



บทที่ 2

บททวนวรรณกรรมและงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาถึงอัตราอุบัติการณ์ ความถี่ของการเกิดโรค, ระดับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง ตลอดจนศึกษาถึงปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ดังนั้น การนำเสนอทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะนำเสนอใน 2 ส่วน ดังนี้ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
2. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

1. ความหมายของโรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามของอุจจาระร่วงว่า หมายถึงการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นน้ำ, มูกเลือด เพียงครั้งเดียวต่อวัน ก็นับได้ว่าเป็นอาการของอุจจาระร่วง ยกเว้นในทารกที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจากอุจจาระเทามาเป็นเหลือง (Transitional Stool) ทารกจะถ่ายบ่อยไม่นับเป็นอาการอุจจาระร่วง (World Health Organization, 1987)

อุจจาระร่วงเป็นเพียงอาการ และจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระของแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันอยู่ที่การรับประทาน เช่น เด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่มักจะถ่ายสีเหลืองเหลวละเอียดยวันละหลายครั้ง ส่วนเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสม (นมแปรรูป) อาจจะถ่ายหยาบแข็งกว่าวันละ 1 ถึงหลายครั้ง ซึ่งต่างกันโรคอุจจาระร่วง อุจจาระจะมีน้ำปนมากกว่าปกติ แต่จะไม่นับจำนวนครั้งของการถ่ายเท่านั้น จะต้องดูลักษณะอุจจาระที่ถ่ายออกมาด้วย การถ่ายอุจจาระจะเหลว หรือถ่ายเป็นน้ำ 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่านั้น นับว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงแต่ถ้าถ่ายเป็นน้ำมากๆ เพียงครั้งเดียวก็ถือว่าเป็นอาการของอุจจาระร่วง ข้อมูลที่ดีที่สุดจะได้จากแม่เพราะแม่จะทราบแน่ชัดว่าเมื่อไรเด็กจะมีอาการอุจจาระร่วง (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2531)

2. สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง แบ่งออกเป็น

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร
2. สาเหตุภายนอกระบบทางเดินอาหาร

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

เชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุลำไส้และรบกวนการดูดซึมของน้ำ และเกลือแร่ เชื้อที่พบบ่อย คือ ชิเกลลา (Shigella) ซาลโมเนลลา (Salmonella) อีโคไล (E.coli) ผู้ป่วยจะมีไข้ อาจจะชักร อุจจาระเป็นน้ำมีสีเขียว ต่อมามีมูกเลือดและปวดเบ่งถ่าย อุจจาระบ่อยเสียน้ำ เกลือและโปรตีน อาการชักรเกิดจากสารพิษต่อเซลล์สมอง (Neurotoxin) ของเชื้อร่วมกับไข้สูง

เชื้อไวรัส เป็นสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่พบบ่อย คือ หัด (Measles) ในรายที่มีอาการแทรกซ้อน อาจมีอาการท้องเดินในเด็กเล็ก ไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis virus) อาการระยะก่อนตัวเหลือง จะมีอาการถ่ายเหลวร่วมด้วยไข้หวัด (Common Cold) เด็กจะมีไข้บางครั้งไข้สูง ชักร ท้องเดิน หรือถ่ายเป็นมูกร่วมด้วย จากรายงานการศึกษา สาเหตุของผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล 10 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2526 (วันดี วราวิทย์, 2531) พบว่าโรตาไวรัส (Rota virus) เป็นสาเหตุถึงร้อยละ 31-60

พิษของเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่พิษของเชื้อสแตฟิโลคอคคัส (Staphylococcus) ในอาหารพวกสลัด ขนมจีน พิษของเชื้อสเตรปโตคอคคัส (Streptococcus) ในอาหารพวกเนื้อปลาจ่อม และพิษของเชื้อคลอสทิดียม (Clostridium) ในอาหารกระป๋องทำให้มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอุจจาระร่วง อาจเกิดอาการหลายคน ในกลุ่มที่รับประทานอาหารมือเดียวกันในเด็กและผู้สูงอายุ อาจมีอาการขาดน้ำและช็อคได้

โปรโตซัว และพราสิต โปรโตซัว ได้แก่เอนตามีบ้า ฮิสโตไลติกา (Entamoeba Histolytica) บาลานทีเดียม โคลิ (Balantidium Coli)

พยาธิ (Helminth) ได้แก่สตรองจิลอยด์ สเตอร์โคลาลิส (Strongyloides stercoralis)

ยาต่างๆ ยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียในลำไส้ ถ้าใช้เวลานานจะทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารลดลง และเกิดอุจจาระร่วงได้

เชื้อรา ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือภายหลังได้รับยาปฏิชีวนะ เป็นเวลานาน เชื้อรามักจะเข้าแทรกซ้อน ทำให้อุจจาระร่วง ถ่ายอุจจาระเหลวและเป็นมูกได้

โรคขาดสารอาหาร ทำให้ไม่สามารถสร้างน้ำย่อยได้เพียงพอ อาหารจึงย่อย และดูดซึมได้ไม่เต็มที่ ประกอบกับกากอาหารที่เหลืออยู่มาก ช่วยทำให้แบคทีเรียเติบโตมากขึ้น ทำให้เกิดอุจจาระร่วง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2519)

2. สาเหตุภายนอกระบบทางเดินอาหาร

สาเหตุทางจิตใจ อารมณ์ เช่น ความเครียด ความตกใจ ตื่นเต้น กลัว กระสับกระส่าย มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำให้การบีบรัดตัวของลำไส้เพิ่มขึ้น

ความผิดปกติของระบบทำงานอื่น นอกจากระบบทางเดินอาหารอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางฮอโมนทางระบบประสาทหรือสารเคมีในร่างกาย ที่มีผลกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วงได้ อาจเกิดเพียงบางระยะของโรคและต่อผู้ป่วยบางคน เช่น ต่อมาทรอยด์ ทำงานมากกว่าปกติ ภาวะเลือดเป็นพิษ เป็นต้น

3. อาการของโรคอุจจาระร่วง

อาการของโรคอุจจาระร่วง โรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่มักเป็น 2-3 วัน แต่มี บางอย่างนานกว่านี้ ในทางปฏิบัติแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhoea) เกิดขึ้นทันทีทันใดภายในระยะเวลาสั้นๆ เกิดจากพวกไวรัสแบคทีเรีย พยาธิ ยา และความเครียด ส่วนใหญ่จะหยุดถ่ายเองไม่ต้องให้การรักษา ยกเว้นกรณีและผู้สูญเสียน้ำมากและ อาเจียนร่วมด้วย โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีอาการน้อยกว่า 21 วัน และมักเป็นจากการติดเชื้อ เช่น ไวรัส (หวัด หัด ไข้เลือดออก) บิด ไทฟอยด์ มาลาเรีย อหิวาต์ ฯลฯ อาหารเป็นพิษ (พบในกลุ่มคนที่กินอาหารด้วยกันจะมีอาการพร้อมๆ กันหลายคน) เกิดจากยา (เช่น ยาถ่าย และ แอมพิซิลลิน) สารเคมี (เช่น ตะกั่ว) พิษบางชนิดเช่นเห็ดพิษ กลอย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และคณะ, 2523) โรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic diarrhoea) มีอาการมากกว่า 21 วัน สาเหตุอาจเป็นจากการติดเชื้อและอาจเป็นผลจากการขาดอาหาร(กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2531) พวกนี้อาการไม่รุนแรงแต่เป็นๆ หายๆ อยู่เรื่อยๆ ที่พบบ่อยได้แก่ สาเหตุจากอารมณ์ ส่วนในทารก ที่กินนมผงนั้น อาจมีอาการอุจจาระร่วงเนื่องจากเด็กบางคนอาจขาดเอ็นไซม์ที่ช่วยย่อยน้ำตาล แล็กโตส ซึ่งมีมากในนมสด จึงทำให้อุจจาระร่วงเวลาที่ดื่มนมสดได้ ถ้าพบว่าเรื้อรังร่วมกับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผอมลงก็อาจเป็น โรคเบาหวาน คอพอกเป็นพิษ วัณโรคลำไส้ มะเร็ง ลำไส้ โรคบิดอะมีบาเรื้อรัง การดูดซึมของลำไส้ผิดปกติ

4. การติดต่อ

เชื้อโรคอาจจะแพร่จากผู้หนึ่งไปยังผู้อื่นได้โดยตรงจากการสัมผัส เช่นระหว่างแม่เลี้ยงลูก หรือแพร่โดยแมลงนำไป หรือมีแหล่งโรคอยู่ในสัตว์ ซึ่งใช้เป็นอาหาร คนติดโรคโดยรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีเชื้อโรคเข้าไป หรือเชื้ออาจแพร่โดยผู้ช่วยถ่ายอุจจาระลงไปในสิ่งแวดล้อม เชื้อโรคจะลงไปอยู่ในแหล่งโรค ซึ่งจะมีผู้อื่นมารับเชื่อนั้นได้

ส่วนระยะการติดต่อ ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อได้ตลอดเวลาที่มีเชื้ออยู่ในอุจจาระโดยปกติจะประมาณ 1 สัปดาห์ แต่โรคบางโรคอาจจะอยู่ในคนที่เป็นพาหะได้นาน เช่น เชื้อซาลโมเนลลา

5. ความไวและความต้านทานโรค

โรคอุจจาระร่วง เป็นกับบุคคลได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ในเด็กเล็กมักพบว่าเป็นกับเด็กที่ขาดอาหาร กำลังหย่านม เปลี่ยนอาหาร และเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสม โรคอุจจาระร่วงมักเป็นกับกลุ่มประชากรด้อยพัฒนา ด้อยการศึกษาและสุขวิทยาส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ภูมิคุ้มกันของโรคอุจจาระร่วงอาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการติดเชื้อและอยู่ได้ไม่นานผู้ที่เป็นโรคแล้วจึงอาจเป็นได้อีก

6. วิธีการเกิดโรค

เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยการรับประทานส่วนใหญ่ จะถูกทำลายในน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรด ถ้าเชื้อถูกทำลายหมดก็ไม่เกิดโรค แต่ถ้าเชื้อสามารถผ่านกระเพาะอาหารไปได้ ก็จะเข้าสู่ลำไส้เล็ก ซึ่งมีสภาวะเป็นด่าง ซึ่งเชื้อสามารถอาศัยอยู่และแบ่งตัวได้โรคอาจเกิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง คือเชื้อจะผลิตพิษ (toxin) และพิษนี้จะไปกระตุ้นให้เยื่อบุลำไส้หลั่งน้ำและเกลือแร่จากร่างกายสู่ลำไส้มากกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วง เชื้อซึ่งทำให้เกิดโรคโดยวิธีนี้ เช่น อหิวาตกโรค นอกจากนี้ เชื้อทำให้เกิดการอักเสบและอาจเกิดผลที่เยื่อบุลำไส้ น้ำและเกลือแร่ จะถูกขับออกมาจากรอยแผลนั้น เช่น เชื้อชิเกลลา

7. การวินิจฉัยโรค

- ชักประวัติการรับประทานอาหารมีรสสุดท้ายก่อนมีอุจจาระร่วง และถามย้อนไปอีก 3-4 มื้อ หรือมากกว่าถ้าผู้ป่วยจำได้ เพื่อสอบสวนหาสาเหตุร่วมกับประวัติการป่วยปัจจุบัน ที่สำคัญ คือ เวลาที่เริ่มมีอาการ จำนวนครั้งที่ถ่าย ลักษณะอุจจาระและอาการอื่นๆ เช่น มีไข้ปวดท้อง อาเจียน เป็นต้น

- การตรวจอุจจาระทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งสำคัญในการบอกชนิดของเชื้อโรค โดยการเก็บอุจจาระผู้ป่วยส่งตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุ โดยการเก็บเลือดส่งตรวจ เพื่อหาเชื้อหรือตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันโรค

8. อันตรายของโรคอุจจาระร่วง

อันตรายที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วงมี 2 อย่าง คือ การขาดน้ำและภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งทั้งสองอย่างทำให้เสียชีวิตได้ การขาดน้ำมีสาเหตุจากร่างกายเสียน้ำ และสารเกลือแร่จำนวนมาก ดังนั้น จำเป็นต้องทดแทนน้ำและเกลือแร่จำนวนมาก ในคนที่เป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การเป็นโรคอุจจาระร่วงแต่ละครั้งจะทำให้อยู่ในภาวะขาดอาหาร เพราะมีการดูดซึมอาหารของลำไส้ลดน้อยลง ปริมาณอาหารที่กินก็ลดลงด้วย การเกิดอุจจาระร่วงเรื้อรังที่เป็นอยู่หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือนได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการด้วย

อาการแสดงของการขาดน้ำ

สำคัญมากที่จะต้องทราบอาการแสดงของการขาดน้ำ เพื่อจะได้ตัดสินใจว่าควรรักษาอย่างไร อาการที่สำคัญ

8.1 ระบายน้ำ เป็นอาการแรกของการขาดน้ำในเด็กเล็กไม่สามารถบอกท่านได้ว่าเขากระหายน้ำ นอกจากทดลองโดยให้ดื่มน้ำดูจะรู้ว่ากระหายน้ำ

8.2 น้ำหนักลด เมื่อเด็กเสียน้ำและขาดน้ำ น้ำหนักตัวจะลดลง ในรายที่มีภาวะการขาดน้ำรุนแรง น้ำหนักจะลดไป 10% ของน้ำหนักปกติ เช่น ถ้าเคยหนัก 10 กิโลกรัม จะเสียน้ำไป 1 กิโลกรัม จะเหลือน้ำหนักเพียง 9 กิโลกรัม อาจเกิดภายใน 2-3 ชั่วโมง หรือ 2-3 วันก็ได้

8.3 เบ้าตาลึก เป็นอาการแสดงที่สำคัญ ปกติในร่างกายของเด็กจะมีเนื้อเยื่อไขมันที่มึนน้ำมาก ถ้าเด็กขาดน้ำ เนื้อเยื่อเหล่านี้จะดูแห้งและบวมลง และตา ก็จะลึกลง แต่ควรจำไว้ว่าในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง เนื้อเยื่อไขมันที่หนังตาจะดูแห้ง และเบ้าตาลึกเหมือนกัน

8.4 ปากแห้ง ในเด็กที่ขาดน้ำจะไม่สามารถสร้างน้ำลายได้พอเพียง ปากและลิ้นจะแห้ง

8.5 กระทบอัมมูม กระทบอัมมูมเป็นส่วนนุ่มที่อยู่ระหว่างกระดูก กระโหลกศีรษะ ส่วนบนสุดแรกคลอดจะกว้าง เมื่ออายุ 1 ปีกระทบอัมมูมจะเล็กลง กระทบอัมมูมจะปิดเมื่ออายุประมาณ 18 เดือน เมื่อเด็กมีภาวะการขาดน้ำสมองจะเหี่ยวและเล็กลงทำให้กระทบอัมมูมจมลงระหว่างกระดูกกระโหลกศีรษะ ในเด็กที่ขาดน้ำจะเห็นว่ากระทบอัมมูมบวมลงสามารถคลำกระดูกของกระโหลกศีรษะได้รอบๆ ในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงกระทบอัมมูมจะบวมลงได้ ดังนั้น

จึงไม่ใช่อาการแสดงที่จะวินิจฉัยภาวะการขาดน้ำในเด็กที่มีภาวะทพโภชนาการ

8.6 สูญเสียการปิดหย่นของผิวหนัง ในเด็กปกติผิวหนังจะปิดหย่น ถ้าลองคืบผิวหนังที่ท้องตึงขึ้นและปล่อย ผิวหนังจะกลับเข้าที่เดิมได้อย่างรวดเร็ว แต่ในภาวะขาดน้ำผิวหนังเด็กจะแห้งและสูญเสียความปิดหย่น ดังนั้นผิวหนังจะต้องค้างอยู่ชั่วขณะประมาณ 2 วินาที ก่อนจะราบลงอย่างเดิม

8.7 หายใจเร็วขึ้นเหมือนหอบ เด็กที่ขาดน้ำมากมักจะหายใจเร็ว 40-60 ครั้ง/นาที หายใจลึกและแรงกว่าปกติ ลักษณะเช่นนี้จะเกิดขึ้นในเด็กที่ขาดน้ำมาเป็นวันๆอย่าสับสนกับการหายใจเร็วและตื้น (มากกว่า 60 ครั้ง/นาที) ในโรคปอดบวม เด็กที่เป็นโรคปอดบวมอาจจะหายใจตื้นๆ

8.8 ซีฟจรเบาเร็ว ภาวะการขาดน้ำทำให้ซีฟจรเด็กเต้นเร็ว และเบาลงเมื่อเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ซีฟจรอาจจะเบาจนคลำที่ข้อมือไม่ได้ อาจจะต้องคลำที่ขาหนีบหรือฟังเสียงหัวใจ

8.9 ปัสสาวะน้อย ในเด็กปกติจะถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมง ในเด็กที่มีอาการขาดน้ำจะมีปัสสาวะน้อยลง เพราะร่างกายพยายามเก็บน้ำไว้ มารดามักทราบว่าลูกปัสสาวะมากเท่าไร ดังนั้น ถามดูว่าปัสสาวะน้อยกว่าปกติหรือไม่ เมื่อเด็กที่มีภาวะการขาดน้ำได้รับการรักษาแล้วเด็กจะถ่ายปัสสาวะเหมือนเดิม

8.10 ซีด ในรายที่มีอาการขาดน้ำรุนแรงจะเกิดอาการซีด เด็กจะนอนซึม ผิวหนังซีดเย็น ซีดเป็นภาวะที่อันตราย เพราะเป็นอาการแสดงว่าเด็กคนนั้นจำเป็นต้องให้น้ำทางหลอดเลือดดำทันที

8.11 ไข้ ไข้เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ ในเด็กที่มีการขาดน้ำ อาจมีไข้ได้ในระยะนี้ นึกถึงโรคปอดอักเสบหรือโรคหูหนวกร่วมด้วย

9. การป้องกันและการรักษาภาวะการขาดน้ำ

เป็นส่วนสำคัญที่สุดในการรักษาโรคอุจจาระร่วงคือป้องกันภาวะขาดน้ำที่จะเกิดขึ้น และรักษาภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและถูกต้อง

การป้องกันภาวะการขาดน้ำ สามารถปฏิบัติด้วยตนเอง โดยดื่มน้ำมากๆ หรือให้อาหารเหลวเมื่อเริ่มมีอาการอุจจาระร่วง ได้แก่ ข้าวต้ม น้ำข้าว แกงจืด สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ในเด็กเล็กให้เพิ่มการดุนนมแม่

การรักษาภาวะขาดน้ำ วิธีการรักษาภาวะขาดน้ำที่ดีที่สุด คือการให้น้ำตาลและเกลือแร่ และอาหารเหลวทางปากเพื่อทดแทน โดยใช้สารละลายเกลือแร่ (โออาร์เอส.)

ร้อยละ 90 ของอุจจาระร่วงที่มีลักษณะของอุจจาระเป็นน้ำ สามารถบำบัดโดยการให้ผงน้ำตาลเกลือแร่ทางปากได้ และไม่ต้องหยุดอาหารโดยเฉพาะการให้นมแม่

10. การรักษาโรคอุจจาระร่วง

โดยทั่วไป อุจจาระร่วงเป็นโรคที่หายเอง การรักษาทั่วไปโดยการให้สารน้ำและอาหาร ป้องกันมิให้ผู้ป่วยขาดน้ำและอาหารอาการจะดีขึ้นและหายเองได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำแนะนำในการดูแลรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี ค.ศ.1984 ไว้ 3 ประการคือ

1. ป้องกันการขาดน้ำ ในกรณียังไม่ปรากฏอาการ
2. รักษาการขาดน้ำ ในกรณีที่ปรากฏอาการแล้ว
3. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยการรักษาด้วยอาหาร

การรักษาเบื้องต้นเมื่อเด็กเกิดอุจจาระร่วง ควรงดอาหารแข็งอาหารรสจัดและอาหารที่มีกาก เช่น ผักผลไม้ แล้วให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ เพื่อแก้ภาวะการขาดน้ำโดยใช้ผงละลายน้ำตาลเกลือแร่หรือโออาร์เอส. ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้ผลิตขึ้นโดยต้องนำมาละลายในน้ำต้มที่ทิ้งไว้จนเย็นแล้วใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ 1 ชองต่อน้ำสุก 1 ขวดน้ำปาลากลมหรือ 750 ซี.ซี. นอกจากนี้ อาจเตรียมเองง่ายๆโดยใช้น้ำตาลทราย สองช้อนโต๊ะกับเกลือ ครึ่งช้อนชา ผสมน้ำต้มสุก 1 ขวดน้ำปาลากลม หรือ 750 ซี.ซี. สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ที่เตรียมขึ้นนี้ควรเก็บไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด และเก็บไว้ในที่เย็นไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง หากเกินต้องทิ้งและผสมใหม่เมื่อต้องการใช้ต่อไปอีก การให้ดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่นี้ ถ้าทารกที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน ควรได้รับคำแนะนำการใช้จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ามีอาเจียนอาจหยุดให้สารละลายประมาณ 5-10 นาที แล้วค่อยๆ ให้ใหม่ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งเมื่อให้สารละลายเกลือแร่ไป 4-6 ชั่วโมงแรก อาการขาดน้ำยังคงมีอยู่ แต่เด็กยังรับสารน้ำได้ดีควรให้สารน้ำนี้ด้วยปริมาณเดียวกับในตอนแรกต่อไปอีกจนอาการอุจจาระร่วงทุเลาลง ถ้าผู้ป่วยอุจจาระห่างลงอาการกระหายน้ำหายไปก็เริ่มให้นมผสม เจือจาง ครั้งน้อยๆก่อนในรายที่คุณนมมารดา ก็ให้สารน้ำทางปากจนเกือบอิ่มแล้วจึงให้คุณนมมารดาจนอิ่ม สำหรับในเด็กโตอาจให้น้ำอัดลมใส่เกลือ น้ำชาใส่น้ำตาลพอหวาน หรืออาหารเหลวที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้มใส่เกลือหรือโจ๊ก แกงจืด ซุป เป็นต้น

ยาปฏิชีวนะและยาชนิดอื่นๆจะจำเป็นต้องใช้เฉพาะรายที่แน่ใจว่าเป็นอหิวาตกโรคและโรคบิด ซึ่งจะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือโดยแพทย์เท่านั้น ควรรีบพาเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงไปหาแพทย์โดยด่วนในกรณีต่อไปนี้

1. ถ่ายอุจจาระครั้งละมากๆ อ่อนเพลีย ต่อมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่แล้วไม่
ทุเลา
2. เด็กไม่สามารถดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ได้หรือมีอาการอาเจียนไม่หยุด
3. มีไข้สูง
4. อุจจาระมีมูกปนเลือด หรืออุจจาระร่วงนานเกิน 2 วัน

11. กลวิธีในการควบคุมโรคอุจจาระร่วง

การรักษาพยาบาลโดยลดอัตราการป่วยและลดอัตราการตาย ดังได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ ควรเพิ่มความต้านทานให้แก่ผู้ป่วย โดยการเสริมภาวะโภชนาการแก่เด็ก โดยให้นมแม่ และให้อาหารที่ครบถ้วนทั้งปริมาณและคุณภาพ เสริมภาวะโภชนาการของมารดา การใช้หรือพัฒนาวัคซีน เพื่อป้องกันโรคที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงโดยตรง หรือ โดยอ้อม เช่น โรคตาไวรัส อหิวาตกโรค โรคหัด เป็นต้น

การลดการแพร่กระจายของโรค โดยวิธีการ

- จัดหาน้ำสะอาดสำหรับดื่ม
- การกำจัดสิ่งปฏิกูล
- ส่งเสริมสุขาภิบาลส่วนบุคคล
- การควบคุมสัตว์ที่เป็นแหล่งโรค
- กำจัดแมลงแพร่โรค

การควบคุมการระบาดของโรค โดยการ

- ฝ้าระวังโรค
- สอบสวนเมื่อมีการระบาดของโรค
- การดำเนินการควบคุมป้องกันเมื่อเกิดการระบาดของโรค

นโยบายการควบคุมโรคอุจจาระร่วงในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ซึ่งมี
วัตถุประสงค์หลัก ดังนี้

ก. ลดอัตราการตาย

1. โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ให้มีการควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดขึ้นได้ หรือ
ถ้าเกิดโรคนี้ขึ้นจะต้องสามารถควบคุมให้สงบภายใน 2 เท่า ของระยะฟักตัว (10 วัน)
2. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เหลือไม่เกิน 5.0 ต่อ
แสนประชากร ในทุกกลุ่มอายุเหลือไม่เกิน 1.5 ต่อแสนประชากร

ข. ลดอัตราป่วย

1. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เหลือไม่เกิน 3,500 ต่อแสนประชากร ในทุกกลุ่มอายุเหลือไม่เกิน 1,000 ต่อแสนประชากร

2. โรคบิด ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เหลือไม่เกิน 450 ต่อแสนประชากร

วัตถุประสงค์รอง

1. ส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนพฤติกรรมมารกินอาหารที่ถูกหลักสุขาภิบาล รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารเสริม โดยเฉพาะในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี

2. ส่งเสริมการสร้างส้วม และการใช้ส้วมอย่างถูกวิธี รวมทั้งการกำจัดขยะ และการทำลายเชื้อโรคในอุจจาระของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง

3. ส่งเสริมการปรับปรุงน้ำอุปโภค บริโภค ให้มีคุณภาพสะอาด

กลวิธีดำเนินงาน

ก. เพื่อลดอัตราตาย

1. ให้มีการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วย ORS/ORT ในระดับชุมชนและสถานบริการของรัฐ

1.1 ในระดับชุมชน

- มีการจัดตั้ง ORT Corner โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำและกองทุนยาเป็นผู้สนับสนุน

1.2 ในระดับสถานบริการของรัฐ

- ดำเนินการให้มีมาตรฐาน ของระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โดยใช้ ORS และ ORT โดยที่มีการจัดตั้ง Diarrhoea Training Unit (DTU) ให้เน้นศูนย์ฝึกอบรมการรักษาโรคอุจจาระร่วงขึ้นที่โรงพยาบาลศูนย์และมีการจัดตั้ง ORT Corner ที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยให้ครอบคลุมทุกระดับ

1.3 ให้มีการรักษาด้วย ORS ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 90

2. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ให้มีการยอมรับวิธีการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วย ORS/ORT เพื่อการจัดตั้ง DTU และ ORT Corner

ข. เพื่อลดอัตราป่วย

1. เน้นการใช้ข้อมูลตามระบบการเฝ้าระวังโรคอย่างใกล้ชิด (Active surveillance) ตลอดเวลา มีการสอบสวนโรคให้ทันทั่วถึง เพื่อป้องกันการระบาดของโรค และขณะ

เริ่มมีการเกิดโรคจะต้องมีการค้นหาแหล่งโรค (Source) ให้ได้

2. มีการประสานกันระหว่างกรมควบคุมโรคติดต่อ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมอนามัย เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน

3. มีการกำหนดพื้นที่ในการดำเนินการ เพื่อเร่งรัดการป้องกันการป่วยด้วยโรค อูจจาระร่วง

ในเขตชนบท เน้นกลุ่มแม่บ้านอาสาสมัคร อาสาสมัครสาธารณสุข และโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อโรค

ในเขตเมือง หรือจังหวัดที่มีการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมุ่งในกลุ่มของบ้านจัดสรร ชุมชนแออัด คนงานก่อสร้างและกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงาน เป็นต้น ทั้งนี้โดยการพัฒนาศักยภาพของระบบ พ.บ.ส. (โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค) และหน่วยงานสาธารณสุขมูลฐานให้ดียิ่งขึ้น

การติดตามประเมินผล

1. ประเมินผลจากรายงาน (Record)

1.1 รายงานปฏิบัติงานประจำเดือนของสถานบริการสาธารณสุข (รง.402) ทุก 4 เดือน

1.2 รายงานการเฝ้าระวังโรค และการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคเดือนละครั้ง

1.3 รายงานจากการนิเทศติดตามผล

1.4 อัตรการครอบคลุมการฝึกอบรมด้านต่างๆ ได้แก่

- ผู้นิเทศงาน (Supervisory skill)

- บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้าน Diarrhoea case management

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลที่ปฏิบัติงานด้าน Diarrhoea case management

1.5 อัตราความครอบคลุมการให้บริการ และการใช้ ORS (ORS access and use rate)

2. ประเมินผลมาตรฐานในการรักษาอุจจาระร่วงในระดับชุมชน (Household survey) ในการสำรวจจังหวัดเป้าหมายโดยวิธี 30 Cluster Sampling Technique

ปีละ 12 จังหวัด และในระดับสถานบริการ (Health Facilities survey) ทุกระดับ รวมทั้งสำรวจพฤติกรรมอนามัยของประชาชนเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง (KAP) ควบคู่ไปด้วย การประเมินผลในส่วนของชุมชน (Household survey)

- ORS use rate
- ORT use rate
- Increased fluid intake rate
- Continued feeding rate

การประเมินผลในส่วน of สถานบริการ (Health Facilities survey)

- Cases correctly assessed
- Cases Correctly rehydrated (orally or IV)
- Cases whose mothers were correctly advised on treatment at home
- Dysentery cases given appropriate antibiotics

ขณะนี้แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ จะอยู่ในรูปแผนงานของประเทศที่มีหน่วยงานต่างๆ ร่วมมือประสานงานกัน เพื่อให้งานควบคุมโรคนี้ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยมีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นแกนกลาง ในการประสานงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ ตลอดจนองค์การต่างประเทศต่างๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก อายุ 0-5 ปี ซึ่งมีอยู่หลายปัจจัย ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่ศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

งานวิจัยในประเทศ

ลัดดา เหมาะสุวรรณ และวันดี วราวิทย์ (2521) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง โดยเก็บข้อมูลจากมารดาที่พาบุตรอายุต่ำกว่า 12 เดือน มา รักษาโรคอุจจาระร่วง ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาราศิบัติ ช่วงเดือนกันยายนถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2521 จำนวน 55 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาประมาณ ครึ่งหนึ่งมีความรู้ ที่ถูกต้องว่า สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเกิดจากการติดเชื้อ อาหารเป็นพิษ และแพ้นม ซึ่งใน จำนวนนี้ส่วนใหญ่ เป็นผู้จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา มารดาอีกประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 32) มีความรู้ไม่ถูกต้องว่า สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเป็นผลมาจากเด็กเปลี่ยนท่า พ้นขึ้น กระแทบ กระเทือน เช่น ตกรถ นอกนั้นตอบว่าไม่ทราบสาเหตุ การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า มารดาส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้อง กล่าวถึงอาการอุจจาระร่วง เป็นอาการที่ ถ่ายอุจจาระมากกว่าครั้งขึ้น และลักษณะเปลี่ยนแปลงไป

จริยาวัตร คมพัยค์ม์ (2522) ได้ศึกษาความพร้อมในการใช้นมผสมของมารดาไทย กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารกอายุแรกเกิดถึง 3 เดือน ซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาลใน กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบทางเศรษฐกิจ และสังคมของมารดา ที่มีผลต่อความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติในการใช้นมผสมเลี้ยงทารก และศึกษา ถึงความสัมพันธ์ของความพร้อมในการใช้นมผสม กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารกจำนวน 432 คน ผลการวิจัยพบว่า มารดาส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมในการใช้นมผสมเลี้ยงบุตรในด้าน ความรู้และการปฏิบัติ ในด้านทักษะคติ เชื่อว่านมมารดามีคุณค่าและประโยชน์มากกว่านมผสม และ การใช้นมผสมจะทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อโรกระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดา มีจำนวนครั้งของการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง น้อยกว่ามารดาที่เลี้ยงด้วยนมผสม ทั้งชนิดผงและชนิดนมข้นหวาน แต่มารดาที่มีระดับความพร้อม

ในการปฏิบัติเกี่ยวกับ การใช้นมผสมเลี้ยงทารกแตกต่างกัน มีจำนวนครั้งของการป่วยด้วยโรค อุจจาระร่วงในทารกไม่แตกต่างกัน

อรรถัย รวยอาจิม และสำลี เปลี่ยนบางช้าง (2525) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ของ มารดาชาวชนบท อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 613 ราย เกี่ยวกับอุบัติการณ์ ของโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเป็นโรคอุจจาระร่วง ผลการศึกษาพบว่ามารดา ราวครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.2) คิดว่าชาวบ้านในหมู่บ้านของตนมีโอกาสที่จะติดเชื้อหรือเป็นโรค อุจจาระร่วงอีกประมาณร้อยละ 40.4 รับรู้ถึงโอกาสที่โรคนี้จะเกิดขึ้นกับตนเอง หรือบุคคลอื่น ๆ ใน ครอบครัว และประชาชนส่วนใหญ่ทราบถึงความรุนแรงของโรคนี้ กล่าวคือ ร้อยละ 91.0 โรคนี้ มีอาการรุนแรงประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 74.8) กล่าวว่าถ้าเป็นโรคนี้แล้วไม่สามารถทำงาน ได้ตามปกติ ร้อยละ 81.9 คิดว่าผู้เป็นโรคนี้อาจถึงตายได้ อย่างไรก็ตามประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 75.7) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้

สมทรง ศุภศิลป์ (2526) ได้ทำการศึกษา ความเชื่อและปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา และบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย สัมภาษณ์ มารดาอายุ 15-49 ปี และมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีอย่างน้อย 1 คนในเขตอำเภอกุเวียง และกิ่งอำเภอยะป็น จังหวัดขอนแก่นรวม 306 คน ระหว่างวันที่ 28 เมษายน ถึง 9 พฤษภาคม 2527 พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง สอดคล้องกับทางวิทยาศาสตร์การ แพทย์ คือ มีสาเหตุจากการกินอาหารที่หุงต้มไม่สะอาด ต้มน้ำไม่สะอาด การกินอาหารบูด กิน อาหารที่มีแมลงวันตอม กับการกินผักสดที่ไม่ล้าง การกินอาหารที่มีเชื้อโรค การกินอาหารดิบ และการติดต่อจากคนที่กำลังเป็นโรคอุจจาระร่วง

ประวิทย์ สุนทรสิมะ (2527) กล่าวว่าการระบาดของโรคอุจจาระร่วงในจังหวัด สมุทรสงคราม เนื่องจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย และสภาวะ สุขาภิบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Bertrand และ Walmus (1983) และปราโมทย์ ทองกระจ่าง (2528) ได้กล่าวถึงสภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งเอื้ออำนวย ให้มีการติดโรคอุจจาระร่วงได้มาก น้อยแตกต่างกันในแต่ละภาคแต่ละท้องถิ่น ซึ่งได้แก่การปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร และการนอมอาหารที่ไม่ได้คำนึงถึงความสะอาด ถูกต้องตามสุขลักษณะ การรับประทานอาหาร ด้วยมือ การใช้น้ำในบ่อเดียวกับสำหรับอาบ ซักล้าง ต้มน้ำโดยไม่ต้มเสียก่อน และลักษณะเด่นอีก ประการหนึ่งในหมู่บ้านชนบท คือ การเลี้ยงสัตว์ เช่น วัว ควาย ไว้ใต้ถุนบ้านที่ยกพื้นสูงมุลของ

สัตว์เลี้ยงเหล่านี้อาจเป็นแหล่งกำเนิด หรือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคอุจจาระร่วงหรือเป็นแหล่งที่เชื้ออาศัยอยู่อย่างสงบ ภายใต้อุณหภูมิแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โดยไม่ถูกทำลายเลย ความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดระหว่างสัตว์เลี้ยง วัว ควาย สุนัข แมว กับคนอาจเป็นสาเหตุให้มีการติดโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรคอุจจาระร่วงได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

เพทาย มั่นสุวรรณ และคณะ (2527) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วงในเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเลือกเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 602 คน จาก 796 ครอบครัว เริ่มโดยศึกษาข้อมูลทางสังคม และสาธารณสุขของบุคคลในครอบครัว และเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงเป็นเวลานาน 1 ปี พบว่า เด็กป่วย 267 ครั้ง คิดเป็นครั้งเท่ากับ 44.4 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงสูงในช่วงอากาศหนาวและร้อน เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จะป่วยบ่อยโดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ จะมีความสัมพันธ์กับโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.83 และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เลว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง สภาวะเศรษฐกิจกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงพบว่ามีสัมพันธ์กับรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะมีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมากกว่าครอบครัว ที่มีรายได้สูงกว่า

เพ็ญศรี พิชัยสนิธ และคณะ (2527) ได้ทำการศึกษา สถานะเศรษฐกิจและสังคมกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงในทารกและการดูแลรักษาโดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เป็นทารกอายุ 0-1 ปี ที่มารับบริการจากกรุงเทพมหานคร กลุ่มศึกษาเป็นทารกโรคอุจจาระร่วงอาการรุนแรงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 100 คน และอาการน้อยถึงปานกลางที่รักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก 200 คน กลุ่มควบคุมเป็นทารกในคลินิกเด็กดี 200 คน พบว่าแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของมารดาได้รับความรู้จากสามี พ่อแม่และญาติแต่ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมได้รับจากหนังสือ วิทยุและโทรทัศน์ แพทย์และพยาบาลเป็นแหล่งความรู้ทั้ง 2 กลุ่มเท่าๆกัน และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ของมารดาในกลุ่มทารกอุจจาระร่วง มารดาส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้ต่ำแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องกว่า ในเรื่องสาเหตุของโรค แหล่งโรค การติดโรค อาการและอาการแสดงตลอดจนการดูแลรักษาและการป้องกัน

วรพันธ์ พิไชยแพทย์ (2527) ได้ศึกษางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมและรักษาโรคอุจจาระร่วง ที่จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ได้มีการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยการให้ยาแก้อาการอย่างกว้างขวางขึ้นในจังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยรวดเร็ว

และประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นการรักษาที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง

รุจิรา มังคละศิริและคณะ (2528) ได้ศึกษาผลของการทำให้สุขศึกษา เรื่องการรักษาตนเองด้วยสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ซึ่งเตรียมเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อความรู้และการปฏิบัติตนเองของประชาชนในชนบทในประชากร อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,680 หลังคาเรือน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ต่อเรื่อง ความหมายและสาเหตุของโรคอุจจาระดีขึ้น มีความเข้าใจได้ถูกต้องว่าเมื่อไรควรจะไปโรงพยาบาล มีพฤติกรรมในการรักษาตนเอง เมื่อเริ่มป่วยได้ถูกต้องขึ้นคือยอมรับการเตรียมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่กันเองที่บ้านก่อนที่จะไปสถานอนามัยหรือพบแพทย์

สมศักดิ์ โสฬ์เลขา และสันติสุข วิบูลย์พิทกิจ (2528) ได้ทำการศึกษาาระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วง พบว่าโรคอุจจาระร่วงที่ได้รับรายงานมีจำนวนมากขึ้นในฤดูหนาวและฤดูร้อน เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี เป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อยที่สุด

กานดา วัฒนภาส และคณะ (Kanda Vathanophas, et al., 1986) ได้ศึกษาปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมของมารดาและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร ในระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2527 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2528 จากการสัมภาษณ์มารดา 799 คน ซึ่งมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่อาศัยในชุมชนแออัด 21 แห่ง ของกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวพฤติกรรมของมารดาในการที่จะป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเกิดโรคอุจจาระร่วงในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการตายจากการเกิดโรคอุจจาระร่วงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หลังจากนั้นได้นำเอาข้อมูลมาหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วง พบว่าในชุมชนเหล่านี้ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง แต่พฤติกรรมของมารดาในการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังถ่ายอุจจาระรวมทั้งการใช้ผ้าเช็ดอ้อมอาหารมีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุศรา กาญจนบัตร และคณะ (2530) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วงของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปีจำนวน 1,117 คนในจังหวัดขอนแก่นพบว่าการให้น้ำเกลือแห้งแก่บุตรร้อยละ 74.1 งดให้น้ำและอาหารแก่บุตรร้อยละ 37.7 และซื้อยามาให้บุตรกินเองร้อยละ 16.9 ในกรณีของเด็กอายุ 0-1 ปีที่เป็นโรคอุจจาระร่วงมีถึงร้อยละ 68.7 ที่ปล่อยให้เด็กหายเอง

อังคณา จิราจันต์ (2530) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง พร้อมทั้งได้ศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับอุจจาระร่วง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งมีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลันและมารับบริการรักษาที่คลินิกเด็กแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาราชิตีและโรงพยาบาลเด็กจำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เกี่ยวกับอุจจาระร่วงต่างกันความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มารดาที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับอุจจาระร่วงต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแล เมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ Value} < 0.05$)

สิทธิพันธุ์ ไชยนันท์ และคณะ (2531) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงและต่ำ ในจังหวัดนครราชสีมาโดยการศึกษาย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 20-27 ธันวาคม 2529 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามและสังเกตพฤติกรรมของประชากรทุกกลุ่มอายุ ในหมู่บ้านที่มีลักษณะทั่วไป และประชากรคล้ายกัน แต่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่างกัน จากหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยสูง จำนวน 112 ครัวเรือน และหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยต่ำ จำนวน 90 หลังคาเรือน ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง มีความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงพฤติกรรมอนามัย การใช้แหล่งน้ำดื่มที่สะอาด การปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม การปรุงอาหาร การบริโภคอาหาร การใส่ส้วม การกำจัดน้ำโสโครก ต่ำกว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่ำ และผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า การปรับปรุงพฤติกรรมอนามัยเหล่านี้ให้ดีขึ้น น่าจะเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่งในการลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้

ปราโมทย์ หยิวิม และคณะ (2531) ได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการสำรวจแบบสุ่มเป็นกลุ่ม 30 กลุ่ม (Clusters Sampling Technique) หาหมู่บ้านหรือชุมชนที่จะเป็นตัวแทน แล้วเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการตาย การป่วยและการรักษา ของผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใน 6 จังหวัดภาคเหนือได้ตัวอย่างจากการสำรวจทั้งสิ้น จำนวน

21,041 คน การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2530 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏว่าในช่วงเวลาดังแต่วันสำรวจย้อนหลังไป 1 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีอัตราตายประมาณร้อยละ 0.14 หรือประมาณ 14.26 ต่อ 100,000 คน ในช่วงเวลาดังแต่วันสำรวจย้อนหลังไป 2 สัปดาห์ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงประมาณ 101 ต่อ 1,000 ถ้าคิดเป็นจำนวนครั้งของการป่วยต่อคนต่อปี (Episode) ได้ประมาณ 2.26 ครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ประมาณ ร้อยละ 88 ซึ่งจากวิธีการรักษาต่างๆ นี้ ได้รับการรักษาด้วยสารละลายเกลือแร่ (โออาร์เอส.)ประมาณร้อยละ 20 รักษาด้วยวิธีการให้น้ำทดแทน ทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Fluid Therapy) ประมาณร้อยละ 4 นอกนั้นเป็นการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

วันดี วราวิทย์ และคณะ (2533) ได้ศึกษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตเมือง : อัตราอุบัติการณ์ ธรรมชาติการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยง โดยทำการศึกษาลูกจำนวน 452 คน ที่อาศัยอยู่ในอาคารสงเคราะห์ แพลตดินแดง เขตห้วยขวางกรุงเทพมหานคร โดยวิธีเฝ้าระวังการเกิดโรค โดยใช้อาสาสมัครในท้องถิ่นที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กทำการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญแยกตามอายุเด็กในเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ปัจจัยเสี่ยง คือ ฐานะครอบครัวยากจน มารดามีการศึกษาต่ำ และเด็กไม่ได้อยู่กับบิดามารดา ในเด็กอายุ 1-2 ปี คือมารดาที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน และพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในตัวเด็กและคนเลี้ยงเด็ก เช่นการไม่ล้างมือการถ่ายอุจจาระและการทำความสะอาดขวนคนในเด็ก 2-3 ปี ปัจจัยเสี่ยงคือการกำจัดอุจจาระเด็กไม่ถูกต้อง การไม่ล้างมือ เด็กเลี้ยงในสถานเลี้ยงเด็ก และการไม่มีสิ่งปกปิดอาหาร

สมชาย ปลั่งพุดชา (2537) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยของผู้เลี้ยงดูที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมาจำนวนตัวอย่าง 218 คน โดยการตอบแบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเลี้ยงเด็ก พบว่าตัวแปร สมดุลรายได้ของครอบครัวต่อปีของผู้เลี้ยงเด็ก การที่ผู้เลี้ยงเด็กปล่อยเด็กคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง และการที่ผู้เลี้ยงเด็กไม่ได้ให้เด็กถ่ายอุจจาระลงกระโถนหรือส้วม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการล้างมือก่อนเตรียมอาหารและหลังจากถ่ายอุจจาระการทำความสะอาดภาชนะใส่อาหารหรือนม การทำความสะอาด

หัวนมเต้านม การทำความสะอาดขวดนม น้ำสำหรับเด็กดื่ม อาหารเสริม การป้อนอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยต่างประเทศ

ไอดริส (Idris, 1981) ได้ศึกษาแบบแผนการให้อาหารเด็กและการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเขตเมืองและชนบทของลัคเนา โดยทำการศึกษาทารกและเด็กในเขตเมืองลัคเนา 188 ราย ที่มารับบริการภูมิคุ้มกันโรค และสุ่มตัวอย่างทารกและเด็กในเขตชนบทจำนวน 136 ราย ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ปี พ.ศ.2521 ถึง มกราคม ปี พ.ศ.2522 ผลการศึกษานี้พบว่าเด็กในชนบทเกิดโรคอุจจาระร่วงในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 42.6 และเด็กในเขตเมืองเกิดร้อยละ 49.5 ซึ่งโรคอุจจาระร่วงเกิดได้สูงมากในเด็กที่บิดามารดามีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และในกลุ่มที่มารดามีการศึกษาต่ำ เมื่อทดสอบทางสถิติก็พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของอัตราป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกัน กล่าวคือทารกและเด็กมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะเกิดโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าเด็ก และทารกที่มีมารดาซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง และมารดาที่มีการศึกษาสูงขึ้นเท่าใด การเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรก็จะยิ่งลดลงมากขึ้น สำหรับการให้อาหารได้ศึกษาการให้นมแก่เด็ก 3 ประเภท คือ นมมารดาอย่างเดียว นมมารดาและนมผง และนมผงอย่างเดียวพบว่าอัตราการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของเด็กที่ให้นมแบบต่างๆ กัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดาอย่างเดียวมีอัตราการเป็นโรคต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 36.8 เด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดาและนมผงมีอัตราการเป็นโรคร้อยละ 40.0 และเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผงอย่างเดียว มีอัตราการเป็นโรคสูงที่สุด คือร้อยละ 58.7 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของกลุ่มเด็กที่เลี้ยงด้วยนม 3 แบบนี้ใกล้เคียงกันทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

แอลแมน และปิแอร์ หลุยส์ (Allman and Pierre-Lousi, 1982) ได้ทำการศึกษาที่ไฮติ เมื่อปี พ.ศ.2524 โดยการสัมภาษณ์อย่างลึก มารดา 16 รายอายุระหว่าง 20-70 ปี ในเขตชนบททางไกล 5 แห่ง ผลการศึกษาพบว่ามารดาทุกคนรับรู้ว่าโรคอุจจาระร่วง คือการถ่ายอุจจาระเหลวหลายครั้ง และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคว่าอาจทำให้ถึงตายได้ ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงนั้น มารดาส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อผิดๆว่าโรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุจากพันจีน นำนมแม่เสีย (Spoiled mother's milk) แต่ก็มีบางรายที่มีความรู้ที่ถูกต้องว่า โรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

มาตุเลสซี และคณะ (Matulesy, et al., 1982) ได้ศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย เรื่องอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีต่อโรคอุจจาระร่วงในเมืองโบเกอร์ โดยทำการสำรวจเด็กที่มาตรวจที่คลินิกเด็กของศูนย์โภชนาการในเมืองโบเกอร์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2521 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2522 ซึ่งมีเด็กทั้งหมด 3,022 คน พบว่ากว่าครึ่งของเด็กทั้งหมด (1,552) ที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงเมื่อได้ทำการสุ่มตัวอย่างมา 71 ราย เพื่อสัมภาษณ์ พ่อ-แม่-เด็กและติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาข้อมูลด้านสภาวะทางเศรษฐกิจ และสังคม สภาพบ้าน และข้อมูลด้านสุขภาพibalสิ่งแวดล้อม ดัชนีที่ใช้วัดสภาพบ้าน ได้แก่ พื้นบ้าน ฝาผนัง หลังคา ทางระบายลม ดัชนีที่ใช้วัดสภาพสุขภาพibalสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีน้ำประปา สำหรับดื่มและการมีส้วมใช้ การกำจัดขยะและแมลงนำเชื้อ ผลการศึกษาพบว่าเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 36.6 อยู่ในกลุ่มอายุ 13-24 เดือน การศึกษาของบิดามารดาของเด็กเหล่านี้ ส่วนใหญ่จบการอบรมหลักสูตรอาชีวศึกษา (Vocational Training) สูงกว่าชั้นประถมเล็กน้อย (ร้อยละ 42.3 สำหรับบิดา และร้อยละ 43.8 สำหรับมารดา) สำหรับอาชีพนั้น ส่วนใหญ่บิดามีอาชีพเป็นกรรมกร ร้อยละ 30.9 และเกือบทั้งหมดของมารดาเด็กเหล่านี้ร้อยละ 88.7 ไม่มีงานทำสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่ขาดสุขลักษณะ กล่าวคือร้อยละ 57.7 มีสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมไม่ดี มีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่มีสภาพบ้านและสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพดี ในด้านระดับรายได้เกือบครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 43.7 มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ภาวะยากจน ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมว่า เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 13-24 เดือน ซึ่งอยู่ในวัยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่จากมารดา ดังนั้นระดับการศึกษาของมารดา ความยากจน การขาดแคลนน้ำ เครื่องอุปโภคบริโภค การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกวิธี และสุขนิสัยส่วนบุคคลมีความสำคัญและส่งผลให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

เบอร์ทรัน และ วอลมัส (Bertrand and Walmus, 1983) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-4 ปี ในเมืองดาลี ประเทศโคลัมเบีย จำนวน 583 คน ที่มีบุตรอายุแรกเกิดถึงอายุ 4 ปี พบว่าการศึกษาของมารดา ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย และสุขภาพibal มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0 - 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P Value < 0.01) สำหรับอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มของเด็กอายุ 6 เดือนแรก ที่มารดามีอายุน้อยกว่า 25 ปี มีอัตราป่วยสูงกว่า เด็กที่มารดามีอายุมากกว่า 25 ปีทั้งนี้ เนื่องมาจากมารดาของทารกเหล่านี้มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกที่ต้องน้อยกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 25 ปี

อะลาม และคณะ (Alam, et al., 1989) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยของมารดาและของครอบครัวต่ออุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง ในเด็กช่วงอายุ 6-23 เดือน ในเขตชนบทเมืองเตคนาฟ (Teknaf) ประเทศบังคลาเทศ โดยพื้นที่ ศึกษาได้รับการสนับสนุนให้ใช้น้ำบ่อบาดาลที่ใช้มือโยก และได้รับความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ส่วนพื้นที่เปรียบเทียบไม่ได้ดำเนินการอะไร การศึกษานี้ได้ทำในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2523 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2526 ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงจะถูกบันทึกเป็นรายสัปดาห์ และมีการสังเกตพฤติกรรมอนามัยของมารดาและของครอบครัวทุกปี จากอัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงที่พบในพื้นที่ศึกษา 314 คน และพื้นที่เปรียบเทียบ 309 คน นำมาวิเคราะห์ในเชิงพฤติกรรมของมารดาและครอบครัวโดยมีการควบคุมการศึกษา และอาชีพของผู้ปกครอง รวมทั้งขนาดของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าการใช้น้ำบ่อโยกสำหรับอุปโภคและบริโภค การกำจัดอุจจาระจากพื้นดิน การล้างมือก่อนทำอาหาร และหลังจากถ่ายอุจจาระทั้งของเด็กและของมารดา (โดยทำทั้งสองอย่าง) พบว่าสามารถลดอัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในรอบปีได้มากกว่าร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กในครอบครัวที่ไม่ได้ดำเนินการอะไร หรือดำเนินการเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมอนามัย มีผลต่ออัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย