ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

กิติชัย พงศ์วรินทร์[1] และ สมคิด จูหว้า[1*]

The Effectiveness of learning Program Based on the Theory of Health Belief Model and Health Literacy on Diarrhea Prevention Behavior in Caregivers of Children Under 5 years Old in Phan District, Chiang Rai Province

Kitichai Phongwarin[1] and Somkid Juwa[1*]

[1] School of Public Health, University of Phayao, Phayao, 56000

[*] Corresponding author: somkid.ju@up.ac.th

Received: July 21, 2024; Revised: October 30, 2024; Accepted: November 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน ระยะเวลาการศึกษา 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ Chi–square, Independent t – test, Repeated measure ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) หลังร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ความรู้ $F = 95.87$, $p < 0.01$ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ $F= 448.13$, $p < 0.01$ ความรอบรู้ $F = 24.18$, $p < 0.01$ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง $F = 24.29$, $p < 0.01$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กดีขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเรื่องอื่นได้

คำสำคัญ: โรคอุจจาระร่วง, ผู้ดูแลเด็ก, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง

---

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

Abstract

This quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design aimed to study the effectiveness of a learning program based on the theory of health belief model on diarrhea prevention behavior in caregivers of children under 5 years old. The sample group consisted of 72 parents of children under 5 years old from Pan District, Chiang Rai Province. They were divided into experimental and control groups, each comprising 36 individuals. The study duration was 10 weeks, during which data was collected using questionnaires at pre-experiment, post-experiment, and follow-up stages. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, Independent t-tests, and Repeated Measures ANOVA.

The study results showed that before the experiment, the experimental group and the control group had no statistically significant differences in the average scores of knowledge, health belief perception, literacy, and diarrhea prevention behavior ($p > 0.05$). After participating in the program and the follow-up period, the experimental group had higher average scores in knowledge, health belief perception, literacy, and diarrhea prevention behavior compared to before the experiment and better than the control group with statistical significance ($p < 0.05$) (Knowledge $F = 95.87$, $p < 0.01$; Health belief perception $F = 448.13$, $p < 0.01$; Literacy $F = 24.18$, $p < 0.01$ and Diarrhea prevention behavior $F = 24.29$, $p < 0.01$). This research concludes that the health belief and knowledge learning program positively influenced diarrhea prevention behaviors in caregivers of children under 5 years old, suggesting its potential applicability in other child care contexts.

Keywords: Diarrhea, Caregivers of Children, Health Beliefs, Health Literacy, Diarrhea Prevention Behavior

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอุบัติการณ์เกิดโรคเฉลี่ย 3.2 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นสาเหตุการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูงถึงร้อยละ 28.30 โดยในปี 2562 มีเด็กเสียชีวิต จำนวน 370,000 คน และพบว่าการตายเกิดจากภาวะขาดน้ำ ทำให้สูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ซึ่งจะสูญเสียไปกับอุจจาระเหลว อาเจียน เหงื่อ และปัสสาวะ (World Health Organization, 2019) โรคอุจจาระร่วงยังเป็นสาเหตุหลักของการขาดสารอาหาร ทำให้เด็กเกิดภาวะแคระแกร็นมากกว่าเด็กที่ไม่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงถึง 1.3 เท่า (Dilruba Nasrin et. All., 2566) โรคอุจจาระร่วงมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดต่อครอบครัวและผู้ดูแล กระทบต่อรายได้ของผู้ดูแลจากการขาดงานระหว่างดูแลเด็กป่วยที่โรงพยาบาล (อรวรรณ หล้าสวัสดิ์ และคณะ, 2562) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี 2566 จำนวน 2.27 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 23 ของผู้ป่วยรวมทั้งหมด (9.85 แสนคน) มีเด็กเสียชีวิตจำนวน 3 คน จังหวัดเชียงรายมีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในปี 2566 จำนวน 25,933 คน (1,982.73 คนต่อแสนประชากร) พบเป็นผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 5 ปีจำนวน 5,300 คน คิดเป็นร้อยละ 20.44 อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายปี 2564 – 2566 มีรายงานป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อแสดงประชากร เท่ากับ 5,721.49, 6,1866.97 และะ 8,339.8 ตามลำดับ สาเหตุการเกิดโรคเกิดได้ทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส โปรโตซัว ปรสิตหนอนพยาธิและเชื้อไวรัสโรต้า/ โนโรไวรัส จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ได้แก่

พฤติกรรมการให้นมบุตร การชงนม การเตรียมอาหารและน้ำดื่ม การล้างมือ การดูแลเรื่องการขับถ่ายของเด็ก โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่มีอายุระหว่าง 0 –5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ปาริชาติ อาษาธง, 2561) และพบว่าระดับความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง (ขวัญชนก ใจดี และคณะ, 2563)

มีการศึกษาเป็นจำนวนมาก เกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี และมีการให้การเรียนรู้ในคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well baby Clinic) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคในอัตราป่วยเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (1,000 : แสนประชากร) การทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค (สำเนียง ทองทิพย์ และสมคิด ปราบภัย, 2559) เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กที่ถูกต้อง นำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนามาจาก Rosenstock (1988) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ/อุปสรรคในการปฏิบัติ 4) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และ 5) ปัจจัยร่วม มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และตัวอย่างเครื่องมือในโปรแกรมทั้งในและต่างประเทศ ปัจจัยหรือเหตุผลในการพิจารณาประยุกต์ตัวโปรแกรม โดยรายละเอียดดังนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค เพราะมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2)การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefit) 4)การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) และ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ(Cues to action) (Becker, 1974) จากการทบทวนรวรรณกรรม ผู้วิจัยนำองค์ประกอบที่ 1–4 มาสร้างเป็นเครื่องมือในโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของ บุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและรักษา สุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) 2) การเข้าใจ (Understand) 3) การประเมิน (Appraise) และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) (Nutbeam, 2008)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็น ลักษณะของส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และด้านความรู้อื่น ๆ ลักษณะบุคลิกภาพ รวมทั้งความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย มีพฤติกรรมสังเกต ได้ เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับ การดำรงชีวิต การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ (Harris and Guten ,1979)

โปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาสร้างเป็นโปรแกรมการเรียนรู้ให้กับผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้และการประเมินจำนวน 6 ครั้ง/สัปดาห์ และประเมินผลระยะติดตาม ห่างจากครั้งที่ 6 เวลา 1 เดือน รวมระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) การสาธิตพฤติกรรมการป้องกันโรค การบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคโดยใช้แบบตนเตือนตน กิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจและเลือกวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง การตรวจสอบข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการแพร่กระจาย ลักษณะทางชีววิทยาพฤติกรรมและถิ่นที่อยู่อาศัยของประชากรนกยูง พบว่ามีงานวิจัยที่มีพื้นที่ศึกษาอยู่ในประเทศไทย และอยู่ในภาคเหนือทั้งหมด 7 งานวิจัยประกอบไปด้วย จังหวัดพะเยา 3 งานวิจัย จังหวัดอุทัยธานี 3 งานวิจัย และจังหวัดเชียงใหม่ 1 งานวิจัย และงานวิจัยในต่างประเทศ 2 งานวิจัยประกอบไปด้วย ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศเวียดนาม จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและปัจจัยที่มีการใช้ในการศึกษาออกมาได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ปัจจัยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุโรคอุจจาระร่วง ทฤษฎีที่ใช้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง

บทความเกี่ยวกับปัจจัยต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง	ความรู้	การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง	ทฤษฎี HBM	ทฤษฎีของ	ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม	ทฤษฎี Self
อลงกฎ ดอนละ, 2562	x					
ขวัญนก ใจดี และคณะ, 2563	x					
อัศรีย์ พิชัยรัตน์ และคณะ, 2563		x				
ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555		x				
พงค์นรินทร์ สุริยะโจง และคณะ, 2561		x				
Samer Abuzerr et all., 2563		x				

บทความเกี่ยวกับโปรแกรมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง	ความรู้	การรับรู้ความเสี่ยงและสิ่งแวดล้อม	ทฤษฎี HBM	ทฤษฎีของ	ทฤษฎีการเรียนรู้	ทฤษฎี Self
พินิจ ศรีใส, 2553			x			
เพ็ญธิรา นาคทองคง, 2549				x		
อรวรรณ หล้าสวัสดิ์ และคณะ, 2562					x	
Nurlaila, Wuri Utami and Lili Nurnaningsih, 2563						x
รวม	2	2	1	1	1	1

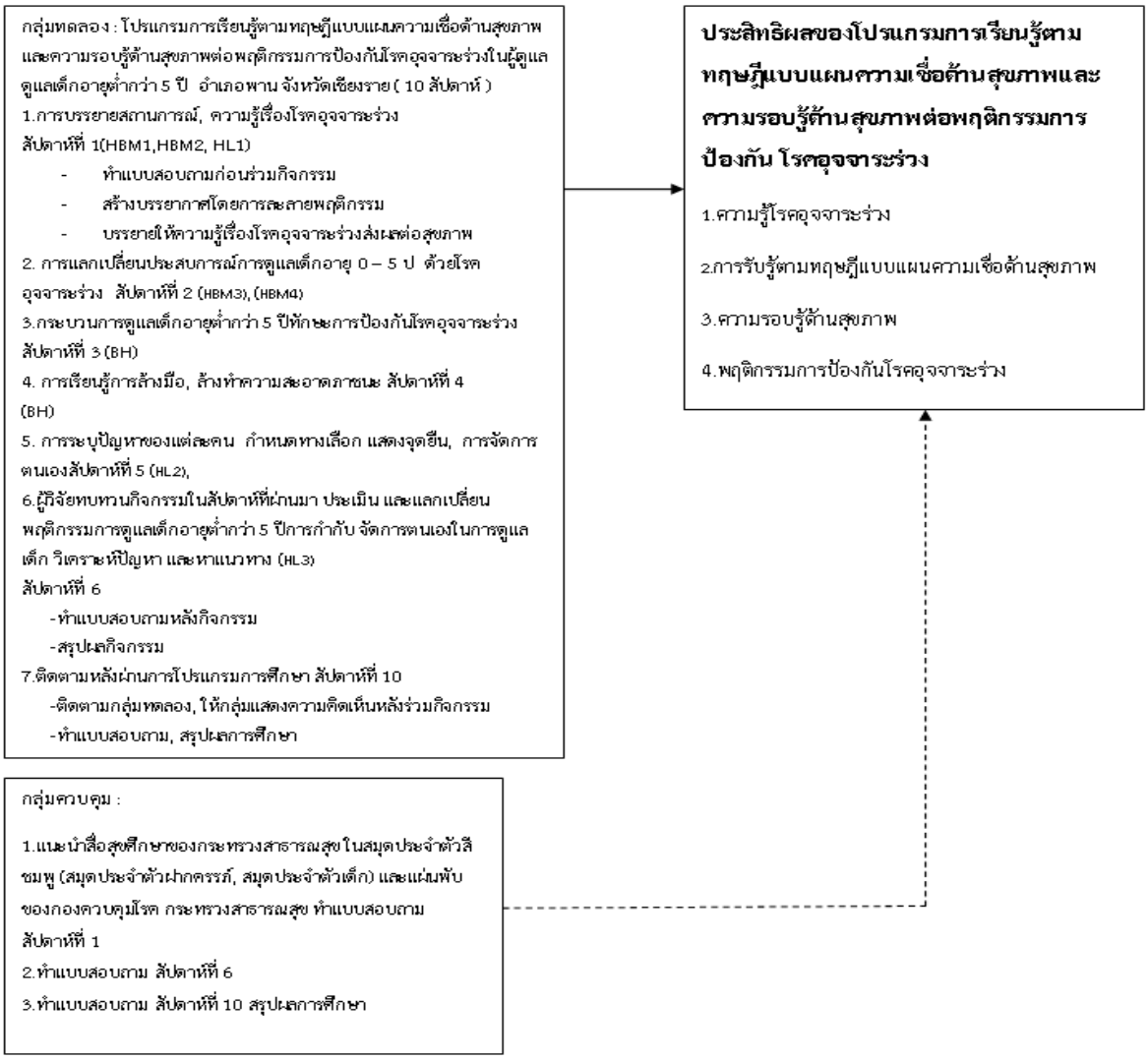
หมายเหตุ : หมายถึง x ระบุว่าใช้ปัจจัย แต่ไม่ได้ระบุเชิงปริมาณ (ตัวเลข) และเหตุผลในการพิจารณาเลือกปัจจัยในการวิเคราะห์

การเลือกปัจจัยในการศึกษาในครั้งนี้ ได้มาจากการศึกษาบทความวิจัย 10 บทความ ดังตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่ามี 6 บทความ ที่ระบุปัจจัยสาเหตุต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และอีก 4 บทความ พบการใช้ทฤษฎีทางสังคมมาใช้เป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและเครื่องมือการวิจัยของพินิจ ศรีใส (2553) มาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาออกแบบเป็นโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับกลุ่มทดลองเพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้ออกแบบกิจกรรมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค เกิดความกลัวที่เด็กจะมีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในพื้นที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เนื่องจากมีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สูงสุด 1 ใน 5 อำเภอ จาก 18 อำเภอ ของจังหวัดเชียงราย มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองที่มีรูปแบบการบริการจัดการได้เหมาะสมต่อการศึกษาโปรแกรม ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,848 คน

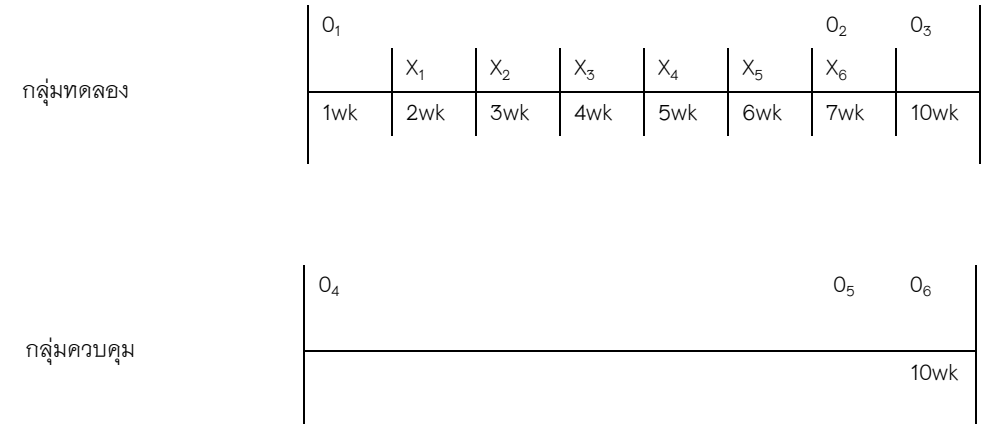
กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ประกอบด้วย ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว สามารถอ่านออกเขียนได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ มีอาการหรือภาวะของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล ไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในช่วงเวลาศึกษา

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ โดยจากการศึกษา อรวรรณ หล้าสวัสดิ์ และคณะ(2563) ใช้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.6 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 36 คน รวมทั้งหมด 72 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Multistage cluster random sampling ในพื้นที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC–UP–HSST 1.2/155/66 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน การเก็บรักษาความลับของข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดการเจ็บป่วย จะได้รับการพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ หากตอบคำถามถูก ให้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดให้ 0 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อคำถามมีลักษณะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อคำถามมีลักษณะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

2.โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

แผนภูมิการทดลอง



01 และ 04 คือ สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ก่อนเริ่มโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

02 และ 05 คือ สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันพร้อมทั้งบันทึก ผลการจัดการตนเอง บันทึกพฤติกรรม พื่อประเมินสภาวะพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

03 และ 06 คือ สัปดาห์ที่ 10 เก็บข้อมูลระยะติดตามผล หลังการทดลอง 1 เดือน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี

X1, X2, X3, X4, X5, และ X6 คือ จำนวนครั้งที่มีการดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 40 – 60 นาที

X1 คือ สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การบรรยายสถานการณ์และความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง โดยกุมารแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข

X2 คือ สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 2 เรื่องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กอายุอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยโรคอุจจาระร่วง

X3 คือ สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 3 เรื่องกระบวนการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทักษะการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

X4 คือ สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 4 เรื่องการเรียนรู้การล้างมือ ล้างทำความสะอาดภาชนะ

X5 คือ สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 5 เรื่องการระบุปัญหาของแต่ละคน กำหนดทางเลือก แสดงจุดยืน การจัดการตนเอง

X6 คือ สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 6 เรื่องประเมินและแลกเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทำแบบสอบถามวัดความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค แบบสอบถามทั้งสิ้น 55 ข้อ (ความรู้ 15 ข้อ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 17 ข้อ ความรอบรู้ 16 ข้อ และ พฤติกรรมป้องกันโรค 7 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความตรงเชิงภาษา (face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.66 – 1.00 ในการศึกษาครั้งนี้หาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของแบบสอบถามความรู้ด้วยสถิติ KR20 ได้ค่าเท่ากับ 0.73 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.70, 0.97 และ 0.93 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือการวิจัย ติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปพบกับผู้นำชุมชนและนัดวันเข้าไปดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1) 1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงแบบสัมภาษณ์และการจัดโปรแกรม 2) สัมภาษณ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี

ขั้นทดลอง

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมเรียนรู้โดยเชิญกุมารแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุขมาร่วมให้ความรู้ในเวทีสุขภาพในเรื่อง “สถานการณ์และความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง” และได้ทำความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองวิเคราะห์ความโอกาสที่จะเกิดโรคอุจาจาระร่วงในเด็ก ใช้เวลา 40 นาที

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) จัดเวทีสุขภาพในการเรียนรู้โดยทำการ “แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กอายุอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ของผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์และสรุปปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) จัดเวทีสุขภาพในการเรียนรู้ “กระบวนการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และทักษะในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง” พร้อมทั้งให้ความรู้การเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละช่วงวัย ทักษะการประกอบอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) จัดกิจกรรมการเรียนรู้ “การล้างมือ ล้างทำความสะอาดภาชนะ การจัดสุขาภิบาลให้ถูกตามสุขลักษณะ” เพื่อป้องกันการได้รับเชื้อก่อโรคทางเดินอาหาร โดยการสาธิต ฝึกปฏิบัติการล้างมือ การล้างทำความสะอาดภาชนะ การกำจัดขยะ กำจัดอุจจาระของเด็ก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) จัดเวทีสุขภาพเพื่อ “ระบุปัญหาของแต่ละคน กำหนดทางเลือก แสดงจุดยืนการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยจะเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำทางวิชาการ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กได้ระบุปัญหา กำหนดทางเลือกในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 7) ดำเนินการ 1) สรุปภาพรวมกิจกรรม ประเมินและแลกเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 2) สัมภาษณ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 7 (สัปดาห์ที่ 10) ดำเนินการ 1) ติดตามกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 2) สัมภาษณ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ครั้งที่ 3 ระยะติดตามผล ใช้เวลา 40 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพครั้งที่ 6 เป็นเวลา 7 สัปดาห์โดย 1) สัมภาษณ์เพื่อทดสอบความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ chi – square วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน กลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดาและบิดากับเป็นญาติ จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นมารดาและบิดา ร้อยละ 47.22 และเป็นญาติ ร้อยละ 52.78 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 และ 80.56 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18 – 30 ปี ร้อยละ 33.34 และ 30.56 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 และ 47.22 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 36.11 และ 33.33 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวน 4 – 5 คน ร้อยละ 75.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนมากกว่า 5 คน ร้อยละ 41.66 และส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 66.67 และ 63.89 ตามลำดับ เมื่อนำความถี่ตามลักษณะความเกี่ยวข้องกับเด็ก เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกลุ่มตัวอย่างมีทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า คุณลักษณะของกลุ่มตัวยอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการทดสอบตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค ด้วยสถิติ Independent t–test พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกตัวแปร ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=36) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=36) จำนวน (ร้อยละ)	Statistic Value	p–value
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก			0.43[a]	0.34
มารดาและบิดา	18(50.00)	17(47.22)		
ญาติ	18(50.00)	19(52.78)		
เพศ			1.74[a]	0.24
ชาย	6(16.67)	7(19.44)		
หญิง	30(83.33)	29(80.56)		
อายุ (ปี)			0.89[a]	0.33
18 – 30 ปี	12(33.34)	11(30.56)		
31 – 43 ปี	7(19.44)	10(27.78)		
44 – 56 ปี	7(19.44)	11(30.56)		
57 – 70 ปี	10(27.78)	4(11.11)		
$\bar{x}$ ± S.D	42.89 ± 15.62	40.69 ± 13.57		
Median: (Min, Max)	38 (18, 67)	38.5 (21, 69)		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป **(ต่อ)**

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=36) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=36) จำนวน (ร้อยละ)	Statistic Value	p–value
การศึกษา			0.68[a]	0.64
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	13(36.11)	12(33.34)		
มัธยมศึกษา	18(50.00)	17(47.22)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	5(13.89)	7(19.44)		
อาชีพ			0.21[a]	0.14
แม่บ้าน	13(36.11)	12(33.33)		
รับจ้างและค้าขาย	11 (30.56)	12(33.33)		
เกษตรกรรม	11(30.56)	7 (19.44)		
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	1 (2.78)	5(13.89)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			0.92[a]	0.84
1 – 3 คน	4(11.11)	10(27.78)		
4 –5 คน	27(75.00)	11(30.56)		
มากกว่า 5 คน	5(13.89)	15(41.66)		
จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี			0.26[a]	0.22
1 คน	24(66.67)	23(63.89)		
2 คน	10(27.78)	11(30.56)		
3 คนขึ้นไป	2(5.55)	2(5.55)		
ตัวแปรที่ศึกษาในโปรแกรม				
ก่อนการทดลอง Mean(S.D.)				
ความรู้	10.39(0.32)	9.44(3.01)	1.56[b]	0.12
การรับรู้ความเชื่อด้าน	3.65(0.36)	3.52(0.85)	1.32[b]	0.19
สุขภาพ				
ความรอบรู้	3.92(0.72)	4.05(0.11)	–0.77[b]	0.45
พฤติกรรมป้องกันโรค	1.91(0.32)	1.80(0.38)	0.68[b]	0.45

a = Pearson Chi–square, b = Independent t–test

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วัดภายในกลุ่ม (ตารางที่ 3) พบว่าในกลุ่มทดลอง ตัวแปรที่มีความแตกต่างรายคู่ ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ทั้ง 3 ระยะ ที่ $p < 0.05$ ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมป้องกันโรค มีความแตกต่าง ในระยะก่อนการทดลอง/ หลังการ

ทดลอง และระยะก่อนการทดลอง/ ระยะติดตาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ทั้ง 3 ระยะ ที่ $p < 0.05$ ส่วนระยะหลังการทดลอง/ ระยะติดตาม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง, การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา (คะแนนเฉลี่ย)	**ก่อนทดลอง (1) Mean ±S.D. (n=36)**	**หลังทดลอง (2) Mean ± S.D. (n=36)**	**ระยะติดตาม 1 เดือน (3) Mean ± S.D. (n=36)**	**ส่วนต่างค่าเฉลี่ย (p–value)**		
				(1)–(2)	**(1)–(3)**	**(2)–(3)**
ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง (15)						
กลุ่มทดลอง	10.39 ± 0.32	13.75±0.25	13.28±0.19	3.36	2.89	–0.47
				<0.01*	<0.01*	0.11
กลุ่มควบคุม	9.44 ±3.01	10.81±1.40	10.50±0.28	1.37	1.06	–0.31
				0.07	0.20	0.77
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (5)						
กลุ่มทดลอง	3.65±0.36	4.69±0.40	4.88±0.86	1.04	1.23	0.19
				<0.01*	<0.01*	0.03*
กลุ่มควบคุม	3.52±0.85	3.65±0.68	3.72±0.52	0.13	0.20	0.07
				0.38	0.11	0.28
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (5)						
กลุ่มทดลอง	3.92±0.72	4.76±0.35	4.82±0.13	0.84	0.9	0.06
				<0.01*	<0.01*	0.90
กลุ่มควบคุม	4.05±0.11	4.10±0.73	4.07±0.51	0.05	0.02	0.03
				1.00	1.00	1.00
พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง (3)						
กลุ่มทดลอง	1.91±0.32	2.80±0.12	2.74±0.15	0.89	0.83	–0.06
				<0.01*	<0.01*	0.13
กลุ่มควบคุม	1.80±0.38	1.82±0.39	1.83±0.39	0.02	0.03	–0.01
				1.00	1.00	1.00

*เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated ANOVA พบว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องความแปรปวนของการวัดแต่ละครั้ง (Compound Symmetry) จึงใช้การทดสอบของ Greenhouse– Geisser Epsilon พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนค่าเฉลี่ยของทุกตัวแปรที่ศึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร (คะแนนเฉลี่ย)	Mean ± S.D.			SS	df	MS	F	p–value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตาม					
ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง(15)								
กลุ่มทดลอง	10.39 ± 0.32	13.75±0.25	13.28±0.19	1.61	1	1.61	95.87	<0.01*
กลุ่มควบคุม	9.44 ±3.01	10.81±1.40	10.50±0.28					
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (5)								
กลุ่มทดลอง	3.65±0.36	4.69±0.40	4.88±0.86	2,643.53	1	2,643.53	448.13	<0.01*
กลุ่มควบคุม	3.52±0.85	3.65±0.68	3.72±0.52					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (5)								
กลุ่มทดลอง	3.92±0.72	4.76±0.35	4.82±0.13	9.85	1	9.85	24.18	<0.01*
กลุ่มควบคุม	4.05±0.11	4.10±0.73	4.07±0.51					
พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง (3)								
กลุ่มทดลอง	1.91±0.32	2.80±0.12	2.74±0.15	24.29	1	24.29	274.7	<0.01*
กลุ่มควบคุม	1.80±0.38	1.82±0.39	1.83±0.39					

*เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated ANOVA มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

วิจารณ์และสรุปผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำแนกเป็นกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.33 อายุ 18 – 30 ปี ร้อยละ 33.34 อาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 36.11 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 80.56 อายุ 18 – 30 ปี ร้อยละ 30.56 อาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 33.33 จากการเปรียบเทียบโดยสถิติ Chi – square และ Independent t – test ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เที่ยงสมบูรณ์ (2564) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยได้ใช้ตัวอย่างผู้ดูแลหลักของเด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้มาร่วมโปรแกรม เนื่องจากผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็กในเรื่องสุขภาพ

ผลการศึกษา 1) ความรู้โรคอุจจาระร่วง พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ หล้าสวัสดิ์ (2559) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยหลังการร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = –12.118, p < 0.05) 2) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏอนงค์ แฝงพงษ์และคณะฯ (2563) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยหลังการทอลอง มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.370, p < .01, t = 2.158, p < .05, t = 1.935, p < .05 และ t = 2.160, p < .05 ตามลำดับ) และมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรค ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = –3.083, p < .02) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ์ สีดาหอม และคณะ (2567) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้ดูแลเด็ก 0–5 ปี อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล อาสาสมัครมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มิติขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ขั้นการใช้วิจารณญาณ บริบทระบบบริการสุขภาพ บ้านและชุมชนตลาดหรือศูนย์การค้า เวทีสาธารณะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก 0–5 ปี ได้ทั้ง 2 มิติ 4 บริบท 4) พฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณา มณีวงศ์ (2555) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ อาษาธง (2561) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยพบว่า ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) การศึกษาวัดผล ทั้ง 3 ระยะ พบว่า ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05 ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนตัวแปรความรู้ความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะหลังการทดลองกับระยะติดตาม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ออกแบบมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผล ซึ่งสามารถทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าการการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพมาจัดกิจกรรมเรียนรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง มีความเหมาะสมและมีกระบวนการสอดคล้องกันที่จะเสริมแรงให้ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในทิศทางที่ดีขึ้น โดยพบว่าปัจจัยที่ทำให้การศึกษาประสบ

ความสำเร็จเกิดจากการที่ผู้วิจัยได้สร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแลเด็กถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจนถึงเสียชีวิตได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจและเรียนรู้โปรแกรมอย่างตั้งใจ ผลจากการจัดโปรแกรมที่มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และมีการติดตาม 4 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการมาร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างการเรียนรู้ใหม่ ๆ เป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการจัดการเรียนรู้ในเรื่องอื่น ๆ ต่อไปได้ สำหรับข้อจำกัดในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมในเรื่องการได้รับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพจากสื่อสารมวลชนในช่องทางปกติและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการได้ศึกษาได้

ข้อเสนอแนะ

จากการทดลองตามโปรแกรมการเรียนรู้เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำในแต่ละด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับต่ำ 2) ด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดยังไม่ให้ความสำคัญการการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 3) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้น้อยมาก และ 4) ด้านพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการป้อนอาหารที่สุกใหม่หรือนำมาอุ่นก่อนให้เด็กรับประทานในระดับต่ำ และในระยะติดตาม พบว่า ความรู้มีความแตกต่างจากระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ควรมีการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ให้กับผู้ปกครองเด็กอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองใหม่ เพื่อจะทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กในระดับพื้นที่มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จูหว้า คณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่เป็นผู้ให้คำแนะนำในการทำวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำการตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาน สาธารณสุขอำเภอพาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันติสุข ตำบลสันกลางและหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในพื้นที่ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

ขวัญชนก ใจดี, ประภาภรณ์ พรมลุน วิลาวัลย์ อ่อนเหลา ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม และ บุษกร สุวรรณรงค์. (2563). พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ของผู้ปกครองในตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *การประชุมวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ครั้งที่ 2 ประจำปี 2563.* (น. 486–483). เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

นาฏอนงค์ แฝงพงษ์, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และ สมสมัย รัตนกรีฑากุล. (2563). ผลขอลโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารคณะพยาบาลสาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2563*(3) 113–125.

พินิจ ศรีใส. (2553). *ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้ต้อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย.* (การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พิเชษฐ สีดาหอม, รัชฎา ฉายจิต, สุบิน พัวศิริ และ ปิยฉัตร พัชรานุฉัตร. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้ดูแลเด็ก 0–5 ปี อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์. *Procedia of Multidisciplinary Research, 2*(5), 47.

สุวรรณา มณีวงศ์ (2555).*ผลของโปรแกรมการวางแผนตำหน่ายต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สำเนียง ทองทิพย์ และ สมคิด ปราบภัย. (2559). ประสิทธิผลของการสอนแบบอิงประสบการณ์เพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียน. *Journal of Medicine and Health Sciences, 23*(3).

อรวรรณ หล้าสวัสดิ์, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง และ พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม.(2562). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. *Nursing Science Journal of Thailand, 37*(3), 63–78.

อุไรวรรณ เที่ยงสมบูรณ์. (2564). *ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้. วารสารวิทยาลัยราชสุดา, 17*(1), 102–119.

Becker, M.H., Maina, L.A., Kirscht, J.P., Heafner, D.P.& Drachman, R.H. (1977). The health belief model and perdiction of dirtary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social behavior, 18,* 346–348.

Dilruba Nasrin ET. All. (2023). Moderate–to–Severe Diarrhea and Stunting AmongChildren Younger Than 5 Years: Findings from the Vaccine Impact on Diarrhea in Africa (VIDA) Study. Oxford. *Clinical Infectious – Diseases®*, *76*(S1), S41–8.

Harris, D. M. and Guten, S. (1979). Health–protective behavior: An exploratory study. *Journal of health and social behavior*, 17–29.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, *67*(12), 2072– 2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328–335.

World Health Organization. (2019). *Health literacy toolkit for low–and middle–income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems.*