



วารสาร

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

ISSN 2730-1915

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม -มิถุนายน 2568

บทความวิชาการ

- ❖ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เสาหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย
- ❖ การใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลับแล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
- ❖ การบริหารจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี
- ❖ การแปร่งฟันแท้
- ❖ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5
- ❖ เพศศึกษาในโรงเรียน รู้ทัน เข้าใจ เข้าถึง
- ❖ รู้เท่าทันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
- ❖ ลดความสูญเสีย เพิ่มความหวังกับการพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้วยการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติในชุมชน
- ❖ “ลดความอ้วน เพื่อเพิ่มสุขภาพที่ดี”
- ❖ ออฟฟิศซินโดรม
- ❖ การบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ❖ “โรคหนองใน” ปัญหาสาธารณสุขใหญ่ที่น่ากังวล
- ❖ ประเทศไทยสู่ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

แฉวฉวงสมาคมวิชาชีพสุขภาพ



ISSN 2730-1915 (Online)



วารสาร สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

ISSN 2730-1915

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน 2568

ISSN 2730-1915 (Online)

หน้า

บทความวิชาการ

- | | |
|--|-------|
| 1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
เสาหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย | 1-12 |
| 2. การใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลลับแล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ | 13-22 |
| 3. การบริหารจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี | 23-36 |
| 4. การแปร่งฟันแห้ง | 37-46 |
| 5. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น
PM2.5 | 47-60 |
| 6. เพศศึกษาในโรงเรียน รู้ทัน เข้าใจ เข้าถึง | 61-68 |
| 7. รู้เท่าทันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) | 69-80 |
| 8. ลดความสูญเสีย เพิ่มความหวังกับการพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้วย
การฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า
อัตโนมัติในชุมชน | 81-89 |

9 “ลดความอ้วน เพื่อเพิ่มสุขภาพที่ดี”	91-99
10 ออฟฟิศซินโดรม	101-108
11 การบริหารมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	109-120
12 “โรคหนองใน” ปัญหาสาธารณสุขใหญ่ที่น่ากังวล	121-135
13 ประเทศไทยสู่ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์	137-146
แฉดววงสมาคมวิชาชีพสุขภาพ	147-150



วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

<http://hepa.or.th/journal.php>

ISSN 2730-1915 (Online)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป รวมทั้งเป็นสื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

<http://hepa.or.th>

เลขที่ 420/1 อาคาร 3 ชั้น 7 ถนนราชวิถี เขตราชเวที กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548553 อีเมล hepathai@gmail.com

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ เดือนมกราคม - มิถุนายน และ เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม รูปแบบออนไลน์

คณะที่ปรึกษา

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์
ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล
รศ.สุพัฒน์ อีร์เวซเจริญชัย
ผู้อำนวยการกองพลศึกษา

บรรณาธิการ

ศ.ดร.ฉัตรสมุน พงษ์นิญญ์

กองบรรณาธิการ

นางนลินี มกรเสน
นายสรศักดิ์ วัฒนคำสวัสดิ์
นางจารุณี ชัยชาญชีพ
รศ.ดร.สุรีย์ จันทรมณี
รศ.ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม
ศ.ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์
รศ.ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล
รศ.ดร.สุปรียา ต้นสกุล
รศ.ดร.พาณี สัตกะสิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย
รศ.ดร.พรรณิ ปัญชรศักดิ์กิจ
ศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
รศ.ดร.มลินี สมภพเจริญ
ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์
ผศ.ดร.ดุชนี ศุภวรรณกุล
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
นางสาวสมบุญ ขอสกุล
ดร.กัณยรัตน์ กุญสุวรรณ
นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น
นายปรีชา สุสันต์
นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์
นางเพ็ญศรี เกิดนาค
นางจริยากร ดิษจินดา
นางวิลาวัลย์ ตั้งสัทยาธิฐาน
นางพรทิพย์ เรืองมี
นางธิดารัตน์ บุญทรง
นางพรทิพย์ เอกสุวิรวงษ์
นางอวาทีพย์ แว

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เสาหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

อานนท์ ยังยุบล¹

บทคัดย่อ

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาและดูแลสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นและให้ความสำคัญไปที่การป้องกันมากกว่าการดูแลรักษาโรค หลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานคือการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ คือ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในปีพุทธศักราช 2567 ประเทศไทยมี อสม. จำนวนกว่า 1,075,163 คน ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งผู้เขียนได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญ อสม. ซึ่งเป็นเสาหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ทำหน้าที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนมาอย่างยาวนาน เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จึงเป็นสะพานเชื่อมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่ได้อย่างดี ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปอย่างทั่วถึงและสะดวกมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เสาหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

¹ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Abstract

Primary healthcare serves as a cornerstone strategy for development and healthcare, prioritizing preventive measures over curative care. A fundamental tenet of primary healthcare is community engagement. The establishment of Village Health Volunteers (VHVs) exemplifies this approach, as they provide essential support to public health officials in addressing local health challenges. As of 2023, Thailand boasts a network of over 1,075,163 VHVs, ensuring nationwide coverage. These volunteers play an indispensable role in promoting health and fostering behavioral change within communities. The author underscores the significance of VHVs as the bedrock of Thailand's primary healthcare system, functioning as indispensable frontline public health workers with a long history of community engagement. Their close relationships with community members facilitate seamless connections between public health officials and residents, thereby enhancing accessibility and convenience of healthcare services.

Keywords: Village Health Volunteers (VHVs) are the backbone of Thailand's primary healthcare system.

บทนำ

จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 20.00 ในปี พ.ศ. 2567 เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 57.9 และ 42.1 ตามลำดับ) (National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society, 2024) โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุราว 14 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด (Institute for Population and Social Research Mahidol University Thailand, 2024) การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีอายุยืนยาว สุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี รู้สึถึงคุณค่าของการเป็นผู้สูงอายุ

คนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease : NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น กินอาหารหวานจัด เค็มจัด ไม่ออกกำลังกาย ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ นอนดึก มีความเครียดสูง เป็นต้น ทำให้เกิดความสูญเสียต้นทุนทางเศรษฐกิจสูงถึงปีละ 1.6 ล้านล้านบาท จากค่ารักษาพยาบาลทางตรงและความสูญเสียทางอ้อม โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค NCDs สูงกว่า 62,138 ล้านบาท และมีคนไทยต้องเสียชีวิตจากโรค NCDs ปีละกว่า 400,000 ราย กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายที่จะแก้ไขปัญหาเรื่อง NCDs โดยผลักดันการส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีไปสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งปรับปรุงกฎหมาย มาตรการต่าง ๆ ให้เอื้อในการต่อสู้กับโรค NCDs สนับสนุนแนวคิดสุขภาพดี สิทธิประโยชน์เพิ่ม รวมถึงส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เพื่อลดอัตราการป่วยก่อนเข้าสู่ระบบการรักษา

บทบาทภาระหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการยังชีพและการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบาง ซึ่งเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น (Foundation of Thai Gerontology Research

and Development institute, 2017) กลวิธีของภาครัฐที่นำมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพของประชาชน คือกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งให้ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยชุมชนเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืน ซึ่งกำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญ มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Primary Health Care Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2017) อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน โดยได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agent) มีหน้าที่แนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การวางแผน การประสานกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในชุมชน สื่อข่าวข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนประสานกิจกรรมสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ อสม. เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทในการให้บริการเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพเชิงรุก เป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อพาชุมชนไปสู่เป้าหมายสุขภาพจะเป็นสังคมอยู่ดีมีสุข (Department of Local Administration, Ministry of Interior, 2017) บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเป็นเสาหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

1. ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีจุดเริ่มต้นจากการที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) โดยกิจกรรมสำคัญคือ สนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีพื้นที่ที่สำคัญในการดำเนินงาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นจิต

อาสาที่เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

กระทรวงสาธารณสุขให้การยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น จึงได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่อง เชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุข ได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็น "วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ" หรือ วัน อสม. แห่งชาติ ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นการจัดงานเฉลิมฉลองและเชิดชูเกียรติแก่ อสม. ในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา

2. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- (1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
- (2) มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่าหกเดือน
- (3) มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
- (4) สมารถใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- (5) ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- (6) มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
- (7) มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
- (8) มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจน

ให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวน อสม. ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ 10 – 15 หลังคาเรือน

3. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- (1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
- (2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน
- (3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือ บทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ
- (4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น
- (5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ
- (6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนและการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
- (7) ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุมและปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ
- (8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- (9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

4. บทบาทและผลงานเด่นของ อสม. ในช่วงที่ผ่านมา

4.1 ช่วงภาวะโรคระบาดโควิด 19

กระทรวงสาธารณสุข มีการบริหารจัดการ อสม. จำนวนกว่า 1.04 ล้านคนทั่วประเทศ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวน 15,000 คน ในพื้นที่กรุงเทพฯ ในช่วงภาวะโรคระบาดโควิด 19 ให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการต่อสู้กับภาวะวิกฤตดังกล่าวข้างต้นซึ่ง อสม. เหล่านี้ถือเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา พวกเขาออกไปสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุข เก็บข้อมูล บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของครอบครัว และรณรงค์เรื่องการป้องกันโรคเพื่อสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่วงที่มีการแพร่ระบาด การเก็บประวัติสุขภาพของสมาชิกในชุมชนโดยละเอียด ซึ่งได้ถูกนำมาใช้เพื่อติดตามผู้สัมผัสโรคและติดตามสถานะสุขภาพโดยในช่วงภาวะโรคระบาดโควิด 19 อสม. เน้นการให้ความรู้และให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยช่วยให้ชาวบ้านเข้าใจสาเหตุของโรคและวิธีป้องกันรักษาโรค นอกจากนั้น อสม. ยังมีการไปเคาะประตูบ้านทุกหลังเรือน เพื่อให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันโรคโควิด 19 อาการและการสังเกตตนเอง แจกหน้ากากอนามัย ตลอดจนแจกแอลกอฮอล์เจล และสื่อความรู้ ซึ่งผลการดำเนินงานของ อสม. ทั่วประเทศไทยสามารถไปติดตามเยี่ยมบ้านประชาชนในช่วงภาวะโรคระบาดโควิด 19 ได้มากถึง 11.3 ล้านหลังคาเรือน เพื่อค้นหาผู้ป่วยโควิด 19 โดยเน้นที่กลุ่มคนต้องสงสัยว่ามีความเสี่ยงตามคำนิยามของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงเวลานั้น นอกจากนี้ อสม. ยังช่วยสร้างความมั่นใจให้ชาวบ้านในช่วงเวลาที่ไม่มีอะไรแน่นอนและเต็มไปด้วยความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัยและการดูแลตนเองของชาวบ้านได้เป็นอย่างดี และนอกจากนี้ การทำงานของ อสม. ยังได้รับคำชมจาก นายแพทย์แดเนียล เคอร์เทสซ์ ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ด้วยว่า “อสม. ของไทยเป็นผู้ปิดทองหลังพระซึ่งทำงานเพื่อสนับสนุนการป้องกัน การตรวจพบและการรายงานผู้ป่วยโควิด 19 พวกเรารับรู้บทบาทที่พวกเขามีในการส่งเสริมระบบสาธารณสุขในประเทศไทยมากกว่าสี่ทศวรรษแล้ว” ซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนถึงความสำคัญของ อสม. ในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

4.2 การดูแลผู้สูงอายุในภาวะสังคมผู้สูงอายุ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) กระทรวงสาธารณสุข มอบความสุขแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ โดยการส่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดกรองสุขภาพ

ภาวะถดถอย 9 ด้าน เพื่อเป็นของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2566 ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ผู้สูงอายุ 10 ล้านคนทั่วประเทศ ให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามศักยภาพอย่างมีคุณภาพ ลดภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สวนทางกับอัตราการเกิดที่ต่ำลง ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานต้องดูแลประชากรวัยผู้สูงอายุมากขึ้น จึงอาจส่งผลต่อเศรษฐกิจ รวมถึงปัญหาสุขภาพได้ เพราะผู้สูงอายุนี้นับเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจ จึงมีโอกาที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย และในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย

กระทรวงสาธารณสุข โดย กรม สบส. ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนผ่านแอปพลิเคชัน “Smart อสม.” เป็นของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2566 โดยมี อสม. กว่า 1.05 ล้านคน ออกให้บริการภายใต้นโยบาย 3 หมอ ในฐานะหมอคนที่ 1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกค้นหา คัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ให้กับผู้สูงอายุทั่วประเทศ อย่างน้อย 10 ล้านคน ซึ่งการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความคิดความจำ 2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7) ด้านการกลืนปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 9) ด้านสุขภาพช่องปาก

สำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนนั้น อสม. 1 คน (หมอคนที่ 1) จะให้บริการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 คน เมื่อออกค้นหา ดำเนินการคัดกรองแล้ว อสม. จะบันทึกข้อมูลประวัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและผลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในแอปพลิเคชัน “Smart อสม.” หากพบความผิดปกติ จะทำการส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอคนที่ 2) ทำการคัดกรองเชิงลึก หากพบว่าผิดปกติ จะมีการดำเนินการส่งต่อหมอเวชปฏิบัติ (หมอคนที่ 3) เพื่อทำแผนการดูแลรายบุคคลต่อไป ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ อสม. จะให้ความรู้ เรื่องการป้องกันและส่งเสริมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง นอกจากนี้แล้ว อสม. ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะต้องเข้ารับการคัดกรองสุขภาพด้วยเช่นกัน เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเองให้แก่ประชาชนต่อไป โดยนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2566 – 2567 อสม. สามารถคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนและพื้นที่รับผิดชอบไปกว่า 18,171,536 คน ทั่วประเทศ โดยพบความ

ถดถอยรายด้านมากที่สุด ดังนี้ 1) ด้านการมองเห็น 2) ด้านสุขภาพช่องปาก และ 3) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

4.3 การติดตามหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน

กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสนองพระราชดำริในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง และในการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2565 สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี องค์ประธาน ได้พระราชทานคำชี้แนะว่า “ควรมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชน” กระทรวงสาธารณสุข ได้น้อมนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และมอบนโยบายให้ อสม. ซึ่งเป็นกำลังหลักสำคัญที่จะสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ความเข้าใจกับประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดในการได้รับยาและทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน

โรคขาดสารไอโอดีน มีผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หากได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองและทางร่างกายของทารกที่อยู่ในครรภ์ซึ่งกระทบต่อการเรียนรู้และการเจริญเติบโตด้านร่างกายของเด็กได้ในอนาคต ได้แก่ ทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์ทารกพิการแต่กำเนิด ปัญญาอ่อน เป็นต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเฝ้าระวัง ป้องกัน และสื่อสารให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ได้รับทราบผลกระทบจากโรคขาดสารไอโอดีนและเข้าถึง (การได้รับและการได้กิน) ไอโอดีน อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนกระทั่งหลังคลอด 6 เดือน อสม. ที่ถือเป็นเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนในชุมชนมากกว่า 40 ปี จนกระทั่งกลายเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดังนั้น จึงได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชนและหมู่บ้านทั่วประเทศ โดย อสม. หมอคนที่ 1 เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการติดตามหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ให้เข้าถึง (รับและกิน) ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนกระทั่งหลังคลอด 6 เดือน ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นเครื่องมือหลักในการทำงานของ อสม. รวมถึงการขับเคลื่อนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ

ควบคุม และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 – 2570 โดย อสม. สามารถติดตามหญิงตั้งครรภ์หลังและหญิงหลังคลอด ได้ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการติดตาม จำนวน 59,945 คน 2) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน จำนวน 58,694 คน 3) หญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน จำนวน 53,812 คน 4) หญิงหลังคลอดได้รับการติดตาม จำนวน 31,519 คน 5) หญิงหลังคลอดได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน จำนวน 29,975 คนและ 6) หญิงหลังคลอดกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน จำนวน 26,144 คน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นเสาหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 อสม. ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการเป็นด่านหน้าในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การคัดกรองโรค และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดอีกด้วย

บทบาทที่สำคัญของ อสม. สามารถสรุปได้ดังนี้

- (1) เป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: อสม. มีบทบาทในการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- (2) เป็นสะพานเชื่อมระหว่างประชาชนกับระบบสุขภาพ: อสม. ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างทัน่วงที
- (3) เป็นผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้น: อสม. สามารถให้บริการสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจสุขภาพเบื้องต้น และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ
- (4) เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนางานสาธารณสุข: อสม. มีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความสำเร็จของ อสม. สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดย อสม. ได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติว่าเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

(1) การพัฒนาศักยภาพของ อสม.: ควรมีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

(2) การสนับสนุนจากภาครัฐ: ภาครัฐควรให้การสนับสนุน อสม. อย่างเต็มที่ ทั้งในด้านงบประมาณ อุปกรณ์ และนโยบาย เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ: ควรมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง อสม. กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

(4) การประเมินผลการดำเนินงาน: ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานของ อสม. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของ อสม. ให้ดียิ่งขึ้น

(5) การสร้างแรงจูงใจ: ควรมีการสร้างแรงจูงใจให้กับ อสม. เพื่อให้มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เช่น การให้รางวัล การยกย่องเชิดชูเกียรติ และการพัฒนาอาชีพ

(6) การใช้เทคโนโลยี: ควรนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสนับสนุนการทำงานของ อสม. เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับบันทึกข้อมูล การสื่อสาร และการประสานงาน

(7) การวิจัย: ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาบทบาทและผลกระทบของ อสม. ต่อระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงและพัฒนาระบบสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

สรุปแล้ว อสม. มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย และเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศ การส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของ อสม. จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. 2549. รายงานการศึกษา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง: การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา (Health Volunteers in the Context of Changes: Potentials and Development Strategies). กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
2. มินตรา สารรักษ์. 2553. การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Empowerment of Village Health Volunteers (VHV). อุบลราชธานี: วารสารวิชาการ มอว.ปท 12 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2553.
3. World Health Organization. 2020. อสม.ไทยกว่าล้านคน หรือ “ผู้ปิดทองหลังพระ” ช่วยสอดส่องดูแลให้ชุมชนห่างไกลโควิด 19. กรุงเทพมหานคร: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19-TH>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2567

การใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลลับแล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

พัทธธีรา อ่อนวงศ์¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสารเคมีทางการเกษตร เข้ามามีบทบาทและใช้ในด้านการเกษตรอย่างกว้างขวางและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องสถานการณ์ที่ชัดเจนคือข้อมูลปริมาณการนำเข้าสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของกรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ในปี 2565 พบว่าปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรสูงถึง 0.114 ล้านตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.32 จาก พ.ศ. 2563 ที่มีการนำเข้ารวม 0.098 ล้านตัน สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่ที่ใช้ภายในประเทศได้มาจากการนำเข้า ซึ่งมีแนวโน้มในการนำเข้าในปริมาณที่เพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้มีการตกค้างของสารกำจัดศัตรูพืชในผลผลิตทางการเกษตรและในสิ่งแวดล้อมในปริมาณที่มากตามไปด้วย โดยเฉพาะการสะสมในดินและน้ำ รวมถึงในห่วงโซ่อาหาร (กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2565) และข้อมูลการเข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ช่วง 10 เดือนของปีงบประมาณ 2562 (ข้อมูล 1 ต.ค. 61 - 17 ก.ค. 62) ได้รับรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยมีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,067 ราย เสียชีวิต 407 ราย เบิกจ่ายค่ารักษากว่า 14.64 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้นทุกปี โดยได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง ทำให้ประชาชนเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการจัดการแก้ไข บทความนี้จึงนำเสนอข้อมูลทั่วไป สถานการณ์เกี่ยวกับสารเคมีทางการเกษตร พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร และผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลับแล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ รวมถึงข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสารเคมีอย่างถูกต้องเหมาะสม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลลับแล ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประเทศไทย ปี พ.ศ.2561 จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้มาจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-10 พบผู้ป่วยด้วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 6,075 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 10.04 ต่อประชากรแสนราย โดยจังหวัดร้อยเอ็ด พบอัตราป่วยสูงสุด (37.08) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดลำปาง (28.93) และอุดรดิตถ์ (28.44) ตามลำดับ กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาชีพผู้ปลูกพืชไร่และพืชผัก จำนวน 2,622 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.16 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอาชีพคนงานรับจ้างทั่วไป จำนวน 1,281 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.09 และจากจำนวนผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด พบว่า เกิดจากสารเคมีกลุ่มสารกำจัดแมลงมากที่สุด จำนวน 2,950 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.56 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มสารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ จำนวน 1,783 ราย และกลุ่มสารกำจัดวัชพืช จำนวน 1,342 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.35 และ 22.09 ตามลำดับ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2562) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นว่าจังหวัดอุดรดิตถ์เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ

จากเอกสารผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ปีงบประมาณ 2564 ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกร จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2564 พบว่า เกษตรกรหรือกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจโดยใช้กระดาษ Reactive paper จำนวน 17,318 คน ผลการตรวจเลือดเกษตรกรที่มีความเสี่ยง เพื่อหาสารเคมีตกค้างในเลือดโดยใช้กระดาษ Reactive paper พบระดับความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 4,815 คน คิดเป็นร้อยละ 27.80 พบว่า อำเภอบ้านโคก ลับแล ตรอน พิชัย ทองแสนขัน และท่าปลา มีระดับที่สูงเกินร้อยละ 35 คือ ร้อยละ 62.96, 58.37, 56.71, 51.47, 40.26, และ 39.38 ตามลำดับ และผู้ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร รหัส T60.0 – T60.9 ของจังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2564 มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นอัตรา 5.73 ต่อแสนประชากร โดยสารกำจัดแมลง (T60.0 – T60.2) จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตรา 1.72 ต่อแสนประชากร สารกำจัดวัชพืช (T60.3) จำนวน 8 ราย คิดเป็นอัตรา 2.29 ต่อแสนประชากร สารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ (T60.4 – T60.9) จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตรา 1.72 ต่อแสนประชากร (เอกสารผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2564) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อแยกดูรายอำเภอพบว่าอำเภอลับแล พบเกษตรกรที่มีผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 58.37 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 35 และสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดอุดรดิตถ์

ตำบลชัยภูมิพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม โดยมีพื้นที่ที่ใช้ในการเกษตรมากถึงร้อยละ 80 ของพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยการทำนาปี การทำหอมแดง หอมแบ่งพริกและพืชล้มลุกทางการเกษตรอีกหลายชนิด เกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น เนื่องจากรูปแบบการเกษตรเปลี่ยนแปลงไป จากในอดีตซึ่งรูปแบบการเกษตรทำเพื่อการบริโภค มาเป็นการเกษตรเพื่อเศรษฐกิจ เกษตรกรต้องการเพิ่มผลผลิตจึงจำเป็นต้องมีการใช้สารเคมีในการกระตุ้นการเจริญเติบโต ประกอบกับมีการระบาดของศัตรูพืช จึงมีความจำเป็นต้องใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชก็เพิ่มสูงขึ้น ผลกระทบจากการใช้สารเคมีในการควบคุมและกำจัดศัตรูพืชจึงกระจายและขยายเป็นวงกว้าง และผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase) ในเลือดเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลับแล ปี 2566 จำนวน 200 คน พบว่า มีผลตรวจในระดับปกติ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 ระดับปลอดภัยจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00 ระดับมีความเสี่ยง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50 ระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีความสอดคล้องกับพื้นที่เกษตรที่ปลูกหอมแดง พริก พืชผัก และข้าว แสดงว่าเกษตรกรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลับแล ยังคงมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรอยู่เป็นจำนวนมากซึ่งในการนำมาใช้นั้นได้มีการใช้อย่างไม่ถูกวิธี ใช้สารเคมีด้วยความเคยชินและขาดความตระหนักถึงพิษภัยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรจึงทำให้มีผลกระทบกับด้านสุขภาพโดยตรง และมีแนวโน้มในการใช้สารเคมีทางการเกษตรเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ พฤติกรรมการใช้สารเคมีของเกษตรกรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเอง สิ่งแวดล้อม และผู้บริโภคที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมจากสารเคมีตกค้างในผลผลิตหรือธรรมชาติรอบข้าง บทความนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลับแล 2. เพื่อระบุปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร และ 3. เพื่อสร้างแนวทางแก้ไขปัญหและพัฒนาความรู้ของเกษตรกรให้มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องเหมาะสม

พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ประเด็นนำเสนอ ประกอบด้วย 2 ประเด็น ดังนี้

- 1) พฤติกรรมการใช้สารเคมีของเกษตรกร

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ (2556) ได้ให้ความหมาย ของพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แบ่งลักษณะของพฤติกรรมมี 2 ลักษณะ ดังนี้

1.พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นลักษณะการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคล ที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถรับรู้หรือทราบ ได้ว่ามีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือต่าง ๆ มาช่วยในการสังเกตพฤติกรรม เช่น ความคิด ค่านิยม ความเชื่อ

2.พฤติกรรมภายนอก (Over Behavior) เป็นลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาโดยผู้อื่นสามารถสังเกตและรับรู้ได้ เช่น การยืน การเดิน การนั่ง การนอน การพูด นอกจากนั้นพฤติกรรมภายนอกบางอย่างจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วย บันทึกพฤติกรรม เช่น เครื่องวัดคลื่นสมองพฤติกรรมภายนอกของเกษตรกรที่แสดงออกถึงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่สามารถ เห็นได้ชัดเจน เช่น การปฏิบัติตนก่อนใช้ ระหว่างใช้ และหลังใช้สารเคมี

พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลับแล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เกษตรกรมีการสัมผัสและใช้สารเคมี โดยสารเคมีที่ใช้ในขั้นตอนการผลิต 3 อันดับแรก คือ สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช สารเคมีกำจัดแมลงและสารเคมีกำจัดเชื้อรา ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase) ในเลือดของเกษตรกร เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลับแล ปี 2566 จำนวน 200 คน พบว่า มีผลตรวจในระดับปกติ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 ระดับปลอดภัย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00 ระดับมีความเสี่ยง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50 ระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด จะเห็นได้ว่าเกษตรกรมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรและยังมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่เหมาะสม จากการวิเคราะห์พฤติกรรมโดยภาพรวมจากการสอบถามและสังเกตพฤติกรรมของเกษตรกรในชุมชน พบว่า เกษตรกรใช้สารเคมีโดยไม่มีความรู้หรือไม่อ่านคำแนะนำก่อนใช้ ทำให้เกิดการใช้สารเคมีในปริมาณที่มากเกินไปจนความเป็นหรือไม่ถูกต้อง มีการผสมสารเคมีหลายชนิดเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกิดปฏิกิริยาทางเคมีที่เป็นอันตราย ขาดการป้องกันตนเองระหว่างการ ใช้สารเคมี ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากาก ถุงมือ หรือเสื้อคลุม ทำให้สัมผัสกับสารเคมีโดยตรง และมีการกำจัดบรรจุภัณฑ์สารเคมีอย่างไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีการแยกขยะก่อนทิ้ง ทิ้งขวดหรือภาชนะบรรจุลงในแหล่งน้ำหรือพื้นที่เกษตรอาจทำให้เกิดการปนเปื้อน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลลับแลสามารถแก้ไขได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การ

รับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม 3) ความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่น ๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ และ เมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว สิ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมคือการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ประกอบไปด้วย 4 วิธี คือ 1.) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2.) โดยการใช้ต้นแบบ 3.) การใช้คำพูดชักจูง และ 4.) การกระตุ้นทางอารมณ์

เพื่อให้เกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลับแล มีทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้สารเคมีทางการเกษตร ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องสารเคมีทางการเกษตร โดยให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้สารเคมี ทั้งก่อนการใช้สารเคมี ขณะใช้สารเคมี และหลังการใช้สารเคมี รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้อง เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากสารเคมีทางการเกษตร การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมี และหาแนวทางร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีเพื่อให้เกิดผลระยะยาว

2) ผลกระทบและแนวทางแก้ไขของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2562) ความเป็นพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำแนกตามชนิดของสารเคมีที่สำคัญ มีดังนี้สารออร์กาโนฟอสเฟต มีฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาท รอบนอก โดยจะจับกับตัวเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ซึ่งมีหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทหยุดการทำงาน ผลการจับ ตัวกับเอ็นไซม์ทำให้ปริมาณของเอ็นไซม์ ลดลง และมีผลต่อกล้ามเนื้อต่างๆ ต่อมต่างๆและกล้ามเนื้อเรียบซึ่ง ควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ในการทำงานมากกว่าปกติ เนื่องจากปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสมีไม่มากพอที่จะ หยุดการทำงาน พบอาการ ม่านตาหรี่ หายใจลำบาก เวียนศีรษะ อาเจียน มือสั่น เดินโซเซ ชัก หมดสติ ระบบกล้ามเนื้อพบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ที่กล้ามเนื้อ ต่อมต่าง ๆ ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมา มาก ต่อมเหงื่อขับเหงื่อออกมามาก

เมื่อวิเคราะห์ผลกระทบของการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร สามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเภทหลัก ดังนี้

1.ผลกระทบต่อสุขภาพ

1.1 สุขภาพของเกษตรกร การสัมผัสสารเคมีโดยตรงอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ อาการเฉียบพลัน เช่น ระคายเคืองผิวหนัง ตาแดง คลื่นไส้ วิงเวียน หรือหมดสติ อาการเรื้อรัง เช่น โรคทางเดินหายใจ มะเร็ง ความผิดปกติทางระบบประสาท

1.2 สุขภาพของผู้บริโภค สารตกค้างในผลผลิตเกษตรกรอาจทำให้เกิดอาการแพ้ หรือสารพิษสะสมในร่างกาย ผลกระทบระยะยาว เช่น มะเร็ง หรือปัญหาต่อระบบสืบพันธุ์

แนวทางการแก้ไข ให้ความรู้แก่เกษตรกรเรื่องวิธีใช้สารเคมีอย่างถูกต้องและปลอดภัย ส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากาก ถุงมือ และชุดป้องกัน ฝึกอบรมเกษตรกรในผลผลิต

2. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สารเคมีตกค้างอาจทำให้ดินเสื่อมสภาพ ลดความอุดมสมบูรณ์ สารเคมีไหลลงแหล่งน้ำ ทำให้เกิดมลพิษ ส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำ และทำลายความหลากหลายทางชีวภาพ เช่น การตายของแมลงที่มีประโยชน์ (เช่น ผึ้ง) หรือสัตว์ที่สัมผัสสารพิษ

แนวทางการแก้ไข สร้างระบบการจัดการน้ำเสียและป้องกันการปนเปื้อนในพื้นที่เกษตร ส่งเสริมการใช้ปุ๋ยอินทรีย์และสารทดแทนธรรมชาติ และการปลูกพืชหมุนเวียน

3. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การใช้สารเคมีมากเกินไปทำให้ต้นทุนการผลิตสูงขึ้น สารตกค้างในผลผลิตเกษตรกรอาจส่งผลให้สินค้าไม่สามารถจำหน่ายได้ และเกิดความเสียหายต่อทรัพยากรธรรมชาติ เช่น ดิน น้ำ และสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม ส่งผลกระทบต่อผลผลิตในระยะยาว

แนวทางการแก้ไข ลดการใช้สารเคมีโดยสนับสนุนวิธีเกษตรอินทรีย์หรือชีวภัณฑ์ สร้างตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์ปลอดสารพิษเพื่อเพิ่มมูลค่าผลผลิต

4. ผลกระทบต่อสังคม การใช้สารเคมีอาจสร้างความขัดแย้งระหว่างเกษตรกรและคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ผู้ที่อาศัยใกล้พื้นที่เกษตรอาจเผชิญความเสี่ยงจากการปนเปื้อนสารเคมี และผลผลิตที่มีสารตกค้างทำให้ผู้บริโภคไม่เชื่อมั่นในผลผลิตที่นำมาจำหน่าย

แนวทางการแก้ไข สร้างเครือข่ายเกษตรกรในชุมชนเพื่อช่วยกันควบคุมการใช้สารเคมี ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเกษตรกร ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบและแนวทางป้องกันในสังคม

การจัดการผลกระทบจากการใช้สารเคมีในเกษตรกรรมในลักษณะองค์รวม ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และเกษตรกรเอง โดยต้องมีแนวทางที่ชัดเจน มีการสร้างความรู้และความตระหนักในทุกระดับทั้งเกษตรกรและประชาชน มีการกำหนดและบังคับใช้นโยบายที่ชัดเจน เช่น จำกัดการนำเข้าและจำหน่ายสารเคมีอันตราย การสร้างความร่วมมือในชุมชน สร้างกลุ่มเกษตรกรเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย

และการเฝ้าระวังและการจัดการผลกระทบในระยะยาว โดยทางโรงพยาบาลลับแล ได้มีส่วนช่วยสนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษ ได้เปิดตลาดสีเขียว บริเวณพื้นที่โรงพยาบาลทุกวันพุธ เพื่อเปิดโอกาสให้เกษตรกรนำผลผลิตมาจำหน่าย รวมทั้งผู้บริโภคก็ได้รับประทานผักปลอดสารเคมี

สรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร ถือว่าเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในภาคการเกษตรของประเทศไทย สาเหตุหลักเกิดจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องประเด็นที่สำคัญ คือการใช้สารเคมีอย่างไม่ถูกต้องและขาดความระมัดระวัง ผลที่ตามมาคือ สุขภาพของเกษตรกรเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว สภาพดินเสื่อมทำให้ประสิทธิภาพการปลูกพืชลดลง การประสบปัญหาเรื่องโรคและแมลงมากกว่าในอดีต เนื่องจากระบบนิเวศน์ถูกทำลาย เช่น ตัวห้ำ ตัวเบียน และจุลินทรีย์อื่นๆ ถูกทำลายไป (สนาน ผดุงศิลป์, 2556)

การใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรมมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มผลผลิต เพื่อตอบสนองความต้องการในตลาด แต่กลับสร้างผลกระทบที่รุนแรงและกว้างขวางในหลายมิติ ทั้งต่อสุขภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม ข้อมูลพบว่าการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สารเคมีเหล่านี้ตกค้างในดิน น้ำ และผลผลิตทางการเกษตร ส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหารโดยตรง และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของทั้งเกษตรกรและผู้บริโภค ในพื้นที่โรงพยาบาลลับแล เกษตรกรยังคงมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้โดยไม่มีความรู้ ไม่อ่านคำแนะนำ หรือผสมสารเคมีหลายชนิดเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง นอกจากนี้ เกษตรกรยังขาดการป้องกันตนเอง และกำจัดการรุกรานสารเคมีอย่างไม่ถูกวิธี เช่น การทิ้งลงแหล่งน้ำ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สะท้อนถึงการขาดความตระหนักในพิษภัยของสารเคมี การใช้ด้วยความเคยชินและไม่ตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนใช้งาน ทำให้ปัญหาขยายตัวและส่งผลกระทบร้ายแรง เกษตรกรเป็นกลุ่มที่ได้รับความเสี่ยงโดยตรงจากการสัมผัสสารเคมี การฉีดพ่นหรือการใช้งานสารเคมีโดยไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจ ปัญหาทางระบบประสาท หรือโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง อาการเริ่มต้นอาจเป็นเพียงระคายเคืองผิวหนัง ตาแดง หรือเวียนศีรษะ แต่สามารถพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระยะยาวได้ผลกระทบต่อผู้บริโภค สารเคมีที่ตกค้างในผลผลิตทางการเกษตรสามารถก่อให้เกิดอาการแพ้ สารพิษสะสมในร่างกาย หรือโรคร้ายเรื้อรัง เช่น มะเร็ง และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ ในด้านสิ่งแวดล้อม สารเคมีทางการเกษตรเหล่านี้ จะตกค้างในดินและน้ำ ทำให้ทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมสภาพ ดินขาดความอุดมสมบูรณ์ และน้ำปนเปื้อน ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศ สัตว์ที่มีประโยชน์ เช่น ผึ้ง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผสมเกสรพืช ถูกทำลายและลดจำนวนลง ส่งผล

กระทบต่อความสมดุลของระบบนิเวศโดยรวม การใช้สารเคมีเกินความจำเป็นยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของเกษตรกรโดยตรง ต้นทุนการผลิตเพิ่มขึ้น และหากผลผลิตมีสารเคมีตกค้างเกินค่ามาตรฐาน อาจถูกปฏิเสธไม่สามารถนำผลผลิตมาจำหน่ายได้ ทำให้เกษตรกรสูญเสียรายได้และโอกาสทางการค้า อีกทั้งการเสื่อมสภาพของดินและน้ำยังส่งผลกระทบต่อผลผลิตในระยะยาว ทำให้ผลผลิตลดลงและเพิ่มภาระต้นทุนในการฟื้นฟูพื้นที่เกษตรกรรม ในด้านสังคม การใช้สารเคมีอย่างไม่เหมาะสมอาจสร้างความขัดแย้งระหว่างเกษตรกรและชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ เช่น การปนเปื้อนของน้ำในแหล่งน้ำชุมชน นอกจากนี้ ผลกระทบที่เกษตรกรที่มีสารตกค้างยังลดความเชื่อมั่นของผู้บริโภค การแก้ปัญหาการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรมจึงต้องดำเนินการในลักษณะองค์รวม โดยสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ชุมชน และเกษตรกรเอง การให้การศึกษาและสนับสนุนเกษตรกรในทางเลือกที่ปลอดภัย เช่น การเกษตรอินทรีย์ และการจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน (IPM) เป็นต้น

การจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน (Integrated Pest Management: IPM) คือ แนวทางการจัดการศัตรูพืชที่ผสมผสานหลายวิธีการอย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อลดความเสียหายที่เกิดจากศัตรูพืช โดยให้ความสำคัญกับการรักษาสมดุลของระบบนิเวศ ลดการพึ่งพาสารเคมี และลดผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อม หลักการสำคัญของ IPM มีดังนี้

- 1.การป้องกัน (Prevention) ลดโอกาสที่ศัตรูพืชจะเกิดหรือขยายพันธุ์โดยใช้วิธีป้องกัน เช่น เลือกพันธุ์พืชที่ต้านทานโรคและแมลง, จัดการแปลงปลูกให้สะอาดและถูกสุขลักษณะ และปลูกพืชหมุนเวียนหรือตัดวงจรชีวิตของศัตรูพืช

- 2.การตรวจสอบ (Monitoring) เฝ้าระวังและสำรวจแปลงปลูกอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุชนิดและปริมาณของศัตรูพืช รวมถึงศัตรูธรรมชาติ เช่น แมลงที่กินศัตรูพืช

- 3.การประเมิน (Assessment) ประเมินระดับความเสียหายหรือจำนวนศัตรูพืชว่าถึงระดับที่จำเป็นต้องควบคุมหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ระดับความเสียหายทางเศรษฐกิจ (Economic Threshold Level)

- 4.การควบคุม (Control) ใช้วิธีการควบคุมศัตรูพืชที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยเรียงลำดับจากวิธีการที่มีผลกระทบต่ำที่สุดจนถึงสูงที่สุด ดังนี้

- 4.1 วิธีทางชีวภาพ (Biological Control) ใช้ศัตรูธรรมชาติ เช่น แมลงตัวห้ำ ตัวเบียน เชื้อรา หรือไวรัสที่ทำลายศัตรูพืช

- 4.2 วิธีทางกายภาพและกลไก (Physical and Mechanical Control) ใช้กับดัก การดักจับ การกำจัดด้วยมือ หรืออุปกรณ์กำจัดศัตรูพืช

4.3 วิธีการปลูกพืช (Cultural Control) ใช้การจัดการการปลูก เช่น ปลูกพืชหมุนเวียน เว้นระยะห่างในการปลูก หรือการปลูกพืชหลากหลายชนิด เพื่อลดความเสี่ยง

4.4 การใช้สารเคมี (Chemical Control) ใช้สารเคมีอย่างระมัดระวังเท่าที่จำเป็น โดยเลือกสารที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด และใช้ตามคำแนะนำ

การจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน เป็นหัวใจสำคัญในการลดผลกระทบ เพราะเป็นแนวทางที่เน้นความสมดุลและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับเกษตรกรที่ต้องการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีและเพิ่มความยั่งยืนในระยะยาว หากเกษตรกรสามารถลดการพึ่งพาสารเคมีและสร้างระบบการเกษตรที่ยั่งยืน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของทุกภาคส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบเชิงลบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.) สร้างความเข้าใจและความตระหนักของเกษตรกร ต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เกษตรกรในเขตพื้นที่โรงพยาบาลลับแล จัดกิจกรรมประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร มีกิจกรรมดังนี้

1.1 การให้ความรู้ในเรื่องสถานการณ์การใช้สารเคมีทางการเกษตร ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้สารเคมี ทั้งก่อนการใช้สารเคมี ขณะใช้สารเคมี และหลังการใช้สารเคมี รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้อง เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากสารเคมีทางการเกษตร

1.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตร ทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม และสร้างความมั่นใจในความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีให้ถูกต้องเหมาะสม

1.3 การรวมกลุ่มเกษตรกรและหาแนวทางร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมี ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ชุมชน และสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด นำไปสู่พฤติกรรมระยะยาว

2.) จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร สำหรับเกษตรกร ให้เกษตรกรกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตร เพิ่มขึ้น โดยเกษตรกรสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร ไปปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัย ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้

- 2.1) กิจกรรมการปฏิบัติและทดลอง สาธิตวิธีการใช้สารเคมีที่ถูกต้อง เช่น การผสม การฉีดพ่นและการจัดเก็บสารเคมี สอนวิธีการใส่และถอดชุดป้องกันอย่างถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยง โดยให้เกษตรกรทดลองปฏิบัติภายใต้คำแนะนำของวิทยากร
- 2.2) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ จัดประกวดเกษตรกรตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมี ปลอดภัยมีการมอบรางวัลเล็กๆน้อยๆและประกาศนียบัตร เพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่เกษตรกร
- 2.3) กิจกรรมส่งเสริมชุมชนต้นแบบ สร้างกลุ่มชุมชนในเขตโรงพยาบาลลับแลที่ เกษตรกรสามารถนำแนวปฏิบัติที่ปลอดภัยไปใช้จริง และให้ชุมชนอื่นมาเรียนรู้
- 2.4) กิจกรรมฝึกสอนการทำปุ๋ยหมัก ปุ๋ยอินทรีย์ และสารไล่แมลงจากวัตถุดิบธรรมชาติ
- 3.) สนับสนุนให้เกษตรกรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลับแล มีการจัดตั้งกลุ่ม เพื่อช่วยกัน สำรวจ สอดส่อง ดูแล เรื่องของการตรวจสภาพอุปกรณ์ก่อนการใช้สารเคมีทางการเกษตรทุกครั้ง การใช้สารเคมีตามฉลากที่กำหนดอย่างเคร่งครัด และเมื่อเกิดความสงสัยหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับการใช้ สารเคมีให้สอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้นำสารเคมีนั้นๆ มาจำหน่ายก่อนใช้ เพื่อให้เกษตรกร ได้มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรได้ถูกต้อง

5.เอกสารอ้างอิง

1. 1.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์และเทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์. (2556). พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
2. สาคร ศรีมุข. (2556). ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทย. บทความ วิชาการสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, ปีที่3 ฉบับที่17 กันยายน 2556.
3. สนาน ผดุงศิลป์. (2556). ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบล วังสรรพรส อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. เอกสารผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธ.ค.67]. เข้าถึงได้จาก: <https://utoapp3.moph.go.th/app2/inspector/views/uploads/61f8d6650910f-103bbb220ca1e06cf3e64b93f8281bd1-8.pdf>

5. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธ.ค.67]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.onep.go.th/%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B8%9A%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%83%E0%B8%8A%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A1/>
6. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร ปี 2551-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธ.ค.67]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.tcjithai.com/news/2019/10/scoop/9456>

**การบริหารจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี**
(Management of infectious waste in hospitals under
the Ministry of Public Health in Kanchanaburi Province)

กาญจน์ สัจจา (Karn Sajja)¹

บทคัดย่อ

ขยะติดเชื้อเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญปัญหาหนึ่ง ขยะมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลเป็นขยะมูลฝอยที่อันตรายมาก เนื่องจากมีเชื้อโรคปะปนอยู่ เช่น สลัดเปื้อนเลือด เข็มฉีดยา ผ้าก๊อซ เศษชิ้นส่วนอวัยวะต่างๆของร่างกาย หากละเลยการจัดการขยะติดเชื้อ อาจทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายสู่คน ชุมชน และสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นควรต้องมีระบบการบริหารจัดการขยะติดเชื้อตั้งแต่แหล่งกำเนิดมีการคัดแยกออกจากขยะประเภทอื่น ไม่ปะปนกัน มีภาชนะรองรับขยะติดเชื้อ การนำขยะติดเชื้อไปกำจัดมีหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การเผาในเตาเผา ทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ ทำลายเชื้อด้วยความร้อน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

บทนำ

มูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ให้คำนิยามมูลฝอยติดเชื้อ หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือ ใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และ การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือ ซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

- 1) ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ และการใช้สัตว์ทดลอง
- 2) วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว สไลด์ และแผ่นกระจกปิดสไลด์
- 3) วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือดผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ หรือวัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สำลี ผ้าก๊อช ผ้าต่างๆ และท่อยาง
- 4) มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง

WHO (Safe management of wastes from Health-care activities, 2014) กำหนดนิยามของมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งที่มีก่อให้เกิดโรค เช่น แบคทีเรีย ไวรัส ปรสิตร เชื้อราที่มีความเข้มข้นหรือปริมาณเพียงพอที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคได้ซึ่งรวมถึงสิ่งของที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งต่างๆ จากร่างกาย รวมถึงเลือด องค์ประกอบของเลือดและ สารคัดหลั่งต่างๆ จากร่างกายที่ปนเปื้อนเสื้อผ้า ผ้าพันแผล ฟองน้ำ ถุงมือ ผ้าปิดปาก เสื้อคลุม ผ้า màn และ ของใช้อื่นๆ รวมทั้งสิ่งของที่มีการสัมผัสกับเลือดของผู้ป่วยที่มีการฟอกไต ห้องปฏิบัติการเพาะเชื้อที่เกี่ยวข้องกับจุลินทรีย์ก่อโรค โดยของเสียทุกชนิดที่อาจปนเปื้อนเชื้อที่ก่อให้เกิด โรคให้ถือเป็นมูลฝอยติดเชื้อที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เลือด องค์ประกอบของเลือด ของเหลว ของเสียจากเนื้อเยื่อ 4 ของคนและสัตว์ศพและซากสัตว์ที่ติดเชื้อโรคที่มีความเสี่ยงสูง เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการและเครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการ เป็นต้น สิ่งของจากผู้ป่วยติดเชื้อจากห้องแยกโรค มูลฝอยจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจากห้องแยกโรค ให้รวมถึงของเสียที่ขับออกจากร่างกาย เสื้อผ้าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือการติดเชื้อจากบาดแผล เสื้อผ้าที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย หากสิ่งของที่ไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยติดเชื้อและไม่มีการปนเปื้อนเลือดหรือสาร คัดหลั่งจากร่างกายอาจถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีสถานพยาบาลไม่สามารถจัดให้มีห้องแยกโรคเนื่องจากมีทรัพยากรที่จำกัด ให้ถือว่าของเสียที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น เพื่อเป็นการ

ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล นอกจากนี้ จากนิยามของ WHO ยังมีมูลฝอยอีก 2 ประเภทที่จัดว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อด้วย คือ มูลฝอยประเภทมีคม คือ สิ่งของที่ใช้ในการผ่าตัดบาดแผล การเย็บ การฉีดยา การฉีดยา การฉีดยา ขนาดเล็ก และใบมีดอื่นๆ ชุดน้ำเกลือ เศษแก้ว เลื่อย และปิเปต ถึงแม้ว่าสิ่งของต่างๆ เหล่านี้ไม่มีการปนเปื้อน เชื้อที่ก่อให้เกิดโรค แต่เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ควรมีการจัดการด้วยวิธีเดียวกับมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยพยาธิสภาพ ถือได้ว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อประเภทหนึ่ง แต่ต้องมีการจัดการเป็นพิเศษตั้งแต่กระบวนการเก็บขน บำบัด และกำจัด มูลฝอยพยาธิสภาพประกอบด้วยเนื้อเยื่อ อวัยวะ และส่วนต่างๆ ของร่างกาย เลือด สารคัดหลั่งจากร่างกาย และรวมถึงมูลฝอยอื่นๆ ที่เกิดจากการศัลยกรรมและการชันสูตรศพของผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังรวมถึงทารกในครรภ์และซากสัตว์ในบางครั้งอาจเรียกขึ้นส่วนต่างๆ ของร่างกายมนุษย์และสัตว์ว่าเป็นมูลฝอยจากชิ้นส่วนของร่างกายก็ได้ สรุปได้ว่า มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งที่มีเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคที่มีความเข้มข้น หรือปริมาณเพียงพอที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคได้ เช่น มูลฝอยที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย มูลฝอย จากห้องปฏิบัติการเพาะเชื้อที่เกี่ยวข้องกับจุลินทรีย์ก่อโรค สิ่งของจากผู้ป่วยติดเชื้อจากห้องแยกโรค มูลฝอย ประเภทมีคม และมูลฝอยพยาธิสภาพในส่วนของการปฏิบัติงานเบื้องต้นนั้น สามารถใช้คำนิยาม “มูลฝอยติดเชื้อ” ของ WHO และคำนิยามจากกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ร่วมกันในการวิเคราะห์ประเภทของมูลฝอยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อหรือไม่ เมื่อสามารถวิเคราะห์ประเภทมูลฝอยได้จะช่วยทำให้การบริหารจัดการคัดแยกมูลฝอยประเภทต่างๆ ได้ง่ายขึ้น

ประเภทของมูลฝอยในสถานบริการการสาธารณสุข

การจัดการมูลฝอยในสถานบริการการสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการคัดแยกมูลฝอยออกเป็น 4 ประเภท คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน และมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยแต่ละประเภทนั้น มีขั้นตอนในการจัดการ ที่เหมือนกันคือการคัดแยกการเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้ายและการกำจัด แต่มีหลักปฏิบัติที่แตกต่างกันตามประเภทของมูลฝอย โดยมูลฝอยแต่ละ ประเภทมีลักษณะ ดังนี้

1. มูลฝอยรีไซเคิล (Recycle waste) หมายถึง มูลฝอยที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ เช่น กระดาษ แก้ว พลาสติก ขวดน้ำดื่ม เป็นต้น
2. มูลฝอยทั่วไป (General waste) หมายถึง มูลฝอยทั่วไปที่เกิดจากหอพักเจ้าหน้าที่ โรงอาหาร สำนักงาน บริเวณสาธารณะ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาวิจัยเชื้อโรค เช่น เศษผัก เศษผลไม้ ใบไม้ ภาชนะบรรจุอาหาร เศษอาหาร

3. มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน (Hazardous waste) หมายถึง มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีการจัดการด้วยวิธีเฉพาะ เช่น ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ แบตเตอรี่ กระป๋องสเปรย์ บรรจุก๊าซสารเคมี ยาหมดอายุ ยาเคมีบำบัด สารรังสี เป็นต้น

4. มูลฝอยติดเชื้อ (Infectious waste) หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณ หรือความเข้มข้นที่สามารถทำให้เกิดโรคได้ ถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้น และหมายความรวมถึงมูลฝอย ที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรค การทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือ ซากสัตว์ รวมทั้งการศึกษาวัยัยกับเรื่องดังกล่าว ได้แก่ ซาก หรือชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์จากการผ่าตัด ตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์และการใช้สัตว์ทดลอง วัสดุของมีคม เช่น ใบมีด เข็ม กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้วแผ่นกระจกปิดสไลด์ เป็นต้น

ขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

1. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ โดยการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่นๆ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ไปกำจัดให้น้อยลงและคัดแยกตามประเภท ของมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่นๆ



คัดแยกตามประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ คือ มูลฝอย ติดเชื้อประเภทมีคมและมูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม



มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม



มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม

2. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ต้องดำเนินการ ณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โดยการทิ้ง ลงในภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีสีแดงทึบแสงและมีข้อความสีดำขนาดชัดเจนว่า “มูลฝอยติดเชื้อ” อยู่ภายใต้ รูปหัวกะโหลกไขว้คู่กับตราสัญลักษณ์ที่ระหว่างประเทศ และต้องมีข้อความว่า “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และ “ห้ามเปิด” ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยตนเอง จะต้องระบุ ชื่อโรงพยาบาลนั้นๆ ไว้บนภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและในกรณีที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อไว้ เพื่อบรรจุไปกำจัดเกินกว่า 7 วัน นับแต่วันที่เกิดมูลฝอยติดเชื้อให้ระบุวันที่เกิดมูลฝอยติดเชื้อมาก่อนไว้บนภาชนะบรรจุ มูลฝอยติดเชื้อมันด้วย

ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมต้องเป็นกล่องหรือถัง ทำด้วยวัสดุที่มีความแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็ง หรือโลหะ มีฝาปิดมิดชิดและสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก โดยผู้ขนย้ายต้องไม่มีการสัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อ ใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภท เข็มฉีดยา ใบมีด แผ่นปิดสไลด์ เป็นต้น โดยให้บรรจุมูลฝอย ติดเชื้อไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของความจุภาชนะบรรจุเพื่อเหลือที่ไว้ปิดฝาภาชนะและป้องกันการหกหล่นหรือแทงทะลุขณะปิดฝาภาชนะ

ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม เป็นถุงสีแดง ทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่น ที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทาน ต่อสารเคมีการรับน้ำหนักกันน้ำได้ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม ใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทผ้าก๊อช สำลีชิ้นเนื้อต่างๆ เป็นต้น โดยให้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของความจุของภาชนะบรรจุ เพื่อเหลือเนื้อที่ไว้จับยกและมัดปากถุงให้แน่นด้วยเชือก



3. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ เป็นการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานบริการการสาธารณสุขโดยการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจากจุดต่างๆ มาเก็บรวบรวมยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อเพื่อรอการขนไปกำจัด เนื่องจากสถานบริการการสาธารณสุขมีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออยู่หลายแห่ง จึงต้องมีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากจุดต่างๆ อย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดเส้นทางและเวลา ที่ทำการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอนไปยังสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อรอการขนย้ายไปกำจัดต่อไปซึ่งต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะ



4. การขนมูลฝอยติดเชื้อ เป็นการนำมูลฝอยติดเชื้อจากสถานบริการสาธารณสุข ขนส่งไปยังสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ภายนอก ต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะ ดังนี้

4.1 ใช้ยานพาหนะสำหรับขนมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น โดยมีลักษณะดังนี้ คือ ตัวถังปิดทึบผนังด้านในต้องบุด้วยวัสดุที่ทนทาน ทำความสะอาด ได้ง่าย ไม่รั่วซึม ในกรณีที่เป็นยานพาหนะสำหรับใช้ขนมูลฝอยติดเชื้อ จากที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่เก็บไว้นานกว่า 7 วัน ภายในตัวถังของยานพาหนะนั้นต้องสามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ที่ 10 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่านั้นได้ และจะต้องติดเครื่องเทอร์โมมิเตอร์ ที่สามารถอ่านค่าอุณหภูมิภายในตัวถังไว้ด้วย มีข้อความสีแดงที่มีขนาดสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ปิดไว้ที่ภายนอกตัวถังด้านข้างทั้งสองด้านว่า “ใช้เฉพาะขนมูลฝอยติดเชื้อ”

4.2 ต้องขนมูลฝอยติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอตามวันและเวลาที่กำหนด

4.3 ผู้ขับขี่และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ

4.4 ต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม สำหรับผู้ขับขี่และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ

4.5 จัดให้มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการตกหล่น หรือการรั่วไหลของมูลฝอยติดเชื้อ อุปกรณ์หรือเครื่องมือป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสื่อสาร สำหรับใช้ติดต่อแจ้งเหตุ อยู่ในยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อตลอดเวลาที่ทำการขนมูลฝอยติดเชื้อ

4.6 ผู้ขับขี่ยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ ต้องระมัดระวังมิให้มูลฝอยติดเชื้อและภาชนะ สำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อตกหล่นในระหว่างการขน

4.7 ห้ามนำยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อไปใช้ในกิจการอย่างอื่น และให้ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อหลังการปฏิบัติงานทุกครั้งด้วยสารโซเดียมไฮโปคลอไรท์ที่มีความเข้มข้น 5,000 ppm (0.5%) หรือฉีดพ่นด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทั้งไว้นาน 30 นาที



5. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นการทำลายเชื้อโรคที่มีอยู่ในมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อป้องกันอันตรายหรือผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม การพิจารณาเลือกวิธีการกำจัดนั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของเทคโนโลยีที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ ความถูกต้องตามหลักวิชาการซึ่งขั้นตอนในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

5.1 การทำลายเชื้อโรค เป็นการทำลายเชื้อที่มีอยู่ในมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีการที่ได้มาตรฐาน ได้แก่

- การเผาโดยใช้เตาเผา การทำลายเชื้อด้วยการเผาเป็นวิธีที่สามารถทำลายเชื้อโรคได้มากที่สุด ผลจากการเผาจะทำให้มีเถ้าตกค้าง ซึ่งจะนำไปกำจัดโดยใช้วิธีการเดียวกับมูลฝอยทั่วไป การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยการเผาในเตาเผา ต้องมี 2 ห้องเผา คือ ห้องเผาแรก คือ ห้องเผามูลฝอยติดเชื้อต้องมีอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 760 องศาเซลเซียส และห้องเผาที่ 2 คือ ห้องเผาวันและก๊าซพิษต้องมีอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 1,000 องศาเซลเซียส รวมทั้งต้องมีการควบคุมมาตรฐานอากาศเสียที่ปล่อยออกจากเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ ให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด



- การทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ สามารถทำลายเชื้อโรควิธีหนึ่งโดยใช้ความร้อนชื้น คือ มีไอน้ำ และจะต้องมีการเพิ่มความดันให้สูงกว่า ความดันบรรยากาศปกติ 15 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ซึ่งจะทำให้จุดเดือดของน้ำเพิ่มเป็น 121 องศาเซลเซียส ซึ่ง ณ อุณหภูมินี้จะสามารถฆ่าเชื้อและสปอร์ได้ ภายในเวลาประมาณ 15 นาที โดยที่มีไอน้ำมารวมด้วย ระบบทำลายเชื้อด้วยไอน้ำจะได้ผลดีขึ้นอยู่กับระยะเวลาอุณหภูมิ และไอน้ำไปสัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อทุกส่วน ภายหลังการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีดังกล่าว ต้องมีการตรวจสอบเกณฑ์มาตรฐานทางชีวภาพ โดยวิธีการตรวจวิเคราะห์เชื้อบะซิลลัส สะเทียโรเธอร์โมฟิลัส หรือบะซิลลัสซบทีลิส

5.2 การกำจัดขั้นสุดท้าย เป็นการนำมูลฝอยติดเชื้อ ที่ผ่านการทำลายเชื้อจนปลอดภัยแล้ว นำไปกำจัดด้วยวิธีการที่ถูกหลักสุขาภิบาล เช่น การฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล (Sanitary landfill) ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี

จากสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อ ปี 2566 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้น จำนวน 79,766.18 ตัน ลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 27.77 โดยมีแหล่งกำเนิดส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาล สถานพยาบาล สัตว์ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย และแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ เช่น มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน สถานดูแลผู้สูงอายุ ห้องพยาบาลในโรงงาน เป็นต้น ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั้งหมด ได้รับการเก็บขนและนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง จำนวน 78,896.73 ตัน (ร้อยละ 98.91) สำหรับรูปแบบการกำจัด มูลฝอยติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นการเก็บขนไปกำจัดภายนอกแหล่งกำเนิด ซึ่งส่วนใหญ่กำจัดด้วยวิธีการเผาโดยเตาเผาของเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อทั่วประเทศ จำนวน 20 แห่ง แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 แห่ง ภาคเอกชน จำนวน 8 แห่ง และสถาบันการศึกษา จำนวน 3 แห่ง มีศักยภาพการกำจัดรวม 516.5 ตัน ต่อวัน และมีบางส่วนถูกกำจัด ณ แหล่งกำเนิด ซึ่งทั้งหมดเป็นโรงพยาบาล ที่ดำเนินการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อด้วยตนเอง ณ แหล่งกำเนิด จำนวน 30 แห่ง แบ่งเป็นการเผาในเตาเผา จำนวน 18 แห่ง และการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ จำนวน 12 แห่ง

ในปี 2567 จังหวัดกาญจนบุรี มีสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง จำนวน 877 เตียง โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง จำนวน 724 เตียง มีปริมาณ

มูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้น รวม 1.07 ตัน/วัน หรือ 367.1 ตัน/ปี โดยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดกาญจนบุรี แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ จ้างบริษัทเอกชนเก็บขนนำไปกำจัด จำนวน 15 แห่ง จัดการโดย จ้างบริษัทเอกชน เก็บขนและนำไปกำจัดโดยวิธีการเผาในเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ โดยมีบริษัทเอกชน จำนวน 3 บริษัทที่เข้ามาดำเนินการ ได้แก่ ห้างหุ้นส่วนจำกัดไทยเอ็นไวรอนเม้นท์ ซีเอสเอ็มเอส ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.เรืองโรจน์ สระบุรี และบริษัท ไอซี ควอลิตี้ ซีเอสเอ็ม จำกัด และดำเนินการกำจัดเอง จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสังขละบุรี

ตารางที่ 1 ปริมาณขยะติดเชื้อของจังหวัดกาญจนบุรีที่กำจัดอย่างถูกต้อง (2565-2567)

ลำดับ	รายชื่อ	อำเภอ	2565 (ตัน/ปี)		2566 (ตัน/ปี)		2567 (ตัน/ปี)	
			กำจัด เอง (ตัน/ปี)	ส่งบริษัท กำจัด (ตัน/ปี)	กำจัด เอง (ตัน/ปี)	ส่ง บริษัทกำจัด (ตัน/ปี)	กำจัด เอง (ตัน/ปี)	ส่ง บริษัท กำจัด (ตัน/ปี)
1	รพ.พหลพล พยุหเสนา	เมือง กาญจนบุรี		277.8		251.9		185.7
2	รพ.มะการักษ์	ท่ามะกา		132.7		84.9		77.1
3	รพ.สมเด็จพระ องค์ที่ ๑๙	ท่าม่วง		65.6		33.1		25.8
4	รพ.ทองผาภูมิ	ทองผาภูมิ		39.1		25		18.2
5	รพ.เจ้าคุณ ไพบุลย์พนม ทวน	พนมทวน		37.7		32.3		16.8
6	รพ.บ่อพลอย	บ่อพลอย		24.3		13		10.9
7	รพ.สังขละบุรี	สังขละบุรี	10.3		9.6		7.3	
8	รพ.ด่านมะขาม เตี้ย	ด่าน มะขามเตี้ย		15.4		10.4		4.8
9	รพ.เลาขวัญ	เลาขวัญ		14.3		8.7		7.2
10	รพ.ไทรโยค	ไทรโยค		14.9		11.7		8.2
11	รพ.ห้วยกระเจา เฉลิมพระ	ห้วย กระเจา		18.5		10.6		7.3

ลำดับ	รายชื่อ	อำเภอ	2565 (ตัน/ปี)		2566 (ตัน/ปี)		2567 (ตัน/ปี)	
			กำจัด	ส่งบริษัท	กำจัด	ส่ง	กำจัด	ส่ง
			เอง (ตัน/ปี)	กำจัด (ตัน/ปี)	เอง (ตัน/ปี)	บริษัทกำจัด (ตัน/ปี)	เอง (ตัน/ปี)	บริษัท กำจัด (ตัน/ปี)
	เกียรติ 80							
	พรรษา							
12	รพ.สมเด็จพระ	ไทรโยค		9.6		4.6		3.7
	พระปิยะ							
	มหาราชรมณีย							
	เขต							
13	รพ.หนองปรือ	หนองปรือ		21.5		5.5		6.3
14	รพ.สถานพระ	หนองปรือ		6.3		4.2		4.1
	บารมี							
15	รพ.ท่ากระดาน	ศรีสวัสดิ์		7.6		1.4		5.7
16	รพ.ศุภศิริศรี	ศรีสวัสดิ์		2.9		0.4		1.7
	สวัสดิ์							
	รวม		10.3	688.2	9.6	497.7	7.3	383.5

ที่มา : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม (ระบบ manifest online)

จากตารางที่ 1 พบว่าการกำจัดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรีที่กำจัดอย่างถูกต้อง 3 ปีย้อนหลัง (2565-2567) ปริมาณขยะติดเชื้อที่กำจัดอย่างถูกต้องทั้งหมด ได้แก่ 688.2 ตัน/ปี, 497.7 ตัน/ปี และ 383.5 ตัน/ปี ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2565 ปริมาณกำจัดขยะติดเชื้อมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์โควิดเกิดการระบาดในประเทศไทย ทำให้เกิดปริมาณขยะติดเชื้อเป็นจำนวนมาก และปี พ.ศ. 2566 ปริมาณการกำจัดขยะติดเชื้อลดลง ประชาชนมีการป้องกันตนเอง นิดตัวขึ้นป้องกันโรคโควิด-19 จึงทำให้ผู้ติดเชื้อลดลง สถานการณ์ดีขึ้น สุโรครประจำถิ่น

ในด้านการควบคุมกำกับ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ได้พัฒนาระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (E-Manifest) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นเครื่องมือรองรับการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแบบบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๖๕ ได้กำหนดให้ผู้รับผิดชอบแหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ ผู้รับขนมูลฝอยติดเชื้อและผู้รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อต้องใช้งานระบบควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอย

ติดเชื่อทุกครั้งที่มีการขนมูลฝอยติดเชื่อ หรือกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ ณ แหล่งกำเนิด ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖7 ของจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด จำนวน ๑๖ แห่ง มีการเข้าใช้งานในระบบ E-Manifest จำนวน ๑๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เนื่องจากมูลฝอยติดเชื่อ จัดเป็นของเสียอันตรายมีเชื้อโรคปะปน และหากได้รับการจัดการที่ไม่ถูกต้อง ตั้งแต่กระบวนการคัดแยก เก็บรวบรวม ขนส่ง และกำจัด อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การบริหารจัดการขยะติดเชื่อในโรงพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและความปลอดภัยของบุคลากรและไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ชุมชนรอบข้าง จึงควรมีมาตรการที่สำคัญดังนี้

1. การจัดการที่ต้นทางคัดแยกขยะอย่างถูกต้อง ให้มีจุดคัดแยกขยะติดเชื่อ ขยะทั่วไป และขยะรีไซเคิลชัดเจน พร้อมป้ายสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับเกี่ยวกับการคัดแยกและจัดการขยะติดเชื่ออย่างถูกต้อง
2. การเก็บรวบรวมและขนส่ง มีการใช้ถุงหรือภาชนะที่ปิดชิด ทนทาน และระบุสัญลักษณ์ขยะติดเชื่ออย่างชัดเจน จ้างบริษัทขนส่งขยะติดเชื่อที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ
3. การกำจัดขยะติดเชื่อ ส่งขยะติดเชื่อไปยังศูนย์กำจัดขยะที่ได้รับอนุญาต มีมาตรฐาน ไม่ก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม
4. การตรวจสอบและติดตาม โดยให้ผู้รับผิดชอบแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื่อ ผู้รับขนมูลฝอยติดเชื่อและผู้รับกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ ต้องใช้งานระบบควบคุมกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ (Manifest System) ทุกครั้งที่มีการขนมูลฝอยติดเชื่อหรือกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ ณ แหล่งกำเนิด เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อให้ได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง และเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างความตระหนักรู้ ให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื่อ และเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบการจัดการขยะติดเชื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระยะที่ 1 (พ.ศ.2565-2570). [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th/th/infectious-waste/download/?did=211244&id=97230&reload=>
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.เอกสารวิชาการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/11xc410600758f76a9b83604e779b2d1de5/m_magazine/343/2478/file_download/dfb9bdc1f23c5d9d9254d214dc2d5567.pdf
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จากบทความ%20การบริหารจัดการขยะติดเชื้อ/n1558_5e0f059830d3be0f35e4d689ccc86a48_F016.pdf
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน หลักสูตร “การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ”. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก : https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/11xc410600758f76a9b83604e779b2d1de5/m_magazine/343/2480/file_download/77a334da03d2127a8e1abfa3de132174.pdf
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้งานระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (E-Manifest) สำหรับแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ. [อินเทอร์เน็ต]. บทความ%20การบริหารจัดการขยะติดเชื้อ/1.%20คู่มือการใช้งาน%20E-manifest%20สำหรับแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ.pdf
6. เพ็ญศิริ เอกจิตต์.ขยะติดเชื้อและการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีศึกษา จังหวัดภูเก็ต. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=1177&context=cuej>
7. วนิดา จันทรสวัสดิ์, มนพร วงศ์สุนทรชัย และกำพล นันทพงษ์. การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน : กรณีศึกษาผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้าน อำเภอร่องทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/uruj/article/view/248487>

การแปรงฟันแห้ง

Dry Brushing

รวิภัทร์ บุญนิยม¹

บทคัดย่อ

การแปรงฟันแบบแห้ง (Dry Brushing) เป็นวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่เน้นการแปรงฟันโดยไม่ใช้น้ำล้างหรือบ้วนน้ำหลังแปรงฟัน โดยการแปรงฟันร่วมกับยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เพื่อให้สารฟลูออไรด์ในยาสีฟัน สามารถเคลือบฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุได้ การแปรงฟันแห้งที่ถูกต้องประกอบด้วยการใช้แปรงขนนุ่ม ยาสีฟันในปริมาณน้อย และการแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยไม่บ้วนน้ำหลังแปรงฟันเสร็จ ซึ่งควรแปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งควบคู่กับการใช้ไหมขัดฟัน และการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรทุกๆ 6 เดือน จะช่วยให้สุขภาพช่องปากแข็งแรง และลดโอกาสการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แปรงฟันแห้ง, ฟลูออไรด์

¹ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอพลือ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

บทนำ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมที่มักถูกละเลย ปาก เป็นอวัยวะแรกที่ทำอาหารเข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นปากจึงถือว่าเป็นประตูสู่สุขภาพ การมีสุขภาพช่องที่ดีแล้วนั้น ไม่เพียงช่วยลดปัญหาโรคในช่องปาก เช่น ฟันผุและเหงือกอักเสบ แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้านอีกด้วย

การดูแลสุขภาพช่องปากตนเองให้ดีขึ้น เริ่มต้นได้ง่ายๆ ด้วยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การแปรงฟันที่ถูกวิธีมีประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งผลของการควบคุมนั้นมาจากฟลูออไรด์ที่ผสมอยู่ในยาสีฟัน วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ได้รับ ความสนใจ และมีการแนะนำจากทันตแพทย์ในปัจจุบันคือ **การแปรงฟันแห้ง (Dry Brushing)** ซึ่งเป็นวิธีที่เน้นการใช้ยาสีฟันในปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการบ้วนน้ำหลังแปรงฟัน

การแปรงฟันแห้ง เป็นวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ง่าย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของฟลูออไรด์ ที่มีอยู่ในยาสีฟัน โดยเน้นการทำงานของฟลูออไรด์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสุขภาพฟันที่ดีในระยะยาว การแปรงฟันแห้ง ทำให้ปริมาณฟลูออไรด์ที่อยู่ในปากนั้น มีระยะทำงานให้มีประสิทธิภาพได้ยาวนานขึ้น โดยไม่ถูกชะล้างออกไปอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้การแปรงฟันแห้งนั้น ควรทำควบคู่กับการใช้ไหมขัดฟัน อีกทั้งยังส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้ดีขึ้นยิ่งขึ้น ซึ่งในบทความนี้ เราจะสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการแปรงฟันแห้ง วิธีการปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกต้อง และประโยชน์ที่ได้รับจากการแปรงฟันแห้ง เพื่อการมีสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี และมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแปรงฟันแห้งและการลดอัตราการเกิดโรคฟันผุ

ที่มาของการแปรงฟันแห้ง

แนวคิดของการแปรงฟันแห้ง เริ่มต้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฟลูออไรด์ในยาสีฟันเริ่มเกิดขึ้น ในช่วงทศวรรษที่ 1980 นักวิจัยค้นพบว่าการบ้วนน้ำหลังแปรงฟันหลายครั้ง ส่งผลต่อความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในช่องปากนั้นลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุลดลงด้วย งานวิจัยเริ่มมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนมาถึงปีทศวรรษ 2010 แนวคิดเกี่ยวกับการแปรงฟันแห้งเริ่มได้รับการยอมรับในระดับสากลมากขึ้น หลังจากการประชุมและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เน้นถึงประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงการบ้วนน้ำหลังการแปรงฟัน

กระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มทันตแพทย์ในประเทศไทยเริ่มณรงค์ให้มีการแปรงฟัน
แห้งในระดับชุมชนและโรงเรียน ผ่านโครงการให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก และส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการลดการบ้วนน้ำหลังแปรงฟัน ในปี 2010 และต่อมาในปี 2012 มีการ
ประชุมของผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมทั่วโลก ได้ข้อสรุปว่า การแปรงฟันแห้งสามารถเพิ่ม
ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุได้อย่างชัดเจน ซึ่งพบว่าการปล่อยให้ฟลูออไรด์คงอยู่บนผิวฟัน
หลังแปรงฟันโดยไม่บ้วนน้ำ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้มากกว่าเมื่อเทียบกับการแปรง
ฟันแบบดั้งเดิม

งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารด้านทันตกรรม ในช่วงปี ค.ศ.2012 ของประเทศไทย ยืนยัน
ได้ว่าการบ้วนน้ำหลังแปรงฟัน จะลดความเข้มข้นของฟลูออไรด์ลงเป็นอย่างมาก ส่งผลให้การ
ป้องกันฟันผุ ไม่เต็มประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ผู้เชี่ยวชาญได้ออกมาเริ่มแนะนำ ในเรื่องการแปรงฟัน
แห้งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงเกิดโรคฟันผุสูง เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ
ช่องปากเรื้อรัง

“Spit don’t rinse” เป็นข้อความสั้นๆ ที่เป็นบทสรุปเอกลักษณ์ ในงานประชุมระหว่าง
นักวิชาการ เมื่อปี ค.ศ. 2012 ซึ่งมีความหมายว่า “อย่า ไม่ต้องบ้วนน้ำ” ซึ่งปรากฏอยู่ในคำแนะนำ
เรื่องการแปรงฟันขององค์กรสุขภาพแห่งชาติสหรัฐฯ และสถาบันทางการศึกษาของหลายประเทศ
ทั่วโลก ในขณะนี้ อาทิ สหราชอาณาจักร ไอร์แลนด์ สกอตแลนด์ ออสเตรเลีย แอฟริกาใต้
ตลอดจนถูกระบุไว้ในคู่มือการดำเนินงานเพื่อสุขภาพช่องปากของ FDI World Dental
Federation อีกด้วย

การแปรงฟันแห้งกับการป้องกันฟันผุ

การทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันที่ถูกรู้วิธี ช่วยทำให้ปากสะอาด การแปรง
ฟันเป็นการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่อยู่บนตัวฟันออก เพื่อให้ฟันสะอาดและมีสุขภาพช่องปากที่ดี
วิธีการแปรงฟันมีอยู่หลายวิธี และมีความเหมาะสมกับแต่ละช่วงวัยแตกต่างกัน เช่นการแปรงฟัน
ด้วยวิธีสครับ (Scrub Technique) เป็นการขยับแปรงพามาเบาๆ ในช่วงสั้นๆ พร้อมกับการหมุน
ส่วนมากนิยมใช้กับเด็กที่ยังไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อมัดเล็กได้ดี โดยวิธีการคือวางแปรงให้ตั้ง
ฉากกับตัวฟันขยับไปมาสั้นๆ และการแปรงฟันด้วยวิธีขยับปิด (Modified Bass Technique)
ซึ่งเป็นวิธีการแปรงฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีอายุ 6 ขวบขึ้นไปจนถึงวัยผู้สูงอายุ เป็นวิธีการที่มี
ประสิทธิภาพสูงที่สุดในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ โดยไม่ทำอันตรายต่อเหงือก โดยวิธีการแปรงฟัน
แบบขยับปิดคือ การวางขนแปรงเอียงเข้าหาขอบเหงือกให้ทำมุม 45 องศากับตัวฟัน วางขนแปรง
อยู่บริเวณคอฟัน และขอบเหงือก โดยออกแรงกดเล็กน้อย เพื่อให้ขนแปรงเข้าไปอยู่ในร่อง

เหงื่อและชอกฟันให้มากที่สุด จากนั้นขยับแปรงไปมาเบาๆ ในช่วงสั้นๆ 10-15 ครั้ง พยายามให้ปลายขนแปรงอยู่ในร่องเหงือก ชอกฟัน และคอฟันอยู่ตลอดเวลา การออกแรงกดไม่ควรกดแรงเกินไปเพราะอาจทำอันตรายเหงือกและฟันได้ การขยับนั้นควรขยับเบาๆ และเป็นช่วงสั้น ๆ เพราะถ้าขยับลากไปมา จะทำให้คอฟันสึกและเหงือกร่นได้ จากนั้นบิดข้อมือปิดลงในฟันบน และบิดขึ้นในฟันล่าง แล้วเคลื่อนไปให้ทั่วทุกด้านทุกซี่ ทั้งด้านนอกด้านใน ทั้งฟันบนและฟันล่าง ส่วนต้นบดเคี้ยว นั้น ให้ถูไปถูมาเป็นช่วงสั้นๆ เพื่อให้ขนแปรงได้เข้าไปทำความสะอาดบริเวณร่องฟัน ส่วนการแปรงฟันด้านหน้าที่ติดกับลิ้นหรือเพดาน (ฟันเขี้ยวด้านหนึ่งถึงฟันเขี้ยวอีกด้านหนึ่ง) ให้วางแปรงในแนวตั้ง แล้วดึงออกในแนวตรง ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง จนกว่าจะครบ การแปรงควรแปรงให้เป็นระบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการหลงลืม เช่น เริ่มจากการแปรงฟันบนด้านขวา ย้ายมาด้านบนซ้ายและลงมาถึงด้านล่างซ้าย และล่างขวาตามลำดับ การแปรงฟันเพื่อให้ครบทุกด้านทุกซี่นั้น ควรเริ่มจากการแปรงฟันด้านนอก แล้วไปด้านใน และตามด้วยฟันด้านบดเคี้ยว จะถือว่าเป็นการแปรงฟันให้ครบทุกด้านทุกซี่

การแปรงฟันที่ถูกต้องและถูกวิธีนั้น เมื่อแปรงฟันเสร็จแล้ว ควรแปรงลิ้นด้วยเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์และเศษอาหารต่างๆ ออกจากลิ้น เนื่องจาก ลิ้นเป็นอวัยวะในช่องปากที่ช่วยในการคลุกเคล้าอาหาร จึงมีเศษอาหารสะสมที่ลิ้นได้

เทคนิคการแปรงฟันสูตร 2-2-2

สูตรการแปรงฟัน 2-2-2 เริ่มมีการรณรงค์ในประเทศไทยอย่างเป็นทางการในช่วงปี 2559 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชนให้มีใส่ใจกับการแปรงฟัน เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากและลดปัญหาฟันผุในประชากรไทย โดยเน้นการใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในวงการทันตกรรมทั่วโลก โดยอ้างอิงจากมาตรฐานและคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมทันตกรรมในระดับสากล ที่ส่งเสริมการใช้ฟลูออไรด์ในยาสีฟันเพื่อป้องกันฟันผุอย่างมีประสิทธิภาพ

การผลักดันสูตรนี้ มีเป้าหมายเพื่อรณรงค์ให้ประชาชนเข้าใจและปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้อง โดยเน้นความสำคัญของฟลูออไรด์และการปรับพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างเหมาะสม ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากทั้งโครงการภาครัฐ เช่น โครงการ "นมฟลูออไรด์" และการรณรงค์สุขภาพช่องปากในโรงเรียนและชุมชน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำสูตรการแปรงฟันที่จำได้ง่าย ๆ เอาไว้เรียกว่า การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ด้วยสูตรลับ แปรงฟันสูตร 2-2-2 โดย 2 แรก คือ

แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยเน้นการแปรงฟันหลังอาหารเช้าและก่อนนอน เพื่อลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก นอกจากนี้ฟลูออไรด์ยังช่วยให้ฟันแข็งแรงอีกด้วย 2 ต่อมา คือ ควรแปรงฟันนานอย่างน้อยครั้งละ 2 นาทีขึ้นไป เพื่อให้มั่นใจว่าแปรงฟันได้สะอาดทั่วทั้งปาก ทุกซอกทุกด้าน และ 2 สุดท้าย คือควรรับประทานอาหารหลังการแปรงฟันแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพราะการกินจุบจิบนั้นนอกจากจะทำให้อ้วนแล้ว ยังทำให้จุลินทรีย์ผลิตกรดกัดกร่อนฟันได้บ่อยขึ้นด้วย การงดอาหารหลังแปรงฟันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จะช่วยให้ช่องปากสะอาดได้ยาวนาน และลดการเกิดกรดในช่องปาก

ฟลูออไรด์ (Fluoride)

ฟลูออไรด์เป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ ฟลูออไรด์พบได้ตามธรรมชาติ ทั้งในดิน หิน น้ำโดยเฉพาะน้ำบาดาล และในอาหาร เช่น ใบชา อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ผัก ฟลูออไรด์ (Fluoride) เป็นแร่ธาตุธรรมชาติที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันฟันผุและเสริมสร้างสุขภาพช่องปาก โดยฟลูออไรด์มีคุณสมบัติเด่นในการเสริมความแข็งแรงให้กับเคลือบฟันและช่วยป้องกันการเกิดฟันผุได้

จากคำแนะนำของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2566 โดยได้มีการแนะนำเกี่ยวกับฟลูออไรด์ว่า การใช้ฟลูออไรด์มีหลายรูปแบบแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ฟลูออไรด์สำหรับใช้ที่บ้าน (Home-use fluoride)

1.1 ฟลูออไรด์ชนิดที่ซื้อใช้ได้เอง ได้แก่ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (Fluoride toothpaste) และยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ (Fluoride mouthrinse)

ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (Fluoride Toothpaste) ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นฟลูออไรด์ 1,000 – 1,250 ppm สามารถลดฟันผุในฟันแท้ได้ร้อยละ 22 ส่วนยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,450 – 1,500 ppm มีประสิทธิภาพในการลดการเกิดฟันผุในฟันแท้เพิ่มขึ้นมาอีกร้อยละ 10 ส่วนผลของการใช้ยาสีฟันในฟันน้ำนม พบว่าการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่มีความเข้มข้นฟลูออไรด์ 1,000 – 1,500 ppm สามารถลดฟันผุได้ร้อยละ 12-35 เมื่อเทียบกับการใช้ยาสีฟันความเข้มข้นน้อยกว่า 600 ppm หรือการใช้ยาสีฟันไม่มีฟลูออไรด์

ปริมาณความเข้มข้นของฟลูออไรด์ที่ผสมในยาสีฟันสำหรับเด็กที่เหมาะสมและปลอดภัย นั้น มีขนาดความเข้มข้นของฟลูออไรด์ อย่างน้อย 1,000 ppm และในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ ควรใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ที่มีความเข้มข้นอย่างน้อย 1,400 – 1,500 ppm จึงจะถือว่ามีประสิทธิภาพในการลดการเกิดฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีปริมาณการใช้ยาสีฟันที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ปริมาณและความเข้มข้นของยาฟลูออไรด์ที่แนะนำ^a และปริมาณฟลูออไรด์ของยาสีฟันความเข้มข้นฟลูออไรด์ 1,000 และ 1,500 ส่วนในล้านส่วน**Table 1** Recommended amount and concentration of fluoride toothpaste and amount of fluoride in toothpaste containing 1,000 ppm and 1,500 ppm fluoride

ช่วงอายุ	ปริมาณ	ความเข้มข้นฟลูออไรด์	ปริมาณยาสีฟัน (กรัม)	ปริมาณฟลูออไรด์จากยาสีฟัน (มิลลิกรัม)		คำแนะนำเพิ่มเติม
				1,000 ppm	1,500 ppm	
ฟันซี่แรกขึ้น – อายุต่ำกว่า 3 ปี	แตะขนแปรงพอเปียก/เท่าเมล็ดข้าวสาร 	1,000 ppm (1,400 – 1,500 ppm กรณีเสี่ยงฟันผุสูงมาก)*	0.1	0.1	0.15	ผู้ปกครองควรแปรงให้และเช็ดฟองออก
อายุ 3 ปี – อายุต่ำกว่า 6 ปี	เท่ากับความกว้างของแปรง/เท่าเมล็ดข้าวโพด 	1,000 ppm (1,400 – 1,500 ppm กรณีเสี่ยงฟันผุสูง หรือสูงมาก) *	0.25	0.25	0.38	ผู้ปกครองบีบยาสีฟันให้ และช่วยแปรงฟัน คอยเตือนให้เด็กบ้วนน้ำลายและฟองทิ้ง ระหว่างแปรงฟันและหลังแปรงฟัน แต่ไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจบ้วนน้ำ 1 ครั้ง (ประมาณ 1 อู้งมือ (handful) หรือ 5–10 มิลลิลิตร)
อายุ 6 ปีขึ้นไป	เท่ากับความยาวของแปรงสีฟัน 	1,400 – 1,500 ppm	1.0	1.0	1.50	หลังแปรงฟันควรบ้วนน้ำลายและฟองในปากออก โดยไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจบ้วนน้ำ 1 ครั้ง (ประมาณ 1 อู้งมือ หรือ 5 – 10 มิลลิลิตร)

*การใช้ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,400 – 1,500 ppm ควรอยู่ภายใต้การแนะนำของทันตบุคลากร ซึ่งจะพิจารณาให้ใช้ได้หากฟลูออไรด์ในน้ำดื่มมีน้อยกว่า 0.5 ppm และต้องไม่ได้รับฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน การพิจารณาระดับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุจะพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินของทันตแพทย์สมาคมฯ

ที่มา : ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยฯ เผยแพร่ พ.ศ.2566

โดยทั่วไปยาสีฟันที่จะมีส่วนประกอบของ Sodium Lauryl Sulfate (SLS) ซึ่งเป็นสารลดแรงตึงผิว ที่ทำให้เกิดฟอง ซึ่งจะทำให้รับรู้ถึงความรู้สึกสะอาด หลังจากการแปรงฟัน ในการแปรงฟันแบบแห้งนั้นสามารถเลือกใช้ยาสีฟันแบบทั่วไปที่มีส่วนผสมของสาร SLS ได้ แต่การแปรงฟันจะทำให้เกิดฟอง ซึ่งการแปรงฟันแห้งจะไม่นำน้ำในการบ้วนปาก ดังนั้นอาจส่งผลให้เกิดความกังวลต่อการตกค้างของสาร SLS ในช่องปากได้

ศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.สุดาดวง ฤทธิพิชญ์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เปิดเผยว่า Sodium Lauryl Sulfate : SLS สารลดแรงตึงผิวนั้น พบได้ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้กันทั่ว ๆ ไป ไม่ว่าจะเป็นยาสีฟัน ครีมนวดตัว รวมถึงสารทำความสะอาดที่ใช้ภายนอกอื่น ๆ โดยเราสามารถหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้อย่างปลอดภัย เพราะปริมาณ SLS ที่มีในผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีความเข้มข้น ต่ำกว่า ระดับที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง (Irritation Level) ในกรณีของยาสีฟัน ประเทศไทย มีการใช้ข้อกำหนดเพื่อจำกัดปริมาณสารสูงสุดที่ใส่ได้ตามข้อกำหนดนานาชาติ ที่อ้างอิงมาจาก The US Cosmetic Ingredient Review

(CIR) ซึ่งกำหนดให้ใส่ SLS ได้เพียง 0.5 – 2% (ยาสีฟันสูตรทั่วไปส่วนใหญ่มี SLS 1%) ในขณะที่ถ้าเป็นผลิตภัณฑ์ทั่วไปอื่น ๆ จะใส่ SLS ได้ไม่เกิน 15% จะเห็นได้ว่ายาสีฟันมีสาร SLS น้อยมาก ซึ่งเมื่อคำนวณเทียบกับปริมาณที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้ จะพบว่า เราต้องกินยาสีฟันเข้าไปมากกว่า 3 กิโลกรัมในครั้งเดียว หรือกินสะสมต่อเนื่องทุกวัน วันละ 0.5 กิโลกรัมเลยทีเดียว ถึงจะได้รับ SLS ในระดับที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย

ในปัจจุบัน มียาสีฟันที่ไม่มีส่วนผสมของสาร Sodium Lauryl Sulfate (SLS) ซึ่งตัวยาสีฟันนั้นจะไม่มีฟอง ซึ่งเหมาะกับการแปรงฟันแห้งเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนั้นยังเหมาะสำหรับการแปรงฟันในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดีอีกด้วย ซึ่งเริ่มมีผลิตภัณฑ์แพร่หลายและเป็นที่นิยมกันเพิ่มมากขึ้น

ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ (Fluoride Mouthrinse) การใช้ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์พบว่า สามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 28 ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ที่ใช้ ได้แก่ โซเดียมฟลูออไรด์ (Sodium fluoride, NaF) ความเข้มข้นร้อยละ 0.05 แนะนำ ให้ใช้วันละครั้ง และโซเดียมฟลูออไรด์ความเข้มข้นร้อยละ 0.2 แนะนำ ให้ใช้อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง และควรเลือกใช้ชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

1.2 ฟลูออไรด์ชนิดที่ทันตแพทย์สั่งจ่ายให้ ได้แก่ ฟลูออไรด์เจลสำหรับใช้ที่บ้าน (Home Fluoride Gel) และฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน (Dietary Fluoride Supplement)

ฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน (Dietary Fluoride Supplement) การใช้ฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทานเป็นอีกวิธีที่พบว่า สามารถป้องกันฟันผุได้ โดยพบว่ามีผลลดฟันผุในฟันแท้ได้ร้อยละ 24 แต่การลดค่าฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนมยังไม่ชัดเจน

2. ฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร

ฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร 2. ฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร (Professional applied fluoride) ได้แก่

ฟลูออไรด์เจล (Professional fluoride gel), ฟลูออไรด์วานิช (Fluoride varnish) และซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver diamine fluoride)

ฟลูออไรด์เจล (Professional fluoride gel) การใช้ฟลูออไรด์เจล สามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 28 ในฟันแท้ และร้อยละ 20 ในฟันน้ำนม ฟลูออไรด์เจลมีประสิทธิภาพในการยับยั้งการลุกลามของรอยโรคฟันผุขาวขุ่นได้

ฟลูออไรด์วานิช (Fluoride Vanish) เป็นฟลูออไรด์ที่นิยมใช้ในการป้องกันการลุกลามของรอยโรคฟันผุ ในเด็กก่อนวัยเรียน มีความเข้มข้นของปริมาณฟลูออไรด์ 5% หรือ 22,600 ppm การใช้ฟลูออไรด์วานิชในปริมาณนี้ถือเป็นมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากหลายองค์กรด้านทันตกรรม เช่น American Dental Association (ADA) และ World Health Organization (WHO) ซึ่งแนะนำให้ใช้เพื่อป้องกันฟันผุในเด็กและผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง ฟลูออไรด์วานิช สามารถทาลงบนผิวฟันได้เลย ไม่จำเป็นต้องล้างออกทันที เพราะลักษณะของฟลูออไรด์วานิชนั้นมีลักษณะค่อนข้างเหนียวติดฟันทันที ยิ่งโดนน้ำยิ่งมีความติดแน่น เพื่อให้ฟลูออไรด์ทำงานได้ดีและติดฟันได้นานขึ้น จึงเหมาะสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนที่มีฟันน้ำนมเป็นอย่างมาก และปัจจุบันฟลูออไรด์วานิชนั้น นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการลุกลามของโรคฟันผุ รวมถึงผู้ที่มีปัญหาารากฟันโผล่ได้อีกด้วย

ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride) เป็นสารละลายใส ที่ใช้ทาบนฟันผุ เพื่อหวังผลในการหยุดยั้งฟันผุ รวมทั้งลดอาการเสียวฟัน (Dentine Hypersensitive) ปัจจุบันมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ที่รายงานประสิทธิภาพในการหยุดยั้งฟันผุในฟันแท้ อย่างไรก็ตาม สมาคมทันตแพทย์ในสหรัฐอเมริกา (American Dental Association ; ADA) มีความเห็นว่าประสิทธิภาพของซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ในการหยุดยั้งการลุกลามของรอยโรคฟันผุในฟันแท้ น่าจะไม่แตกต่างจากฟันน้ำนม



รูปที่ 1 a) ก่อนทา ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ b) หลังทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์

Figure 1 a) before SDF application b) after SDF application

ที่มา : ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยฯ เผยแพร่ พ.ศ.2566

3. ฟลูออไรด์สำหรับใช้ในชุมชน

ฟลูออไรด์สำหรับใช้ในชุมชน (Community-use fluoride) ได้แก่ น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ (Fluoridated water) และนมผสมฟลูออไรด์ (Fluoridated milk)

เทคนิคการแปร่งฟันแห้ง

แท้ที่จริงแล้ว การแปร่งแห้งนั้น ไม่ได้วิธีที่ต่างจากการแปร่งฟันแบบปกติมากนัก ในการแปร่งครั้งแรก ๆ อาจจะรู้สึกไม่ชินกับยาสีฟันที่หลงเหลืออยู่ในปาก แต่ขั้นตอนการแปร่งฟันที่ถูกวิธีนั้นสามารถนำมาใช้ได้ และการแปร่งแห้งยังเป็นส่วนช่วยเสริมให้ประสิทธิภาพในการแปร่งฟันนั้น มีประสิทธิภาพสูงขึ้นอีกด้วย เพียงแต่การแปร่งฟันแห้ง คือการแปร่งฟัน โดยไม่มีน้ำเข้ามาเกี่ยวข้องในขั้นตอนการแปร่งฟันเลย โดยก่อนเริ่มแปร่งฟันแห้ง เราจะไม่เอาแปร่งสีฟันไปจุ่มน้ำ โดยเด็ดขาด ทั้งก่อนป้ายยาสีฟันและหลังป้ายยาสีฟัน หากต้องการล้างทำความสะอาดแปร่งก่อนเริ่มแปร่ง ควรสะบัดน้ำออกให้แห้งที่สุด เมื่อเริ่มแปร่งนั้น ขั้นตอนเป็นตามเทคนิคสูตรแปร่งฟัน 2-2-2 ขั้นตอนสุดท้ายคือการบ้วนทิ้ง โดยไม่ต้องบ้วนน้ำตาม

การแปร่งฟันแห้งนั้น ช่วยป้องกันฟันผุได้มากกว่าการบ้วนน้ำตามหลังการแปร่งฟัน เพราะฟลูออไรด์ที่ค้างอยู่ในปากจะเกาะยึดกับผิวฟัน ทำหน้าที่ป้องกันฟันผุได้ยาวนานขึ้น และหลังการแปร่งฟันด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์จะมีความเข้มข้นมากในช่วง 30 นาทีแรก ซึ่งฟลูออไรด์ที่ค้างอยู่ในช่วงเวลานี้ มีประโยชน์อย่างมากในการซ่อมแซมผิวฟันได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การแปร่งฟันที่ถูกวิธี เป็นการดูแลสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน การควบคุมโรคฟันผุนั้น มาจากการได้รับฟลูออไรด์ในยาสีฟัน การบ้วนน้ำหลังการแปร่งฟันเป็นการชะล้างฟลูออไรด์ให้หลุดออกไป และยังลดประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุอีกด้วย ดังนั้นการแปร่งฟันแห้งหรือการถ่มทิ้งไม่บ้วนน้ำตาม เป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของฟลูออไรด์ให้คงอยู่ได้นานขึ้น เพื่อให้เกิดกลไกการป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น การแปร่งฟันแห้งนั้นเป็นวิธีการแปร่งฟันที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้เองในชีวิตประจำวัน ไม่ต้องพึ่งพาทันตบุคลากร ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีได้ด้วยตนเอง โดยเน้นไปที่เทคนิคการแปร่งฟัน และการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์อย่างน้อย 1,000 – 1,500 ppm ตามที่ทันตแพทยสมาคมแนะนำ ด้วยสูตรการแปร่งฟัน 2-2-2 ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น พฤติกรรม ทักษะคิด ในการดูแลสุขภาพช่องปากเริ่มต้นได้ง่ายๆด้วยการเปลี่ยนแปลงให้ทันสมัยสมกับแห่งเทคโนโลยี หากเริ่มต้นเปลี่ยนและเริ่มปลูกฝังนิสัยแปร่งแห้งตั้งแต่วันนี้ ในอนาคตจะเกิดโรคฟันผุน้อยลง ฟันดี ไม่มีขาย อยากได้ต้องดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2566, ธันวาคม 26), แปร่งฟันอย่างไรให้ได้ประโยชน์สูงสุด, [Infographics], URL : https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info625_tooth_9
2. กลุ่มพัฒนาสุขภาพช่องปากวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยง สำนักทันตสาธารณสุข. (2567). ประมวลชุดความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก พ.ศ.2567 สำหรับทันตบุคลากร, ฉบับวันที่ 6 มีนาคม 2567
3. พิมลพรรณ พิทยานุกุล. (2559,กันยายน 11). การดูแลช่องปาก และความรู้เรื่องยาสีฟัน. [อินเทอร์เน็ต]. URL : <https://shorturl.asia/JcILA>
4. ศูนย์ทันตกรรมเด็ก รพ.เด็กสินแพทย์. (2562,ธันวาคม 20). การแปร่งฟันแท้ . [อินเทอร์เน็ต]. URL : <https://shorturl.asia/wUzWf>
5. นราวัลลภ เชี่ยววิทย์. (2563,พฤศจิกายน 2). ฟลูออไรด์. [อินเทอร์เน็ต], URL : <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=91>
6. Phyathai Hospital. (2021,ตุลาคม 29). แปร่งฟันแท้ เพิ่มฟลูออไรด์เคลือบฟัน ช่วยป้องกันฟันผุ [Status Update]. Facebook. URL : <https://shorturl.asia/hO7Jn>
7. Thai Dental Council. (2022, มีนาคม 25). ฟลูออไรด์ในไทย ปลอดภัยและจำเป็น [Status Update]. Facebook. URL : <https://shorturl.asia/HMdA7>
8. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในทางทันตกรรม, The Dental Association of Thailand 2023, J DENT ASSOC THAI VOL.73 NO.2 APRIL - JUNE 2023
9. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์.(2559). แปร่งแท่งกันเถอะ. วารสารทันตฤทธ, ฉบับที่ 1 : มกราคม 2559
10. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์.(2560). แปร่งแท้. วารสารวิชาการสาธารณสุข, ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 2 กันยายน - ตุลาคม 2560
11. สุจินต์ พรหมประดิษฐ์. ยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปากเป็นตัวช่วยป้องกันโรคเหงือกได้จริงหรือไม่, วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 2566
12. อรุณศรี พลวงษา.(2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่าย โรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน) – (ธันวาคม) 2566

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM_{2.5}

จุฑามาส ฉวยศรีเมือง¹

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นกระบวนการสำคัญในการลดผลกระทบจากวิกฤตฝุ่น PM_{2.5} ซึ่งเป็นมลพิษทางอากาศที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ฝุ่น PM_{2.5} มีขนาดเล็กมากจนสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนลึกและแทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือด ก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงมะเร็งปอด การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยเทคนิคกายภาพบำบัด เช่น การฝึกหายใจด้วยกลัมน้ำกะบังลม การไอ การไอแบบ Huffing และการใช้อุปกรณ์ช่วยระบายเสมหะ มีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด ลดการอักเสบ และลดการสะสมของเสมหะในทางเดินหายใจ การออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลาง เช่น การเดินเร็ว หรือการปั่นจักรยาน สามารถเสริมสร้างระบบหัวใจและปอด พร้อมทั้งลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะปอดแฟบและโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพในช่วงค่าฝุ่น PM_{2.5} สูง เช่น การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายกลางแจ้งในพื้นที่เสี่ยง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจึงมีความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดและสมรรถภาพทางกายจากการได้รับผลกระทบจากฝุ่น PM_{2.5} และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน

¹ ศึกษานาฏการพิเศษนักกายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Abstract

Pulmonary rehabilitation is a crucial process in mitigating the impact of the PM_{2.5} air pollution crisis, which poses severe health risks. PM_{2.5} particles are extremely small and can penetrate deep into the respiratory system, entering the bloodstream and causing respiratory diseases, cardiovascular diseases, and even lung cancer. Pulmonary rehabilitation through physiotherapeutic techniques, such as diaphragmatic breathing exercises, coughing, huffing, and the use of airway clearance devices, can enhance lung function, reduce inflammation, and decrease mucus accumulation in the airways. Light to moderate exercise, such as brisk walking or cycling, can further strengthen the cardiovascular and pulmonary systems while reducing the risk of atelectasis and chronic diseases. Additionally, health measures during periods of high PM_{2.5} levels, such as avoiding outdoor exercise in high-risk areas and using appropriate protective equipment, are essential for the general population and vulnerable groups, including young children, the elderly, pregnant women, and individuals with pre-existing conditions. This article highlights the importance of pulmonary rehabilitation in addressing the adverse effects of PM_{2.5} and improving the quality of life of the population.

บทนำ

มลพิษทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็กหรือฝุ่น $PM_{2.5}$ (Particulate Matter with diameter of less than 2.5 micron) ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายพื้นที่ทั่วโลก ตั้งแต่ปี 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่ามลพิษทางอากาศทำให้มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 4.2 ล้านคนทั่วโลก เนื่องจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ดังกล่าวมีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ทำให้สามารถผ่านการกรองของจมูกเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและปอด เข้าไปในถุงลมฝอยขนาดเล็ก และซึมผ่านกระแสเลือดได้ ส่งผลให้ไปรบกวนการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่หลากหลาย เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น¹ สำหรับประเทศไทยพบปัญหาวิกฤตของฝุ่น $PM_{2.5}$ มาตั้งแต่ต้นปี 2562 ที่เกิดปรากฏการณ์ฝุ่นปกคลุมอย่างหนาแน่น² และปี 2566 พบว่าจังหวัดที่มีปัญหาคุณภาพอากาศมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ พิษณุโลก กรุงเทพมหานคร สุโขทัย น่าน มุกดาหาร โดยมีสาเหตุหลักมาจากโรงงานอุตสาหกรรม การเผาไหม้พลังงานฟอสซิล การเกษตรกรรมที่มีการเผาในที่โล่ง ไฟป่า การคมนาคม และปัญหาหมอกควันข้ามแดน กรมควบคุมมลพิษรายงานว่าในปี 2566 ฝุ่น $PM_{2.5}$ มีค่าเฉลี่ยรายปีทั้งประเทศ 26 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จากข้อมูลผลการตรวจวัด 87 สถานีทั่วประเทศ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ 30 และในหลายพื้นที่มีฝุ่น $PM_{2.5}$ เกินค่ามาตรฐานเฉลี่ยรายปีขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ได้กำหนดค่าเฉลี่ยรายปีจะต้องไม่เกิน 15 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร³ ปัญหามลพิษทางอากาศจากฝุ่น $PM_{2.5}$ นี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว

ดังนั้น การมีสมรรถภาพปอดและดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ อาทิ การฝึกหายใจ การกำจัดเสมหะ และการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ลดความเสี่ยง ลดอาการรุนแรงของอาการจากโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กหรือฝุ่น $PM_{2.5}$

ฝุ่นละออง (Particulate Matter: PM) หมายถึง อนุภาคของแข็งหรือหยดละอองของเหลวที่ลอยอยู่ในอากาศ ซึ่งมีแหล่งกำเนิดทั้งจากธรรมชาติ และเกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ เช่น ฝุ่นจากดิน การเผาไหม้ เชื้อเพลิง การก่อสร้าง และกระบวนการทางอุตสาหกรรม ฝุ่นละอองบางชนิดมีขนาดใหญ่จนมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่ฝุ่นละอองบางชนิดมีขนาดเล็กมากจนไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ต้องใช้กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนในการตรวจหา⁴

หน่วยงานป้องกันสิ่งแวดล้อม ประเทศสหรัฐอเมริกา US. EPA (United State Environmental Protection Agency) ได้ทำการกำหนดค่ามาตรฐานของฝุ่นละอองขนาดเล็กใน

อากาศที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมนุษย์เอาไว้โดยใช้ค่า PM (Particulate Matters) เป็นเกณฑ์ในการตรวจวัดคุณภาพอากาศ แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) หมายถึง ฝุ่นละเอียด (Fine Particles) เป็นอนุภาคที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กกว่า 2.5 ไมครอน หรือมีขนาดเล็กกว่าประมาณ 30 เท่าของเส้นผ่านศูนย์กลางเส้นผมมนุษย์ ขนาดเล็กของฝุ่นนี้ทำให้สามารถลอยในอากาศได้นานและกระจายไปในพื้นที่กว้าง แหล่งกำเนิดส่วนใหญ่มาจากการเผาไหม้ เช่น การใช้เชื้อเพลิงในยานพาหนะ การเผาในที่โล่ง และกระบวนการทางอุตสาหกรรม⁴

2. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM_{10}) หมายถึง ฝุ่นหยาบ (Course Particles) เป็นอนุภาคที่มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 - 10 ไมครอน แหล่งกำเนิดส่วนใหญ่มาจากฝุ่นดิน ฝุ่นละอองจากงานก่อสร้าง และกิจกรรมทางการเกษตร⁴ ฝุ่นประเภทนี้เมื่อรวมกันเป็นจำนวนมากแล้วมักจะสังเกตเห็นได้ง่าย เช่น ฝุ่นที่เกาะอยู่ตามเครื่องใช้และบริเวณต่าง ๆ เป็นต้น

ผลกระทบของฝุ่น $PM_{2.5}$ ต่อสุขภาพ

มีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าฝุ่น $PM_{2.5}$ มีผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากฝุ่น $PM_{2.5}$ มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ทำให้สามารถผ่านกระบวนการกรองของขนจมูกเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและปอด เข้าไปในถุงลมฝอยขนาดเล็ก และซึมผ่านกระแสเลือดได้ ส่งผลให้ไปรบกวนการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระบบต่าง ๆ ตามมา⁵ จากงานวิจัยที่ผ่านมา ในประเทศไทยพบว่าการได้รับมลพิษทางอากาศมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากฝุ่น $PM_{2.5}$ มีมากมายโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นและระยะยาว

1. ผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้น เช่น ไอ จาม การระคายผิวหนัง ผื่น คัน การระคายเคืองตา แสบตา และตาแดง⁵ อาการเหล่านี้สามารถหายได้เองเมื่อระยะเวลาผ่านไปหรือมลพิษหมดไป

2. ผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว มีดังนี้

2.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน หัวใจวาย ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ และความดันโลหิตสูง⁵ เนื่องจากฝุ่น $PM_{2.5}$ สามารถเข้าสู่กระแสเลือดผ่านทางถุงลมปอด ส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น การอักเสบ ความเครียดออกซิเดชัน การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทอัตโนมัติ และการเกิดลิ่มเลือดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง^{6,7}

2.2 ระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁵ พบว่ามีอาการที่มีความสัมพันธ์กับฝุ่น $PM_{2.5}$ เช่น หายใจลำบากเจ็บหรือแน่นหน้าอก ไอธรรมดา ไอแบบมีเสียงหวีด

(Wheezing) และการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่มีขนาดเล็กมากสามารถเข้าสู่ถุงลม ทำให้ปอดอักเสบ การทำงานของปอดจึงมีประสิทธิภาพลดลง และพบว่าการเพิ่มขึ้นของระดับฝุ่น $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อค่า $PM_{2.5}$ มากกว่า 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร⁸

2.3 มะเร็งปอด พบหลักฐานว่ามีความเกี่ยวข้องกับฝุ่นละอองขนาดเล็กมากที่สุด เนื่องจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ทำให้เกิดการอักเสบในเนื้อเยื่อปอด มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการกลายพันธุ์ของยีนชนิด Epidermal growth factor receptor (EGFR) ในเซลล์ระบบทางเดินหายใจนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งปอด⁹

2.4 โรคเบาหวาน การสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ฝุ่น $PM_{2.5}$ เข้าสู่ร่างกายไปทำลายเซลล์ เกิดการอักเสบและส่งผลต่อสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose Homeostasis) ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) และนำไปสู่ความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ได้¹⁰

2.5 การสูดดมฝุ่น $PM_{2.5}$ ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ พบว่า มีความเสี่ยงแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด กระตุ้นต่อการพัฒนาการของตัวอ่อนหรือระบบสมองของทารก ทารกแรกคลอด ผิดปกติหรือน้ำหนักแรกคลอดน้อย⁵ และมีงานวิจัยพบว่าฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่มารดาได้รับในขณะตั้งครรภ์ในปริมาณฝุ่นที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรจะพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 และพบความเสี่ยงประเภทรูขี้ผึ้งกันห้องหัวใจมีรูรั่ว 1.04 เท่า และยังพบว่าผลกระทบจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ต่อหัวใจทารกยิ่งเพิ่มขึ้น หากมารดาได้รับฝุ่น $PM_{2.5}$ เข้าไปมากตั้งแต่ช่วงก่อนการปฏิสนธิ¹¹

ทั้งนี้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพจากการได้รับสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ในแต่ละจุดพื้นที่แต่ละเวลาอาจไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ปริมาณของฝุ่น $PM_{2.5}$ ในพื้นที่นั้น ๆ ว่าสูงหรือไม่ เช่น ริมถนน หรือจุดที่ราชการประกาศว่าฝุ่น $PM_{2.5}$ สูง ช่วงเวลากับระยะเวลาที่สัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ชนิดของกิจกรรมที่ทำในพื้นที่ที่มีค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ สูง เช่น การออกกำลังกาย หรือการทำงานที่ต้องใช้แรงมาก จะมีความเสี่ยงมากกว่ากิจกรรมที่ใช้แรงน้อย เนื่องจากความถี่ในการหายใจที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกายที่มากขึ้น ลักษณะของบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยง่าย ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่ไวต่อผลกระทบ เช่น ผู้ป่วยภูมิแพ้ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และผู้ที่ทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานาน เช่น ตำรวจจราจร พนักงานกวาดถนน พ่อค้าแม่ค้าริมถนน รถจักรยานยนต์รับจ้าง ผู้ที่ทำงานอยู่นอกอาคาร เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่ทำงานนอกอาคารในบริเวณพื้นที่ที่มีค่าฝุ่น $PM_{2.5}$

สูง และได้รับสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ เป็นเวลานาน มีโอกาสได้รับฝุ่นละอองสูงและหากเป็นกลุ่มเสี่ยงจะทำให้มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป⁵

กลไกการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจจากฝุ่น $PM_{2.5}$

ฝุ่น $PM_{2.5}$ เป็นอนุภาคขนาดเล็กที่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและระบบอื่น ๆ ในร่างกายผ่านกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ ความเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ ดังนี้

1. การสะสมในระบบทางเดินหายใจส่วนลึก ด้วยอนุภาคของฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่มีขนาดเล็กกว่าประมาณ 30 เท่าของเส้นผ่านศูนย์กลางของเส้นผมมนุษย์ ทำให้ฝุ่น $PM_{2.5}$ สามารถเล็ดลอดผ่านขนจมูกและระบบกรองในทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น จมูกและหลอดลมใหญ่ แล้วเดินทางไปถึงทางเดินหายใจส่วนลึก เช่น หลอดลมฝอยและถุงลมในปอด (alveoli) ซึ่งเป็นบริเวณที่แลกเปลี่ยนออกซิเจนกับเลือด การสะสมของฝุ่น $PM_{2.5}$ ในบริเวณนี้อาจทำให้เกิดการระคายเคืองและอักเสบอย่างรุนแรง¹²

2. การกระตุ้นการอักเสบ ฝุ่น $PM_{2.5}$ มีสารเคมีอันตราย เช่น โลหะหนัก และพอลิไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbon; PAHs) ซึ่งสามารถกระตุ้นเซลล์เยื่อผิวของทางเดินหายใจให้ผลิตสารไซโตไคน์ (cytokines) เช่น $TNF-\alpha$ และ IL-6 รวมถึงสารเคมีไคเนส (chemokines) ที่ดึงดูดเซลล์เม็ดเลือดขาวมายังบริเวณที่เกิดการระคายเคือง การตอบสนองนี้ทำให้เกิดการอักเสบและเนื้อเยื่อถูกทำลาย⁶

3. ความเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) อนุภาคของฝุ่น $PM_{2.5}$ สามารถสร้างอนุมูลอิสระ (reactive oxygen species: ROS) ในระดับเซลล์อนุมูลอิสระเหล่านี้ทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์เยื่อผิว เช่น โปรตีน ไขมัน และ DNA นอกจากนี้ความเสียหายที่เกิดขึ้นยังเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารอักเสบเพิ่มเติม ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการอักเสบเรื้อรัง⁷

4. ผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน เนื่องจากฝุ่น $PM_{2.5}$ สามารถยับยั้งการทำงานของเซลล์แมโครฟาจ (macrophages) ซึ่งมีหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับฝุ่น $PM_{2.5}$ ปริมาณมากหรือระยะเวลาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ไข้หวัดใหญ่และปอดบวม นอกจากนี้ ฝุ่น $PM_{2.5}$ ยังทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายตอบสนองผิดปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้⁷

5. การเกิดพยาธิสภาพเรื้อรัง การได้รับฝุ่น $PM_{2.5}$ อย่างต่อเนื่องสามารถนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อปอดและการอักเสบเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่ได้รับ ความเสียหายจากอนุมูลอิสระยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด⁷

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM_{2.5}

ในภาวะที่ค่าฝุ่น PM_{2.5} สูงเกินมาตรฐาน การสัมผัสฝุ่นในระยะยาวสามารถก่อให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง และเพิ่มความเสี่ยงของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่สัมผัสฝุ่น PM_{2.5} มีค่าเฉลี่ย PEF ลดลง และ PEF variability เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20¹³ ส่วนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สัมผัสฝุ่น PM_{2.5} พบว่าการทำงานของสมรรถภาพปอดลดลง และทุกการเพิ่มขึ้น 5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรของปริมาณฝุ่น PM_{2.5} ส่งผลให้ค่า FEV₁ ลดลง¹⁴ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดอาการหอบเหนื่อย เพิ่มความทนทานและลดอาการรุนแรงของโรคทางระบบทางเดินหายใจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. ปรับปรุงการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในถุงลมปอด (alveoli) ลดโอกาสการเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) และเพิ่มความจุปอด (lung capacity) ทำให้ปอดสามารถรับออกซิเจนได้ดีขึ้น¹⁵

2. ลดอาการหายใจลำบาก การออกกำลังกายและการฝึกหายใจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการหายใจ เช่น การใช้กล้ามเนื้อกระบังลมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดการใช้พลังงานที่ไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁶

3. ลดเสมหะและสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ เนื่องจากฝุ่น PM_{2.5} กระตุ้นการผลิตเมือก (Mucus) ในทางเดินหายใจ การระบายเสมหะช่วยป้องกันการอุดตันในหลอดลมและลดโอกาสการติดเชื้อได้

4. เสริมสร้างกล้ามเนื้อในการหายใจ การฝึกหายใจ หรือการใช้อุปกรณ์ฝึกหายใจช่วยให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจมีความแข็งแรงขึ้น เช่น กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลม

15

5. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลางช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการอยู่นิ่ง เช่น การสะสมเสมหะหรือการอักเสบในปอด¹⁶

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดมีหลากหลายวิธี ได้แก่

การฝึกหายใจ (Breathing Exercises) การฝึกการหายใจที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศในปอด ป้องกันภาวะปอดแฟบ เพิ่มประสิทธิภาพของการไอ เพิ่มความแข็งแรงและประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ลดแรงการหายใจ และเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกให้ดีขึ้น ซึ่งรูปแบบในการฝึกหายใจ มีดังนี้

1. การฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม (Diaphragmatic Breathing Exercise) เป็นเทคนิคกายภาพบำบัดที่มุ่งเน้นการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อกะบังลม ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อหลักในการหายใจ โดยวิธีการนี้จะช่วยลดการใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ และลดอาการหอบเหนื่อย วิธีฝึกเริ่มต้นด้วยการนอนราบหรืออยู่ในท่านั่งที่ผ่อนคลาย วางมือหนึ่งไว้ที่หน้าอกและอีกมือหนึ่งที่หน้าท้อง จากนั้นสูดลมหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ โดยให้หน้าท้องพองขึ้น และหายใจออกทางจมูกหรือทางปากอย่างช้า ๆ พร้อมกับให้หน้าท้องแฟบลง¹⁷

2. การฝึกหายใจแบบเป่าปาก (Pursed-Lip Breathing Exercise) เป็นเทคนิคการหายใจที่ช่วยควบคุมอัตราการหายใจ โดยมุ่งเน้นการลดอาการหายใจลำบาก เป็นรูปแบบการฝึกหายใจเพิ่มเติมเสริมการฝึกหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อกะบังลมหรือการฝึกหายใจแบบขยายซี่โครง วิธีฝึกเริ่มต้นด้วยการหายใจเข้าทางจมูกอย่างช้า ๆ และลืก จากนั้นค่อย ๆ หายใจออกทางปากผ่านริมฝีปากที่ห่อเป็นรูปตัวโอเหมือนการเป่าลม ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ให้นานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า เพื่อช่วยลดการคั่งของอากาศในปอด (Air Trapping)¹⁷

3. การฝึกหายใจแบบขยายซี่โครง (Costal Breathing Exercise) เป็นการฝึกหายใจที่เน้นการขยายตัวของปอดเฉพาะส่วน โดยใช้กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง (Intercostal muscles) เพื่อช่วยเพิ่มการขยายตัวของทรวงอกในระหว่างการหายใจเข้า เทคนิคนี้ช่วยให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้น การฝึกเริ่มด้วยการวางมือบริเวณชายโครง โดยซี่โครงจะบานออกขณะหายใจเข้า และซี่โครงยุบลงขณะหายใจออก¹⁷

4. การหายใจแบบเป็นวงจร (Active Cycle Breathing Exercise; ACBT) เป็นเทคนิคการหายใจร่วมกับเทคนิคการระบายเสมหะโดยการทำเป็นวงจรตามลำดับขั้นตอน ประกอบด้วยการหายใจผ่อนคลายเป็นวงจร (breathing control) การหายใจลึก (thoracic expansion) และการระบายเสมหะ (forced expiratory technique) เพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจและลดการอุดกั้นของเสมหะ¹⁵

การระบายเสมหะ (Airway Clearance Techniques) เป็นวิธีการสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เนื่องจากผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่น PM_{2.5} ส่วนใหญ่เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจ มีการผลิตเสมหะที่มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพของปอดทำงานได้ลดลง การระบายเสมหะช่วยลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ และเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด การระบายเสมหะทางกายภาพบำบัดมีหลากหลายเทคนิคทั้งสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือใช้เทคนิคกลไกการระบายเสมหะ หรือใช้อุปกรณ์ในการช่วยระบายเสมหะ ได้แก่

1. การไอ (Coughing) เป็นกลไกทางธรรมชาติของร่างกายในการระบายเสมหะ การไออย่างมีประสิทธิภาพทำได้โดยเริ่มจากการหายใจเข้าลึกเต็มที่ กลั้นหายใจเล็กน้อยแล้วไอออกแรง ๆ การไอเป็นการระบายเสมหะในหลอดลมใหญ่ ซึ่งช่วยลดการสะสมของเสมหะและป้องกันการอุดตันของเสมหะที่นำไปสู่การติดเชื้อทางเดินหายใจ¹⁷

2. การไอแบบ Huffing หรือ Forced Expiratory Technique (FET) เป็นเทคนิคการระบายเสมหะโดยไม่ใช้แรงไอบ่อยเกินไปและไม่มีการปิดของฝาปิดกล่องเสียง ทำได้โดยเริ่มจากการหายใจเข้าลึกเต็มที่ แล้วพ่นลมหายใจออกทางปากอย่างรวดเร็วและแรง โดยออกเสียง “ฮัฟฟ์” (huff) ทำซ้ำ 2-3 ครั้งแล้วตามด้วยการหายใจลึกเพื่อผ่อนคลาย เทคนิคนี้เป็นการระบายเสมหะในหลอดลมขนาดเล็กเข้าสู่หลอดลมใหญ่¹⁸

3. การเคาะปอดและการสั่นปอด (Chest percussion and vibration) เป็นเทคนิคทางกายภาพบำบัดที่ช่วยในการระบายเสมหะจากปอด มักทำร่วมกับการจัดทำเพื่อระบายเสมหะ (Postural drainage) เทคนิคนี้ใช้แรงสั่นสะเทือนไปยังทรวงอกเพื่อกระตุ้นให้เสมหะที่ติดอยู่ในทางเดินหายใจหลุดออกมา และถูกขับออกมาโดยการไอหรือการไอแบบ Huffing^{17,18}

4. การใช้เครื่องมือช่วยระบายเสมหะ (Airway Clearance Devices) เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยเสริมการระบายเสมหะในผู้ป่วยที่มีปัญหาเสมหะสะสมในทางเดินหายใจ เครื่องมือเหล่านี้ทำหน้าที่เพิ่มแรงดันและแรงสั่นสะเทือนในทางเดินหายใจ เพื่อกระตุ้นให้เสมหะหลุดออกและเคลื่อนไปยังทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น เครื่องมือสร้างแรงดันบวกขณะหายใจออก (Positive Expiratory Pressure; PEP) เครื่องมือสร้างการสั่นสะเทือนในทางเดินหายใจ (Oscillatory Positive Expiratory Pressure; OPEP) เช่น Flutter หรือ Acapella เป็นต้น

การเสริมสร้างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (Inspiratory Muscle Training; IMT) การฝึกใช้อุปกรณ์ฝึกหายใจช่วยให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจมีความแข็งแรงและมีความทนทานเพิ่มมากขึ้น เช่น กล้ามเนื้อกะบังลม (Diaphragm muscle) กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง (Intercostal muscle)

การออกกำลังกาย (Exercise Training) การออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยโปรแกรมจะรวมการฝึกความอดทนและความแข็งแรงร่วมด้วย เนื่องจากช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระบบทางเดินหายใจ เพิ่มสมรรถภาพทางกาย ความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และลดความเหนื่อยล้า การออกกำลังกายจะเน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เช่น การเดินเร็ว การเดินลู่วิ่ง หรือการปั่นจักรยาน

และการฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน (Resistance Training) เช่น การออกกำลังด้วยแรงต้านจากยางยืด หรือการออกกำลังด้วยการยกน้ำหนัก

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) จึงเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีการให้โปรแกรมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานให้กับกล้ามเนื้อหายใจ เพิ่มสมรรถภาพทางกายให้กับกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และเพิ่มคุณภาพชีวิต ในกรณีที่ฝุ่น PM_{2.5} ทำให้เนื้อเยื่อปอดเสียหายจนเกิดพังผืดในปอด (Pulmonary fibrosis) หรือปอดมีความเสียหายถาวร การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะช่วยลดความเสี่ยงของปอดที่เหี่ยว และช่วยให้ร่างกายปรับตัวกับภาวะการทำงานของปอดที่ลดลงได้ การออกกำลังกายไม่เพียงช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอดและสมรรถภาพทางกาย แต่ยังช่วยเสริมความมั่นใจและการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอีกด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายในภาวะฝุ่น PM_{2.5}

สถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยยังมีระดับค่าฝุ่น PM_{2.5} ที่เกินค่ามาตรฐานในหลายจังหวัดทั่วประเทศ กรมอนามัยได้ออกคำเตือน ให้ประชาชนลดหรืองดการออกกำลังกายกลางแจ้ง เพราะการออกกำลังกายกลางแจ้ง เช่น การวิ่ง การปั่นจักรยาน การเล่นฟุตบอล ส่งผลให้อัตราการหายใจเพิ่มมากขึ้นถึง 35-45 ครั้งต่อนาที ดังนั้น โอกาสที่ฝุ่น PM_{2.5} จะแพร่กระจายเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ฝังลงมในปอด และผ่านเข้าสู่กระแสเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้มากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดในสมองตีบ ปอดอักเสบเรื้อรัง รวมไปถึงการกำเริบของโรคหัวใจและหอบหืดได้ หากต้องการออกกำลังกายจริง ๆ มีข้อคำแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับประชาชน ดังนี้

สำหรับประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพแข็งแรง ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงกายมากกลางแจ้งเป็นระยะเวลานาน หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก่อนออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมแจ้งควรปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนี้

1. ติดตามสถานการณ์ฝุ่นละอองจากช่องทางที่สามารถเชื่อถือได้ ก่อนตัดสินใจออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมกลางแจ้ง

1.1 เมื่อระดับฝุ่น PM_{2.5} สูงกว่า 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ระดับสีส้ม) ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายกลางแจ้ง^{5,19} เปลี่ยนมาเป็นออกกำลังกายในร่ม หรือในบ้านแทน เช่น เปิดคลิปรีดิโอออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ แล้วทำตามที่บ้าน หรือออกกำลังกายตามสถานที่ต่าง ๆ ที่มีสนามในร่ม เช่น แบดมินตัน วอลเลย์บอล บาสเกตบอล ปิงปอง สระว่ายน้ำในร่ม เป็นต้น

1.2 เมื่อระดับฝุ่น $PM_{2.5}$ สูงกว่า 75 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ระดับสีแดง) ให้งดการออกกำลังกายกลางแจ้ง^{5,19} เปลี่ยนมาเป็นออกกำลังกายในอาคารแทน เช่น โยคะ หรือว่ายน้ำในสระว่ายน้ำระบบปิด

2. เลือกรับประทานอาหารในสวนสาธารณะ เนื่องจากมีต้นไม้สามารถช่วยกรองฝุ่นได้
3. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงเช้า และบริเวณที่มีฝุ่นสูง เช่น ริมถนน
4. ไม่ควรสวมใส่หน้ากากอนามัย N95 ขณะออกกำลังกายอย่างเด็ดขาด เพราะจะทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายต้องหายใจแรงขึ้น เร็วขึ้น ลมผ่านทางปากเข้าปอดโดยตรงมากขึ้นกว่าหายใจปกติ

สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหอบหืด ภูมิแพ้ โรคหัวใจ ให้งดการออกกำลังกายกลางแจ้ง แนะนำให้พักผ่อนอยู่ในบ้าน เตรียมยาให้พร้อม หากออกจากบ้านให้สวมหน้ากากป้องกันและสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไอบ่อย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด (Wheezing) แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือวิงเวียนศีรษะ ให้รีบไปพบแพทย์ทันที⁵

ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญมากที่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจและหลอดเลือด ก่อนการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมกลางแจ้งประชาชนทุกคนควรดูรายงานคุณภาพอากาศหรือค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ รวมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมควบคุมมลพิษและกรมอนามัย หากมีความจำเป็นต้องทำกิจกรรมกลางแจ้งในวันที่มีค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ มากกว่า 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ควรใส่หน้ากากที่ป้องกันฝุ่น $PM_{2.5}$ ได้ และควรใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลางแจ้งให้สั้นที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงการสูดฝุ่น $PM_{2.5}$ ปริมาณมากเข้าไปในร่างกาย และป้องกันการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวที่จะเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). *Ambient (outdoor) air quality and health*. Retrieved December 3, 2024, from <https://www.who.int>
2. กลุ่มเฝ้าระวังฝุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2562). *เรียนรู้อยู่กับฝุ่น PM2.5*. สืบค้นจาก <https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2019/10/chula-pm25-booklet-1.pdf>

3. กรมควบคุมมลพิษ. (2566). รายงานสถานการณ์มลพิษทางอากาศในประเทศไทย ปี 2566. สืบค้นจาก <https://www.pcd.go.th>
4. U.S. Environmental Protection Agency. (2023). *Particulate matter (PM) basics*. Retrieved December 3, 2024, from <https://www.epa.gov/pm-pollution/particulate-matter-pm-basics>
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือฉบับประชาชน การเฝ้าระวัง PM_{2.5} อย่างไรให้ปลอดภัย. นนทบุรี: กรมอนามัย.
6. Brook, R. D., Rajagopalan, S., Pope, C. A., Brook, J. R., Bhatnagar, A., Diez-Roux, A. V. Kaufman, J. D. (2010). Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 121(21), 2331–2378. doi:10.1161/CIR.0b013e3181dbce1
7. Pope, C. A., & Dockery, D. W. (2006). Health effects of fine particulate air pollution: Lines that connect. *Journal of the Air & Waste Management Association*, 56(6), 709–742. doi:10.1080/10473289.2006.10464485
8. ประเสริฐ สุเมธนาชัย. (2566). การสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} กับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 13(3), 32–40.
9. Li, R., Zhou, R., & Zhang, J. (2018). Function of PM_{2.5} in the pathogenesis of lung cancer and chronic airway inflammatory diseases: A review. *Oncology Letters*, 15(6), 7506–7514. doi:10.3892/ol.2018.8355
10. Meo, S. A., Memon, A. N., Sheikh, S. A., Rouq, F. A., Usmani, A. M., Hassan A., & Arain, S. A. (2015). Effect of environmental air pollution on type 2 diabetes mellitus. *European Review for Medical Pharmacological Sciences*, 19(1), 123–128.
11. Yuan, X., Liang, F., Zhu, J., Huang, K., Dai, L., Li, X.,...Liu, F. (2023). Maternal Exposure to PM_{2.5} and the Risk of Congenital Heart Defects in 1.4 Million Births: A Nationwide Surveillance-Based Study. *Circulation*, (147), 565–574. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061245
12. U.S. Environmental Protection Agency. (2023). *Health and environmental effects of particulate matter (PM)*. Retrieved December 3, 2024, from <https://www.epa.gov/pm-pollution/health-and-environmental-effects-particulate-matter-pm>

13. Park, J. W., Lim, Y. H., Kyung, S. Y., An, C. H., Lee, S. P., Jeong, S. H., & Ju, Y. (2005). Effects of ambient particulate matter on peak expiratory flow rates and respiratory symptoms of asthmatics during Asian dust periods in Korea. *Respirology*, 10(4), 470-476. doi:10.1111/j.1440-1843.2005.00728.x
14. Doiron, D., de Hoogh, K., Probst-Hensch, N., Fortier, I., Cai, Y., De Matteis, S., & Hansell, A. L. (2019). Air pollution, lung function and COPD: results from the population-based UK Biobank study. *Eur Respir J*, 54(1) doi:10.1183/13993003.02140-2018
15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*. Retrieved December 4, 2024, from <https://goldcopd.org>
16. McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). *Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10008021/pdf/CD003793.pdf>
17. สุวรรณิ จรุงจิตตอารี. (2540). *กายภาพบำบัดโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย จำกัด.
18. Pryor, J. A., & Prasad, S. A. (2008). *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems: Adults and paediatrics* (4th ed.). Churchill Livingstone.
19. กรมควบคุมมลพิษ. (2566). *สถานการณ์ฝุ่นละออง PM_{2.5} ประจำปี 2566*. สืบค้น 4 ธันวาคม 2567, จาก https://www.pcd.go.th/pcd_news/30028/

เพศศึกษาในโรงเรียน รู้ทัน เข้าใจ เข้าถึง

นภสร วงวิญญรัตน์¹

บทคัดย่อ

การให้ความรู้ด้านเพศศึกษาในวัยเรียนมีบทบาทสำคัญในการเตรียมเยาวชนให้มีความเข้าใจในเรื่องเพศอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและการสืบพันธุ์ บทความนี้นำเสนอแนวทางการให้ความรู้ตั้งแต่วัยเยาว์ที่ส่งเสริมการยอมรับในสังคม การลดความเขินอายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การขอรับถุงยางอนามัยหรือการเข้ารับบริการฝังยาคุมกำเนิดในผู้หญิง โดยเน้น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความสำคัญของการศึกษาเพศศึกษาในวัยเรียน บทบาทของสถาบันการศึกษาและครอบครัว และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม สุดท้าย บทความนี้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบายและการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในประเทศไทย

คำสำคัญ เพศศึกษา; โรงเรียน

¹ นักวิชาการสาธารณสุข (นักฉุกเฉินการแพทย์วิชาชีพ)

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Abstract

Providing sexual education in schools plays a crucial role in preparing young people to understand sexuality accurately, appropriately, and with confidence in making decisions about their sexual and reproductive health. This article presents approaches to delivering knowledge from an early age, focusing on promoting societal acceptance and reducing embarrassment in accessing sexual health services, such as obtaining condoms or receiving contraceptive implants for women. The discussion highlights three key aspects: the importance of sexual education in schools, the roles of educational institutions and families, and the promotion of accessible and youth-friendly sexual health services. Finally, the article offers recommendations for developing effective policies and practices in Thailand

บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการขาดความเข้าใจในเรื่องเพศอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แต่เยาวชนจำนวนมากยังรู้สึกอายหรือกลัวที่จะพูดคุยหรือเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ เช่น การขออนุญาตอนามัยหรือการฝังยาคุมกำเนิด ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงการให้ความรู้เพศศึกษาที่เหมาะสมตั้งแต่วัยเยาว์ บทความนี้จะสำรวจวิธีการและแนวทางการศึกษาเพื่อสร้างความมั่นใจให้เยาวชนในการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง

เพศศึกษาในวัยเรียนจึงเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้เยาวชนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเพศ ความสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศอย่างถูกต้องและเหมาะสม ในบริบทของประเทศไทย แม้จะมีการบรรจุวิชาเพศศึกษาในหลักสูตรการเรียนการสอน แต่ยังคงพบว่ามีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ครอบคลุม การสอนที่ขาดความต่อเนื่อง และความไม่เปิดเผยในเรื่องเพศในบางพื้นที่ของสังคมไทย ส่งผลให้เยาวชนจำนวนมากขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของตนเอง

ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ผลกระทบที่สำคัญ เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งยังคงมีอัตราสูงในประเทศไทยเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้ การขาดความรู้และการตีตราทางสังคมยังส่งผลให้เยาวชนหลีกเลี่ยงการใช้บริการสุขภาพทางเพศ เช่น การขออนุญาตอนามัยหรือการเข้าถึงการคุมกำเนิด

ความสำคัญของเพศศึกษาในวัยเรียนไม่ได้จำกัดเพียงการลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังรวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิในร่างกาย (Bodily Autonomy) และการเคารพสิทธิของผู้อื่น (Consent) ซึ่งเป็นรากฐานของการสร้างความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและให้เกียรติซึ่งกันและกัน

บทบาทของครอบครัวและสถาบันการศึกษาในฐานะผู้สนับสนุนเยาวชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ครอบครัวควรเป็นพื้นที่ที่เยาวชนสามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศได้อย่างปลอดภัย ขณะที่โรงเรียนควรจัดให้มีการเรียนการสอนที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของนักเรียน นอกจากนี้ การพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อเยาวชน เช่น การให้คำปรึกษาที่ไม่ตัดสิน และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดโดยไม่เปิดเผยตัวตน จะช่วยลดอุปสรรคที่เกิดจากความอายหรือการกลัวการถูกวิจารณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ยังคงเป็นอุปสรรคในสังคมไทย บทความนี้จะมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหาและนำเสนอแนวทางการปรับปรุงการให้ความรู้เรื่องเพศในวัยเรียน โดยพิจารณาจากสามประเด็นหลัก ได้แก่ ความสำคัญของเพศศึกษาในวัยเรียน บทบาทของครอบครัวและ

สถาบันการศึกษา และการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศที่ครอบคลุม ส่งเสริมความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษาในกลุ่มเยาวชน เพื่อกระตุ้นการยอมรับในบริการสุขภาพทางเพศโดยไม่เงินอายและเสนอแนะแนวทางปรับปรุงการเรียนการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย โดยหวังว่าจะสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและการดำเนินงานในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1. ความสำคัญของการศึกษาเพศศึกษาในวัยเรียน

เพศศึกษาในวัยเรียนไม่ใช่เพียงการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทางชีววิทยา แต่

ต้องครอบคลุมถึงการสร้างทัศนคติและพฤติกรรมที่รับผิดชอบต่อสุขภาพทางเพศและความสัมพันธ์ ตัวอย่างเนื้อหาที่สำคัญได้แก่ 1. สิทธิในร่างกาย (Bodily Autonomy): การให้เยาวชนเข้าใจว่า พวกเขามีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง เช่น การยินยอม (Consent) และการปฏิเสธความสัมพันธ์ที่พวกเขาไม่ต้องการ 2. ความยินยอม (Consent): การสอนเรื่องความสมัครใจและการเคารพสิทธิของคู่สัมพันธ์ ช่วยให้เยาวชนเข้าใจว่าเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมต้องเกิดจากการยินยอมทั้งสองฝ่าย 3. การป้องกันโรคและการคุมกำเนิด: การให้ข้อมูลเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด การฝังยาคุม และวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น HIV หรือ HPV รวมถึงการเน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันทั้งการตั้งครรภ์และโรคในเวลาเดียวกัน

1. บทบาทของสถาบันการศึกษาและครอบครัว

2.1 บทบาทของสถาบันการศึกษา

โรงเรียนถือเป็นสถานที่สำคัญในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา โดยมีแนวทางดังนี้

2.1.1 การฝึกอบรมครูผู้สอน: ครูควรได้รับการอบรมเพศศึกษาเฉพาะทางเพื่อสามารถตอบคำถามของนักเรียนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.1.2 การจัดสื่อการสอนที่น่าสนใจ: เช่น การใช้วิดีโอ อินโฟกราฟิก หรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของนักเรียน

2.1.3 การสร้างพื้นที่ปลอดภัย: ให้นักเรียนรู้สึกมั่นใจในการตั้งคำถามและพูดคุยเรื่องเพศโดยไม่รู้สึกถูกตัดสิน

2.2 บทบาทของครอบครัว

2.2.1 การพูดคุยเรื่องเพศอย่างเปิดเผย: การสร้างบรรยากาศที่เด็กสามารถตั้งคำถามหรือแสดงความกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศได้อย่างสบายใจ

2.2.2 การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง: เช่น การอธิบายว่าการใช้ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันโรคได้อย่างไร หรือการฝังยาคุมมีประสิทธิภาพอย่างไรในการป้องกันการตั้งครรภ์

2.2.3 การสนับสนุนด้านอารมณ์: การแสดงความเข้าใจและไม่ตัดสินเมื่อเยาวชนต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศ

3. การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ

3.1 การพัฒนาคลินิกสุขภาพเยาวชน: ให้บริการที่มีมิตรต่อเยาวชน เช่น การแจกถุงยางอนามัยฟรี การจัดโปรแกรมฝังยาคุมโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศที่ไม่เปิดเผยตัวตน

3.2 การรณรงค์สร้างความเข้าใจในสังคม: ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและบริการคุมกำเนิดในแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เยาวชนเข้าถึงง่าย

3.3 การจัดกิจกรรมในชุมชน: เช่น การแจกถุงยางอนามัยในโรงเรียนหรือพื้นที่ชุมชนและการจัดกิจกรรมสร้างความรู้เรื่องเพศศึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ

สรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

เพศศึกษาในวัยเรียนถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างรากฐานสำหรับเยาวชน ให้มีความเข้าใจเรื่องเพศอย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่เพียงแต่ช่วยให้พวกเขาตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและความสัมพันธ์ แต่ยังช่วยลดปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงทางเพศ

การบรรจุเพศศึกษาในหลักสูตรตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิในร่างกาย (Bodily Autonomy) และความยินยอม (Consent) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและปลอดภัย การให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคและการคุมกำเนิด เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการฝังยาคุมกำเนิด ยังเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพทางเพศที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

บทบาทของสถาบันการศึกษาและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนเยาวชน โรงเรียนควรมีการฝึกอบรมครูผู้สอนเพศศึกษาให้มีความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างเหมาะสม การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มหรือการใช้สื่อการสอนที่น่าสนใจ ช่วยให้เยาวชนรู้สึกสบายใจในการเรียนรู้และพูดคุยเรื่องเพศ ขณะเดียวกัน ครอบครัวก็ต้องมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้าใจผ่านการพูดคุยและให้ข้อมูลที่ถูกต้องในบรรยากาศที่ไม่ตัดสินการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนและครอบครัวจะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้เยาวชนในการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง

อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในประเทศไทย เนื่องจากเยาวชนหลายคนยังรู้สึกเขินอายหรือกลัวการถูกตัดสินเมื่อใช้บริการ เช่น การซื้อถุงยางอนามัยหรือการขอรับการคุมกำเนิด การพัฒนาคลินิกสุขภาพมิตรต่อเยาวชน การแจกจ่ายอุปกรณ์ป้องกันโรค และการให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัวและไม่เปิดเผยตัวตน สามารถลดอุปสรรคเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนานโยบายที่ครอบคลุม เช่น การรณรงค์สร้างความเข้าใจในสังคม การส่งเสริมให้บริการสุขภาพทางเพศเข้าถึงง่าย และการลดการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ถือเป็นหัวใจสำคัญในการแก้ไขปัญหา การดำเนินการทั้งด้านการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว และการปรับปรุงบริการสุขภาพทางเพศอย่างครบวงจร จะช่วยสร้างระบบที่ยั่งยืนในการสนับสนุนเยาวชนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การบูรณาการการศึกษาและบริการสุขภาพทางเพศที่มีประสิทธิภาพในระดับประเทศ จะช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และส่งเสริมสังคมที่เข้าใจและยอมรับความหลากหลายทางเพศในระยะยาว เป็นการสร้างความเท่าเทียมและความปลอดภัยในสังคมอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

เพื่อพัฒนาการศึกษาเพศศึกษาในวัยเรียนและการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของเยาวชนในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ ควรดำเนินการ ดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาให้ครอบคลุม

1.1 บรรจุเนื้อหาเพศศึกษาในทุกระดับการศึกษา: ควรเริ่มต้นตั้งแต่ระดับ

ประถมศึกษา โดยเน้นความแตกต่างทางเพศและสุขอนามัยพื้นฐาน จากนั้นพัฒนาไปสู่เรื่องความสัมพันธ์ การยินยอม (Consent) และการป้องกันปัญหาทางเพศในระดับมัธยมศึกษา

1.2 ออกแบบหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม: เนื้อหาควรครอบคลุมถึง

สิทธิในร่างกาย ความยินยอม การคุมกำเนิด และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเน้นการปรับทัศนคติที่เคารพความหลากหลายทางเพศ

1.3 การใช้สื่อการเรียนการสอนที่ทันสมัย: พัฒนาเนื้อหาด้วยสื่อที่น่าสนใจ เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิก เกมเพื่อการเรียนรู้ หรือกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

2. การฝึกอบรมครูและพัฒนาผู้ปกครองให้มีบทบาท

2.1 จัดอบรมครูเพศศึกษาเฉพาะทาง: ครูควรมีความเข้าใจในเนื้อหาและมีทักษะในการสอนเรื่องเพศอย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถตอบคำถามของนักเรียนได้อย่างเปิดกว้างและไม่ตัดสิน

2.2 ส่งเสริมบทบาทของครอบครัว: พ่อแม่ควรได้รับการสนับสนุนให้พูดคุยเรื่องเพศกับบุตรหลานในบรรยากาศที่ไม่กดดัน เช่น จัดเวิร์คช็อปสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศ

2.3 สร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัว: เพื่อให้ความรู้และทัศนคติที่เยาวชนได้รับมีความสอดคล้องและเสริมกัน

3. การปรับปรุงและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ

3.1 พัฒนาศูนย์สุขภาพมิตรต่อเยาวชน: ควรมีคลินิกที่เน้นการให้คำปรึกษาและบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตร เช่น การแจกถุงยางอนามัย การฝังยาคุมกำเนิด และการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยให้บริการแบบไม่เปิดเผยตัวตน

3.2 ลดค่าใช้จ่ายหรือให้บริการฟรี: เช่น การแจกถุงยางอนามัยในโรงเรียนหรือชุมชน และการให้บริการคุมกำเนิดโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

3.3 การฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ: บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรได้รับการอบรมเพื่อให้บริการอย่างเข้าใจเยาวชนและไม่ตัดสิน

4. การรณรงค์สร้างความตระหนักในสังคม

4.1 จัดแคมเปญสร้างความรู้ผ่านสื่อออนไลน์: ใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย เช่น TikTok, Facebook และ Instagram ในการเผยแพร่ข้อมูลที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อเยาวชน

4.2 ลดการตีตราในสังคม: รณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ เช่น การซื้อถุงยางอนามัย หรือการรับบริการคุมกำเนิด เป็นสิ่งปกติที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพ

4.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน: เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในชุมชน โดยร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

5. การสนับสนุนทางนโยบายและกฎหมาย

5.1 ปรับปรุงกฎหมายและนโยบายด้านสุขภาพทางเพศ: เช่น การลดข้อจำกัดในเรื่องอายุสำหรับการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และการให้สิทธิ์เยาวชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

5.2 สนับสนุนงบประมาณเพื่อการศึกษาเพศศึกษา: จัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมครู และการรณรงค์สร้างความรู้

5.3 ติดตามผลและปรับปรุงนโยบาย: จัดตั้งคณะทำงานเพื่อประเมินผลกระทบของการศึกษาเพศศึกษาและปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง

6. การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่

6.1 สนับสนุนการวิจัยด้านเพศศึกษา: เช่น การศึกษาพฤติกรรมเยาวชนและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ

6.2 การสร้างฐานข้อมูลระดับชาติ: เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของเยาวชนและใช้ในการพัฒนานโยบายที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ฉันทิกา จันทรเปี้ย. ครอบครัวกับเพศศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. THAICHILDHEALTH.COM; [สืบค้นเมื่อ: 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.thaichildhealth.com/knowledge/ครอบครัวกับเพศศึกษา>
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ: 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi64/1_14/1_14_1-1.pdf
3. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ สำนักงานประจำประเทศไทย (UNFPA). แนวทางการดำเนินงานเพศวิถีศึกษาโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ: การให้ความสำคัญแก่สิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ: 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://so01.tci-thaijo.org/index.php/e-jodil/article/view/244879>
4. UNICEF ประเทศไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ: 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-08/160705_SAAP_in_Thailand_report_TH.pdf
5. The TSIS. เพศศึกษาไม่ใช่เรื่องไกลตัว: การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศในครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ: 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.thetsis.com/post/sex-family-communication>
6. UNICEF ประเทศไทย. รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวน การสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ: 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.unicef.org/thailand/media/1106/file>

รู้เท่าทันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

(Understanding and Preventing Non-Communicable Diseases)

อารียา อุตชาว¹

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ประชากรกว่า 41 ล้านคน หรือร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ในประเทศไทย โรคเหล่านี้ถือเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การขาดกิจกรรมทางกาย และการสูบบุหรี่

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาล โดยในปี พ.ศ. 2562 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทยสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือร้อยละ 9.7 ของ GDP ดังนั้น การรู้เท่าทัน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่มีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนาน และ มักก่อให้เกิดความรุนแรงต่อสุขภาพในระยะยาว ตัวอย่างของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย สาเหตุสำคัญของโรคเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่ง ของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานข้อมูลประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี หรือ เรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 17 ล้านคน ร้อยละ 84 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบ ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวน การเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรค ถ้าหากไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมสภาวะโรคอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

นอกจากที่กล่าวในข้างต้นแล้ว กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมประเทศอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย และก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ส่งผลให้ผลิตภาพ การทำงานลดลงหรือสูญเสียไป รวมทั้งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ปีละ 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ โดยมีการประมาณมูลค่าความสูญเสียเศรษฐกิจไทยในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็น ร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยร้อยละ 91 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (คิดเป็นมูลค่า 1.495 ล้านล้านบาท) เป็นค่าใช้จ่ายแฝงที่เกิดจากภาวะขาดงาน การทำงานไม่เต็มความสามารถ การออกจากตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร การสูญเสียกำลังผลิต อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในขณะที่ร้อยละ 9 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (มูลค่าประมาณ 1.39 พันล้านบาทต่อปี) เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาพยาบาล นับเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่ของระบบสาธารณสุข (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การตระหนักรู้และการป้องกันโรคจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการรู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยง และวิธีการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน

พฤติกรรมสุขภาพ และสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ โรคเหล่านี้ทำให้เกิดภาระทางสาธารณสุขที่ยิ่งใหญ่ในประเทศไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการแพร่ระบาดในประชากรกลุ่มใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน ประเภท 2 ซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูงเกินไปและการขาดการออกกำลังกาย

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในช่วงปี 2560-2562 ที่ผ่านมา พบว่า คนไทยมีการเปลี่ยนแปลงการบริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน (6-25 ปี) มีการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง กลุ่มขนมอาหารทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ อาหารจานด่วนและเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์แต่กลับบริโภคผักและผลไม้ลดลง ในขณะที่กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มวัยสูงอายุบริโภคผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบริโภคดังกล่าวของคนไทยมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลทำให้คนไทยทั้งเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วนเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว เพราะภาวะอ้วนนี้เป็นปัจจัยของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ หลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และใน ปี 2564 พบว่า ประชากรไทยมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงมาก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่มักมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การกินอาหารจานด่วนหรืออาหารที่ผ่านการแปรรูปซึ่งมีปริมาณน้ำตาลและไขมันสูง การไม่ออกกำลังกายเป็น

สาเหตุที่ทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการที่คนไทยในวัยทำงานมีความเสี่ยงสูงจากการนั่งทำงานตลอดทั้งวัน การขาดการเคลื่อนไหวเป็นเวลาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ โดยผลการศึกษาจากกรมอนามัย (2565) ระบุว่า การออกกำลังกายเพียง 30 นาทีต่อวันจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่มาตั้งแต่ในวัยเยาว์ การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการส่งเสริมโครงการ “ลดพุง ลดโรค” ที่เน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับชุมชนจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางอาหาร (Food environment) เนื่องจากวัฒนธรรมตะวันตกที่แพร่ขยายเข้ามาในประเทศไทยการมีร้านอาหารจานด่วน และร้านสะดวกซื้อจำนวนมากเปิดจำหน่ายทั่วประเทศ นอกจากนั้นอาหารปรุงสุกที่สามารถรับประทานได้ทันทีหรือเพียงนำไปอุ่น อบ นึ่ง หรือเข้าเตาไมโครเวฟเพียงไม่กี่นาทีเป็นที่ยอมรับจากผู้บริโภคมากกว่าแต่ก่อน เนื่องจากความกังวลต่อการรับประทานอาหารบรรจุกล่องที่ต้องใช้ไมโครเวฟอุ่นให้ร้อนลดลง ประกอบกับการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่โดยเฉพาะในสังคมเมืองซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลา จึงต้องการความรวดเร็วและสะดวกสบายเป็นหลักกลุ่มคนรุ่นใหม่ นิยมอาศัยอยู่ในคอนโดมิเนียมย่านกลางเมืองหรือหอพักใกล้กับที่ทำงาน ซึ่งที่พักอาศัยประเภทนี้ไม่เหมาะสมกับการปรุงอาหาร หรือแม้แต่กลุ่มผู้บริโภคที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือเป็นครอบครัวขนาดเล็ก ก็ไม่ค่อยจะปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้านมากนัก ปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลให้อาหารพร้อมรับประทานเป็นที่นิยมมากขึ้นและมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

อัตราการบริโภคโซเดียม และน้ำตาลของประชากรไทยสูงเป็น 2 เท่า และ 4 เท่าของปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคต่อวัน นอกจากนั้น การสูบบุหรี่ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเจ็บป่วยอันดับต้น ๆ ของคนไทยด้วย รวมถึงเยาวชนไทย 9 ใน 10 คนยังมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (อย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์) และคนไทยร้อยละ 42 มีภาวะน้ำหนักเกินซึ่งสูงเป็นลำดับ 2 ของประเทศในเอเชีย ยังมีความเสี่ยงทางพฤติกรรมอีกหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น การบริโภคอาหารจานด่วน การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่เพิ่มขึ้น และบริการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องหยุดชะงัก เพราะมาตรการควบคุมการระบาดของโควิด-19 นอกจากนั้น การเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุอย่างรุนแรงของประเทศไทยจะยิ่งเร่งอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สูงขึ้นไปอีก โดยภายในปี 2583 ประชากร 1 ใน 4 คนของไทยจะมีอายุมากกว่า 65 ปี (จอส ฟอนเดลาร์, 2565)

จากข้อมูลดังกล่าว เห็นได้ชัดว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหลักในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาระจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ห่างไกลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของเรานั่นเอง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่สร้างขึ้นเองจากการกระทำ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย ความเครียด และการไม่ค่อยออกกำลังกาย รวมไปถึงพฤติกรรมการกิน ซึ่งผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคเหล่านี้ ส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งสิ้น จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิต เช่น ลดการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เสริมสร้างกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพที่ดี ห่างไกลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิตแบบผิด ๆ มีผลต่อสุขภาพของทุกคนเป็นอย่างมาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งในปัจจุบันสามารถสั่งอาหารได้สะดวก รวดเร็ว ทำให้เกิดวิถีการกินแบบตามใจปาก หรือแม้กระทั่งการนั่งทำงานในท่าเดิมเป็นเวลานาน ๆ รวมทั้งการมีภาวะเครียดสะสม ส่วนหนึ่งนั้นมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบไม่ระวัง หากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ ก็จะมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง ห่างไกลจากโรคภัยต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากความไม่รู้ และความชะล่าใจในการใช้ชีวิตประจำวัน เราสามารถกำหนดตัวเองได้ว่าร่างกายควรทำอะไรให้สุขภาพจิตและสุขภาพกายดี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต โดยเฉพาะในวัยทำงาน ซึ่งถือว่ามีไลฟ์สไตล์ที่เอื้อต่อการเกิดโรคเป็นอย่างมาก ดังนั้น การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การหยุดพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ ให้ห่างไกลจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (จุติพร วรรณศิริ, 2565)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่มักเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้แนะนำ 6 วิธีง่ายๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนี้

1. ขยับร่างกายบ่อยๆ โดยเฉพาะผู้ที่นั่งนานๆ การนั่งทำงานหรือใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ ควรหาโอกาสลุกขึ้นยืด-เหยียดร่างกาย หรือเดินไปมาทุกๆ ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและลดความเสี่ยงของโรคที่เกิดจากการนั่งนานๆ

2. เลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ ลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และเกลือสูง แทนที่ด้วยผักและผลไม้ซึ่งอุดมไปด้วยวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การปรับเปลี่ยนนิสัยการกินเช่นนี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ
3. พักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 7 – 8 ชั่วโมง การนอนหลับที่เพียงพอมีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ร่างกายได้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ลดความเครียด และเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ควรพยายามนอนให้ได้ 7-8 ชั่วโมงต่อคืนอย่างสม่ำเสมอ
4. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลายชนิด การหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำสมาธิ หรืองานอดิเรกต่างๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเหล่านี้ได้
5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 150 นาที การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมสร้างสุขภาพร่างกายและจิตใจ ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายแบบหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์
6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลายชนิด รวมถึงโรคตับ โรคหัวใจ และมะเร็งหลายชนิด การลด ละ เลิก พฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวได้อย่างมาก

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำเหล่านี้อาจไม่ใช่เรื่องง่าย แต่หากทำได้อย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในระยะยาว การเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนทีละเล็กทีละน้อยและค่อยๆ เพิ่มความเข้มข้นขึ้น จะช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปอย่างยั่งยืน นอกจากนั้นแล้วการตรวจคัดกรองและการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคอ้วน การตรวจคัดกรองช่วยให้การตรวจพบโรคหรือความเสี่ยงจากโรคในระยะเริ่มต้น สามารถนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพและช่วยลดการเกิดโรครุนแรงในระยะยาว โดยที่การตรวจคัดกรองควรทำร่วมกับการดูแลสุขภาพที่สม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดภาระของระบบสาธารณสุข

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นกระบวนการที่ใช้ในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ที่อาจจะเป็นโรคที่ยังไม่มีอาการออกมา การตรวจคัดกรองสามารถนำไปสู่การรักษา

ได้เร็วขึ้น ซึ่งมีผลดีต่อการลดความรุนแรงของโรคและอัตราการตายที่สูงขึ้นจากโรคเรื้อรังในอนาคต ตัวอย่างที่สำคัญของการตรวจคัดกรอง ได้แก่

- การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน: โรคเบาหวานประเภท 2 มีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วในประเทศไทย การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานทำได้โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจนี้สามารถพบผู้ที่มีความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ระยะแรกช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการรักษาในระยะเริ่มต้นมีประสิทธิภาพมากกว่า
- การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง: การตรวจความดันโลหิตสูงทำได้ง่ายและรวดเร็ว ซึ่งการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรทั่วไปสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ การควบคุมความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคดังกล่าวได้อย่างมาก
- การตรวจคัดกรองมะเร็ง: การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (Mammography) มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) และมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการตรวจที่ช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่อาจพัฒนาเป็นมะเร็ง การตรวจพบมะเร็งในระยะแรกสามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาดหรือเพิ่มอายุขัยได้

การดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว ซึ่งการดูแลสุขภาพสามารถทำได้หลายด้าน เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

- การออกกำลังกาย: การออกกำลังกายเป็นวิธีที่ง่ายและมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงจากโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคอ้วน การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและช่วยควบคุมน้ำหนักได้ดี งานวิจัยหลายชิ้นในประเทศไทยพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเหล่านี้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย
- การควบคุมอาหาร: การทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ผักและผลไม้ ธัญพืช และโปรตีนที่มีคุณภาพ สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจได้ การควบคุมอาหารมีความสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากอาหารที่ไม่สมดุลอาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับหลายโรค

- การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง: การหยุดสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ งานวิจัยในประเทศไทยได้ระบุว่า ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงในการเกิดโรคต่ำกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้

การตรวจคัดกรองและการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมีผลประโยชน์หลายประการ เช่น การลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การลดภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และการช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคในระยะยาว รวมถึงลดภาระการรักษาในอนาคต

ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองและการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ผ่านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศ การส่งเสริมการตรวจคัดกรองในประชากรทุกกลุ่มอายุและการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนมีผลสำคัญในการลดภาระของโรคเหล่านี้ โดยในประเทศไทยได้มีการกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านแผนยุทธศาสตร์การควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพในระดับชาติ ตัวอย่างเช่น ในปี 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งภาครัฐได้มีการจัดการอบรมและรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชน

การควบคุมสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของไทย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การจัดการการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีมาตรการในหลายด้านและอาศัยกลไกกระบวนการต่าง ๆ ในหลายระดับ หลายมิติ การขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อทราบ สถานการณ์ ประสิทธิภาพกลไกและความเป็นไปของระบบ อำเภอรายเป็นระดับของพื้นที่เป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถศึกษา เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในระบบองค์รวมและการพัฒนาต่อเนื่องของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (นัฐพันธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง และคณะ, 2562)

การจัดการที่รากของปัญหาให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นวิธีมีความยั่งยืนและ สามารถป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้มากถึงร้อยละ 80 ที่ผ่านมามาประเทศไทยมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังจะเห็นได้จากการมียุทธศาสตร์ระดับชาติ คือ แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563 ยุทธศาสตร์

ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิเช่น แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2565 - 2570 แผนปฏิบัติการ ด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 - 2570 เป็นต้น ตลอดจนมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มุ่งเน้นป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ คือ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี พ.ศ. 2560 - 2564) ที่ได้จัดทำขึ้นตามมติคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 เพื่อตอบสนองต่อปัญหาอันเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และให้บรรลุ 9 เป้าหมายลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับโลก แผนฉบับ ดังกล่าวได้ผ่านมติเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2560 เป้าประสงค์ของแผนเพื่อลดภาระ การป่วย การตาย และความพิการที่ป้องกันได้ อันมีผลสืบเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยวิธีการร่วมมือระหว่าง ภาคีภาคส่วนหลากหลายสาขาและการประสานงานในระดับชาติ ภูมิภาค และระดับโลก อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าตามกรอบการติดตามการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย เป้าหมายว่าด้วยโอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างช้า ๆ โดยลดลงจากร้อยละ 14.8 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งจากการคาดการณ์พบว่าประเทศไทย จะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 11.1 ภายใน พ.ศ. 2573 ได้หากยังคงดำเนินการเช่นเดิม ที่ผ่านมา แม้ว่าประเทศไทยมีกรอบกฎหมายและนโยบายระดับชาติดีค่อนข้างครอบคลุมการจัดการปัจจัยหลัก เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ในทางปฏิบัติ และการดำเนินการเชิงพื้นที่ ประเทศไทยยังมีช่องว่างจุดอ่อน และความท้าทาย ในการดำเนินการ ป้องกันควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลายประการ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทยอย่างรวดเร็วที่ส่งผลต่อสภาพแวดล้อม วิถีชีวิตและความเสี่ยงทาง สุขภาพในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องดำเนินการมาตรการที่จำเป็น อื่น ๆ เพิ่มเติม การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วย กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงใดเพียง กระทรวงหนึ่ง หรือภาครัฐเท่านั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินงานจากหน่วยงานเครือข่ายทุกภาคส่วน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกัน ควบคุม และจัดการได้ด้วยมาตรการที่เหมาะสม ตั้งแต่ มาตรการด้านกฎหมาย ควบคุมปัจจัยกำหนด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ ลด เสี่ยง ปรับสภาพแวดล้อมที่ลดเสี่ยงและเอื้อต่อ สุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพของ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ที่ เสี่ยงต่อโรคสามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยง ร่วม/ โอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น ลดอัตราป่วย กลุ่มป่วย สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ ลด

ภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิต ที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงาน (นัฐพนธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง และคณะ, 2562)

เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระยะของการแฝงตัวนานก่อนเกิดโรค ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคไม่ติดต่อในระยะเริ่มต้น มักไม่แสดงอาการที่เด่นชัดทำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยและไม่จัดการกับปัญหาดังกล่าว ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้มีการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคมีการดำเนินไปมากแล้ว อีกทั้งยังมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน ดังนั้น การป้องกันควบคุมตลอดจนการดูแลสุขภาพตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก และเยาวชน จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการลดปริมาณความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (กรมควบคุมโรค, 2561)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นภัยสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและระบบเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล กลุ่มโรคนี้สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดกิจกรรมทางกาย ปัจจัยเหล่านี้จะสามารถควบคุมและป้องกันได้ดีหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนับสนุนจากทุกภาคส่วนอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการส่งเสริมการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดโรคได้

จากข้างต้นนั้น เห็นได้ว่าควรส่งเสริมความตระหนักรู้ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน อาทิ จัดกิจกรรมให้ความรู้โดยเน้นถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ใช้สื่อสังคมออนไลน์และช่องทางประชาสัมพันธ์อื่น ๆ เพื่อกระจายข้อมูลที่ถูกต้อง พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพผ่านการสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกเฉพาะด้าน ในโรงพยาบาลทุกระดับ พร้อมกับการฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการออกนโยบายที่สนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำพื้นที่ปลอดบุหรี่ การกำหนดมาตรฐานอาหารสุขภาพ และการเพิ่มพื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน พัฒนาศูนย์เชิงรุกสำหรับกลุ่มประชากรในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มเปราะบาง หากมีการดำเนินการตามข้อเสนอแนะดังกล่าว คาดว่าจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรให้มีสุขภาพที่ดีและยั่งยืนในอนาคต ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในทุกระดับ การส่งเสริมความตระหนักรู้ในระดับบุคคลและ

ชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีกิจกรรมให้ความรู้ที่เน้นถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้สื่อออนไลน์และสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญ เช่น การจัดตั้งคลินิกเฉพาะด้านในโรงพยาบาลทุกระดับ การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และการสนับสนุนการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก

นอกจากนี้ ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น อัตราการลดลงของผู้ป่วย หรือจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองในแต่ละปี พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง การสร้างความยั่งยืนผ่านความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหา เช่น การผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพ การลดภาษีสำหรับอาหารสุขภาพ หรือการสนับสนุนธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการสร้างวิถีชีวิตที่ดีหากมีการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 – 2570) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf>
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพประชาชนประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2567]. สืบค้นจาก:
<https://www.moph.go.th>
3. กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อและภัยสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/940520191120002359.pdf>
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
5. จอส ฟอนเดลาร์. โรค NCDs ฆาตกรเงียบที่คุกคามอนาคตประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thailand.un.org/th/168928-%E2%80%8BF%E0%B9%>

- 82%E0%B8%A3%E0%B8%84-ncds-
 %E0%B8%86%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%81%
 E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%87%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%9A
 %E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%8
 1%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%
 B2%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9
 %80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2
6. นัฐพนธ์ เอกภักษ์รุ่งเรือง, นพพร ศรีผัด, อำนาจ เมืองแก้ว. การศึกษาเชิงประเมนระบบ
 ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอในภาคเหนือของประเทศไทย 2562.
 เชียงรายเวชสาร. 2564;13(3):188-203.
 7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ผลการดำเนินงานโครงการลดพุง
 ลดโรค [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2565
 [เข้าถึงเมื่อ 2024 ธ.ค. 11]. สืบค้นจาก: <https://www.thaihealth.or.th>
 8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รู้เท่าทัน ปรับพฤติกรรม ลดเสี่ยง
 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. สืบค้นจาก:
<https://www.thaihealth.or.th/>
 9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เรียนรู้อย่างเข้าใจ ปรับพฤติกรรม
 ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. สืบค้นจาก:
<https://www.thaihealth.or.th>
 /%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99%E0%B8%
 A3%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A2%E0%B9%88%E0%B8
 %B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B
 9%83%E0%B8%88-%E0%B8%9B%
 E0%B8%A3-2/
 10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชากรไทย [อินเทอร์เน็ต].
 กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2567]. สืบค้นจาก:
<https://www.nso.go.th>

ลดความสูญเสีย เพิ่มความหวังกับการพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้วย การฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติในชุมชน

จรรยา โกยชัย¹

การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator, AED) เป็นวิธีสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การฝึกอบรมทักษะ CPR และการใช้ AED ในชุมชนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนา นโยบายสาธารณสุขที่ส่งเสริมการฝึกอบรมและการเข้าถึงเครื่อง AED ในพื้นที่สาธารณะเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ยังควรร่วมมือกับภาคการศึกษาและภาคเอกชนในการจัดอบรมและสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน รวมถึงการออกกฎหมายคุ้มครองพลเมืองดี (Good Samaritan Law) เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ การสร้างเครือข่ายการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพจากทุกภาคส่วนในชุมชนจะช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยและลดการสูญเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างยั่งยืน.

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล/ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest)

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (OHCA) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาทันทีโดยการช่วยฟื้นคืนชีพ ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน อาจเกิดขึ้นกับใคร เมื่อเวลาใด และ สถานที่แห่งไหนก็ได้จากการศึกษาพบว่า เกิดขึ้นกับผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ที่สำคัญคือ สถานที่ อันเป็นจุดที่ เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน มักจะเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลเป็นส่วนมาก ประชาชนจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือมากที่สุด เนื่องจาก เป็นทั้งผู้พบเห็น และเป็นบุคคลแรกที่ให้ความช่วยเหลือ ในหลายประเทศจึง ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และมีโอกาสได้ทำการฝึกอบรมการช่วยชีวิต ขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ(เออีดี: AED) รวมทั้งมีการติดตั้ง AED ในสถานที่

¹ นักฉุกเฉินการแพทย์ สถานปฏิบัติงาน ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์ลิค)

สาธารณะที่มีประชาชนจำนวนมากที่ใช้พื้นที่ ดังกล่าว ซึ่งพบว่าสามารถทำให้อัตรารอดชีวิตมีเพิ่มมากขึ้นได้

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และการช่วยฟื้นคืนชีพ ((Sudden Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)

ปกติคนเรามีชีวิตอยู่ได้ด้วยระบบสำคัญ 2 ระบบ คือระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจซึ่งมีปอดเป็นอวัยวะสำคัญจะทำงานโดยหายใจเอาอากาศที่มีออกซิเจนสูงประมาณ 21% จากอากาศภายนอกผ่าน จมูกและหลอดลมเข้าไปในปอด แล้วหายใจเอาอากาศที่มีคาร์บอนไดออกไซด์จากในปอดผ่านหลอดลมและจมูกออกมาสู่ภายนอก ระบบไหลเวียนโลหิตมีหัวใจเป็นอวัยวะสำคัญ ทำงานโดยหัวใจจะสูบฉีดเลือดที่รับออกซิเจนจากปอดไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆของร่างกาย เช่น สมอง ลำตัว แขนขา แล้วรับคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเป็นของเสียจากการทำงานของเซลล์มาที่ปอดเพื่อให้ระบบหายใจพาออกไปทิ้งนอกร่างกาย

เมื่อหัวใจหยุดเต้นลงจะไม่มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะใดๆ ในร่างกายและเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงจะหยุดทำงานในทันทีดังนั้นผู้ที่สมองขาดเลือด จากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะหมดสติลงในระยะเวลาเพียง 10 วินาที ซึ่งผู้ป่วยที่หมดสติลงควรได้รับการช่วยเหลือในทันทีหากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือมิได้มีการกดหน้าอกเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ และที่สำคัญที่สุด คือสมองในระยะเวลา 4 นาทีเนื้อสมองจะเริ่มเสียหาย หากผู้ให้ความช่วยเหลือทำการกดหน้าอกในทันทีที่พบว่าผู้ป่วยหมดสติไม่หายใจ ไม่ตอบสนอง สมองจะได้รับเลือดแม้ว่าจะไม่ช่วยเรื่องการหายใจ เพราะว่าในช่วง 6 นาทีแรก ที่หัวใจหยุดเต้นยังพอมีออกซิเจนอยู่ในเลือด ดังนั้นการกดหน้าอกอย่างถูกต้องเพียงอย่างเดียวก็มีประโยชน์แต่ถ้าสามารถช่วยได้ทั้งการกดหน้าอก และช่วยเป่าปากช่วยหายใจได้จะเป็นการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยได้นานพอจนกระทั่งที่แพทย์ฉุกเฉินจะมาถึง

ภาวะหยุดหายใจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น จมน้ำ สิ่งแปลกปลอม อุดกั้นทางเดินลมหายใจ สูดดมควันเข้าไปมาก ได้รับยาเกินขนาด ไฟฟ้าช็อต อยู่ในที่ไม่มีอากาศหายใจ บาดเจ็บกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ฟ้าผ่า และสมองเสียการทำงานจนโคมาจาสาเหตุต่างๆ ภาวะหัวใจหยุดเต้น หมายถึงการไหลเวียนโลหิตหยุดลงอย่างสิ้นเชิง ซึ่งทราบได้จากการหมดสติไม่มีการเคลื่อนไหวไม่มีอาการไอ ไม่มีชีพจร ไม่หายใจตามปกติภาวะหัวใจหยุดเต้น เกิดขึ้นจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรือจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติกจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรืออาจเกิดขึ้นตามหลังภาวะหยุดหายใจ

ผู้ที่เกิดภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ถ้าหากมีใครสักคนรีบทำการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support - BLS) ตาม หลักการที่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอดและมีเลือดไหลเวียนนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง เพียงพอที่จะทำให้สมองยังทำงานต่อไปได้โดยไม่เกิดภาวะสมองตาย คนผู้นั้น จึงยังมีโอกาสที่จะกลับฟื้นคืนมามีชีวิตปกติได้ เนื่องจากวิธีการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไปนั้นแตกต่างจากวิธีการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน

เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจขึ้นแล้วประชาชนผู้ให้การช่วยเหลือสามารถใช้หลักการจำขั้นตอนที่สำคัญ 4 หลักการสั้นๆ

1. ประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยว่ามีสติหรือไม่ โดยการปลุกเรียกและดูการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าหายใจหรือไม่
2. ขอความช่วยเหลือจากทีมแพทย์ฉุกเฉินตามเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ: เครื่องเออีดี

(Automated External Defibrillator :AED)

3. ปฏิบัติตามขั้นตอน

- การช่วยกดหน้าอก
- การเปิดทางเดินลมหายใจให้โล่ง
- การช่วยหายใจ

4. การช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติโดยใช้เครื่องเออีดี ทั้ง 4 หลักการที่สำคัญนี้มีขั้นตอนย่อย ๆ ที่สามารถทำให้การปฏิบัติการช่วยเหลือมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี : AED)

การใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติหรือเครื่องเออีดีเป็นอีกขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต เครื่องเออีดีเป็นอุปกรณ์ที่สามารถ “วิเคราะห์” คลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถ้าเครื่องตรวจพบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยเป็นชนิดที่ต้องการการการรักษ ด้วยการช็อกไฟฟ้าหัวใจ เครื่องจะบอกเราให้ช็อกไฟฟ้าหัวใจแก่ผู้ป่วย การช็อกไฟฟ้าหัวใจให้กับผู้ป่วยเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จสูงมาก จะทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกตินั้นกลับมาสู่ภาวะปกติได้และหัวใจจะสามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ตามปกติแต่ถ้าเครื่องเออีดีตรวจพบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยเป็นชนิดที่ไม่ต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า

หัวใจ เครื่องก็จะบอกว่าไม่ต้องช็อก และบอกให้ประเมินผู้ป่วยซึ่งเราจะต้องประเมินและพิจารณาต่อเองว่าจะต้องทำการช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการกดหน้าอกให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่

ความสำคัญของเครื่อง (เออีดี: AED) และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การที่หัวใจบีบตัวหรือที่เรียกว่าหัวใจเต้น เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้นั้นเป็นเพราะมีเนื้อหัวใจชนิดพิเศษที่สามารถปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมากระตุ้นให้หัวใจบีบตัวอย่างเป็นจังหวะซึ่งเราสามารถ บันทึกเป็นรูปที่เรียกว่าคลื่นหัวใจหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนั้น ก่อนที่หัวใจจะหยุดเต้นอย่างสิ้นเชิง เราสามารถใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจปล่อยกระแสไฟฟ้าออกไปทำการช็อกหัวใจที่สั้นพลั่วให้หยุดลงทันที เพื่อให้เนื้อหัวใจชนิดพิเศษปล่อย กระแสไฟฟ้าที่ปกติไปกระตุ้นหัวใจให้กลับมาบีบตัวตามปกติอีกครั้งหนึ่ง

สรุปขั้นตอนสำคัญ 4 ประการของการใช้เครื่องเออีดี

1. เปิดเครื่อง
2. ติดแผ่นนำไฟฟ้าที่หน้าอกของผู้ป่วย
3. ห้ามสัมผัสตัวผู้ป่วยระหว่างเครื่องเออีดีกำลังวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้า หัวใจ
4. ห้ามสัมผัสตัวผู้ป่วย จากนั้นกดปุ่ม “SHOCK” ตามที่เครื่องเออีดีบอก

สำหรับขั้นตอนที่ 1 และ 2 ไม่ควรใช้เวลาเกิน 30 วินาทีโดยระหว่าง ขั้นตอนที่ 1 และ 2 ให้กดหน้าอกตามปกติได้ หลังจากเครื่องเออีดีบอกว่าปลอดภัยที่จะสัมผัสผู้ป่วยได้แล้วให้ ทำการกดหน้าอกต่อทันที หรือหากเครื่องเออีดีมีปัญหาในการทำงาน ให้ ทำการกดหน้าอกต่อไปก่อนจนกว่าเครื่องจะพร้อมใช้งาน

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองประชาชนในการช่วยชีวิตผู้อื่น ในกรณีการปฐมพยาบาลหรือการช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีดังนี้

1. ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374

- กฎหมายนี้ระบุว่า หากมีบุคคลใดพบเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บสาหัส และสามารถช่วยได้โดยไม่เสี่ยงต่อชีวิตหรืออันตรายของตนเอง แต่ไม่ช่วยเหลือ บุคคลนั้นอาจถือว่ากระทำความผิดและถูกลงโทษทางอาญา
- เป้าหมายของมาตรานี้คือการส่งเสริมให้บุคคลทั่วไปมีความรับผิดชอบต่อสังคมในกรณีฉุกเฉิน

2. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

- กฎหมายนี้เป็นกฎหมายเฉพาะที่มุ่งเน้นในการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ
- มาตรา 37 ระบุว่า ผู้ที่ให้การช่วยเหลือฉุกเฉินในลักษณะของ "ผู้ช่วยเหลือเบื้องต้น" หรือบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติหน้าที่โดยสุจริต จะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย
- วัตถุประสงค์คือเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนหรือผู้ช่วยเหลือไม่ต้องกังวลว่าจะถูกฟ้องร้อง หากการช่วยเหลือนั้นเกิดผลเสียโดยไม่ได้ตั้งใจ

3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

- กฎหมายนี้ควบคุมมาตรฐานและจรรยาบรรณทางการแพทย์ รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการช่วยชีวิต
- แม้ว่าจะไม่ได้เกี่ยวข้องกับประชาชนทั่วไปโดยตรง แต่ช่วยสร้างมาตรฐานในการฝึกอบรม เช่น การอบรมการปั๊มหัวใจ (CPR) และการช่วยเหลือเบื้องต้น

4. หลักเกณฑ์เรื่อง "Good Samaritan Law"

- แม้ในประเทศไทยจะไม่มีออกกฎหมาย "Good Samaritan" อย่างชัดเจน เช่นในบางประเทศ แต่ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สามารถถือเป็นการปกป้องผู้ที่ให้ความช่วยเหลือโดยสุจริตได้ในระดับหนึ่ง
- หากการช่วยเหลือนั้นกระทำด้วยเจตนาดีและตามความรู้ความสามารถที่มี จะไม่ได้รับโทษทางกฎหมาย แม้ผลลัพธ์จะไม่ได้เป็นไปตามคาด

5. กฎหมายจราจรและความปลอดภัยบนถนน

- มีบทบัญญัติที่กำหนดให้ผู้ขับขี่ต้องหยุดช่วยเหลือในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุและมีผู้บาดเจ็บ เพื่อเป็นการรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้ดำเนินการจัดทำขึ้นภายใต้แผนปฏิบัติราชการประจำปี โดยผ่านการทบทวน ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ แนวโน้ม ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาอย่างบูรณาการร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานในสังกัดและในกำกับกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) นโยบายรัฐบาล นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนโยบาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและ ส่วนภูมิภาค เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย **“ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”**

แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 14 แผนงาน 35 โครงการ และ 54 ตัวชี้วัด โดยสามารถจำแนกตามแนวทางการพัฒนา 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) ประกอบด้วย 4 แผนงาน 7 โครงการ 15 ตัวชี้วัด
2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ประกอบด้วย 5 แผนงาน 20 โครงการ 27 ตัวชี้วัด
3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ประกอบด้วย 1 แผนงาน 2 โครงการ 2 ตัวชี้วัด
4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 4 แผนงาน 6 โครงการ 10 ตัวชี้วัด

ทั้งนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับบทความนี้

หมวด 1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ 1. โครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด 10. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด

2. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของระบบให้ครอบคลุม

3. ติดตามและประเมินการใช้คู่มือกำหนดมาตรฐานรพพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด

4. เพื่อยกระดับการพัฒนากระบวนการปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

5. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 – 2570

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน: การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS: Injury Surveillance) / Pher Plus เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข

2.ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

3.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

4.ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

สรุปได้ว่า การปั๊มหัวใจ (CPR) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ที่ประสบภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ซึ่งเป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกเวลา และกับใครก็ได้ โอกาสในการรอดชีวิตของผู้ประสบเหตุขึ้นอยู่กับความรวดเร็วและความถูกต้องในการให้ความช่วยเหลือ หากได้รับการปั๊มหัวใจทันทีและเหมาะสมในช่วงนาทีทอง (Golden Minutes) โอกาสรอดชีวิตจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การให้ประชาชนทั่วไปเรียนรู้วิธีการปั๊มหัวใจและสามารถลงมือช่วยเหลือได้ในที่เกิดเหตุจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะ:

- **เพิ่มโอกาสรอดชีวิต:** การช่วยเหลือที่ทันเวลาอาจลดความเสียหายต่อสมองและอวัยวะสำคัญ
- **ลดภาระต่อระบบสาธารณสุข:** การช่วยชีวิตเบื้องต้นสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยหนัก

- **สร้างสังคมแห่งการช่วยเหลือ:** การที่ประชาชนพร้อมช่วยเหลือผู้อื่นส่งเสริมจิตสำนึกทางสังคม

2. ควรจะอย่างไรให้รัฐบาลเห็นความสำคัญและประกาศเป็นนโยบายสาธารณสุข

การผลักดันให้การฝึกอบรม CPR และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED) กลายเป็นนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญ จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารและการดำเนินการดังนี้:

- **การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้:** ผ่านสื่อมวลชน โรงเรียน และสถานประกอบการ ให้ประชาชนเข้าใจถึงความสำคัญของการช่วยชีวิตเบื้องต้น
- **การบูรณาการในระบบการศึกษา:** เพิ่มหลักสูตรการฝึก CPR และการใช้ AED ในโรงเรียน มหาวิทยาลัย และองค์กรต่างๆ
- **การจัดอบรมภาคบังคับ:** ให้การฝึก CPR เป็นส่วนหนึ่งของการอบรมพนักงานหรืออาสาสมัครชุมชน
- **ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน:** เพื่อจัดหาอุปกรณ์ เช่น AED ให้เพียงพอในพื้นที่สาธารณะ
- **ผลักดันกฎหมายและนโยบาย:** สร้างข้อกำหนดที่ชัดเจนให้หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรท้องถิ่นจัดกิจกรรมและสนับสนุนการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการกำหนดกฎหมายคุ้มครองพลเมืองดีในการช่วยชีวิตอย่างชัดเจน

หนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนลังเลในการช่วยชีวิตคือความกังวลว่าจะถูกฟ้องร้องหากเกิดข้อผิดพลาด **Good Samaritan Law** หรือกฎหมายคุ้มครองพลเมืองดี จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดย:

- **คุ้มครองผู้ช่วยเหลือที่สุจริต:** กฎหมายควรระบุชัดเจนว่าผู้ที่ช่วยชีวิตโดยไม่เจตนาร้ายจะไม่ถูกดำเนินคดี
- **กำหนดกรอบการช่วยเหลือ:** เพื่อให้ประชาชนเข้าใจถึงขอบเขตและมาตรฐานการช่วยเหลือ เช่น การปั๊มหัวใจหรือการใช้ AED
- **สนับสนุนความมั่นใจในสังคม:** กฎหมายช่วยลดความกลัวและส่งเสริมให้คนพร้อมช่วยเหลือผู้อื่น

การส่งเสริมการปั๊มหัวใจในที่เกิดเหตุเป็นเรื่องที่สำคัญและเร่งด่วนในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย การสนับสนุนจากรัฐบาลในการฝึกอบรมและรณรงค์ให้เป็นนโยบายสาธารณะ พร้อมกับการ

กำหนดกฎหมายคุ้มครองผู้ช่วยเหลือ จะช่วยสร้างสังคมที่มีความพร้อมในการช่วยชีวิต ลดความสูญเสีย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ(เออีดี:AED) สำหรับประชาชน พ.ศ. 2561.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : สมาคม, 2561. 40 หน้า
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567.กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก
[<https://pri.moph.go.th/images/yuth/plan/plan2567.pdf>]
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ คำสั่ง และหนังสือเวียน ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2567.นนทบุรี : สถาบัน, 2567

“ลดความอ้วน เพื่อเพิ่มสุขภาพที่ดี”

ศรัณยพร แม้นทอง¹

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันพบว่าผู้คนมากกว่าหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะอ้วน ซึ่งโรคอ้วนในผู้ใหญ่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าตั้งแต่ปี 1990 และเพิ่มขึ้น 4 เท่าในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก และยังคงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขในหลายพื้นที่ ในการป้องกันและจัดการโรคอ้วน องค์การอนามัยโลก (WHO) กระตุ้นให้รัฐบาลและภาคส่วนต่างๆ ร่วมมือกันในการควบคุมและป้องกันโรคอ้วน การจัดการกับโรคอ้วนจึงต้องการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงพฤติกรรมกรกิน การออกกำลังกาย หรือการสนับสนุนจากนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถลดอัตราการเกิดโรคอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็กในเมืองใหญ่ที่มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่นั่งอยู่ประจำและบริโภคอาหารที่มีปริมาณแคลอรีสูงและไขมันมากเกินไป ปัจจุบันมีวิธีการลดความอ้วนในหลากหลายรูปแบบ อาทิ เช่น การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการลดความอ้วนมีความสำคัญอย่างมาก ทั้ง ช่วยลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง ช่วยให้มีความสุขจิตที่ดีขึ้น ช่วยทำให้ร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มความคล่องตัวให้กับร่างกาย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล โดยวิธีการลดความอ้วนมีหลากหลายวิธี เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ หรือการดูแลสุขภาพจิตใจของตนเอง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองซุ่น อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าผู้คนมากกว่าหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะอ้วน ซึ่งโรคอ้วนในผู้ใหญ่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าตั้งแต่ปี 1990 และเพิ่มขึ้น 4 เท่าในเด็กและวัยรุ่น (อายุ 5 ถึง 19 ปี) นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี 2022 ผู้ใหญ่ประมาณ 43% มีน้ำหนักเกิน ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก และยังคงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขในหลายพื้นที่ ในการป้องกันและจัดการโรคอ้วนตั้งแต่ช่วงวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ผ่านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้สนับสนุนการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาโรคอ้วนในประชากรทั่วโลก เพื่อกระตุ้นให้รัฐบาลและภาคส่วนต่างๆ ร่วมมือกันในการควบคุมและป้องกันโรคอ้วน ซึ่งในแต่ละประเทศมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โรคอ้วนถือเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ การจัดการกับโรคอ้วนจึงต้องการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงพฤติกรรมกรกิน การออกกำลังกาย หรือการสนับสนุนจากนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถลดอัตราการเกิดโรคอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ พบว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็กในเมืองใหญ่ที่มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่นั่งอยู่ประจำและบริโภคอาหารที่มีปริมาณแคลอรีสูงและไขมันมากเกินไป ในปี 2021 การสำรวจสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยพบว่า ผู้ใหญ่ไทยที่มีน้ำหนักเกิน (BMI มากกว่า 23) มีประมาณ 40% และ ผู้ที่เป็นโรคอ้วน (BMI มากกว่า 30) มีถึง 9% ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ อัตราผู้ที่เป็นโรคอ้วน ในเด็กและวัยรุ่นก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีความสะดวกในการเข้าถึงอาหารที่มีแคลอรีสูงและขาดการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ

ปัจจุบันมีวิธีการลดความอ้วนในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาและความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินและการออกกำลังกาย โดยประชาชนสามารถนำมาเลือกใช้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีและยั่งยืน เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองที่สุด เพื่อให้การลดความอ้วนนั้นมีประสิทธิภาพ อาทิ การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่ออธิบายความสำคัญของการลดความอ้วน

2. เพื่ออธิบายวิธีการลดความอ้วนในรูปแบบต่างๆ

ความสำคัญของการลดความอ้วน

การลดความอ้วนมีความสำคัญอย่างมากทั้งในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภาวะโรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินไม่เพียงแต่ส่งผลต่อรูปร่างและภาพลักษณ์ แต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพหลายชนิด ซึ่งการลดความอ้วนสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากโรคเหล่านั้นได้ รวมถึงช่วยให้ร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการลดความอ้วนมีความสำคัญดังนี้

1. ลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในทั่วโลก โดยภาวะโรคอ้วนทำให้ร่างกายมีการสะสมไขมันในหลอดเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน (atherosclerosis) และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง การลดน้ำหนักสามารถช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและลดความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด การลดน้ำหนักเพียงแค่ 5-10% ของน้ำหนักตัวอาจช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอีกหนึ่งโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การที่ร่างกายมีไขมันสะสมมากทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การลดน้ำหนักช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลินและปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมายุ่งในช่วงที่เหมาะสม การลดน้ำหนักในผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถช่วยลดหรือหยุดการใช้ยารักษาโรคได้ในบางกรณี

มะเร็งบางชนิด การมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเต้านม, มะเร็งลำไส้ใหญ่, และมะเร็งมดลูก การลดน้ำหนักสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเหล่านี้ โดยการปรับสมดุลฮอร์โมนในร่างกายและลดการอักเสบที่อาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง

2. มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า การมีน้ำหนักเกินสามารถส่งผลต่ออารมณ์และสุขภาพจิต เนื่องจากการรับรู้ตัวเองในทางลบจากรูปลักษณ์ภายนอกอาจทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า การลดน้ำหนักช่วยให้คนส่วนใหญ่รู้สึกมั่นใจในตัวเองมากขึ้น ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกตัดสินจากผู้อื่น และสามารถส่งผลให้ระดับความเครียดลดลงได้

เพิ่มความมั่นใจในตัวเอง เมื่อลดน้ำหนักและเห็นผลลัพธ์ในแง่ของรูปร่างและสุขภาพ มักทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและความมั่นใจในตัวเองที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน การรู้สึกดีในร่างกายของตนเองสามารถช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มที่มากขึ้น

3. ร่างกายมีการทำงานที่ดีขึ้น

เพิ่มความคล่องตัวและลดการปวดข้อต่อ การลดน้ำหนักช่วยลดภาระที่เกิดจากน้ำหนักที่เกินบนข้อต่อ โดยเฉพาะในข้อต่อที่มีน้ำหนักตัวมาก เช่น ข้อเข่าและสะโพก ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคข้อเสื่อม การลดน้ำหนักทำให้คนที่มีความเสี่ยงต่อการปวดข้อต่อสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวกและลดความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดจากการมีน้ำหนักเกิน

ปรับสมดุลฮอร์โมน การมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนสามารถทำให้ระบบฮอร์โมนในร่างกายเกิดความผิดปกติ เช่น การมีระดับฮอร์โมนอินซูลินสูงและระดับฮอร์โมนเพศไม่สมดุล การลดน้ำหนักช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนเหล่านี้ให้ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเป็นปกติ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ความดันโลหิต, และการทำงานของระบบประสาท

4. คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ช่วยยืดอายุ การลดน้ำหนักช่วยลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังหลายชนิดที่สามารถทำให้ชีวิตสั้นลง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง การลดน้ำหนักแม้เพียงเล็กน้อย เช่น 5-10% ของน้ำหนักตัว ก็สามารถเพิ่มอายุขัยและปรับปรุงคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ช่วยให้มีชีวิตที่กระฉับกระเฉง การลดน้ำหนักทำให้ร่างกายมีพลังมากขึ้น ไม่รู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมทำให้สามารถทำกิจกรรมที่ชื่นชอบได้มากขึ้น เช่น การเดิน วิ่ง การทำงาน หรือการท่องเที่ยว ซึ่งส่งผลให้ชีวิตมีความสุขและสมบูรณ์มากขึ้น

5. ลดภาระทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล

โรคอ้วนทำให้เกิดการใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้น เนื่องจากการรักษาผลกระทบจากโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคข้อเสื่อม การลดน้ำหนักสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาโรคต่างๆ รวมถึงลดภาระจากการใช้ยารักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน

วิธีการลดความอ้วน

1. การควบคุมอาหาร (Dietary Control) การควบคุมอาหารเป็นปัจจัยหลักในการลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และควบคุมปริมาณแคลอรีจะช่วยให้การลดน้ำหนักมีประสิทธิภาพขึ้นได้

1.1 กินอาหารที่มีพลังงานต่ำ แต่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ควรเลือกอาหารที่มีพลังงานต่ำ แต่มีสารอาหารที่สำคัญ เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ปลา ไข่ และเนื้อไม่ติดมัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นและมีพลังงานเพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ

1.2 ควบคุมแคลอรี เพื่อลดน้ำหนักอย่างมีประสิทธิภาพ, การควบคุมแคลอรีเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากหากรับประทานแคลอรีเกินความจำเป็นจะทำให้เกิดการสะสมของไขมันได้ การคำนวณปริมาณแคลอรีที่ควรรับประทานในแต่ละวัน และติดตามการบริโภคอาหารสามารถช่วยลดน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและน้ำตาลสูง เช่น ขนมหวาน, น้ำอัดลม, และอาหารฟาสต์ฟู้ด จะทำให้ร่างกายสะสมไขมันและเพิ่มน้ำหนักได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงหรือบริโภคอาหารเหล่านี้ ในปริมาณที่จำกัด ในแต่ละวัน

1.4 ทานมื้อเล็ก ๆ หลายมื้อตลอดวัน แทนที่จะทานมื้อใหญ่สามมื้อ ควรแบ่งมื้ออาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ 4-6 มื้อต่อวัน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความหิวระหว่างวัน

1.5 ดื่มน้ำให้เพียงพอ การดื่มน้ำสะอาดเพียงพอสามารถช่วยลดความหิวและทำให้ระบบเผาผลาญทำงานได้ดีขึ้น โดยน้ำยังช่วยขับของเสียออกจากร่างกายและสนับสนุนการทำงานของระบบต่าง ๆ

2. การออกกำลังกาย (Exercise) การออกกำลังกายช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานและช่วยลดไขมันในร่างกาย รวมถึงเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

2.1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว, วิ่ง, ปั่นจักรยาน, ว่ายน้ำ หรือเต้นแอโรบิก ช่วยเพิ่มการเผาผลาญแคลอรีและลดไขมันในร่างกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

2.2 การฝึกความแข็งแรง (Strength Training) การฝึกกล้ามเนื้อเช่น การยกน้ำหนัก, การใช้เครื่องออกกำลังกาย หรือการฝึกที่ใช้น้ำหนักตัว เช่น วิดพื้น สควอท หรือลันจ์ จะช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ ซึ่งช่วยเร่งการเผาผลาญและรักษารูปร่างที่กระชับ

2.3 การเพิ่มการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เพิ่มกิจกรรมที่ใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์, การเดินไปที่ห้างสรรพสินค้าหรือสถานที่ทำงาน หรือการทำงานบ้านที่ใช้พลังงาน

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Change) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายสามารถช่วยลดน้ำหนักได้ในระยะยาว

3.1 ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นจริง การตั้งเป้าหมายที่สมเหตุสมผล เช่น การลดน้ำหนัก 0.5-1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ จะช่วยให้การลดน้ำหนักมีประสิทธิภาพและไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

3.2 ติดตามความคืบหน้า การบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสามารถช่วยให้เห็นความคืบหน้าและปรับปรุงพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายได้ง่ายขึ้น

3.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารในขณะที่รู้สึกเครียดหรือเบื่อ การทานอาหารเพื่อความเครียด หรืออารมณ์สามารถทำให้รับประทานอาหารมากเกินไปและไม่เหมาะสม ควรหาวิธีจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ หรือการพูดคุยกับคนใกล้ชิด

4. การนอนหลับ (Sleep) การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญในการลดน้ำหนัก

4.1 นอนหลับให้เพียงพอ การนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อคืนมีผลดีต่อการเผาผลาญไขมันในร่างกายโดยการนอนหลับไม่เพียงพออาจทำให้เกิดความเครียดและเพิ่มระดับฮอร์โมนที่กระตุ้นความหิว

4.2 สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการนอนหลับ สร้างสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบและมืดเพื่อการนอนหลับที่มีคุณภาพ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน

5. การจัดการความเครียด (Stress Management) ความเครียดสามารถทำให้การลดน้ำหนักยากขึ้น เนื่องจากอาจทำให้เกิดการกินเพื่อระบายความเครียดและเพิ่มระดับฮอร์โมนที่ทำให้หิว

5.1 การทำสมาธิและฝึกหายใจ การฝึกหายใจลึก ๆ และการทำสมาธิช่วยลดความเครียดและทำให้ระบบเผาผลาญทำงานได้ดีขึ้น

5.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งช่วยลดความเครียดและทำให้รู้สึกดีขึ้น

6. การหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ หากการลดน้ำหนักด้วยตัวเองไม่สำเร็จหรือมีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวานหรือโรคหัวใจ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักโภชนาการ แพทย์ หรือผู้ฝึกสอนส่วนตัวสามารถช่วยวางแผนการลดน้ำหนักที่เหมาะสมกับสุขภาพและความต้องการเฉพาะของคุณ

แนวทางการเสริมการลดความอ้วนของกระทรวงสาธารณสุข

การลดความอ้วนหรือการต่อสู้กับภาวะโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีผลกระทบอย่างมากต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศหลายๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทย ภาครัฐจึงมีบทบาท

สำคัญในการสนับสนุนและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาหนี้ โดยการออกมาตรการต่างๆ ที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และลดความเสี่ยงจากโรคที่เกิดจากความอ้วน เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคเมอริ่ง ทั้งนี้ภาครัฐ และกระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวทางดังนี้

1. การส่งเสริมการกินอาหารที่มีประโยชน์ ภาครัฐสามารถสนับสนุนการลดความอ้วนได้ ด้วยการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม โดยเน้นการบริโภคผักและผลไม้ และการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และเกลือสูง

- การรณรงค์การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ: การจัดแคมเปญและกิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

- การจัดตั้งระบบการให้ข้อมูลโภชนาการ: การระบุข้อมูลโภชนาการบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร เช่น การใช้สัญลักษณ์เพื่อแสดงปริมาณแคลอรีและสารอาหารในแต่ละมื้ออาหาร

2. การส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเป็นวิธีที่สำคัญในการลดความอ้วนและภาครัฐสามารถดำเนินการได้หลายแนวทาง

- การสร้างพื้นที่ออกกำลังกายสาธารณะ: การสร้างสวนสาธารณะ สนามกีฬา หรือเส้นทางเดินและวิ่งในพื้นที่สาธารณะ เพื่อให้ประชาชนสามารถออกกำลังกายได้สะดวกและฟรี

- การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ: เช่น การจัดงานวิ่งมาราธอน การแข่งขันปั่นจักรยาน หรือกิจกรรมออกกำลังกายตามเทศกาลต่างๆ ที่สามารถดึงดูดความสนใจและกระตุ้นให้คนออกกำลังกายมากขึ้น

- การส่งเสริมการออกกำลังกายในโรงเรียนและสถานประกอบการ: ส่งเสริมให้นักเรียนและคนทำงานมีเวลาในการออกกำลังกายและมีโปรแกรมการออกกำลังกายในกิจกรรมประจำวัน

3. การสนับสนุนการศึกษาและความรู้ด้านโภชนาการและสุขภาพ การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการลดความอ้วนเป็นสิ่งสำคัญ ภาครัฐสามารถสนับสนุนได้ผ่านหลายช่องทาง

- การจัดทำหลักสูตรและกิจกรรมฝึกอบรม: เช่น การฝึกอบรมเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายในโรงเรียนหรือศูนย์ชุมชน

- การเผยแพร่ข้อมูลทางสื่อ: ผ่านการใช้สื่อโทรทัศน์ วิทยุ เว็บไซต์ หรือโซเชียลมีเดียเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาความอ้วนและวิธีการป้องกัน

4. การออกนโยบายและกฎหมายที่ช่วยควบคุมการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม การควบคุมการโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการลดความอ้วน โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น

- การจำกัดการโฆษณาอาหารขยะ: การออกกฎหมายหรือระเบียบเพื่อจำกัดการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และเกลือสูงโดยเฉพาะในช่วงเวลาเด็กดูทีวี
- การส่งเสริมการตลาดที่รับผิดชอบ: สนับสนุนการทำตลาดอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีส่วนผสมของผักและผลไม้

5. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยรวม ภาครัฐยังสามารถสนับสนุนการลดน้ำหนักและการรักษาสุขภาพโดยรวมด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีและเหมาะสม

- การให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย: การสร้างสถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจสุขภาพ การรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ หรือการเข้ารับบริการการรักษาระยะยาว
- การสนับสนุนโปรแกรมการลดน้ำหนัก: การจัดให้มีโปรแกรมที่ปรึกษาและการสนับสนุนด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ซึ่งอาจดำเนินการผ่านโรงพยาบาลหรือคลินิกต่างๆ

6. การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมที่ช่วยลดความเครียด ความเครียดสามารถเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้เกิดการกินเกินความจำเป็น ดังนั้นการจัดกิจกรรมทางสังคม เช่น การจัดการฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน เช่น การออกไปเดินป่า หรือการทำกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน ก็ช่วยลดความเครียดได้เช่นกัน

7. การสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านภาษีและสิ่งจูงใจทางเศรษฐกิจ ภาครัฐสามารถใช้เครื่องมือทางเศรษฐกิจ เช่น การปรับขึ้นภาษีสินค้าที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้บริโภคเลือกซื้อสินค้าที่ดีต่อสุขภาพ

- การลดภาษีสำหรับอาหารเพื่อสุขภาพ: สนับสนุนการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการโดยการลดภาษีในอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง
- การเก็บภาษีเพิ่มสำหรับอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูง: การเก็บภาษีในผลิตภัณฑ์ที่เป็นสาเหตุของโรคอ้วน เช่น น้ำอัดลม

สรุปและข้อเสนอแนะ

การลดความอ้วนเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความพยายามร่วมกันทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม เพื่อให้การลดน้ำหนักเป็นไปอย่างยั่งยืนและปลอดภัย ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการลดน้ำหนักผ่านการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การ

ให้ความรู้ และการออกนโยบายที่เอื้อต่อการลดความอ้วน ข้อเสนอแนะต่างๆ เหล่านี้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการกินและการดำเนินชีวิตของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน ซึ่งประชาชน มีบทบาทสำคัญที่ต้องดำเนินการร่วมกับการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล และการเลือกใช้ชีวิตอย่างมีระเบียบจะช่วยลดความเสี่ยงจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Moph.go.th. [cited 2024 Dec 18]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32470&deptcode=brc>
2. One in eight people are now living with obesity [Internet]. Who.int. [cited 2024 Dec 18]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-03-2024-one-in-eight-people-are-now-living-with-obesity>
3. ลดน้ำหนักอย่างไรให้สุขภาพดี (How to Lose Weight to be Healthy) [Internet]. MedPark Hospital. 2023 [cited 2024 Dec 17]. Available from: <https://www.medparkhospital.com/lifestyles/how-to-lose-weight-to-be-healthy>

ออฟฟิศซินโดรม

(Office Syndrome)

เกษวดี ผาจุวง (Keswadee Phajuang)¹

บทคัดย่อ

ออฟฟิศซินโดรม เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้ทำงานในสำนักงาน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลานานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามคอ ไหล่ หลัง ข้อมือ และอาจมีอาการปวดหัวและความรู้สึกอ่อนล้า นอกจากนี้ยังอาจส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตของบุคคลในระยะยาว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุของออฟฟิศซินโดรม วิธีการป้องกันและการบำบัดรักษา รวมถึงแนวทางการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การเลือกเก้าอี้ที่รองรับท่าทางที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการพักจากการนั่งทำงาน ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงจาก Office Syndrome และส่งเสริมสุขภาพของผู้ทำงานในสำนักงานได้อย่างยั่งยืน

¹ เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติชำนาญงาน โรงพยาบาลสัสดี

บทนำ

ในปัจจุบันที่เทคโนโลยีและการทำงานในสำนักงานเป็นส่วนสำคัญของชีวิตประจำวัน ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการนั่งทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน หรือที่เรียกว่า ออฟฟิศซินโดรม กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มคนทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ต้องใช้คอมพิวเตอร์หรือทำงานที่โต๊ะเป็นเวลานาน อาการที่พบบ่อยจากออฟฟิศซินโดรม ได้แก่ อาการปวดคอ ไหล่ หลัง ข้อมือ รวมถึงปัญหาทางสายตาและอาการอ่อนล้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงาน การเกิดออฟฟิศซินโดรม มักเกิดจากท่าทางการนั่งทำงานที่ไม่ถูกต้อง เช่น การนั่งเก้าอี้ที่ไม่มีการรองรับสรีระ การจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์ในท่าทางที่ผิด หรือการขาดการเคลื่อนไหวและการพักผ่อนที่เพียงพอ ในบางกรณี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี อาการเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดออฟฟิศซินโดรม รวมถึงวิธีการป้องกันและการรักษาโรคนี้ โดยการปรับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีในกลุ่มพนักงานสำนักงานและลดความเสี่ยงจากอาการที่เกี่ยวข้องกับออฟฟิศซินโดรม

กลุ่มที่เสี่ยงเป็นออฟฟิศซินโดรม

1. คนทำงานในออฟฟิศ คนกลุ่มนี้แม้ว่าจะไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายมากมาย จนเหมือนว่าจะไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อ แต่การนั่ง ยืน หรือค้างอยู่ในท่า ๆ นานเกินไป เช่น การก้มหน้าใช้งานมือถือ นั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์นาน ๆ ก็ส่งผลให้กล้ามเนื้อมัดที่ใช้ในอิริยาบถนั้น ๆ เกิดอาการตึงและปวด
2. ผู้ใช้แรงงานเป็นประจำหรือนักกีฬา เกิดจากการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม เช่น การยกของผิดท่า การกระชากกล้ามเนื้อเร็วเกินไป การออกแรงมากเกินไป หรือต้องแบกของที่มีน้ำหนักมากเกินไป ทำให้กล้ามเนื้อหรือกระดูกได้รับบาดเจ็บเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

พฤติกรรมเสี่ยงเป็นออฟฟิศซินโดรม

1. ทำกิจกรรมหรือทำงานลักษณะเดิม ๆ ต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน เช่น
 - พนักงานออฟฟิศ ที่นั่งจ้องจอคอมพิวเตอร์ทั้งวัน ไม่ค่อยลุกไปไหน
 - พนักงานขาย ที่ต้องยืนขายตลอดทั้งวัน (โดยเฉพาะพนักงานที่ต้องใส่รองเท้าส้นสูง)
 - พนักงานขับรถ ที่ต้องนั่งขับรถอยู่เป็นเวลานาน ๆ

2. ผู้ที่มีอาการปวดจากการทำงานไป 2-3 ชั่วโมง หรือบางคนตื่นเข้ามาไม่ปวด แต่ตอนเย็นจะเริ่มมีอาการปวด เมื่อย หรือชา
3. ทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น ออฟฟิศแออัดอากาศไม่ถ่ายเทหรือโต๊ะเก้าอี้ไม่เหมาะสมกับสรีระ
4. มีอาการปวดเรื้อรังพอรักษาหรือยืดกล้ามเนื้อแล้วอาการก็ดีขึ้น แต่สักพักก็กลับมาเป็นอีก มักมีอาการบริเวณกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ ต้นคอ สะบัก และส่วนหลัง
5. อาการปวดร้าวไปยังส่วนต่าง ๆ เช่น ปวดร้าวขึ้นศีรษะ ปวดร้าวไปที่ไหล่หรือแขน ปวดร้าวลงขา
6. ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกายหรือไม่ค่อยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
7. ทำงานที่ต้องใช้แรงเป็นประจำ เช่น งานแบกหาม งานลาก ยก หรือเข็นวัสดุสิ่งของ



ที่มา. จาก <https://www.sikarin.com/health/officesyndrome>

อาการแบบไหนที่เสี่ยงเป็น ออฟฟิศซินโดรม

1. ปวดกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น คอ บ่า ไหล่ สะบัก เมื่อนั่งทำงานท่าใดท่าหนึ่งซ้ำๆ นานๆ

2. ปวดหลังเรื้อรัง เกิดจากการนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์หลายชั่วโมง หรือนั่งทำงานผิดท่า นั่งหลังค่อม อาจทำให้กล้ามเนื้อต้นคอ เมื่อย เกร็งอยู่ตลอด รวมถึงงานที่ต้องยืนนาน โดยเฉพาะคุณผู้หญิงที่ใส่ส้นสูง
3. ปวดตึงที่ขาหรือเหน็บชา อาการขาเกิดจากการนั่งนาน ๆ ทำให้เส้นเลือดดำถูกกดทับและส่งผลให้เลือดไหลเวียน ผิดปกติ
4. ปวดตา ตาพร่า เนื่องจากการมองหน้าจคอมพิวเตอร์นาน ๆ หรือใช้สายตาอย่างหนักเป็นเวลานาน
5. มือชา นิ้วล็อก ปวดข้อมือ เพราะการใช้คอมพิวเตอร์จับเมาส์ในท่าเดิม ๆ นาน ทำให้กล้ามเนื้อกดทับเส้นประสาทและเส้นเอ็นจนอักเสบ เกิดพังผืดทำให้ปวดปลายประสาท นิ้วหรือข้อมือล็อก

แนวทางการป้องกันและรักษาโรคออฟฟิศซินโดรม

1. ปรับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - กำหนดเวลาพักเป็นระยะ ทุก 2-3 ชั่วโมงหรือเร็วกว่านั้น
 - ลุกขึ้นมาเคลื่อนไหว หรือ บริหารผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
 - ปรับเปลี่ยนท่าทาง ไม่ค้างอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานเกินไป
 - เลือกใช้โต๊ะและเก้าอี้ที่เหมาะสมกับสรีระ
 - ปรับระดับของการนั่งที่ถูกต้องและปรับท่านั่งให้ถูกต้อง คือ นั่งหลังตรง จอคอมพิวเตอร์จะต้องอยู่ในระดับสายตา ไม่ก้มหรือเงย และหัวไหล่ไม่ยกขณะทำงาน
 - กรณีถ้าเกิดปวดมาก การรักษาขั้นต่อไปคือ การใช้ยาแก้ปวดเพื่อให้อาการปวดลดลงทำให้สบายมากขึ้น
2. การออกกำลังกายเป็นประจำ
 - ออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ช่วยให้การหมุนเวียนเลือดมีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้น ป้องกันเอ็นและข้อยึด เกิดความยืดหยุ่น
 - ออกกำลังกายแบบเสริมสร้างกล้ามเนื้อ เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การหมุน การก้ม-เงย และเสริมสร้างกล้ามเนื้อส่วนแกนกลางลำตัว เช่น การ

ออกกำลังกายแบบพิลาทิส จะช่วยลดโอกาสบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากท่านั่งของเรา

- ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด ประโยชน์ในการยืดและบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ ลดอาการตึง และเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ

รักษาอาการออฟฟิศซินโดรมด้วยกายภาพบำบัด

การรักษาออฟฟิศซินโดรมด้วยการกายภาพบำบัดเป็นการรักษาที่ต้นเหตุช่วยปรับโครงสร้างร่างกายในส่วนที่มีปัญหาให้กลับมาอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องตามหลักกายวิภาคศาสตร์ตามความเหมาะสมกับปัญหาและอาการของแต่ละคน การรักษาโรคออฟฟิศซินโดรมมีหลายวิธี เช่น การทำประคบร้อน การทำอัลตราซาวด์ การทำช็อกเวฟ หรือการดึงคอดึงหลัง ก็จะทำให้อาการปวดหรือออฟฟิศซินโดรมลดลง อย่างไรก็ตาม อาการออฟฟิศซินโดรมควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของอาการ ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือไม่ เพื่อรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับอาการของแต่ละบุคคล

การบริหารลดออฟฟิศซินโดรม

1. ทำเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ลำคอส่วนหน้า
 - เงยศีรษะ
 - เอียงคอไปข้างที่จะยืด 45 องศา ยึดตัวตรง
 - ใช้มือฝั่งตรงข้ามจับศีรษะทางด้านหลังกดลงจนรู้สึกตึง ค้างไว้ 15 วินาที ทำติดต่อกัน 5 ครั้ง ทีละข้าง
2. ทำเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะบัก
 - ถือดัมเบลล์ไว้ระดับหน้าอก
 - ออกแรงบีบสะบักเข้าหากันทั้ง 2 ข้างช้า ๆ *ทำ 2-3 วันต่อสัปดาห์ และต้องทำต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน
3. ทำออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อทรงท่าของคอ เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อคอมัดลึก ด้วยการดึงคอกลับให้ตรงกับลำตัว
 - มองหน้าตรงไม่ก้มไม่เงย ค้างไว้อย่างน้อย 5 วินาที สามารถทำได้ตลอดเวลา
4. ทำเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหน้าอก
 - วางมือและแขนแนบกาง่าแพงให้ขนานกับพื้น

- ก้าวมาข้างหน้าเล็กน้อยแล้วบิดตัวออก
 - หันหน้าออกนอกกำแพงจนรู้สึกตึงบริเวณกล้ามเนื้อหน้าอก ค้างไว้ 15 วินาทีติดต่อกัน 5 ครั้ง แล้วเปลี่ยนข้าง
5. ทำเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อต่อ กระดูกสันหลังช่วงอก
- ประสานมือไว้ที่ท้ายทอย
 - แอ่นอกไปทางด้านหน้าจำนวน 10 ครั้ง ทำ 3 เซต

การออกกำลังกายด้วยท่าบริหารต้องทำอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถรักษาออฟฟิศซินโดรมได้

การรักษาด้วย Ergonomics หรือ การยศาสตร์

Ergonomics หรือ การยศาสตร์ คือคำที่คนในวงการอาชีพอนามัยคุ้นเคยกันมานาน แต่สำหรับบุคคลทั่วไปอาจจะเป็นคำที่ไม่แพร่หลาย แต่ความหมายของมันอยู่รอบๆ ตัวเราและใกล้ชิดกับเรามากโดยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะกับคนวัยทำงานอย่างเราๆ เพราะ Ergonomics คือ การทำงานให้สอดคล้องกับสรีระร่างกายของมนุษย์ หรือพูดง่ายๆ ก็คือ “ศาสตร์ในการจัดสภาพงานให้เหมาะกับคนทำงาน” หรือ “การศึกษาคนในสิ่งแวดล้อมการทำงานอย่างเป็นระบบ เพื่อการปรับปรุงสภาพการทำงาน” เป็นการออกแบบรูปแบบการทำงานที่ง่ายขึ้น สะดวกสบาย และไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บ...นั่นเอง

การตรวจ Ergonomics Test

การตรวจ Ergonomics Test เป็นกระบวนการตรวจวัดและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมกับสรีระและสุขภาพของผู้ใช้งาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสอบและปรับปรุงท่านั่ง การวางตำแหน่งของอุปกรณ์ และการแนะนำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อรวมถึงการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

ความสำคัญของการตรวจ Ergonomics Test

1. เพื่อป้องกันโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome)
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เมื่อสุขภาพของพนักงานดีขึ้น ไม่มีความปวดตึงหรือความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้อแข็งแรงก็จะส่งผลให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการขาดลางานจากอาการเจ็บป่วยจากสุขภาพทำให้พนักงานมีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น
3. ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เพราะการป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ลดค่าชดเชยต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

4. เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้กับองค์กร การเห็นความสำคัญของ Ergonomics (การยศาสตร์) ของคนที่ทำงานในออฟฟิศที่มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาบางอย่างแล้ว แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของบริษัทในเรื่องความใส่ใจต่อความปลอดภัยและสุขภาพของพนักงานเป็นสิ่งสำคัญ พนักงานที่มีสุขภาพดีเป็นทรัพย์สินที่มีค่าที่สุดขององค์กร การสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยและสุขภาพของพนักงานจะนำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงานโดยรวมในทิศทางที่ดีขึ้นสำหรับองค์กร

ฝังเข็มแบบตะวันตก (Dry needling)

การฝังเข็ม เป็นศาสตร์ทางเลือกที่มีมาอย่างยาวนาน และในปัจจุบันก็ยังได้รับความนิยมจากผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นวิธีลดอาการปวดและการอักเสบในส่วนต่างๆ ของกล้ามเนื้อที่เห็นผลลัพธ์ได้ดี ปลอดภัย

ฝังเข็ม ตะวันตก (Dry needling) คืออะไร

ฝังเข็มตะวันตก (Dry needling) หรือการฝังเข็มแห้ง คือ การฝังเข็มคลายจุดบริเวณที่กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งเป็นปม (Muscle Knot) จนเลือดไม่สามารถวิ่งเข้าไปเลี้ยงยังส่วนนั้นๆ ได้ ทำให้เราเกิดการปวดกล้ามเนื้อบริเวณนั้นๆ (Trigger Point) โดยการฝังเข็มเฉพาะที่ จะช่วยให้ปมกล้ามเนื้อที่หดเกร็งเป็นก้อนๆ เกิดการกระตุกและคลายตัวลง ส่งผลให้เกิดการเรียงตัวใหม่ของใยกล้ามเนื้อ เลือดสามารถเข้ามาเลี้ยงบริเวณดังกล่าวได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น ซึ่งเข็มที่ใช้ในปัจจุบัน จะเป็นเข็มสแตนเลสขนาดเล็ก บาง และมีความแหลมคมสูง ไม่แตกหักง่าย

การฝังเข็มตะวันตกจะเหมาะกับการรักษากลุ่มโรคปวดกล้ามเนื้อหดเกร็งจนเป็นปม (Myofascial Pain Syndrome) กลุ่มโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome) และกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เนื่องจากสามารถคลายปมกล้ามเนื้อด้วยเข็มอย่างตรงจุด ส่วนการฝังเข็มแบบตะวันออก เหมาะกับการรักษาโรคได้ถึง 30 กว่าโรค ได้แก่ โรคระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อ ฮอร์โมน ฯลฯ

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับองค์กร

- จัดหาอุปกรณ์สำนักงานที่เหมาะสม เช่น เก้าอี้ที่รองรับหลัง จอคอมพิวเตอร์ที่ปรับระดับได้
- ส่งเสริมการตรวจ Ergonomics Test สำหรับพนักงาน
- สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การอบรมเรื่องการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในที่ทำงาน

2. สำหรับบุคคล

- ปรับพฤติกรรมการทำงาน เช่น ไม่นั่งในท่าเดิมนานเกินไป หมั่นลุกขึ้นยืดเหยียดทุก 30-60 นาที
- ใช้โต๊ะทำงานที่เหมาะสมกับระดับสายตาและความสูง
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นการยืดเหยียดและการเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

3. สำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

- พัฒนาโปรแกรมกายภาพบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ Office Syndrome
- เผยแพร่ความรู้และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของ Office Syndrome และวิธีป้องกัน

การป้องกัน Office Syndrome ต้องอาศัยการปรับตัวทั้งในระดับบุคคลและองค์กร เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการทำงานและสุขภาพที่ดีในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์.บทความสุขภาพ.ออฟฟิศซินโดรม ดูแล ป้องกันรักษาอย่างไร สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2567 จาก <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/696>
2. โรงพยาบาลศิริรินทร์.อาการแบบนี้ออฟฟิศซินโดรมหรือเปล่า.สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2567 จาก <https://www.sikarin.com/health/officesyndrome>
3. BNHHospital.office syndrome ภัยเงียบของคนวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2567 จาก https://www.bnhhospital.com/th/ergonomics_th
4. โรงพยาบาลเฉพาะทางกระดูกและข้อ. ออฟฟิศซินโดรมโรคยอดฮิตชีวิตคนทำงาน.สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2567 จาก <https://kdmshospital.com/article/office-syndrome/>
5. สรีรารักคลินิกกายภาพบำบัด.ฝังเข็มตะวันตก (Dry needling) คืออะไร. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2567 จาก <https://www.sarirarak.com/single-post/dry-needling>

การบริหารมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Postnatal Maternal Care with Thai Traditional Medicine under the Universal
Health Coverage System in Thailand

ศรัญญา เหล็กกานกุล¹

บทคัดย่อ

การบริหารมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการให้บริการหลากหลายรูปแบบ เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การทำหม้อเกลือ การอบไอน้ำสมุนไพร และการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอด เพื่อช่วยให้เลือดลมหมุนเวียนดี บรรเทาอาการปวดเมื่อย ช่วยให้นมลูกเข้าอู่เร็วขึ้น และกระตุ้นการผลิตน้ำนม โดยข้อมูลการบริหารมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) ระหว่างปีงบประมาณ 2563 – 2567 พบว่า จำนวนมารดาหลังคลอดผู้รับบริการลดลงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้คลอดทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการเข้าถึงบริการในบางพื้นที่ การส่งเสริมความรู้ ความพร้อมของบุคลากร และการพัฒนาคุณภาพบริการ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่กับการวิจัยและนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อให้การบริหารมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอดได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การบริหารมารดาหลังคลอด, การแพทย์แผนไทย, ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, การฟื้นฟูสุขภาพ

¹ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

การดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากช่วงเวลาหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องการการฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ การแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด ด้วยกระบวนการที่ผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สถานบริการของรัฐจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้การแพทย์แผนไทยเข้ามามีบทบาทในระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น ส่งผลโดยตรงให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยได้สะดวกมากขึ้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนแพทย์แผนไทยและบรรจุการให้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป้าหมายหลักคือการพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ทั่วถึง และเป็นการบูรณาการบริการร่วมกับระบบการแพทย์กระแสหลัก โดยรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดที่มีในปัจจุบัน ได้แก่ การทำหม้อเกลือ การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร และการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอด เป็นต้น

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลมารดาหลังคลอด

ในการดูแลบริบาลมารดาหลังคลอดมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้เลือดลมในร่างกายหมุนเวียนดี กล้ามเนื้อและร่างกายโดยทั่วไปผ่อนคลาย พักผ่อนได้ดี ทำให้มีความรู้สึกสดชื่น สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวกขึ้น ลดอาการปวดท้องน้อยและอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ป้องกันหรือลดการเกิดตะคริวช่วยขับน้ำคาวปลา ช่วยให้มีดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น บรรเทาอาการท้องผูก ช่วยเพิ่มน้ำนมและทำให้น้ำนมไหลได้สะดวกขึ้น รวมถึงผิวพรรณดีขึ้น และมีความพร้อมในการดูแลบุตร

ข้อบ่งชี้และเวลาในการเริ่มให้บริการ โดยให้บริการในมารดาหลังคลอดปกติหรือคลอดโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคลอดแล้ว 7 วัน แต่ไม่เกิน 3 เดือน และหญิงหลังคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดหน้าท้อง รวมกรณีผ่าตัดทำหมันหลังคลอดแล้ว 1 เดือน แต่ไม่เกิน 3 เดือน หมายเหตุในกรณีที่ต้องการให้บริการหลังคลอดให้กับมารดาหลังคลอดปกติภายใน 7 วันแรกหลังคลอด ต้องได้รับความเห็นชอบจากบุคลากรผู้มีสิทธิ์ตรวจประเมินและสั่งการรักษา

บุคลากรผู้ตรวจประเมินและสั่งการรักษา ได้แก่

1. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์แผนปัจจุบัน)
2. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทยและการผดุงครรภ์ไทย)
3. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

บุคลากรผู้ให้บริการ ได้แก่

1. ผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ประเภทการนวดไทย (ทำการประกอบโรคศิลปะเฉพาะประเภทของตนเอง) ประเภทการผดุงครรภ์ไทย (ทำการประกอบโรคศิลปะเฉพาะประเภทของตนเอง)
2. ผู้มีใบอนุญาตเป็นหผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
3. ผู้ได้รับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขหรือหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ที่สามารถให้บริการนวด เพื่อการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพได้ (กระทำภายใต้ขอบเขตที่กำหนดไว้)

การตรวจประเมินและสั่งการรักษา

บุคลากรผู้ตรวจประเมินและสั่งการรักษาจะต้องศึกษาและสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด การให้น้ำบุตร การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ สภาพทางจิตใจ โรคประจำตัวและยาที่ใช้เป็นประจำจากผู้รับบริการหรือจากเวชระเบียนหรือใบส่งต่อ รวมทั้งต้องตรวจร่างกายผู้รับบริการเพื่อประเมินสภาพทั่วไปและสภาพหลังคลอดที่สำคัญ ดังนี้ 1) ตรวจความดันโลหิต อัตราชีพจรและการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย 2) ตรวจดูลักษณะกลืน สีของน้ำคาวปลา 3) ตรวจดูลักษณะของแผลบริเวณช่องคลอด 4) ตรวจหน้าท้องเพื่อประเมินลมในท้อง ขนาดและระดับของมดลูก และแผลหน้าท้องกรณีผ่าตัดหน้าท้อง ตรวจดูเต้านม ลานนม หัวนม และการไหลของน้ำนม

กิจกรรมการดูแลมารดาหลังคลอด แบ่งเป็นกิจกรรมหลักและกิจกรรมอื่น ๆ ดังนี้

กิจกรรมหลัก หมายถึง กิจกรรมที่ต้องจัดให้กับมารดาหลังคลอดที่มารับบริการทุกรายใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ครอบคลุมกิจกรรม 5 ประเภท คือ 1) การนวดไทย 2) การประคบสมุนไพร 3) การทักหม้อเกลือ 4) การอบไอน้ำสมุนไพร 5) การปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอด (การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาสมุนไพร การดูแลความสะอาดของร่างกายและเต้านม หลักการให้นมทารกและการดูแล

ทารก อาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน รวมถึงการออกกำลังกาย) โดยประเภทกิจกรรมที่ให้บริการขึ้นกับการวินิจฉัยของบุคลากรผู้ตรวจประเมินและสั่งการรักษาร่วมกับความต้องการของมารดาหลังคลอดผู้รับบริการ

กิจกรรมอื่น ๆ หมายถึง กิจกรรมที่อาจจัดให้บริการหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของมารดาหลังคลอดผู้รับบริการและ/หรือความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุข และให้เป็นส่วนที่มารดาหลังคลอดผู้รับบริการจะต้องจ่ายค่าบริการเอง และไม่สามารถเบิกค่าบริการจากกองทุนฯ ครอบคลุมกิจกรรม 2 ประเภท คือ 1) การพอกผิวและขัดผิวด้วยสมุนไพร 2) การอาบน้ำสมุนไพร

หมายเหตุ การให้บริการกิจกรรมหลักแก่มารดาหลังคลอดให้ทำได้ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้ง โดยแต่ละครั้งทำทั้ง 5 กิจกรรมและต้องเข้ารับบริการภายในเวลา 3 เดือนหลัง

หากบุคลากรผู้ตรวจประเมินและสั่งการรักษาพิจารณาเห็นว่ามีความจำเป็น อาจพิจารณาจ่ายยาสมุนไพรให้กับมารดาหลังคลอดผู้รับบริการได้

ข้อห้ามในการให้บริการมารดาหลังคลอด

ข้อห้าม (ทั่วไป) หากพบว่ามารดาหลังคลอดที่เป็นโรคหรือมีอาการหรืออาการแสดงดังต่อไปนี้ ห้ามให้บริการการดูแลมารดาหลังคลอด 1) หลังรับประทานยาใหม่ ๆ ภายในครึ่งชั่วโมง 2) มีไข้เกิน 37.5 องศาเซลเซียส 3) มีโรคติดเชื้อเฉียบพลัน 4) โรคติดต่อร้ายแรงทุกชนิด เช่น วัณโรค 5) มีอาการตกเลือด 6) น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นรุนแรง 7) กระจกเงาเงินกร้านแตก ร้าว แยกจากการคลอด 8) มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการคลอด 9) เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวานที่ยังควบคุมไม่ได้ 10) มีรอยโรคผิวหนังที่มีการติดเชื้อหรือสามารถติดเชื้อได้

ข้อห้ามเพิ่มเติมเฉพาะจุดในการให้บริการ

การนวดไทย โรคกระดูกพรุนรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of Pregnancy) และบริเวณที่ผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 เดือน

การประคบสมุนไพร ห้ามประคบในหญิงตั้งครรภ์ที่แพ้สมุนไพร หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร

การบำบัดมือเกลือ ห้ามทำในมารดาหลังคลอดที่แพ้สมุนไพร หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร

การอบไอน้ำสมุนไพร/การเข้ากระโจม ห้ามทำในมารดาหลังฟื้นไข้หรือท้องเสียใหม่ ๆ หรืออ่อนเพลีย อดนอน อดอาหาร ความดันโลหิตต่ำ ระดูทับไข้หรือไข้ทับระดู มีอาการอักเสบจากบาดแผลต่าง ๆ วัณโรคเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ที่มีแผลผ่าตัดหรือแผลคลอดที่ยังไม่หายสนิท มารดา

หลังคลอดที่แพ้สมุนไพร หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร และมารดาหลังคลอดที่เป็นโรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคลมชัก โรคไต และโรคเบาหวาน

ข้อควรระวังในการบริหารมารดาหลังคลอด

ข้อควรระวังเมื่อให้การบำบัดด้วยการนวดไทย เมื่อให้การบำบัดมารดาหลังคลอดผู้มารับบริการที่มีโรค/อาการ หรืออาการแสดงดังต่อไปนี้ด้วยต้องทำด้วยความระมัดระวัง คือมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด มีประวัติเลือดออกผิดปกติรวมทั้งกินยาละลายลิ่มเลือด โรคเบาหวาน ภาวะกระดูกพรุน และหลีกเลี่ยงไม่นวดบริเวณต่อไปนี้ 1) บริเวณที่มีโรคหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดแดงโป่ง หลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำอักเสบ หลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดดำที่มีลิ่มเลือดอุดตัน 2) บริเวณข้อที่หลวม เคลื่อน หรือหลุด 3) บริเวณที่มีการผ่าตัด ใส่เหล็ก หรือข้อเทียม 4) บริเวณที่แผลหรือแผลผ่าตัดที่ยาวยังไม่สนิท 5) บริเวณที่มีผิวหนัง ผื่นที่แตกง่าย 6) บริเวณที่ปลูกถ่ายผิวหนัง 7) บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ปรี ร้าวที่ยังไม่ติดดี 8) บริเวณที่เป็นมะเร็ง หรือมีแผลเปิด แผลเรื้อรัง 9) บริเวณที่มีการบาดเจ็บภายใน 48 ชั่วโมง

ข้อควรระวังเมื่อให้การบำบัดด้วยการประคบสมุนไพร ในมารดาหลังคลอดผู้มารับบริการที่มีโรค/อาการ หรืออาการแสดงต่อไปนี้ ต้องทำด้วยความระมัดระวัง ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคลมตะกั่ง (ลมปะกั่ง) ขณะที่มืออาการอาเจียน โดยผู้ให้การบำบัดต้องระวังไม่ให้ลูกประคบที่หนึ่งแล้วมีความร้อนมากเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดแผลไหม้ ผุพอง และหลีกเลี่ยงไม่ประคบบริเวณเหล่านี้คือ 1) บริเวณที่ผิวหนัง 2) บริเวณที่มีอาการชา 3) บริเวณที่มีกระดูกแตกหัก ปรี ร้าวที่ยังไม่ติดดี 4) บริเวณที่เป็นมะเร็ง 5) บริเวณที่เป็นแผลเปิด 6) บริเวณที่มีการอักเสบ หรือที่ได้รับอุบัติเหตุในช่วง 24 ชั่วโมงแรก หากประคบอาจทำให้บวมมากขึ้น ควรประคบด้วยความเย็น

ข้อควรระวังเมื่อให้การบำบัดด้วยการหัดหม้อเกลือ ในมารดาหลังคลอดผู้มารับบริการต้องทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากหม้อเกลือที่ยกลงมาจากเตาไฟใหม่ ๆ จะมีความร้อนมาก ดังนั้นต้องไม่วางหรือกดแช่หม้อเกลืออยู่กับที่เป็นเวลานาน และห้ามหัดหม้อเกลือที่มดลูกที่ลอยตัวและไม่หัดหม้อเกลือถึงได้ออก

ข้อควรระวังเมื่อให้การบำบัดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพร ในมารดาหลังคลอดผู้มารับบริการที่มีโรค/อาการ หรือแสดงอาการต่อไปนี้ จะต้องทำด้วยความระมัดระวัง คือ ในมารดาหลังคลอดไม่เกิน 1 สัปดาห์

รูปแบบและวิธีการ/กิจกรรมในการบริหารมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย

การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือ หมายถึง การนำเกลือสมุทรใส่หม้อตั้งไฟให้ร้อน แล้วมวางบนสมุนไพรที่เตรียมไว้ ห่อผ้าแล้วนำมาประคบตามอวัยวะต่าง ๆ ของมารดาหลังคลอด การทับหม้อเกลือเริ่มจากนำสมุนไพร ได้แก่ ไพล ว่านนางคำ ว่านชักมดลูก (ไม่ต้องปลอกเปลือก) หั่นและตำให้พอแหลก เคล้าด้วยทั้ง 3 ผสมกับการบูร วางลงบนผ้าที่จะใช้ห่อ นำใบพลับพลึงกรีดเอาเส้นกลางใบออกวางขวางสลับกันเป็นลักษณะสี่เหลี่ยม วางบนสมุนไพรที่เตรียมไว้บนผ้าห่อ จากนั้นนำหม้อห้อนหรือหม้อดินขนาดเล็กใส่เกลือเม็ดตั้งไฟจนเม็ดเกลือแตก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ยกหม้อเกลือวางลงบนใบพลับพลึง และสมุนไพรที่เตรียมไว้บนผ้าห่อ หลังจากนั้นห่อผ้าแล้วนำมาทับบริเวณท้อง หลัง สะโพก และขา ประโยชน์ของการทับหม้อเกลือ ได้แก่ ทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว ลดไขมันหน้าท้อง บรรเทาอาการปวดเมื่อยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทำให้น้ำคาวปลาไหลสะดวก ช่วยคลายกล้ามเนื้อ และลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้

การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดไทย ในระยะที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเกิดอาการปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น หลัง น่อง สะโพก บ่า ต้นคอ หรือบางคน อาจจะปวดเมื่อยทั้งตัว โดยเฉพาะคนที่น้ำหนักเยอะ ทารกมีขนาดโตมากจะทำให้ปวดบริเวณหลัง และสะโพกมากด้วย ซึ่งในระยะนั้นส่วนใหญ่จะไม่่นวดเนื่องจากเกรงว่าจะทำให้เกิดการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด การนวดสำหรับมารดาหลังคลอดจะเป็นการนวดเบา ๆ ไม่แรงนัก และไม่มีการดัดดึงใด ๆ เลือกใช้ท่าที่เหมาะสมไม่ทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และระมัดระวังในการนวดบริเวณหน้าท้องเพราะจะส่งผลต่ออวัยวะภายใน คือ มดลูกที่ยังอ่อนแออยู่ ดังนั้น จึงเป็นการนวดเพื่อผ่อนคลายซึ่งส่วนมากจะนวดไปพร้อมกับการประคบสมุนไพรด้วย โดยจะมีท่านวดที่เรียกว่าการนวดเข้าตะเกียบ เนื่องจากมารดาหลังคลอดจะมีอาการขัดสะโพกและขา เพราะเกิดการขยายตัวของอุ้งเชิงกรานในช่วงตั้งครรภ์และขณะคลอด จนทำให้เกิดอาการดังกล่าว ซึ่งปกติแล้วข้อต่อเหล่านี้สามารถกลับเข้าที่ได้เอง ต้องใช้เวลาสักระยะ แต่การนวดเข้าตะเกียบเป็นการช่วยให้ข้อต่อกลับเข้าที่ได้เร็วขึ้น ต้องเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเท่านั้นที่สามารถทำให้กับมารดาหลังคลอดได้ เพราะถ้าไม่มีความชำนาญอาจทำให้เกิดการอักเสบของข้อต่อได้ สำหรับการนวดไทยแบบราชสำนักมารดาหลังคลอดมักมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องจากการคลอดบุตร และการดูแลบุตรส่วนมากจะมีอาการปวดบ่า คอ หลัง การนวดจะช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดอาการคัดตึงเต้านม

การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพร การประคบสมุนไพร หมายถึง การนำสมุนไพรสดหรือแห้งหลายชนิดมาโขลกคลุกรวมกันห่อเป็นลูกประคบ นำมาผ่านไอน้ำร้อน จะใช้

ความร้อนที่พอดี ไม่ร้อนมากเกินไป จากนั้นนำมาประคบบริเวณหลัง ท้อง และขา โดยไม่ประคบด้วยแรงหนักเกินไป สมุนไพรที่ใช้ในการประคบมารดาหลังคลอด จะประคบด้วยสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อน เช่น ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ มะกรูด การบูร ระยะเวลาที่ใช้ในการประคบ โดยทั่วไปจะใช้เวลาในการประคบประมาณ 15 – 20 นาที ต่อการประคบ 1 ครั้ง ถ้ามีอาการเคล็ดขัดยอก อาจประคบได้วันละ 2 ครั้ง ประโยชน์ของการประคบด้วยสมุนไพรในมารดาหลังคลอด ได้แก่ ช่วยบรรเทาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และแก้ปวดเมื่อย ช่วยให้เนื้อเยื่อพังผืดยืดตัวออก ลดการติดขัดของข้อต่อ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ช่วยขับน้ำคาวปลา และมดลูกได้รับความอบอุ่น หน้าที่อวัยวะเร็ว การประคบที่บริเวณอกจะช่วยลดอาการคัดที่เต้านม ลดความเจ็บปวด และหลังน่านมได้ดี

การบริหารหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพร การอบสมุนไพรและการเข้ากระโจมมีหลักการเหมือนกัน คือ การต้มพืชสมุนไพรให้เดือดแล้วเอาไอน้ำรมตัวโดยการเข้ากระโจม ส่วนการอบไอน้ำต้องมีห้องอบหรือตู้อบ มีการควบคุมอุณหภูมิจะมีผลต่อร่างกายดีกว่า สมุนไพรที่ใช้มี 4 กลุ่ม คือ 1) สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหยช่วยรักษาโรคผิวหนัง ปวดเมื่อย อาการหวัดคัดจมูก เช่น ไพล ขมิ้นชัน มะกรูด 2) สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว กลุ่มนี้จะมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อน ๆ ช่วยชะล้างสิ่งสกปรก และเพิ่มความต้านทานโรคให้กับผิวหนัง เช่น ใบมะขาม และใบหรือฝักส้มป่อย 3) เป็นสารหอมที่ระเหิดได้เมื่อถูกความร้อน เช่น พิมเสน การบูร ช่วยแต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ ทำให้สดชื่น 4) สมุนไพรที่ใช้เฉพาะโรค เช่น ผื่นคันใช้เหงือกปลาหมอ ปวดเมื่อยใช้เถาวัลย์เปรียง กระวานแก้เจ็บตาตาและ จากตัวยาสมุนไพรหลายชนิด และความร้อนจากไอน้ำจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ช่วยขับน้ำคาวปลา ลดอาการปวดเมื่อย และกลิ่นสมุนไพรช่วยเพิ่มความสดชื่น หายใจโล่ง สบายตัวมากยิ่งขึ้น

การบริหารหลังคลอดด้วยปฏิบัติตัวหลังคลอด ภายหลังคลอดบุตรควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อช่วยเสริมสร้างร่างกายและให้มีสารอาหารเพียงพอเพื่อจะสร้างน้ำนมให้บุตร นอกจากนี้การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้จะช่วยไม่ให้ไม่มีอาการท้องผูก ซึ่งส่วนมากแล้วมารดาหลังคลอดจะมีอาการท้องผูกในสัปดาห์แรกเนื่องจากไม่กล้าเบ่งอุจจาระกลัวเจ็บแผล ในมารดาที่ให้นมบุตรควรรับประทานอาหารให้ครบถ้วนและควรดื่มน้ำ หรือนมเพิ่มมากขึ้น การรับประทานอาหารที่มีรสร้อน เพื่อช่วยบำรุงธาตุไฟ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด เช่น ขิง พริกไทย กะเพรา ขมิ้นชัน รับประทานอาหารบำรุงน้ำนม เช่น แกงเลียงหัวปลี ใก้ผัดขิง หลีกเลียงอาหารรสเย็น เช่น พัก แดงโม น้ำแข็ง เนื่องจากอาหารรสเย็นจะลดธาตุไฟในร่างกาย อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารประเภทหมักดอง อาหารรสจัด ชา กาแฟ ยาตองเหล้า และอาหารที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เนื่องจากสารเหล่านี้

อาจถูกขับออกทางน้ำนมได้ และที่สำคัญควรพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อให้ร่างกายกลับมาอยู่ในภาวะสมดุล โดยในระยะหลังคลอดมารดา ยังคงอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือดและพลังงานในขณะที่คลอด ดังนั้นควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย วันละ 6 – 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรก

จำนวนผู้มารับบริการ	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
จำนวนหญิงไทยทุกรายที่ คลอด (คน)	198,823	195,992	204,227	185,368
บริบาลมารดาหลังคลอดด้วย การแพทย์แผนไทย (คน)	71,257	53,893	61,537	64,517
ร้อยละ	35.84	27.49	30.12	34.80

หมายเหตุ 1. ข้อมูลจำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอด อ้างอิงจากรายงานร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ของอนามัยแม่และเด็ก ในระบบ HDC Service ข้อมูล ณ วันที่ 5 ธันวาคม 2567

2. บริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย อ้างอิงจากรายงาน OPD-การบริหารหญิงหลังคลอด ของแพทย์แผนไทย ในระบบ HDC Service ข้อมูล ณ วันที่ 5 ธันวาคม 2567

ข้อมูลการบริหารมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เขต สุขภาพที่	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
1	6,759	22,406	4,625	15,837	5,344	15,920	6,035	15,920
2	4,054	12,877	3,586	11,936	3,822	11,130	4,098	12,422
3	3,456	12,902	2,125	7,113	2,425	7,326	2,342	6,821
4	1,683	3,927	1,258	2,922	1,713	4,229	1,893	4,432

เขต สุขภาพที่	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
5	2,410	8,275	1,654	5,175	2,350	5,874	2,684	5,963
6	2,449	8,691	1,712	6,231	2,375	6,463	2,707	6,915
7	4,702	19,714	4,278	17,491	3,889	13,238	4,167	13,615
8	11,186	44,026	9,631	35,236	8,884	30,445	8,930	30,394
9	5,261	15,831	3,646	11,014	4,605	11,261	4,331	9,829
10	7,784	33,333	5,969	25,527	5,809	21,028	6,064	21,829
11	6,304	22,828	4,409	14,590	5,012	13,920	6,130	15,689
12	15,209	51,512	10,984	36,977	15,293	45,373	15,122	46,508
รวม	71,257	256,322	53,877	190,049	61,521	186,207	64,503	190,337

ภาพรวมประเทศ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ได้รับบริการ (คน)	84,488	71,257	53,877	61, 521	56,793
ได้รับบริการ (ครั้ง)	304,819	256,322	190,049	186,207	169,159
บริการ (ครั้ง) ได้สูงสุด	422,440	356,285	269,385	307,605	322,515
ร้อยละ					
บริการสูงสุด	72.16	71.94	70.55	60.53	59.02
ต่อได้รับบริการ					

จากข้อมูลการเข้าถึงการบริหารหลังคลอดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2563 – 2567 พบว่า มีสัดส่วนของมารดาหลังคลอดได้รับบริการมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 33.88, 35.84, 27.49, 30.12 และ 34.80 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามการรับบริการมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่ได้รับการครบตามจำนวนครั้งที่กำหนดไว้ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสัดส่วนการรับบริการ จำนวนครั้งในแต่ละปีงบประมาณ ดังนี้

ปีงบประมาณ. 2563: ร้อยละ 72.16, 2564: ร้อยละ 71.94, 2565: ร้อยละ 70.55, 2566: ร้อยละ 60.53 และ 2567: ร้อยละ 59.02

บทสรุป

การให้บริการมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยถือเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดกันมา โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับการบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพและจิตใจของมารดาหลังคลอด ในการให้บริการมีข้อห้ามและข้อควรระวังที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการบริการมารดาหลังคลอด ข้อห้ามทั่วไป เช่น ห้ามให้บริการในมารดาหลังคลอดที่มีไข้สูง มีโรคติดเชื้อรุนแรง หรือมีภาวะตกเลือด ส่วนข้อควรระวัง เช่น การนวดควรหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีแผลผ่าตัดที่ยังไม่หายสนิท หรือในกรณีการประคบสมุนไพรควรระมัดระวังไม่ให้ลูกประคบร้อนเกินไปจนทำให้เกิดแผลไหม้

การบริหารนี้ยังมีกิจกรรมที่ต้องเลือกใช้ตามสภาพร่างกายของมารดาหลังคลอด เช่น การนวดเพื่อผ่อนคลาย การประคบสมุนไพรเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การทำหม้อเกลือเพื่อช่วยให้อมดลูกเข้าอู่ และการอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อขับของเสียออกจากร่างกาย โดยผู้ให้บริการต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและได้รับการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ก็ถือเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการบริการด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นนี้ให้ครบวงจรยิ่งขึ้น ดังนั้น การบริการมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยจึงไม่เพียงแต่เป็นการดูแลสุขภาพทางกายและจิตใจ แต่ยังสะท้อนถึงคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ควรได้รับการอนุรักษ์และพัฒนาต่อไปให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเพิ่มความนิยมและประสิทธิภาพของการบริการมารดาหลังคลอด ควรส่งเสริมการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ขยายสถานบริการในพื้นที่ห่างไกล และปรับปรุงคุณภาพบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของมารดาหลังคลอด โดยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีตัวเลือกในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเองมากขึ้น สนับสนุนการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการบริการมารดาหลังคลอด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ นอกจากนี้ควรสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ทันสมัยและเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง และควรให้ความสำคัญกับการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเปิดโอกาสให้ผู้รู้ในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการบริการ เพื่อให้บริการนี้ยังคงมีบทบาทสำคัญในสังคมไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลหญิงหลังคลอด. 6 กุมภาพันธ์ 2556.
2. ละเอียด แจ่มจันทร์, สุรี ชันธรักษ์วงศ์, สุนทร หงส์ทอง, นพณัฐ จาปาเทศ. การแพทย์แผนไทยกับการบริการมารดาหลังคลอดในชุมชนภาคกลาง (Thai Traditional Medicine for Postnatal Mother in the Community of Central Region). วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2567]; 195-202. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/25178/21438>
3. ชูศรี มโนการ. การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย (Health Promotion for Postpartum Mothers with Thai Traditional Medicine). บทความวิชาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2567]; 143-151. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/download/247849/170899/957250>
4. download/247849/170899/957250
5. สมหญิง พุ่มทอง, ลลิตา วีระเสถียร, วรพรรณ สิทธิถาวร, อภิชาติ รุ่งเมฆารัตน์, อรลักษณ์ แพรัตกุล. การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2567]; 281-294. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2996/hsri-journal-v4n2-p281-295.pdf>
6. bitstream/handle/11228/2996/hsri-journal-v4n2-p281-295.pdf

7. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (HDC-Dashboard) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

“โรคหนองใน” ปัญหาระบาดสุขใหญ่ที่น่ากังวล (“Gonorrhea” a major public health of concern)

ธัญญกรณ์ มา (Thanunyakorn Ma)¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคหนองในยังคงเป็นปัญหาระบาดสุขที่สำคัญในประเทศไทยและในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้น รวมถึงเพิ่มโอกาสการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวี โรคหนองในทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ อัมพาต อวัยวะสืบพันธุ์อักเสบ ภาวะมีบุตรยากหรือเป็นหมัน และการตั้งครรภ์นอกมดลูก โรคหนองในเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ดังนั้น การรักษาโรคหนองในจึงต้องใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียหรือเรียกอีกอย่างว่า ยาปฏิชีวนะ ในอดีตจนถึงปัจจุบันพบสถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาโรคหนองในแล้วหลายกลุ่ม ปัจจุบันยาปฏิชีวนะหลักที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคหนองในมีเพียงรายการเดียว คือ ยาเซฟไตรอะโซน (ceftriaxone) นอกจากนี้ แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองในได้มีการปรับขนาดยาเซฟไตรอะโซนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึงพบปัญหาความล้มเหลวจากการใช้ยาเซฟไตรอะโซนในการรักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลว่าในอนาคตโรคหนองในอาจเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้

บทความนี้ได้มีการทบทวนเรื่องความรู้ทั่วไปของโรคหนองใน ความแตกต่างระหว่างโรคหนองในและโรคหนองในเทียม แนวทางการดูแลรักษา สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะ การเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยา ความหวังใหม่ของการรักษาโรคหนองใน คือ ยาโซลิฟโลดาซิน (zofloxacillin) และการป้องกันโรคหนองใน ได้แก่ การงดเว้นจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการมีความสัมพันธ์แบบระยะยาวกับคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่มีเชื้อเป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุด การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้ง ทุกคน ทุกช่องทาง ยังคงเป็นวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาโดยการนำยาโดกซีไซคลิน (doxycycline) มาใช้รับประทานเพื่อป้องกันโรคหนองในหลังการสัมผัส การนำวัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ Meningococcal serogroup B มาใช้ในการป้องกันโรคหนองใน อย่างไรก็ตาม ควรมีการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์เชื้อหนองในดื้อยาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคิดค้นยาใหม่ในการรักษา และนำมาตรการ

¹ เภสัชกรชำนาญการ ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ต่าง ๆ มาใช้ในการป้องกันโรคร่วมด้วย เพื่อให้การป้องกันและรักษาโรคหนองในมีประสิทธิภาพมากที่สุด รวมถึงลดอัตราป่วยของโรคหนองในลงได้

คำสำคัญ : โรคหนองใน, แนวทางการดูแลรักษา, สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะ, การเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยา, การป้องกันโรคหนองใน

บทนำ

โรคหนองใน (gonorrhea) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections; STIs) ที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria gonorrhoeae* ติดผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์ที่มีเชื้อไม่ว่าจะเป็นทางอวัยวะเพศ ปาก และทวารหนัก ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น ผู้ชายมีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัด ผู้หญิงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ไม่คัน หากมีอาการจะมีระดูขาวผิดปกติ⁽¹⁾ ปัจจุบันการรักษาโรคหนองในจะใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีด หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโรคหนองในอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น อังเชิงกรานอักเสบ ภาวะมีบุตรยากหรือเป็นหมัน และการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ ผู้ป่วยโรคหนองในจะเพิ่มโอกาสการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวีมากขึ้น⁽²⁾ วิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุด คือ การงดเว้นจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการมีความสัมพันธ์แบบระยะยาวกับคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่มีเชื้อ อย่างไรก็ตาม การใช้ยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้ง ทุกคน ทุกช่องทาง ยังคงเป็นวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบ และ การตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่มาับสารคัดหลั่งในร่างกาย ได้แก่ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม⁽³⁾ แม้ว่าจะมีความพยายามนำมาตรการต่าง ๆ มาใช้ในการป้องกันโรคหนองใน เช่น การนำยาปฏิชีวนะมาใช้ในการป้องกันโรคหนองใน การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคหนองใน แต่ยังไม่วิธีใดสามารถป้องกันได้ 100%

ปัจจุบันโรคหนองในยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ประเมินการว่ามีผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ประมาณ 374 ล้านคน เป็นโรคหนองในประมาณ 82 ล้านคน⁽⁴⁾ โดยผู้ป่วยหนองในมีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี ส่วนใหญ่มาจากภูมิภาคแอฟริกา และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วยโรคหนองในจาก 7.82 ต่อประชากรแสนคน⁽⁶⁾ เพิ่มขึ้นเป็น 10.45, 18.41 และ 23.00 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่าหลังจากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 สถานการณ์โรคหนองในเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2557 - 2565 เมื่อจำแนกอัตราป่วยตามเพศ พบว่า อัตราป่วยโรคหนองในในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงทุกปี เมื่อจำแนกอัตราป่วยตามกลุ่มอายุ พบว่า อัตราป่วยในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี สูงที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี และ 25 - 34 ปี ตามลำดับ⁽⁶⁾ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้ใหญ่ที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์

สาเหตุ^{(1),(8)}

เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียไนซีเรีย โกลโนเรีย (*Neisseria gonorrhoeae*) ซึ่งเป็นแบคทีเรียแกรมลบรูปร่างคล้ายรูปไตหรือรูปถั่วอยู่ติดกันเป็นคู่ อยู่ภายในเซลล์ที่มีการติดเชื้อ จึงเรียกว่า Gram-negative intracellular diplococci (GNID) เชื้อหนองในเจริญเติบโตยาก ต้องอาศัยอุณหภูมิที่เหมาะสมประมาณ 35 - 37 องศาเซลเซียส และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ในการเจริญเติบโต เชื้อไม่สามารถทนต่อความแห้งและความเย็น ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้

ระยะฟักตัว⁽⁹⁾

ประมาณ 3 - 7 วัน

การติดต่อของโรค^{(1),(8)}

เชื้อหนองในติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์ที่มีเชื้อไม่ว่าจะเป็นทางอวัยวะเพศ ปาก และทวารหนัก โดยเชื้อหนองในสามารถไปเจริญเติบโตที่บริเวณเยื่อเมือกในท่อปัสสาวะ ช่องคลอด ปากมดลูก ช่องคอ ตา และทวารหนัก

อาการและอาการแสดง⁽¹⁾

ผู้ชาย : ส่วนใหญ่มีปัสสาวะแสบขัด และมีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ มักตรวจพบหนองที่บริเวณปากท่อปัสสาวะ

ผู้หญิง : ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ไม่คัน หากมีอาการจะมีระดูขาวผิดปกติ มักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ มีหนองที่ปากมดลูก

โรคหนองใน แบ่งตามการรักษาออกเป็น 2 ภาวะ⁽¹⁾

1. โรคหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (uncomplicated gonorrhea) ได้แก่ โรคหนองในที่อวัยวะเพศ คอ ทวารหนัก และเยื่อตาผู้ใหญ่
2. โรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อน (complicated gonorrhea) หรือโรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (disseminated gonococcal infection; DGI) ได้แก่ เชื้อหนองในแพร่กระจายไปที่บริเวณผิวหนัง ข้อ เยื่อหุ้มสมอง และเยื่อหุ้มหัวใจ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหนองใน⁽¹⁾

ผู้ชาย : ภาวะมีบุตรยากหรือเป็นหมัน

ผู้หญิง : อังเชิงกรานอักเสบ ภาวะมีบุตรยากหรือเป็นหมัน และการตั้งครรภ์นอกมดลูก

เกณฑ์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหนองใน⁽¹⁾

การตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานพยาบาล ดังนี้

1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น:

- การย้อมสีแกรม (Gram stain) พบ Gram-negative intracellular diplococci
- การใช้ชุดทดสอบวิเคราะห์และออกผล ณ จุดดูแลผู้ป่วย (Point of Care Test;

POCT) ให้ผลบวกต่อเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผล:

- การเพาะเชื้อ (Culture) ให้ผลบวกต่อเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*
- การทดสอบการขยายกรดนิวคลีอิก (Nucleic Acid Amplification Tests; NAATs)

ให้ผลบวกต่อเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*

การรักษาโรคหนองใน⁽¹⁾ สำหรับผู้ใหญ่

1. โรคหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (uncomplicated gonorrhea) ได้แก่

1.1 โรคหนองในที่อวัยวะเพศ คอ ทวารหนัก

- ☐ ยาหลักที่แนะนำ : ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
- ☐ ยาทางเลือก : cefixime 800 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว ร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว
- ☐ กรณีแพ้ยาในกลุ่ม cephalosporins และกรณีการรักษาล้มเหลว (treatment failure) :
 - gentamicin 160 - 240 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว
 - spectinomycin* 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียวร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว

(* หมายเหตุ ขณะนี้ยังไม่มียา spectinomycin ในประเทศไทย)

1.2 โรคหนองในที่เยื่อตาผู้ใหญ่

- ☐ ยาหลักที่แนะนำ : ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว

2. โรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อน (complicated gonorrhea) หรือโรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (disseminated gonococcal infection; DGI) แบ่งตามชนิดของการแพร่กระจาย ได้แก่

2.1 กรณีพบ arthritis, dermatitis :

- ceftriaxone 1 - 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เมื่ออาการดีขึ้นแล้วเปลี่ยนเป็นยา cefixime 400 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง (รวมระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 7 วัน)
- cefotaxime 1 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้นแล้วเปลี่ยนเป็นยา cefixime 400 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง (รวมระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 7 วัน)

2.2 กรณีพบ meningitis :

- ceftriaxone 1 - 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 - 14 วัน

2.3 กรณีพบ endocarditis :

- ceftriaxone 1 - 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง อย่างน้อย 28

วัน

คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับการรักษาโรคหนองใน⁽¹⁾

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหนองในมีโอกาสพบโรคหนองในเทียม (chlamydia) ประมาณร้อยละ 10 - 40⁽¹⁰⁾ ดังนั้น ควรให้การรักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย (dual therapy) กรณีที่ไม่สามารถตรวจหาเชื้อหนองในเทียม (chlamydia) ได้

2. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์ด้วยการฝากยากับผู้ป่วยไปให้คู่เพศสัมพันธ์ (expedited partner therapy; EPT) ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยภายใน 60 วันก่อนผู้ป่วยมีอาการ โดยเป็นยาปฏิชีวนะรูปแบบรับประทาน cefixime 800 มิลลิกรัม ร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว

3. แนะนำผู้ป่วยงดมีเพศสัมพันธ์ 7 วันหลังได้รับการรักษา และจนกระทั่งคู่เพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาแล้ว

4. แนะนำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส

ความแตกต่างระหว่างโรคหนองในและโรคหนองในเทียม⁽¹⁾

โรคหนองในเทียมแตกต่างจากโรคหนองในเนื่องจาก โรคหนองในเทียม (non-gonococcal urethritis; NGU) เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ *Chlamydia trachomatis*,

Mycoplasma genitalium, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis* ทำให้ผู้ชายเกิดอาการปัสสาวะแสบขัด อาจมีมูกใสหรือมูกขุ่น คันที่ท่อปัสสาวะ ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือระดูขาว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะให้ผลบวกต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ แนวทางการรักษาโรคหนองในเทียมจะรักษาตามการตรวจพบเชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่นเดียวกัน โดยเป็นการใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบรับประทาน ได้แก่ doxycycline, azithromycin, moxifloxacin, metronidazole, tinidazole เป็นต้น

แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน

แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน จัดพิมพ์ครั้งแรกในหนังสือ “มาตรฐานการบำบัดรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2531”⁽¹¹⁾ ซึ่งยาปฏิชีวนะที่แนะนำให้ใช้รักษาโรคหนองในในสมัยนั้น ได้แก่ spectinomycin 2 กรัม ฉีดครั้งเดียว, ceftriaxone 250 มิลลิกรัม ฉีดครั้งเดียว, cefotaxime 500 มิลลิกรัม ฉีดครั้งเดียว ร่วมกับยา probenecid 1 กรัม รับประทานครั้งเดียว, norfloxacin 800 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว หรือ ofloxacin 400 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้มีการปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมา ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 มีการจัดพิมพ์แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ. 2562 ซึ่งได้ปรับเพิ่มขนาดยาปฏิชีวนะที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคหนองใน คือ ceftriaxone 500 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว⁽¹²⁾ โดยแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ล่าสุดในปี พ.ศ. 2567 ขนาดยาปฏิชีวนะที่แนะนำให้ใช้รักษาโรคหนองใน คือ ceftriaxone 1,000 มิลลิกรัม (1 กรัม) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว⁽¹⁾

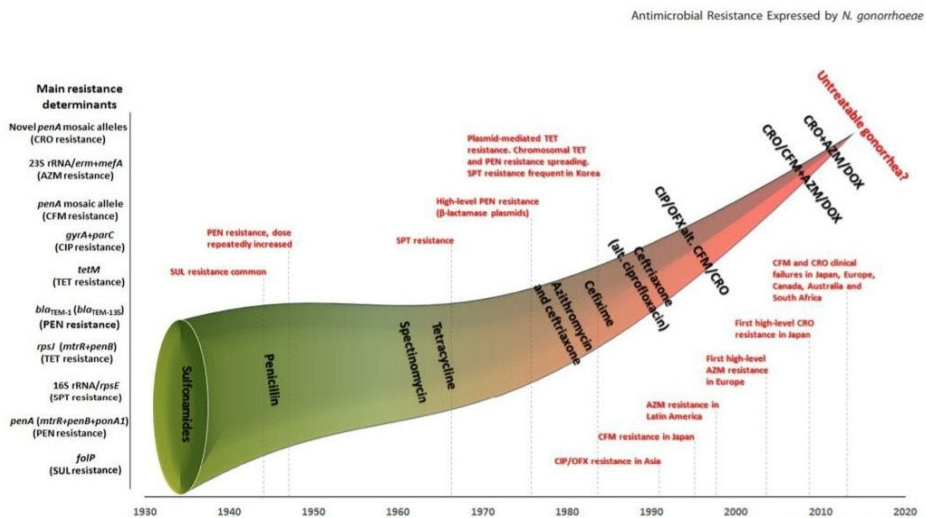
ยา ceftriaxone (จัดอยู่ในกลุ่มยา extended-spectrum cephalosporins) เป็นยาปฏิชีวนะที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคหนองในในปัจจุบัน โดยมีการปรับเพิ่มขนาดยาที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าจะมียาปฏิชีวนะทางเลือก ได้แก่ cefixime 800 มิลลิกรัม ร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว (ซึ่งมีรายงานพบว่า เชื้อหนองในมีความไวต่อยา cefixime และ azithromycin ลดลง), กรณีแพ้ยาในกลุ่ม cephalosporins หรือกรณี treatment failure สามารถใช้ gentamicin 160 - 240 มิลลิกรัม ฉีดครั้งเดียว ร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว (ซึ่ง gentamicin มีหลักฐานไม่เพียงพอในการยืนยันประสิทธิภาพการรักษาโรคหนองในที่ช่องคอและทวารหนัก) และ spectinomycin 2 กรัม ฉีดครั้งเดียว ร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว (ซึ่ง spectinomycin มีหลักฐานไม่เพียงพอในการยืนยันประสิทธิภาพการรักษาโรคหนองในที่ช่องคอ รวมถึงขณะนี้ยังไม่มียานี้ในประเทศไทย)⁽¹⁾ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ยาที่สามารถใช้ในการรักษาโรคหนองในในปัจจุบันมีจำกัดมากขึ้น

สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial resistance; AMR)

องค์การอนามัยโลก รายงานว่า สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะหรือยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาโรคหนองใน (Antimicrobial-Resistance *N. gonorrhoeae*) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตลอด 80 กว่าปีที่ผ่านมา ส่งผลให้ทางเลือกในการรักษาโรคหนองในลดลง ในอดีตเคยใช้กลุ่มยา sulfonamides, penicillins, tetracyclines, aminoglycosides (ยา spectinomycin), กลุ่มยา fluoroquinolones (ยา ciprofloxacin) ในการรักษาโรคหนองในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งปัจจุบันไม่มีการใช้แล้ว หรือมีการใช้น้อยในแถบประเทศที่มีอัตราการดื้อยาไม่สูงมาก เชื้อหนองในมีพัฒนาการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งพบว่า กลุ่มยา macrolides (ยา azithromycin) และกลุ่มยา extended-spectrum cephalosporins (ยา cefixime, ceftriaxone) พบเชื้อหนองในดื้อยาหรือเชื่อมีความไวต่อยาลดลง จากความสำคัญของสถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะหลายกลุ่มนี้ องค์การอนามัยโลกจึงจัดอันดับเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ว่าเป็นเชื้อดื้อยารุนแรง “superbugs”^{(5),(13)}

การดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองในเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁴⁾ พบรายงานความล้มเหลวการรักษาโรคหนองในด้วยยา cefixime ครั้งแรกที่ประเทศญี่ปุ่น^{(5),(15)} นอกจากนี้ยังมีรายงานความล้มเหลวการรักษาโรคหนองในด้วยยา ceftriaxone อย่างเดียว หรือร่วมกับ azithromycin หรือ doxycycline ในประเทศออสเตรเลีย ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น สโลวีเนีย สวีเดน สหราชอาณาจักรเกรทบริเตน และไอร์แลนด์เหนือ⁽⁵⁾ ซึ่งยา ceftriaxone เป็นตัวเลือกสุดท้ายที่เหลืออยู่ที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคหนองใน ในปี พ.ศ. 2552 ประเทศญี่ปุ่น รายงานว่า พบความล้มเหลวจากการรักษาด้วยยา ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหนองใน ซึ่งมีสาเหตุจากเชื้อหนองในดื้อยาหลายกลุ่ม (multidrug-resistance *N. gonorrhoeae*)⁽¹⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศสหราชอาณาจักรพบความล้มเหลวในการรักษาโรคหนองในด้วยยา ceftriaxone 1 กรัม จาก Health Protection Report ของ Public Health England รายงานว่า พบผู้ป่วยชายติดเชื้อหนองในดื้อยาหลายกลุ่ม (multidrug-resistance *N. gonorrhoeae*) โดยผู้ป่วยรายนี้ให้ประวัติว่ามีคู่นอนเพศสัมพันธ์ประจำในสหราชอาณาจักร และคู่นอนเพศสัมพันธ์จากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 1 เดือนก่อนแสดงอาการโรคหนองใน⁽¹⁷⁾ และในปีเดียวกันนั้น รายงาน Government of Western Australia, Department of Health ประเทศออสเตรเลีย ได้รายงานผู้ติดเชื้อหนองในดื้อยาหลายกลุ่ม (multidrug-resistant *N. gonorrhoeae*) จำนวน 2 ราย โดยมี 1 รายให้ประวัติว่าเคยมีเพศสัมพันธ์และติดเชื้อดังกล่าวมาจากประเทศ

แถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁸⁾ จากสถานการณ์เชื้อ *N. gonorrhoeae* ดื้อยาปฏิชีวนะหลายขนาน (multidrug-resistance; MDR) รวมถึงมีความเสี่ยงการดื้อยาปฏิชีวนะแทบทุกขนาน (extensively drug-resistance; XDR) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาโรคหนองในด้วยยา ceftriaxone ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความกังวลมากขึ้นว่าในไม่ช้าไม่นานนี้โรคหนองในอาจเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ (untreatable gonorrhea)⁽¹³⁾



ภาพที่ 1 สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาโรคหนองใน (ที่มา : Unemo และคณะ, 2557)

การเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยา

ในปี พ.ศ. 2535 องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มโครงการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยา (Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme; GASP) เพื่อเฝ้าระวังและติดตามรูปแบบการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองใน สนับสนุนการพัฒนานโยบายในการจัดการปัญหาการดื้อยาของเชื้อหนองใน และการรักษาโรคหนองในอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านเครือข่ายห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมใน 6 ภูมิภาคทั่วโลก ได้แก่ African, Americas, Eastern Mediterranean, European, South-East Asia และ Western Pacific⁽¹⁹⁾ ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 - 2561 โครงการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยา องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลเชื้อหนองในดื้อยาจาก 73 ประเทศทั่วโลก พบว่า เชื้อหนองในลดความไวต่อยาหรือมีการดื้อยา ceftriaxone, cefixime, azithromycin, ciprofloxacin ประมาณ 31%, 47%, 84% และ 100% ตามลำดับ⁽²⁰⁾

โครงการเฝ้าระวังการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองในทั่วโลกมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เป็นมาตรการในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อหนองในดื้อยา สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. Centers for Disease Control and Prevention; US CDC) ได้ดำเนินงานโครงการยกระดับการเฝ้าระวังการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองใน (The Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Program; EGASP)⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นโครงการที่สร้างความเข้มแข็งให้การเฝ้าระวังและติดตามการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองในในระดับที่มีมาตรฐานมากขึ้น เน้นการเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพสูงเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนการรักษาโรคหนองในที่เหมาะสม

การดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยา ประเทศไทย มีหน่วยงานหลัก คือ ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีหน่วยงานเครือข่ายร่วมดำเนินการเฝ้าระวัง ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 6 แห่ง และโรงพยาบาลเครือข่าย 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 13 แห่ง เพื่อรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยาในภาพรวมของประเทศ มีการทดสอบความไวต่อยา 8 รายการ คือ ceftriaxone, cefixime, azithromycin, ciprofloxacin, penicillin, tetracycline, spectinomycin และ gentamicin ผลจากการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยา ประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2564 ยังไม่พบการดื้อยา ceftriaxone, cefixime, spectinomycin และ gentamicin แต่พบว่ามีแนวโน้มการดื้อยาเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น พบการดื้อยา azithromycin 0.29% นอกจากนี้ ยังพบการดื้อยา penicillin, tetracycline, ciprofloxacin สูง 75.32%, 79.8% และ 88% ตามลำดับ⁽⁸⁾

ความหวังใหม่ของการรักษาโรคหนองใน⁽²¹⁾⁻⁽²³⁾

จากปัญหาเชื้อหนองในดื้อยาปฏิชีวนะ (antimicrobial-resistant *N. gonorrhoeae*) ที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก ส่งผลต่อการรักษาโรคหนองในล้มเหลว (treatment failure) โดยเฉพาะการดื้อยาในกลุ่ม extended-spectrum cephalosporins ซึ่งเป็นยาหลักตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่แนะนำให้ใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก นักวิจัยจึงมีความพยายามคิดค้นยาใหม่รักษาโรคหนองในที่มีชื่อว่า โซลิฟโลดาซิน (zofludacin) โดยความร่วมมือระหว่างบริษัทยาและองค์กร The Global Antibiotic Research and Development Partnership foundation (GARDP) ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

โซลิฟลดาซิน (zoliflodacin) เป็นยาปฏิชีวนะตัวแรกในกลุ่ม spiropyrimiditriane ที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (bactericidal) โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ topoisomerase type II (DNA gyrase subunit B; GyrB)⁽²⁴⁾ จึงยับยั้งการสร้าง DNA ของเชื้อแบคทีเรียได้ จากการวิจัยทางคลินิกระยะที่ 3 การศึกษาวิจัยแบบสุ่ม เปิดเผยชื่อยาดำเนินการในหลายสถาบันบนสมมติฐานของความไม่ด้อยกว่าเพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์วิจัย zoliflodacin ชนิดรับประทานขนาด 3 กรัม ครั้งเดียว เปรียบเทียบกับยามาตรฐาน (ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ceftriaxone ขนาด 500 มิลลิกรัม ร่วมกับยารับประทาน azithromycin ขนาด 1 กรัม ครั้งเดียว) ในการรักษาผู้ป่วยโรคหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (uncomplicated gonorrhea) มีอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย 930 ราย เพศชายและเพศหญิง อายุ $\geq$ 12 ปี ดำเนินการศึกษาในหน่วยวิจัย 16 แห่ง ในประเทศที่มีการติดเชื้อหนองในค่อนข้างสูง 5 ประเทศ คือ เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ แอฟริกาใต้ ไทย และสหรัฐอเมริกา

ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพของ zoliflodacin ในการรักษาโรคหนองในที่อวัยวะเพศ (ท่อปัสสาวะ) ให้ผลการรักษาไม่ด้อยกว่ายามาตรฐาน โดย zoliflodacin มีประสิทธิภาพการรักษา 90.9% ซึ่งต่ำกว่า ceftriaxone และ azithromycin ที่มีประสิทธิภาพการรักษา 96.2% (ต่างกันร้อยละ 5.31%, 95% CI 1.38-8.65) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความปลอดภัยของยา พบว่า อาสาสมัครสามารถทนต่อผลข้างเคียงของยา zoliflodacin ได้ดี และมีอาการข้างเคียงจากยาใกล้เคียงกับยามาตรฐาน ได้แก่ ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปวดศีรษะ ท้องเสีย และคลื่นไส้ เป็นต้น⁽²¹⁾

การป้องกันโรคหนองใน

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุด คือ การงดเว้นจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการมีความสัมพันธ์แบบระยะยาว (long term relationship) กับคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่มีเชื้อ⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้ง ทุกคน ทุกช่องทาง ยังคงเป็นวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบ และ การตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคหนองในจึงได้มีการนำมาตรการต่าง ๆ มาใช้อาทิเช่น การใช้ยาดีออกซีไซคลิน (doxycycline) รับประทานเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการสัมผัส (Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis; Doxy-PEP) ได้แก่ โรคหนองใน คลามัยเดีย และซิฟิลิส โดยผลการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ ประเทศฝรั่งเศส จำนวน 2 การศึกษา พบว่า การรับประทาน Doxy-PEP มีโอกาสของการติดเชื้อหนองในลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.83, 95% CI 0.47-1.47; $p=0.52$)⁽²⁴⁾ อีกหนึ่ง

การศึกษา พบว่า มีโอกาสของการติดเชื้อหนองในลดลง 33% (adjusted hazard ratio (aHR) 0.67, 95% CI 0.52-0.87; $p=0.0025$)⁽²⁵⁾ สำหรับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ พบว่า การรับประทาน Doxy-PEP มีโอกาสการติดเชื้อหนองในลดลง 55% (RR 0.45, 95% CI 0.32-0.65; $p<0.001$)⁽²⁶⁾ การศึกษาในประเทศเคนยา ศึกษาในกลุ่มเพศหญิง พบว่า การรับประทาน Doxy-PEP ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อหนองใน⁽²⁷⁾ ดังนั้น การศึกษา Doxy-PEP ในต่างประเทศให้ข้อมูลว่ามีประสิทธิภาพลดการติดเชื้อหนองในประมาณ 30-60% ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ ทั้งนี้ ยังไม่มีการศึกษา Doxy-PEP ในประเทศไทย

ปัจจุบันโรคหนองในสามารถรักษาหายได้โดยใช้ยาปฏิชีวนะเท่านั้น ยังไม่มีวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคหนองในโดยตรง มีการศึกษาโดยนำวัคซีนป้องกันโรคไขก้างหลังแอ่นหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ Meningococcal serogroup B (MenB-4C หรือ 4CMenB) vaccine มาใช้ป้องกันโรคหนองใน เนื่องจากวัคซีนนี้ช่วยป้องกันการติดเชื้อ *Neisseria meningitidis* serogroup B ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียในสกุลเดียวกันและความใกล้เคียงกันทางพันธุกรรมกับเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่า วัคซีน Meningococcal serogroup B มีประสิทธิภาพป้องกันโรคหนองในระหว่าง 23% - 47%⁽²⁸⁾

บทสรุป

โรคหนองในยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่น่ากังวล เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคหนองในเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบการดื้อยาปฏิชีวนะหลายขนาน และการดื้อยาปฏิชีวนะแทบทุกขนาน ส่งผลให้เกิดความกังวลว่าในอนาคตโรคหนองในอาจเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ แม้ว่าปัจจุบันจะมีการคิดค้นยาใหม่ zoliflodacin ซึ่งผลการวิจัยทางคลินิกระยะที่ 3 พบว่า zoliflodacin มีความไม่ดื้อยกว่ายามาตรฐานที่ใช้ในการรักษาโรคหนองใน การนำวัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ Meningococcal serogroup B มาใช้ในการป้องกันโรคหนองใน มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหนองในไม่ถึง 50% อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญ คือ ควรมีการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์เชื้อหนองในดื้อยาอย่างต่อเนื่อง และนำมาตราการต่าง ๆ มาใช้ในการป้องกันโรคร่วมด้วย เช่น การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย การบริการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และการติดตามคู่สัมผัสโรค เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
2. Galvin, S. R., & Cohen, M. S. (2004). The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission. *Nature Reviews Microbiology*, 2(1), 33-42.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Condom Use: An Overview. Retrieved December 6, 2024, from https://www.cdc.gov/condom-use/index.html?utm_source=chatgpt.com
4. World Health Organization. (2024). Sexually transmitted infections (STIs). Retrieved December 6, 2024, from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
5. World Health Organization. (2024). Multi-drug resistant gonorrhoea. Retrieved December 6, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea>
6. AIDS Surveillance System กองระบาดวิทยากลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ไวรัสโรค วัณโรค อีสุก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถานการณ์ภาพรวมโรคหนองใน (Gonorrhea) ประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2567, จาก http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis
7. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. (2567). ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 โรคหนองใน. สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2567, จาก <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=38>
8. พงศธร แสงประเสริฐ. (2565). โครงการเฝ้าระวังหนองในดื้อยาภาพรวมประเทศ ปี 2562 - 2564. สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Update%20Fullpaper.pdf>
9. Skerlev, M., & Čulav-Košćak, I. (2014). Gonorrhea: new challenges. *Clinics in dermatology*, 32(2), 275-281.
10. World Health Organization. (2024). Diagnostics for gonococcal antimicrobial resistance. Retrieved December 10, 2024, from <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/testing-diagnostics/diagnostics-for-gonococcal-antimicrobial-resistance>
11. Daengsaard, E., Tongprong, P., Sookrak, N., Sommanustweechai, A., & Patchananarumol, W. (2017). Evolution of the Development of Sexually

- Transmitted Diseases Treatment Guidelines in Thailand. *Journal of Health Science of Thailand*, 25(4), 561–570. Retrieved from <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/326>
12. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ. 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
 13. Unemo, M., & Shafer, W. M. (2014). Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the 21st century: past, evolution, and future. *Clinical microbiology reviews*, 27(3), 587-613.
 14. Wi, T., Lahra, M. M., Ndowa, F., Bala, M., Dillon, J. R., Ramon-Pardo, P., Eremin, S. R., Bolan, G., & Unemo, M. (2017). Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: Global surveillance and a call for international collaborative action. *PLoS medicine*, 14(7), e1002344.
 15. Deguchi, T., Yasuda, M., Yokoi, S., Ishida, K. I., Ito, M., Ishihara, S., Minamidate, K., Harada, Y., Tei, K., Kojima, K., Tamaki, M., & Maeda, S. I. (2003). Treatment of uncomplicated gonococcal urethritis by double-dosing of 200 mg cefixime at a 6-h interval. *Journal of infection and chemotherapy*, 9(1), 35-39.
 16. Ohnishi, M., Saika, T., Hoshina, S., Iwasaku, K., Nakayama, S., Watanabe, H., & Kitawaki, J. (2011). Ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae*, Japan. *Emerging infectious diseases*, 17(1), 148-149.
 17. Public Health England. (2018). UK case of *Neisseria gonorrhoeae* with high-level resistance to azithromycin and resistance to ceftriaxone acquired abroad. Retrieved December 15, 2024, from https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5aba132440f0b67d64e21880/hpr1118_MDRGC.pdf
 18. Government of Western Australia. (2018). Multi-drug resistant gonorrhoea alert for clinicians. Retrieved December 15, 2024, from <https://www.healthywa.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/general-documents/Sexual-Health/PDF/Gonorrhoea-alert.pdf>
 19. World Health Organization. (2018). Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. Retrieved December 12, 2024, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf?ua=1>

20. Unemo, M., Lahra, M. M., Escher, M., Eremín, S., Cole, M. J., Galarza, P., et al. (2021). WHO global antimicrobial resistance surveillance for *Neisseria gonorrhoeae* 2017–18: a retrospective observational study. *The Lancet Microbe*, 2(11), e627–e636.
21. Global antibiotics research and development partnership (GARDP). (2024). Oral zoliflodacin is non-inferior to a combination of ceftriaxone and azithromycin for treatment of uncomplicated urogenital gonorrhoea: results of a large global Phase 3 randomised controlled trial. Retrieved December 12, 2024, from https://gardp.org/wp-content/uploads/2024/04/Zoli001-Topline-ECCMID2024_final_V1.0_23Apr2024_.pdf
22. Global antibiotics research and development partnership (GARDP). (2024). Positive Results Announced in Largest Pivotal Phase 3 Trial of a First-in-Class Oral Antibiotic to Treat Uncomplicated Gonorrhoea. Retrieved December 12, 2024, from <https://gardp.org/wp-content/uploads/2023/11/Zoliflodacin-Phase-3-Results-Announcement-PressRelease-20231101.pdf>
23. Pascual, F., Au, C., Chikwari, C. D., Daram, P., Deal, C., Miranda, A. E., ... & Srinivasan, S. (2024). Recommendations for the optimal introduction of novel antibiotics to treat uncomplicated gonorrhoea in the face of increasing antimicrobial resistance: a case study with zoliflodacin. *BMC Global and Public Health*, 2(1), 58.
24. Thakare, R., Dasgupta, A., & Chopra, S. (2019). Zoliflodacin. DNA gyrase subunit B (GyrB)(bacterial) inhibitor, Treatment of uncomplicated gonorrhea. *Drugs of the Future*, 44(12).
25. Molina, J. M., Charreau, I., Chidiac, C., Pialoux, G., Cua, E., Delaugerre, C., Capitant, C., Rojas-Castro, D., Fonsart, J., Bercot, B., Bébéar, C., Cotte, L., Robineau, O., Raffi, F., Charbonneau, P., Aslan, A., Chas, J., Niedbalski, L., Spire, B., Sagaon-Teyssier, L., ... ANRS IPERGAY Study Group (2018). Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. *The Lancet. Infectious diseases*, 18(3), 308–317.
26. Molina, J., Bercot, B., Assoumou, L., Rubenstein, E., Algarte-Genin, M., Pialoux, G., Katlama, C., Surgers, L., Bébéar, C., Dupin, N., Ouattara, M., Slama, L., Pavie, J., Duvivier, C., Loze, B., Goldwirt, L., Gibowski, S., Ollivier, M., Ghosn, J., & Costagliola, D. (2024). Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent

- bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC): a multicentre, open-label, randomised trial with a 2 × 2 factorial design. *The Lancet Infectious Diseases*, 24(10), 1093–1104.
27. Luetkemeyer, A. F., Donnell, D., Dombrowski, J. C., Cohen, S., Grabow, C., Brown, C. E., Malinski, C., Perkins, R., Nasser, M., Lopez, C., Vittinghoff, E., Buchbinder, S. P., Scott, H., Charlebois, E. D., Havlir, D. V., Soge, O. O., Celum, C., & DoxyPEP Study Team (2023). Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *The New England journal of medicine*, 388(14), 1296–1306.
28. Stewart, J., Oware, K., Donnell, D., Violette, L. R., Odoyo, J., Soge, O. O., Scoville, C. W., Omollo, V., Mogaka, F. O., Sesay, F. A., McClelland, R. S., Spinelli, M., Gandhi, M., Bukusi, E. A., Baeten, J. M., & dPEP Kenya Study Team (2023). Doxycycline Prophylaxis to Prevent Sexually Transmitted Infections in Women. *The New England journal of medicine*, 389(25), 2331–2340.
29. Abara, W. E., Kirkcaldy, R. D., Bernstein, K. T., Galloway, E., & Learner, E. R. (2024). Effectiveness of MenB-4C vaccine against gonorrhea: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, jiae383.

ประเทศไทยสู่ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

(Thailand: A Global Medical Hub and Destination for Medical Tourism)

ภินิมิต แดงไพโรจน์ (Phinimit Dangpairoj)*

บทคัดย่อ

บทความนี้วิเคราะห์บทบาทของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งได้รับการส่งเสริมให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) โดยนโยบายรัฐบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้เน้นย้ำถึงยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่เน้นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เนื้อหาครอบคลุมการวิเคราะห์ปัจจัยที่สนับสนุนการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่น ต้นทุนบริการที่ต่ำ คุณภาพการดูแลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี พร้อมทั้งประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ เช่น การสร้างรายได้ให้ประเทศและโอกาสในการถ่ายทอดเทคโนโลยี รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม บทความสรุปถึงข้อเสนอแนะในการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่น การเน้นบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง การขยายบริการเฉพาะทาง การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ และการพัฒนาแพ็คเกจบริการที่ตอบโจทย์กลุ่มนักท่องเที่ยวเป้าหมาย เพื่อสร้างความยั่งยืนและความสามารถในการแข่งขันในระดับนานาชาติ

* นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

1. บทนำและวัตถุประสงค์

1.1 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในอนาคต (New Engine of Growth) และผลักดันการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (S-curve) ได้แก่ การต่อยอดอุตสาหกรรมเดิมที่มีศักยภาพ (First S - curve) ในด้านอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวกลุ่มรายได้ดีและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Affluent, Medical and Wellness Tourism) รวมถึงการเดิมอุตสาหกรรมแห่งอนาคต (New S-curve) ในด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เพิ่มมากขึ้น จากการขยายตัวของกลุ่มสินค้าและธุรกิจบริการสุขภาพ ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยเข้าสู่ Thailand 4.0 โดยมีเป้าหมายในการเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพื่อไปสู่การจัดบริการสุขภาพที่ลดความเหลื่อมล้ำ ของการเข้าถึงระบบสุขภาพ ประชาชนมีสุขภาพดี เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมืองสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ จากความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้กำหนดให้นโยบาย Medical and Wellness Tourism เป็นวาระแห่งชาติ ด้วยการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติที่สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล การเปลี่ยนแปลงของโลก ความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในลักษณะที่มีการบูรณาการทำงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน เพื่อให้มีการสร้างมูลค่าเพิ่มของอุตสาหกรรมสุขภาพ สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศไทย และส่งผลให้ประเทศไทยมีขีดความสามารถในด้านบริการสุขภาพ เพื่อแข่งขันในเวทีโลกได้อย่างแท้จริง

1.2 ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ได้มีผลประกาศใช้ตามราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2561 ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญที่จะต้องนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ตามพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความสามารถในการแข่งขัน อุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต

ประเด็น : ด้านอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร และด้านสร้างความหลากหลายด้านการท่องเที่ยว

ประเด็น : ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ได้กำหนดให้มีการผลักดันประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร

1.3 ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้กำหนดให้มีการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการบริการทางการแพทย์ ไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ และแข่งขันได้อย่างยั่งยืน

1.4 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ได้กำหนด “ซูเปอร์คลัสเตอร์” ซึ่งเป็นคลัสเตอร์ สำหรับกิจกรรมที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และอุตสาหกรรมแห่งอนาคต ประกอบด้วย 6 คลัสเตอร์ ได้แก่

- (1) คลัสเตอร์ยานยนต์และชิ้นส่วน
- (2) คลัสเตอร์เครื่องใช้ไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์ และอุปกรณ์โทรคมนาคม
- (3) คลัสเตอร์ดิจิทัล
- (4) คลัสเตอร์ปิโตรเคมีและเคมีภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
- (5) คลัสเตอร์ Food Innopolis
- และ (6) คลัสเตอร์ Medical Hub

1.5 การสนับสนุนการลงทุนในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (EEC) โดยให้ผู้ประกอบการ/นักลงทุนสามารถ จัดตั้งสถานพยาบาลรองรับการรักษาแบบ Future Medicine / การจัดตั้ง Lab/ Clinical Research/ Cosmetic Valley รวมทั้งการมี Sand Box เพื่อเป็นสถานที่ในการทดสอบ วิจัยด้านนวัตกรรมต่างๆ ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง

2 นิยามและที่มาของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หมายถึงการเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศเพื่อรับบริการทางการแพทย์ซึ่งอาจรวมถึงการรักษาทางการแพทย์หลากหลายประเภท ตั้งแต่ขั้นตอนการรักษาตามที่ได้เดินทางสามารถเลือกได้ไปจนถึงการผ่าตัดที่ซับซ้อน โดยมักจะรวมเข้ากับกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจระหว่างการเดินทาง (Froelich, 2012) การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คาดว่าจะมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ผู้คนเดินทางไปยังภูมิภาคต่างๆ เพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพเฉพาะทาง เช่น ภูมิภาคเอเชียใต้ แคว้นที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมักมีผู้คนเดินทางเพื่อไปขอรักษาเป็นต้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในสมัยใหม่เกิดขึ้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ในช่วงแรก แนวคิดนี้ขับเคลื่อนโดยบุคคลจากประเทศกำลังพัฒนาเป็นหลัก ซึ่งแสวงหาการรักษาทางการแพทย์ขั้นสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม แนวโน้มดังกล่าวได้พลิกกลับในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยจากประเทศพัฒนาแล้วแสวงหาบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและราคาไม่แพงในประเทศกำลังพัฒนา (Supakankunti et al., 2012) ในช่วงปี พ.ศ. 2543 ประเทศต่างๆ เช่น ไทย อินเดีย และสิงคโปร์ เริ่มวางตำแหน่งตัวเองให้เป็นจุดหมายปลายทางชั้นนำสำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประเทศเหล่านี้ใช้

ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ขั้นสูง ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่มีทักษะ และราคาที่แข่งขันได้ เพื่อดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติ ตัวอย่างเช่น การเติบโตของประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สามารถอธิบายได้จากความคิดริเริ่มเชิงกลยุทธ์ หลังจากวิกฤตการณ์ทางการเงินในเอเชียในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนมุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยต่างชาติเพื่อชดเชยกับความต้องการ ในประเทศที่ลดลง (Supakankunti et al., 2012)

Kumar และคณะ (2012) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ว่ามี 3 ประการดังนี้ ประการหนึ่งคือ ความแตกต่างของระดับค่าใช้จ่ายในการบริการทางการแพทย์ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ขั้นตอนต่างๆ เช่น การผ่าตัดหัวใจ การเปลี่ยนข้อเทียม และการศัลยกรรมเสริมสวย สามารถดำเนินการได้ในราคาเพียงเศษเสี้ยวของค่าใช้จ่ายในประเทศต่างๆ เช่น อินเดีย ไทย และเม็กซิโก เมื่อเทียบกับสหรัฐอเมริกาหรือยุโรป ข้อได้เปรียบด้านต้นทุนนี้ดึงดูดผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือมีประกันสุขภาพไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือความพร้อมของบริการดูแลสุขภาพคุณภาพสูง จุดหมายปลายทางด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลายแห่งมีโรงพยาบาลและคลินิกระดับโลกที่ได้รับการรับรองจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น Joint Commission International (JCI) สถานพยาบาลเหล่านี้ มักจ้างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีการฝึกอบรมและมีประสบการณ์สูง ซึ่งให้บริการที่เทียบเท่าหรือดีกว่าในประเทศบ้านเกิดของผู้ป่วย ประการที่สามคือ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการขนส่ง เทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยสนับสนุนการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การเดินทางทางอากาศราคาประหยัดและการขยายตัวของข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตทำให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ในต่างประเทศได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ยังทำให้กระบวนการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยต่างชาติมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเสนอแพ็คเกจที่รวมการรักษาพยาบาล การเดินทาง และที่พัก

3. นโยบาย medical hub

การวางนโยบายเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จำเป็นต้องมีระบบรองรับครบครัน มิใช่แต่เพียงสถานพยาบาลเท่านั้น ยังมีภาคส่วนอื่นๆ ที่จำเป็นต้องรองรับอีกด้วย Pocock และคณะ (2011) ได้เสนอแผนผังระบบสำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ดังภาพที่ 1 ด้านล่าง ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการเงิน ระบบบุคลากร ระบบกฎหมาย ธรรมชาติ และระบบส่งมอบบริการ

3.1 ระบบการเงิน การพิจารณาด้านการจัดหาเงินทุนหมุนเวียนอยู่สองประเด็นหลัก ได้แก่ การจ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเอง และการเกิดขึ้นของโครงการประกันการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่จัดระบบ

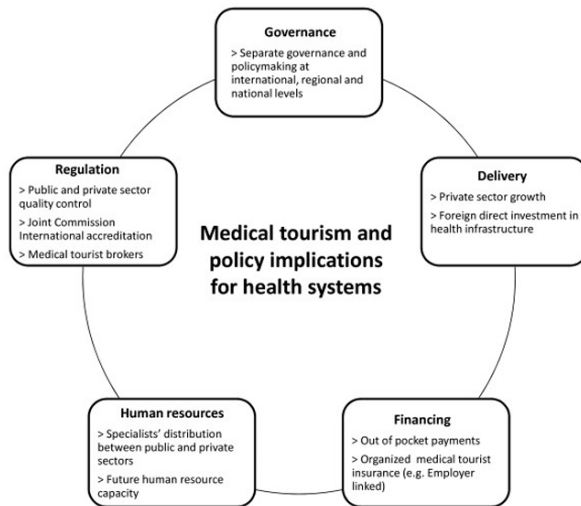
ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับนายจ้าง จึงต้องพัฒนากลไกทางการเงินที่มีโครงสร้างชัดเจนมากขึ้น เพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

3.2 ระบบทรัพยากรบุคคลเน้นย้ำถึงการกระจายผู้เชี่ยวชาญระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์สูญเสียบุคลากรจากระบบสาธารณสุขได้ นอกจากนี้ภาครัฐยังควรตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผน สำหรับศักยภาพของทรัพยากรบุคคลในอนาคต ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการใช้กลยุทธ์ระยะยาวในการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลสุขภาพ

3.3 กฎระเบียบ ซึ่งเป็นมิติสุดท้าย ครอบคลุมถึงมาตรการควบคุมคุณภาพการรักษาพยาบาลสำหรับภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน การรับรองมาตรฐาน Joint Commission International ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ นายหน้าท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก็ควรถูกควบคุมตามมาตรฐานในส่วนนี้ด้วยเพราะแม้จะเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับนักท่องเที่ยวแต่เป็นต้นทางที่ให้นักท่องเที่ยวรับรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จึงความจำเป็นในการกำกับดูแลเช่นกัน

3.4 ธรรมชาติที่ติดจะครอบคลุมระดับนานาชาติ ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ จึงต้องการการประสานงานกันข้ามพรมแดนเพื่อให้มีการกำกับดูแลและการกำหนดมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 ระบบส่งเสริมบริการเน้นย้ำถึงบทบาทของภาคเอกชนที่เป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นอกจากนี้ ยังอาจจำเป็นต้องพึ่งพิงการไหลเข้าของการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สามารถเร่งการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างไร ระบบทั้งหมดดังกล่าวเน้นย้ำถึงความจำเป็นที่ผู้กำหนดนโยบายต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ มากมายเมื่อพัฒนากลยุทธ์เพื่อใช้ประโยชน์จากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในขณะที่บรรเทาผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่อการให้บริการและความเสมอภาคด้านการดูแลสุขภาพในประเทศ



ภาพที่ 1 ระบบการดำเนินงานของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นำมาจาก Pocock และคณะ (2011) ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับ medical hub ของรัฐบาล พ.ศ. 2561-2565

กระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยในปี พ.ศ. 2547-2551 เป็นแผนฉบับที่ 1 มุ่งพัฒนาให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย แผนฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2568 มุ่งให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2559) รองรับยุทธศาสตร์ประเทศ โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (2566-2580) ระบุให้อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร เป็นอุตสาหกรรมบริการแห่งอนาคต มีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้าง ความสามารถในการแข่งขัน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2561) นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ยังประกาศให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวระดับคุณภาพ และอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร เป็นอุตสาหกรรมเป้าหมาย ซึ่งจะได้รับการส่งเสริมภายใต้พระราชบัญญัติการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน 2560; คณะกรรมการนโยบายเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย 2561) อีกด้วย หน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐจึงมีการตั้งโครงการเพื่อตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ชาติ เมื่อพิจารณาจากพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 มีโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทั้งหมด 62 โครงการ แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ตามลักษณะของโครงการได้ 4 ประเภท ได้แก่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ศูนย์กลางทางการแพทย์ การท่องเที่ยวและสุขภาพ และโครงสร้างพื้นฐาน โครงการเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน จะเป็นการพัฒนาปรับปรุงแหล่งท่องเที่ยว เพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิง

สุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม จึงเป็นโครงการที่ใช้งบประมาณค่อนข้างมาก ในขณะที่โครงการเกี่ยวกับอุปกรณ์การแพทย์จะเน้นไปที่การสนับสนุนอุตสาหกรรมส่งเสริมศักยภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์ด้านการแพทย์ และสนับสนุนอุตสาหกรรมด้านการแพทย์เป็นหลักงบประมาณเกี่ยวกับศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub) นั้นสูงถึง 150 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2561 และลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตาม สาเหตุหนึ่งอาจจะเกิดจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทำให้งบประมาณสนับสนุนส่วนนี้ถูกตัดออกไป ในปีพ.ศ. 2565 มีโครงการทั้งหมดเพียง 3 โครงการ งบประมาณรวม 6.4 ล้านบาท โดยเป็นโครงการสนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพในอาเซียนเพียงโครงการเดียว งบประมาณ 2.6 ล้านบาท และโครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอีก 2 โครงการ งบประมาณรวมกัน 3.8 ล้านบาทเท่านั้น

กระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณมาอย่างต่อเนื่องแต่ลดลงทุกปี ในส่วนจังหวัดและกลุ่มจังหวัด กระทรวงมหาดไทยในโดยกรมโยธาธิการและผังเมือง กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงคมนาคม โดยกรมทางหลวงจะได้รับงบประมาณโครงสร้างพื้นฐานในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวตามพื้นที่ต่างๆ รัฐวิสาหกิจโดยการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย และสำนักงานต่างๆ ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี จะได้รับงบประมาณส่วนการสนับสนุนการท่องเที่ยว และกระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงการอุดมศึกษา จะได้รับงบประมาณในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นหลักหากพิจารณาโครงการในระดับกรม และพิจารณาเฉพาะงบประมาณด้านศูนย์กลางการแพทย์ และการท่องเที่ยวจะเห็นว่า กรมภายใต้กระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นหน่วยงานหลักที่มีโครงการในด้านนี้ โดยกรมการแพทย์มีโครงการทุกปีในชื่อโครงการสนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพในอาเซียน

4. การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เริ่มเป็นกิจกรรมที่สร้างมูลค่าต่อเศรษฐกิจของประเทศในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สร้างรายได้ไม่เพียงแต่ให้กับผู้ให้บริการด้านการแพทย์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงภาคส่วนธุรกิจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าถึงการรักษาพยาบาล หรือภายหลังการรักษาพยาบาล เช่น การบริการ การคมนาคมขนส่ง และการค้าปลีกด้วย ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทยภาคการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของเศรษฐกิจ โดยมีส่วนสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการระดับโลก จากการวิจัยของศุภากาญจน์ กันติและคณะ (2555) พบว่าตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั่วโลกมีมูลค่าประมาณ 2 หมื่นล้านดอลลาร์ในปี 2550 และคาดว่าจะมูลค่าเติบโต ถึง 4 หมื่นล้านดอลลาร์ในปี 2553 ประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่ไม่การวัดเป็นตัวเงินประการหนึ่ง

คือ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังสร้างโอกาสในการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี เนื่องจากประเทศต่างๆ ลงทุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและการฝึกอบรมสำหรับผู้เชี่ยวชาญ ด้านการแพทย์ นอกจากนี้ ยังช่วยปรับปรุงมาตรฐานการดูแลสุขภาพในประเทศเจ้าบ้าน เนื่องจากพวกเขาพยายามตอบสนองความคาดหวังของ ผู้ป่วยในระดับนานาชาติ

กล่าวโดยสรุปคือ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นอุตสาหกรรมที่ซับซ้อนและมีหลายแง่มุมซึ่งให้ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่สำคัญแต่ก็มีความท้าทายต่างๆ เช่นกัน การเติบโตนี้ขับเคลื่อนโดยปัจจัยต่างๆ เช่น ข้อได้เปรียบด้านต้นทุน บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูง และ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม เพื่อให้แน่ใจว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะมีความยั่งยืนและมีจริยธรรม จำเป็นต้องแก้ไขปัญหา ที่เกี่ยวข้องและให้แน่ใจว่าอุตสาหกรรมนี้มีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยต่างชาติและประชากรในท้องถิ่น เนื่องจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังคงพัฒนาต่อไป การวิจัยและการพัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยประเทศผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้ทันสมัยตลอดเวลา

อย่างไรก็ดี การแพทย์เป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ใช้ทรัพยากรทั้งมนุษย์และเครื่องจักรสูง หากมีการใช้สอยทรัพยากรมากเกินไปจนเกิดจำกัดของประเทศ อาจเสี่ยงต่อการสร้างผลกระทบทางอ้อมเชิงลบ (Negative Externalities) ในลักษณะต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข: อาจทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างการบริการสำหรับคนท้องถิ่นและนักท่องเที่ยว ทรัพยากรทางการแพทย์อาจถูกจัดสรรไปให้นักท่องเที่ยวมากกว่าประชาชนในประเทศ อาจเกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สำหรับประชาชน ในประเทศ: แพทย์และพยาบาลอาจถูกดึงไปทำงานในภาคเอกชนที่ให้บริการนักท่องเที่ยว
2. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม: การเพิ่มขึ้นของขยะทางการแพทย์ การใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นจากการเดินทางและที่พักแรมของนักท่องเที่ยว
3. ภาวะเงินเฟ้ออันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ: ราคาการรักษาพยาบาลอาจสูงขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยว เนื่องจากอุปสงค์มากกว่าอุปทาน รวมถึงสินค้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการรักษาพยาบาล (complementary goods) สูงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เช่น ราคาที่ดิน ค่าไฟ ค่าน้ำประปา ค่าเดินทาง เป็นต้น
4. ปัญหาด้านจริยธรรมและกฎหมาย: อาจเกิดการท่องเที่ยวเพื่อรับบริการทางการแพทย์ที่ผิดกฎหมายหรือไม่ชอบด้วยกฎหมายในประเทศต้นทาง เช่น ประเด็นด้านจริยธรรมในการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

5. ความเสี่ยงด้านสาธารณสุข: ได้แก่ การแพร่กระจายของโรคติดต่อระหว่างประเทศอันเกิดมาจากการส่งตัวคนไข้ข้ามแดน หรือโรคติดต่อที่มาจากนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเพื่อรักษาพยาบาล โดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังประเด็นความท้าทายในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการรักษาอีกด้วย

6. การพึ่งพาเศรษฐกิจจากภายนอก: ประเทศไทยมีระบบเศรษฐกิจที่พึ่งพาการส่งออกถึงร้อยละ 60 ของ GDP อยู่แล้ว การสร้างมูลค่าเศรษฐกิจด้วยการรักษาพยาบาลนักท่องเที่ยวอาจทำให้เศรษฐกิจพึ่งพาภายนอกประเทศมากเกินไป ทำให้เสี่ยงต่อความผันผวนทั้งด้านราคาและคุณภาพ การความยืดหยุ่นในการปรับตัว

5. ข้อเสนอแนะกลยุทธ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

5.1 เน้นบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง

บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยยังมีจำกัด การแบ่งสัณปันส่วนผลิตภาพการผลิต (Productivity allocation) จึงจำเป็นต้องทำอย่างรอบคอบ ในการรองรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และสุขภาพ เพื่อไม่ให้กระทบความสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนในประเทศมากเกินไป และการแบ่งสัณปันส่วนดังกล่าวควรเป็นไปโดยเน้นบริการทางแพทย์ที่มีมูลค่าสูงก่อน เพื่อให้ค่าเสียโอกาสทางการแพทย์ต่อประชาชนในประเทศมีค่าน้อยที่สุด จากข้อมูลสำรวจในผลการศึกษา พบว่า หมวดการแพทย์ที่มีมูลค่าสูงที่ควรพิจารณาได้แก่ การผ่าตัดแปลงเพศ การตัดกระเพาะ ควรส่งเสริมบริการเฉพาะทางที่มีมูลค่าสูงเหล่านี้ในระดับนานาชาติ เน้นย้ำทางเลือกการรักษาขั้นสูง การดูแลเฉพาะทาง และผลลัพธ์ ที่ประสบความสำเร็จของผู้ป่วย เน้นย้ำข้อได้เปรียบด้านต้นทุนเมื่อเทียบกับบริการที่คล้ายกันในประเทศอื่น

5.2 ขยายการศัลยกรรมตกแต่งและกระดูกและข้อ

การศัลยกรรมตกแต่งและการรักษากระดูกและข้อ เนื่องจากรายได้เฉลี่ยปานกลางและศักยภาพในการรับผู้ป่วยจำนวนมาก การทำตลาดบริการเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยต่างประเทศอาจเพิ่มรายได้ได้ เน้นย้ำคุณภาพการดูแลเทคนิคขั้นสูง และราคาที่แข่งขันได้ รวมถึงมีปัจจัยมหภาคของโลกเกื้อหนุน คือภาวะสังคมสูงวัยที่มากขึ้นในหลายภูมิภาคของโลก

5.3 ปรับปรุงคุณภาพบริการและพื้นที่เฉพาะทางของตลาด

บริการเฉพาะทางและเฉพาะทาง สำหรับบริการ เช่น โรคเมตาบอลิก โรคทางเดินอาหาร และโรคหัวใจ และหลอดเลือด ให้เน้นที่การปรับปรุงคุณภาพและผลลัพธ์ของบริการ พัฒนาลาดเฉพาะกลุ่มโดยกำหนดเป้าหมายไปที่กลุ่มประชากรหรือโรคเฉพาะที่ไม่ได้รับการบริการอย่างดี ในประเทศอื่น ในความสำคัญรองลงมา อาจพิจารณาใช้ประโยชน์จากการตรวจสอบสุขภาพในสเกลนักท่องเที่ยวกลุ่มใหญ่

โดยเสนอแพ็คเกจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบบครอบคลุมซึ่งรวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีพร้อมกับแพ็คเกจท่องเที่ยว อาจส่งเสริมแพ็คเกจเหล่านี้ไปยังประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาคต่างๆ ได้

5.4 สร้างความร่วมมือและเครือข่าย

สร้างความร่วมมือกับบริษัทประกันสุขภาพระหว่างประเทศ ตัวแทนท่องเที่ยว และผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อสร้างประสบการณ์การเดินทางและการรักษาที่ราบรื่นสำหรับผู้ป่วยต่างประเทศ ในภาคส่วนของเอกชน สามารถวางแผนสร้างแคมเปญการตลาด ที่ตรงเป้าหมายโดยเน้นที่จุดแข็งของประเทศในด้านบริการทางการแพทย์เฉพาะ ใช้คำรับรองจากผู้ป่วย เรื่องราวความสำเร็จ และการรับรองจากผู้ป่วยต่างประเทศเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ Medical Hub พ.ศ. 2560-2569 (2559).URL: <https://hss.moph.go.th/fileupload/2560-102.pdf>
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (2564). URL: <https://thaimedhub.hss.moph.go.th/annual-report/>
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะเศรษฐกิจไทยไตรมาส. URL: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=13217&filename=QGDP_report
4. Pocock, Nicola & Phua, Kai Hong. (2011). Medical Tourism and Policy Implications for Health Systems: A Conceptual Framework from a Comparative Study of Thailand, Singapore and Malaysia. Globalization and health. 7. 12. 10.1186/1744-8603-7-12.
5. Supakankunti, S., Herberholz, C., Tullao, T. S., & Lim, H. H. (2012). Transforming the ASEAN Economic Community (AEC) into A
6. Kumar, Jeetesh & Hussain, Kashif & Shahi, M.. (2012). An Evaluation of the Factors for Medical Tourism Destination Selection.

แวดวงสมาคมวิชาชีพสุศึกษา







