

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้า รวบรวมเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
 - 1.1 ความหมายของโรคอุจจาระร่วง
 - 1.2 การจำแนกโรคอุจจาระร่วง
 - 1.3 สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง
 - 1.4 การติดต่อของโรคอุจจาระร่วง
 - 1.5 ปัจจัยเสี่ยงโรคอุจจาระร่วง
2. มาตรการป้องกันอุจจาระร่วงที่มีประสิทธิผล
 - 2.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 2.2 การปรับปรุงการหย่านม
 - 2.3 การใช้น้ำสะอาด
 - 2.4 การล้างมือ
 - 2.5 การใช้ส้วม
 - 2.6 การกำจัดอุจจาระของเด็กอย่างถูกวิธี
 - 2.7 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด
 - 2.8 การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลิขสิทธิ์ในภาพนี้สงวนลิขสิทธิ์โดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

1.1 ความหมายของโรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามของ อุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นมูกเลือดเพียงครั้งเดียวก็นับได้ว่าเป็นอาการของอุจจาระร่วง ยกเว้น ในทารกที่มีการเปลี่ยนแปลงจากอุจจาระสีเทามาเป็นสีเหลือง (Transitional Stool) ทารกจะถ่ายบ่อยไม่นับเป็นอาการอุจจาระร่วง สำหรับกรณีของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจะเกิดในช่วงระยะเวลาอันสั้นไม่เกิน 7 วัน แต่ถ้ามีอาการเรื้อรังเกินกว่า 2 สัปดาห์ แสดงถึงโรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง (World Health Organization, 1987)

1.2 การจำแนกโรคอุจจาระร่วง (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2541)

โรคอุจจาระร่วงสามารถจำแนกได้หลายประเภท สำหรับประเทศไทยจะแบ่งประเภทของโรคอุจจาระร่วงได้ทั้งหมด 3 ประเภทดังนี้

1.2.1 จำแนกตามระยะเวลาที่มีการแสดงอาการของโรคอุจจาระร่วง แบ่งได้เป็น 3 ประเภท

- อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) มีอาการแสดงหลายชั่วโมง หลายวัน แต่มักจะหายภายใน 7 วัน
- อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistant diarrhea) มีอาการแสดงนานเกิน 2 สัปดาห์
- อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic diarrhea) มีอาการแสดงนานเกิน 3 สัปดาห์

1.2.2 จำแนกตามบัตรรายงานโรค (รง.506) จากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศกลุ่มโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย

- โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) เกิดจากการติดเชื้อต่างๆ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว และพยาธิ
- โรคบิด (Bacillary dysentery, Amoebic dysentery และ Unspecified)
- อาหารเป็นพิษ (Food poisoning) เกิดจากพิษของแบคทีเรีย เชื้อรา เห็ดและสารเคมี
- ไข้เอนเทอริก (Typhoid, Paratyphoid และ Enteric ที่ไม่ระบุชนิด)
- อหิวาตกโรค (Cholera) เกิดจากพิษ (Toxin) ของ Vibrio cholerae 01

1.2.3 จำแนกตามพยาธิสภาพของการเกิดโรค โรคอุจจาระร่วงแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

- Non-Invasive diarrhea หรือ Toxigenic diarrhea หรือ Secretory diarrhea เกิดจากแบคทีเรีย สร้างสารพิษ (Toxin) เมื่อเกาะติดผนังลำไส้แล้วสารพิษจะกระตุ้น การเปลี่ยนแปลง ทางเคมีในเซลล์ผิวผนังลำไส้ ทำให้เกิดการหลั่งน้ำและเกลือแร่เข้าไปในลำไส้มากจึงทำให้เกิด อาการถ่ายเป็นน้ำและมีอาการขาดน้ำและเกลือแร่ ตามมา ซึ่งอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เมื่อนำอุจจาระ ที่เป็นน้ำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะไม่พบเม็ดเลือดขาว เชื่อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ *Vibrio cholerae* 01, Enterotoxigenic *E.coli* (ETEC), Enteropathogenic *E.Coli* (EPEC), *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Bacillus cere*, Rotavirus, Norwalkvirus, *Cryptosporidium* spp.

- Invasive diarrhea มีการทำลายเยื่อลำไส้ ทำให้เกิดการอักเสบและมีการ ทำลายเซลล์ การหลุดออกตัวของเซลล์ทำให้เกิดแผลเป็นหย่อมๆ ดังนั้น ลักษณะของอุจจาระจึงมีได้ หลายลักษณะคือเป็นน้ำเหลว มีมูกปนเลือดจนถึงเป็นหนอง และเมื่อนำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง เชื่อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ *Shigella* spp., *Salmonella* spp., Enteroinvasive *E.coli* (EIEC), *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Entamoeba histolytica*

1.3 สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ที่พบบ่อยพอสรุปได้ดังนี้

1.3.1 อุจจาระร่วงจากการติดเชื้อทางเดินอาหาร จากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย

1.3.1.1 เชื้อไวรัส เป็นสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดย พบว่าไวรัสโรตา (Rotavirus) เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส ที่พบได้บ่อยในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการ ไข้ อาเจียน ปวดท้องและหรือ น้ำมูกไหล นำมาก่อนต่อมา ถ่ายอุจจาระเหลว หรือเป็นน้ำ จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคอุจจาระร่วงไวรัสโรตา (Rotavirus) ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนมิถุนายน ปี 2536 ถึงเดือน พฤษภาคม ปี2537 พบว่า ไวรัสโรตา (Rotavirus) เป็นสาเหตุ ถึงร้อยละ 31.5 (วิรัช นีรารุทธ์ และคณะ, 2537) นอกจากนี้ ยังพบว่า Norwalk and Norwalk-like viruses เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง โดยเชื้อไวรัสนี้จะเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน ภายหลัง จากการติดเชื้อจะมีระยะฟักตัว ประมาณ 24 - 48 ชั่วโมง แล้วแสดงอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนถ่าย เหลวในเด็ก จะพบอาการอาเจียนมากกว่าท้องร่วงแต่ในผู้ใหญ่จะพบอาการท้องร่วงมากกว่าอาเจียน (พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์, 2540) และจากการศึกษาทางระบาดวิทยายังพบอีกว่า ไวรัสชนิดนี้พบได้ทั่วโลก ในทุกกลุ่มอายุ มีการศึกษาถึงภูมิคุ้มกันต่อ Norwalk viruses ในบังคลาเทศ พบว่าสามารถตรวจ

พบภูมิคุ้มกันในเด็กเล็ก และเชื่อนี้ทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้ถึง ร้อยละ 1 - 2 (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2546)

1.3.1.2 เชื้อแบคทีเรีย ที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ทั้งที่เกิดจากตัวเชื้อและเกิดจากพิษของแบคทีเรีย ได้แก่ เชื้อชิเกลล่า (Shigella) หรือเชื้อบิด บิด ไม่มีตัวที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ *S.flexneri* และ *S.Sonnei* พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำในระยะแรก ต่อมาเมื่อเชื้อผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่จะทำให้ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดร่วมกับอาการปวดท้องและปวดเบ่ง (tenesmus) ตามมา พบว่าในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี เมื่อติดเชื่อนี้มักจะมีอาการไข้สูง และอาจมีอาการชักร่วมด้วย และเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ ซึ่งพบได้บ่อย ได้แก่

เชื้อคลอเลล่า (Vibrio cholera) พบว่า เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดอหิวาตกโรค โดยผู้ป่วยจะมีอาการอุจจาระเป็นน้ำสีขาวขุ่น สีเหมือนน้ำขาวข้าว กลิ่นเหม็นและถ่ายแต่ละครั้งปริมาณมากหรือไหลตลอดเวลา

เชื้ออีโคไล ชนิด Enterotoxigenic (Enterotoxigenic E.coli) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา เชื่อนี้มักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในประเทศกำลังพัฒนา ในช่วงวัย 3 ขวบ เด็กในประเทศกำลังพัฒนาจะมีการติดเชื่อนี้หลายครั้ง ซึ่งทำให้มีภูมิคุ้มกันโรค การป่วยในเด็กโตและผู้ใหญ่จึงเกิดขึ้นน้อยมาก และนอกจากนี้ยังพบว่า เชื้ออีโคไล ชนิด Enteropathogenic (Enteropathogenic E.coli) ที่เกิดในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี เมื่อติดเชื่อนี้มักจะมีอาการไข้สูง และอาจมีอาการชักร่วมด้วย

เชื้อซาลโมเนลล่า (Salmonella) เป็นเชื้อที่ติดต่อดีง่าย เชื่อนี้มีความสามารถในการทะลุทะลวงเข้าไปในระบบไหลเวียนโลหิต อาจทำให้เกิดโลหิตเป็นพิษหรือฝีที่บริเวณสมองได้โดยผู้ป่วยจะมีอาการ อาเจียน ท้องอืด ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำเหลวสีเขียว ไข้อย่างสูงขึ้น อาจมีอาการดับโต และตัวเหลือง ในเด็กเล็กภายหลังได้รับเชื้อ 4 ชั่วโมง จะเกิดอาการอาเจียน และท้องร่วงเหมือนอาการอาหารเป็นพิษ

เชื้อสแตฟีโลคอคโคไล (Staphylococcal) เชื่อนี้เมื่อปนอยู่ในอาหารจะเติบโตและปล่อยพิษไว้ในอาหาร สารพิษ (Toxin) ทนต่อความร้อนถึงแม้จะนำมาหุงต้ม ก็ทำให้เกิดอาการได้ อาการจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภายหลังได้สารพิษ ประมาณ 4 - 12 ชั่วโมง อาจเกิดอาการได้หลายคนในกลุ่มที่รับประทานอาหารมือเดียวกัน ในเด็กและคนสูงอายุอาจมีอาการขาดน้ำและช็อกได้

1.3.2 อุจจาระร่วงจากเชื้อโปรโตซัว และเชื้อปรสิต

1.3.2.1 เชื้อโปรโตซัว (Protozoa) เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งสามารถป้องกันและรักษาได้ เชื้อโปรโตซัวที่ทำให้เกิดโรค อุจจาระร่วง ได้แก่

เชื้ออะมีบา (Amoeba) ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง (เชื้อบิดมีตัว *Entamoeba histolytica*) อาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดแผลในลำไส้ใหญ่และสามารถผ่านเข้าไปในกระแสเลือด ทำให้เกิดโรคฝิบิดในตับ ปอด สมอง ถ้าเชื้ออยู่ในลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดโรคบิดมีตัว (Amoebic dysentery) จะมีอาการปวดเบ่ง อุจจาระเป็นมูกเลือด มีกลิ่นเหม็นเหมือนกุ้งเน่า มีไข้ต่ำ ถ้าเชื้อกระจายไปทำให้เกิดโรคฝิบิดในอวัยวะต่างๆจะมีอาการผิดปกติของอวัยวะนั้นๆ

เชื้อไกอาเดีย (Giardia) เชื้อไกอาเดีย อาศัยอยู่ในลำไส้เล็กส่วนต้นของคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมบางชนิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุระหว่าง 4-12 ปี มีอาการท้องอืด ท้องเสีย อุจจาระเหลว มีกลิ่นเหม็นบูด ลักษณะลอยเพราะมีไขมัน เด็กที่ป่วยเรื้อรังอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารและเจริญเติบโตช้า

เชื้อในกลุ่มคอกซิเดีย (Coccidia) เชื้อในกลุ่มคอกซิเดีย ที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง เชื้อเหล่านี้ ได้แก่ *Cryptosporidium*, *Cyclospora*, *Isospora* และพวก *Microsporidia* ส่วนใหญ่เป็นเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องจะมีอาการถ่ายอุจจาระเรื้อรัง และเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยการปนเปื้อนอาหารหรือน้ำดื่ม ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง และเชื้อออกมากับอุจจาระ ติดต่อกันได้

1.3.2.2 เชื้อปรสิต (Parasite) ที่ทำให้เกิดอุจจาระร่วง ได้แก่ *Strongyloides stercoralis*, *E. histolytica*, *G.lamblia* (โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, 2551)

1.3.3 อุจจาระร่วงจากเชื้อรา (Fungal) ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือภายหลังได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน เชื้อรามักเข้าแทรกซ้อนทำให้อุจจาระร่วง ถ่ายอุจจาระเหลว และเป็นมูกได้ (Mata, 1986, อ้างใน สุกัญญา เนตตะศาสตร์, 2538)

1.3.4 อุจจาระร่วงสาเหตุอื่นๆ สำหรับอุจจาระร่วงเรื้อรัง เป็นเวลานานเกิน 3 อาทิตย์ อาจมีสาเหตุดังนี้

- การแพ้สารอาหาร เช่น ไข่ขาว โปรตีนของนมวัว หรือโปรตีนของนมถั่ว
- การขาดน้ำย่อย เช่น เอนไซม์ Lactase ที่ใช้ย่อยน้ำตาล Lactose ซึ่งมีมากในนมสด อาหารจึงย่อยและดูดซึมไม่เต็มที่ (Malabsorption) ประกอบกับกากอาหารเหลืออยู่มาก ช่วย

ให้แบคทีเรียเติบโตมากขึ้น ทำให้อุจจาระร่วงได้ โดยจะทำให้เด็กเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันบ่อย ๆ และทำให้ลำไส้อักเสบเรื้อรังในภายหลัง

- ความผิดปกติของฮอร์โมนบางชนิด เช่น Adrenal insufficiency ขาด aldosterone

- เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคอื่น ๆ เช่น วัณโรคของลำไส้ เนื่องจากหรือมะเร็งของลำไส้ Һุ่น้ำหนัก การติดเชื้อที่ปอด มาเลเรีย และโรคหัด

- จากการกินยารักษาโรคอื่น ๆ เช่น ยาลดกรดที่มีแมกนีเซียม (Mg) ผสมอยู่ ยาบำรุงที่ผสมธาตุเหล็ก ยาปฏิชีวนะบางชนิด (วันดี วราวิทซ์ และคณะ, 2541)

ถึงแม้ว่าสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงจะมีมากมายดังกล่าวข้างต้นก็ตาม แต่โดยส่วนใหญ่โรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยเด็กจะเกิดจากการติดเชื้อถึง ร้อยละ 80 และเชื้อจะเข้าสู่ปากโดยวิธี ผ่านทางมือที่สกปรก ผ่านทางน้ำหรือนมที่ไม่สะอาด และผ่านทางอาหารที่ไม่สะอาด (วันดี วราวิทซ์ และคณะ, 2541) และจากการศึกษาโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรตา (Rotavirus) ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าผู้ป่วยที่เป็นทารกและเด็ก (กลุ่มอายุ 6-24 เดือน) ที่มีอาการอุจจาระร่วงเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโรตา (Rotavirus) ถึงร้อยละ 25 ซึ่งเด็กในประเทศพัฒนาส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 เคยติดเชื้อก่อนอายุ 2 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 3 เดือนถึง 2 ปี และพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงในช่วงฤดูหนาว (ตุลาคม-มีนาคม) โดยเฉพาะในแถบประเทศเขตอบอุ่น (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2546)

1.4 การติดต่อของโรคอุจจาระร่วง

เชื้อโรคจะออกจากร่างกายโดยการถ่ายอุจจาระ และอาเจียน กระจายไปยังผู้อื่นผ่านทางมือที่สกปรก น้ำ อาหารและนมที่ไม่สะอาด โดยการกินเชื้อโรคเข้าไป (Fecal Oral Route) (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2552)

1.5 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กและพฤติกรรมอนามัย พบว่า การล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ ด้วยน้ำและสบู่บางครั้ง การล้างมือหลังทำความสะอาดอุจจาระเด็กด้วยน้ำธรรมดา การล้างมือด้วยน้ำธรรมดาก่อนป้อนอาหาร น้ำหรือนม การกำจัดอุจจาระเด็กไม่ถูกหลักสุขาภิบาล การไม่อุ่นอาหารที่เหลือก่อนนำมาให้เด็กรับประทาน และอายุของผู้ดูแลเด็กที่น้อยกว่า 25 ปี การไม่มี

ประสบการณ์ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (นิคม กสิวิทย์อำนวย, 2542) การไม่ล้างมือก่อนกินอาหารของผู้ดูแลเด็ก การไม่ล้างมือก่อนปรุงอาหารหรือขนมของผู้ดูแลเด็ก การไม่ล้างมือให้เด็กก่อนให้กินอาหาร การไม่ล้างมือก่อนให้นมแม่แก่เด็ก การไม่ทำความสะอาดเต้านมแม่ก่อนให้นมแม่แก่เด็ก เด็กที่กินอาหารด้วยช้อนเป็นบางครั้ง เด็กหิบบอกที่ตกพื้นมากินหรืออมเล่น การขนมไว้ครั้งเดียวให้เด็กกินไปเรื่อยๆหลายครั้งจนหมดขวด การล้างขวดนมต่อเมื่อมีการชงใหม่ และการไม่ใช้ภาชนะปกปิดขวดนม นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงของผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ปัญจวรรณ แปลงสะอาด, 2541)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็ก พบว่า ประวัติการป่วยของเด็กในช่วง 1 เดือนก่อนการรักษาโรคอุจจาระร่วง การไม่ได้รับนมแม่ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน (ปัญจวรรณ แปลงสะอาด, 2541) การไม่ได้รับวัคซีนหัดของเด็ก (สุกัญญา เนตศาสตร์, 2538) เด็กที่ได้รับนมผสมมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว ชนิดของนมผสมประเภทนมวัวมีโอกาสเสี่ยงถึง 6.9 เท่า การหย่านมโดยพบว่าการหย่านมก่อน 2 เดือนแรกแก่ทารก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง (Sandra et al., 1996) นอกจากนี้ยังมีเรื่องของภาวะโภชนาการของเด็กที่ต่ำกว่าเกณฑ์ การมีประวัติป่วยเป็นโรคหัดก่อน 6 เดือน ความถี่ของการถ่ายอุจจาระมากกว่า 8 ครั้งต่อวัน และความถี่ของอาการอาเจียนมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (Zodpey et al., 1997)

นอกจากนี้ ยังพบว่าเชื้อที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ เชื้อโรต้าไวรัส (Rotavirus) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็กที่ต้องรับเข้าการรักษาในโรงพยาบาล (Jim et al., 2006)

มาตรการป้องกันอุจจาระร่วงที่มีประสิทธิผล

มาตรการป้องกันอุจจาระร่วงที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การปรับปรุงการหย่านม การใช้น้ำสะอาด การล้างมือ การใช้ส้วม การกำจัดอุจจาระเด็กอย่างถูกวิธี และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด และการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ มาตรการเหล่านี้สามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาภาวะการขาดน้ำทางปากจะสามารถลดอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงได้

2.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก และยูนิเซฟได้จัดทำขึ้นนั้น เดิมจะต้องให้นมแม่อย่างเดียว 4 เดือน แต่ปัจจุบันเปลี่ยนเป็น 6 เดือน โดยเป็นการให้เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ให้ดื่มน้ำเลย สถานการณ์ปัจจุบัน อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่าเป้าหมายมาก

โดย ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี 2550 ไว้ร้อยละ 30 จากการศึกษา พบว่า ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 4 เดือน ร้อยละ 16 และหากเป็น 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 5 (องค์การยูนิเซฟประเทศไทย, 2550)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระหว่าง 6 เดือนแรกในชีวิต ทารกควรจะได้รับแต่นมอย่างเดียวนอกจากนี้ ทารกควรจะได้รับเพียงนมแม่โดยไม่มีสารน้ำอื่นๆเลยแม้แต่ น้ำผลไม้ หรือนมผง (Exclusively Breast Feeding) จากการศึกษาพบว่า เด็กที่ดื่มนมแม่เพียงอย่างเดียวในระยะเวลา 4 เดือน จะทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเพียงร้อยละ 1 อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันหลายโรงพยาบาลพยายามออกมารณรงค์ให้เด็กฉีดวัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในความเป็นจริงแล้วถ้าเด็กได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่องก็ยังไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีน (ศิริภรณ์ สวัสดิ์, 2549)

ทารกที่รับนมแม่เพียงอย่างเดียว มีโอกาสอุจจาระร่วงน้อยกว่าเด็กทารกที่ไม่ได้รับนมแม่หรือได้รับนมแม่บ้างไม่ได้บ้าง ถ้าทารกที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวทารกจะไม่ค่อยเกิดอุจจาระร่วงหรือถ้าเป็นก็ไม่มีรุนแรงในระหว่าง 6 เดือนแรกในชีวิต โอกาสเสี่ยงเป็นอุจจาระร่วงรุนแรงหรือถึงตายในทารกที่ไม่ได้กินนมแม่จะมากกว่าเด็กทารกที่ได้รับแต่นมแม่ถึง 30 เท่า

ในระหว่างอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ทารกควรจะได้รับนมแม่ เด็กที่ยังได้รับนมแม่ต่อไป จะเกิดอุจจาระร่วงน้อยกว่าพวกที่ไม่ได้รับนมแม่ การได้รับนมแม่บางส่วนจะลดความเสี่ยงต่ออุจจาระร่วงรุนแรงและการตายจากอุจจาระร่วง (กองโภชนาการ, 2547)

2.2 การปรับปรุงการหย่านม

วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารเสริมในช่วงของการหย่านม

การให้อาหารเสริมในช่วงของการหย่านม ซึ่งเป็นช่วงอายุของเด็กตั้งแต่ 6 เดือน เป็นต้นไปนั้น เป็นกระบวนการที่เด็กค่อยๆ คั่นเคยกับอาหารของผู้ใหญ่ อาหารของเด็กเปลี่ยนจากนมอย่างเดียวมาเป็นอาหารที่ครบครันตามปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนมแม่ ก็ยังคงเป็นส่วนสำคัญของอาหาร ช่วงของการหย่านมเป็นระยะอันตรายของเด็กเล็ก การให้อาหารเสริมช่วงของการหย่านมที่ไม่ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงและตายจากอุจจาระร่วง วิธีปฏิบัติเรื่องการให้อาหารเสริมในช่วงของการหย่านมที่ดีจะรวมถึงการดูแลและเอาใจใส่ว่าเมื่อไรจึงจะป้อนอาหารให้เด็กโดยวิธีใด (กองโภชนาการ, 2547)

เมื่อไรจะเริ่มให้อาหารเสริมในช่วงของการหย่านม

เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน เด็กก็ยังสามารถรับนมแม่อยู่แต่จะเริ่มให้อาหารเสริม โดยอาหารเสริมที่ป้อนเริ่มหลากหลายขึ้นและทารกจะได้รับอาหาร 1 มื้อ ได้แก่ ข้าวบด ไข่และเนื้อสัตว์สุกบด ผักสุกบด และผลไม้ โดยป้อนตอนแรกทีละน้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น (กองโภชนาการ, 2547)

จะให้อาหารอย่างไร

- ล้างมือก่อนเตรียมอาหารเสริมสำหรับเด็กหย่านมและก่อนป้อนอาหารเด็ก
- เตรียมอาหารในบริเวณที่สะอาด
- ล้างอาหารสดในน้ำสะอาดก่อนป้อนให้เด็ก
- ปรงหรือต้มอาหารให้สุก
- ถ้าเป็นไปได้เตรียมอาหารเสริมสำหรับเด็กหย่านมทันที ก่อนถึงเวลาป้อนเพียงเล็กน้อย

เล็กน้อย

- ปิดครอบอาหารที่ต้องการเก็บ เก็บอาหารในที่เย็นหรือเก็บไว้ในตู้เย็น
- ถ้าอาหารสุกแล้ว เตรียมมานานเกิน 2 ชั่วโมง อุณหภูมิเดือดหรือเย็นก่อนแล้วจึงป้อนให้เด็ก
- ป้อนอาหารเด็กด้วยช้อนที่สะอาด

2.3 การใช้น้ำสะอาด

การใช้น้ำสะอาดจำนวนมาก จะป้องกันครอบครัวไม่ให้เป็นโรคอุจจาระร่วง ครอบครัวที่เข้าถึงแหล่งน้ำที่สะอาดจะเป็นอุจจาระร่วงน้อยกว่าครอบครัวที่เข้าไม่ถึง โดยทั่วไปแล้วครอบครัว คงไม่อาจเปลี่ยนแปลงให้เข้าถึงแหล่งน้ำที่สะอาดได้เอง การปรับปรุงแหล่งน้ำมักจะมาจาก โครงการรัฐบาลที่ครอบครัวและชุมชนอาจมีส่วนร่วมด้วย อย่างไรก็ตามครอบครัวอาจจะปรับปรุงคุณภาพน้ำภายในบ้าน เช่นด้วยวิธีการกรอง วิธีการต้ม และปกป้องไม่ให้ปนเปื้อนไม่ว่าจะเป็นที่แหล่งน้ำหรือภายในบ้าน (Pinfold & Horan, 1993, อ้างใน สุกัญญา เนตศาสตร์, 2538)

2.4 การล้างมือ

ผู้ดูแลเด็กจะป้องกันเด็กเล็กไม่ให้เกิดอุจจาระร่วง ด้วยการถือปฏิบัติในเรื่องของสุขวิทยาที่ดี วิธีปฏิบัตินั้นอาจจะแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ การล้างมือ

การล้างมือ หมายถึง การขจัดอุจจาระให้ทั่วมือรวมทั้งช่องกลางนิ้วมือด้วยสบู่หรือสารเคมี และน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและคุ้มค่าที่สุดในการควบคุมโรคติดต่อ

ข้อปฏิบัติสำหรับครอบครัว ทุกคนในครอบครัวจะล้างมือให้ถูกต้องตามขั้นตอนให้สะอาด โดยเฉพาะหลังทำความสะอาดเด็กที่เพิ่งอุจจาระร่วง หรือหลังกำจัดอุจจาระร่วงในเด็ก หลังถ่ายอุจจาระ ก่อนเตรียมอาหาร และก่อนป้อนอาหารเด็ก ผู้ใหญ่ควรจะล้างมือเด็กเล็กด้วย (Pinfold & Horan, 1993, อ้างใน สุกัญญา เนตศาสตร์, 2538)

2.5 การใช้ส้วม

โรคอุจจาระร่วงมีการส่งผ่านเชื้อโรคจากกันสู่ปาก (Fecal Oral Route) โดยที่อุจจาระมักปนเปื้อนอยู่ในน้ำและอาหารที่คนเรากินเข้าไป ดังนั้น การกำจัดอุจจาระร่วงที่ปลอดภัยจะลดการกระจายของโรค การมีส้วมและใช้ส้วมที่ถูกต้องจะลดความเสี่ยงจากโรคอุจจาระร่วงได้

ข้อควรปฏิบัติสำหรับครอบครัว มีส้วมสะอาดสำหรับให้สมาชิกในบ้านที่ใหญ่พอจะใช้ได้ ทุกคนรักษาส้วมให้สะอาดโดยการล้างทุกครั้งอย่าให้มีอุจจาระตกค้าง ถ้าไม่มีส้วม ให้ปฏิบัติดังนี้

- อุจจาระห่างจากบ้านหรือบริเวณที่เด็กวิ่งเล่น และห่างจากแหล่งน้ำอย่างน้อย 10 เมตร
- หลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่าเพื่อไปถ่ายอุจจาระ
- อย่าให้เด็กไปเดินเล่นในบริเวณที่ถ่ายอุจจาระโดยลำพัง (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2552)

2.6 การกำจัดอุจจาระของเด็กอย่างถูกวิธี

การกำจัดอุจจาระเด็กเล็กให้ถูกสุขลักษณะมีความสำคัญทุกแห่งในชุมชน อุจจาระของทารกหรือเด็กเล็กจะถือว่าไม่มีอันตรายไม่ได้ ตามความเป็นจริงอุจจาระดังกล่าวจะมีอันตรายเพราะสามารถแพร่โรคไปยังเด็กอื่นและผู้ปกครอง ดังนั้น อุจจาระเด็กอ่อนจะต้องกำจัดโดยเร็วและกำจัดให้ถูกสุขลักษณะ

แนวทางปฏิบัติสำหรับครอบครัว ได้แก่ การเก็บอุจจาระเด็กหรือทารกด้วยผ้ากันเปื้อนเด็กและทิ้งลงในส้วม ให้เด็กเล็กอุจจาระลงในภาชนะรองรับ เช่น กระโถน แล้วเทลงส้วมทันที แล้วล้างกระโถนให้สะอาด อีกวิธีหนึ่ง ให้เด็กถ่ายอุจจาระลงในกระดาษหนังสือพิมพ์ ห่ออุจจาระแล้วเก็บทิ้งลงในส้วม หรือฝังในหลุมหรือฝังที่มุมใดมุมหนึ่งของสนาม หากเป็นช่วงกำลังป่วย มีอาการอุจจาระร่วงอยู่ ภาชนะรองรับอุจจาระควรมีการฆ่าเชื้อ และให้ทิ้งอุจจาระลงส้วมเท่านั้น เพื่อป้องกันมิให้เชื้อแพร่กระจายไปที่อื่น จากนั้นให้ทำความสะอาดกันเด็กทันที แล้วล้างมือของตัวเองและมือเด็กให้สะอาดด้วย น้ำและสบู่ (Pinfold & Horan, 1993, อ้างใน สุกัญญา เนตศาสตร์, 2538)

2.7 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด

ในการป้องกันโรคหัด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดจะป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่มักจะเกิดขึ้นหรือติดตามมาด้วยโรคหัด อุจจาระร่วงที่เกี่ยวกับโรคหัดมักจะรุนแรงและมีลักษณะคล้ายบิด ทำให้เสียชีวิตมากกว่าอุจจาระร่วงจากสาเหตุอื่น หรือในกลุ่มเด็กประมาณ ร้อยละ 10 ของเด็กที่เป็นหัดและอุจจาระร่วงจะเสียชีวิต

ข้อควรปฏิบัติสำหรับครอบครัว คือให้เด็กทุกคนฉีดวัคซีนโรคหัดทันทีที่อายุถึง 9 เดือน (สุรรัตน์ อัสวสุพรรณ, 2529, อ้างใน สุกัญญา เนตศาสตร์, 2538)

2.8 การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

ผลเสียของภาวะการขาดสารอาหารในเด็ก คือ การทำให้ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ จึงมักมีการติดเชื้อ มีอัตราป่วยและตายในเด็กเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งการเจ็บป่วยของเด็กเกิดขึ้นได้บ่อยเป็นนาน หายช้า และมีความรุนแรง เช่น อุจจาระร่วง เป็นหัด ไข้หวัด ปอดบวม เป็นต้น ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ (กองโภชนาการ, 2547) กล่าวไว้ว่า 3 ใน 4 ของเด็กที่ตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการขาดอาหาร เป็นเด็กที่ขาดอาหารในระดับเริ่มแรกและปานกลาง ซึ่งไม่ได้แสดงอาการอ่อนแอออกมาให้เห็น

สำหรับประเทศไทยตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก มี 3 ตัวชี้วัด คือ น้ำหนัก ตามเกณฑ์อายุ ความยาวต่อส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักเทียบกับความยาวต่อส่วนสูง โดยในเด็กอายุ 0-2 ปี จะเป็นการนอนวัดความสูง เรียกว่าวัดความยาว และในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี จะเป็นการยืนวัดความสูงเรียกว่า วัดส่วนสูง เมื่อชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ถ้ามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อายุบ่งชี้ได้ว่าขาดอาหาร แต่บอกไม่ได้ว่าขาดมานานแล้วหรือเริ่มขาดอาหารมาเมื่อใด ตัวชี้วัดอีก 2 ตัวคือ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ถ้ามีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ (เตี้ย) บ่งชี้ได้ว่าขาดสารอาหารเป็นเวลานาน ถ้ามีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงต่ำกว่ามาตรฐาน (ผอม) บ่งชี้ได้ว่าขาดสารอาหารเฉียบพลัน เช่น เจ็บป่วย หรือกินอาหารน้อยในช่วงสั้นๆ เช่น 2-3 วัน, 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน (กองโภชนาการ, 2547)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นแบบจำลองทางจิตวิทยาสังคมที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจในพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกและปัจจัยร่วมที่เป็นปัจจัยทางสังคมวิทยา อันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง ค.ศ.1950-1960 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ (1) Godfrey M. Hochbaum (2) S. Stephen Kegeles (3) Howard Levental และ (4) Irwin M. Rosenstock ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคระดับบุคคล (มัลลิกา มัติโก, 2534)

ต่อมา โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974, อ้างใน กรรณิการ์ จิตรบรรเจิดกุล, 2544) กล่าวว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา ซึ่งมีองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพสรุปได้ดังนี้

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิต
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและต้องไม่มีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัตินั้น

เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

หมายถึง ความเห็นของบุคคลในการรับรู้ถึงความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดโรค โดยบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่าตนเองจะมีโอกาสที่จะเจ็บป่วย หรือติดโรคเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง โดยที่ความเห็นอาจเป็นว่าบุคคลจะเพิกเฉย ไม่รับรู้ว่ามีโอกาสใดๆ ที่จะติดโรคนั้น ขณะที่ระดับความเห็นของโอกาสเสี่ยงที่รับรู้สำหรับบางคนก็อาจมีบ้างแต่ตนเองก็ไม่อยากเชื่อว่าจะเกิดขึ้นกับตน ความเสี่ยงที่รับรู้จึงอาจอยู่ในระดับต่างๆ กัน

3.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

หมายถึง ความเห็นของบุคคลในการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคและผลต่อเนื่องของโรคนั้น โดยความรู้สึกรุนแรงของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่ประสบผลเท่าที่ควรถ้าบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3.1.3 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits)

หมายถึง ความเห็นของบุคคลในการรับรู้ถึงประสิทธิผลของการกระทำพฤติกรรมที่ถูกแนะนำเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรค และผลกระทบของโรคนั้น โดยที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น โดยเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้จากผลของการประเมินเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ แล้ว

3.1.4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

หมายถึง ความเห็นของบุคคลในการรับรู้ถึงอุปสรรคที่จับต้องได้ (tangible) และอุปสรรคที่สัมพันธ์กับทางจิตวิทยา (psychological cost) ของการทำตามคำแนะนำ หรืออาจหมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

3.1.5 สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cues to Action)

หมายถึง กลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อม (Readiness) ในการกระทำพฤติกรรมซึ่ง Rosenstock ได้เสนอตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งที่จะเพิ่มเติมเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพราะเชื่อว่าจะมีความจำเป็นต่อแบบแผนความเชื่อสุขภาพนี้ให้สมบูรณ์ ปัจจัยเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะ (Cues) หรือตัวเหนี่ยวนำ (trigger) ให้เกิดการแสดงการกระทำที่เหมาะสมออกมา (Rosenstock, 1974, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534)

3.1.6 การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน (Perceive Self-Efficacy)

หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่แสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ และจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะ รวมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน ได้แก่ ประสบการณ์ตรง ประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด การลองสมมุติ และสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ของบุคคล

ในการวิจัยนี้ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ในการป้องกันรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (ปราโมทย์ แซ่เอ็ง, 2535, อ้างใน วรรณิการ์ จิตรบรรเจิดกุล, 2544)

3.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งประเภทของแรงสนับสนุนนั้นได้ผู้ที่แบ่งประเภทไว้มากมายพอจะจำแนกได้ดังนี้

3.2.1 การแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมของ คอบบ์ (Cobb, 1979, อ้างใน รัตนกรรณ์ อวิพันธ์)

- การให้ความช่วยเหลือ หมายถึง การให้สิ่งของหรือการช่วยเหลือโดยตรง รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารและเวลา
- การยืนยันและรับรองพฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกถึงการเห็นด้วยการยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม
- ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด เช่น การยอมรับ หรือการเคารพ

3.2.2 การแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมของ ไวส์ (Weiss, 1974, อ้างใน รัตนกรณ์ อาวิพันธ์, 2551)

- การให้ความช่วยเหลือ หรือให้ความรู้สึกว่ามีบุคคลที่พึ่งพาได้ อาจเป็นในรูปของคำแนะนำชี้แจง หรือการให้กำลังใจเพื่อที่จะนำไปแก้ปัญหา
- การให้ความรักใคร่ผูกพัน ใกล้ชิด จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ปลอดภัยอบอุ่น ส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว
- การมีส่วนร่วมในสังคม หมายถึงการให้ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นจะทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
- การให้ความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของคนอื่น หมายถึงพฤติกรรมการที่ต้องดูแลรับผิดชอบ เช่นการที่ผู้ใหญ่ต้องให้การสนับสนุนเลี้ยงดูบุตรหลานความรู้สึกนี้จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของคนอื่น เป็นที่พึ่งพาได้
- การได้รับการยอมรับ หมายถึงเมื่อบุคคลสามารถแสดงบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม เช่นบทบาทในครอบครัว บทบาทในอาชีพจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่น หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

จากการศึกษาพบว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญได้แก่ ครอบครัว ญาติ มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของบุคคลเป็นประการแรก และรองลงมาคือกลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (ปราโมทย์ แซ่อึ้ง, 2535, อ้างใน กรรณิการ์ จิตรบรรณเจตกุล, 2544) การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่เป็นทั้งมารดา บิดา ผู้รับจ้างเลี้ยงเด็กที่บ้าน และญาติจึงเลือกใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทักษิณา ไกรราช (2539) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี เพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในอำเภอถานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยการให้ผู้จัดรายการหอกระจายข่าวที่ได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานเรื่องโรคอุจจาระร่วง กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับเรื่องโรคอุจจาระร่วงผ่านทางหอกระจายข่าวแก่มารดาผู้เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกัน

โรคอุจจาระร่วงและความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และการมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตอบสนองในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วงกับการมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สง่า ไชยรักษ์ (2542) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ดำเนินการโดยอาสาสมัครแกนนำสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรม 3 วัน แล้วนำความรู้ไปจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การบรรยาย การสนทนากลุ่ม การฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคและการติดตามเยี่ยมบ้าน และหลังการทดลองพบว่ากลุ่มมารดามีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่ต้องเพิ่มมากขึ้น และยังมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ต้องเพิ่มมากขึ้น โดยมากกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวิทย์ เข้มพงษ์ (2544) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กทารกของผู้เลี้ยงดู อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยกิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้กับกลุ่มทดลองประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การสาธิตการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การสาธิตการผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ การฝึกปฏิบัติการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การฝึกปฏิบัติการผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ การนำเสนอผลทดสอบความสะอาดมือ และจดหมายกระตุ้นเตือน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังดำเนินการโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และมีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่าก่อนการดำเนินการและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พงศ์พัฒน์ ชาวโรกร (2544) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 2-5 ปี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์และภาพพลิกประกอบการบรรยาย การสนทนากลุ่ม การฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคและการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแม่บ้านอาสาสมัคร พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้กลุ่มมารดามีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่ต้องเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ต้องเพิ่มมากขึ้น มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา โชตินอก (2538) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การบรรยายประกอบสื่อภาพพลิกการประชุมกลุ่มย่อย และการกระตุ้นเตือนโดยแม่บ้านอาสาสมัครเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในมารดากลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษามารดาในกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 2-5 ปี สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุ 2-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และคณะ (2539) ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารกโดยการให้นมมารดาทันทีหลังคลอดและส่งจดหมายให้ความรู้เป็นระยะ โดยการเปรียบเทียบเด็กทารก 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองเด็กจะได้รับนมมารดาทันทีหลังคลอด และติดตามส่งจดหมายให้ความรู้แก่มารดาทุก 2 เดือน กลุ่มควบคุมนั้นไม่ได้ให้นมมารดาทันทีหลังคลอดและไม่ได้ส่งจดหมายเยี่ยมบ้าน แล้วติดตามเด็กทุก 2 สัปดาห์ เกี่ยวกับพฤติกรรมเลี้ยงเด็กและอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จนเด็กอายุครบ 1 ปี พบว่า เด็กทารกในกลุ่มทดลองมีอัตราการให้นมมารดาอย่างเดียวยุทธครบ 3 เดือน สูงกว่าในกลุ่มควบคุม และพฤติกรรมที่มีผลจากการส่งจดหมายให้ความรู้คือ การทำความสะอาดห้วนมและขวดนมถูกต้อง การให้น้ำดื่มสะอาด พฤติกรรมอื่นที่ได้อิทธิพลจากบรรพบุรุษมักจะไม่ได้ผลและเมื่อพิจารณาถึงอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มควบคุมมีอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มทดลอง 1.72 เท่าเมื่อทารกอายุ 3 เดือน และ 1.5 เท่าเมื่ออายุ 6 เดือน และเมื่อติดตามเด็กครบ 1 ปี จะมีอัตราป่วยในกลุ่มทดลอง 1.3 ครั้งต่อคนต่อปี ในกลุ่มควบคุมมีอัตราป่วย 2.08 ครั้ง/คน/ปี หรือเป็น 1.5 เท่าของกลุ่มทดลอง

ไชยวุฒิ สิทธินันท์ และคณะ (2544) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงสูง ร้อยละ 94 โดยไม่รู้สาเหตุการเกิดโรค อาการแสดงของโรค ร้อยละ 53.5 อาการที่ควรพามาพบแพทย์ ร้อยละ 90.5 และผลกระทบต่อเด็กป่วยร้อยละ 81 ผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ร้อยละ 97.5 โดยกำจัดสิ่งปนเปื้อนอุจจาระเด็กป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 99 ไม่ให้สารอาหารเหลวหรือสารละลายเกลือแร่ ร้อยละ 77.5 ให้นมวัวขณะถ่ายเหลว ร้อยละ 68 หยุดให้สารละลายเกลือแร่ขณะท้องเสียร้อยละ 38 ล้างมือแต่ไม่ฟอกสบู่ ร้อยละ 27 ให้อาหารแข็งแก่ผู้ป่วยก่อนมาพบแพทย์ ร้อยละ 26 ผู้ปกครองที่มีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงจะมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่าผู้ปกครองที่ไม่มีความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการรวบรวม ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง มาตรการป้องกันอุจจาระร่วงที่มี ประสิทธิภาพ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังได้กล่าว มาแล้ว จึงได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

กรอบแนวคิด

