาควรประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายซึ่งในส่วนของความรู้โรคอุจจาระร่วง สามารถแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้

1.1 ด้านความหมายของโรค ควรมีการบรรยายสลับกับการซักถามผู้ดูแลเด็กเป็นระยะในประเด็นความหมาย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กได้ซักถามทั้งนี้ผู้บรรยายควรอธิบายประเด็นความหมายให้ชัดเจน รวมทั้งการจัดเรียงเนื้อหาความหมายของโรคในการนำเสนอและเอกสารประกอบการบรรยายให้สั้นกระชับและตรงตามเนื้อหาตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามไว้ รวมทั้งการบรรยายประกอบกับการนำเสนอด้วยโปรแกรม Power Point

1.2 ด้านการติดต่อของโรค ควรมีการนำเสนอรูปภาพวงจรการติดต่อของโรคในแต่ละด้านประกอบการบรรยาย และการสรุปด้วยรูปภาพการติดต่อของโรคโดยผู้บรรยายอีกครั้ง

1.3 ด้านอาการของโรค ควรมีการให้เนื้อหาการบรรยายที่เน้นประเด็นสำคัญที่บ่งบอกถึงอาการของโรค รวมทั้งกิจกรรมการเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาได้แสดงความคิดเห็นโดยการเขียนอาการของเด็กที่ป่วยว่ามีอาการสำคัญอย่างไรที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยนำเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

## 2. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ แยกเป็นรายด้านดังนี้

2.1 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ควรมีกิจกรรมการล้างมือ โดยทบทวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ผู้ดูแลเด็กฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กเขียนประโยชน์และอุปสรรคของการล้างมือมีอะไรบ้าง ให้ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มอภิปรายและให้ตัวแทนกลุ่มกล่าวสรุป การอธิบายการใช้ชุดทดสอบความสะอาดมือเพื่อกระตุ้นความรู้สึกรู้ถึงประโยชน์ของการล้างมือ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยการเปิดวิดีโอเรื่องขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้อง จากนั้นทำการสาธิตและฝึกปฏิบัติการล้างมือ การใช้ชุดทดสอบความสะอาดมือและแจกสติ๊กเกอร์ขั้นตอนการล้างมือไปติดที่บ้าน

2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีกิจกรรมการเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงโดยผู้ดูแลเด็ก และให้เขียนความคิดเห็นของตนเองว่าจากการรับฟังเหตุการณ์ผู้ดูแลเด็กคิดว่าความรุนแรงของโรคคืออะไร จากนั้นให้จินตนาการว่าถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดกับตนเองจะอย่างไร ให้สมาชิกกลุ่มช่วยร่วมกันอภิปรายและสรุปความคิดเห็นของกลุ่มในประเด็นความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง

## 3. พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแยกเป็นรายด้านดังนี้

3.1 ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังการขับถ่ายของผู้ดูแลเด็ก ควรมีการบรรยายวิธีการป้องกันอุจจาระร่วงด้วยตนเอง โดยมีเนื้อหาเรื่องการล้างมือที่ไม่ถูกวิธีว่าเป็นอย่างไร การไม่ล้างมือของผู้ดูแลเด็กจะเกิดอะไรขึ้นกับเด็ก และการล้างมือที่ถูกวิธีทำอย่างไรและต้องทำเมื่อใด รวมทั้งกิจกรรมการล้างมือ โดยการเปิดวิดีโอเรื่องการล้างมือ การสาธิตการล้างมือ การฝึกปฏิบัติการล้างมือ และการทดสอบความสะอาดมือโดยใช้ชุดทดสอบ SI 2 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3.2 ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนให้นมแม่ และการทำความสะอาดลานนมและหัวนมแม่ด้วยน้ำต้มสุก ควรมีการบรรยายเรื่องการดูแลเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ การซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยของผู้ดูแลเด็ก เรื่องการดูแลเด็ก การให้ผู้ดูแลเด็กได้กระตุ้นเตือนตนเองด้วยสมุดบันทึกพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการ



ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลเด็กเพื่อให้คำแนะนำ กล่าวชม ส่งเสริม สนับสนุนผู้ดูแลเด็กที่มีพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กขณะเยี่ยมบ้านเมื่อพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาสาสมัครจะอธิบายและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยการสาธิต ให้ทดลองฝึกปฏิบัติและบันทึกผลการเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

3.3 ด้านพฤติกรรมการป้องกันสำหรับผู้เลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริม ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียมอาหารเสริม และการป้อนอาหารเสริมทันทีเมื่อปรุงเสร็จหรืออุ่นให้ร้อนก่อนป้อนอาหารเสริมให้เด็ก ควรมีการบรรยายเรื่องวิธีการป้องกันโรคอุจจาระร่วงด้วยตนเองหัวข้อวิธีการอุ่นอาหารที่เก็บในตู้เย็นหรือที่เหลือจากการรับประทาน โดยมีภาพประกอบวิธีการอุ่นอาหารว่ามีวิธีอะไรบ้าง และวิธีการเตรียมอาหารเสริมสำหรับเด็ก ซึ่งประกอบด้วยการล้างมือก่อนเตรียมอาหารเสริม อาหารเสริมสำหรับเด็กมีอะไรบ้าง โดยแสดงภาพอาหารเสริมสำหรับเด็กตามช่วงอายุประกอบการบรรยาย

### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะสามารถดูแลเด็กได้ตลอดเวลาในช่วงวัย 0-2 ปี หลังจากนั้นจะนำเด็กไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือศูนย์รับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์รับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน เพราะในสภาพการณ์ปัจจุบัน บิดา มารดา หรือญาติต้องนำเด็กไปฝากกับศูนย์รับเลี้ยงเด็ก ซึ่งผู้ดูแลเด็กในศูนย์รับเลี้ยงเด็กควรมีความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างเหมาะสม

2. ผู้ดูแลเด็กมีทั้งพ่อ แม่ และญาติ ซึ่งในเรื่องการดูแลเด็กพ่อแม่จะมีบทบาทและให้ความสำคัญในการดูแลลูก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะพ่อ และแม่ได้มีความรู้และความเข้าใจในการเตรียมการเลี้ยงดูบุตรให้ถูกต้องซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปีในอนาคตได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจัดให้มีการศึกษาในกลุ่มพ่อแม่ที่เพิ่งจะเคยมีลูกคนแรก หรือกลุ่มหญิงกำลังตั้งครรภ์ได้

3. กิจกรรมการให้สุขศึกษาในครั้งนี้ได้จัดทำขึ้นในวันหยุดราชการ ซึ่งในระหว่างการทำกิจกรรมการให้สุขศึกษาผู้ดูแลเด็กจะถูกรบกวนจากเด็กที่พามาเข้าร่วมกิจกรรมด้วยเนื่องจากไม่มีใครดูแลเด็กที่บ้าน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้ดูแลเด็กว่าจะนำเด็กมาร่วมกิจกรรมสุขศึกษาหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อจะได้จัดเตรียมผู้ดูแลและกิจกรรมสำหรับเด็ก

4. จากแผนการให้กิจกรรมสุขศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดระยะเวลาในการศึกษาไว้ประมาณ 7 ชั่วโมง แต่เนื่องด้วยผู้ดูแลเด็กบางคนได้ฝากเด็กไว้กับญาติที่บ้านซึ่งต้องรีบ

ไปปรับเด็กดั่งนั้นผู้วิจัยจึงปรับในส่วนของระยะเวลาในการศึกษาให้ลดลง โดยเนื้อหาในการให้กิจกรรมสุขศึกษายังคงเหมือนเดิม ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปผู้วิจัยอาจทำจดหมายกำหนดการให้กิจกรรมสุขศึกษาส่งให้กับผู้ดูแลเด็กก่อน หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กตอบกลับมาว่ายินดีที่จะเข้าร่วมครบตามกำหนดการให้กิจกรรมสุขศึกษาหรือไม่ หรือชี้แจงและสอบถามทางโทรศัพท์ว่ายินดีหรือไม่ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาครบตามกำหนดการ

5. จากการให้กิจกรรมสุขศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาอาจคลาดเคลื่อนได้เนื่องจาก

1) ในขณะที่ร่วมกิจกรรมสุขศึกษากลุ่มผู้ดูแลเด็กอาจเกิดความเมื่อยล้า เบื่อหน่าย หรือขาดความสนใจจากการที่ลูกหรือเด็กที่พามาด้วยครบถ้วน 2) ผลกระทบจากการวัดก่อนและหลังการทดลองที่มีการสัมภาษณ์ 2 ครั้งด้วยเครื่องมือชนิดเดียวกันซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะเกิดความคุ้นเคย หรือจำข้อคำถามได้ กลุ่มทดลองอาจเกิดการเรียนรู้ว่ากำลังถูกทดลอง หรือกลุ่มตัวอย่างรู้ว่ากำลังถูกศึกษาการแสดงออกย่อมผิดไปจากเดิม คະเนนจากการวัดจึงคลาดเคลื่อน

6. ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ให้กับผู้ดูแลเด็กในส่วนของเนื้อหาเรื่องความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงนั้นสามารถนำไปใช้ได้ทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และกลุ่มผู้ดูแลเด็กในตำบลอื่นๆ ในอำเภอเวียงชัย รวมทั้งผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรเพิ่มเติมและเน้นในเรื่องความสำคัญของการกินนมแม่เพื่อช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและควรปรับรูปแบบในการให้ความรู้ให้ง่าย และใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ใช้ภาพพลิกประกอบ

7. สำหรับการประเมินพฤติกรรมโดยการกระตุ้นเตือนตนเองของผู้ดูแลเด็กในสมุดบันทึกพฤติกรรม มีข้อจำกัดดังนี้ 1) การบันทึกโดยผู้ดูแลเด็กเองบางครั้งอาจตอบข้อมูลไม่ตรงกับความ เป็นจริง 2) การกำหนดระยะเวลาในการบันทึกของผู้ดูแลเด็กไม่ชัดเจน ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปอาจกำหนดระยะเวลาในการบันทึกพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กให้ชัดเจน ร่วมกับมีการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ทั้งนี้เพื่อสังเกตและประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กด้วย

8. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความหลากหลายได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ ดังนั้นควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันอุจจาระร่วงในกลุ่มพ่อแม่กับผู้ดูแลเด็กสถานะอื่นๆ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ต่อไป