

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษา การปฏิบัติของมารดาและการพฤติกรรมของเด็กที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค
อุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี อำเภอเวียง จังหัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. เปรียบเทียบการปฏิบัติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับ การล้างมือ การกำจัดอุจจาระเด็ก
วิธีการเตรียมอาหาร การเก็บอาหาร และการให้อาหารเด็ก ของมารดาที่มีบุตรอายุ 1-4 ปีที่ป่วยเป็น
โรคอุจจาระร่วง กับ มารดาที่มีบุตรอายุ 1-4 ปีที่ไม่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติของเด็กที่เกี่ยวข้องกับ การล้างมือ การถ่ายอุจจาระของเด็กอายุ
1-4 ปี ที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง และไม่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนกลับ (Case - control study) กลุ่ม
ศึกษา จำนวน 112 คน โดยคัดเลือกจาก เด็กอายุ 1-4 ปีที่ป่วยเป็น โรคอุจจาระร่วงของอำเภอเวียง
ที่รายงานทางระบาดวิทยา แบบรง. 506 โดยเอาผู้ป่วยตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2552 จนถึง เดือน
กรกฎาคม 2552 และกลุ่มควบคุม จำนวนเท่ากัน โดยคัดเลือกจาก เด็กอายุ 1-4 ปี ที่ไม่ป่วยเป็น โรค
อุจจาระร่วงตั้งแต่ มกราคม 2552 จนถึง เดือน กรกฎาคม 2552 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple
Random Sampling) กำหนดคุณลักษณะดังนี้ เด็กอายุ 1-4 ปีที่แม่เลี้ยงดูเอง เพศเดียวกับ Case อาศัย
อยู่ในชุมชนเดียวกับ Case และสมัครใจเข้าร่วมศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์
ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติของมารดาในเรื่องการล้างมือ การกำจัด
สิ่งขับถ่ายของเด็ก การเตรียมอาหาร การเก็บอาหาร และการให้อาหารเด็ก คำนวนหาค่าความ
เชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา ได้ระดับความเชื่อมั่น 0.75 และ
การปฏิบัติของเด็กที่เกี่ยวข้องกับ การล้างมือ และการถ่ายอุจจาระ คำนวนหาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา ได้ระดับความเชื่อมั่น 0.76 สถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐาน
โดยการวิเคราะห์แบบ Odds Ratio และ 95% CI ของ Odds Ratio

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่มารดามีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี ร้อยละ 50.0 และ 55.4 ตามลำดับ กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่มารดามีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.9 และ 47.3 ตามลำดับ กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ส่วนใหญ่มารดาประกอบอาชีพรับจ้างปักคอก ร้อยละ 37.5 และ 35.7 ตามลำดับ กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001 - 4,000 บาท ร้อยละ 33.9 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท ร้อยละ 43.8 และจำนวนครั้งของการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง กลุ่มป่วยส่วนใหญ่เคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา 1 ครั้ง ร้อยละ 46.4

2. ข้อมูลการปฏิบัติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือ การกำจัดอุจจาระเด็ก วิธีการเตรียมอาหาร การเก็บอาหาร และการให้อาหารเด็ก และการปฏิบัติของเด็กที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือ การถ่ายอุจจาระ

2.1 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือของมารดา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมืออยู่ในระดับควรปรับปรุงมากที่สุด ร้อยละ 47.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เด็กไม่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติการล้างมืออยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 16.9 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 การล้างมือด้วยสบู่หลังล้างก้นให้เด็ก พบว่า กลุ่มป่วยล้างมือด้วยสบู่บางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 และส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.0

2.1.2 การล้างมือด้วยสบู่ก่อนเตรียมอาหารให้เด็ก พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.3 และส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.1

2.1.3 การล้างมือด้วยสบู่ก่อนป้อนอาหารให้เด็ก พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.1 และส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 58.0

2.1.4 การล้างมือด้วยสบู่หลังเช็ดอุจจาระเด็กถ้ามีมือไม่เปื้อนอุจจาระ พบว่า กลุ่มป่วยล้างมือด้วยสบู่บางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.3 และส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 76.8

2.1.5 การล้างมือด้วยสบู่หลังขับถ่ายเสร็จ พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.4 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.8

2.2 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดอุจจาระของมารดา พบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดอุจจาระอยู่ในระดับเดียวกันคือระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 34.8 และ 41.1 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 33.9 และ 38.4 ตามลำดับโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การกำจัดอุจจาระของเด็กโดยทิ้งลงในส้วม หากเด็กถ่ายอุจจาระลงบนพื้นบ้าน กระโถนหรือผ้า พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยทิ้งอุจจาระลงในส้วมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.2 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยมีการกำจัดโดยทิ้งในส้วมทุกครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4

2.2.2 การกำจัดอุจจาระของเด็กโดยขุดหลุมฝัง หากเด็กถ่ายอุจจาระลงบนพื้นบ้าน กระโถนหรือผ้า พบว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยกำจัดโดยขุดหลุมฝังทุกครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 49.1 ตามลำดับ

2.2.3 การกำจัดอุจจาระของเด็กโดยทิ้งลงถังขยะ หากเด็กถ่ายอุจจาระลงบนพื้นบ้าน กระโถนหรือผ้า พบว่ากลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ส่วนใหญ่ทิ้งอุจจาระลงถังขยะบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 58.0 และ 54.5 ตามลำดับ

2.2.4 การกำจัดอุจจาระของเด็กโดยทิ้งลงในคลอง หากเด็กถ่ายอุจจาระลงบนพื้นบ้าน กระโถนหรือผ้า พบว่ากลุ่มป่วยไม่เคยทิ้งลงในคลองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยทิ้งอุจจาระลงในคลองบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 48.2

2.2.5 การกำจัดอุจจาระของเด็กโดยทิ้งลงบนพื้นดิน หากเด็กถ่ายอุจจาระลงบนพื้นบ้าน กระโถนหรือผ้า พบว่ากลุ่มป่วยไม่เคยทิ้งอุจจาระลงบนพื้นดิน คิดเป็นร้อยละ 52.7 และกลุ่มไม่ป่วยทิ้งลงพื้นดินบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.6

2.2.6 ไม่กำจัดอุจจาระของเด็กทันที หากเด็กถ่ายอุจจาระลงบนพื้นบ้าน กระโถนหรือผ้า พบว่ากลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่กำจัดอุจจาระเด็กทันที คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 58.9 ตามลำดับ

2.3 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมอาหารของมารดา พบว่า กลุ่มป่วยส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมอาหารอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 58.9 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41.1 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.5 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 42.9 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ ล้างผลไม้ด้วยน้ำสะอาดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.6 และ 96.4 ตามลำดับ

2.3.2 กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เคยไม่ล้างผลไม้ให้เด็กก่อนกิน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 85.7 ตามลำดับ

2.3.3 जानอาหารของเด็กหลังจากล้างเสร็จแล้วคว่ำให้แห้ง กลุ่มป่วยคว่ำให้แห้ง บางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.4 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ คว่ำให้แห้งทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.3

2.3.4 जानอาหารของเด็กหลังจากล้างเสร็จแล้วเช็ดด้วยผ้าสะอาดแล้วนำมาใช้ทันที กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ส่วนใหญ่ ไม่เคยเช็ดด้วยผ้าสะอาดแล้วนำมาใช้ทันที คิดเป็นร้อยละ 60.7 และ 81.3 ตามลำดับ

2.3.5 जानอาหารของเด็กหลังจากล้างเสร็จแล้วนำมาใช้ทันที กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ส่วนใหญ่ ไม่เคยนำมาใช้ทันที คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 94.6 ตามลำดับ

2.3.6 กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ เตรียมอาหารให้เด็กรับประทานเองบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 71.0 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ เตรียมอาหารให้เด็กรับประทานเองทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.3

2.3.7 กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ ซื้ออาหารปรุงสำเร็จให้เด็กรับประทานนาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.4 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เคยซื้ออาหารปรุงสำเร็จให้เด็กรับประทานคิดเป็นร้อยละ 83.0

2.4 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเก็บอาหารของมารดา พบว่า กลุ่มป่วยมีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเก็บอาหารอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 32.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.3 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเก็บอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.1 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 29.5 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ อาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว เก็บในตู้กับข้าวหรือฝาชีทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.7 และ 99.1 ตามลำดับ

2.4.2 กลุ่มป่วย และ กลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เคยตั้งอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วไว้บนโต๊ะ คิดเป็นร้อยละ 76.8 และ 94.6 ตามลำดับ

2.4.3 อาหารที่เตรียมให้เด็กหากเป็นอาหารที่เหลือจากมื้อก่อน ๆ หรืออาหารค้างคืนนำมาอุ่นจนเดือดก่อนให้เด็กรับประทาน พบว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ นำมาอุ่นให้เดือดก่อนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 94.6 ตามลำดับ

2.4.4 อาหารที่เตรียมให้เด็กหากเป็นอาหารที่เหลือจากมื้อก่อน ๆ หรืออาหารค้างคืนนำมาให้เด็กรับประทานเลย พบว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ส่วนใหญ่ ไม่เคยนำมาให้เด็กรับประทานเลย คิดเป็นร้อยละ 50.9 และ 94.6 ตามลำดับ

2.4.5 กลุ่มป่วย และ กลุ่มไม่ป่วย ส่วนใหญ่ นมที่เด็กกินไม่หมดจะทิ้งทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.8 และ 97.3 ตามลำดับ

2.4.6 กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ส่วนใหญ่ ไม่เคยเก็บนมที่กินไม่หมดไว้กินในมือต่อไป คิดเป็นร้อยละ 52.7 และ 84.8 ตามลำดับ

2.5. การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้อาหารเด็กของมารดา พบว่า กลุ่มป่วยส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 58.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 25.0 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.3 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 31.2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ป้อนอาหาร โดยใช้ช้อนบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 59.8 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ป้อนอาหาร โดยใช้ช้อนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 94.6

2.5.2 กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ป้อนอาหาร โดยใช้มือบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.1 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยป้อนอาหาร โดยใช้มือ คิดเป็นร้อยละ 70.5

2.5.3 กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ให้เด็กดื่มน้ำต้มสุกบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.7 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ให้เด็กดื่มน้ำต้มสุกทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.8

2.5.4 กลุ่มป่วยให้เด็กดื่มน้ำไม่ได้ต้ม นาน ๆ ครั้ง ๆ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.0 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยให้เด็กดื่มน้ำไม่ได้ต้ม คิดเป็นร้อยละ 80.4

2.5.5 ก่อนให้เด็กกินอาหารปรุงสำเร็จที่ซื้อจากร้านค้าอุ่นก่อนให้เด็กกิน พบว่ากลุ่มป่วยส่วนใหญ่อุ่นก่อนให้เด็กกินบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 48.2 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่อุ่นก่อนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.6

2.5.6 ก่อนให้เด็กกินอาหารปรุงสำเร็จ ที่ซื้อจากร้านค้าไม่ได้อุ่นก่อนให้เด็กกิน พบว่า กลุ่มป่วย ไม่ได้อุ่นก่อนให้เด็กกินบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.6 และ กลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยไม่อุ่นก่อนให้เด็กกิน คิดเป็นร้อยละ 77.7

2.5.7 กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ให้เด็กกินอาหาร โดยใช้ช้อนบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 56.3 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ใช้ช้อนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.0

2.5.8 กลุ่มป่วยให้เด็กกินอาหาร โดยใช้มือบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.4 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยให้เด็กกินอาหาร โดยใช้มือ คิดเป็นร้อยละ 78.6

2.6 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือของเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือของเด็กอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 51.8 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 25.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระ

ร่วมส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือของเด็กอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.5 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.6.1 การล้างมือให้เด็กด้วยสบู่ก่อนกินข้าว พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.0 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.6

2.6.2 การล้างมือให้เด็กด้วยสบู่หลังเด็กถ่ายอุจจาระเสร็จ พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ กลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.3

2.6.3 การล้างมือให้เด็กด้วยสบู่หลังเด็กสัมผัสกับพื้นดิน พบว่า กลุ่มป่วยล้างมือด้วยสบู่บางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.3 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.2

2.6.4 การล้างมือให้เด็กด้วยสบู่หลังตัดเล็บ พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.4 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ นาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.8

2.6.5 การล้างมือให้เด็กด้วยสบู่หลังเล่นกับสัตว์เลี้ยง พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 และกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.7

2.7 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายอุจจาระของเด็ก พบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงและกลุ่มที่ไม่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระของเด็กอยู่ในระดับเดียวกัน คือระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 48.2 และ 37.5 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 27.7 และ 33.9ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.7.1 การถ่ายอุจจาระของเด็กในส้วม พบว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.2 และ 45.5 ตามลำดับ

2.7.2 การถ่ายอุจจาระของเด็กในกระโถน พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยถ่ายอุจจาระในกระโถนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.6 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยถ่ายอุจจาระลงในกระโถนบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.3

2.7.3 การถ่ายอุจจาระลงบนพื้นบ้าน พบว่า ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ไม่เคยถ่ายลงบนพื้นบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.9 และ 71.4 ตามลำดับ

2.7.4 การถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดิน พบว่า ทั้งกลุ่มป่วยไม่เคยถ่ายลงบนพื้นดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.6 และกลุ่มไม่ป่วยถ่ายลงบนพื้นดินบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.2

2.7.5 การถ่ายอุจจาระในคูน้ำข้างบ้าน พบว่า ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยไม่เคยถ่ายอุจจาระในคูน้ำข้างบ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.2 และ 64.3 ตามลำดับ

2.7.6 การถ่ายอุจจาระในป่า พบว่า กลุ่มป่วยถ่ายอุจจาระในป่านาน ๆ ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.3 และกลุ่มไม่ป่วยไม่เคยถ่ายอุจจาระในป่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.2

2.7.7 การถ่ายอุจจาระในคลอง พบว่า กลุ่มป่วยไม่เคยถ่ายอุจจาระในคลองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.7 และกลุ่มไม่ป่วยถ่ายอุจจาระลงคลองบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.3

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของมารดาและเด็กกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

3.1 ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ยกเว้นการมีรายได้ของครอบครัวที่น้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 6.21, 95% CI = 3.29-11.81)

3.2 ปัจจัยด้านการปฏิบัติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับ การล้างมือ การกำจัดอุจจาระเด็ก วิธีการเตรียมอาหาร การเก็บอาหาร และการให้อาหารเด็ก พบว่า การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมอาหารให้เด็ก และการกำจัดอุจจาระของเด็ก ของกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ส่วนปัจจัยด้านการปฏิบัติอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้คือ

ระดับการปฏิบัติด้านการล้างมือของกลุ่มพอใช้และควรปรับปรุง (OR = 6.03, 95% CI = 3.22-11.35)

ระดับการปฏิบัติด้านการเก็บอาหารของกลุ่มพอใช้และควรปรับปรุง (OR = 2.93, 95% CI = 1.64-5.27)

ระดับการปฏิบัติด้านการให้อาหารของกลุ่มพอใช้และควรปรับปรุง (OR = 6.29, 95% CI = 3.25-12.28)

3.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติของเด็กที่เกี่ยวข้องกับ การล้างมือ และ การถ่ายอุจจาระ พบว่า การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายอุจจาระของเด็กกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ส่วนระดับการปฏิบัติของเด็ก ด้านการล้างมือของกลุ่มพอใช้ และ ควรปรับปรุง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 3.19, 95% CI = 1.75-5.82)

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาด้านข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง มีเพียงรายได้ต่อเดือนของครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี กล่าวคือ รายได้ของครอบครัวที่น้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน เป็นปัจจัยเสี่ยงของเกิดโรคอุจจาระร่วง 6.21 เท่าของครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 4,000 บาทต่อเดือน การที่อายุ การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มควบคุม ในเรื่องแม่เลี้ยงดูเอง การอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับ Case จึงมีวิถีชีวิตคล้ายคลึงกัน ทำให้ปัจจัย ด้านการศึกษา อาชีพ อายุ ของกลุ่มป่วย และกลุ่มไม่ป่วย ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนเรื่องรายได้ของครัวเรือน ครอบครัวจะมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่ากลุ่มไม่ป่วย ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีศักยภาพในการดำรงชีวิตที่ดี มีความพร้อมในการแสวงหาวิธีการดูแลตนเอง เมื่อรายได้น้อย ปัญหาความยากจนก็จะตามมาซึ่งจะส่งผลกระทบต่อในทุก ๆ ด้าน (โสภณ และ คณะ, 2534)

2. ผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับ การล้างมือ การกำจัดอุจจาระเด็ก วิธีการเตรียมอาหาร การเก็บอาหาร และการให้อาหารเด็ก พบว่า

2.1 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมืออยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากเป็น 6.03 เท่า (95% CI = 3.22-11.35) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมืออยู่ในระดับดี เนื่องจากจาก กลุ่มป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการล้างมืออยู่ในระดับควรปรับปรุง และ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.6 จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มป่วยมีการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่ายเสร็จเพียงร้อยละ 10.7 ในส่วนก่อนเตรียมอาหารและก่อนป้อนอาหารให้เด็กมีการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งเพียงร้อยละ 2.7 และ 0.0 ตามลำดับ เพราะเรื่องเหล่านี้ก็รู้ที่อยู่ควรทำแต่บางครั้งไม่ได้เคร่งครัดเพราะเคยชิน และมารดาบางส่วนคิดว่า เรื่องการล้างมือเป็นเรื่องเล็กน้อย คู่ขนานกับการปฏิบัติที่ขาด ๆ เกิน ๆ คือล้างมือบ้าง ไม่ล้างมือบ้าง จะเห็นได้ว่ามารดามีการปฏิบัติการล้างมือที่ไม่ถูกต้อง คือล้างมือเมื่อคิดว่ามือเปื้อนหรือไม่ล้างมือ และ โอกาสที่จะล้างมือบ่อยที่สุด คือเมื่อออกจากห้องน้ำ มักใช้น้ำเปล่า จะทำให้เช็ดติดตามนิ้วมือ ซอกเล็บ ซอกนิ้ว และมือที่ไม่สะอาดยังมีผลต่อ severity ของโรคอุจจาระร่วงและพฤติกรรมที่สำคัญที่เป็นสาเหตุสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อโรค จากสิ่งปนเปื้อนไปสู่ตนเองและคนอื่น ๆ คือ การไม่ล้างมือ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551, หน้า 15) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Khan, 1982) ได้ศึกษาวิจัยเชิงระบาดวิทยา สังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมล้างมือด้วยสบู่และน้ำหลังจากถ่ายอุจจาระและก่อนรับประทานอาหาร

กับการติดเชื้อบิด ซึ่งเป็นการศึกษาแบบเฝ้าติดตาม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับสบู่และน้ำ และให้สุขศึกษา เพื่อให้ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและภายหลังการถ่ายอุจจาระ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้ทั้งสองกลุ่มเป็นครอบครัวของผู้ป่วยด้วยโรคบิดที่รับการรักษาที่คลินิก ผลการทำ Rectal swab ในระยะเวลา 10 วัน พบว่าอัตราป่วยมีเพียงร้อยละ 2.2 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 14.2 ในกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยได้สรุปว่าผลของการล้างมือด้วยสบู่และน้ำมีผลในการป้องกันการติดเชื้อ

ได้แน่นอน ถึงแม้จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมชาย ศุภผล (2542) ได้เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี กรณีศึกษาจังหวัด สมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี ได้แก่ การไม่ล้างมือหรือล้างมือด้วยน้ำธรรมดาหลังถ่ายอุจจาระของผู้ดูแลเด็กและการไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารของผู้ดูแลเด็กและเด็ก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี ไพพรรณ (2548) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ระดับชุมชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 กลุ่มตัวอย่าง 2,400 คน พบว่าพฤติกรรมล้างมือ การกำจัดอุจจาระเด็กมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกานดา วัฒนภาส และคนอื่น ๆ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมของมารดา และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2527 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2528 จากการสัมภาษณ์มารดา 799 คน ซึ่งมีลูกอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่อาศัยในชุมชนแออัด 21 แห่ง ของ กรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับด้านสังคม และเศรษฐกิจของครอบครัว พฤติกรรมของมารดาในการที่จะป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาและตายจากการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หลังจากนั้นได้นำเอาข้อมูลมาหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง พบว่าในชุมชนเหล่านี้ปัจจัยด้าน สังคม และ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง แต่พฤติกรรมของมารดาในการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ รวมทั้งการใช้ผ้าเช็ดรอบอาหาร มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดอุจจาระของเด็ก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดอุจจาระของเด็กอยู่ในระดับดี พอใช้และควรปรับปรุง ไม่แตกต่างกัน จากการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า การเกิดโรคอุจจาระร่วงเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น การบริโภคอาหารหรือดื่มน้ำที่มี

เชื้อปนเปื้อนเข้าไป และส่วนใหญ่ของเชื้อโรคที่ก่อโรคท้องร่วงจะออกมากับอุจจาระ แต่ถ้าอุจจาระเด็กที่ออกมาไม่มีเชื้อที่ก่อโรคท้องร่วงก็ทำให้การกำจัดอุจจาระเด็กจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง จากข้อมูลพบว่าทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยมีการกำจัดอุจจาระโดยทิ้งลงในส้วมทุกครั้ง ร้อยละ 27.7 และ 30.4 ตามลำดับยังพบอีกว่า กลุ่มป่วย และ กลุ่มไม่ป่วยมีการกำจัดอุจจาระโดยทิ้งลงถังขยะบางครั้ง ร้อยละ 58.0 และ 54.5 จะเห็นได้ว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดอุจจาระของเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี แต่การศึกษาของ จุฑารัตน์ (2538) ได้ศึกษา การสำรวจพฤติกรรมและการรักษาโรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยดำเนินการศึกษาใน 12 จังหวัด จาก 12 เขตของประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีการกำจัดอุจจาระเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ถูกสุขลักษณะมีโอกาสที่เด็กจะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมากกว่ากลุ่มที่มีการกำจัดอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะ 1.87 เท่า (95% CI = 1.62-2.16)

2.3 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมอาหารของเด็ก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเกิดโรคอุจจาระร่วง ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการเตรียมอาหารของมารดา เช่นทำให้ไม่สุกพอ คิบ ๆ สุก ๆ ใช้ความร้อนไม่มากพอ หรือไม่นานพอขณะที่อุ่นอาหารให้เด็ก ทำอาหารครั้งละมาก ๆ ไม่ล้างผักผลไม้ให้สะอาดก่อนให้เด็กรับประทาน การนิยมซื้ออาหารจากร้าน การล้างภาชนะอุปกรณ์ไม่สะอาด (วารสารสุขภาพอาหาร, 2550, หน้า 13) แต่จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยมีการปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการเตรียมอาหารของเด็กอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยจะเตรียมอาหารให้เด็กรับประทานเอง และจากข้อมูลยังพบอีกว่า ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยหลังล้างจานอาหารเด็กแล้วไม่นำมาใช้ทันทีและไม่เช็ดด้วยผ้าแล้วนำมาใช้ทันที แต่จะคว่ำให้แห้งก่อน เรื่องการล้างผลไม้พบว่าทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยส่วนใหญ่จะล้างผลไม้ด้วยน้ำสะอาดก่อนให้เด็กรับประทาน สรุปได้ว่าพฤติกรรมการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมอาหารของเด็กทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วย ไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนด้วยแบคทีเรีย ทำให้การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมอาหารของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประทุมพร คันทรส (2534) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระและการรักษาในเด็ก 0-4 ปี อำเภอสระมิงาม จังหวัดลำปาง พบว่า การปฏิบัติในด้านการเตรียมอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง

2.4 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเก็บอาหารของเด็ก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี โดยกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเก็บอาหารของเด็กอยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้เป็น 2.93 เท่า (95% CI = 1.64-5.27) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเก็บอาหารของเด็ก

อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โรคอุจจาระร่วงส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนด้วยแบคทีเรียต่าง ๆ ด้วยพฤติกรรมกรเก็บอาหารของมารดาที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร เช่น นำอาหารที่เหลือจากมือที่แห้งให้เด็กรับประทาน อาหารที่ปรุงให้เด็กเสร็จแล้วทิ้งไว้นานโดยไม่มีภาชนะปิด ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลก็พบว่ากลุ่มป่วยส่วนใหญ่ยังมีการเก็บอาหารให้เด็กถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหารน้อย เพราะพบว่ามีกรนำอาหารที่เหลือจากมือก่อน ๆ หรืออาหารค้างคืนโดยไม่ได้อุ่นมาให้เด็กรับประทานคิดเป็นร้อยละ 49.1 และนมที่เด็กกินไม่หมดก็จะเก็บให้กิน ในมือต่อไปคิดเป็นร้อยละ 47.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย ศุภผล (2542) ได้เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก อายุ 0-5 ปี กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี ได้แก่ การไม่อุ่นอาหารที่เหลือก่อนนำมาให้เด็กรับประทาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วราวุฒิ ตูลาพัฒน์ และคณะ (2551) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า การไม่อุ่นอาหารเก่าให้เด็กรับประทาน การซื้ออาหารจากร้านจำหน่ายอาหารให้เด็กรับประทาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ เต็งสมเพ็ชร และแวป่า อุซึ้ง (2531) ศึกษาระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วงโดยได้ทำการศึกษาในอำเภอสุคริบน จังหวัดนครราชสีมา โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาของเด็กอายุ 0- 4 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและมารับบริการที่สถานีอนามัยตำบลสุคริบน จำนวน 210 คน พบว่า ร้อยละ 16.7 จะเก็บนมหลังจากเด็กดูดนมแล้วให้เด็กรับประทานในมือต่อไป นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มป่วยบางส่วนเมื่อปรุงอาหารให้เด็กเสร็จแล้วจะตั้งไว้นานโตะ ไม่มีฝาปิดคิดเป็นร้อยละ 23.2 การปฏิบัติเหล่านี้ทำให้อาหารเกิดการปนเปื้อนด้วยแบคทีเรียต่าง ๆ เมื่อเด็กรับประทานอาหารเข้าไปแล้วโอกาสที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงก็มีสูงและจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างหนึ่งก็คือ การเก็บอาหารที่ปราศจากสิ่งปกปิด มีแมลงวันตอม สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี วราวิทย์ (2534) ได้ศึกษาโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตเมือง : อัตรารูบัตินการณ์ธรรมชาติการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยง โดยทำการศึกษาเด็ก จำนวน 452 คน ที่อาศัยอยู่ในอาคารสงเคราะห์ แฟล็ตดินแดง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร โดยวิธีเฝ้าระวังการเกิดโรค โดยใช้อาสาสมัครในท้องถิ่น ที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ทำการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญแยกตามอายุเด็ก ในเด็ก 2-3 ปี ปัจจัยเสี่ยง คือ การกำจัดอุจจาระเด็กไม่ถูกต้อง การล้างมือ และการไม่มีสิ่งปกปิดอาหาร และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กานดา วัฒนภาส และคนอื่น ๆ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมของมารดา และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า

5 ปี เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2527 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2528 จากการสัมภาษณ์มารดา 799 คน พบว่า พฤติกรรมของมารดาในการใช้ภาชนะครอบอาหาร มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้อาหารเด็ก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กอยู่ในระดับพอใช้ และ ควรปรับปรุง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ได้เป็น 6.29 เท่า (95% CI = 3.25-12.28) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารของเด็กอยู่ในระดับดี จากข้อมูลพบว่ากลุ่มป่วยส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กอยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 83 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าอาหารจะผ่านกระบวนการผลิต และขั้นตอนการปรุงอาหารที่สะอาดปลอดภัย แต่หากมีพฤติกรรมกรบริโภคน้ำที่ไม่ถูกสุขอนามัย ก็เป็นสาเหตุให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ (วารสารสุขภาพโภชนาการ, 2550, หน้า 60) เช่น ไม่ใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร ก็จะเป็นสาเหตุให้เด็กได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากมือที่ปนเปื้อนเชื้อโรคถ้าประกอบกับมารดาหรือเด็ก ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ป้อนอาหารเด็กโดยใช้มือ มีเพียงร้อยละ 10.7 ที่ป้อนอาหาร โดยใช้ช้อนทุกครั้ง ยังพบอีกว่า ก่อนป้อนอาหารให้เด็กกลุ่มป่วยไม่เคยล้างมือด้วยสบู่เลย มีเพียงร้อยละ 18.8 ที่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง ถ้าเด็กกินอาหารเอง พบว่ามีเพียงร้อยละ 17.0 ที่ไม่เคยใช้มือ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ไม่ได้อุ่นอาหารปรุงสำเร็จที่ซื้อจากร้านก่อนให้เด็กกิน มีเพียงร้อยละ 21.4 เท่านั้นที่อุ่นทุกครั้ง การเลือกน้ำดื่ม พบว่า ร้อยละ 21.4 เด็กดื่มน้ำไม่ได้ต้มทุกครั้ง ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่ดีในการรับประทานอาหาร ด้วยการไม่กินร้อน ไม่ใช้ช้อน และไม่ล้างมือ ทำให้อาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหารได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วไลลักษณ์ นันทวงศ์ (2533) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 358 คน ศึกษาในช่วง 15 กรกฎาคม 2531 – 31 ตุลาคม 2531 ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเลือกน้ำดื่ม น้ำใช้ของมารดา การป้อนอาหารบุตร การให้บุตรรับประทานอาหารเอง การล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร การใช้ภาชนะปกปิดอาหาร และการกำจัดอุจจาระบุตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ สัตยวิศิษฎ์ (2533) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ เพศของเด็ก อายุของผู้เลี้ยงเด็ก อาหารมีการหุงต้มหรืออุ่นใหม่ ๆ และน้ำดื่มของเด็กโดยพบว่าเด็กที่ดื่มน้ำที่ไม่ได้ต้มจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.6 เท่าของเด็กที่ดื่มน้ำต้มสุก

3. ผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของเด็กที่เกี่ยวข้องกับ การล้างมือ การถ่ายอุจจาระของเด็ก พบว่า

3.1 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือของเด็ก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือของเด็กอยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้เป็น 3.19 เท่า (95% CI = 1.75-5.82) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือของเด็กอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเด็ก ๆ ไม่เพียงแต่เป็นกลุ่มที่เกิดโรคท้องร่วงมากที่สุด พวกเขายังเป็นแหล่งแพร่เชื้อแหล่งใหญ่ด้วย การติดเชื้อมีโอกาสและไม่มีโอกาสพบบ่อยที่สุดในเด็ก สุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็กเป็นปัญหาสำคัญ แต่ถูกละเลยในการควบคุมโรคท้องร่วง โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือในเด็กต้องได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษ ดังนั้นการล้างมือของเด็กมีความสำคัญต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ประกอบกับเด็กวัยนี้เป็นวัยที่กำลังซน มักจะมีการเล่นดินหรือเล่นตามบริเวณพื้นบ้านเป็นประจำ (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย, 2539, หน้า 15) ถ้าพื้นดินมีการปนเปื้อนของเชื้อโรคต่างๆ หากมือไปสัมผัสถูกในระหว่างการเล่น หลังจากเด็กเล่นเสร็จแล้วล้างมือไม่สะอาดหรือไม่ล้างมือ และเด็กวัยนี้ชอบหยิบสิ่งของเข้าปาก ก็อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มป่วยส่วนใหญ่มีสุขนิสัยเกี่ยวกับการล้างมือที่ไม่ดี จะเห็นได้ว่า มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากเด็กสัมผัสกับพื้นดิน และหลังจากที่เด็กเล่นกับสัตว์เลี้ยง พบว่ามีการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งเพียงร้อยละ 4.5 ส่วนก่อนเด็กรับประทานอาหารล้างมือให้เด็กด้วยสบู่ทุกครั้งมีเพียงร้อยละ 4.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราวุฒิ ตูลาพัฒน์ และคณะ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าการล้างมือด้วยสบู่ก่อนให้เด็กรับประทานอาหาร การล้างมือให้เด็กหลังการใช้ส้อมหรือสัมผัสสิ่งจับถ้าย การล้างมือให้เด็กหลังการสัมผัสสิ่งสกปรก การให้เด็กใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การล้างผักสดหรือผลไม้สดก่อนนำมาให้เด็กรับประทาน การล้างหรือแยกเขียงและมีดที่ใช้หั่นอาหารดิบและสุก การไม่อุ่นอาหารเก่าให้เด็กรับประทาน การซื้ออาหารจากร้านจำหน่ายอาหารให้เด็กรับประทาน การให้เด็กถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง การให้เด็กกินอาหารที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ทั้งอาหารทะเลและอาหารทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย สุขผล (2542) ได้เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี ได้แก่ การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารของผู้ดูแลเด็กและเด็ก

3.2 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายอุจจาระของเด็ก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระของเด็กอยู่ในระดับดี พอใช้และควรปรับปรุง ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้จากการศึกษาของ สวงน (2536) ได้ศึกษาทัศนคติและการยอมรับการมีและใช้ส้วมของชาวไทยมุสลิมใน 3 จังหวัดภาคใต้ พบว่า ปัจจัยสำคัญต่อการใช้ส้วม ได้แก่ แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนในหมู่บ้าน สภาพทางสังคมวัฒนธรรม และสภาพทางภูมิศาสตร์ และจากข้อมูลพบว่า กลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยมีการถ่ายอุจจาระอยู่ในระดับดี ร้อยละ 22.7 และ 33.9 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าจะให้เด็กถ่ายในส้วมทุกครั้ง ในกลุ่มป่วย ร้อยละ 40.2 กลุ่มไม่ป่วย ร้อยละ 45.5 ตามลำดับ และจากการศึกษาของ กัลยา (2549) ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพบิดาลี้ภัยพลัดถิ่นของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคอุจจาระอย่างแรง ในพื้นที่ตำบลคูเต่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มประชากรศึกษาเห็นว่าส้วมมีไว้เพื่อเป็นที่ขับถ่ายมิดชิดร้อยละ 71.4 เห็นว่าส้วมเป็นที่เก็บสิ่งโสโครกร้อยละ 34.3 และมีเพียงร้อยละ 14.3 ที่เห็นว่าส้วมมีไว้เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระอยู่ในระดับควรปรับปรุง พบกลุ่มป่วยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 24.1 ส่วนกลุ่มไม่ป่วยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 28.6 เนื่องจากพบว่า ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยจะให้เด็กถ่ายอุจจาระที่ไม่ถูกสุขลักษณะและถูกสุขลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายอุจจาระของเด็กทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มไม่ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน ทำให้การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายอุจจาระของเด็ก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-4 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 เผยแพร่ให้ประชาชนทราบ ให้เข้าใจถึงปัญหาความรุนแรงและเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1 – 4 ปี ให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องการเก็บอาหารและการให้อาหารเด็กให้ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร รวมถึงการณรงค์ให้มารดาและเด็กล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง เช่นการล้างมือก่อนเตรียมอาหาร ปรงอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร และ หลังการใช้ส้วม

1.2 เสนอนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เห็นถึงเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1 – 4 ปีของอำเภอเวียง อย่างแท้จริง เพื่อขอความร่วมมือในการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์การให้สุขศึกษาเสียงตามสาย เกี่ยวกับการปฏิบัติของมารดาและเด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในเรื่องการล้างมือทั้งของมารดาและเด็ก การเก็บอาหารและการให้อาหารเด็ก

1.3 เสนอประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเวียง โดยทุก ๆ ปีที่ผ่านมามองเห็นได้ว่าอำเภอเวียงได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาทุกปี โดยการให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องการเลือกซื้ออาหารและปรุงอาหารให้ถูกหลักสุขาภิบาล แต่ยังไม่สามารถป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดปัญหาโรคอุจจาระร่วงได้ เพราะจากผลการศึกษาพบว่า ควรจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 4 ปี ไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง โดยเน้นในเรื่องการล้างมือด้วยสบู่ทั้งมารดาและเด็ก การเก็บอาหารและการให้อาหารเด็กให้ถูกหลักสุขาภิบาล

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรขยายการศึกษาให้ครอบคลุมถึงตัวแปรอื่น ๆ เช่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ในด้านความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง เพื่อที่จะได้มีข้อมูลในการวิเคราะห์ จัดทำแผนต่อไป