

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เรื่องระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของอำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลักษณะทางพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก และลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 205 ราย โดยมีคุณสมบัติอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี 2550 สูงสุด และถัดไปตามลำดับ จนครบ 205 ราย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบบสังเกตและแบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในสถานีนอนามัยที่เด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปีไปใช้บริการรักษาพยาบาล ที่ผู้ทำการศึกษาได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ การทดสอบแบบ Chi-square และวิเคราะห์ความถดถอยแบบโลจิสติก เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลได้ทำการหาดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านค่าที่ได้เท่ากับ 0.84 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยไปทดลองใช้กับประชากรผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในปี 2550 ของอำเภอแม่ลาน้อย จำนวน 10 คน เพื่อให้เข้าใจตรงกัน ในเรื่องความชัดเจนของข้อคำถาม ตัวเลือก การใช้ภาษา ความต่อเนื่องของคำถาม คำชี้แจงและความยากง่ายของแบบสอบถาม แล้วนำไปใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในชุมชนและสถานีนอนามัย ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 โดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลเด็ก แบบการสังเกตสุขภาพสิ่งแวดล้อมครอบครัวผู้ป่วย และครอบครัวเปรียบเทียบ และทำการรวบรวมข้อมูลในสถานีนอนามัยที่ผู้ป่วยไปรับบริการรักษาพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์คำนวณค่าทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

สรุปผลการศึกษา

1. ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.6 เพศหญิงร้อยละ 45.4 มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีอัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิง 1.2 : 1 เป็นกลุ่มอายุ 1 ปีมากที่สุดร้อยละ 27.3 สำหรับกลุ่มอายุต่ำกว่า 4 ปีพบน้อยที่สุดร้อยละ 7.7 พบผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน โดยมีเดือนพฤษภาคม พบผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 34 ราย รองลงมาคือเดือนมิถุนายน และเดือนสิงหาคมเท่ากัน จำนวน 29 ราย เดือนธันวาคมพบน้อยที่สุดจำนวน 6 ราย เป็นผู้ป่วยในตำบลสันติคีรีมากที่สุดจำนวน 50 ราย ร้อยละ 24.4 ตำบลแม่มาจางน้อยที่สุดจำนวน 9 ราย ร้อยละ 4.4 โดยมีถึงผู้ป่วยร้อยละ 48.3 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ลักษณะอาการทางคลินิกที่ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยได้แก่ ถ่ายเหลวร้อยละ 73.7 มีอาการถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด ร้อยละ 26.8 มีอาการปวดท้องร้อยละ 41.0 มีอาการไข้ร้อยละ 23.4 และมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 14.6 สำหรับเวชภัณฑ์ที่ใช้รักษาเกือบทั้งหมดร้อยละ 99.5 ได้รับผงน้ำตาลเกลือแร่ขององค์การเภสัชกรรม ได้รับยาลดไข้ร้อยละ 25.9 ได้รับยาแก้อาเจียนร้อยละ 11.7 และร้อยละ 60.5 ได้รับยาปฏิชีวนะ

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลเด็ก เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.1 และเป็นเพศชายร้อยละ 25.9 มีอายุเฉลี่ย 37.9 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี และอายุสูงสุด 80 ปี มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปีมากที่สุดร้อยละ 34.1 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.2 ประกอบด้วยเผ่ากระเหรี่ยงมากที่สุดร้อยละ 78.5 รองลงมาเป็นเผ่าละว้า ร้อยละ 16.1 และไทยใหญ่ร้อยละ 2.4 ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 47.3 มีเพียงร้อยละ 3.9 เท่านั้นที่เรียนระดับอุดมศึกษาขึ้นไป โดยในส่วนตัวความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กกับเด็กที่ต้องดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 54.1 เป็นมารดาของเด็ก รองลงมาคือปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 23.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 85.9 รองลงมาเป็นงานบ้านร้อยละ 8.8 ที่เหลือมีอาชีพรับจ้าง รับราชการและรับจ้างบางส่วน ระดับรายได้ของกลุ่มผู้ดูแลเด็กมีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บร้อยละ 47.3 ที่พอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บร้อยละ 9.3 และมีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและเป็นหนี้สินร้อยละ 34.1 โดยจำนวนเด็กในการดูแลส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คนร้อยละ 62.9 มีจำนวน 2 คน

ร้อยละ 35.1 และมีเพียงร้อยละ 2.0 เท่านั้นดูแลเด็กถึงจำนวน 3 คน ข้อมูลการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนทำการเก็บข้อมูลพบว่า มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยร้อยละ 19.5

3. ลักษณะทางพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก

พฤติกรรมล้างมือของผู้ดูแลเด็กพบว่า มีการล้างมือก่อนเตรียมอาหารหรือนมให้เด็กทุกครั้ง ร้อยละ 35.1 และส่วนใหญ่เป็นการล้างมือด้วยน้ำเปล่าอย่างเดียวบางครั้งร้อยละ 52.7 มีการล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งร้อยละ 7.8 มีการล้างมือหลังขับถ่ายทุกครั้งร้อยละ 40.5 โดยเป็นการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งร้อยละ 9.8 และไม่ได้มีการล้างมือหลังขับถ่ายร้อยละ 3.4 มีการล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็กทุกครั้งร้อยละ 26.8 โดยเป็นการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งร้อยละ 8.3 และไม่ได้ล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็กร้อยละ 1.0 สำหรับพฤติกรรม让孩子ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้งร้อยละ 17.7 โดยใช้น้ำและสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งร้อยละ 5.0 และร้อยละ 1.7 เด็กไม่ได้มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้การทำความสะอาดหัวนมและเต้านมของมารดาเด็ก ก่อนให้นมร้อยละ 57.4 สำหรับที่ทำความสะอาดหัวนมและเต้านมร้อยละ 42.6 แยกเป็นใช้ผ้าแห้งหรือผ้าเช็ดทำความสะอาดร้อยละ 27.7 ใช้ผ้าหรือผ้าชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดร้อยละ 14.9 สำหรับมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมมีการทำความสะอาดขวดนม จุกนม ฝาปิด และขวดน้ำแล้วใช้เลยร้อยละ 42.9 ส่วนน้ำที่ใช้ผสมนมให้เด็กมีการต้มทุกครั้ง แต่ก็มีการใช้น้ำร้อนผสมนมให้เด็กรับประทานร้อยละ 14.3

4. ลักษณะสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

4.1 สุขาภิบาลน้ำดื่ม แหล่งน้ำที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคได้แก่ น้ำประปาภูเขา ร้อยละ 84.4 ที่เหลือจะเป็นน้ำบรรจุขวดหรือบรรจุแกลอนพร้อมดื่มร้อยละ 7.3 จากลำห้วยร้อยละ 4.4 และจากบ่อน้ำที่ถูกสุขลักษณะร้อยละ 3.9 มีการปรับปรุงคุณภาพก่อนบริโภคร้อยละ 53.2 ภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำดื่มส่วนใหญ่ร้อยละ 48.8 ใช้กระติกน้ำหรือกระบอกน้ำพลาสติก รองลงมาใช้แกลอนน้ำหรือถังน้ำร้อยละ 41.0 ที่เหลือได้แก่ น้ำบรรจุขวดพร้อมดื่ม โองน้ำมีฝาปิด และกระบอกไม้ไผ่ ร้อยละ 6.3, 2.4 และ 1.5 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์กับหลังคาเรือนที่ไม่มีผู้ป่วยโรค

อุจจาระร่วงพบว่าแหล่งน้ำที่ใช้ดื่ม การปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่ม และภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำดื่ม ล้วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 สุขภาพโภชนาการ การเก็บอาหารปรุงสุกร้อยละ 49.8 ประกอบอาหารแล้วเสร็จ จะรับประทานทันที ส่วนที่เหลือร้อยละ 26.3 จะใช้ถ้วยชามปิดไว้ และร้อยละ 17.1 จะเก็บไว้ในตู้กับข้าว ส่วนที่เหลือจะเก็บไว้ตู้เย็น เก็บไว้บนโต๊ะ โดยไม่ได้ใช้อะไรปิดไว้ และใช้ฝาชีปิด ร้อยละ 4.9, 1.0 และ 0.5 ตามลำดับโดยที่หากมีการนำอาหารค้างคืนมาให้เด็กรับประทานส่วนใหญ่ร้อยละ 65.5 จะมีการอุ่นจนเดือดก่อนจะให้เด็กรับประทาน ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 25.4 เคยให้เด็กรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ และไม่ได้ล้างผักและผลไม้ก่อนให้เด็กรับประทานร้อยละ 2.9 และ 19.5 ตามลำดับ ส่วนภาชนะที่ใช้บรรจุอาหารของเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 81.5 จะมีการล้างทำความสะอาดทันที หลังจากให้เด็กรับประทานโดยใช้น้ำยาล้างจานและน้ำเปล่า โดยที่ตั้งของห้องครัวประกอบอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 52.2 จะตั้งรวมกันภายในตัวบ้าน ในห้องครัวมีถังขยะพร้อมฝาปิดร้อยละ 4.9 และส่วนใหญ่ร้อยละ 67.8 จะไม่มีที่เก็บอาหารที่ปรุงเสร็จไม่ว่าจะเป็นตู้กับข้าว ตู้เย็น หรือฝาชี ซึ่งเมื่อทดสอบความความสัมพันธ์กับหลังคาเรือนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงพบว่า ในห้องครัวมีถังขยะ และมีที่เก็บกับข้าวที่ปรุงเสร็จไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ที่ตั้งของห้องครัวประกอบอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.023$) โดยที่หลังคาเรือนเปรียบเทียบมีห้องครัวที่ตั้งอยู่ร่วมกับตัวบ้านร้อยละ 40.5

4.3 สุขภาพที่อยู่อาศัย ลักษณะบ้านเรือนส่วนใหญ่ร้อยละ 84.9 จะเป็นบ้านยกพื้น สูงและเป็นพื้นไม้ร้อยละ 86.8 โดยมีพื้นคอนกรีตและพื้นดินร้อยละ 12.2 และ 1.0 ตามลำดับ มีการเลี้ยงสัตว์ในครัวเรือนร้อยละ 96.1 สัตว์ที่เลี้ยงมีทั้ง ไก่ สุกร สุนัข แมว แพะ เป็ด โค และกระบือมีการเลี้ยงสัตว์ได้ดูนบ้านร้อยละ 56.1 และมีคอกสัตว์ในบริเวณบ้านร้อยละ 54.1 ภายในบ้านและบริเวณรอบๆบ้าน มีความสกปรกเท่ากันร้อยละ 16.1 ส่วนได้ดูนบ้านมีความสกปรกร้อยละ 21.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์กับหลังคาเรือนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงพบว่า ลักษณะบ้าน ลักษณะพื้นบ้าน การเลี้ยงสัตว์ได้ดูนบ้าน ความสะอาดบริเวณได้ดูนและบริเวณบ้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความสะอาดภายในบ้านและการมีคอกสัตว์ในบริเวณบ้านมีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่หลังคาเรือนเปรียบเทียบกับภายในบ้านเรือนสกปรกร้อยละ 10.2 (P-value = 0.31) และมีคอกสัตว์ในบริเวณบ้าน 43.4 (P-value = 0.38)

4.4 การกำจัดสิ่งปฏิกูล กลุ่มตัวอย่างมีส้วมใช้เองรวมถึงใช้ร่วมกับผู้อื่นร้อยละ 80 ลักษณะส้วมส่วนใหญ่เป็นส้วมราดน้ำร้อยละ 99.4 ความสะอาดของห้องส้วมร้อยละ 6.3 มีความสกปรก และร้อยละ 89.2 ไม่มีสบู่หรือน้ำยาสำหรับล้างมือไว้ในห้องน้ำหรือบริเวณอ่างล้างมือ ในส่วนการใช้ส้วมมีถึงร้อยละ 20 ไม่ใช้ส้วมเลย รวมถึงร้อยละ 39.5 ในครัวเรือนใช้ส้วมบางคน และอุจจาระของเด็กต่ำกว่า 5 ปีส่วนใหญ่ร้อยละ 62.4 ถ่ายลงพื้นดินบริเวณบ้านแล้วทิ้งไว้ มีการถ่ายลงในส้วมหรือถ่ายในกระโถนแล้วเทลงส้วมร้อยละ 35.6 เมื่อเปรียบเทียบกับหลังคาเรือนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง พบว่ากันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านลักษณะส้วมที่ใช้ ความสะอาดของห้องส้วมและการมีสบู่หรือน้ำยาสำหรับล้างมือในห้องส้วมหรืออ่างล้างมือ

4.5 การกำจัดขยะและน้ำโสโครก ในครัวเรือนร้อยละ 33.7 ไม่มีถังขยะและมีถังขยะ แต่ไม่มีฝาปิดร้อยละ 59.5 ส่วนการกำจัดขยะส่วนใหญ่ทิ้งบริเวณลำห้วย แม่น้ำหรือป่าเขาใกล้บ้านร้อยละ 64.9 และมีการกองทิ้งไว้รอบบริเวณบ้านร้อยละ 5.4 จากการสังเกตพบว่ามีกองขยะในบริเวณบ้านของกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 20 และในการกำจัดน้ำโสโครกส่วนใหญ่ร้อยละ 90.7 ปล่อยลงพื้นดิน ดังนั้นจึงมีน้ำโสโครกขังอยู่ในบริเวณบ้านร้อยละ 31.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์กับหลังคาเรือนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องกองขยะและน้ำโสโครกขังในบริเวณบ้าน

เมื่อนำปัจจัยทางด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการมีเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญมาวิเคราะห์ร่วมกันด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยแบบโลจิสติก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราส่วนที่มีครัวประกอบอาหารที่ตั้งอยู่ในตัวบ้าน ครัวเรือนมีสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่สะอาด และมีคอกสัตว์อยู่ในบริเวณบ้านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระ ร่วง 1.49 (95%CI 1.148 – 1.952) , 1.54 (95%CI 1.266 – 1.884) และ 1.39 เท่า (95%CI 1.174 – 1. 645) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปีในอำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีอัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิง 1.2 : 1 มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน โขติวิเชียรและคณะ(2548) ที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และการศึกษาของไชยาวุฒิ สิทธิพันธ์ (2544) และคณะที่ศึกษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าอัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.9 : 1 และ 1.3 : 1 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเด็กผู้ชายโดยธรรมชาติอาจมีความซุกซนมากกว่าเด็กผู้หญิง จึงอาจจะหยิบฉวยสิ่งของที่สกปรกเข้าปากหรือคลานเล่นตามพื้นดิน หรือพื้นบ้านมากกว่าก็เป็นได้ จำนวนผู้ป่วยจะพบมากในช่วงฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน โดยมีเดือนพฤษภาคม โดยจำนวนผู้ป่วยจะสูงสุดในฤดูฝนแล้วค่อยลดลงในฤดูหนาว แล้วจะค่อยๆเพิ่มขึ้นในฤดูร้อนจนถึงฤดูฝน ทั้งนี้เนื่องจากในฤดูฝนการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน และในชุมชนจะเอื้อต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่าฤดูกาลอื่นๆ โดยเฉพาะจะมีน้ำขังเฉอะแฉะ ประกอบกับส่วนใหญ่จะเลี้ยงสัตว์ไว้ที่ดุนบ้าน ไม่มีการกำจัดมูลสัตว์ที่ถูกสุขลักษณะ และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีส่วนใหญ่จะถ่ายอุจจาระลงพื้นดิน ทำให้สิ่งปฏิกูลเหล่านั้นเกิดการไหลนองผสมกับน้ำฝนกระจายไปรอบบริเวณบ้าน ประกอบกับการตั้งบ้านเรือนบริเวณไหล่เขา เป็นพื้นที่ลาดชันทำให้มูลสัตว์เหล่านั้นไหลกระจายไปบริเวณบ้านใกล้เคียงด้วย เกิดการติดต่อของโรคอุจจาระร่วงได้ง่าย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชลดา พิรุณจินดารัตน์และคณะ (2546) ที่ศึกษาอุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการติดเชื้อไวรัสโรต้าในชุมชนอำเภอห้วยกระเจา กาญจนบุรีพบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโรต้า จะมีการเพิ่มขึ้นในฤดูหนาว และการศึกษาของวิรัช นิราวุธและคณะ (2537) ที่ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงไวรัสโรตา ในเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคจะสูงในช่วงฤดูหนาวคือเดือนธันวาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ ดังนั้นในพื้นที่ทำการศึกษาจึงไม่น่าจะเป็นโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อไวรัสโรตา และผู้ป่วยถึงร้อยละ 48.3 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มเด็กเหล่านี้ มีภาวะความต้านทานโรคนี้น้อยกว่าจึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ที่มิภาวะโภชนาการปกติ โดยผู้ป่วย

ที่มารักษาที่สถานอนามัยมีถึงร้อยละ 60.5 ได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งเด็กที่มีอาการไขซึ่งบ่งชี้ถึงการติดเชื้อเพียงร้อยละ 23.4 แต่มีเด็กได้รับยาปฏิชีวนะถึงร้อยละ 60.5 ซึ่งถือว่ามากกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดว่าไม่ควรเกินร้อยละ 30 ทั้งนี้ในการให้ยาปฏิชีวนะดังกล่าวอาจเป็นการรักษาที่ไม่จำเป็นทำให้สิ้นเปลือง และจากการที่เมื่อเด็กมีอาการดีขึ้นหรือหายป่วยจากโรคอุจจาระร่วงแล้ว ผู้ดูแลเด็กมักจะไม่ให้เด็กรับประทานยาปฏิชีวนะจนครบตามกำหนดที่เจ้าหน้าที่แนะนำ อาจก่อปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต รวมถึงอาจทำให้อาการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงหายช้าได้ ดังจะเห็นได้จากการที่ สุภา หริกุล (2547) กล่าวว่า การให้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น นอกจากจะทำให้การดื้อยาเกิดขึ้นได้ง่ายแล้วยังมีผลทำให้เยื่อลำไส้ (gut mucosa) บาดเจ็บ เกิดภาวะแบคทีเรียเจริญมาก (Overgrowth bacteria) ขึ้นจากภาวะการไม่สมดุลกันระหว่าง Normal flora และแบคทีเรียกลุ่มอื่นๆ ในลำไส้ ซึ่งผลประการหลังนี้ทำให้อุจจาระร่วงยืดเยื้อ หายช้าหรือรุนแรงมากขึ้น แต่ทั้งนี้พื้นที่ที่ผู้ป่วยเหล่านั้นอาศัยอยู่เป็นพื้นที่ห่างไกล การเดินทางคมนาคมลำบากในการเข้ารับบริการที่สถานอนามัย จึงเป็นไปได้ว่าเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต รวมถึงเป็นความต้องการของผู้ดูแลเด็กเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะทำให้เด็กปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเด็กเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 37.9 ปี และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.2 ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุนี้จะเป็นกลุ่มที่ยอมรับและตอบสนองข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ยากกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่อายุน้อยกว่ารวมถึงการสื่อสารภาษาไทยเป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก แต่ก็อาจจะมีประสบการณ์ และภูมิปัญญาพื้นบ้านในการรักษาโรคอุจจาระร่วงโดยไม่ต้องพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันมากนัก มีผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงร้อยละ 47.3 มีเพียงร้อยละ 3.9 เท่านั้นที่เรียนระดับอุดมศึกษาขึ้นไป ซึ่งระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ทำให้มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพ สามารถป้องกันตนเองและครอบครัวจากการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และจากการที่ผู้ดูแลเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูล หรือเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้อง จึงน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงยังคง

สูงอยู่ในอำเภอแม่ลาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับไชยาวุฒิ สิทธิพันธ์และคณะ(2544) ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่ามารดา ร้อยละ 54.2 ที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงไม่ถูกต้องร้อยละ 94 และผู้ปกครองที่ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มากกว่าผู้ปกครองที่ไม่ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 85.9 ซึ่งการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ทำให้การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีไม่สามารถทำได้เต็มที่จำเป็นต้องพาเด็กไปทำงานในไร่ด้วย หรือบางที่จะฝากไว้กับผู้สูงอายุที่เป็นปู่ย่า ตา ยายของเด็ก ทำให้ความสามารถในการดูแลเด็กลดลง ซึ่งเป็นข้อจำกัดอันหนึ่งของผู้สูงอายุในพื้นที่สูงในเรื่องพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล และการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ให้เอื้อต่อการควบคุมและป้องกัน โรคอุจจาระร่วง และจากการที่ผู้ดูแลเด็กส่วนหนึ่งที่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและเป็นหนี้สินถึงร้อยละ 34.1 และเป็นที่น่าอนว่ารายได้เป็นปัจจัย ที่ทำให้บุคคลมีศักยภาพในการดำรงชีวิตที่ดี มีความพร้อมในการแสวงหาวิธีการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ในการที่ประชาชนส่วนหนึ่งถึงร้อยละ 34.1 ที่ยังมีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและยังคงมีหนี้สินอยู่ อาจจึงยังไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพหรือการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนมากไปกว่า การทำมาหากินเลี้ยงชีพของตนเองก็เป็นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย อินต๊ะสุข (2549) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในอำเภอวังชิ้น พบว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อคนต่อปี มีอุบัติการณ์เกิดโรคอุจจาระร่วงสูงกว่ากลุ่มรายได้อื่น เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้ที่มากกว่า นอกจากนี้พบว่ารายได้ครอบครัวที่ต่ำส่งผลถึงความสามารถในการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ ในการนำมาบริโภคเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงการเข้าถึงสถานบริการของรัฐในการรักษาพยาบาลด้วย และในระหว่างทำการเก็บข้อมูลพบว่ามีจำนวนเด็ก ร้อยละ 19.5 ที่มีอาการของโรคอุจจาระร่วงตามนิยามของการศึกษาในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการเก็บข้อมูล แสดงให้เห็นว่าในชุมชนที่ทำการศึกษาดังกล่าวโรคอุจจาระร่วงก็ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่คงอยู่ในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนต่อไป

พฤติกรรมการล้างมือของผู้ดูแลเด็กพบว่า มีการล้างมือก่อนเตรียมอาหารหรือนม

ให้เด็กทุกครั้ง เพียงร้อยละ 35.1 มีการล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งเพียงร้อยละ 7.8 เท่านั้น สำหรับการล้างมือหลังขับถ่ายร้อยละ 40.5 จะล้างมือทุกครั้ง โดยเป็นการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งเพียงร้อยละ 9.8 และที่น้ำเป็นห้วงก็คือมีบางส่วนคือร้อยละ 3.4 ไม่ได้มีการล้างมือหลังขับถ่ายเลย ในส่วนการล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็ก พบว่ามีเพียงร้อยละ 26.8 เท่านั้นที่ล้างมือทุกครั้งโดยเป็นการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งเพียงร้อยละ 8.3 เท่านั้น และก็มีร้อยละ 1 ที่ไม่ได้ล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็กเลย สำหรับพฤติกรรมการส่งเสริมให้เด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหารปรากฏว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 17.7 เท่านั้นที่ให้เด็กล้างมือทุกครั้ง ส่วนวิธีการล้างมือที่ถูกต้องคือใช้น้ำและสบู่หรือน้ำยาล้างสำหรับล้างมือทุกครั้งมีเพียงร้อยละ 5.0 และมีถึงร้อยละ 1.7 ที่ไม่ได้มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหารของเด็ก จากพฤติกรรมการล้างมือดังกล่าวจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ไม่จะเป็นความถี่ของการล้างมือ หรือวิธีการของการล้างมือล้วนแล้วอยู่ในความครอบคลุมที่ต่ำ ซึ่งพฤติกรรมการล้างมือมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยเด็กที่ได้รับการดูแลจากผู้ที่มีพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้อง และเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่า เด็กที่ได้รับการดูแลโดยผู้ที่ไม่ได้ล้างมือที่ถูกต้องและเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพีญศรี ไผทรัตน์ (2547) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในเขต 2 พบว่าผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องก่อนเตรียมอาหารให้เด็กและหลังขับถ่ายอุจจาระ ทำให้ลดอัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงของเด็กในชุมชน และการศึกษาของจากการศึกษาของสุกัญญา เนติศาสตร์(2539) ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดชัยนาท ที่พบว่าเด็กที่มารดาไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่ก่อนให้นมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.16 เท่า ส่วนเด็กล้างมือก่อนกินอาหารด้วยน้ำเปล่าทุกครั้ง ล้างมือด้วยน้ำเปล่าบางครั้ง และไม่ล้างมือเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.87 , 1.87 และ 1.97 เท่า ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ และไม่ล้างมือภายหลังขับถ่าย เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 4.78 เท่าของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khan ได้ศึกษาวิจัยเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมล้างมือด้วยสบู่และน้ำหลังจากการถ่ายอุจจาระ และก่อนรับประทานอาหารกับการติดเชื้อบิด เป็น

การศึกษาแบบเฝ้าติดตาม โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจหาเชื้อบิโดก่อน และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันทั้งสองกลุ่มด้วย อายุ เพศ และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มศึกษาจะได้รับแจกสบู่และน้ำ จะถูกกระตุ้นให้ล้างมือด้วยสบู่ภายหลังการถ่ายอุจจาระ และก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ส่วนครอบครัวในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับแจกอย่างใดเลย ใช้เวลาเฝ้าสังเกต 10 วัน พบว่า อัตราการติดเชื้อในกลุ่มศึกษามีเพียงร้อยละ 10.1 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 32.4 และอัตราป่วยมีเพียงร้อยละ 2.2 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 14.2 ในกลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการล้างมือมีผลในการป้องกันการติดเชื้อได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำเรื่องการล้างมือให้ถูกสุขลักษณะก่อนเตรียมอาหารให้เด็ก หลังขับถ่าย ก่อนป้อนอาหารเด็กและให้เด็กล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร น่าจะส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงอย่างแน่นอน

มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำความสะอาดห้วนมและเต้านม ก่อนให้นมเด็ก ซึ่งมีมารดาที่เป็นเผ่ากระเหรี่ยงบางส่วนที่ทำความสะอาดก่อนให้นมเด็ก โดยที่ใช้ผ้าหรือสำลีชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดเต้านมก่อนจะให้เด็กรับประทาน ซึ่งเหตุผลในการทำความสะอาดเต้านมของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเป็นเพราะมีความเชื่อว่าหากกลับมาจากการทำงานหนัก หรือทำงานในไร่แล้วให้เด็กดูดที่นั่นนมจะร้อนเกินไปอาจทำให้เด็กไม่สบายได้ ดังนั้นจึงต้องใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดก่อน ซึ่งไม่ได้เป็นสาเหตุที่ตั้งใจทำความสะอาดเต้านมโดยตรงในเรื่องพฤติกรรมสุขอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไนจีเรีย (2000) ที่พบว่าความแตกต่างนิเวศวิทยา ทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และการปฏิบัติตัว และจากการศึกษาของสุกัญญา เนติศาสตร์(2539) ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดชัยนาท พบว่าการที่มารดาไม่ได้ทำความสะอาดห้วนมก่อนให้นมเด็ก เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงถึง 1.56 เท่าของเด็กที่มารดาทำความสะอาดห้วนม และมีเด็กบางส่วนที่มารดาเลี้ยงด้วยนมผสมซึ่งการใช้นมผสมเลี้ยงเด็กนับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงประการหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสุวรรณ เทพสุนทร(2548) เรื่องระบาดวิทยาของการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่มอุจจาระร่วงของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าเด็กที่ดื่มนมผงหรือนมสำเร็จรูปมีโอกาสป่วยและตรวจพบเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคมามากกว่าเด็กที่ดื่มนมมารดา 1.7 เท่า และผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 42.9

ทำความสะอาดขูดนม จุกนม ฝาปิด และขวดน้ำ แล้วใช้เลย โดยไม่ได้มีการนำไปต้มหรือนึ่งก่อน จะนำไปใช้ ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่อีกประการหนึ่ง สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของอุทัย อินตะสุข(2549) ศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ที่พบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีพฤติกรรมทำความสะอาด ขวดนมที่ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 75 และการศึกษาของสุพร ลอยหาและคณะ(2549) เรื่องสภาพ ปัญหาของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดยโสธร พบว่าการทำความสะอาดขวดนมที่ไม่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แหล่งน้ำที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคได้แก่น้ำประปาภูเขา และมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำ ก่อนบริโภคร้อยละ 53.2 แต่จากการสังเกตพบที่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มร้อยละ 53.6 ส่วนใหญ่ เป็นวิธีการต้ม ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย และมีประสิทธิภาพ เพราะฉะนั้นครอบครัวของผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ จะก่อไฟไว้ตลอดเวลา เพื่อใช้ประกอบอาหารหรือถนอมอาหารอยู่แล้ว แต่ยังมีบางส่วนที่ไม่ได้ทำการปรับปรุงเนื่องจากขาดภาชนะหรืออุปกรณ์ในการบรรจุน้ำที่ใส่ต้ม และไม่เห็น ความสำคัญ ภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำดื่มมีบางส่วนที่ใช้กระบอกไม้ไผ่ในการบรรจุน้ำดื่ม ซึ่งภาชนะ ดังกล่าวทำความสะอาดได้ยากและเป็นเชื้อราได้ง่าย จึงอาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ บางส่วนใช้แกลลอนที่บรรจุน้ำมันสำหรับหล่อลื่นเครื่องยนต์ มาล้างแล้วใช้บรรจุน้ำดื่มจึงมีความ เป็นไปได้ที่จะได้รับสารเคมีตกค้างหากใช้บรรจุน้ำร้อน หรือใช้เป็นระยะเวลาานาน รวมถึงหากทำ ความสะอาดไม่ดีพอ

อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่จะประกอบอาหารเสร็จแล้วทานทันที เนื่องจากในครัวเรือน ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 67.8 จะ ไม่มีที่เก็บอาหารที่ปรุงเสร็จไม่ว่าจะเป็นตู้กับข้าว ตู้เย็น หรือฝาชี ในส่วนอาหารที่รับประทานไม่หมดจะนำไปเป็นอาหารของสัตว์ที่เลี้ยงไว้ แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังคง เก็บไว้ทานมือต่อไป โดยใช้ถ้วยชามปิดไว้ เก็บไว้ในตู้กับข้าว หรือตู้เย็น ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคอุจจาระร่วงในเด็กเช่น มีการนำอาหารค้างคืนมาให้เด็กรับประทาน โดยไม่อุ่นจนเดือดถึงร้อยละ 34.5 ให้เด็กรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ร้อยละ 25.4 และไม่ได้ล้างผักและผลไม้ก่อนให้เด็ก รับประทานร้อยละ 2.9 และ 19.5 ตามลำดับรวมถึงไม่ได้ทำความสะอาดภาชนะที่ใช้บรรจุอาหาร ของเด็กทันทีร้อยละ 18.5 การที่รับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ อาหารปรุงไม่สุกรวมถึง

โภชนาการที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงทั้งสิ้น จากการศึกษาของสังคม คณิตวิทยา และคณะ(2547) เรื่องเชื้อแบคทีเรียก่อโรคอุจจาระร่วงที่ปนเปื้อนในอาหารและน้ำแข็ง ในจังหวัดเชียงรายและพะเยา ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียก่อโรคอุจจาระร่วงในเนื้อสัตว์ร้อยละ 47.3 และผักสดร้อยละ 2.4 และการศึกษาของอุทัย อินตะสุข(2549) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ พบว่าพฤติกรรมให้เด็กกินอาหารสุกๆ ดิบๆ สูงถึงร้อยละ 72 ในส่วนที่ตั้งของห้องครัวประกอบอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 52.2 จะตั้งรวมกันภายในตัวบ้าน มีสัดส่วนสูงกว่าหลังคาเรือนเปรียบเทียบกับมีห้องครัวที่ตั้งอยู่ร่วมกับตัวบ้านร้อยละ 40.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.023) เมื่อทำการทดสอบระดับความสัมพันธ์ปรากฏว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ห้องครัวอยู่ในตัวบ้านมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้ป่วย 1.49 เท่า(95%CI 1.148 – 1.952) การอาศัยอยู่ในลักษณะสุขาภิบาลดังกล่าวจึงมีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงมากกว่า 1.49 เท่าซึ่งลักษณะของห้องครัวในพื้นที่ทำการศึกษาเหล่านั้น จะเป็นครัวที่โล่ง ไม่ได้มีที่วางอุปกรณ์เครื่องครัวเป็นกึ่งจะลักษณะ วางปะปนกันไปตามพื้น หรือชั้นวางของเหนือเตาประกอบอาหารที่เป็นเก็บเมล็ดพันธุ์พืชเพื่อใช้ในการเพาะปลูกในปีต่อไป รวมถึงเป็นที่วางถนอมอาหารและเป็นที่เก็บอาหารแห้ง ดังนั้นจึงมีพวกแมลงสาบ หนูหรือสัตว์เล็กอื่นๆ ที่อาศัยอยู่เพื่อกินเมล็ดพันธุ์และเศษอาหารเหล่านั้นเป็นอาหาร จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการแพร่กระจายของเชื้อโรค ในห้องครัวมีสัตว์เลี้ยงไม่ว่าจะเป็นสุนัขหรือแมวเข้าออกได้สะดวก วัสดุเชื้อเพลิงที่ใช้ก็เป็นไม้ฟืน ทำให้เกิดความสกปรกได้ง่าย ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่มีตู้หรือที่เก็บอาหาร หรือวัสดุคิบในการประกอบอาหาร ซึ่งวัสดุคิบเหล่านั้นแหล่งเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคอยู่หลายประการเช่น เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ เป็นต้น รวมถึงเป็นสถานที่ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ของครอบครัว บางครั้งยังเป็นที่พักนอนสำหรับเด็กหรือผู้สูงอายุในยามที่อากาศหนาวเย็น จากลักษณะดังกล่าว ของห้องครัว เมื่อรวมอยู่ในตัวบ้าน บุคคลต่างๆในครัวเรือนมีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่ายขึ้น

ลักษณะบ้านเรือนส่วนใหญ่เป็นบ้านยกพื้นสูง พื้นบ้านจะเป็นพื้นไม้ มีการเลี้ยงสัตว์ในครัวเรือนร้อยละ 96.1 สัตว์ที่เลี้ยงมีทั้ง ไล่ สุนัข แมว แพะ เป็ด ไก่ และกระบือโดยมีการเลี้ยงสัตว์ได้ดูนบ้าน และมีการปล่อยให้สัตว์เลี้ยงเช่นสุนัขหรือแมว เข้าออกบ้านได้ตลอดเวลา รวมถึง

บริเวณบ้านส่วนใหญ่มีคอกสัตว์ ทำให้ภายในบ้าน ใต้ถุนบ้านและบริเวณรอบๆบ้านมีความสกปรก เหมาะสมต่อการสะสมของเชื้อโรคต่างๆ โดยเฉพาะในเรื่องมูลของสัตว์เลี้ยง เช่นไก่ สุกร โค กระบือที่ผูกหรือขังไว้บริเวณบ้าน ไม่ได้ทำการกำจัดอย่างถูกวิธี เมื่อมีฝนตกลงมาน้ำฝนจะไหลมา ผสมกับมูลสัตว์เหล่านั้น กระจายไปทั่วบริเวณบ้านและประกอบกับการตั้งชุมชนอยู่ในพื้นที่ลาดชัน เรียงรายตามไหล่เขา ทำให้สิ่งโสโครกเหล่านั้นไหลกระจายไปยังบ้านใกล้เคียง และขังอยู่เป็นแห่งๆ ทั่วชุมชน ประกอบกับบางคนฐานะทางเศรษฐกิจยากจนไม่มีรองเท้าสวมใส่ เมื่อมีการสัญจรไปมา โดยไม่ได้สวมรองเท้า หรือเล่นตามพื้นดินของเด็ก มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร และสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่ายขึ้น จากการหาความสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขาภิบาลกับหลังคา เรือนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงพบว่า ภายในบ้านของหลังคาเรือนกลุ่มเปรียบเทียบสะอาด มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.031$) และเมื่อทำการทดสอบระดับความสัมพันธ์ พบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่สกปรกมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้ป่วย 1.54 เท่า (95%CI 1.266 – 1.884) และหลังคาเรือนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนคอกสัตว์ใน บริเวณบ้านมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.038$) และเมื่อทดสอบระดับ ความสัมพันธ์พบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่คอกสัตว์ มากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้ป่วย 1.39 เท่า (95%CI 1.174 – 1.645) ดังนั้นผู้ที่อาศัยอยู่ในลักษณะส่ง แวดล้อมดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการป่วยมากกว่า 1.54 และ 1.39 เท่าตามลำดับ

ลักษณะส้วมที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นส้วมราดน้ำ และมีส้วมใช้เพียงร้อยละ 80 ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ จะมีส้วมใช้ แต่ปรากฏว่ามีถึงร้อยละ 39.5 ที่บุคคลในครอบครัวใช้ส้วมเพียงบางคนโดยเฉพาะเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี มีถึงร้อยละ 62.4 ถ่ายลงพื้นดินบริเวณบ้านแล้วทิ้งไว้ ให้เป็นอาหารของสัตว์เลี้ยง ซึ่ง อุจจาระที่มีเชื้อโรคอาจปะปนอยู่ตามพื้นดิน อาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ และมีโอกาสที่จะเข้าสู่คน ตลอดเวลา โดยปะปนเข้าไปกับอาหารและน้ำดื่ม ดังนั้นการใช้ส้วมจึงเป็นวิธีการกำจัดอุจจาระที่ดี ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงรวมถึงโรคติดต่อทางระบบทางเดินอาหารวิธีหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการใช้ส้วมแต่ถ้าพฤติกรรมการใช้ส้วมไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ก็อาจทำให้เกิดการ แพร่กระจายของโรคที่เกี่ยวข้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของไชยาวุฒิ สิทธินันท์ และคณะ (2544) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เรื่องความรู้และการ

ปฏิบัติตัวของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงพบว่า ผู้ปกครองถึงร้อยละ 99 มีการกำจัดสิ่งปนเปื้อนอุจจาระเด็กป่วยไม่ถูกต้อง และการศึกษาของสุกัญญา เนติศาสตร์และคณะ(2539) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดชัยนาทการกำจัดอุจจาระที่ไม่ถูกสุขลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.71 เท่า

ในครัวเรือนส่วนใหญ่มีถังขยะแต่ไม่มีฝาปิด และบางส่วนไม่มีถังรองรับขยะในครัวเรือนเลย รวมถึงมีการกำจัดขยะที่ไม่ถูกวิธีโดยส่วนใหญ่ทิ้งบริเวณลำห้วย แม่น้ำหรือป่าเขาใกล้บ้าน จากการสำรวจพบว่ามีกองขยะบริเวณบ้านถึงร้อยละ 20 และน้ำโสโครกส่วนใหญ่ร้อยละ 31.7 ทำให้มีน้ำโสโครกขังอยู่ในบริเวณบ้านถึงร้อยละ 31.7 ซึ่งขยะและน้ำโสโครกเหล่านั้นถ้ามีการกำจัดไม่ถูกต้องแล้ว จะทำให้เกิดมลภาวะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เนติศาสตร์ และคณะ(2539) เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดชัยนาท พบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีถังขยะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.85 เท่าของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีถังขยะพร้อมฝาปิด

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องด้วยกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาคือกลุ่มผู้ป่วยในปี 2550 แต่ในการจัดเก็บข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในปี 2551 ข้อมูลการปฏิบัติตัวหรือข้อมูลด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ แต่อย่างไรก็ตามก่อนทำการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ก็ยังพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปีถึงร้อยละ 19.5 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงต่างๆอาจจะไม่เปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงไปไม่มากนัก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จัดรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการล้างมือที่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดอุจจาระเด็กให้ถูกสุขลักษณะ และการทำความสะอาดห้วนมก่อนให้นมเด็กที่พบว่าแม่บางส่วนมีความเชื่อเรื่องการทำความสะอาดห้วนมหลังกลับจากทำงานก่อนให้นมเด็ก ควรให้สนับสนุนความเชื่อของแม่เหล่านั้นให้แพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นมากขึ้น และการปรับปรุงระบบสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะปัจจัยด้านสุขาภิบาลที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

อุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในพื้นที่ทำการศึกษาค้นคว้าได้แก่การจัดบ้านเรือนให้สะอาด และมีคอก สัตว์ในบ้าน รวมถึงการสร้างห้องครัวให้แยกต่างหากจากตัวบ้าน เพื่อก่อให้เกิดการป้องกันโรค อุจจาระร่วง รวมถึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในฤดูฝน ก่อนจะถึงฤดูฝนและในช่วงฤดูฝนควร จะเพิ่มความถี่ในการให้ความรู้ และต่อเนื่อง โดยผ่านช่องทางสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านไม่ว่าจะ เป็นหอกระจายข่าว ผู้นำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมแต่ละ กลุ่มเป้าหมาย หากเป็นกลุ่มผู้ปกครองที่อ่านหนังสือได้ อาจจะทำเป็นเอกสาร แผ่นพับทั้งภาษาไทย และภาษาท้องถิ่น หากเป็นในส่วนผู้ดูแลเด็กที่สู่วัยหรืออ่านหนังสือไม่ได้ รวมทั้งฟังภาษาไทย ไม่ได้ จำเป็นต้องให้ความรู้ผ่านทางตัวบุคคล หรือหอกระจายข่าวในภาษาท้องถิ่น เป็นต้น

2. จากการที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ มีการดื่มน้ำจากแหล่งน้ำประปาภูเขา ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะมีการพัฒนา ติดตั้งระบบกรองน้ำที่ได้มาตรฐานให้กับประปาทุกแห่ง เป็นการเพิ่มความครอบคลุมการปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มมาใช้ อันจะนำไปสู่การที่ประชาชนมีน้ำ สะอาดใช้ในการอุปโภค บริโภคมากขึ้น

3. ควรสนับสนุนให้ประชาชนปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มโดยการต้มให้เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการกำหนดมาตรการควบคุมการใช้จ่ายภูชีวนะ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การ รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระหว่างหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่สูงสุด และหมู่บ้านที่มี อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่ำสุด เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร อันจะ นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ตรงตามปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชนิดเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่เพื่อจะได้ ทราบถึงชนิดเชื้อก่อให้เกิดโรคอย่างแท้จริง เพื่อนำผลที่ได้ไปสู่อุบัติการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป