

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในขอบเขต
ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการปฏิบัติของมารดา เมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง
2. สาเหตุและพยาธิสภาพของโรคอุจจาระร่วง
3. กลไกของการเกิดโรคอุจจาระร่วง
4. การรักษาโรคอุจจาระร่วง
5. แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ
6. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย
7. พฤติกรรมขั้นตอนการแสวงหาการรักษา

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการปฏิบัติของมารดาเมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง

คาสล์ และคอบบี้ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) ว่า หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึก ไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม โดยการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสบการณ์ในอดีตของบุคคล จะมีบทบาทสำคัญต่อดุลยพินิจของเขา ว่าควรจะทำสิ่งใดมากน้อยเพียงใด (KasI & Cobb, 1966 อ้างใน อังคณา จิราจันต์ 2530) ดังนั้น นักวิจัยหลายท่าน จึงได้ทำการศึกษาวิจัยกันอย่างแพร่หลาย เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการเจ็บป่วยโดยใช้แบบจำลองต่าง ๆ ในการอธิบายถึงพฤติกรรมการเจ็บป่วยในด้านการตัดสินใจและการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข แต่แบบจำลองของ อิกัน (Igun's Model) ได้พยายามอธิบายถึงขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งเมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะเริ่มด้วย ขั้นตอนของการประสบกับอาการนั้น ๆ (Symptoms-experience stage) กล่าวคือ เมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น ทำให้ตระหนักหรือรับรู้ถึงอาการนั้น และทำการ

วินิจฉัยอาการนั้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดขั้นตอนต่อไปคือ ขั้นตอนของการรักษาตนเอง (Self-treatment stage) และขั้นตอนอื่น ๆ ตามมาอีก อาจเป็นขั้นตอนง่าย ๆ ไม่มีขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน โดยที่บุคคลนั้นอาจจะหายจากการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ในขั้นตอนที่ทำการรักษาตนเอง (Igun, 1979 อ้างใน ปรีชา อุปโยคิน 2632) สำหรับในเรื่องโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เมื่อบุตรอุจจาระร่วง มารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงอาการของโรคอุจจาระร่วงอย่างถูกต้อง กล่าวคือ เมื่อบุตรมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง และลักษณะอุจจาระเปลี่ยนแปลงไป โดยมีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำ มารดาคิดว่าบุตรของตนมีอาการอุจจาระร่วง (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ 2521: 165) ฉะนั้น เมื่อมารดามีประสบการณ์กับอาการอุจจาระร่วง จะสามารถวินิจฉัยได้เองว่า เด็กเป็น "โรคอุจจาระร่วง" ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเน้นเฉพาะขั้นตอนการรักษา เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการรักษาของมารดาเมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง

การรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น มีวิธีการรักษาตนเองในสังคมไทยปัจจุบันจำแนกได้ 2 ระบบ คือ การรักษาแบบโบราณ และแบบสมัยใหม่ ซึ่งการรักษาแบบโบราณ เกิดขึ้นจากความรู้ที่ได้รับสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ เช่น น้ำต้มใบทับทิม หรือใบฝรั่ง ยาแสงหมึกป้ายปาก น้ำชา น้ำข้าว เป็นต้น สำหรับการรักษาแบบสมัยใหม่ คือการให้สารน้ำทางปาก เช่น ผงน้ำตาลเกลือแร่ (อรทัย รวยอาจิน และคณะ, 2526 : 10) จากการศึกษาของลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ (2521 : 165) พบว่า มารดามีการรักษาบุตรด้วยตนเอง เมื่อบุตรเป็นโรคอุจจาระร่วง โดยที่มารดาจะให้ยาแก่บุตรเอง และเมื่อให้ยากินเองแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงพาบุตรไปพบแพทย์ นอกจากนี้ กัปตี พบว่า มารดาประมาณหนึ่งในสาม จะทำการรักษาเด็กเอง โดยให้กินยาสมุนไพร พืชจำพวกสะระแหน่ ไข่ขาว เหล้า หรือมันแต่ฝืน ก่อนที่จะพาเด็กไปรับบริการรักษาทางการแพทย์ (Gupte, 1983 อ้างใน อังคณา จิราจินต์ 2530) แต่จากการศึกษาของรัชทาน พบว่า มารดาจะขอดูอาการลักษณะหนึ่งก่อน หากเห็นว่ามีอาการเพียงเล็กน้อย มารดาจะรักษาเด็กเอง โดยการให้ยาสมุนไพร หรือยากกลางบ้าน และหากว่ายังไม่หาย ก็พาวิธีอื่นต่อไป (Rustandi, 1981 อ้างใน อังคณา จิราจินต์ 2530) จากการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่า มารดายังปฏิบัติตนเมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง ไม่เหมาะสม จึงได้มีผู้พยายามเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของมารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติเบื้องต้น เมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง โดยการให้ผลน้ำตาลเกลือแร่ พรนิมล นัวประดิษฐ์ และคณะ (2526 : 115) จึงได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของมารดา เมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง พบว่า มารดาได้งัดตน ให้

กินน้ำผสมเกลือและน้ำตาล เพิ่มจากร้อยละ 9.2 เป็นร้อยละ 29 แต่ผู้ที่ทราบถึงวิธีการผสมที่ถูกต้อง มีเพียงร้อยละ 3 อีกร้อยละ 21 ใช้ผงสำเร็จรูป และมีผู้ผสมผิดส่วนถึงร้อยละ 13 ซึ่งวันดี วราวิทย์ และคณะ ได้ทำการศึกษาถึงการให้สารน้ำทางปาก นอกจากผงน้ำตาลเกลือแร่แล้ว พบว่า น้ำข้าวไล่เกลือ น้ำชาใส่น้ำตาล ซึ่งเป็นของพื้นบ้านที่หาได้ง่าย และเตรียมได้สะดวก มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคอุจจาระร่วงได้ดี ถ้าให้เมื่อเริ่มมีอาการอุจจาระร่วงตั้งแต่อยู่ที่บ้าน (Varavithya, et al., 1984 (b) : 12) นอกจากนี้ พรทิพย์ เกรียงเจริญศิริ (2533) ยังพบว่า น้ำแป้งข้าวเจ้าไล่เกลือ ก็มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคอุจจาระร่วงได้ดีเช่นกัน หากได้รับประทานเมื่อเริ่มมีอาการอุจจาระร่วง ดังนั้นการรักษาเบื้องต้นที่สำคัญที่สุด คือการให้สารน้ำทางปาก ซึ่งอาจจะให้ผงน้ำตาลเกลือแร่ น้ำชาใส่น้ำตาล น้ำข้าวไล่เกลือ หรือน้ำแป้งข้าวเจ้าไล่เกลือ แต่จะต้องเตรียมให้ถูกวิธี แล้วเริ่มให้ตั้งแต่บุตรมีอาการอุจจาระร่วง ทั้งนี้เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งระดับของการขาดน้ำจะรุนแรงหรือไม่มีอาการของการขาดน้ำ ย่อมขึ้นอยู่กับความร่วมมือของมารดาเป็นสิ่งสำคัญ เพราะมารดาเป็นบุคคลแรกในการดูแลบุตรในด้านต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งสุขภาพอนามัย ฉะนั้น มารดาจะเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลรับผิดชอบในการรักษาเบื้องต้น เมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วงที่บ้าน ดังนั้น การปฏิบัติเบื้องต้นที่เหมาะสมเมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วงมีดังต่อไปนี้ (พรพิมล พัวประดิษฐ์, 2524 : 23 : วันดี วราวิทย์, (ข), 2524 : 60 ; สมศักดิ์ วัฒนศิริ, 2525 : 31 ; จารุวรรณ เทมะธร, 2527 : 41 อ้างใน อังคณา จิราจันต์ 2530)

1. ควรดื่มน้ำที่ต้องย่อยทุกชนิด แล้วให้สารน้ำที่ดูดซึมได้ง่ายทดแทนทางปาก จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดถ่ายได้เร็วขึ้น สารน้ำนี้อาจเตรียมได้ง่าย ๆ โดยใช้น้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ หรือช้อนแกง กับเกลือครึ่งช้อนชาหรือ 2 ปลายตามช้อนแกง ผสมน้ำหนึ่งขวดแม่โขง หรือขวดน้ำปลาชนิดกลม หรือ 750 ซี.ซี ต้มให้เดือด ทิ้งให้เย็น ชิมดูจะพบว่า มีรสหวานเค็มปะแล่ม ๆ เท่านั้น (เค็มเกินไปไม่ดี) ควรเริ่มให้ดื่มตั้งแต่รู้ว่าถ่ายอุจจาระเหลว มีน้ำมากกว่าปกติ ดื่กวารอให้เกิดอาการขาดน้ำ โดยแบ่งใส่ขวดนมหรือแก้วให้ดื่มแทนนม ควรให้ทีละน้อย ๆ แต่ให้บ่อย ๆ สำหรับสารน้ำที่ทำเองนี้ ใช้ได้วันเดียว ถ้าเกิน 1 วัน ให้ดื่มใหม่ และวันหนึ่งควรให้ไม่เกิน 1 ขวดแม่โขง แต่ถ้าเด็กยังกระหายน้ำอีก ก็ให้น้ำเปล่าดื่มสลับเพิ่มเติม

2. หรือใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ หรือผง โอ อาร์ เอส ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้ผลิตขึ้น โดยบรรจุเป็นซอง เพื่อสะดวกในการใช้แต่ละครั้ง ซึ่งก่อนใช้ต้องนำมาละลายในน้ำสุกที่ต้มและทิ้งไว้ให้เย็น ห้ามละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ในน้ำร้อน โดยใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ 1 ซองต่อน้ำต้มสุก 1 ขวดน้ำปลา หรือ 750 ซี.ซี. สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ที่เตรียมขึ้นนี้ ควรเก็บไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด และเก็บไว้ในที่เย็น ไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 12 ชั่วโมง หากเกินต้องทิ้ง และผสมใหม่ เมื่อต้องการใช้ต่อไปอีก การให้ดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่นี้ ถ้ามีอาเจียน อาจหยุดให้สารละลายประมาณ 5-10 นาที แล้วค่อย ๆ ให้ใหม่ ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

3. มารดาควรจะหัดสังเกตลักษณะอาการขาดน้ำให้เป็น เพื่อจะได้รับพาไปพบแพทย์ ในกรณีที่อาการขาดน้ำรุนแรงขึ้น

4. เมื่อให้สารน้ำไป 4-6 ชั่วโมงแรก แล้วอาการขาดน้ำยังคงอยู่ แต่เด็กยังรับสารน้ำได้ดี ควรให้สารน้ำด้วยปริมาณขนาดเดียวกับตอนแรกต่อไปอีก จนอาการอุจจาระร่วงทุเลาลง ถ้าผู้ป่วยอุจจาระห่างลง อาการกระหายน้ำหายไป ก็เริ่มให้นมผสมเจือจางครั้งละน้อย ๆ ก่อน ในรายที่ตุ่มมมารดา ก็ให้สารน้ำทางปากจนเกือบอิ่ม แล้วจึงให้ตุ่มมมารดาจนอิ่ม สำหรับเด็กโต อาจให้น้ำอัดลมใส่เกลือ น้ำชาใส่น้ำตาลพอหวาน หรืออาหารเหลวที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้มใส่เกลือ หรือโจ๊ก เป็นต้น

5. ยาปฏิชีวนะ และยารชนิดอื่น ๆ ไม่จำเป็นเลยในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นอุจจาระร่วง จะจำเป็นต้องใช้เฉพาะรายที่แน่ใจว่าเป็นอหิวาตกโรค และโรคบิด ซึ่งจะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือโดยแพทย์เท่านั้น

6. ควรจะรีบพาเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วง ไปหาแพทย์โดยด่วนในกรณีต่อไปนี้

- 6.1 ถ่ายอุจจาระครั้งละมาก ๆ อ่อนเพลีย ดื่มสารน้ำแล้วไม่ทุเลา
- 6.2 เด็กไม่สามารถดื่มสารน้ำได้ หรือมีอาการอาเจียนไม่หยุด
- 6.3 มีไข้สูง อุจจาระมีมูกเลือด
- 6.4 อุจจาระร่วงนานเกิน 2 วัน

7. ควรแยกของใช้ และแยกซักเสื้อผ้าของเด็กที่อุจจาระร่วง ไม่ปะปนกับคนอื่น ๆ
ในบ้าน ไม่ควรซักผ้าในแม่น้ำลำคลอง และไม่ควรถังอุจจาระของเด็กลงตามพื้นดิน ควรเทลงส้วม
และล้างมือให้สะอาดหลังสัมผัสกับอุจจาระของเด็ก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. สาเหตุและพยาธิสภาพของ โรคอุจจาระร่วง

ท้องร่วง ท้องเดิน ท้องเสีย เป็นอาการของการถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะผิดจากปกติไป ในด้านที่มีน้ำในอุจจาระมากขึ้นทำให้อุจจาระเป็นน้ำเหลวและถ่ายมากกว่าปกติ เมื่อพิจารณาในเชิงของคำที่สื่อความหมายให้ทราบว่า มีความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ ไปในด้านที่มีการสูญเสียของเหลวไปทางอุจจาระ คำว่า "อุจจาระร่วง" เป็นคำที่ตรงที่สุด ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "อุจจาระร่วง" คือ การถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมง ยิ่งถ้าอุจจาระนั้นมีกลิ่นเปื้อนจัดหรือเป็นมูกเลือดแล้ว แม้เพียงครั้งเดียว ก็เรียกว่าอุจจาระร่วงได้ นอกจากนี้ในทารกที่มีการเปลี่ยนแปลงของอุจจาระจากซีเทามาเป็นสีเหลือง (Transitional stool) หรือได้รับนมมารดา ทารกจะถ่ายบ่อยครั้ง แต่ถ้าอุจจาระไม่เป็นน้ำก็ไม่ถือว่าเป็นอาการอุจจาระร่วง โรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและหายได้เอง โดยเฉลี่ย 3 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วงด้วย ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยในเด็กมีดังต่อไปนี้

1. ไวรัส เป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง/โดยเฉพาะจากโรตาไวรัส (Rotavirus) พบในเด็กอายุ 6-24 เดือน ได้มากถึงร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยในวันนี้ (Behrman & Vaughan 1983 : 610 ; WHO 1984:17) เชื้อมีระบาดในช่วงฤดูหนาวประมาณเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ (Kapikain, in Holme et al, ed. 1981:25) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เมื่อปี ค.ศ. 1977 จากจำนวนผู้ป่วยเด็กอุจจาระร่วง 179 คน เกิดจากไวรัสร้อยละ 30.7 และช่วงเวลาที่มีการระบาดมากที่สุดคือ เดือนมกราคม สูงถึงร้อยละ 53.3 (Jayavasv, in Mahidol University, ed 1981:1) เช่นเดียวกันกับที่โรงพยาบาลสงเนน จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เกิดจากโรตาไวรัส ซึ่งพบได้บ่อยในฤดูหนาวเช่นกัน (Tirapat, et al.in Mahidol University and Ministry Public Health, ed 1983:2)

เมื่อได้รับเชื้อโรตาไวรัส มีระยะฟักตัวนาน 1-7 วัน แต่ส่วนมากน้อยกว่า 48 ชั่วโมง โดยพยาธิที่มีผลต่อลำไส้คือรบกวน โครงสร้างของลำไส้ส่วนที่ทำหน้าที่ดูดซึมสารอาหาร ซึ่งจากการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจพบว่าส่วนวิลโลตลดลง ทำให้พื้นที่ผิวในการดูดซึมน้อยลง และยังลดการ

ผลิตเอ็นไซม์ไดแซคคาไรเดส ทำให้มีความผิดปกติในการดูดซึมสารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต (Osmotic diarrhea) และยังทำให้มีความผิดปกติในการดูดซึมอิเล็กโตรลัยท์ โดยเฉพาะ โซเดียม (Lam 1982 : 327; Sack, et al. 1982 : 1112 ; Taylor, et al. 1980: 367; WHO Scientific Working Group 1980:184) นอกจากนี้อุจจาระร่วงยังมีลักษณะเป็นกรดมีไบคาร์บอเนตเพียงเล็กน้อย เนื่องจากการผลิตกรดจำนวนมากในลำไส้ เพราะมีแบคทีเรียเฟอร์เมนเตชัน (Bacteria fermentation) คาร์โบไฮเดรตส่วนที่ไม่ได้ย่อย ถ้ามีอาการมากร่างกายเกิดการขาดน้ำและภาวะกรดขึ้นเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Sack, et al. 1982 : 1112 ; Molla, et al. 1981 : 835; WHO Scientific Working Group 1980)

2. แบคทีเรีย เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่พบบ่อยคือ อีโคไล (E. coli) ชนิดที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม อีทีอีซี (ETEC หรือ Enterotoxigenic Escherichia coli อีพีอีซี (EPEC) หรือ Enteropathogenic Escherichia coli) และอีไออีซี (EIEC หรือ Enteroinvasive Escherichia coli) โดยอีทีอีซีเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้บ่อยครั้งที่สุดทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทั้งหมดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (WHO 1984 : 17) ซึ่งจากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นเวลานาน 1 ปี ผลจากการตรวจอุจจาระพบเชื้ออีทีอีซีมากถึงร้อยละ 36 โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี พบได้มากกว่าวัยอื่นช่วงที่ระบาดคือ เดือนกุมภาพันธ์-เดือนมิถุนายน (เพทาย แม้นสุวรรณ และคณะ 2527 : 1,9)

อีโคไลปล่อยเอ็นเตอร์โรท็อกซิน (Enterotoxin) 2 ชนิดคือ อีที-เลบายเอ็นเตอร์โรท็อกซินหรือแอลที (Heat-labile enterotoxin) จะสลายตัว (Inactive) เมื่อถูกความร้อน 60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที และอีกชนิดคือ อีที-สเตเบิลเอ็นเตอร์โรท็อกซิน (Heat-stable enterotoxin) หรือเอสที ซึ่งยังคงมีปฏิกิริยาอยู่แม้จะถูกความร้อน 100 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที อีทีอีซี 1 ตัวอาจจะให้เอ็นเตอร์โรท็อกซินชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือทั้ง 2 ชนิดก็ได้ โดยแอลที ทำให้เกิดอาการช้ำและคงอยู่นานมีปฏิกิริยาคลายเชื้ออหิวาตกโรค เกิดอุจจาระร่วงชนิดหนึ่งที่มีการหลั่งของเหลวเข้าสู่โพรงลำไส้มากเกินไป (Secretory diarrhea)

เนื่องจากแอลที่จะไปจับกับเซลล์ผนังของลำไส้เล็ก และกระตุ้นเบต้า-รีเซพเตอร์ (B-receptor) ให้ไปกระตุ้นอะดีนิล ไสเคลส (Adenyl cyclase) ที่เซลล์รับขอเตอร์ เอ็นซัยม์นี้จะไปเปลี่ยน เอทีพี (ATP) ได้ไซคลิก เอเอ็มพี (cAMP) เพิ่มมากขึ้น (Booth, et al. 1984; Dworken 1982 : 491; Kudoh; in Chew ed. 1982:27 ; Molla et al 1981:383) ส่วนเอสที ทำให้เกิดอาการชักกว่า โดยจะกระตุ้นกัวนิล ไสเคลส (Guanyl cyclase) มีผลให้ไซคลิก จี เอ็มพี (cGMP) หลั่งมากขึ้น (Merson & black, in Holme, et al, ed 1980: 82) เกิดอาการท้องร่วงได้เช่นกัน แต่กลไกที่แท้จริงยังไม่ทราบชัดเจน (Dworken 1982:490) เอ็นเตอร์โรทอกซินเหล่านี้จะไม่บุกรุกเข้าผนังลำไส้จะอยู่ในโพรงลำไส้เท่านั้นและมีผลเฉพาะในลำไส้เล็ก (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, ใน ทองดี ชัยพานิช, 2520:27) ส่วน อีพีอีซีทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้อย่างไรยังไม่ทราบชัดเจน อาจเป็นไปได้ว่าแบคทีเรีย ดังกล่าวสร้างทอกซินหรือสารรวม ทั้งกลไกต่าง ๆ ที่ยังไม่สามารถตรวจสอบได้ด้วยวิธีการในปัจจุบันอย่างไรก็ตาม อีพีอีซี เป็นต้นเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าวัยอื่น (ยง กุวัชรวรรณ และ คณะ 2527:122) ในขณะที่อีอีซี ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ในทุกวัยโดยบุกรุกผ่านเข้าไปในเซลล์ เยื่อลำไส้ ทำลายเซลล์เกิดเป็นแผลขึ้น (Evans 1979 : 600) เช่นเดียวกับชิเกลล่า (Shigella) ทำให้เกิดท้องร่วงได้โดยบุกรุกและมีการทำลายผนังลำไส้ พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กอุจจาระร่วงที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี สำหรับ ซัลโมเนลล่า (Salmonella) นั้น ทำให้เกิดท้องร่วงในเด็กกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาได้ประมาณร้อยละ 10 (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ใน ทองดี ชัยพานิช 2520:27) โดยการบุกรุกลามินา โพรเพีย (Lamina propia) ของลำไส้ (Dworken 1982:495)

3. สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ที่พบบ่อย ๆ ในเมืองไทย คือการขาด เอ็นซัยม์แลคเตส ทำให้มีความบกพร่องในการย่อยและดูดซึมน้ำตาลแลคโตส ซึ่งส่วนมากประกอบ อยู่ในอาหารจำพวกนม ทำให้เกิดอาการท้องร่วงได้เช่นกัน โดยเฉพาะในเด็กกำลังมีอาการ โรคอุจจาระร่วง การขาดเอ็นซัยม์แลคเตส เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (เกรียงไกร อัครวงศ์, ใน ทองดี ชัยพานิช 2520 : 8) และในบางครั้ง เด็กอาจมีอาการของโรคอุจจาระร่วงได้โดยที่ไม่พบสาเหตุของโรค ดังรายงานการศึกษาของ นาลิน และคณะ พบผู้ป่วยเด็กโรค อุจจาระร่วง ร้อยละ 37 ที่ตรวจไม่พบเชื้อ และไม่ทราบสาเหตุของโรค (Nalin, et al. 1987; Nalin, et al. 1979 : 45)

3. กลไกของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

อุจจาระร่วงเกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูดซึมของลำไส้เล็กหรือใหญ่ ผิดไปจากปกติ มีกลไกในการเกิดดังนี้

1. มีการดูดซึมน้ำลดลง สาเหตุที่ทำให้ประสิทธิภาพในการดูดซึมของลำไส้ลดลง เกิดจาก

1.1 ออสโมติกแฟกเตอร์ (Osmotic factor) เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดอาการท้องร่วง อาหารที่มีความเข้มข้นสูงในโพรงลำไส้ จะมีแรงดันน้ำเข้ามาในโพรงลำไส้ได้ ซึ่งอาจเกิดจากการย่อยและดูดซึมอาหารที่มีความผิดปกติ โดยเฉพาะคาร์โบไฮเดรต เช่น แลคโตส หรือรับประทานอาหารที่ดูดซึมได้ไม่ดี เช่น แมกนีเซียมซัลเฟต เป็นเหตุให้ออสโมลาลิตีในโพรงลำไส้ สูงกว่าปกติ (วันดี วราวิทย์ 2523 : 258; Cooper 1985 : 602) แต่ลำไส้ต้องการคงไว้ซึ่งไอโซโทนิก (isotonic) น้ำจึงถูกดูดซึมกลับเข้ามาในโพรงลำไส้ เกิดออสโมติกไดอาเรีย (Turnburg 1979 : 556)

1.2 การเคลื่อนไหวของลำไส้ ถ้ามีการบีบตัวของลำไส้ เพิ่มขึ้น เร็วขึ้น เวลาที่ผนังลำไส้สัมผัสกับอาหารจะสั้นลง ทำให้ระยะเวลาในการดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ลดลง ถูกขับออกจากร่างกายเร็วขึ้น บ่อยขึ้น และมีน้ำในอุจจาระมากขึ้น แต่ถ้าลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม จะเกิดการค้างคั่งของอาหาร มีแบคทีเรียในลำไส้เจริญเติบโต เพิ่มจำนวนมากขึ้น เกิดอาการท้องร่วงได้เช่นกัน (Cooper 1985 : 602)

1.3 มีความผิดปกติในการดูดซึมสารพวกไอออน เป็นมาแต่กำเนิด มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักตายภายในไม่กี่เดือน พบได้น้อยมาก (Turnburg 1979 : 557)

2. มีของเหลวหลังเข้าสู่โพรงลำไส้มากขึ้น ในภาวะปกติภายในลำไส้ การหลั่งมีเท่ากับการดูดซึมถ้าการดูดซึมถูกยับยั้งหรือการหลั่งถูกกระตุ้นเพิ่มขึ้น มีการหลั่งน้ำและอิเล็กโตรลัยต์

เพิ่มขึ้นผลคือ เกิดอาการท้องร่วงซึ่งกลไกการเกิดยังไม่ทราบชัดเจนแต่มีสิ่งมาเกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ประการคือ ไชคลิก เอเอ็มพี ไชคลิก จีเอ็มพี และแคลเซียม (Cooper 1985:602) โดยอะดีนีน ไชเดิลส เป็นตัวช่วยเร่งการสร้าง ไชคลิก เอเอ็มพี จากเอทีพี ซึ่งอยู่บริเวณเบโซเลทเธอรอลเมมเบรนของลำไส้ส่วนวิลไลมากกว่าคริบเซลล์ (Crypt cell) (Turnberg 1979 : 559) ไชคลิก เอเอ็มพี มีผลต่ออีเล็กโตรลิตส์ คือยับยั้งการนำเข้าของ โซเดียมและคลอไรด์ เกิดในส่วนของวิลไล และกระตุ้นให้มีการหลั่งคลอไรด์และไบคาร์บอเนตเพิ่มขึ้น เกิดที่ส่วนของคริบเซลล์ ดังนั้นการเพิ่ม ไชคลิก เอเอ็มพีในวิลไลจึงปิดกั้นการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์และถ้าเพิ่มที่ส่วนของคริบเซลล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งไอออนเพิ่มขึ้นส่วน ไชคลิก จีเอ็มพี เป็นสื่อ (Mediator) ของการนำอีเล็กโตรลิตส์ภายในเซลล์ (Dobbin & Binder 1981:610) ในภาวะที่มีการหลั่งเกินนี้ การดูดซึมกลูโคสและกรดอะมิโนของลำไส้ยังปกติ ฉะนั้นการให้สารน้ำที่มีกลูโคสหรือกรดอะมิโนเข้าไปในลำไส้ สามารถลดอัตราการหลั่งได้ (Booth, et al. 1984 : 491; Dworken 1982 : 490)

3. เอ็กซูดชัน (Exudation) มีการทำลายผิวมิวโคซาของลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบหรือเป็นแผลมีการสูญเสียโปรตีน เลือด มิวคัส เข้าไปในโพรงลำไส้ เกิดอาการท้องร่วงได้เช่นกัน (Cooper 1985 : 603)

4. การรักษา (ทัศนัย วรรณวิจิตร 2533 : 11-23)

1. สารน้ำและอิเล็กโตรลิตส์

โรคอุจจาระร่วง ผู้ป่วยจะมีการเสียเกลือและน้ำไปทางอุจจาระมากกว่าปกติ การเสียเกลือมากหรือน้อยนั้นขึ้นกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ความเข้มข้นของเกลือแร่ในอุจจาระของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงจากสาเหตุต่าง ๆ

สาเหตุ	อิเล็กโทรลัยท์ (mEq/ลิตร)			
	โซเดียม	โพแทสเซียม	คลอไรด์	ไบคาร์บอเนต
V. Cholerae	83	30	86	32
E. coli	53	37	24	18
Rotavirus	37	38	22	6
สาเหตุอื่น	56	25	55	18
อุจจาระปกติ	20-25	50-60	15-30	15-30

เพื่อทดแทนเกลือและน้ำที่เสียไปในทางอุจจาระนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ ORS ที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีโซเดียม 90, คลอไรด์ 80, ไบคาร์บอเนต 30 หรือโซเดียมไตรซิลิเกต 10 mEq/ลิตร และมีน้ำตาลกลูโคส 2 กรัม เปอร์เซ็นต์ และกึ่งควบคุมอาหารและยา ได้กำหนดความเข้มข้นของเกลือต่าง ๆ ไม่มากกว่าที่กำหนดไว้คือ โซเดียม 40, โพแทสเซียม 5, ไบคาร์บอเนต หรือเทรต 13 mEq/ลิตร ส่วนน้ำตาลสามารถใส่ไว้ได้แต่ยังกำหนดว่า ถ้าเป็นกลูโคสต้องไม่ต่ำกว่า 2 กรัมเปอร์เซ็นต์ หรือซูโครสไม่ต่ำกว่า 4 กรัมเปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้ผู้ดื่มน้ำเกลือแร่เหล่านี้ (ทั้งนี้ไม่มีการเสียเกลือออกจากร่างกายทางไต) ได้รับเกลือเกิน จนอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เกลือที่ห่วงกันมากคือเกลือโพแทสเซียม ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ถ้าผู้เป็นโรคไตดื่ม

การศึกษาวิจัยที่ทำกันในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมากกว่า 200 ประเทศ แสดงให้เห็นว่าการให้ ORS แก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทุกสาเหตุ ทุกอายุ รวมทั้งทารกแรกเกิด สามารถแก้ภาวะขาดน้ำได้และลดอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วงได้มาก เพราะเมื่อเกิดภาวะขาดน้ำแล้ว จะเกิดการเสียเกลือมากจนต้องให้ ORS รักษา

แนวความคิดของการรักษาโรคอุจจาระร่วง คือการให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคอุจจาระร่วงดื่มสารน้ำซึ่งมีเกลือและน้ำตาลอยู่ด้วยตั้งแต่ระยะแรกที่บ้าน ในขณะที่ยังไม่ขาดน้ำ โดยเริ่มให้ ORS เมื่อมีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง หรืออุจจาระเหลวมีมูกและหรือเลือด 1 ครั้ง หรืออุจจาระเหลวมากกว่าปกติ 3 ครั้ง ในเวลา 12 ชั่วโมง การให้ ORS ผู้ป่วยจะหยุดถ่ายเร็ว กินอาหารอย่างเต็มได้เร็ว และไม่เกิดภาวะขาดน้ำและอาหาร ถ้าทำเช่นนี้ได้ จะมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น ที่ต้องแก้ไขภาวะขาดน้ำด้วย ORS และต้องใช้ยารักษาอาการไข้และถ่ายเป็นมูกเลือด สารน้ำที่ทำได้เองที่บ้าน หรือเตรียมขึ้นเองควรมีโซเดียม 30-80 mEq/ลิตร ที่ทำได้ง่าย คือน้ำข้าวใส่เกลือ และสารละลายเกลือ-น้ำตาล (ใช้เกลือครึ่งช้อนชา = 2.2 กรัม น้ำตาลทราย 2 ช้อนควว = 30 กรัม ละลายในน้ำ 1 ขวด, น้ำปลา 750 มล.) มีโซเดียม 50 mEq/ลิตร และน้ำตาลซูโครสร้อยละ 4 กรัมเปอร์เซ็นต์ ไม่ควรให้เครื่องดื่มน้ำตาลแก่เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วง เพราะว่ามีปริมาณโซเดียมต่ำ และมีคาร์โบไฮเดรตสูง ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ปริมาณอิเล็กโทรไลต์ น้ำตาล, แคลลอรี่, Osmolarity ของ เครื่องดื่มและน้ำอัดลม

เครื่องดื่ม	อิเล็กโทรไลต์ (mEq/ลิตร)				น้ำตาล	แคลลอรี่	Osmolarity
	โซเดียม	โพแทสเซียม	คลอไรด์	ไบคาร์บอเนต	(กรัมเปอร์เซ็นต์)	(กรัมต่อลิตร)	(mOsm/ลิตร)
เป๊ปซี่	12.2	0.5	9.4	32.1	8.6	344	962.7
โค้ก	9.4	0.3	6.5	32.4	8.0	320	688.2
ทีม	7.4	0.3	4.6	32.0	9.4	320	750.9
สไปรท์	8.4	0.5	6.0	29.5	8.3	332	658.3
เซเว่น อีฟ	5.3	0.7	5.1	31.6	8.3	332	650.2
ไบร์เลย์	5.4	1.1	2.3	2.5	9.1	364	378.9
กรีนสปอร์ต	8.1	1.4	3.5	3.4	9.2	368	734.1

วิธีคิดปริมาณที่ให้ก็คือ 50 มก./กก./น้ำหนักตัว แบ่งให้ครั้งละน้อย ๆ วิธีการให้ที่ดีที่สุดคือใช้ช้อนตักป้อนให้หมดใน 4 ชั่วโมง หลัง 4 ชั่วโมงไปแล้ว ให้กินนมแม่ นมผสม ข้าวต้ม โจ๊ก ได้แต่ต้องให้ครั้งละน้อย ๆ และบ่อย ๆ ถ้ายังถ่ายอุจจาระเหลวมีน้ำปนมาก ให้ดื่มสารน้ำ 100 มล. ต่อ กก.ต่อ วัน ร่วมกับอาหารดังกล่าว ถ้าดื่มนมผสม ให้ลดปริมาณนมผสมลงครึ่งหนึ่ง และให้ดื่มสารน้ำอีกครั้งหนึ่งของปริมาณนมที่เคยดื่มอยู่ตามปกติ ตามตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 การรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยสารน้ำและการให้อาหาร

อุจจาระร่วง	4 ชั่วโมง	ช่วง 24 ชั่วโมงแรก
ถ่ายอุจจาระเหลวมีน้ำปน มากกว่าปกติ 3 ครั้ง ใน 1 วัน	สารน้ำที่มีอยู่หรือเตรียมขึ้นที่บ้าน - น้ำข้าวใสเกลือ - สารละลายเกลือ-น้ำตาล - น้ำแกงจืด - อีเล็คโทรลัยต์ 50 มล./กก.	สารน้ำ 100 มล./กก./24 ชม. อาหาร - นมแม่ - นมผสมไม่เจือจาง 75 มล./กก./24 ชม. - นมเจือจาง 100-150 มล./กก./24 ชม. - ข้าวต้ม โจ๊ก ตามต้องการ
อาการขาดน้ำ Mid	ORS 50 มล./กก.	ORS 100 มล./กก./24 ชม. นมแม่ นมผสม 75 มล./กก./24 ชม.
Moderate	ORS 100 มล./กก.	นมเจือจาง 100-150 มล./กก./24 ชม. ข้าวต้ม โจ๊กตามต้องการ
Severe or Impending shock	Intravenous fluid NSS. หรือ Ringer Lactate (initial hydration) 20 มล./กก./ชม. 2 ชม. ต่อด้วย 10 มล./กก./ชม.	maintenance i.v fluid 100 มล./กก./24 ชม.+ORS นมแม่, นมผสม, น้ำข้าว, โจ๊ก 50 มล./กก./24 ชม.

การประเมินผลการรักษา เมื่อให้สารน้ำแล้ว ผู้ป่วยจะยังถ่ายอุจจาระเหลวอยู่ไม่หายเสียทีเดียว แต่จำนวนครั้งที่ถ่ายจะห่างขึ้น และปริมาณอุจจาระลดลง ในรายที่ถ่ายมากขึ้น อาจเกิดจากการดื่มสารน้ำครั้งละมาก ๆ จนลำไส้ดูดซึมไม่ทัน หรือสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ในผู้ป่วยรายนั้นต้องการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เมื่อรักษาด้วยสารน้ำที่บ้านแล้ว ผู้ป่วยยังถ่ายมาก หรืออาเจียนมาก และเกิดอาการขาดน้ำ ควรรักษาด้วย ORS เพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ แต่ถ้ายังมีอาการ ถ่ายมากถึง 20 มล./กก./ชม. แสดงว่า การให้สารน้ำทางปากล้มเหลว ต้องป้องกัน หรือแก้ไขภาวะขาดน้ำด้วยการให้สารน้ำเข้าหลอดเลือด

2. การให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จะได้ผลในเชื้อต่อไปนี้

E.coli

Shigella species

C.jejuni

V.cholerae

C.pylori

G.lamblia

C.difficli

E.histolytica

ยาที่ใช้ในการรักษา ขนาด และระยะเวลาที่ใช้ดูจากรายที่ 2.4

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 2.4 การใช้ยาปฏิชีวนะในเชื้อที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง

เชื้อ	ยาปฏิชีวนะ	ขนาด		จำนวนครั้ง ต่อวัน	ระยะเวลา (วัน)
		เด็ก (มก./กก./วัน)	ผู้ใหญ่ (มก.)		
		Shigella	Ampicillin	100	500
	Cotr imoxazole	10 มก.TMP	160 มก.TMP	2	5
	Nalidixic	55		4	5
	Pivemecilliman	40	1,000	1	1
	Ceftriaxone	15	400	2	3
	ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ	-	-	-	-
Campylobacter	Erythromycin	40	500	4	5-7
	Furazolidone	5		4	7
	Tetracycline	50		3	7
C.difficile mild	-	-	-	-	-
moderate	Vancomycon	5	125	4	10-14
Severe	Metronidazole	50	250-500	3	10-14
	Bacitracin		25,000 u	4	14

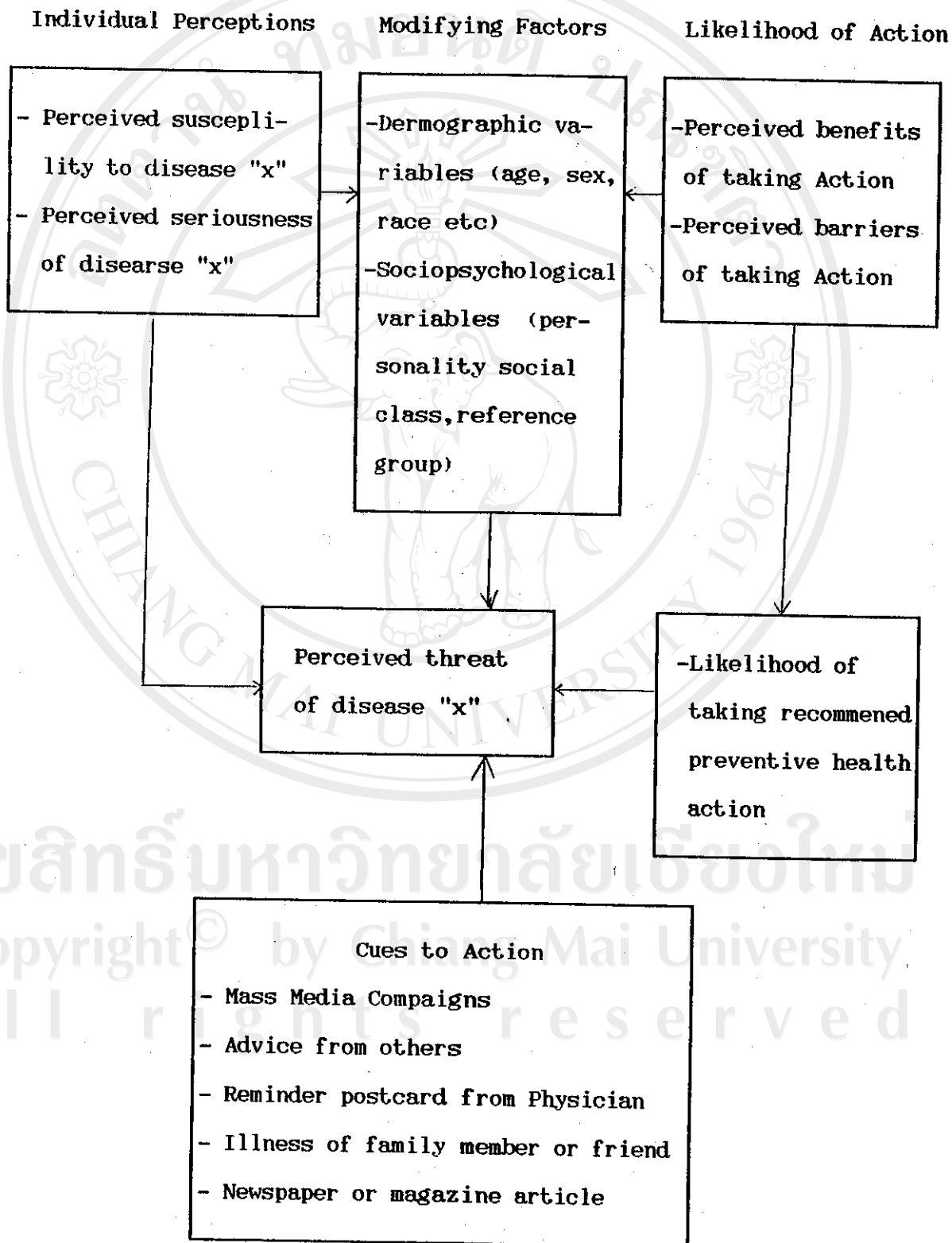
เชื้อ	ยาปฏิชีวนะ	การใช้ยา			
		ขนาด		จำนวนครั้ง ต่อวัน	ระยะเวลา (วัน)
		เด็ก (มก./กก./วัน)	ผู้ใหญ่ (มก.)		
V.cholerae	Tetracycline	50	500	4	2-3
	Doxycycline	6 มล./กก./ ครั้งเดียว			
	Furazolidone	5		4	
	Erythromycin	30		3	
	Chloramphenical	50		4	
Salmonella	SMX-TMP	8 มก. TMP		2	3
	Ampicillin	200-300		4	
	Amoxicillin	100		4	
	Chloramphenical	50-100		4	
EPEC	Neomycin	25ตารางแรกเกิด 100(เด็กเล็ก)		3	5-7
ETEC		ข้อมูลไม่เพียงพอ	160 TMP	2	
G.lambliia	Quinacrin HCL	7	100	4	7
	Metronidazole	20	250	3	
	Furazolidone	5-8	100	4	
	Tinidazole (Ornidazole)	50 (ครั้งเดียว)	2,000 (ครั้งเดียว)		
E.histolytica	Metronidazole	30-50	400-800	3	5
	Ornidazole	-	1,000	2	
	Dehydroemetine	1.0-1.5 im.	1.0-1.5 มก./กก./im	2	
	พวก Diodoquine	30	650	3	

5. แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Belief Model) ได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง ค.ศ. 1950-1960 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ Gudfrey M. Hochbaum, S. Strehpen Kegeles, Hoard Levental และ Irwin M. Rosenstock แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ศึกษาจะเสนอเฉพาะแนวความคิดของ Rosenstock ซึ่งเป็นแนวความคิดของการศึกษาครั้งนี้

Rosenstock มีความเชื่อว่า ความพร้อมที่จะปฏิบัติจะมีองค์ประกอบเชิงปัญญาความรู้และองค์ประกอบในเชิงอารมณ์ (Cognitive and Emotional elements) โดยสรุปความสัมพันธ์ของแบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรม ตามบทบาทของผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1 (Rosenstock, 1974 : 334)

แผนภูมิ 2.1 ภาพจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock



แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้ความเชื่อและปัจจัยที่สำคัญบางประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยมีดังนี้คือ

5.1 การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย อันหมายถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค บุคคลอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ เมื่อเป็นดังนี้จะทำให้การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป ในกรณีที่บุคคลนั้น เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีกหรือมีอาการกลับซ้ำได้มากขึ้น และถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของบุคคลต่อการเกิดความเจ็บป่วยจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของเบทเคอร์ ได้ผลที่สอดคล้องกัน กล่าวคือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของบุคคลต่อการเกิดความเจ็บป่วยหรือโรค เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยได้ (Becker, 1974 : 411)

5.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึงการที่บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ๆ แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยจะยังไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อด้วยว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะหรือความกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม จะช่วยทำให้บุคคลตัดสินใจว่าควรจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือรักษาสุขภาพหรือไม่ จากการศึกษาของ เบทเคอร์ สรุปได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงเกินไป (Becker, 1974 : 412)

5.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Benefits of taking Action and Barrier of taking Action)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะนำบุคคลไปสู่เป้าหมายของความร่วมมือในการรักษา ซึ่งบุคคลที่ให้ความร่วมมือ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้

อุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลกีดขวางการปฏิบัติตน ซึ่งการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่า เขาสามารถจะจัดการกับขั้นตอนของอุปสรรคกีดขวางต่าง ๆ ในการปฏิบัติได้ เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ความไม่สุขสบายของการรักษา ความพร้อมของร่างกาย จิตใจ และคนที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น

จากการศึกษาของ เบคเคอร์ พบว่า บุคคลที่ไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีดนั้นยังไม่มีความปลอดภัยข้อมก่อก่อให้เกิดความกลัว ความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย (Becker & Maiman 1975 : 16)

5.4 ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรง จะร่วมกันผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตนหรือความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน จะทำให้ทราบแนวทางในการเลือกที่จะปฏิบัติตน ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะได้รับรู้ได้จากตัวชี้แนะ (Cue) ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ตัวชี้แนะภายใน (Internal Cues) เช่น การรับรู้ภาวะทางร่างกาย และตัวชี้แนะภายนอก (External Cues) เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย เพื่อนบ้านคนในครอบครัว จากโฆษณาต่าง ๆ เป็นต้น ตัวชี้แนะดังกล่าวจะใช้จำนวนเท่าใดหรือใช้ตัวชี้แนะชนิดใดระดับใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคที่บุคคลนั้น ๆ ว่ามีมากหรือน้อยเพียงใด

5.5 ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying Factors)

นอกจากปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลดังกล่าวแล้ว ปัจจัยร่วมต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของบุคคล เช่นกันคือ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษาของผู้ป่วยและปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

6. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย

(เบคเคอร์ และ ไมแมน อ้างใน อังคณา จิราจันต์ : 38-43)

เบคเคอร์และไมแมน เชื่อว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ทางด้านตัวบุคคล บุคลิกภาพ โครงสร้าง และสังคมของบุคคล จะมีผลต่อแรงจูงใจและการรับรู้ของบุคคล โดยองค์ประกอบเหล่านี้มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมอนามัยด้วย ผู้วิจัยจึงคิดว่าปัจจัยบางประการ เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์เกี่ยวกับอุจจาระร่วง น่าจะมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงด้วย

6.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ดังได้กล่าวไว้ว่า อายุ เพศ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรมประเพณี อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล สำหรับในโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น ครอบครัวของเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่มารดาไม่ได้มีงานทำ มีการศึกษาประถมศึกษา รายได้ครอบครัวต่ำ สภาพบ้านที่แออัดด้วยผู้คนจำนวนมาก นอกจากนั้นการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กบ่อย ๆ จนมารดาเกิดความเคยชินว่าโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคธรรมดา ๆ ไม่มีความน่ากลัว ดังนั้นปัจจัยบางประการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และประสบการณ์ของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง น่าจะมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผลักดันให้มารดาปฏิบัติเมื่อบุตรอุจจาระร่วง แต่จากการศึกษาของ สมทรง ศุภศิลป์ (2527 อ้างใน อังคณา จิราจันต์) พบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ไม่มีอิทธิพลในการกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งศึกษาไว้เฉพาะ 2 ด้าน คือความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงและความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง แต่จากการศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 อ้างใน อังคณา จิราจันต์) พบว่า อายุ เพศ รายได้ ครอบครัว

และระยะเวลาที่เป็นโรค แตกต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน ในบางตัวแปร และเช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแกว (2528 อ้างใน อังคณา จิราจันต์) ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่าง ๆ มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน ในบางตัวแปร ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจจะมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ เช่นกัน

6.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และประสิทธิภาพของมารดาเกี่ยวกับอุจจาระร่วง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัย ดังต่อไปนี้คือ

อายุ นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมปฏิบัติ เพื่อสุขภาพอนามัย มารดาที่มีอายุน้อยหรืออยู่ในวัยรุ่นจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยมากกว่าบุคคลที่อยู่ในวัยอื่น นอกจากนี้มารดาที่อายุน้อยจะยอมรับและตอบสนองต่อข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ เพื่อสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่มีอายุมาก โดยไม่มีผลจากระดับการศึกษาของมารดา มารดามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยเลย

อาชีพ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้มารดามีพฤติกรรมอนามัยมากขึ้นน้อยเพียงใด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีอาชีพเป็นกรรมกร มักจะไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยการไม่มาตรวจตามนัดหรือหยุดการรักษาไปเลย โดยอ้างว่าเสียเวลาในการทำงาน และอาการเป็นปกติแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่รับไว้รักษาด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในโรงพยาบาลเด็ก เป็นเด็กที่ทั้งบิดามารดามีอาชีพกรรมกรต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เด็กจึงไม่ได้รับการดูแลรักษาจากมารดาเมื่อเจ็บป่วยเท่าที่ควร ทำให้มีอาการรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระดับการศึกษา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัย ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ (2521 : 163) พบว่า ผู้ที่ทราบสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การติดเชื้อ ส่วน

ใหญ่เป็นมารดาที่จบระดับอุดมศึกษาและรับรู้เกี่ยวกับอาการของอุจจาระร่วงถูกต้อง นอกจากนี้พรนิมล พัวประดิษฐ์ และคณะ (2526 : 112) พบว่ามารดาส่วนใหญ่ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเมื่อบุตรเกิดอุจจาระร่วง โดยการให้สารน้ำทางปากในการรักษาเบื้องต้น เมื่อบุตรเกิดอุจจาระร่วงมากขึ้น

รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยกล่าวคือ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ ผู้ที่มีรายได้สูง จะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จากการศึกษาพบว่า รายได้เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการมีพฤติกรรม ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ จากการศึกษาในประเทศมาเลเซีย พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มาจากครอบครัวที่มีรายได้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ารายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัวในเขตเมือง สำหรับในประเทศไทย ได้มีการศึกษาถึงรายได้ของครอบครัวของเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง พบว่ารายได้ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำ คือมีรายได้โดยเฉลี่ย 2,000 บาท ต่อเดือนต่อครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการให้การดูแลรักษาเด็กที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง กล่าวคือ มารดาที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงมากกว่ามารดาที่มีรายได้ครัวเรือนต่อปีในระดับปานกลางและน้อย

ลักษณะของครอบครัว โดยทั่วไปจะพบว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ถ้าครอบครัวใด มีความเชื่อในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของตนนั้น สามารถรักษาได้ และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น ก็จะทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยตามแผนการรักษา ในทางตรงกันข้ามถ้าครอบครัวนั้น ไม่เชื่อถึงผลที่ดีที่สุดที่เกิดขึ้นนั้น ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ สำหรับในครอบครัวของคนไทย โดยเฉพาะในชนบทนั้น มักจะเป็นครอบครัวขยายที่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย ยิ่งถ้าเป็นผู้สูงอายุค่านิยมเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณีที่เคยปฏิบัติต่อ ๆ กันมา ก็ยังนำมาสอนหรือแนะนำให้บุตรหลานปฏิบัติตาม เช่น ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ควรดของแสลง ให้รับประทานได้เฉพาะข้าวต้มกับเกลือ หรือนมขงไส ๆ (เจ็จจาง) ดังนั้น การปฏิบัติตามที่คุ้นเคยกันมาในการรักษาเบื้องต้นที่บ้าน ก็จะทำให้เด็กมีอาการทรุดหนัก และขาดอาหารตามมา นอกจากนี้ ยังพบว่ามารดาจะรู้สึกตะขิดตะขวงใจ ที่จะให้สารน้ำทางปากแก่เด็กขณะที่เกิดอาการอุจจาระร่วง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อตามประเพณีดั้งเดิมที่

ปฏิบัติกันมา สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีบทบาทในการสนับสนุน เพื่อให้มารดาปฏิบัติได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

ประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับอาการอุจจาระร่วง กล่าวคือ ประสบการณ์ในอดีตของบุคคล มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัย แต่จากการศึกษาของ สมทรง ศุภศิลป์ (2527 อ้างใน อังคณา จิราจินต์) พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็น หรือเคยเป็นโรคอุจจาระร่วง ไม่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็นผู้อื่นเป็น โรคอุจจาระร่วง และเคยเป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อย ๆ จนเกิดความเคยชิน จึงไม่ได้ตระหนักว่าโรคนี้มีความรุนแรง ปัจจุบันจึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาแต่อย่างไร

7. พฤติกรรมขั้นตอนการแสวงหาการรักษา

นักสังคมวิทยาหลายท่านที่สนใจ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา ได้ทำการวิจัยเพื่อทำการค้นหาข้อเท็จจริง และสร้างรูปแบบจำลองของพฤติกรรม เช่น Freidson, Suchman Fabrega และ Frankenberg งานวิจัยชิ้นต่าง ๆ ส่วนใหญ่ มักจะศึกษาบนพื้นฐานจากระบบการแพทย์แบบเดี่ยว หรือการรักษาสุขภาพทั่ว ๆ ไป ที่เป็นแบบแผนเดียวกัน U.A. Igun (1979) ได้สังเกตเห็นจุดบกพร่องอันนี้ จึงทำการวิจัยในสังคมที่มีระบบการแพทย์แบบพหุในประเทศไนจีเรีย ก่อนที่จะลงมือทำการวิจัย Igun ได้ทบทวนผลงานของนักวิจัยทั้งสี่ท่าน โดยสรุปว่า

1. การศึกษาพฤติกรรมแสวงหาที่ศึกษาในสังคมที่ไม่มีการแข่งขัน ระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ทำให้มองเห็นว่า พฤติกรรมแสวงหาที่มีลักษณะที่มีการเคลื่อนที่แบบไม่มีทางเลือกซ้ำจ้ำก้น มักจะพบในระบบสังคมที่มีระบบการแพทย์แบบเดี่ยว

2. การแสวงหาการรักษาคนไข้ อาจเปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดความเจ็บป่วย แต่ก็ไม่สามารถทราบว่าเป็นอย่างไร

- 3.ญาติ และเพื่อนของผู้ป่วย เข้ามามีบทบาทต่อการตัดสินใจหรือไม่เพียงใด ในระหว่างที่ทำการรักษา
4. การตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นอย่างไร หากมีแหล่งรักษามากกว่าหนึ่งแห่ง ซึ่งเป็นเรื่องของการเลือกแหล่งบริการ
5. การวิจัยบางเรื่อง บางตอน เป็นการเสนอแบบวิทยาศาสตร์เกินไป เช่น การใช้คณิตศาสตร์ บางครั้ง ก็ไม่สามารถจะบรรยายถึงปัจจัยเนื้อหาทางสังคมและวัฒนธรรมได้อย่างถี่ถ้วน
6. การละเอียดที่จะกล่าวถึงระบบการแนะนำ ไม่ว่าจะระดับชาวบ้าน ก็มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ต่อการแสวงหาการรักษา ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย ไปจนถึงมีพฤติกรรมการรักษา
7. การวิจัยบางเรื่อง แม้จะเน้นที่สังคมและวัฒนธรรม ว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการแสวงหาการรักษา รวมทั้งแง่บุคคล และสังคมที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหา แต่ก็ขาดการศึกษาถึงอิทธิพลของเพื่อน หรือญาติที่มีต่อการรักษาโรค และการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาจากที่หนึ่ง ไปอีกที่หนึ่ง

Igun พยายามที่จะบรรยายให้เห็นถึงเหตุการณ์ และการกระทำที่สัมพันธ์กับการแสวงหาโดยอาศัยตัวแบบลำดับขั้นตอน เช่นเดียวกับ Suchman ที่ว่าด้วยเรื่องความเจ็บป่วย จากขั้นที่หนึ่ง ไปสู่อีกขั้นหนึ่ง การเปลี่ยนผ่านในแต่ละขั้น เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใหม่ของบุคคลที่คาดหวังในขั้นที่จะมาถึง ดังนั้น ขั้นตอนต่าง ๆ จึงเปรียบเสมือนกุญแจสำคัญของการตัดสินใจของเหตุการณ์การแสวงหาการรักษาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ก็ผันแปรกับระยะเวลาและลำดับขั้นตอนในแต่ละขั้นตอน ทั้งนี้ Igun ได้ตั้งเงื่อนไขไว้ว่า บุคคลนั้นจะต้องกำหนดตัวเองว่าป่วย และบุคคลอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลสำคัญต่อตัวผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติสัมพันธ์ย่อย ๆ ในด้านสังคม เช่น ญาติ เพื่อน

สิ่งที่น่าจะกล่าวถึง เกี่ยวกับ Igun ก็คือ ข้อสมมติฐานที่สำคัญ ๆ ที่กำหนดไว้ในงานวิจัยชิ้นนี้ ก็คือ

- (1) ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา ทุกคนต้องการที่จะมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์
- (2) ความเจ็บป่วยทั้งหลายเป็นปรากฏการณ์ที่น่าสยงกลัว ทั้งในแง่ความหมายที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งแปรผันจากที่หนึ่ง ไปอีกที่หนึ่ง
- (3) ความเจ็บป่วยที่มีความสำคัญต่อทั้งบุคคลและสังคม
- (4) การรับรู้เกี่ยวกับความต้องการการรักษา เป็นนามธรรมมากกว่าวัฒนธรรม
- (5) คนไข้มักจะมีความคิดของตนเองว่า ต้องการรักษาด้วยวิธีการอะไร ซึ่งอาจแตกต่างกันระหว่างตัวผู้ป่วยกับผู้รักษา
- (6) คนไข้จะมีเหตุผลที่ประเมินความเจ็บป่วยของตนเอง ในแง่เศรษฐศาสตร์หรือการใช้บริการ ในการตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่เพิ่ม เลือกสิ่งที่น่าจะดีที่สุด

การวิจัยของ Igun พยายามที่จะศึกษาว่า ตัวแบบครั้งนี้จะบอกอะไรได้บ้าง เกี่ยวกับการตัดสินใจของคนไข้ต่อแหล่งบริการหลาย ๆ อย่าง โดยเน้นที่การแสวงหาการรักษาอาการที่ปรากฏแก่ร่างกายเท่านั้น

ขั้นตอนต่าง ๆ ของการแสวงหาการรักษาเยียวยา Igun เสนอมาเป็นขั้น ๆ ดังนี้ (Health seeking)

ขั้นที่ 1 ปรากฏอาการและประสบการณ์ เป็นขั้นที่บุคคลสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติทางด้านกายภาพ เช่น ความเจ็บป่วย ความผิดปกติของอวัยวะ ที่ทำงานไม่สะดวก ในขั้นนี้เอง บุคคลเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของอาการจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง เช่น โรคตัวจี๊ด เริ่มรู้สึกว่ามีอาการบวมแดงที่ผิวหนัง ต่อมาเจ็บ ๆ คัน ๆ แล้วย้ายต่อไปที่อื่น ๆ แล้ววมอีก ต่อจากนั้นจะยุบหายแล้ววมขึ้นมาอีก บางครั้งถ้าพยาธิอยู่ใต้ผิวหนัง จะเขี่ยออกมาได้ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยบางคนจะตีความ ความป่วยไข้จากการรับรู้จากอดีตว่า เมื่อเกิดอาการอย่างนั้นแล้ว ต่อไปจะเป็นอย่างนั้น ตามลูกโซ่ที่เคยประสบมา รวมทั้งอาการความหวาดกลัวด้านอารมณ์ ซึ่งก็อาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งด้านกายภาพ หรือกระบวนการเกิดตามขั้น ซึ่งก็เป็นความรู้สึกที่ไม่ต้องการจะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย เช่นนั้น

ขั้นที่ 2 การรักษาตนเอง ขั้นที่สองนี้ถือว่าเป็นข้อที่เริ่มเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม Igenk ได้อธิบายว่า ถ้าหากบุคคลเชื่อในอาการหรือเข้าใจว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง เขาจะรักษา แต่ถ้าไม่เข้าใจ สงสัย ก็จะปรึกษาผู้อื่นเพื่อช่วยวินิจฉัยเบื้องต้นให้แก่ตน บุคคลจะสามารถจำแนกความเจ็บป่วยได้โดยอาศัยความรู้ของตน หรือเรียนรู้จากคนอื่น เขาจะเปรียบเทียบความรู้นั้นกับอาการที่ตัวเองกำลังประสบอยู่ ถ้าแน่ใจว่าป่วย ก็จะรักษาเองก่อน แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ว่ามีอาการที่ปรากฏนั้น ค่อนข้างจะรุนแรง อาจจะไปปรึกษาโดยวิธีอื่น ๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณ หรือการแพทย์แผนใหม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับว่าเขาเข้าใจอาการนั้นเพียงใด ถ้าไม่ค่อยเข้าใจ ก็จะขอคำแนะนำให้คนอื่นช่วยตัดสินใจ และถ้าเข้าใจ แต่ไม่สามารถรักษาด้วยตนเองได้ ก็จะเลือกให้บุคคลอื่นช่วยตีความอาการที่เป็น

ขั้นที่ 3 การปรึกษาผู้อื่นที่มีความสำคัญต่อตน ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ความเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นเรื่องของบุคคลเท่านั้น แต่เป็นเรื่องทางสังคม ผู้ป่วยอาจรักษาด้วยตนเองได้ จนหายจากโรคได้ในบางโรค แต่บางครั้ง โรคที่ตนเองเข้าใจอาจไม่ถูกต้อง หรือถ้ารักษาแล้วไม่หาย ผู้ป่วยจะปรึกษาทั้งจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนสนิท เช่น ทำไมจึงกินข้าวไม่อร่อย ทำงานไม่ค่อยได้ เห็นอย่าง ปวดหัวบ่อย ๆ การขอร้องผู้อื่นช่วยเหลือจึงเป็นอีกขั้นตอนหนึ่ง ที่พบว่าผู้ป่วยอาจปรึกษาพร้อม ๆ ที่กำลังรักษาอยู่ หรือผ่านขั้นการรักษาแล้ว

ขั้นที่ 4 การประเมินอาการ ในขั้นนี้อาจอยู่ช่วงที่เกิดการปรึกษาผู้อื่นพร้อม ๆ กัน เพราะเมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาในครอบครัว สมาชิกหรือญาติและเพื่อนสนิท ก็อาจจะช่วยประเมินอาการว่า บุคคลนั้นป่วยเป็นไข้จริงหรือไม่ กล่าวคือ จะรับบทบาทผู้ป่วย หรือกลายเป็นคนป่วยหรือไม่ ซึ่งถ้าหากถูกกำหนดว่าป่วย ก็อาจจะได้รับอนุญาตให้หยุดทำงาน หรือพักผ่อน โดยไม่มีใครตำหนิ

ขั้นที่ 5 การคัดล่งหน้าของบทบาทผู้ป่วย ในทางสังคม เมื่อบุคคลเจ็บป่วยขึ้นมา จะถูกสังคมกำหนดว่า เป็นบุคคลที่ต้องสวมบทบาทผู้ป่วย ละเว้นจากกิจกรรมทางสังคม ไม่ไปร่วมงานทางสังคม อยู่พักผ่อนที่บ้าน หรือแม้กระทั่งต้องกินอาหารที่กำหนดให้กิน ถือว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ผิดปกติไปจากบุคคลทั่ว ๆ ไป ฉะนั้น จึงไม่ต้องทำงานเช่นคนอื่น ๆ ละเว้นจากกิจกรรมที่เคยทำอยู่ประจำ ครอบครัวก็จะทำหน้าที่เสมือนพยาบาลคอยดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยเอง ก็ได้รับการคัด

หวังจากสมาชิกว่าจะต้องร่วมมือ เชื้อฟุ้ง และปฏิบัติตนตามคำแนะนำ

ขั้นที่ 6 การแสดงออกถึงความห่วงใยของญาติและมิตรสหาย เมื่อบุคคลเจ็บป่วย เพื่อนฝูงและญาติมิตร ได้แสดงออกถึงความห่วงใย มาเยี่ยมผู้ป่วยตลอดเวลาที่เจ็บป่วย แม้บางครั้ง ก็อาจมาเมื่อหายแล้ว การให้กำลังใจจากบุคคลภายนอก เป็นความผูกพันและห่วงใยกังวลในตัวผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งก็อาจช่วยวินิจฉัยและแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

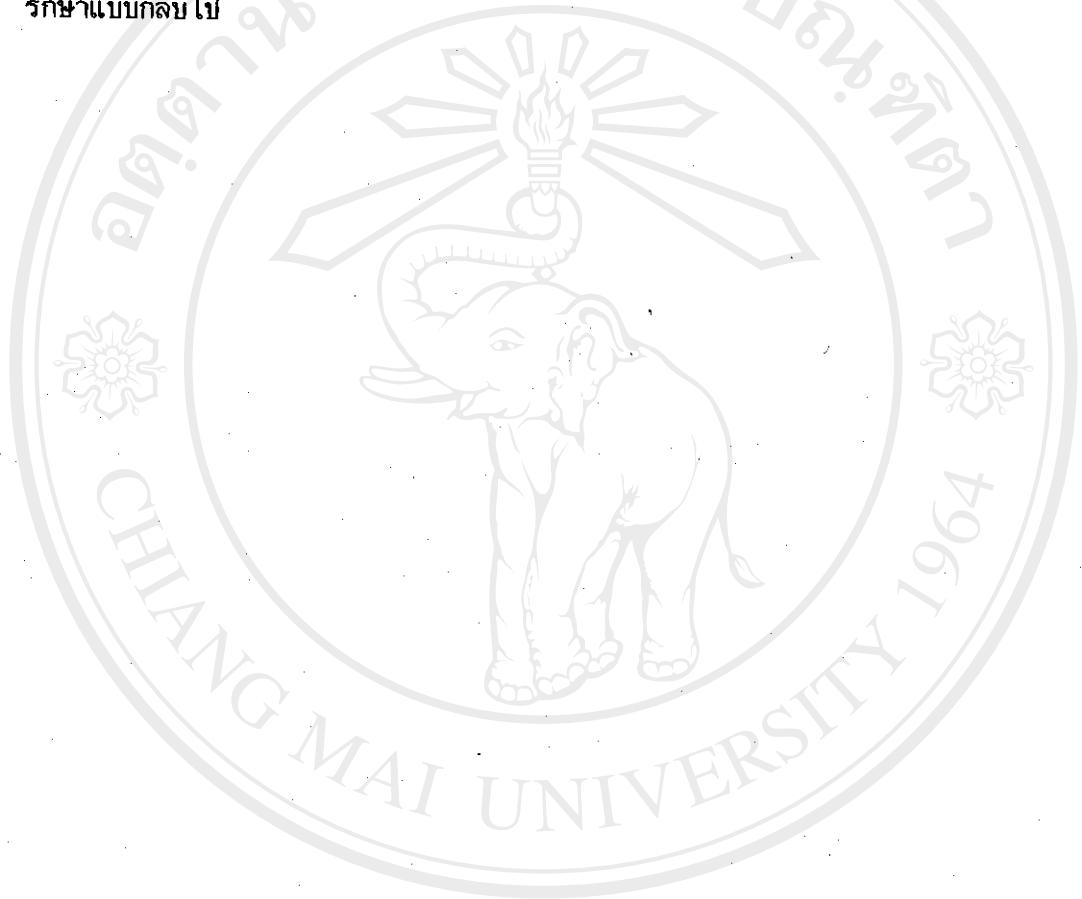
ขั้นที่ 7 การประเมินการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้ ค่อนข้างจะเกี่ยวข้องกับขั้นที่ 8 อยู่ใน เรื่องของการเลือกแหล่งรักษาในสังคม คำนิยามหรือความหมายของการเป็นโรคนั้น สังคมจะจำแนกแจกแจงความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับแหล่งรักษา เช่น ถ้าการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของพอมต หมอผี การรักษาก็ต้องจากหมอพื้นบ้าน และถ้าเป็นโรคที่รุนแรง ก็ต้องรักษาด้วยวิธีแพทย์แผนใหม่

ขั้นที่ 8 การเลือกแผนการรักษา การเลือกวิธีการรักษา จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อในสังคมมีวิธีการรักษาหลายอย่างที่ผู้ป่วยจะเลือกได้ เช่น หมอพื้นบ้าน หมอสมุนไพร หรือการเลือกระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก การจะเลือกวิธีอะไร นอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหรืออาการความเจ็บป่วยแล้ว ยังขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่าย ระยะทาง ความสะดวก ตลอดจนความพึงพอใจ และความสามารถ ประสิทธิภาพในความสามารถของแพทย์ หรือผู้รักษาที่ใช้แพทย์

ขั้นที่ 9 การรักษา เมื่อตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษาอย่างหนึ่งอย่างใดแล้ว ผู้ป่วยจะต้องยอมรับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ผู้รักษาต้องการ เช่น ถ้าเป็นโรงพยาบาล ก็ต้องทำทะเบียนผู้ป่วยเพื่อเป็นหลักฐาน หรือถ้าจะซื้อยา ก็ต้องขอใบสั่งแพทย์ ถ้าเป็นการรักษาโดยหมอพื้นบ้าน ก็อาจต้องจัดหาซื้อข้าวของที่หมอต้องการ ในขั้นของการรักษา ผู้ป่วยอาจหายหรือไม่หาย ถ้าไม่หาย ก็จะไปเลือกวิธีการรักษาแบบใหม่ต่อไป

ขั้นที่ 10 การประเมินผลของการรักษา ในขั้นนี้อาจเกิดขึ้นในช่วงที่ทำการรักษา อยู่โดยประเมินดูว่า ผลของการรักษาที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง มีความก้าวหน้าต่อกระบวนการ

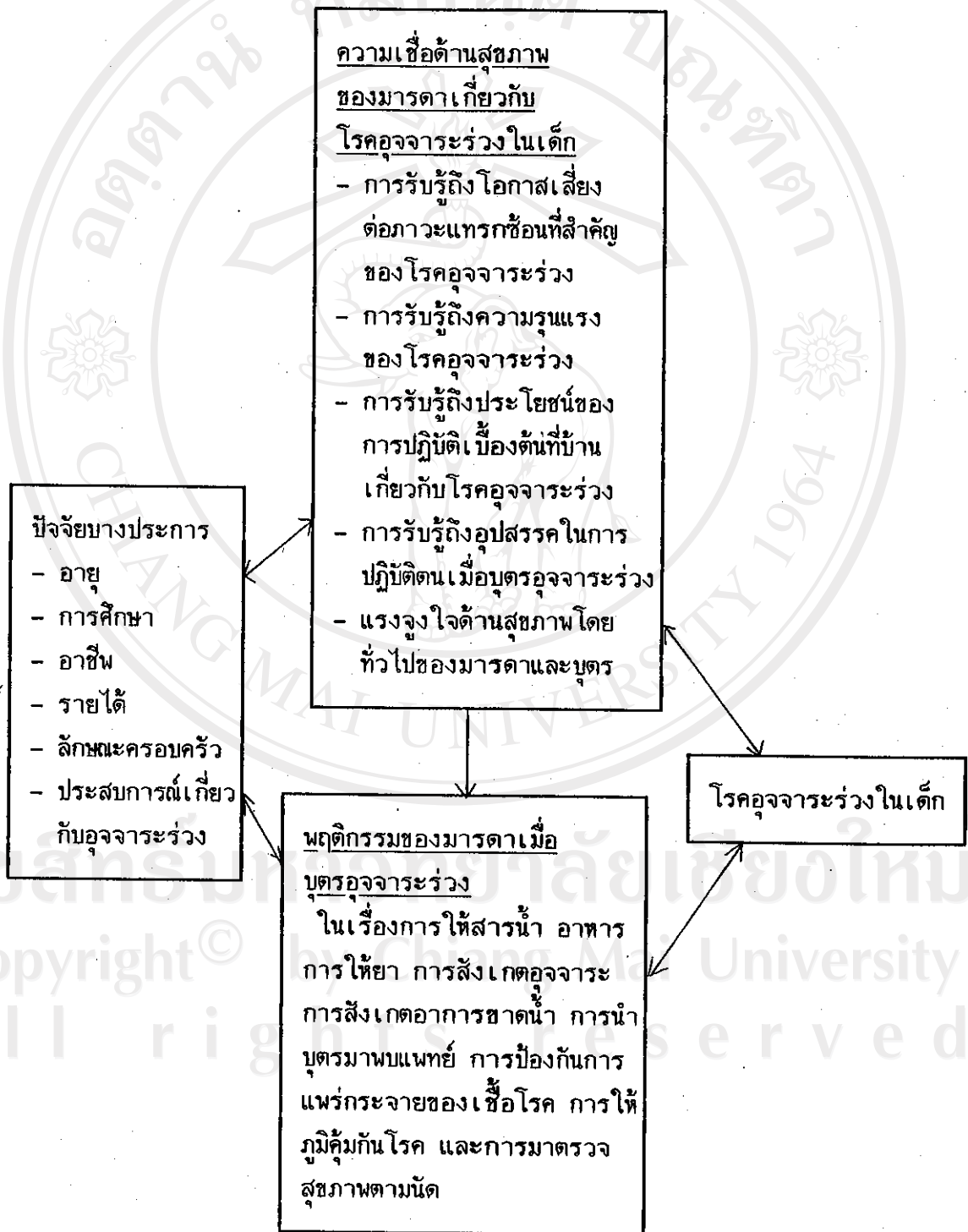
รักษาเป็นอย่างไร อาการที่เจ็บป่วยทุเลาลงหรือไม่ การประเมิณนี้ มิใช่เกิดจากตัวผู้ป่วยคนเดียว แต่รวมทั้งญาติมิตรที่จะร่วมเป็นผู้ตัดสินใจ บางครั้งการประเมิณผลว่าผลการรักษาไม่ดีขึ้น หรือมีแต่ ทรงกับทรุด ก็จะมีการประเมิณอาการที่เจ็บป่วยอีกครั้งหนึ่งว่า เป็นอะไรแน่ ถ้าหากการวินิจฉัย ครั้งแรกคลุมเครือ หรือเป็นโรคที่ยากจะชี้ชัดลงไปแน่นอน เช่น โรคเรื้อรังบางชนิด ผู้ป่วยอาจจะ รักษาแบบกลับใจไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการรวบรวมแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเจ็บป่วย ตลอดจนงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติของมารดา เมื่อบุตรอุจจาระร่วง ดังได้กล่าวมาแล้ว จึงได้นำมา เป็นกรอบในการศึกษาดังนี้



จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยของมารดาเมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง ซึ่งมีการศึกษากันมานาน สำหรับการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ได้ผลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ และส่งเสริมให้มารดามีการปฏิบัติตนเมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง ได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย หากมารดายังมีความเชื่อผิด ๆ กันอยู่มาก และยังไม่ให้การรักษาเบื้องต้นที่บ้าน ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กมีอาการทรุดหนัก เนื่องจากภาวะขาดน้ำและขาดสารอาหาร และเป็นการเพิ่มภาระให้กับทางโรงพยาบาลในการรับเด็กไว้ทำการรักษาจำนวนมาก ดังนั้น การที่เราได้ทราบจากมารดาในเรื่องความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรับรู้เกี่ยวกับโอกาส และความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง การปฏิบัติเบื้องต้น เมื่อบุตรมีอาการอุจจาระร่วง จะเป็นแนวทางเพื่อนำมาพัฒนาและประยุกต์ให้เหมาะสมในการส่งเสริมให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติเบื้องต้น เพื่อรักษาและป้องกันภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในทารกและเด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ