

**การศึกษาปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นสาเหตุ
ของโรคอุจจาระร่วง
โดยใช้ดัชนีความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องชี้วัด**

รุจิรา มังคละศิริ *

สมชาย คุรงค์เดช **

พัชรนาถ ศิริจงประเสริฐ *

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ ระบุปัญหาและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง โดยใช้ดัชนีความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องชี้วัด ในชุมชนแออัดเขตเมือง จ.นครราชสีมา และทำการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดยเทคนิควิธีการทางมนุษยวิทยาและการตรวจสอบโดยห้องปฏิบัติการ พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในประชากรทุกกลุ่มอายุของชุมชนแออัดนครราชสีมา เท่ากับ 0.6 - 0.78 ครั้งต่อคนต่อปี ในเด็กอายุ 0-2 ปี เท่ากับ 5.28 ครั้งต่อคนต่อปี ปัญหาความจำเป็นพื้นฐานที่มีผลและสัมพันธ์กับปัญหาโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ ปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กวัยก่อนเข้าเรียน, การบริการสังคมขั้นพื้นฐานทั้งทางด้านการศึกษา และสาธารณสุข, การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา และรายได้จากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์และสังเกตเพิ่มเติม พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี ในชุมชน โดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 40 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมขั้นหวานเท่ากับร้อยละ 21, การเตรียมนมผสมที่ไม่ถูกวิธี ทำให้เชื้อโรคทางเดินอาหารมีโอกาสรื้อปนเข้าไปในนมที่ใช้เลี้ยงเด็กได้ทั้งที่ขวดนม, น้ำดื่ม, น้ำแช่กระป๋องนม และตัวนมที่ซื้อมาใช้นาน ๆ

ผลจากการศึกษาได้ถูกนำมาใช้กำหนดแนวทาง และกลวิธีในการควบคุมโรค-

* ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

** ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อุจจาระร่วงในชุมชน โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็น-
เครื่องชี้วัด โดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐทุกสาขาเข้าร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง

1. บทนำ

โรคอุจจาระร่วงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ในประชากรทุกกลุ่มอายุ และอันดับที่ 2 รองจากโรคปอดบวม ในเด็กทารก⁽¹⁾ อัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงมีแตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุและชุมชน สวัสดิ์ รามบุตร⁽²⁾ ได้สำรวจพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่จังหวัดนครปฐม, ระยอง และร้อยเอ็ด เท่ากับ 1.67, 1.84 และ 2.1 ครั้งต่อคนต่อปี เช่นเดียวกับ รุจิรา มังคละศิริ และคณะ⁽³⁾ ได้ทำการสำรวจที่อำเภอ โชคชัย จ.นครราชสีมา พบว่า เท่ากับ 2.2 ครั้งต่อคนต่อปี ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติได้กำหนด "ความจำเป็นพื้นฐาน" หรือ "จปฐ." ขึ้นมาเพื่อเป็นเป้าหมาย, เครื่องชี้วัดและกลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติและจังหวัดนครราชสีมาได้นำมาใช้ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2525⁽⁴⁾ รุจิรา มังคละศิริ และคณะ⁽⁵⁾ ได้สร้างดัชนีความจำเป็นพื้นฐานขึ้น เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและพัฒนาชุมชนในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนแออัดมีดัชนี จปฐ.ทั้งหมด 9 ข้อใหญ่ +2 ข้อย่อย ซึ่ง 1 ใน 42 ข้อนั้นใช้อัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงของประชาชน ในชุมชนเป็นเครื่องชี้วัดการที่ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และปลอดภัยไม่มีเชื้อโรค เปื้อนปน และได้ทำการสำรวจในชุมชนแออัด 2 แห่ง ซึ่งมีจำนวนหลังคาเรือน 427 และ 343 พบว่ามีอัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในประชากรทุกกลุ่มอายุเท่ากับ 0.6 และ 0.78 ครั้งต่อคนต่อปี ตามลำดับ ซึ่งเมื่อนำไปเทียบเกณฑ์ที่ จลาด ถิรพัฒน์ และคณะ⁽⁶⁾ สำรวจที่อำเภอสูงเนินซึ่งเป็นชุมชนในชนบทเท่ากับ 0.2 ครั้งต่อคนต่อปีก็นับว่าชุมชนในเมืองมีปัญหาโรคอุจจาระร่วงมากกว่าในชนบท

จากการทบทวนงานของ อรทัย รวยอาจิน และคณะ⁽⁷⁾ เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมกับโรคอุจจาระร่วง พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง แสดงไว้ในภาพที่ 1 คือ วัฒนธรรม, ความยากจน, ความไม่รู้, พฤติกรรมอนามัย,

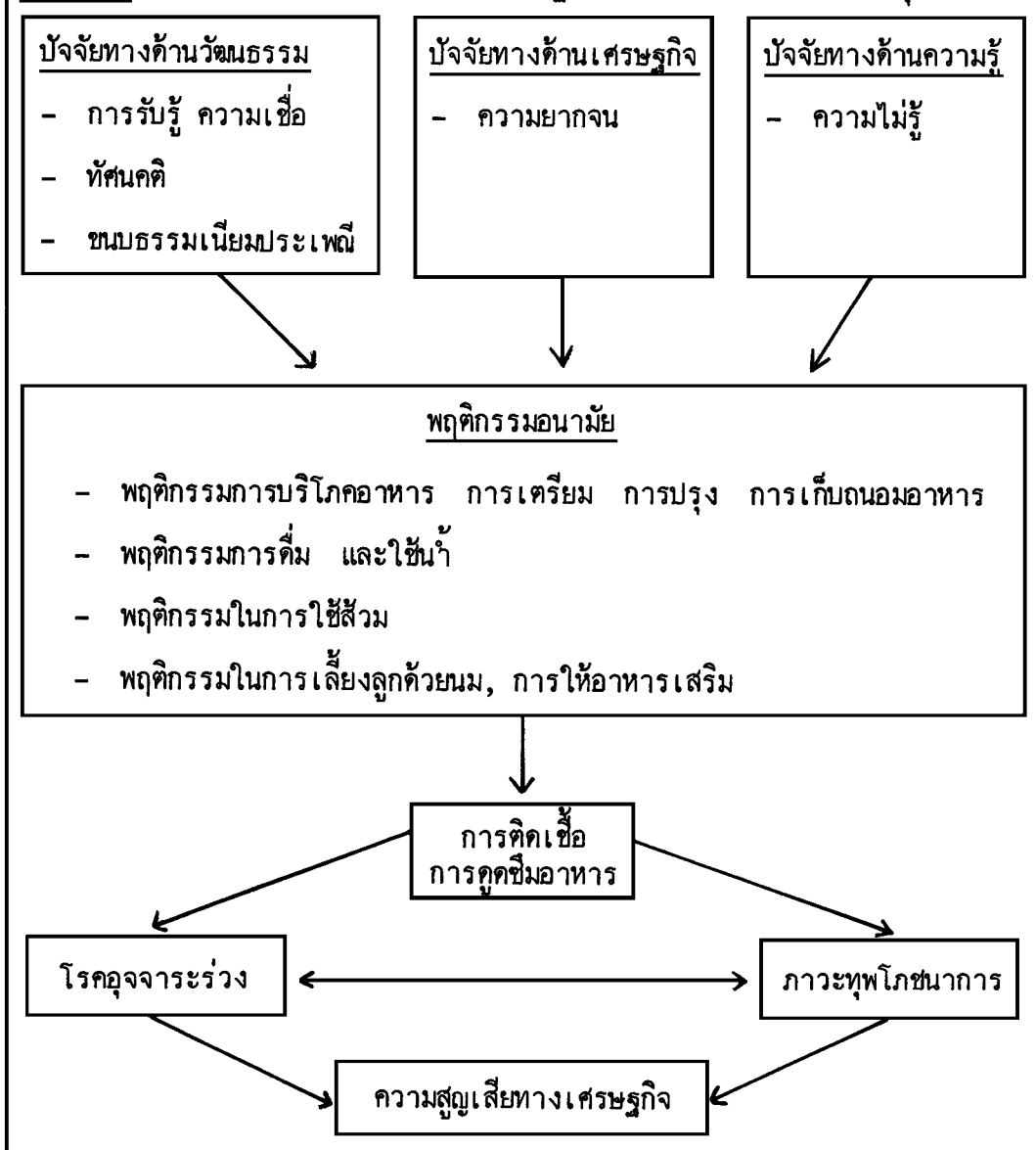
การศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง

โดยใช้ดัชนีความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องชี้วัด

25

ภาวะทุพโภชนาการ ฯลฯ ซึ่งเหล่านี้เป็นดัชนีความจำเป็นพื้นฐานทั้งสิ้น ดังนั้น จึงได้ทำการศึกษาโดยนำเอาดัชนีความจำเป็นพื้นฐานมาเป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยชุมชนและสำรวจหาสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในชุมชนแออัด ของจังหวัดนครราชสีมา นอกจากนี้ ยังได้ประยุกต์เอาเทคนิควิธีการศึกษาทางมนุษยวิทยามาใช้ในการศึกษาหาสาเหตุเพิ่มเติมในส่วนที่ดัชนีความจำเป็นพื้นฐานอธิบายไม่ได้ชัดเจนพอด้วย

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม กับโรคอุจจาระร่วง (7)



2. วัตถุประสงค์ การศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังต่อไปนี้ คือ

2.1 เพื่อทำการสำรวจอัตราอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในชุมชนแออัดจังหวัดนครราชสีมา

2.2 เพื่อทำการศึกษสาเหตุ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง

2.3 เพื่อระบุกิจกรรม และแนวทางการควบคุมโรคอุจจาระร่วงโดยองค์การชุมชนต่อไป

3. วิธีการศึกษา

3.1 ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ประชากรที่อาศัยในชุมชนแออัด 2 แห่งในเขตเทศบาลเมือง นครราชสีมา แห่งที่ 1 มี 427 หลังคาเรือน ประชากร 2,373 คน สํารวจในเดือน ธันวาคม 2527 และแห่งที่ 2 มี 343 หลังคาเรือน ประชากร 1,982 คน สํารวจในเดือนตุลาคม 2528 โดยใช้แบบสำรวจความจำเป็นพื้นฐานในเขตเมืองที่สร้างขึ้นโดยรุจิรา มังคละศิริ และคณะ⁽⁵⁾

3.2 ตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษได้แก่ ครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0-2 ปี ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 75 คน โดยสัมภาษณ์มารดาเกี่ยวกับการให้อาหาร และการเลี้ยงดูเด็กหลังจากการศึกษา พบว่า มีเด็กจำนวน 10 คน จากเด็กที่สํารวจ 75 คน เป็นโรคอุจจาระร่วง จึงได้นำตัวอย่างเด็ก 10 คนมาศึกษาทางมนุษยวิทยา เพื่อระบุสาเหตุของปัญหาต่อไป

3.3 ชนิดและวิธีการรวบรวมในการศึกษครั้งนี้ ได้รวบรวมข้อมูลชนิดต่าง ๆ ตามแบบ จปฐ. ในชุมชนเมืองตามที่ได้กล่าวไว้แล้ว ในการรวบรวมข้อมูลได้ใช้วิธีสัมภาษณ์

มารดาที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ได้ระบุไว้แล้วทั้งหมด สำหรับข้อมูลทางด้านนิสัยการบริโภค และการดูแลเด็ก ได้ใช้วิธีการสังเกตแบบมนุษย์วิทยา (Participant observation) นอกจากนั้น ยังได้ทำการรวบรวมข้อมูลทางด้านคติเชื่อก่อให้เกิดโรคทางเดินอาหาร ประกอบเทคนิคในการรวบรวมข้อมูลทางด้านอื่นด้วย ซึ่งได้รวบรวมตัวอย่างอาหารทั้งหมด 55 ตัวอย่าง

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้เน้นการวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น ทั้งนี้เพื่อจะได้กำหนดสาเหตุของปัญหา และอธิบายปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

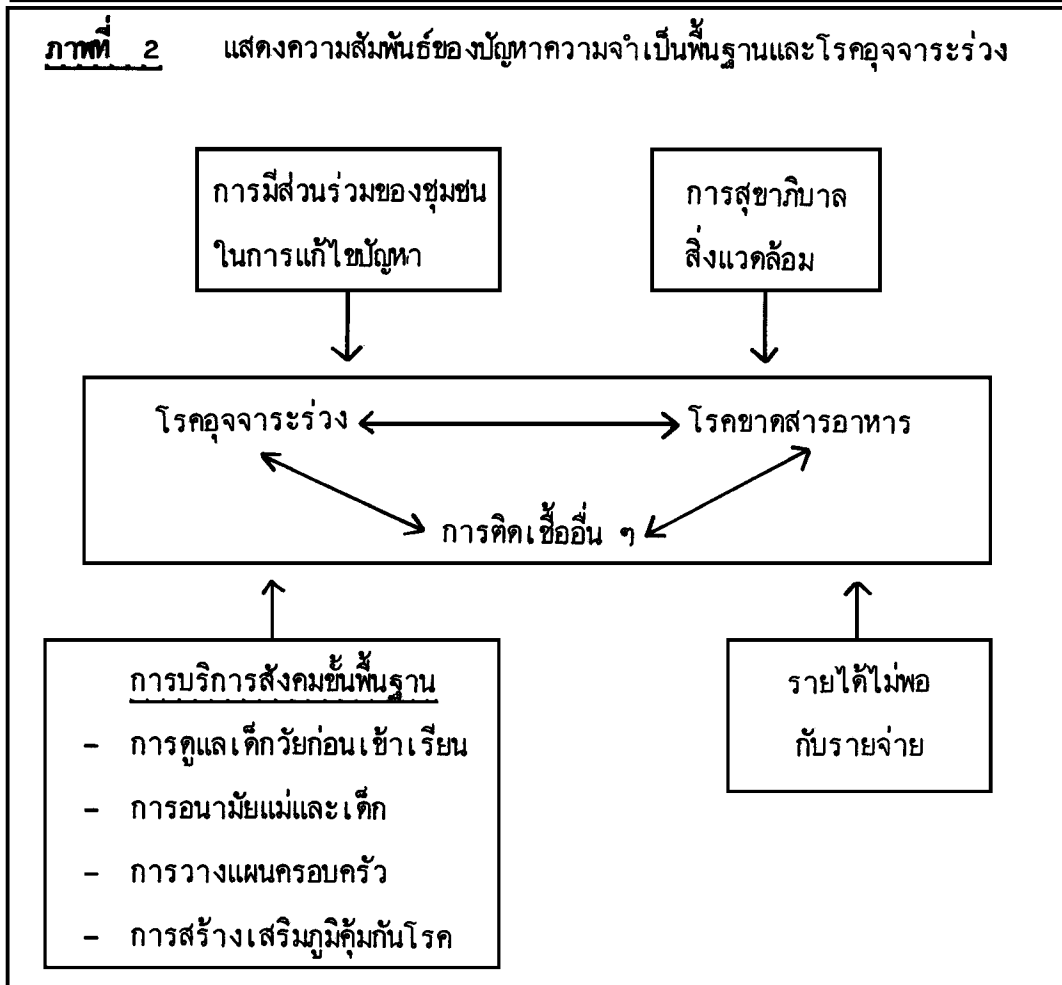
4. ผลที่ได้จากการศึกษา

4.1 ผลการสำรวจ จปฐ. ในชุมชนแออัดทั้ง 2 แห่ง พบว่า มีอัตราอุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วงในประชากรทุกกลุ่มอายุเท่ากับ 0.6 และ 0.78 ครั้งต่อคนต่อปี เมื่อนำดัชนี จปฐ. ทั้ง 42 ข้อมาทำการวิเคราะห์ขนาดของปัญหา และความสัมพันธ์กับปัญหาโรคอุจจาระร่วง พบดัชนีที่มีความสัมพันธ์กันพอเขียนเป็นแผนผังได้ดังภาพที่ 2 และตารางที่ 1 คือ ปัญหา จปฐ. ที่เกี่ยวกับโรคขาดสารอาหาร, การบริการสังคมขั้นพื้นฐาน, รายได้จากการประกอบอาชีพ, การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ล้วนมีความสัมพันธ์และเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงทั้งสิ้น

4.2 การเลี้ยงดูและการให้อาหารเด็กอายุ 0-2 ปี ในการสัมภาษณ์ และการเฝ้าสังเกตมารดาที่มีเด็กอายุ 0-2 ปี พบว่า การใช้นมมารดาเลี้ยงลูกยังคงมีอยู่ร้อยละ 40 นอกจากนั้น การใช้นมผสมซึ่งมีอัตราสูงที่ใช้นมข้นหวาน ปรากฏว่า มีถึงร้อยละ 21 ที่ใช้นมข้นหวานเลี้ยงลูก ในการพิจารณาการบริโภคอาหารโดยการทำความเข้าใจของการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ พบว่า ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ การกระจายการบริโภคอาหารของเด็กแต่ละคนไม่ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ จึงเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เด็กได้รับคุณภาพของอาหารไม่พอเหมาะ สำหรับปริมาณอาหารที่เด็กบริโภคจะได้ทำการรายงานในโอกาสต่อไป

ภาพที่ 2

แสดงความสัมพันธ์ของปัญหาความจำเป็นพื้นฐานและโรคอุจจาระร่วง

**ตารางที่ 1**

ปัญหาและขนาดของปัญหา จปฐ. ที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง

ปัญหา จปฐ. เขตเมือง	ขนาดของปัญหา (ร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย)
1. การมีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในชุมชน	0.78 ครั้งต่อคนต่อปี
2. โรคขาดสารอาหารในเด็กวัยก่อนเข้าเรียน (0-6 ปี)	
- ขาดสารอาหารระดับ 1	24.57
- ขาดสารอาหารระดับ 2	2.59

ปัญหา จปฐ. เขตเมือง	ขนาดของปัญหา (ร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย)
- ขาดสารอาหารระดับ 3	0.43
3. การบริการสังคมขั้นพื้นฐาน	
3.1 เด็กอายุ 0-4 ปี ไม่ได้รับการเลี้ยง ดูอย่างเหมาะสม	34.69
3.2 เด็กอายุ 4-6 ปี ไม่ได้รับการบริการ ขั้นปฐมวัย	66.96
3.3 หญิงมีครรภ์ไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอด	33.33
3.4 หญิงมีครรภ์ไม่ได้รับการทำคลอดโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6.67
3.5 หญิงหลังคลอดและทารกไม่ได้รับการ ตรวจหลังคลอด	48.89
3.6 คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด	36.30
3.7 เด็กอายุ 0-1 ปี ที่ไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรค	
- วัณโรค	16.98
- คอตีบ, ไอกรน, บาดทะยัก, โปลิโอ ครบ 3 ครั้ง	64.15
- หัด	98.11
4. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	
4.1 บ้านที่ไม่มีการกำจัดขยะมูลฝอยถูกสุขลักษณะ	37.61
4.2 บ้านที่ไม่มีการกำจัดน้ำโสโครกถูกสุขลักษณะ	44.31
4.3 บ้านที่มีการจัดบ้านเรือนไม่เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ	38.00

ปัญหา จปฐ. เขตเมือง	ขนาดของปัญหา (ร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย)
5. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา	
5.1 ครอบครัวที่ไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน	83.97
5.2 ครอบครัวที่กำลังจัดสิ่งโสโครกลงในแหล่งน้ำหรือที่สาธารณะ	16.03
6. ครอบครัวมีรายได้จากการประกอบอาชีพไม่พอกับรายจ่าย	35.28

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า อุบัติการณ์โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-2 ปี เท่ากับ 5.28 ครั้งต่อคนต่อปี และในบรรดาเด็กที่เกิดโรคขาดอาหารปรากฏว่าร้อยละ 76.47 ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมผสม ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่สูง คณะผู้ดำเนินการวิจัยจึงได้ทำการศึกษาโดยการเฝ้าสังเกตโดยใช้เทคนิคที่เรียกว่า participant observation เกี่ยวกับวิธีการเตรียมนมผสมเลี้ยงเด็ก และได้ผลการศึกษาดังนี้

ก. สถานที่เตรียมนม ส่วนใหญ่มิได้มีสถานที่เตรียมนมเป็นสัดส่วน มีกองอยู่ในห้องนอน หรือบนโต๊ะเครื่องแต่งตัว ที่บนโต๊ะ หรือบนพื้น ซึ่งไม่ค่อยสะดวกในการทำความสะดวกเครื่องใช้ และทำความสะอาดบริเวณที่เตรียมนม

ข. อุปกรณ์ในการเตรียมนมผสม โดยเฉลี่ยแล้วเด็กแต่ละคนมีขวดนม และจุกนม 2 ชุด การทำความสะอาดจะต้มทั้งขวด และจุกนมเพียงครั้งเดียวในตอนเช้า ส่วนมือค่อ ๆ ไปจะล้างด้วยน้ำธรรมดา มิได้ต้ม แล้วจึงนำมาใส่นมให้เด็กต่อไป สำหรับน้ำที่ใช้ผสมนมเป็นน้ำสุกต้มเดือดแล้ว และชนิดนมที่ใช้ก็มีทั้งนมผง และนมข้นหวานดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ในการดื่มข้นหวาน มารดาจะใช้กระป๋องนมซึ่งมิได้ฉีกสลากข้างกระป๋องแช่น้ำไว้ในจานเพื่อกันนมค เมื่อจะชงนมจะยกกระป๋องขึ้นเทนมใส่ขวดเลย โดยไม่ได้เช็ดข้าง-

กระป๋อง น้ำแช่ขบวนบางส่วนจะไหลปนลงไปในขบวนด้วย

การเตรียมแต่ละครั้ง จะทิ้งไว้ให้เด็กกินจนกว่าจะหมด (ไม่จำกัดเวลา) และส่วนใหญ่ไม่มีฝาครอบห้วมข้างนอก

4.3 ผลการตรวจทางจุลชีววิทยา เพื่อหาเชื้อโรคทางเดินอาหารที่ปนเปื้อนจากการเก็บตัวอย่างภาชนะและนมตรวจทางจุลชีววิทยา เพื่อหาเชื้อโรคที่อาจปนเปื้อนในขั้นตอนต่าง ๆ ของการชงนมได้ผลดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 คือ พบเชื้อโรคทางเดินอาหารชนิด *Staphylococcus aureus* และพบแบคทีเรียอื่น ๆ ที่มีจำนวนโคโลนีมากกว่า 10^5 ต่อตัวอย่าง 1 มล.

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางจุลชีววิทยาในตัวอย่างภาชนะและอาหาร

ชนิดของสิ่ง ส่งตรวจ	จำนวน ตัวอย่าง	ผลทางจุลชีววิทยา			
		พบเชื้อโรคทางเดินอาหาร		พบแบคทีเรียมากกว่า 10^5 โคโลนี/มล.	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำล้างขบวน	10	3	30	1	10
น้ำผสมนม	10	4	40	—	—
นมที่ชงแล้ว	9	3	33.33	6	66.66
น้ำแช่กระป๋อง	6	2	33.33	4	66.66
นมชั้นหวาน					

นอกจากนี้ยังได้มีการสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำดื่มในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นน้ำประปาทั้งหมด 20 ตัวอย่าง (น้ำประปา 18 ตัวอย่าง, น้ำฝน 2 ตัวอย่าง) มาตรวจวิเคราะห์หาจุลชีวะ พบว่ามีตัวอย่างน้ำที่พบ เชื้อ *E. coli* (40%) และเชื้อ *Staphylococcus* 2 ตัวอย่าง (10%) ซึ่งคาดว่าสาเหตุมาจากท่อน้ำประปามีรอยรั่วและน้ำโสโครกในบริเวณรอบ ๆ สามารถปนเปื้อนเข้าไปได้ จึงทำให้โอกาสเสี่ยงต่อโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในชุมชนสูงขึ้น

5. อภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาและแนวทางแก้ไขปัญหา

จะเห็นว่าโรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาที่เกิดจากสาเหตุหลายประการ ที่เกี่ยวเนื่องกัน คือ ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม การรับรู้ ความเชื่อ ทักษะคติ และชนบประเพณี ความยากจนและความไม่รู้ลัวนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบแผนการบริโภคและการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคสูง ปัญหาโรคขาดสารอาหาร โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อเป็นวงจรของพยาธิสภาพที่หมุนเวียนอยู่ในเด็กวัยก่อนเข้าเรียนอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ดังผลของการศึกษาที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 และภาพที่ 2 นอกจากนี้ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัญหาที่สำคัญของชุมชนแออัดที่แก้ไขได้โดยยาก เพราะปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ พฤติกรรมในการกำจัดขยะ และน้ำโสโครกเป็นปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนในชุมชนนี้ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมในการใช้ส้วม และการบริโภคน้ำสะอาดก็เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน เพราะส้วมในชุมชนแออัดมักจะถูกทำให้ท้อแตก และรั่วไหลลงทางระบายน้ำเพื่อขจัดปัญหาส้วมเต็ม และการเสียเงินค่าจ้างสูบล้าง และแม้แต่น้ำประปาในชุมชนก็ยัง พบเชื้อ *E. coli* และ *Staphylococcus* ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

แม้ชุมชนแออัดจะเป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง และใกล้สถานบริการสาธารณสุข แต่จะเห็นว่าการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้เด็กในวัยก่อนเข้าเรียนยังถูกละเลยไม่ได้รับบริการทางด้านการดูแลที่เหมาะสม และการศึกษาอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กในชุมชนแออัดนี้มารดามักต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ดังนั้นการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน หรือศูนย์โภชนาการสำหรับเด็กอาจเป็นทางออกที่จำเป็นสำหรับชุมชนแออัดยิ่งกว่าชุมชนในชนบทเสียอีก

เมื่อพิจารณาผลของการศึกษาเรื่อง การเลี้ยงดูเด็กวัย 0-2 ปี และการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ จะพบว่า ปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชนแออัดก็คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีอัตราที่ต่ำมาก ทั้งนี้เพราะสภาพการทำงานและทัศนคติของมารดา นอกจากนี้ภาวะความยากจน และความไม่รู้ยังเป็นตัวกำหนดวิธีการเลือกใช้นม การเตรียมนม และการให้นมแก่เด็กด้วย ซึ่งล้วนเป็นผลที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงทั้งสิ้นผลจากการศึกษา

ทางจุลชีววิทยาในภาชนะ, นม และน้ำเป็นเครื่องยืนยันได้เป็นอย่างดีว่า จุดของการเปื้อนปน (Point of contamination) ของเชื้อโรคอุจจาระร่วงอยู่ที่ไหนบ้าง ซึ่งความรู้ อันนี้จะต้องนำไปใช้ในการกำหนดเนื้อหาในการให้ความรู้ แก่ประชาชนในการควบคุมโรคอุจจาระร่วงต่อไป

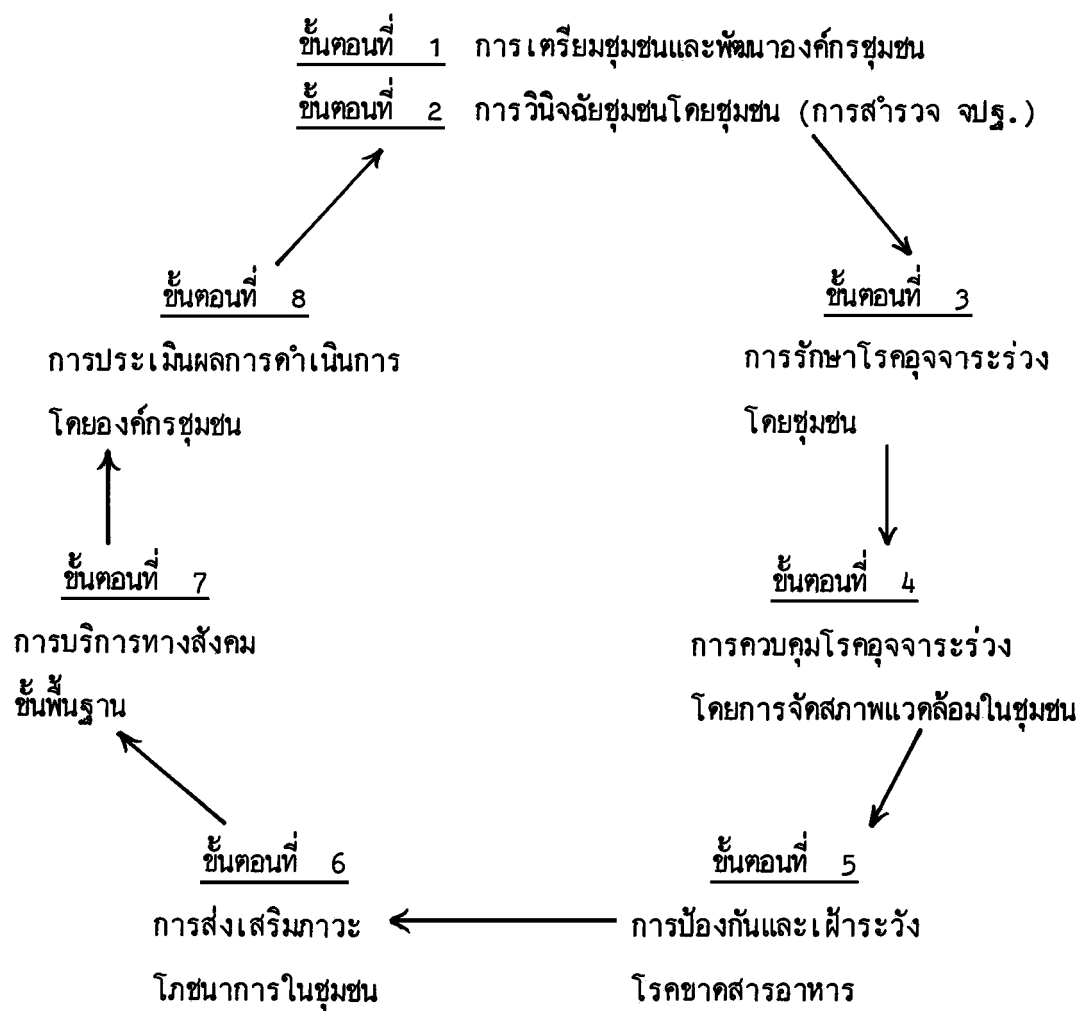
นโยบายการพัฒนาชุมชนปัจจุบันนี้ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไข ปัญหา เพราะรัฐไม่สามารถจะให้บริการแต่ลำพังโดยประชาชนไม่ร่วมมือไม่ได้ ผลจากการสำรวจ จปฐ. ของชุมชนแออัดดังกล่าว พอจะแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ของประชาชน ค่อนข้างน้อยมาก เมื่อเทียบกับในชนบท เพราะประชาชนใน ชุมชนแออัดมักอยู่แบบตัวใครตัวมัน ขาดผู้นำ และขาดความสามัคคี แต่อย่างไรก็ดี การ แก้ไขปัญหาโดยยึดหลักการให้ชุมชนมีส่วนร่วม และใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องชี้วัด โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกสาขามีส่วนเข้าร่วมกันสนับสนุนก็เป็นแนวทางที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้ ในชุมชนเขตเมืองได้ดังแสดงไว้ในภาพที่ 3 ซึ่งมีลำดับขั้นตอนต่าง ๆ 8 ขั้นตอนและดำเนินการเป็นวงจรหมุนเวียนต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าปัญหาจะลดลง

6. สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาโรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันอย่าง ใกล้ชิดกับปัญหาโภชนาการ โดยมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆเป็นตัวกำหนด ดัชนี ความจำเป็นพื้นฐานซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยชุมชนชนิดหนึ่ง สามารถสะท้อนให้เห็น ปัญหาในการควบคุมโรคอุจจาระร่วงได้ การรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดยวิธีการทางมนุษย- วิทยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจุดที่เปื้อนปนของเชื้อโรคทาง- เติณอาหารและเป็นประโยชน์ในการกำหนดวิธีการควบคุมโรคอุจจาระร่วงต่อไป โดยเฉพาะ อย่างยิ่งการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน

สิ่งที่สำคัญควรเน้นก็คือ การแก้ไขปัญหามหาในชุมชน ต้องยึดหลักการให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วม และการประสานระหว่างสาขาของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ โดยใช้ความจำเป็นพื้นฐาน เป็นเครื่องชี้วัด เป็นเป้าหมาย และกลวิธีในการดำเนินงาน จึงจะสามารถ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ในที่สุด

ภาพที่ 3 แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคอุจจาระร่วงในชุมชน



เอกสารอ้างอิง

- (1) แผนควบคุมโรคอุจจาระร่วงแห่งชาติ พ.ศ. 2526 - 2528 กระทรวงสาธารณสุข
- (2) Sawat Ramaboot "Morbidity, Mortality and ORT Coverage Surveys for Diarrheal Diseases in Thailand" Diarrheal Disease Research Abstract March 7- 10, 1983.
- (3) Ruchira Mangklasiri et.al. "Effectiveness of Diarrheal Disease Surviellance by Village Health volunteer" Abstract for Third Asian Conference on Diarrheal Diseases 10- 14 June, 1985.
- (4) สำเริง แหยมกรโทก และคณะ "โคราชพัฒนา" จ.นครราชสีมา 2527 - 2528
- (5) รุจิรา มังคละศิริ และคณะ "การนำความจำเป็นพื้นฐานไปใช้ในการพัฒนาชุมชน เขตเมืองระยะที่ 1 การสร้างดัชนีและการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตเมือง จ.นครราชสีมา" จ.นครราชสีมา 2527 - 2528
- (6) Chalard Tirapat et. al. "Etiology of Diarrheal in Rural Thailand" Diarrheal Disease Research Abstract March 7- 10 1983.
- (7) อรทัย รวยอาจิณ และคณะ "ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจกับโรคอุจจาระร่วง" เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการเรื่อง โรคอุจจาระร่วง 7-10 มีนาคม 2526.

The Study of Socio-Economic Factors which Cause Diarrheal Diseases
by Using Basic Minimum Need Indicators

Ruchira Mangklasiri *

Somchai Durongdej

Patchaporn Sirichongprasert

This study has been conducted in the slum areas Nakorn ratchasima (Korat) Muang Municipality. The specific objective is to identify the socio-economic factors which cause diarrheal diseases by using basic minimum needs as indicators. Ethnographic study by participant observation technique and depth interview have been used to explore more detail as well as laboratory investigation. The findings show incidence rate of diarrheal diseases among all age population is 0.6-0.78 episode/person/year, and 5.28 episode/person/year among 0-2 years old children.

Basic minimum needs problems which cause and relate to diarrheal disease are malnutrition among preschool children, lack of basic social services, poor environmental sanitation, lack of community participation in order to solving their own problems as well as low income. Ethnographic study shows that prevalence of breastfeeding among 0-2 years children is 40 %, sweeten - condensed milk feeding is 21%, bottle feeding process (bottle and milk handling and preparation) causes a lot of bacterial contamination.

The results of the study have been applied to make recommendation for diarrheal disease control program in the slum community through basic minimum need concept and utilization.

*** MD. MPH. Chief, Social Medicine Section, Maharat Nakornratchasima Hospital**