

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย มีสาระสำคัญดังนี้

1. การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
2. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์
5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขยังมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงสุด (นิพัทธ์ สิมมาจกร และ วันดี วราวิทย์, 2547)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้นิยามของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันว่าเป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นน้ำมีมูกหรือเลือดปนเพียง 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำปริมาณมากๆ แม้เพียงครั้งเดียวในหนึ่งวัน โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (WHO, 1987) อาการอื่นๆของโรคที่พบได้คือ มีไข้ ปวดท้อง และอาเจียน (Duggan, Santosham and Glass, 1992) ซึ่งผลที่เกิดจากอาการดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิด ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร ที่ทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ (WHO, 1993) นอกจากนั้นยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การชักจากมีไข้ และผิวหนังรอบทวารหนักอักเสบ (วานี แม่นย่า, 2542; Hockenberry - Eaton, 2001)

#### สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

การเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น สามารถแบ่งได้เป็นสาเหตุจากการติดเชื้อ (Infection causes) และไม่ติดเชื้อ (Non-infectious causes) (วันดี วราวิทย์, 2531; อธิวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544) สำหรับในเด็กนั้น

สาเหตุจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และพบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่

1. เชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) ในกลุ่ม E.coli พบประมาณร้อยละ 12 ทำให้มีอาการถ่าย อุจจาระเป็นน้ำ มักพบในประเทศกำลังพัฒนา กลุ่ม Shigella sp. พบประมาณร้อยละ 5 ส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี โดยจะมีอาการถ่ายเป็นน้ำมาก่อน ต่อมาจะถ่ายมีมูกปนเลือด มักมีไข้สูง ปวดท้อง อาเจียน และอาจมีชักได้ กลุ่ม Salmonella sp. พบได้ร้อยละ 9-12 จะมีถ่ายเหลว เป็นน้ำ บางครั้งอาจมีมูก หรือเลือดปน กลุ่ม Vibrio cholerae ในรายที่มีอาการน้อยจะมีอาการคล้าย อุจจาระร่วงทั่วไป ถ้ารุนแรงจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำสีขาวขุ่นคล้ายน้ำข้าวขี้ขาว ถ่ายอุจจาระมาก และ เร็วทำให้เกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง

2. เชื้อไวรัส (Virus) ส่วนใหญ่เป็นเชื้อ Rotavirus พบประมาณ ร้อยละ 10-15 อาการ สำคัญที่พบในเด็กคือ มีไข้สูงปานกลาง อาเจียนเป็นอาการเด่น เด็กที่รับประทานนมเป็นหลักจะถ่าย อุจจาระเป็นน้ำ มีลมหรือมีฟอง อาจมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือกลิ่นกรด ซึ่งเมื่อถ่ายบ่อยจะระคาย ผิวหนังเป็นผื่นแดงบริเวณรอบๆ ทวารหนัก

3. ปรสิต (Parasite) ที่พบบ่อยได้แก่ Giardia lamblia พบได้ประมาณร้อยละ 2 อุจจาระจะมีสีเหลืองอ่อน ไม่มีมูกเลือด มีฟอง และกลิ่นเหม็นมาก ส่วนกลุ่ม Entamoeba histolytica พบประมาณร้อยละ 0.3 อุจจาระจะมีมูกเลือด มีอาการปวดเบ่งอุจจาระมีกลิ่นเหม็นหึ่งๆ นอกจานี้ยังรวมถึงการติดเชื้อร่วมกับสาเหตุอื่น เช่น โรคหัด ทุออักเสบ ปอดบวม

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้ออาจพบได้จากสาเหตุเหล่านี้

1. การแพ้นมวัว เกิดหลังจากที่มีการกระตุ้นให้แพ้อาจโปรตีนบางชนิดในน้ำนม เมื่อ เด็กได้รับจึงมีอาการอุจจาระร่วง และอาเจียนได้

2. ปริมาณอาหารที่เด็กได้รับมากเกินไป หรือเด็กบางคนที่กินนมข้นหวาน ซึ่งมี น้ำตาลมากเกินไป ทำให้ย่อยไม่หมด ก็เกิดอุจจาระร่วงได้เช่นกัน

3. การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานานๆ ซึ่งมียาหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อกว้าง และนานๆ เข้าก็จะไปทำลาย Normal flora ในลำไส้ และเกิดอุจจาระร่วง

4. โรคขาดสารอาหาร มีผลทำให้เด็กไม่สามารถสร้างน้ำย่อยได้เพียงพออาหารจึงย่อย และดูดซึมไม่ได้

5. การปนเปื้อนสารเคมี หรือกินพืชที่เป็นพิษ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษ และ เกิดอาการอุจจาระร่วงได้ เช่น เห็ดต่างๆ สารปรอท ตะกั่ว

6. ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานหนัก ต่อมหมวก ไตทำงานน้อย เป็นต้น

## ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากการกระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระสู่อาหาร เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยของบุคคล ดังนั้น จึงสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้ดังนี้ (อริวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) ซึ่งได้แก่ การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ สะอาด ปราศจากแมลงวันตอม มีฝาปิดมิดชิด

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาน้ำดื่มจากแหล่งน้ำที่สะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำโสโครก การถ่ายอุจจาระในส้วม รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขลักษณะ

3. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร และวิตามิน น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ อายุของเด็ก รวมทั้งการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรคหัด

จากการศึกษาของ พิมพ์พรรณ สิลปสุวรรณ และคณะ (2538) เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการดูแลที่บ้าน สำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเขตเมือง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 563 คน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ และการประเมินจากตัวเด็ก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อม การมีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดน้ำเสียไม่ถูกวิธี ส่วนปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมาก่อน ภาวะแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดู ได้แก่ การปล่อยให้เด็กคลานเล่นบนพื้นดิน สอดคล้องกับการศึกษาของอากาศ ชูปัญญา และเกศรา แสนศิริทวีสุข (2541) ที่ได้ศึกษาตัวกำหนดของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กจำนวน 1,056 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของเด็ก ทักษะคิด ความเชื่อ ความรู้ ระดับการศึกษา และการกำจัดขยะของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงเป็น 2.08 เท่าของเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ผู้ดูแลเด็กที่มีทัศนคติเชิงลบ ความรู้ และระดับการศึกษาต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดูเป็น 2.98, 1.93, และ 2.22 เท่าของผู้ดูแลเด็กที่มีทัศนคติเชิงบวก ความรู้ และระดับการศึกษาสูง ส่วนผู้ดูแลเด็กที่มีการกำจัดขยะไม่ถูกสุขลักษณะ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดู เป็น 1.63 เท่า ของผู้ที่มีการกำจัดขยะถูกสุขลักษณะ ส่วนการศึกษาของ ปรากฏทอง ราษฎร์จำเริญสุข และเอมอร ราษฎร์จำเริญสุข (2541) เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวน 11,280 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า เด็กในเขต 6 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง เนื่องจากผู้ดูแลไม่จัดหาน้ำดื่มที่สะอาดให้เด็กบริโภค ส่วนพฤติกรรมกรรมการล้างมือ

ทุกครั้ง และล้างบางครั้งก่อนปรุงอาหาร พบใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.9 และ 39.9 ตามลำดับ ส่วนการกำจัดอุจจาระเด็กที่ถูกต้องอยู่ในช่วง ร้อยละ 78.6-93.5 ตามลำดับ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น เกิดขึ้นได้จากการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่ไม่สะอาด ทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค สำหรับเด็กในวัย 1-3 ปี ซึ่งต้องอาศัยการดูแลจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของเด็กจึงขึ้นอยู่กับ พฤติกรรมสุขภาพ และการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

#### ผลที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ผลที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่สำคัญและก่อให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิต คือ ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร (WHO, 1993)

1. ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นอาการที่สำคัญที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ กลไกที่ทำให้เกิดการเสียน้ำและเกลือแร่ไปทางอุจจาระ (วันฉวี วรรณวิทย์, 2537; Farth, 1997)

1.1 ของเหลวไหลผ่านลำไส้อย่างรวดเร็ว ลำไส้ดูดซึมไม่ทันเนื่องจากมีของเหลวค้างในโพรงลำไส้ กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวเร็วของเหลวลงสู่ลำไส้ใหญ่อย่างรวดเร็ว

1.2 การดูดซึมบกพร่อง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ไม่สามารถนำน้ำและเกลือแร่จากลำไส้เข้าสู่ระบบไหลเวียนได้ ตามปกติลำไส้จะสามารถดูดซึมน้ำได้เกือบหมดและขับถ่ายออกมาในปริมาณที่เหมาะสม แต่ในภาวะที่เกิดความผิดปกติในการดูดซึมจะทำให้การเสียน้ำไปทางอุจจาระมีมากกว่าปกติ

1.3 การหลั่งเกิน อุจจาระลักษณะเป็นน้ำมาก น้ำที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพิษที่เชื้อปล่อยออกมา ซึ่งมีผลให้การดูดซึมของลำไส้ลดลง เพิ่มการขับน้ำออกจากเซลล์

2. ภาวะขาดอาหาร การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการทำลายเยื่อของลำไส้โดยตรง พื้นที่ผิวที่ใช้ดูดซึมอาหารลดลง (Decrease intestinal absorption) สารน้ำย่อยที่ผิวเซลล์เยื่อลดลง การย่อยและการดูดซึมโปรตีน ไขมันและสารอาหารต่างๆ จึงลดลงด้วย ประกอบกับการเคลื่อนที่ของสารอาหารในลำไส้เร็วขึ้น (Farthing, 1997) เพิ่มการสูญเสียสารอาหารและเกลือแร่ไปทางอุจจาระ เกิดการสูญเสียสารอาหาร (Nutrients loss) (พิภพ จิรภิญโญ, 2538; กมลวัน ดิษยบุตร, 2542) ขณะที่เด็กเกิดอุจจาระร่วงอาจมีไข้ร่วมด้วย ซึ่งการมีไข้ทำให้มีอัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐาน (basal metabolic rate) เพิ่มขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ (Metabolism change) ผลของการที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะทำให้อัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ซึ่งจะมีผลทำให้เด็กมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มขึ้น (Viviana et al., 1998) นอกจากนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ที่ส่งผลทำให้เกิดการขาดอาหารได้จากการได้รับอาหารลดลง เนื่องจากการเบื่ออาหารพบได้ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้จำนวนโปรตีนและพลังงานที่ได้รับ



ในวันหนึ่งๆ ลดลง ซึ่งอาจเป็นผลของไข้ การสูญเสียน้ำและเกลือแร่และภาวะเลือดเป็นกรด การจำกัดอาหารเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่พบได้บ่อย โดยเป็นที่เชื่อกันโดยทั่วไปว่าควรงดอาหารแข็งให้อาหารอ่อนๆ จำพวกข้าวต้มและของเหลว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถ่ายเหลวจะให้เป็นน้ำเกลือชนิดกินหรือเข้าหลอดเลือดดำ หรือน้ำข้าวต้ม และพบแนวโน้มที่ผู้ดูแลจะให้อาหารจำพวกแป้งมากขึ้น ดังนั้นพลังงานและโปรตีนที่ได้รับจะลดลงเมื่อประกอบกับมีอาการคลื่นไส้และอาเจียน จากการที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนง่าย ผู้ปกครองจะให้อาหารผู้ป่วยน้อยลง ยิ่งถ้างดอาหารทางปากให้แต่น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำเด็กจะได้รับอาหารเพียงร้อยละ 25 ของปกติเท่านั้น (พิภพ จิริภิญโญ, 2538)

เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จะมีการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้นเพื่อนำกรดอะมิโนมาใช้ในการสังเคราะห์กลูโคสขึ้นใหม่ (กมลวัน ดิษยบุตร, 2542) ทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารและมีภาวะพร่องของการเจริญเติบโต (growth deficit) ในขณะที่มีอาการอุจจาระร่วงจะมีสมดุลของโปรตีนและพลังงานเป็นลบ ระยะนี้จะกินเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ แล้วแต่ชนิดและความรุนแรงของโรค ส่วนการฟื้นตัวจะกินเวลา 2-4 เท่า นอกจากนี้เด็กยังต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้นเพื่อการเจริญเติบโต (Increase of nutrient requirement) ดังนั้นสารอาหารที่เพิ่มขึ้นอาจต้องเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มพลังงานร้อยละ 30-50 โปรตีน ร้อยละ 100 และวิตามินต่างๆ เพิ่มขึ้นประมาณ 2-4 เท่า เพื่อให้ทันกับการเจริญเติบโตปกติ (Whitehead, 1977)

#### ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1. การอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก จากการถ่ายอุจจาระบ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรตาไวรัส เด็กจะมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อยและอุจจาระอาจเป็นกรด ค่าพี เอช ของอุจจาระมักต่ำกว่า 5 (Hockenberry - Eaton, 2001)

2. การชักจากมีไข้ เป็นอาการชักที่เกิดในขณะที่มีไข้โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ (ถ้าควน นาศิริกุล, 2545) ซึ่งการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเช่นกัน ดังนั้นอาการที่พบร่วมกับอาการอุจจาระร่วง คือ อาการไข้ ทั้งที่เป็นอาการนำและเกิดร่วมกับการขาดน้ำ (สุภา หริกุล, 2541; วาณี แม่นฮ่า, 2542)

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กนั้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่สำคัญต่อร่างกาย 2 ประการ (วันดี วราวิทย์, 2537; พิกพ จิริภิญโญ, 2538; WHO, 1993) คือ การเกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารในช่วงหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ความรุนแรงของการขาดน้ำและเกลือแร่ในเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงนั้น จะประเมินจากอาการ และอาการแสดง เพื่อประโยชน์ในการประเมิน และให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) จึงได้แบ่งความรุนแรงของภาวะขาดน้ำไว้ 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ไม่มีอาการขาดน้ำเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำน้อยกว่า 5%
- 2) มีอาการขาดน้ำบ้าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำ 5-10%
- 3) มีอาการขาดน้ำรุนแรง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำมากกว่า 10%

#### การควบคุม และป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงจัดเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง โดยจุดมุ่งหมายหลัก คือ การตัดปัญหาเรื่องการกระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระสู่อาหาร และการส่งเสริมสุขอนามัยของประชาชน ซึ่งจะทำให้โดยอาศัยการแก้ไขในด้านต่างๆเหล่านี้ (อิริวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

1. การรักษาผู้ป่วย (Case management) ที่ถูกต้อง และเหมาะสมทั้งในสถานพยาบาล และที่บ้าน ซึ่งจะต้องประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ถูกต้อง การแก้ไขภาวะขาดน้ำ ซึ่งนิยมใช้ ORT (Oral rehydration therapy) โดยให้การทดแทนของเหลวที่สูญเสียไปเมื่อเริ่มมีอาการทันที (Early fluid replacement) ให้อาหารที่เหมาะสม ขณะที่มียุจจาระร่วง เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร ใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง ถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องใช้ และการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ในการรักษาที่บ้านเกี่ยวกับ การใช้ ORT จากของเหลวที่เตรียมไว้เองภายในบ้าน การให้อาหารที่เหมาะสมอื่นๆ เมื่อเด็กกลับมาอยากรับประทานอาหาร ซึ่งควรเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง มีโปรตีนสูง งดอาหารที่มีกาก และอาหารเผ็ดร้อน รวมทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องถึงอาการ และอาการแสดงที่ควรพาผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์

2. การขัดขวางการเกิดโรค (Interruption of transmission) ซึ่งประกอบด้วยการจัดให้มีน้ำสะอาดที่เพียงพอ การปรับปรุงอนามัยส่วนตัว และสิ่งแวดล้อม เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดอุจจาระ และใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการกำจัดขยะที่ถูกต้อง

3. การเพิ่มภูมิคุ้มกันทานให้แก่เด็ก (Increase resistance of children) โดย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันโรคหัด

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กนั้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหาร และน้ำ โดยเฉพาะในเด็กเล็กซึ่งยังมีพฤติกรรมพิเศษตามธรรมชาติ ชอบหยิบของทุกอย่างเข้าปาก เด็กบางคนชอบอมนิ้วมือ ซึ่งทำให้เชื้อโรคผ่านเข้าสู่ปากได้โดยตรง อีกทั้งเด็กยังไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถเลือกอาหาร นม น้ำที่สะอาดได้ และยังคงพึ่งพาผู้เลี้ยงดู ถ้าผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ ขาดความรู้เรื่อง การดูแลเด็ก และไม่เข้าใจวงจรของโรคอุจจาระร่วง รวมทั้งมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง ย่อมทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ง่าย (สุภา หริกุล, 2541)

## 2. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่จะทำให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวไม่ป่วย การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้นจำเป็นต้องอาศัย พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม โดย WHO (1994) ได้ให้แนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ดังนี้

### 1. พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการเตรียมและจัดเก็บอาหารให้เด็กรับประทาน การขนนมตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และการเตรียมน้ำดื่ม เครื่องดื่มที่สะอาดให้เด็กดื่ม รวมไปถึงการล้างทำความสะอาดและเก็บภาชนะบรรจุอาหารหรือขวดนม แก้วน้ำ ให้สะอาดถูกหลักอนามัย

การจัดหาอาหารที่สะอาด มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นม พืชผัก และผลไม้ต่างๆ อุปกรณ์ที่ประกอบอาหารต้องสะอาด ให้เด็กรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หากอาหารที่เตรียมนานแล้วต้องอุ่นก่อนรับประทาน การเก็บอาหารต้องมิดชิด มีฝาปิดครอบชะงะไว้ ถ้าเป็นไปได้ควรเก็บไว้ในตู้เย็น

หลักการพื้นฐานสำหรับการเตรียมสถานที่ และอาหารที่ปลอดภัยสำหรับทารกและเด็ก มีดังนี้ (Motarjemi, Kaferstein, May & Quevedo, 1994)

### การเตรียมสถานที่รับประทานและบริเวณทั่วไป

1. พื้นที่ทำด้วยวัสดุแข็ง เรียบ ทำความสะอาดง่าย โด๊ะ แก้ว ี สะอาด แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ บริเวณโดยรอบจัดเป็นระเบียบ ไม่มีน้ำเสียขัง ไม่มีกองขยะ ควรป้องกันสัตว์ต่างๆ เช่น สุนัข แมว ไม่ให้มาอาศัยและไม่ควรเลี้ยงสัตว์ทุกชนิดในสถานที่ดังกล่าว

2. ไม่เตรียมและปรุงอาหารบนพื้น พื้นเป็นส่วนที่มีโอกาสปนเปื้อนได้มาก ดังนั้นจึงห้ามวางอาหาร ภาชนะที่ใส่อาหาร เตรียมและปรุงอาหารบนพื้น ต้องมีโด้ะสำหรับปรุงอาหาร วางภาชนะและสิ่งของต่างๆ สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

### การเตรียมอาหาร นม น้ำ เครื่องดื่ม

1. ใช้อาหารสดที่คุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วนไม่ปนกัน ล้างทำความสะอาดทุกครั้ง ก่อนนำมาปรุงประกอบอาหาร

2. การปรุงประกอบอาหารแต่ละชนิดต้องใช้ความร้อนที่เพียงพอและเหมาะสม โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ เพื่อให้แน่ใจว่าความร้อนสามารถฆ่าเชื้อโรคต่างๆ ได้หมดจริง

3. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

4. น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ ต้องสะอาด ใสในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด มีก๊อกหรือทางเทริน้ำ หรือมีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับดัก โดยเฉพาะ และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

สำหรับน้ำดื่มควรจัดให้บริการน้ำดื่มที่สะอาด โดยถ้าให้บริการในลักษณะถึงน้ำเย็น ต้องมีก๊อกเปิด และห้ามใช้แก้วร่วมกัน ห้ามใช้มีรองน้ำดื่ม ต้องมีแก้วน้ำเป็นของแต่ละคน

5. น้ำแข็งมีหลายประเภทควรเลือกประเภทที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้บริโภคโดยเฉพาะ เช่น น้ำแข็งหลอดหรือน้ำแข็งเกล็ด ใสในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด มีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบหรือตัก โดยเฉพาะและวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และห้ามนำอาหาร ภาชนะและสิ่งของอื่นๆ ไปแชร์ร่วมกับน้ำแข็งที่ใช้บริโภค ถ้าต้องแช่ของอื่นต้องแยกถังแช่เฉพาะต่างหาก

การทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การขจัดสิ่งสกปรก โดยการกวาดเศษอาหารและเศษสิ่งสกปรกต่างๆ จากภาชนะ อุปกรณ์ ลงถึงขยะที่เตรียมไว้

2. การล้างและทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ โดยใช้น้ำสะอาด (อาจเป็นน้ำอุ่นก็ได้) และน้ำยาล้างจาน เพื่อล้างไขมัน เศษอาหาร และสิ่งสกปรก โดยใช้ฟองน้ำ ผ้าสะอาด หรือใยสังเคราะห์ช่วยในการทำความสะอาด ส่วนเชิงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง เชิงต้องล้างให้สะอาดทั้งก่อนและหลังการใช้งาน โดยการชุบแล้วต้องซักและล้างด้วยน้ำยาล้างภาชนะและน้ำให้สะอาด เก็บในที่โปร่ง และต้องไม่ใช่เชิงร่วมกันระหว่างอาหารคาวและอาหารสุก

3. การจัดเก็บ งาน ชาม ด้วย แก้วน้ำ เก็บคว่ำในภาชนะโปร่งสะอาดหรือตะแกรง ส่วนช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในตะกร้าโปร่งสะอาด หรือวางนอนเป็นระเบียบ ด้ามจับหันทางเดียวกัน ในภาชนะที่สะอาดและมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

การเตรียมนมผสม

การเตรียมนมผสมในเด็กเล็กเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากนมเป็นอาหารมีหลักของเด็ก หากผู้ดูแลมีขั้นตอนและวิธีการชงนมผสมที่ไม่สะอาด อาจทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ง่าย ขั้นตอนของการชงนมผสม ประกอบด้วย (พรทิพย์ คำพอ, 2542)

1. การเตรียมอุปกรณ์ ซึ่งมีดังนี้ ขวดนม จุกนมที่สะอาด น้ำดื่มสุกหรือน้ำอุ่น นมผสม สำหรับเด็ก ช้อนตวงและช้อนที่สะอาด

2. การชงนมผสม เมื่อด้ามมือสะอาดและเช็ดมือให้แห้งแล้ว ตวงนมผสมตามปริมาณที่ต้องการ โดยปาดช้อนตวงนมให้หมดเสมopakช้อนใส่ขวดที่เตรียมไว้ เทน้ำดื่มสุกในขวดตามปริมาณที่กำหนด ปิดฝาจุกนมแล้วเขย่าขวดนมเป็นวงกลมเบาๆ ให้นมผสมเข้ากัน (ไม่ใช้นิ้วมือปิดจุกนมแล้วเขย่า) หยคนมลงบนท้องแขนระวังอย่าให้ร้อนเกินไป และอย่าให้จุกนมถูกแขน แล้วจึงนำไปป้อนให้เด็ก ส่วนนมผสมที่เหลือค้างนานเกินกว่า 1 ชั่วโมง ไม่ควรนำมาให้เด็กดูดอีก ควรนำไปเททิ้งและล้างทำความสะอาดขวดนม

3. การดูแลทำความสะอาดขวดนม โดยถอดข้อต่อต่างๆ บริเวณคอขวดออกล้างให้หมด จุกนม โดยการเทนมที่เหลือออก ล้างด้วยน้ำและบิบลู่ผ่านทางรูที่หัวนม ถอดข้อต่อต่างๆ บริเวณคอขวดออกล้างให้หมด ใช้แปรงใหญ่ล้างขวดนมเอาคราบนมออกให้หมด แล้วใช้แปรงเล็กๆ ล้าง



ด้านในจุกนม เมื่อล้างขวดนม จุกนมเสร็จแล้วนำไปตั้งให้แห้ง เมื่อนำไปใช้ควรนำไปต้มในน้ำเดือดอย่างน้อย 10 นาที และควรจะล้างขวดนมทันทีที่ใช้เสร็จ เพราะถ้าทิ้งไว้ คราบนมจะจับตัวเป็นไข ทำให้ล้างออกยาก จากนั้นนำไปคว่ำในภาชนะที่สะอาดให้แห้ง แล้วจึงจัดเก็บ

## 2. พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และการขับถ่าย

หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กต่อตนเองและต่อเด็กในการรักษาความสะอาดของมือและเล็บ เล็บมือต้องตัดสั้นและสะอาดอยู่เสมอ ก่อนการเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก ก่อนการรับประทานอาหาร หลังการสัมผัสสิ่งสกปรก และหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด

ขั้นตอนการฟอกมือที่ถูกต้องมีดังต่อไปนี้ (สมหวัง คำานชัยวิจิตร, 2535; Gould, 1994)

1. เปิดน้ำราดมือทั้งสองข้างถึงข้อมือ ฟอกสบู่ให้ทั่ว ถ้าเป็นสบู่เหลว ใช้สบู่เหลว 1 มิลลิลิตร และถ้าใช้สบู่ขำมาใช้ 3-5 มิลลิลิตร หันฝ่ามือเข้าหากันฟอกถู 3-5 ครั้ง
2. ฝ่ามือข้างหนึ่งถูหลังมืออีกข้างหนึ่ง และกางนิ้วมือเพื่อถูซอกนิ้วมือ
3. หันฝ่ามือเข้าหากันและถูระหว่างซอกนิ้วมือ
4. ทำมือในลักษณะจับล็อกกัน ใช้ฝ่ามือถูหลังนิ้วมือ และนิ้วมือถูนิ้วมือ
5. มือข้างหนึ่งจับนิ้วหัวแม่มือหมุนไปมา
6. ขยี้มปลายนิ้วมือข้างหนึ่งถูวนไปมาบนฝ่ามืออีกข้างหนึ่ง
7. ถูรอบข้อมือ

ทุกขั้นตอนในข้อ 1 ถึงข้อ 7 ทำ 5 ครั้ง สลับกันทั้ง 2 ข้าง ให้สบู่ธรรมดาสัมผัสกับมือ

อย่างน้อย 10 วินาที ในการล้างมือแบบธรรมดา หลังการฟอกมือครบตามขั้นตอนแล้วจึงล้างสบู่ออกด้วยน้ำที่ไหลผ่านตลอด โดยล้างจากปลายนิ้วมือไปข้อมือ พร้อมขัดถูมือให้ทั่วทุกด้าน หลังจากล้างสบู่ออกจากมือหมดแล้ว ยกมือขึ้นเหนือข้อศอกเพื่อป้องกันน้ำไหลย้อนจากบริเวณสกปรกมาบริเวณที่สะอาด

## ขั้นตอนการทำให้มือแห้ง

การเลือกใช้วิธีการทำให้มือแห้งวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับนโยบายของสถาบันหรือหน่วยงานนั้นๆ เนื่องจากการใช้ผ้าเช็ดมือที่แห้ง และสะอาด 1 ผืนเช็ดมือต่อการล้างมือ 1 ครั้ง มีผลดีในการลดปัญหามูลฝอยของสถานรับเลี้ยงเด็ก ดังนั้นสถานรับเลี้ยงเด็กจึงเลือกใช้วิธีการทำให้มือแห้งภายหลังจากล้างสบู่จากมือหมดแล้ว โดยการใช้ผ้าเช็ดมือที่แห้งและสะอาด 1 ผืน ต่อการล้างมือ 1 ครั้ง จับจากปลายนิ้วมือมายังข้อมือ หลังจากนั้นใช้กระดาษเช็ดมือหรือผ้าเช็ดมือจับก็อกปิดน้ำ ในกรณีที่มีการปิดเปิดน้ำโดยใช้มือเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของมือภายหลังการล้างมือเสร็จแล้ว (อักรณรงค์. มล. ปราโมช, 2530; Palmer, 1984; Norton & Miller, 1986)

ประโยชน์ของการล้างมือ มีดังนี้ (Temby, Lillis, & Crose, 1989)

1. ขจัดสิ่งสกปรกต่างๆ เช่น เหงื่อ ไขมันที่ขับออกมาจากชั้นของผิวหนัง และขุยของผิวหนัง เป็นต้น
2. ขจัดเชื้อจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่ชั่วคราว ซึ่งได้รับมาจากการสัมผัสสิ่งสกปรก หรือจากสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ในการปฏิบัติกิจกรรมในการทำงานแต่ละวัน
3. ลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่บนมือ ซึ่งสามารถเพิ่มจำนวนขึ้นบนมือ
4. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจุลินทรีย์จากมือของบุคคลหนึ่ง ไปยังบุคคลหนึ่งที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจุลินทรีย์ตัวเราเอง

ข้อควรระวังในการล้างมือ ในการล้างมือควรระวังในเรื่องต่อไปนี้

1. เล็บมือควรตัดให้สั้น ถ้าเล็บยาวจะล้างสิ่งสกปรกและเชื้อจุลินทรีย์ออกได้ยากเพราะจะถูชอกเล็บกับฝ่ามืออีกข้างหนึ่งไม่ได้ และเป็นที่สะสมของสิ่งสกปรกและเชื้อจุลินทรีย์ อาจใช้ไม้และเล็บช่วยขจัดสิ่งสกปรกที่ติดอยู่ นอกจากนี้ถ้าทาเล็บ จะทำให้เชื้อจุลินทรีย์หลุดออกได้ยาก จึงไม่ควรใช้น้ำยาทาเล็บขณะปฏิบัติงาน ( Steere & Mallison, 1975)
  2. ขณะล้างมือควรยืนห่างจากอ่างล้างมือพอสมควร เพื่อป้องกันเสื้อผ้า และมือสัมผัสกับอ่างล้างมือ
  3. ก่อนการล้างมือ ควรถอดแหวนหรือเครื่องประดับข้อมือออก เพราะถ้าใส่จะทำให้ล้างมือได้ไม่สะอาดทั่วถึง และยังเป็นแหล่งสะสมเชื้อจุลินทรีย์ (Gidley, 1987)
  4. เปิดน้ำไหลแรงพอประมาณ เพื่อป้องกันมิให้น้ำจากอ่างล้างมือกระเด็นมาถูกมือหรือเสื้อผ้า
  5. ระวังมือหรือเสื้อผ้าไม่ให้สัมผัสกับก้นด้านในของอ่างล้างมือ เพราะถือว่าเป็นส่วนที่สกปรก
  6. ถ้าใช้สบู่ก่อนล้างมือ ควรล้างสบู่ก่อนใช้และก่อนเก็บ เพื่อป้องกันเชื้อจุลินทรีย์ที่ติดค้างบนสบู่
  7. กรณีที่มือสัมผัสสิ่งปนเปื้อนมากควรล้างมือ 2 ครั้ง การล้างครั้งแรกจะล้างสิ่งสกปรกที่ติดมือออกไปครั้งหนึ่งก่อน แล้วฟอกสบู่ใหม่อีกครั้งหนึ่ง
3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการกำจัดอุจจาระและขยะ
- หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กหรือดูแลเด็กล้างทำความสะอาดกันให้สะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ มีการกำจัดอุจจาระที่ถูกต้องวิธี และทิ้งขยะในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด,กำจัดขยะออกจากถังขยะทุกวัน ไม่ปล่อยให้ขยะล้นออกจากถัง

### การกำจัดอุจจาระ

การกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ให้ทิ้งลงในส้วมหรือท่อด้วยกระดาษ แก้วฝังดิน ส่วนในเด็กที่สามารถขับถ่ายได้เองให้ถ่ายลงกระโถน หรือในส้วม ทำความสะอาดให้เด็ก ภายหลังจากขับถ่าย ล้างมือเด็ก และผู้ดูแลให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ

ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันควรดูแลรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมภายใน สถานรับเลี้ยงเด็ก โดยการทำมาความสะอาดพื้นด้วยน้ำผสมผงซักฟอกอย่างน้อยวันละครั้ง กรณีที่มี สารน้ำจากร่างกาย เช่น เลือด น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ อาเจียน อุจจาระตกบนพื้นต้องทำความสะอาด ทันทีโดยสวมถุงมืออย่างก่อนจับต้องหรือจัดการกับสิ่งเหล่านั้น โดยการใช้กระดาษเช็ดสิ่งสกปรก ออกทิ้งในถุงขยะแล้วราดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อทิ้งไว้ประมาณครึ่งชั่วโมงแล้วเช็ดถูตามปกติ และควร เพิ่มการทำลายเชื้อในพื้นที่ผิวอุปกรณ์เครื่องเรือน ราวเตียง และสิ่งของที่มีการปนเปื้อน น้ำมูกน้ำลาย เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระเด็ก พื้นห้องน้ำ และบนโต๊ะหรือบริเวณที่เปลี่ยนผ้าอ้อมเด็กด้วยน้ำยา ทำลายเชื้อที่หาได้ง่ายคือสารฟอกขาวที่ใช้ตามบ้านคือ 0.5% Sodium hypochlorite ซึ่งวิธีการผสม สารฟอกขาวเพื่อทำลายเชื้อคือ (CDC, 1998)

สารฟอกขาว ¼ ถ้วย ผสมน้ำเย็น 1 แกลลอน หรือ

สารฟอกขาว 1 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำเย็น ¼ แกลลอน

อุปกรณ์เครื่องนอนของเด็ก เช่น หมอน หมอนข้าง พูกที่นอน ถ้าซักได้ควรจะซักหรือนำ ออกผึ่งแดดสัปดาห์ละครั้ง ส่วนเครื่องนอนของทารกที่สามารถซักได้ เช่น ปลอกหมอน ปลอก หมอนข้าง ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ควรซักทำความสะอาดทุกวัน สำหรับเครื่องนอนของเด็กโต ทำความ สะอาดสัปดาห์ละครั้งหรือเมื่อเปื้อน ผ้าห่มเด็กโตควรซักอย่างน้อยเดือนละครั้ง และควรทำความ สะอาดทุกครั้งก่อนที่จะให้เด็กอื่นใช้ต่อ ส่วนเสื่อผ้าและผ้าอ้อมของเด็กที่เปื้อนหรือใช้แล้ว ไม่ควร ซักล้างในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ถ้าผ้าเปื้อนมีอุจจาระติดอยู่ให้เทอุจจาระแข็งทิ้งในโถส้วมแล้ว ใสผ้าเปื้อนในถุงพลาสติกส่งให้ผู้ปกครองไปซักที่บ้าน ไม่ควรทำความสะอาดในสถานเลี้ยงเด็ก กลางวันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค (Rauch, Van, Bartlett & Pickering, 1990; Harkavy, 1988)

### การกำจัดขยะ

การกำจัดขยะในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันนั้น ควรมีการแยกขยะเปียกออกจากขยะแห้ง ถึงขยะจะต้องทำด้วยวัสดุที่คงทนแข็งแรง เช่น สังกะสี ถึงพลาสติก มีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึม และนำ ออกกำจัดทุกวัน ภายในถังขยะควรใส่ถุงพลาสติกขนาดใหญ่หรือถุงดำไว้เพื่อสะดวกในการนำไป กำจัด และทำความสะอาดถังขยะได้ง่าย ส่วนถังพลาสติกที่บรรจุขยะควรมีการทำมาความสะอาดทุก ครั้งหลังจากที่เทขยะแล้ว

การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

การประเมินพฤติกรรมทำให้สามารถเลือกเทคนิคในการปรับเปลี่ยน หรือการส่งเสริมพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ดังนี้คือ

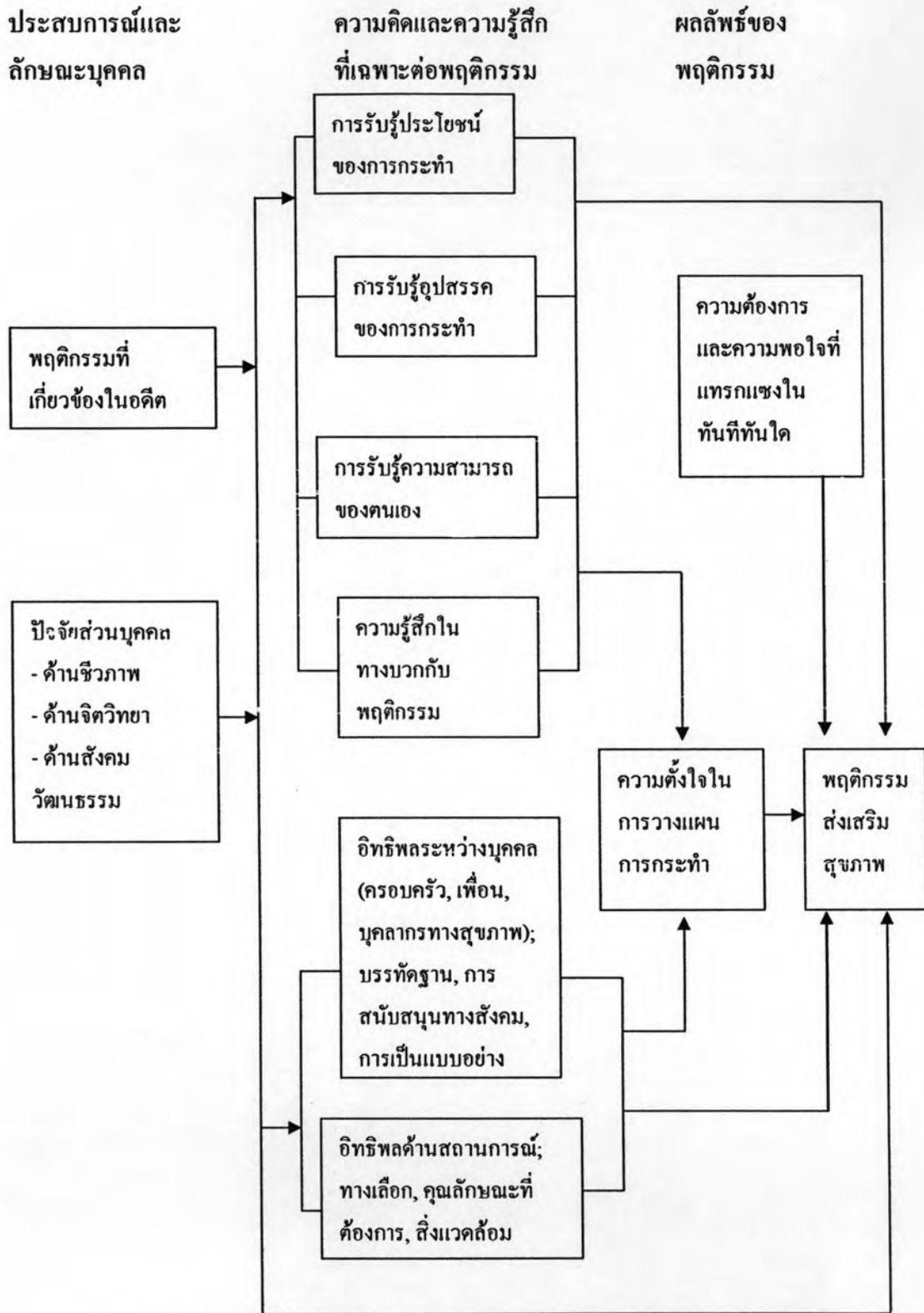
1. การประเมินโดยตรง ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม การสังเกตและบันทึกกิจกรรมตนเอง การสังเกตสามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา หรือขาดทักษะในการอ่าน การพูด การฟัง และการเขียน เป็นวิธีที่ทำให้เราสามารถบอกถึงลักษณะของพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ แต่การสังเกตอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่เป็นไปตามธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง (Hawthone effect) อีกทั้งการที่จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาของการสังเกตที่ต่อเนื่อง ซึ่งยากที่จะได้ผลสรุปที่น่าเชื่อถือ

2. การประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลจากบุคคล การรายงานตนเอง ซึ่งมีข้อคืออยู่หลายประการ โดยเฉพาะประหยัด ครอบคลุมด้านต่างๆ ที่ต้องการจะประเมิน จะทำให้ได้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงง่ายในการนำมาประมวลหรือวิเคราะห์ผล แต่มีข้อจำกัดอยู่หลายประการด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทั้งนี้เพราะว่าการประเมินโดยใช้การรายงานตนเองนั้นอาจได้รับผลกระทบจากการบิดเบือนข้อมูลของผู้ตอบ ความปรารถนาของสังคม และความคาดหวังของผู้ตอบแบบรายงานตนเอง นอกจากนี้สิ่งที่ได้จากการประเมินนั้นอาจจะเป็นแค่การรับรู้ของพฤติกรรมของผู้ตอบแบบรายงานตนเองเท่านั้น โดยไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่แท้จริง

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลแบบทางอ้อม คือการรายงานตนเอง โดยให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถาม เพื่อหลีกเลี่ยงความไม่เป็นธรรมชาติ หรือการปฏิบัติที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการจริงๆ ของผู้ดูแลเด็กจากการสังเกต (Hawthone effect) นอกจากนี้แบบสอบถามยังทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการภายในระยะเวลาสั้น และเพื่อเป็นการลดโอกาสในการตอบคำถามที่บิดเบือนความจริงของผู้ดูแลเด็ก ความปรารถนาของสังคม และความคาดหวังของผู้ดูแลเด็กในการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งให้ผู้ดูแลเด็กทราบว่าคำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด



3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy - Value Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้อะไรซึ่งประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรวบรวมผลการวิจัยที่ศึกษาด้วยตนเองและจากผู้อื่น นำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบใหม่ล่าสุดในปี ค.ศ. 2002 (Pender, 2002) โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วย โน้ตส์หลัก 3 โน้ตส์ คือ

### 1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

บุคคลแต่ละคนจะมีประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลกระทบจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรม เป้าหมายที่นำมาพิจารณา การเลือกวัดปัจจัยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต หรือลักษณะส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จึงอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของพฤติกรรมสุขภาพหรือมีความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายเท่านั้น แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมดประกอบด้วย

#### 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior Related Behavior) ปัจจัยพฤติกรรม

ด้านพฤติกรรมในอดีต ตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนๆ กัน หรือคล้ายกันกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยที่ขึ้น และยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ประโยชน์ (Benefit) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related affect) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) กล่าวว่าเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับจะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลความสามารถหรือทักษะของตน (Pender, 2002) ซึ่ง แบนดูราเรียกว่า การคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมซ้ำได้มากขึ้น อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเป็นประสบการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำ ที่เปรียบราวกับเครื่องกีดขวางที่ต้องข้ามให้พ้น เพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกๆ ครั้งจะมีอารมณ์และรู้สึกเกิดร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวกหรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการแสดงพฤติกรรมจะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อเป็นข้อมูลที่นำมาพิจารณาไตร่ตรองเมื่อจะเข้าสู่

พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูกนำมาเสนอในลักษณะการปรับแต่งประวัติ พฤติกรรมทางบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม สอนวิธีให้ผู้รับบริการ สามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว และก่อให้เกิด ความสามารถในระดับที่สูงขึ้น และให้ความรู้สึกทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนาย พฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรอง ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ (Age) เครื่องชี้วัดขนาดของร่างกาย (Body mass index) ภาวะ เจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดระดู (Menopausal status) ความแข็งแรง (Strength) ความ กระฉับกระเฉง (Agility) ความสมดุลของร่างกาย (Balance) หรือ ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic capacity)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) และ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ (Race) เผ่าพันธุ์ (Ethnicity) วัฒนธรรม (Acculturation) การศึกษา (Education) และสถานะเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status)

ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำมาใช้เป็นตัวแปรในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในกิจกรรมพยาบาล

2. ความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจ และนำไปใช้ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) เป็น การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึง ผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออก ทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับ ทฤษฎีการคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ที่กล่าวว่า การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็น สิ่งสำคัญของการจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาและแหล่ง ประโยชน์ในการทำกิจกรรม ที่น่าจะเพิ่มประสบการณ์ของตนเองไปในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับ

จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการตื่นตัว (Increase alertness) และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Decreases feeling of fatigue) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัลที่เป็นทรัพย์สินเงินทอง หรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นผลที่ได้จากการมีพฤติกรรมในระยะแรกประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอกอาจจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ต่อมาประโยชน์ภายในอาจจะมีพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า ความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์หรือการคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ในทางบวกเป็นสิ่งที่สำคัญ แม้ว่าจะไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นเงื่อนไขในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferguson et al. (1989) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในนักเรียนมัธยมจะเป็นตัวสนับสนุนความตั้งใจการออกกำลังกายและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (มยุรี นิรัทธราดร, 2539) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับรู้ประโยชน์ จะได้รับจากการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (นิรามัย สุภนราพงศ์, 2539) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล (สรรัธรัตน์ พลอินทร์, 2542)

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ (Perceived Barriers to Action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ได้ การรับรู้อุปสรรคนั้นประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือใช้เวลานานในการกระทำ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกั้นขัดขวาง และต้นทุนของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การเกิดความไม่พึงพอใจในการเลิกปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ก็ถือว่าเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งได้ อุปสรรคมักจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำค่าและอุปสรรคมีมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุ



ระหว่าง 13-19 ปี ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (มยุรี นิรัทธราคร, 2539) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับรู้อุปสรรคต่ำเกี่ยวกับการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (นิรามัช สุภนราพงศ์, 2539) การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2540) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 22 – 83 ปี เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ (Murdaugh and Himshaw, 1986) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ดัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปได้ (วาสนา สารการ, 2544)

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรม โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้อย่างไร การตัดสินใจความสามารถของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) โดยการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจที่ผลลัพธ์ เช่นผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดี และถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีความรู้ การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในตนเอง มีพื้นฐานมาจากข้อมูล 4 ประการ คือ

2.3.1 การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและประเมินการปฏิบัตินั้นตามมาตรฐานของตนหรือการประเมินที่ได้รับจากบุคคลอื่น

2.3.2 ประสบการณ์จากการสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง

2.3.3 การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3.4 สรีรภาพ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บ ความสงบ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้บุคคลนำมาใช้ตัดสินใจความสามารถของตนเอง

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเสนอว่า ความรู้สึกนึกคิดสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อมีความรู้สึกนึกคิดทางบวกมากขึ้น การรับรู้ความสามารถก็จะมากขึ้น ในทางกลับกันการรับรู้ความสามารถของตนเองก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ ยิ่งรับรู้ว่ามีความสามารถมากเท่าใดก็ยิ่งทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงมากขึ้นเท่านั้น ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความตั้งใจในการวางแผน  
กระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

มีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองของคนงานเชื้อสายอเมริกากลาง  
และกลุ่มผิวดำ มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Weilzel and Waller, 1990) การรับรู้  
ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (วันดี เข้ม  
จันทร์ฉาย, 2538) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ  
พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล (สรลรัตน์ พลอินทร์, 2542) การรับรู้ความสามารถ  
ของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วน  
(น้ำฝน ทองตันไทรย์, 2541) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกาย  
ของผู้สูงอายุ (ปิยะพันธ์ นันดา, 2541) การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรม  
ส่งเสริม สุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปได้ (วาสนา สาร  
การ, 2544)

#### 2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related Affect)

ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้น  
พฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นระดับน้อยๆ ปาน  
กลางหรือรุนแรง และถูกตัดสินใจด้วยความคิด เก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อ  
การกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรม  
ที่เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น  
(Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทในขณะนั้น  
(Context-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ  
อีก หรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น อารมณ์ความรู้สึกร่วมกับพฤติกรรมสะท้อนเป็นปฏิกริยา  
ถูกใจแสดงถึงความต่อเนื่องด้านอารมณ์ความรู้สึกโดยตรง หรือตอบสนองในทุกขั้นตอนตลอดการ  
มีพฤติกรรมนั้น อาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุก ความรู้สึก  
ปลื้มปิติหรือเบิกบานใจ ความรู้สึกเพลิดเพลิน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจ  
พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก ในทาง  
กลับกันถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง ในบางพฤติกรรมจะมีทั้งความรู้สึกในด้านบวก  
และด้านลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างอารมณ์ความรู้สึกจึงต้องคู่กับความสมดุล ระหว่าง  
ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการแสดงพฤติกรรม  
ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นแตกต่างจากการประเมินด้านทัศนคติตาม  
แนวคิดของฟิชไบน์และแอจเซน (Fishbein and Ajzen) การประเมินในแง่ของทัศนคติสะท้อนถึงการ  
ประเมินทางด้านอารมณ์ความรู้สึกของผลลัพธ์เฉพาะของพฤติกรรมมากกว่าการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่  
พอเหมาะของพฤติกรรมโดยตัวมันเอง (Pender, 2002)

ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนว่าจะกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ McAuley and Courneya (1992) ที่พบว่า ความรู้สึกทางบวกที่มีในระหว่างการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายความสามารถในการออกกำลังกายในภายหลัง และ สคฺดี ภูห่องไสย (2541) พบว่าความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคลอื่น ซึ่งความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเป็นแบบอย่าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้ แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใดๆ ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม หาได้ง่าย (Option available) คุณลักษณะที่ต้องการ และลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral outcome) เป็นการกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำเป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะดึงให้บุคคลเข้าสู่และผ่านพฤติกรรมไปได้ นอกจากนี้มีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกที่บุคคลนั้น ไม่ได้กระทำสิ่งที่ตั้งใจไว้ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่ Ajzen and Fishbein ได้กล่าวไว้ว่า ความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ (Pender, 2002) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้สึกความเข้าใจ ได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะ ในเวลา และสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลที่เฉพาะหรือโดยลำพัง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสิ่งใดๆ เข้ามาแทรก

3.1.2 เลือกใช้วิธีการที่ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ และได้รับการเสริมแรงจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น



3.2 ความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) เป็นเหตุให้พฤติกรรมทางเลือกอื่น แทรกเข้ามาในความคิด ทำให้เลือกปฏิบัติพฤติกรรมอื่นทันทีก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ตั้งใจไว้

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือผลลัพธ์ของการกระทำในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการ โดยตรง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผสมผสานไปกับแบบแผนชีวิต จะส่งผลให้เสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดพัฒนาการทุกระยะของชีวิต

แนวคิดตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวถึงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลว่าขึ้นอยู่กับตัวแปรหลัก 3 ตัวแปรคือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตัวแปรด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำตัวแปรย่อย 4 ตัวแปรมาใช้ในการพยากรณ์ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม เนื่องจากพบว่าผลของตัวแปรย่อยเหล่านี้สามารถทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เห็นได้จากงานวิจัยที่มีก เรนาคัวแปรทั้ง 4 ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลาย เช่น สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543) สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ (ชุตี ภูทอง, 2545) สามารถทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ (วัชรรา สุขแท้, 2546)

สรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าจะได้รับผลประโยชน์ในทางบวกหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม จึงทำให้บุคคลมีแนวโน้มว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับการรับรู้ความสามารถของตน เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมนั้นอีก แต่ถ้าเป็นความรู้สึกทางลบบุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น (Pender, 2002)



#### 4. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Kolb (1984) ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนา มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก คือ ผู้เรียนต้องมีการทำกิจกรรม ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีการทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. คาสัยการสื่อสาร ซึ่งเป็นการเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยนและการวิเคราะห์สังเคราะห์ความรู้

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมในการนำใช้จัดกิจกรรมให้แก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหุจจาเรวรงในเด็ก เนื่องจากผู้ดูแลเด็กจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จะสะสมประสบการณ์ ความรู้ นับเป็นแหล่งวิทยาการที่มีคุณค่า เปิดกว้างที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นประสบการณ์ที่มีต่อการเรียนรู้ สามารถแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อขยายโลกทัศน์ ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่มจึงเป็นการอภิปรายกลุ่ม เนื่องจากแหล่งวิทยาการสำคัญในการเรียนรู้ โดยมีประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐาน และสามารถนำประสบการณ์เดิมนี้ไปสัมพันธ์กับประสบการณ์ใหม่ จึงทำให้ประสบการณ์ใหม่มีความหมายมากขึ้น มีความพร้อมที่จะเรียน ในการประเมินผลและการวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ใหม่ เพื่อให้ทราบว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยประเมินด้วยวิธีต่างๆ เช่น การทดสอบ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต เป็นต้น และจากผลการประเมินสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ผู้เรียนยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ข้อใด และควรได้รับสิ่งใดเพิ่มเติมต่อไป เพื่อนำไปแก้ปัญหาในชีวิตจริง พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติทันที ทั้งในชีวิตครอบครัว และการทำงาน (Knowles, 1980)

##### องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984,1991,1995 & กรมสุขภาพจิต, 2543) ได้กล่าวถึงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะในการเรียนรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบ ฉะนั้นผู้เรียนจึงควรมีทิศทางการเรียนรู้และมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ประสบการณ์ (Experience) เป็นประสบการณ์ที่ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียน ได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง ที่มีให้แก่เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้ การที่ผู้สอนพยายามให้ ผู้เรียน ได้ดึงประสบการณ์มาใช้ จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอนและผู้เรียน ดังนี้

1.1 ผู้เรียน การที่ผู้เรียน ได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับ เพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าคุณได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟัง เรื่องราวของตนเอง และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้ สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี

1.2 ผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบายหรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้ เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรม ของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมี น้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

2. การสะท้อนคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเอง แลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอน จะเป็นผู้กำหนด ประเด็นการวิเคราะห์ วิเคราะห์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่น ที่ต่างไปจากตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปราย จะทำให้ได้ข้อสรุปที่มีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น จะช่วยทำให้ผู้เรียน ได้พัฒนาทั้งด้าน ความรู้ และเจตคติในเรื่องที่จะอภิปราย

การอภิปรายกลุ่ม คือการที่บุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบ ของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน (จินตนา ยูนิพันธ์ 2532; วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล 2522; รัตนา พุ่มไพศาล 2529; Bormann 1975; Harnack et al., 1977)

จำนวนสมาชิกกลุ่ม มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิก ในการทำงานมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะตัดสินใจว่าจะ จัดกลุ่มขนาดใด อีกทั้งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่มและความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง (Marram, 1978)

กลุ่มควรจะประกอบด้วย สมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1982) สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (Klein, 1972) แต่ถ้าหากมีกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้นควรมีสมาชิกจำนวน 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาด เหมาะสมที่สุด ที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นมากกว่ากลุ่มมีขนาด ใหญ่กว่านี้ ความสนใจซึ่งกันและกันจะน้อยลงเพราะสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์น้อยลง

การจัดรูปแบบของกลุ่มที่มีขนาดเล็ก ควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สมาชิกในกลุ่มหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face Group) จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วม เพราะจะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิดจะทำให้ความรู้สึกรักใคร่และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withal and Levis 1963: 684)

การกำหนดสถานที่ในการทำกลุ่มควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เหมาะสมในการเรียนรู้มากที่สุด เช่นห้องไม่แออัด เวลาในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาว่างที่ไม่มีกิจกรรมอื่นทั้งสมาชิก และผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่แน่นอน สำหรับการทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลา ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรใช้เวลาครั้งละประมาณ ½ - 1 ชั่วโมง และความถี่ของการจัดกลุ่ม อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Marram, 1978)

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของสมาชิกให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้นผู้นำมีหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978) และสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นในปัญหาต่างๆ ที่พบ ตลอดจนหาแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้ว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้บรรยากาศในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงเป็นที่น่าพอใจ และมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะๆ จนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

บทบาทของสมาชิกกลุ่มก็มีความสำคัญ สมาชิกกลุ่มจะต้องให้ข้อคิดใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และวิธีจัดปัญหาของกลุ่ม กระตุ้นสนับสนุน คอยให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ตรวจสอบความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนในกลุ่ม ประสานความคิดเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรค์ในภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น ปลูกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะ ความคิดและวิธีการใหม่ๆ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ ก้าวหน้าต่อไป

ดังนั้นหลักของกระบวนการกลุ่มที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมการอภิปรายสำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงว่ามีมาก และอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมว่ามีน้อย และ



ทุกคนสามารถใช้ความสามารถของตนในการเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของจระเข้ และเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคของจระเข้ที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพในที่สุด

3. **ความคิดรวบยอด (Concept)** เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Knowledge) เกิดได้หลายทางเช่น จากการบรรยายของผู้สอนการมอบหมายให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็นและอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปรายและการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

4. **การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application)** เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอด หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ซึ่งผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอน! ได้ และนำความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ในองค์ประกอบความคิดรวบยอดมาทดลองปฏิบัติ

การทดลองปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ในการทำสิ่งต่างๆ โดยอาศัยความคิดรวบยอด ความคิด ทักษะเป็นลักษณะการลองผิดลองถูก โดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้จัดกระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ในการที่จะทำให้นุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีส่วนประกอบ คือ ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติ ถ้าต้องการให้กลายเป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติเสมอๆ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการเรียนรู้เองโดยวิธีใดก็ได้ โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจจะได้รับสาธิตวิธีการ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรจะได้มีโอกาสฝึกทักษะนั้นทันทีภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะแนะนำและให้แรงเสริมด้วยคำพูด ผู้เรียนจะปฏิบัติทักษะนั้นๆ ด้วยตนเอง สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติจนกว่าจะเกิดความชำนาญขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ทักษะ อายุ ความมั่นใจ ระยะเวลาของการปฏิบัติ การปฏิบัติซ้ำและการให้กำลังใจหรือเสริมแรง (สุดาพร วิจารณ์, 2538)

จากแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984) มาจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต



สรุปได้ว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน หรืออาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูลหรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลใคร่ทรงสิ่งเหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตนเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามความรู้ใหม่ ดังนั้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์จึงเป็นวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่สำหรับการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องต่อไป

##### 5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงว่ามีมาก คิดว่าอุปสรรคมีน้อย และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นได้ อันจะนำไปสู่ความรู้สึกลงในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยการจัดกิจกรรมในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เนื่องจากผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีการสะสมประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ สามารถเรียนรู้โดยนำประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กและเกิดการรับรู้ดังกล่าวออกมาสนทนาร่วมกัน สะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) ในลักษณะของการอภิปรายกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคิดรวบยอด (Concept) เกิดความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆที่ต้องการเรียนรู้ และจัดให้มีการทดลองปฏิบัติจริง (Experimentation/Application) ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติมากขึ้น (Kolb, 1984) กิจกรรมดังกล่าวมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ Knowles (1980) กล่าวว่าการศึกษาผู้ใหญ่จะสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีนั้นต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ให้มากที่สุด

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้นำประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของตนเองออกมาสนทนาร่วมกัน สะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกลงของตนเองกับสมาชิกในลักษณะของการอภิปรายกลุ่ม มุ่งเน้นให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่ามีมาก รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย และผู้ดูแลเด็กทุกคนมีความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ โดยเนื้อหาในการอภิปรายครอบคลุมพฤติกรรมหลักในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังการขับถ่ายทุกครั้ง 3) พฤติกรรมการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี ตามแนวทางในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข (2546) ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคิดรวบยอด (Concept) สามารถเรียนรู้และเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นความรู้และแนวทางในการปฏิบัติที่ผู้ดูแลเด็กทุกคนได้ร่วมกันกำหนดขึ้น และเมื่อได้มีการสาธิตทดลองปฏิบัติจริง (Experimentation) ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้นจากการได้ลงมือปฏิบัติและประสบความสำเร็จ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพิ่มเติม ชมเชย และให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลเด็กปฏิบัติได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คือ การจัดอภิปรายเป็นกลุ่มย่อยและสาธิตทดลองปฏิบัติจริง โดยมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มประมาณ 4-7 คน เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันคล้ายใกล้ชิด (Klein, 1972) เวลาในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาว่างที่ไม่มีกิจกรรมอื่น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ ใช้เวลาในการทำกลุ่ม 2 ช่วงๆ ละไม่เกิน 2 ชั่วโมง เพื่อความเหมาะสมของเวลากับเนื้อหา โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

#### ช่วงที่ 1 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลเด็ก และระหว่างผู้ดูแลเด็กด้วยกัน เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความคุ้นเคยและยินดีเข้ากิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม พยาบาลจะบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เพื่อเป็นการเกริ่นนำเข้าสู่การอภิปราย โดยใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยาย

เมื่อจบการบรรยาย เริ่มกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ และสร้างความคิดรวบยอดร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

- 1.1 ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม
- 1.2 อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม
- 1.3 ความสามารถของตนเองที่จะเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ

1.4 ความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มได้สำเร็จ

2. ขั้นการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริง พยาบาลเป็นผู้สาธิตพฤติกรรมการป้องกันโรค อุจจาระร่วงในเด็กด้านการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่ม ให้ผู้ดูแลเด็กดูเป็นตัวอย่างก่อน จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนในกลุ่มได้ทดลองปฏิบัติจริง ชมเชย ส่งเสริม สนับสนุนเมื่อผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติได้ดี ถูกต้อง หากผู้ดูแลเด็กคนไหนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลให้กำลังใจและชี้แนะในการปฏิบัติใหม่อีกครั้งจนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมอาหาร นม และน้ำดื่มได้ถูกต้องต่อไป เป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง และเพื่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

ช่วงที่ 2 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ประกอบกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างความคิดรวบยอดร่วมกันเกี่ยวพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

1.1 ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

1.2 อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

1.3 ความสามารถของตนเองที่จะเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ

1.4 ความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี

2. ขั้นการสาธิตและทดลองปฏิบัติจริง พยาบาลเป็นผู้สาธิตพฤติกรรมการป้องกันโรค อุจจาระร่วงในเด็กด้านการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย และการกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธี ให้ผู้ดูแลเด็กดูเป็นตัวอย่างก่อน จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนในกลุ่มได้ทดลองปฏิบัติจริง ชมเชย ส่งเสริม สนับสนุนเมื่อผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติได้ดี ถูกต้อง หากผู้ดูแลเด็กคนไหนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลให้กำลังใจและชี้แนะในการปฏิบัติใหม่อีกครั้งจนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียม/ป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระและขยะที่ถูกวิธีได้ถูกต้องต่อไป เป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง และเพื่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

จากแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล



เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นประเด็นสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ร่วมกับการนำแนวคิดของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) มาใช้ในการจัดกิจกรรม จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในเด็กจะสามารถทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดีของเด็กต่อไป

## 6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้า และที่สำคัญเป็นการปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทการทำงานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลต่างๆ เพื่อนำมาผสมผสานในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กซึ่งจะต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบบริการปฐมภูมิ (กองการพยาบาล, 2545) ซึ่งมีเป้าหมายมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง ให้มีสุขภาพคืออย่างยั่งยืนครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการธำรงไว้ซึ่งระดับความสมบูรณ์ของสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนมีการปฏิบัติตามแนวคิดการป้องกันและควบคุมโรค ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2539)

1. การป้องกัน และควบคุมโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและให้การป้องกันเฉพาะ เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในประชากรทุกกลุ่มอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. การป้องกันและควบคุมโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มต้น ให้การรักษาที่ถูกต้องทันทีเพื่อลดความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการหยุดยั้งความพิการ เช่น การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค
3. การป้องกันและควบคุมโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) ได้แก่ การ



ปฏิบัติการเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อหยุดยั้งไม่ให้มีความพิการเพิ่มมากขึ้น เป็นการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของความพิการ หรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะระบบต่างๆ ในร่างกายแก่ผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าในการปฏิบัติงานดังกล่าว ผู้ปฏิบัติจะต้องมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยการประยุกต์ศาสตร์ด้านการสาธารณสุข และระบาดวิทยา มาใช้ในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังต้องผสมผสานทักษะด้านการพยาบาลพื้นฐาน (Basic nursing practice) และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance nursing practice) มาใช้ในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน และสำหรับงานวิจัยนี้ เป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) มีหน้าที่ในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กตามแนวทางของ WHO (1993) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ซึ่งได้แก่

1. การรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาควรเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่งอายุ 4-6 เดือน หลังจากนั้นจึงเริ่มให้อาหารเสริมร่วมกับนมแม่ สามารถให้เด็กดูดได้ตลอด โดยเฉพาะเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

2. การเลี้ยงลูกให้มีการเจริญเติบโต และสุขภาพแข็งแรง โดยการจัดหาอาหารที่สะอาด มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว พืชผัก และผลไม้ต่างๆ อุปกรณ์ที่ประกอบอาหารต้องสะอาด ให้เด็กรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ หากอาหารที่เตรียมนานแล้วต้องอุ่นก่อนรับประทาน การเก็บอาหารต้องมิดชิด มีฝาปิดครอบอาหารไว้ ถ้าเป็นไปได้ควรเก็บไว้ในตู้เย็น

3. สุขอนามัย และการจัดหาน้ำดื่มที่สะอาด โดยน้ำที่นำมาใช้สำหรับการบริโภคต้องได้มาจากแหล่งน้ำที่สะอาด อยู่ห่างจากบริเวณที่เลี้ยงสัตว์ หรือไกลจากส้วมอย่างน้อย 10 เมตร ภาชนะที่เก็บน้ำต้องมีฝาปิดมิดชิด และน้ำที่นำมาประกอบอาหารสำหรับเด็กต้องต้มให้เดือด

4. การล้างมือ โดยสมาชิกในครอบครัวต้องล้างมือให้สะอาด การล้างมือให้กับเด็ก ภายหลังจากขับถ่าย หรือทำความสะอาดให้เด็กหลังการขับถ่าย รวมถึงการล้างมือก่อนเตรียมอาหารก่อนรับประทานอาหาร ก่อนป้อนอาหาร หรือป้อนนมให้กับเด็ก

5. การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ แต่ถ้าหากไม่มีส้วม ควรถ่ายอุจจาระให้ห่างจากบ้าน แหล่งน้ำ ทางเดิน หรือบริเวณที่เด็กเล่นอย่างน้อย 10 เมตร

6. การกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ให้ทิ้งลงในส้วม หรือห่อด้วยกระดาษแล้วฝังดิน ส่วนในเด็กที่สามารถขับถ่ายได้เองให้ถ่ายลงกระโถน หรือในส้วม ทำความสะอาดให้เด็กภายหลังจากขับถ่าย ล้างมือเด็ก และผู้ดูแลให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่

7. การดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด เมื่อเด็กอายุอยู่ในช่วง 9-12 เดือน

โดยวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ได้แก่ การสอนสุขศึกษา การจัดอบรมผู้ดูแลเด็ก การศึกษาดูงาน การติดตามเยี่ยมบ้าน การแจกแผ่นพับ เป็นต้น

เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานปฐมภูมิ ตามสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวทางของกองการพยาบาล (2545) มาศึกษาเพิ่มเติม ร่วมกับแนวทางของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) และผลงานวิจัยของ ประดิษฐ์ สุภญา และคณะ (2543) ที่ได้เสนอบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำมาสรุปเป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิกับการ ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้จัดการ หมายถึง การเป็นผู้วางแผน กำหนดทิศทาง การพัฒนาคน การติดตามควบคุม และการเป็นตัวแทนของชุมชน ซึ่งการจัดการในที่นี้เป็นการจัดการดูแลสุขภาพ ของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยจัดระบบบริการพยาบาล ระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ดำเนินการเสริมสร้างสุขภาพเด็กในเชิงรุก พยาบาลจะเป็น ผู้ทำหน้าที่ประเมินปัญหาโรคอุจจาระร่วงในเด็กร่วมกับผู้ดูแลเด็ก ร่วมวางแผน และดำเนินการ แก้ไขไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้การดูแลเด็กโดยตรงหรือจัดทำโครงการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ร่วมกับผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งติดตาม สนับสนุน การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย และประเมินผลการ ดำเนินงานด้วยตนเอง ทั้งด้านทีมสุขภาพและด้านผู้ดูแลเด็กตลอดจนทำหน้าที่ในการบริหารงานใน หน่วยงานปฐมภูมิภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด อย่างคุ้มค่า และคุ้มค่า

2. บทบาทการเป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้น หมายถึง การปฏิบัติบทบาทในการดูแล สุขภาพเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็น การปฏิบัติบริการพยาบาลด้วยทักษะขั้นพื้นฐานและทักษะขั้นสูงในวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการ พยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก การ วินิจฉัยและวางแผนการปฏิบัติบริการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงาน การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอย่างต่อเนื่อง

3. บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน และติดต่อสื่อสาร ในการดูแลสุขภาพของเด็กใน สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานระดับปฐมภูมิต้องมีการทำงาน เป็นทีม ทั้งทีมสุขภาพและทีมงานองค์กรท้องถิ่น เช่น ทีมงานบริการสังคมสงเคราะห์ ทีมงาน องค์กรบริหารส่วนตำบล และองค์กรเอกชน เป็นต้น ซึ่งการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยการ ติดต่อสื่อสารจะช่วยสร้างความไว้วางใจ และรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการในการประสานกิจกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก ให้บรรลุเป้าหมายของการมี สุขภาพดีได้

4. บทบาทของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงในด้านการพัฒนาสุขภาพของเด็ก ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่เหมาะสม เป็นผู้แยกแยะปัญหา ประเมินความสามารถของผู้ดูแลเด็ก กำหนดทางเลือก สำรวจผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ประเมินแหล่งประโยชน์ กำหนดบทบาทการช่วยเหลือ สร้างโอกาสความร่วมมือที่เหมาะสม สร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพของการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนและนโยบายการพัฒนาสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

5. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา การให้คำปรึกษาของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพ ให้การช่วยเหลือเด็ก โดยให้ผู้ดูแลเด็กตระหนักถึงปัญหาของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ให้ผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ถูกต้อง การให้คำปรึกษาของพยาบาลวิชาชีพเป็นการสนับสนุนผู้ดูแลเด็กทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสติปัญญา ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กรู้จักเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพเด็ก

6. บทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ต้องออกชุมชน ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน เพื่อการเรียนรู้วิถีชีวิตของผู้ดูแลเด็กในการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งการค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน เพื่อนำมาผสมผสานในกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันได้อย่างเหมาะสม

7. บทบาทการเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิพยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้ให้ความรู้ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยใช้เทคนิควิธีการเสริมพลัง (Empower) ให้ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งบทบาทในการเป็นผู้สอนในกลุ่มวิชาชีพและทีมสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

8. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ของเด็ก การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เปรียบเสมือนสื่อกลางระหว่างการจัดบริการสาธารณสุขกับเด็ก ดังนั้น จึงมีบทบาทในการส่งเสริมให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ในการเลือกบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ให้เด็กได้รับการดูแลป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเสมอภาค นอกจากนี้ยังต้องเป็นปากเสียงในการร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เปรียบเทียบกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในการสร้างไว้ซึ่งสิทธิอันพึงจะได้รับอย่างเสมอภาคของเด็กทุกคน

9. บทบาทการเป็นผู้สร้างงานวิชาการ การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พยาบาล



วิชาชีพจะต้องสามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยเพื่อนำมาพัฒนางาน มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก สร้างงานวิจัยด้านการพยาบาล เพื่อให้ได้คำตอบในการพัฒนา หรือการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

10. บทบาทในการใช้ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทในทุกสาขาอาชีพ เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องนำข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยต้องสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล เช่น การจัดระบบฐานข้อมูลของจำนวนเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในแต่ละปี และการผลิตสื่อการสอน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก เป็นต้น

สรุปได้ว่า การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิในส่วนของ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก พยาบาลวิชาชีพจะต้องอาศัยความรู้ต่างๆ ทั้งความรู้พื้นฐาน และความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ตลอดจนต้องสามารถตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ต้องยึดหลักคุณธรรมและจริยธรรม จึงจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการดูแล สุขภาพเด็กแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพสูงตามขอบเขตและองค์ความรู้ที่กำหนดในศาสตร์สาขาได้อย่างชัดเจน โดยยึดหลักการของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประศิม สุงฉายา และคณะ (2543) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ สถานการณ์ และปัญหาในระบบบริการสุขภาพ วิทยาลัยนักษัตรของระบบสุขภาพไทยในมุมมองของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการยังมีมาตรฐานและคุณภาพไม่เพียงพอ การขาดแคลนบุคลากรในทีมสุขภาพ การไม่ได้รับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่รัฐจัดให้ ต้องการให้พยาบาลมีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น และควรมีการปฏิรูประบบการศึกษาพยาบาลเพื่อผลิตพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถตามความต้องการของระบบสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กก็เช่นเดียวกัน เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ที่จะต้องให้บริการในเชิงรุก เข้าถึงกลุ่มผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูง เนื่องจากต้องอาศัยผู้ดูแลเด็กในการดูแลแทนบิดามารดาช่วงเวลากลางวัน หากผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ถูกต้อง เช่น ให้เด็กรับประทานอาหารค้างมือโดยไม่อุ่นให้เดือดก่อน ไม่ล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็ก มีการกำจัดอุจจาระไม่ถูกวิธี อาจทำ



ให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้ เพราะฉะนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ที่จะต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

## แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

