



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 46 ฉบับที่ 37 : 25 กันยายน 2558

Volume 46 Number 37 : September 25, 2015

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



การศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง อำเภอ lansak จังหวัดอุทัยธานี
Ecological factors related self-management of hypertensive cases,
Lansak district, Uthaitхани Province, Thailand

✉ manitaphanawadee@gmail.com

มานิตา พรธณวดีและคณะ

บทคัดย่อ

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอลานสักสูงที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และแนวโน้มอัตราผู้ที่มีความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอทไม่เปลี่ยนแปลง จึงควรมีการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้ในการควบคุมความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการออกแบบและดำเนินกิจกรรมควรศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเพื่อออกแบบกิจกรรมที่แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยนำแนวคิดปัจจัยทางด้านนิเวศวิทยาทั้ง 5 ระดับ มาศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ผู้นำชุมชน ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีการสังเกตครัวเรือนและชุมชน วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย 11 เดือน คือ ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2557 - 31 มีนาคม 2558 ผลการศึกษา สัมภาษณ์

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 56 คน สมาชิกในครอบครัว 56 คน ผู้นำชุมชน 7 คน อายุเฉลี่ย 63.5 (35-89) ปี ชายร้อยละ 35.7 หญิงร้อยละ 64.3 ผู้ป่วยหนึ่งในสามคิดว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาความดันโลหิตสูงเองได้ หมู่บ้าน ก. เป็นครอบครัวเดี่ยว หมู่บ้าน ข. เป็นครอบครัวขยาย ประชากรหมู่บ้าน ข. มีการรวมกลุ่มในงานประเพณีทำให้เกิดพลังในชุมชน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่บ้าน ก. มีความรู้ในด้านต่างๆ มากกว่าหมู่บ้าน ข. ทั้ง 2 หมู่บ้านมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับกลาง สรุปผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ไม่ควรปรับเปลี่ยนเฉพาะปัจจัยภายในบุคคล ควรปรับเปลี่ยนครอบครัว ชุมชนร่วมด้วย ประกอบกับแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกัน การออกแบบวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละชุมชน

คำสำคัญ: ปัจจัยทางนิเวศวิทยา พฤติกรรม ความดันโลหิตสูง



◆ การศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี	577
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 36 ระหว่างวันที่ 6 - 12 กันยายน 2558	586
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 36 ระหว่างวันที่ 6 - 12 กันยายน 2558	587

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ธวัช จายนีโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงชุลีพร จิระพงษา

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ สุวดี ดิวงษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูจันท์ ศติธันว์ มาแอดิเยน พัชรี ศรีหมอก
สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา คล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา คล้ายพ้อแดง

ผู้เขียนบทความ

มานิตา พรรณวดี¹, เพียงพิมพ์ ปันระสี², นิริมา มิตรสาณูช²,
พรสิริ พะลัง³, ฉัตรพล คงห้วยรอบ⁴, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์⁵

¹โรงพยาบาลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

²โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระบำ จังหวัดอุทัยธานี

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำรอบ จังหวัดอุทัยธานี

⁵ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**หากพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล กรุณาแจ้งมายัง
กลุ่มเผยแพร่วิชาการ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
เบอร์โทรศัพท์ 02-590-1723 หรือ
E-mail: panda_tid@hotmail.com หรือ
weekly.wesr@gmail.com**

ความเป็นมา

ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 3 - 4 ในปี พ.ศ. 2546 - 2553⁽¹⁾ จังหวัดอุทัยธานีมีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 2,487 ต่อแสนประชากร และอันดับที่ 5 ในปี พ.ศ. 2554 เท่ากับ 2,540 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ข้อมูลปี พ.ศ. 2556 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอลานสักจำนวนสูงที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเท่ากับ 5,260 ราย อัตราป่วย 9,837 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ในปี พ.ศ. 2553 - 2556 มีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง

อำเภอลานสักเป็นหนึ่งใน 8 อำเภอของจังหวัดอุทัยธานี มีพื้นที่ปกครอง 6 ตำบล โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 แห่ง ได้แก่ ชับป่าพลู ร่องตาที่ระบำ น้ำรอบ บึงแห้ง น้ำวัง ท่ามะนาว หนองแหน ทุ่งนางามและเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี มีประชากรทั้งหมด 57,870 คน มีพื้นที่ทั้งหมด 1,080 ตารางกิโลเมตร⁽³⁾ ประชากรประกอบอาชีพทำไร่ทำนา ไร่อ้อย ทำนา สามารถทำการเกษตรได้ทั้งปี ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีมีลูกหลานดูแลผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ตำบลระบำมีคนไทยอพยพมาจากภาคอีสานซึ่งมีวัฒนธรรมการกินอาหารรสเค็ม เช่น ปลาข้าว⁽⁴⁾ ประชากรในอำเภอลานสักมีการรวมกลุ่มกันน้อย ต่างคนต่างอยู่ การให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูงให้บริการที่รพ.สต.และโรงพยาบาลลานสัก โดยรพ.สต.ขนาดใหญ่ ได้แก่ ชับป่าพลู ร่องตาที่ น้ำรอบ เฉลิมพระเกียรติฯ และระบำ มีแพทย์จากโรงพยาบาลลานสักออกตรวจคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 วันต่อเดือน โรงพยาบาลลานสักมีแพทย์ออกตรวจคลินิกความดันโลหิตสูงทุกวันอังคารและพุธ ส่วนรพ.สต.ขนาดเล็กไม่มีแพทย์ออกตรวจ และไม่มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัดอย่างเป็นระบบ

เห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาระดับประเทศ ระดับจังหวัดและอำเภอรวมถึงอำเภอลานสัก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ให้มีการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้ในการควบคุมความดันโลหิตและเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่การออกแบบและดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น ควรที่จะศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรม เพื่อนำผลการศึกษามาออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม คณะผู้วิจัยจึงนำแนวคิดโมเดลด้านนิเวศวิทยา (ecological model) มาทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ เพื่อหาตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้ ระดับภายในบุคคล (intrapersonal) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ความรู้ ทักษะคิด ค่านิยมที่ใช้ในการตัดสินใจวางแผนและจัดการชีวิต

ให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal) ได้แก่ จำนวนและบทบาทสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การประกอบอาชีพร่วมกันของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้มีบทบาทและอำนาจในบ้าน ระดับองค์การ (organization) ได้แก่ การรวมกลุ่มชาวนาชาวไร่ กลุ่มจักสาน กลุ่มสูงอายุ วัฒนธรรมในสถานที่ทำงาน ระดับชุมชน (community) ได้แก่ การมีกลุ่มและการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มคนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่มีเป้าหมายร่วมกัน และส่งผลกระทบต่อปัญหาโรคความดันโลหิตสูง และระดับประเทศ (population) ได้แก่ โครงสร้างประชากร นโยบายท้องถิ่น นโยบายสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งโมเดลด้านนิเวศวิทยาให้ความสำคัญเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายระดับและความสัมพันธ์ของแต่ละระดับ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^(5,6)

วิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เลือกศึกษาในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้น้อยที่สุดจาก 2 พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลานสักและรพ.สต.ระบำ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์ออกตรวจคลินิกความดันโลหิตสูง ข้อมูลปีงบประมาณพ.ศ. 2556 โรงพยาบาลลานสักมีสัดส่วนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) น้อยเป็นอันดับสองรองจากรพ.สต.ซบป่าพลู ในจังหวัดอุทัยธานี และรพ.สต.ระบำมีสัดส่วนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีมากที่สุด เลือก หมู่บ้าน ก. เนื่องจากมีสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้น้อยที่สุดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลานสัก คือ ร้อยละ 54 และเลือกหมู่บ้าน ข. เนื่องจากมีสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้น้อยที่สุดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ระบำ คือ ร้อยละ 69

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรตามวิธี Taro Yamane⁽⁷⁾ ขนาดของประชากรเท่ากับ 166 คน (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน 2 หมู่บ้าน) ความผิดพลาดเท่ากับ 0.1 คำนวณตัวอย่างได้ 63 คน เพิ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ได้เท่ากับ 81 คน เพื่อศึกษาโมเดลทางนิเวศวิทยาให้ครบทั้ง 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างจึงประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้นำชุมชน การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงก่อนวันที่ 31 ธันวาคม 2556 และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. เรียงตามตัวอักษรตามตัวอักษรชื่อและเลือกตัวอย่างสุ่มแบบง่าย (simple random

sampling) 81 คน เลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกัน 81 คน เลือกผู้นำชุมชนโดยเลือกผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ของหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. ที่ดำรงตำแหน่งในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 7 คน ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้นำชุมชนสังเกตครัวเรือนและชุมชน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัย ร้อยละ และจำนวนนับ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ content analysis เกณฑ์การวิเคราะห์การจัดการตนเองได้แก่ ระดับคะแนน 1.0-2.0 = น้อย ระดับคะแนน 2.1-3.0 = ปานกลาง ระดับคะแนน 3.1-4.0 = สูง (แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปรับใช้จากวิทยานิพนธ์ของ Nargis Akhter เรื่อง Self-management among patient with hypertension in Bangladesh ปี 2553)⁽⁸⁾ ระยะเวลาดำเนินงานวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 – 31 มีนาคม 2558 วิธีการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รหัส 9/57-680

ผลการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่บ้าน ก. จำนวน 43 คน หมู่บ้าน ข. จำนวน 38 คน รวม 81 คน เมื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่า ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7 คน ย้ายถิ่นที่อยู่ 16 คน เสียชีวิต 1 คน และทำงานในป่า 1 คน จึงสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด 56 คน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 56 คน ผู้นำชุมชนหมู่บ้าน ก. ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน และสมาชิกอบต. 2 คน หมู่บ้าน ข. ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน และสมาชิกอบต. 1 คน

ระดับภายในบุคคล (Intrapersonal)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยเป็นวัยสูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาชีพส่วนใหญ่ทำไร่ ทำนา และอยู่บ้าน และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ด้านความรู้ ผู้ป่วยในหมู่บ้าน ก. เกือบทั้งหมดไม่ทราบผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยหนึ่งในสี่ส่วนคิดว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาความดันโลหิตสูงเองได้ และผู้ป่วยเกือบครึ่งไม่ทราบว่าอาการออกกำลังกายช่วยลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจ

ผู้ป่วยในหมู่บ้าน ข. เกือบทั้งหมดไม่ทราบผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยหนึ่งในสามคิดว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาความดันโลหิตสูงเองได้ และผู้ป่วยเกินครึ่งไม่ทราบว่าอาการออกกำลังกายช่วยลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจ

ด้านค่านิยมการรับประทานอาหารรสเค็ม หมู่บ้าน ก. เลือกผงชูรสมากที่สุด หมู่บ้าน ข. เลือกปลา ร้าเกินครึ่งและมากที่สุด รองลงมาเป็นปลาเค็ม ตามตารางที่ 1

ระดับระหว่างบุคคลและครอบครัว (Interpersonal)

ลักษณะครอบครัว หมู่บ้าน ก. เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 2 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกมากที่สุด รองลงมาสามี/ภรรยา และหลาน

หมู่บ้าน ข. เป็นครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูก หลาน และสามี/ภรรยาเป็นสัดส่วนเท่าๆ กัน

ความสัมพันธ์ในครอบครัว หมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. ส่วนมากลูกดูแลพ่อแม่ และสามี/ภรรยาคูแ่กัน ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ปรุงอาหาร แต่ส่วนมากผู้ป่วยจัดยากินเอง

ระดับชุมชนและองค์กร

หมู่บ้าน ก. มีประชากรหนาแน่น 112.3 คนต่อตารางกิโลเมตร มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองร้อยละ 90 ผู้นำชุมชนมีการทำงานเป็นทีม ผู้นำหมู่บ้าน ก. ประสบการณ์ 2 ปี (รับตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านพฤษภาคม 2555) ดูแลไม่ครอบคลุม จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางพื้นที่ให้ข้อมูลว่า มีการแบ่งพื้นที่เป็น 4 ส่วน คือ พื้นที่หลังเขาอยู่ไกลไม่ค่อยรู้ข่าว ไม่มีใครมาบอก พื้นที่ป่ากระทอน พื้นที่หน้าเขา (ละแวกบ้านผู้ใหญ่บ้าน) และพื้นที่ปอนไ่ก่ มีหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลคือโรงพยาบาลลานสัก มีเจ้าหน้าที่ดูแลพื้นที่เขตรับผิดชอบ 10 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่แต่ละคนจะรับผิดชอบคนละ 1 หมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่มีภาระงานให้บริการในโรงพยาบาลด้านอื่นๆ ด้วย มีวัด 1 แห่ง เจ้าอาวาสเป็นที่เคารพศรัทธา เคยใช้ลานหน้าวัดเป็นพื้นที่รวมกลุ่มออกกำลังกายแต่ไม่มีผู้เข้าร่วมต่อเนื่องจึงยกเลิกไป และในหมู่บ้าน ก. มี 1 โรงเรียน ซึ่งผู้อำนวยการให้ความร่วมมือกิจกรรมของหมู่บ้านเป็นอย่างดี

หมู่บ้าน ข. มีประชากรหนาแน่น 199.8 คนต่อตารางกิโลเมตร มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองร้อยละ 30 เนื่องจากร้อยละ 90 อพยพมาจากภาคอีสานที่อยู่เป็นพื้นที่รัฐฯ จัดสรรให้ ผู้นำชุมชนประสบการณ์ 1 ปี (รับตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านเมษายน 2556) ดูแลคนในชุมชนได้ครอบคลุม รับรู้ข่าวสารทั่วถึงทั้งหมู่บ้าน เนื่องจากคนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพมาตั้งถิ่นฐานจากภาคอีสานจึงมีประเพณีการรวมกลุ่มงานบุญพระเวศน์และงานบุญบั้งไฟมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละแวกเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 7 คน เจ้าหน้าที่แต่ละคนรับผิดชอบงานแต่ละด้าน มีการนำปัญหาทำโครงการด้านสุขภาพโดยของงบประมาณจากอบต. ในชุมชนมี วัด 1 แห่ง สำนักสงฆ์ 2 แห่ง โดยคนในชุมชนที่เป็นคนภาคอีสานอพยพมาตั้งถิ่นฐานจะทำบุญที่สำนักสงฆ์ที่ตั้งอยู่ในละแวกชุมชนอีสาน 1 แห่งเป็นประจำ ส่วนวัดตั้งอยู่ในพื้นที่บ้านคนอุทัยเดิมผู้ที่เข้าวัดจะเป็นคนอุทัยเดิม ไม่มีโรงเรียนในหมู่บ้าน ข.

ทั้ง 2 หมู่บ้านมีการรวมกลุ่มเพื่อการเกษตร กลุ่มพัฒนาหมู่บ้าน รวมกลุ่มทำพิธีกรรมทางศาสนา มีศักยภาพในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการของแต่ละหมู่บ้านโดยทีมผู้นำและคนในชุมชน

ประสานงบประมาณจากอบต. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของคนในชุมชนมีในการประชุมหมู่บ้านและประชุมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำเดือน ตามตารางที่ 2

ระดับประเทศ

แผนการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพที่ 3 ปี 2557 - 2558 แบ่งตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) และมารดา พัฒนาเรื่องเด็กแรกเกิด (newborn) การฝากครรภ์ (ANC) การเจริญเติบโต และทันตกรรม กลุ่มวัยรุ่น (15 - 21 ปี) พัฒนาเรื่องการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ยาเสพติด สุรา อุบัติเหตุ กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) พัฒนาเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง จิตเวช โรคตา โรคไต การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทันตกรรม กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และผู้พิการ พัฒนาเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง จิตเวช โรคตา โรคไต การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทันตกรรม เช่นเดียวกับกลุ่มวัยทำงาน แต่อาจเน้นบางโรคแตกต่างจากวัยทำงาน ตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอลานสักและจังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2557 คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ร้อยละ 50 นอกจากนี้รพ.สต.สามารถทำแผนยุทธศาสตร์และโครงการพัฒนาสุขภาพเพื่อของบประมาณจากคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลได้

พฤติกรรมจัดการตนเอง (Self-management) และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 หมู่บ้าน

การจัดการตนเองโดยรวมของทั้ง 2 หมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยหมู่บ้าน ก. ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดควบคุมความดันโลหิตได้ดีและไม่ขาดยา ให้ความร่วมมือในการรักษาโรคระดับสูง แต่มีส่วนร่วมในการรักษาน้อย ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ 150 นาทีต่อสัปดาห์

หมู่บ้าน ข. ผู้ป่วยสองในสามควบคุมความดันโลหิตได้ดี ผู้ป่วยหนึ่งในสี่ขาดยานานกว่า 1 เดือน ให้ความร่วมมือในการรักษาโรคระดับสูง แต่มีส่วนร่วมในการรักษาระดับน้อย ผู้ป่วยหนึ่งในสามมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ตามตารางที่ 3

อภิปรายและสรุป

การกี่ยวความดันโลหิตต่อเนื่อง

พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดยาลดความดันโลหิตและมีผู้ป่วยที่มีความเห็นว่าสามารถหยุดยาลดความดันโลหิตสูงได้เองโดยไม่ต้องรอแพทย์สั่ง สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวรักษาไม่หาย เมื่อผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยคิดว่าหายแล้วและไม่ต้องการยาต่อเนื่อง จึงไม่มารับยาและขาดนัด ซึ่งคล้ายกับองค์ความรู้ในหนังสือ Adherence to Long-Term Therapies Evidence for action ของ WHO เขียนไว้ว่า มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อการให้

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่มีสองปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ “undoubtedly the asymptomatic and lifelong nature of the disease” หมายถึง ควรให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าใจว่า โรคความดันโลหิตสูงไม่มีการแสดง และธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคนี้ตลอดชีวิต⁽⁹⁾

ผู้ป่วยบางส่วนให้ข้อมูลว่าหยุดยาไม่ได้เนื่องจากกลัวอาการไม่ดี ต้องทำตามแพทย์ กลัวแพทย์ตำหนิ ผู้ป่วยยังให้ความเคารพแพทย์ คิดว่าแพทย์เป็นที่พึ่งเมื่อเจ็บป่วย แพทย์สั่งให้กินยา ก็กิน และไม่แสดงความคิดเห็นกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อสงสัยในกระบวนการรักษาหรือเพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน แสดงให้เห็นว่าคำพูดแพทย์เมื่อสื่อสารกับผู้ป่วยมีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมและการกินยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Beena Jimmy และ Jimmy Jose ปี 2554 ว่า แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมและการกินยาของผู้ป่วย⁽¹⁰⁾

การออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางกายส่วนมากเป็นการทำงานบ้านและทำไร่ทำนา ซึ่งผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ตั้งแต่ 150 นาทีขึ้นไปต่อสัปดาห์ โดยแนวทางที่กรมควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ทำกิจกรรมทางกายหนักระดับกลาง (moderate intensity) คือ การเดินเร็วอย่างน้อย 3 ไมล์ต่อชั่วโมง การแอโรบิกในน้ำ การขี่จักรยานเร็วมากกว่า 10 ไมล์ต่อชั่วโมง การเล่นเทนนิส การเต้นรำ และการทำสวน อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹¹⁾ จึงเป็นไปได้ว่าการทำงานในแต่ละวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นการทำกิจกรรมทางกายระดับกลางและระยะเวลาเกิน 150 นาทีต่อสัปดาห์ซึ่งทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้นำประชากรรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งพบว่า มีประชากร 7 คนไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากการสุ่มทั้งหมด 81 คน ซึ่งการเก็บข้อมูลของระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อนี้เป็นโปรแกรมที่ได้รับข้อมูลจากการวินิจฉัย (ICD-10) จากโปรแกรม HosXP ที่ใช้ในการให้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข ทางโรงพยาบาลและ รพ.สต. ส่งข้อมูลทุก 1 เดือน ถ้ามีประชาชนที่มารับบริการทางสาธารณสุขและได้รับการวินิจฉัยรหัส “I 10” ครั้งใดครั้งหนึ่ง ผู้มารับบริการท่านนั้นจะถูกรับเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประชากร 7 คน นี้อาจมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขและได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดเช่น เจ้าหน้าที่ลงรหัสโรคผิด เป็นต้น ดังนั้นควรมีการประเมินความถูกต้องของข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้ถูกต้องเหมาะสม

การออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง

ด้านความรู้ สำหรับประชาชนทุกคน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับนิยามโรคประจำตัว คือ โรคที่รักษาไม่หายติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต⁽⁹⁾ โดยจัดการณรงค์มีค่าโดนๆ สั้นๆ ให้ติดปาก ทั่วประเทศ คล้ายกับโครงการ ลดพุง ลดโรค ซึ่งเป็นการปรับพฤติกรรมระดับประเทศตามโมเดลทางนิเวศวิทยา⁽⁶⁾

สำหรับ 2 หมู่บ้านที่ศึกษา เน้นเรื่องการกินยารักษาต่อเนื่อง หรือถ้าผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้โดยแพทย์ก็ควรมาตรวจติดตามต่อเนื่องตามแพทย์นัด ให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายที่สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการให้สุขศึกษาด้วยวิธีสร้างการมีส่วนร่วมเพราะการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽¹²⁾ มีส่วนร่วมทั้งระดับบุคคลและชุมชนในการเป็นผู้สอน (coach) โดยใช้เทคนิคการปรึกษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นเพื่อนคู่คิดกันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้มีการเรียนรู้และปฏิบัติได้จริง⁽¹³⁾ นอกจากนี้ควรให้คำปรึกษาตัวต่อตัวเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข

ด้านค่านิยม สำหรับผู้ป่วยและญาติ หมู่บ้าน ข. สร้างค่านิยมการกินอาหารไม่เค็มและการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักการแรงจูงใจ (motivation) โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเอ่ยข้อความที่บ่งบอกถึง เหตุผลที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงตนเองมากกว่าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้บอกถึงเหตุผล ซึ่งอาจใช้การกระตุ้นให้สังเกตใจด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนแต่สามารถปรับการกินอาหารได้มาเป็นบุคคลตัวอย่าง⁽¹³⁾

ด้านทักษะ สำหรับประชาชนทุกคน สอนทักษะการออกกำลังกายที่บ้านแบบง่าย ทำได้ด้วยตนเอง ไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน โดยทำ workshop ให้แกนนำหมู่บ้านและผู้สนใจในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบทำการออกกำลังกายแบบง่ายที่บ้าน สาธิตการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน⁽¹⁴⁾ และผลักดันให้แกนนำหมู่บ้านไปรวมกลุ่มและฝึกคนในชุมชนให้ออกกำลังกายและดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน ซึ่งชุมชนจะต้องมีความรู้สึก เป็นเจ้าของ เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ แต่การที่จะให้ระดับชุมชนมีส่วนร่วมและมีการขับเคลื่อน การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน จำเป็นที่จะต้องอาศัยแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชน⁽¹⁵⁾

ด้านชุมชน สำหรับสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอลานสัก สร้างระบบการติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขาดนัด อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางที่ชัดเจนและชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยขาดยาทำงานอยู่ในสถานีดับไฟฟ้าให้

หัวหน้างานช่วยติดตามเฝ้าระวังการรับยาต่อเนื่อง

สำหรับประชาชนทุกคน ในอำเภอสาสน์ จัดตั้งคลินิกวิทยุชุมชนสำหรับช่องสุขภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันควบคุมโรคและสถานการณ์ด้านต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เช่น การคิดบวก การนำธรรมชาติมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนผลักดันนำความรู้ เรื่องเล่าที่เกี่ยวกับสุขภาพมาแลกเปลี่ยนกัน

สำหรับหมู่บ้าน ก. ปรับทีมผู้นำทางด้านสาธารณสุข เช่น มิสเตอร์ความดัน ให้มีมิสเตอร์ความดันอยู่ในทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มของหมู่บ้าน เพื่อประสานงานทั่วถึง โดยตั้งผู้นำที่เป็นทางการ ผู้นำแฝง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นมิสเตอร์ความดัน และจัดประกวดมิสเตอร์ความดันเป็นบุคคลต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง⁽¹⁶⁾

ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่และกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เห็นได้ว่า 2 หมู่บ้านที่ศึกษามีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่บ้าน ก. มีความรู้ในด้านต่างๆ มากกว่าหมู่บ้าน ข. มีวิถีชีวิตการกินอาหารรสเค็มน้อยกว่า มีการออกกำลังกายมากกว่า แต่ผู้ป่วยหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. มีการจัดการตนเองโดยรวมระดับปานกลางคล้ายกัน อาจเนื่องมาจากชุมชนหมู่บ้าน ก. มีทุนมนุษย์ ทุนสังคม และมีความร่วมมือจากหน่วยงานในชุมชนน้อยกว่าหมู่บ้าน ข. ดังนั้นการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ไม่ควรปรับเปลี่ยนเฉพาะปัจจัยภายในบุคคล ควรปรับเปลี่ยนครอบครัว ชุมชนร่วมด้วย ประกอบกับแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกัน การออกแบบวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละชุมชน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหมู่บ้าน ก. ควรเน้นที่ปรับชุมชน ให้ชุมชนเกิดความสามัคคี ปรับทีมผู้นำให้ประสานงานกับชุมชนได้ทั่วถึง ผลักดันให้หน่วยงาน องค์การในชุมชนมีส่วนร่วม ด้านหมู่บ้าน ข. ควรเน้นปรับเปลี่ยนที่ตัวบุคคลเสริมความรู้ ทักษะ ทักษะ ปรับค่านิยมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลสาสน์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระบำ คณะผู้นำชุมชน และ อสม.ทั้ง 2 หมู่บ้าน สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ ดร. พญ. ชุติพร จิระพงษ์ ที่สนับสนุนการศึกษานี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2546-2553. นนทบุรี [เข้าถึงวันที่ 21 มิถุนายน 2555]; เข้าถึงได้จาก: [http://bps.](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf)

[ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf)

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล ncd-BRFSS ตามเขตสาธารณสุข. 2554 [เข้าถึงวันที่ 21 ธันวาคม 2556]; Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. อำเภอสาสน์. 2556 [เข้าถึงวันที่ 21 ธันวาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://th.wikipedia.org/wiki/อำเภอสาสน์>.
- ปอยฝ้าย นามแฝง. วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวอีสาน. 2555 [เข้าถึงวันที่ 13 กันยายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://hph.moph.go.th/?modules=HealthCulture&action=ViewHealthCulture&id=14>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Injury Prevention & Control: Violence Prevention and the Socio-Ecological model. The Social - Ecological Model: A Framework for Prevention. 2009 [cited 2013 December 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/overview/social-ecologicalmodel.html>
- McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 1988. 15: 351-77.
- Daniel W W. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 9 ed., Atlanta, 2010.
- Nilmanat K, Akhter N. Self-management Among Patients with Hypertension in Bangladesh, in *Nursing Science (International program)*. Prince of Songkla University: Songkla, 2010.
- World Health Organization. *Adherence to Long-Term Therapies Evidence for action*. Geneva: Marketing and Dissemination, World Health Organization; 2003.
- Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal* 2011; 26 (3): 155-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Physical Activity. 2011 [cited 2013 December 21]; Available from: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/measuring/index.html>.
- สุปรียา ต้นสกุล, ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์; 2548.
- อัจฉรา ภักดีพิณิจ, ลินดา จำปาแก้ว. หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
- จรีพร คงประเสริฐ, ธิติรัตน์ อภิญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. เล่มที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. กรุงเทพมหานคร; 2556.
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วิธีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. เล่มที่ 4 วิธีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร; 2556.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับภายในบุคคล (Intrapersonal) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 หมู่บ้าน

ปัจจัยในเวชวิทยา	หมู่บ้าน ก. (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	หมู่บ้าน ข. (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=56) จำนวน (ร้อยละ)
อายุ: มัธยฐาน (พิสัย)	63 (46-89)	65 (35-87)	63.5 (35-89)
เพศ: - ชาย	8 (26.7)	12 (46.2)	20 (35.7)
- หญิง	22 (73.3)	14 (53.8)	36 (64.3)
ประกอบอาชีพ: - ทำไร่ ทำนา	16 (53.3)	5 (21.7)	21 (39.6)
- รับจ้างทั่วไป	1 (3.3)	6 (26.1)	7 (13.2)
- ค้าขาย	1 (3.3)	2 (8.7)	3 (5.7)
- ข้าราชการ	1 (3.3)	2 (8.7)	3 (5.7)
- อยู่บ้าน	11 (36.7)	8 (34.8)	19 (35.8)
รายได้ต่อคนต่อปี: มัธยฐาน (พิสัย)	50,000 (0 - 600,000)	46,800 (0 - 360,000)	48,000 (0-600,000)
- มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	10 (33.3)	12 (46.2)	22 (39.3)
- มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค	20 (66.7)	14 (53.8)	34 (60.7)
ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา	29	26	55
- มีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา	3 (10.3)	1 (3.8)	4 (7.3)
- ไม่มีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา	26 (89.7)	25 (96.2)	51 (92.7)
ความรู้เรื่องผู้ป่วยสามารถหยุดยาเอง: จำนวน (ร้อยละ)	27	25	52*
- ได้	7 (25.9)	8 (32.0)	15 (28.8)
- ไม่ได้	20 (74.1)	17 (68.0)	37 (71.2)
ความรู้เรื่องออกกำลังกายลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจ: จำนวน (ร้อยละ)	29	26	55
- ทราบ	18 (62.1)	12 (46.2)	30 (54.5)
- ไม่ทราบ	11 (37.9)	14 (53.8)	25 (45.5)
ค่านิยมการเลือกกินอาหาร: - ปลา ร้า	6 (20.0)	19 (73.1)	25 (44.6)
- ปลาเค็ม	6 (20.0)	15 (57.7)	21 (37.5)
- ผงชูรส	14 (46.7)	8 (30.8)	22 (39.3)
- ปลากระป๋อง	5 (16.7)	1 (3.8)	6 (10.7)
- มาล่า	2 (6.7)	2 (7.7)	4 (7.1)
- ผักดอง	1 (3.3)	3 (11.5)	4 (7.1)
การเดินทางไปสถานพยาบาล: - ขับ/ขี่รถด้วยตนเอง	9 (30.0)	11 (42.3)	20 (35.7)
- สมาชิกในครอบครัวขับ/ขี่รถมาส่ง	21 (70.0)	13 (50.0)	34 (60.7)
- อื่นๆ	-	2 (7.7)	2 (3.6)

*หยุดยาได้เพราะไม่มีอาการ 13 คน (โดยมากเคยทดลองหยุดยามาแล้ว) หยุดไม่ได้กลัวอาการไม่ดี 19 คน หยุดไม่ได้ต้องทำตามแพทย์ กลัวแพทย์ตำหนิ 7 คน

ตารางที่ 2 ลักษณะของชุมชนหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข.

ปัจจัยในเวชวิทยา	หมู่บ้าน ก.	หมู่บ้าน ข.
1. ลักษณะทั่วไป		
1.1 จำนวนประชากร	1,078	1,279
1.2 จำนวนครัวเรือน	358	409
1.3 พื้นที่ (ตารางกิโลเมตร)	9.6	6.4
1.4 ความหนาแน่น (คนต่อตร.กม.)	112.3	199.8
1.5 จำนวน อสม.	25	16
1.6 คนในชุมชนมีที่ดินเป็นของตนเอง	ร้อยละ 90	ร้อยละ 30
1.7 ถิ่นฐานเดิม	อุทัยธานี	ภาคอีสานร้อยละ 90
2. ทูมนุชย์		
- ผู้นำชุมชน	- ทำงานเป็นทีม - ประสบการณ์ 2 ปี	- ทำงานเป็นทีม - ประสบการณ์ 1 ปี
- อสม.	- ดูแลไม่ครอบคลุม	- ดูแลครอบคลุม
- ผู้นำแฝง	- ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้ดี	- ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้ดี
	- ผู้ใหญ่บ้านเก่า อบต.เก่า เจ้าอาวาสวัดในชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนในชุมชน ประธานอสม.เก่า	- ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเก่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.ระบำ มีคหทัยก้านกสงขมิ้นในชุมชน

ปัจจัยนิเวศวิทยา	หมู่บ้าน ก.	หมู่บ้าน ข.
3. ทุนสังคม		
3.1 พลังชุมชน		
- กลุ่มเกษตรกร	- มีการรวมกลุ่มเกษตรกรเพื่อกู้ยืมเงิน (เป็นกลุ่มทั้งตำบล)	- รวมกลุ่มปลูกข้าวโพดหวานเพื่อ “เอาแรง”
- กลุ่มพัฒนาหมู่บ้าน	- รวมกลุ่มวันพ่อ วันแม่ ทำความสะอาดหมู่บ้าน	- รวมกลุ่มวันพ่อ วันแม่ ทำความสะอาดหมู่บ้าน
- กลุ่มเพื่อศาสนา	- รวมกลุ่มทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา	- รวมกลุ่มงานบุญพระเวศน์ และงานบุญบั้งไฟ
- กลุ่มพัฒนาสิ่งแวดล้อม		- รวมกลุ่มปลูกป่า
3.2 ศักยภาพชุมชน	- มีโครงการลอกหนองเขายาเพื่อใช้เป็นแหล่งน้ำทางการเกษตร	- มีโครงการหาหม้อแปลงไฟเพื่อมาใช้ป้อนน้ำประปาเมื่อไฟตกหรือไฟดับ
	- มีแผนลอกฝักตบขวาในปีหน้า	- มีการก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ
3.3 ระดับการมีส่วนร่วม	- มีการประชุมหมู่บ้านเดือนละครั้ง มาไม่ครบ เข้าประชุมประมาณร้อยละ 80	- มีการประชุมหมู่บ้านเดือนละครั้ง มาไม่ครบ เข้าประชุมประมาณร้อยละ 80
	- มีการประชุมอสม. เดือนละครั้ง และประชุมอสม. เพื่อจัดทำโครงการสุขภาพในชุมชน	- มีการประชุมอสม. เดือนละครั้ง และประชุมอสม. เพื่อจัดทำโครงการสุขภาพในชุมชน
3.4 กติกาชุมชน	- ผู้ใหญ่บ้านใกล้เคียงความขัดแย้งของลูกบ้าน ถ้าไม่สำเร็จแจ้งตำรวจ	- ผู้ใหญ่บ้านใกล้เคียงความขัดแย้งของลูกบ้าน ถ้าไม่สำเร็จแจ้งตำรวจ
		- การเข้าป่าช่วยหาแข่งหาเห็ดโคนต้องไม่นำของป่าอื่นๆ ออกมา โดยเด็ดขาด

ตารางที่ 3 การจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 หมู่บ้าน

การจัดการตนเอง	หมู่บ้าน ก. (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	หมู่บ้าน ข. (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=56) จำนวน (ร้อยละ)
ขาดยานานกว่า 1 เดือน	30	25	55
- ขาดยา	3 (10.0)	7 (28.0)	10 (18.2)*
- ไม่ขาดยา	27 (90.0)	18 (72.0)	45 (81.8)
**การให้ความร่วมมือในการรักษาโรค	29	26	55
- สูง	23 (79.3)	14 (53.8)	37 (67.3)
- ปานกลาง	5 (17.2)	6 (23.1)	11 (20.0)
- น้อย	1 (3.4)	6 (23.1)	7 (12.7)
***ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา : - สูง	1 (3.3)	5 (19.2)	6 (10.7)
- ปานกลาง	9 (30.0)	11 (42.3)	20 (35.7)
- น้อย	20 (66.7)	10 (38.5)	30 (53.6)
ชนิดกิจกรรมทางกาย: - ทำงานบ้าน	13 (43.3)	14 (53.8)	27 (48.2)
- ทำไร่นา	13 (43.3)	5 (19.2)	18 (32.1)
- เดิน	6 (20.0)	9 (34.6)	15 (26.8)
- ไม่มี	4 (13.3)	2 (7.7)	2 (3.6)
ระยะเวลาทำกิจกรรมต่อสัปดาห์: ≥150 นาที	13 (43.3)	9 (34.6)	22 (39.3)
<150 นาที	17 (56.7)	17 (65.4)	34 (60.7)
ความดันโลหิต	28	25	53
- SBP > 140 หรือ DBP > 90	4 (14.2)	9 (36.0)	13 (24.5)
- SBP ≤ 140 และ DBP ≤ 90	24 (85.7)	16 (64.0)	40 (75.5)
การจัดการตนเองโดยรวม: - สูง	-	8 (30.8)	8 (14.3)
- ปานกลาง	29 (96.7)	11 (42.3)	40 (71.4)
- น้อย	1 (3.3)	7 (26.9)	8 (14.3)

หมายเหตุ

*ผู้ป่วยที่ขาดยาให้ข้อมูลว่า หายขาดแล้วความดันโลหิตไม่ขึ้น 2 ราย ตนเองหรือลูกไม่ว่างไปรับยา 3 คน กินสมุนไพรแทน 2 คน

**ให้ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง กินยาถูกต้อง ไปพบแพทย์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

***มีส่วนร่วมในการรักษา หมายถึง วางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ กำหนดเป้าหมายร่วมกับแพทย์ เช่น ผู้ป่วยขอแพทย์งดจ่ายาลดความดันโลหิตเมื่อเย็นเนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหารเย็นและลิมกินยามื้อเย็น ขอสังยามื้อเช้าและกลางวันเท่านั้น

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

มานิตา พรรณวดี, เพียงพิมพ์ ปันระสี, นิธิมา มิตรสาณูช, พรสิริ พะลัง, ฉัตรพล คงทั่วยรอบ, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. การศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2558; 46: 577-85.

Suggested Citation for this Article

Phanawadee N, Punrasi P, Mitsanut N, Phalang P, C Konghuayrob C, Tanasugarn C. Ecological Factors Related Self-management of Hypertensive Cases, Lansak District, Uthaithani Province, Thailand. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2015; 46: 577-85.

Ecological Factors Related Self-management of Hypertensive Cases, Lansak District, Uthaithani Province, Thailand, Thailand

Authors: Manita Phanawadee¹, Phiangphim Punrasi², Nitima Mitsanut², Pornsiri Phalang³, Chattaphol Konghuayrob⁴, Chanuantong Tanasugarn⁵

¹Taptan hospital, Taptan district, Uthaithani province

²Lansak hospital, Lansak district, Uthaithani province

³Rabum health promotion sub-district hospital, Rabum sub-district, Lansak district, Uthaithani province

⁴Namrop health promotion sub-district hospital, Namrop sub-district, Lansak district, Uthaithani province

⁵Department of Health Education and Behavioral sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Background: Highest number of chronic disease at Lansak district is hypertension. Trend of poor controlled blood pressure level was not decrease in 3 year. Implementations for controlling blood pressure and reducing complications are needed. However we should know health determinants before design effective interventions. This study was initiated to study ecological factors related self-management of hypertensive cases.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 1st May 2014 – 31st March 2015 through interviews cases, families, and leaders in 2 villages, Lansak district, Uthaithani province and observes households and communities. we analyzed data by descriptive statistic.

Results: We interviewed 56 cases, 56 families and 7 leaders. Mean of age is 63.5 (35-89) yr. Male is 35.7% and female is 64.3%. One third of cases think that they can stop anti-hypertensive drugs by themselves. Most of families are nuclear family in village A and extended family in village B. Population in village B has many cultural ceremonies and joins together. Hypertension cases in village A have much more knowledge than one in village B. However, both of them have middle self-management.

Conclusions: Behavior changing implementation are more than a level affect to self-management. Implementation should be considered many levels (intrapersonal, interpersonal, community, organization and population) and applied follow by community status.

Keywords: ecological factor, self-management, hypertension

ภัทรธินันท์ ทองโสม, กาญจนีย์ ด่านาคแก้ว, ภาคภูมิ ยศวัฒน์, สุทธนันท์ สุทธชนะ, บวรวรรณ ดิเรกโชค, วชิร แก้วนอกเขา, ฉันทชนก อินทร์ศรี, อรพิรุฬห์ สการะเศรณี, พจมาน ศิริอารยาภรณ์

ทีมประเมินสถานการณ์สาธารณสุข (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคประจำสัปดาห์ที่ 37 ระหว่างวันที่ 13 - 19 กันยายน 2558 ทีมประเมินสถานการณ์สาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. ผู้ป่วยยืนยันโรคคอตีบ 1 ราย จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 30 ปี ไม่มีโรคประจำตัว อาศัยอยู่หมู่ที่ 5 ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น อาชีพแม่บ้าน ลาออกจากงานแล้วประมาณ 2 - 3 เดือน ช่วง 14 วันก่อนป่วยไม่ได้เดินทางออกนอกพื้นที่ เคยได้รับวัคซีน dT จำนวน 1 เข็ม เมื่อปลายปี 2557 (ช่วงรณรงค์ฉีดวัคซีนคอตีบในผู้ใหญ่) เริ่มป่วยช่วงเช้าวันที่ 7 กันยายน 2558 ด้วยอาการปวดศีรษะ ไข้ ไอ เจ็บคอ ทานอะไรไม่ค่อยได้ คอไม่บวม เสียงไม่แหบ วันที่ 8 กันยายน 2558 มีอาการเจ็บคอมากขึ้น เวียนศีรษะ ไม่ค่อยไอ หายใจไม่สะดวก จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น แพทย์ประจำจุดคัดกรอง พบฝ้าขาวบริเวณทอลซิลซ้าย ไม่มีคอบวม ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส Tonsil พบ Patch, Exudates และ Injected, Pharynx พบ Injected แพทย์วินิจฉัยด้วยสงสัย Diphtheria และส่งมาห้องแยกโรคเพื่อเก็บตัวอย่าง ได้ให้ยา Erythromycin ไม่ได้ให้ Diphtheria Anti Toxin (DAT) และเก็บตัวอย่าง Throat swab ผู้ป่วย จำนวน 1 ตัวอย่างเพื่อส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จ่ายยา Erythromycin ให้ผู้สัมผัสในครอบครัว 5 คน เป็นเวลา 3 วัน และนัดติดตามผู้ป่วยในวันที่ 10 กันยายน 2558 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด อาการเจ็บคอดีขึ้น ไม่มีหอบเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* เจ้าหน้าที่จึงส่งตรวจหา Toxin ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ขอนแก่น และให้ยา Erythromycin ให้กับผู้ป่วยต่ออีกจนครบ 14 วัน วันที่ 16 กันยายน 2558 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหา Toxin ของเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* ให้ผลเป็นบวก จากนั้นวันที่ 17 กันยายน 2558 ได้ให้ผู้ป่วยเข้ามารับ DAT ที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยรับไว้ในห้องแยก ร่วมกับให้ dT แล้วจึงให้ผู้ป่วยกลับไปพักบ้าน โดยให้ผู้ป่วยใส่ผ้าปิดปากและแยกตัวในบ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์

การดำเนินการควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร่วมกับ เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ลงดำเนินการสอบสวนโรคและควบคุมโรคในพื้นที่ ค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสเพิ่มเติมพบผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย 15 คน และ

ได้จ่ายยา Erythromycin จำนวน 5 วัน ส่วนผู้สัมผัสในโรงพยาบาลยังไม่ทราบข้อมูล ทำการเก็บ Throat swab ส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 3 ตัวอย่าง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* และวางแผนดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบทั้งตำบล

2. ผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกเสียชีวิต 1 ราย กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 47 ปี อาศัยอยู่เคหะร่มเกล้า แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร มีประวัติติดเหล้ามา 20 ปี ดื่มเหล้าทุกวัน วันละ 2 เบ็ก อาชีพรับเหมาก่อสร้าง ก่อนป่วยรับเหมาก่อสร้างที่เขตวังทองหลาง (สุเหร่าดอนสะแก) เริ่มป่วยวันที่ 7 กันยายน 2558 ซึ้อยาลดไข้มารับประทานเอง วันที่ 11 กันยายน 2558 มีอาการไข้ เวียนศีรษะ ไอเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดท้อง มารักษาที่คลินิกปฐมภูมิ และส่งต่อมารักษาที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 114/88 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 117 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดร้อยละ 100 แพทย์ตรวจพบก้อนที่ท้อง วินิจฉัย Hepatitis Admit ICU ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบเม็ดเลือดขาว 5,520 เซลล์ต่อลูกบาศก์, ฮีมาโตครีทร้อยละ 36, เกล็ดเลือด 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร, นิ่วโทรฟิลร้อยละ 51, ลิมโฟไซท์ร้อยละ 48, Atypical Lymphocyte ร้อยละ 1, APTT 46.4 seconds, AST (SGOT) 5565 ยูนิตต่อลิตร, ALT (SGPT) 1322 ยูนิตต่อลิตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อ Dengue NS1Ag และให้ผลบวก Dengue IgG, IgM แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue Shock Syndrome ผู้ป่วยเสียชีวิต วันที่ 13 กันยายน 2558 เวลา 13.02 น. จากการซักประวัติจากญาติ ผู้เสียชีวิต บ้านมีลักษณะ 2 ชั้น มี 6 ห้องนอน สมาชิกในบ้านมี 11 คน รวมผู้เสียชีวิต บริเวณบ้านมีโอ่งน้ำ 50 ใบ ทุกใบมีฝาปิด แต่ช่วงนี้เปิดเพื่อ รองรับน้ำฝนไว้ใช้ทุกใบ ไม่เคยเติม ทRAYอะเบต ไม่เคยทำความสะอาดโอ่ง สมาชิกทุกคนไม่มองกางมุ้ง (เนื่องจากเป็นห้องมุ้งลวด แต่ไม่สามารถกันยุงได้เพราะเป็นรูจากรอยแมงข่วน) ยกเว้นมี 1 รายที่นอนนอกห้องและกางมุ้ง มีหลานอายุประมาณ 1 ปี 6 เดือน มีอาการ ไข้มาได้ 2 วัน รักษาที่รพ.เอกชน

กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค ศูนย์ใช้เลือดออก กทม. ดำเนินการ
พ่นหมอกควันกำจัดยุงที่บ้านพักและรั้วมีรอบบ้าน 100 เมตร

3. ผู้ป่วยสงสัยบาดเจ็บรุนแรงจากแมงกะพรุนกล่อง 1 ราย
จังหวัดสุราษฎร์ธานี เครือข่ายแมงกะพรุน จ. สุราษฎร์ธานี พบ
ผู้ป่วยสงสัยสัมผัสแมงกะพรุน 2 ราย โดยเข้ารับการรักษาแบบ
ผู้ป่วยใน 1 ราย เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 31 ปี เชื้อชาติจีน ให้ประวัติว่า
เมื่อเวลา 18.00 น. ของวันที่ 12 กันยายน 2558 ขณะกำลังจะขึ้น
จากฝั่งหลังเล่นน้ำทะเลบริเวณหาดเฉวง อำเภอเกาะสมุย รู้สึกปวด
แสบๆ ที่ขาทั้งสองข้างโดยไม่ทราบสาเหตุ (เกิดเหตุที่ระดับความลึก
น้ำทะเลประมาณครึ่งเมตร) จากนั้นหมดสติ พนักงานโรงแรมนำส่ง
รพ. เอกชนแห่งหนึ่ง เมื่อเวลา 18.30 น. วันที่ 12 กันยายน 2558

แรกไม่รู้รู้สึกตัว ไม่ลืมตา ไม่พูด ชยับตัวได้เมื่อมีการกระตุ้น
(E1V1M5) ความดันโลหิต 86/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 156 ครั้ง
ต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที มีแผลบวมแดงเป็นเส้นๆ
ที่ขาทั้งสองข้าง แพทย์วินิจฉัยว่าสัมผัสแมงกะพรุน ให้การรักษา
โดย IVF และเครื่องช่วยหายใจ อาการค่อยๆ ดีขึ้น จนสามารถถอด
เครื่องช่วยหายใจได้ เมื่อเวลา 09.00 น. วันที่ 13 กันยายน 2558
หลังถอดเครื่องฯ รู้สึกตัวดี หายใจปกติ ปวดบริเวณแผลเล็กน้อย
แพทย์ให้รอดูอาการต่ออีก 1 - 2 วัน และรับการรักษาแบบผู้ป่วย
นอก 1 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 31 ปี เชื้อชาติจีน เป็นภรรยา
ของผู้ป่วยรายแรก สัมผัสเพียงเล็กน้อย แพทย์ให้ยาไปรับประทาน
อาการดีขึ้นแล้ว



ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 37

Reported Cases of Diseases under Surveillance 506, 37th week

✉ get506@yahoo.com

ศูนย์สารสนเทศทางระบาดวิทยาและพยากรณ์โรค สำนักระบาดวิทยา
Center for Epidemiological Informatics, Bureau of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ
ปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 สัปดาห์ที่ 37

Table 1 Reported Cases of Priority Diseases under Surveillance by Compared to Previous Year in Thailand,
37th Week 2015

Disease	2015				Case* (Current 4 week)	Mean** (2010-2014)	Cumulative	
	Week 34	Week 35	Week 36	Week 37			2015	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	1	1	2	35	7	0
Influenza	1555	1385	1382	1032	5354	10162	47908	24
Meningococcal Meningitis	0	0	0	1	1	1	16	2
Measles	19	29	11	14	73	255	679	0
Diphtheria	0	0	0	1	1	4	12	4
Pertussis	0	1	2	0	3	1	31	1
Pneumonia (Admitted)	4327	4145	4144	3442	16058	17396	139835	378
Leptospirosis	51	43	41	36	171	379	1171	23
Hand, foot and mouth disease	859	885	851	923	3518	3869	28577	2
Total D.H.F.	5045	5058	4816	3236	18155	10349	76857	74

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และ สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

ข้อมูลในตารางจะถูกปรับปรุงทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้น ๆ

ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน "ผู้ป่วยที่สงสัย (suspect)" มิใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคนั้น ๆ (confirm)"

ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์ จึงไม่ควรนำข้อมูลสัปดาห์ปัจจุบันไปอ้างอิงในเอกสารวิชาการ

* จำนวนผู้ป่วย 4 สัปดาห์ล่าสุด (4 สัปดาห์ คิดเป็น 1 ช่วง)

** จำนวนผู้ป่วยในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนหน้า, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)



ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายเป็นสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 (1 มกราคม - 22 กันยายน 2558)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2015 (January 1 - September 22, 2015)

REPORTING AREAS	2015													CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2014	
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL				
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D				
Total	2619	2165	2701	3420	8041	12700	17355	20316	7540	0	0	0	76857	74	118.02	0.10	65,124,716
Northern Region	119	128	219	387	1382	2574	3480	3962	1928	0	0	0	14179	10	119.69	0.07	11,846,651
ZONE 1	34	28	22	94	606	1300	1802	2060	968	0	0	0	6914	6	121.10	0.09	5,709,443
Chiang Mai	17	13	7	25	173	369	602	740	456	0	0	0	2402	1	143.12	0.04	1,678,284
Lamphun	0	0	1	2	8	31	41	90	69	0	0	0	242	0	59.68	0.00	405,468
Lampang	4	3	0	9	59	190	230	213	103	0	0	0	811	0	107.70	0.00	753,013
Phrae	1	3	7	24	96	210	330	395	119	0	0	0	1185	4	260.97	0.34	454,083
Nan	0	0	3	19	83	95	129	103	42	0	0	0	474	0	99.11	0.00	478,264
Phayao	0	0	1	4	38	57	56	37	17	0	0	0	210	1	43.35	0.48	484,454
Chiang Rai	6	1	2	9	138	282	253	341	137	0	0	0	1169	0	96.80	0.00	1,207,699
Mae Hong Son	6	8	1	2	11	66	161	141	25	0	0	0	421	0	169.64	0.00	248,178
ZONE 2	43	40	98	121	324	636	810	873	388	0	0	0	3333	3	96.41	0.09	3,457,208
Uttaradit	3	0	0	3	7	16	37	75	49	0	0	0	190	1	41.27	0.53	460,400
Tak	29	14	27	44	181	378	450	315	119	0	0	0	1557	1	288.57	0.06	539,553
Sukhothai	2	14	59	57	63	61	44	62	29	0	0	0	391	0	64.90	0.00	602,460
Phitsanulok	5	2	4	7	22	89	162	244	113	0	0	0	648	1	75.44	0.15	858,988
Phetchabun	4	10	8	10	51	92	117	177	78	0	0	0	547	0	54.93	0.00	995,807
ZONE 3	53	73	109	187	487	743	947	1112	609	0	0	0	4320	2	143.41	0.05	3,012,283
Chai Nat	11	13	10	15	35	105	79	83	37	0	0	0	388	1	116.77	0.26	332,283
Nakhon Sawan	23	23	38	72	239	362	456	553	296	0	0	0	2062	1	192.22	0.05	1,072,756
Uthai Thani	9	7	6	37	97	141	235	300	164	0	0	0	996	0	301.65	0.00	330,179
Kamphaeng Phet	6	14	21	20	39	69	102	81	79	0	0	0	431	0	59.08	0.00	729,522
Phichit	4	16	34	43	77	66	75	95	33	0	0	0	443	0	80.91	0.00	547,543
Central Region*	1702	1427	1745	2047	4168	5314	7376	8273	2937	0	0	0	34989	37	157.44	0.11	22,224,307
Bangkok	614	444	418	415	1002	1098	1599	2328	769	0	0	0	8687	0	152.61	0.00	5,692,284
ZONE 4	173	199	223	309	813	788	909	1112	638	0	0	0	5164	3	99.38	0.06	5,196,419
Nonthaburi	29	31	27	21	40	69	133	133	69	0	0	0	552	0	47.02	0.00	1,173,870
Pathum Thani	24	43	29	23	50	57	102	123	78	0	0	0	529	0	49.25	0.00	1,074,058
P.Nakhon S.Ayutthaya	33	13	28	30	86	116	141	173	108	0	0	0	728	1	90.59	0.14	803,599
Ang Thong	17	18	23	55	155	166	143	137	62	0	0	0	776	0	273.66	0.00	283,568
Lop Buri	38	79	85	80	259	191	148	213	209	0	0	0	1302	1	171.68	0.08	758,406
Sing Buri	0	0	3	7	15	20	17	12	11	0	0	0	85	0	40.06	0.00	212,158
Saraburi	25	13	24	87	191	131	163	260	89	0	0	0	983	1	155.18	0.10	633,460
Nakhon Nayok	7	2	4	6	17	38	62	61	12	0	0	0	209	0	81.23	0.00	257,300
ZONE 5	418	401	599	621	936	1474	2197	2504	857	0	0	0	10007	14	193.67	0.14	5,166,914
Ratchaburi	81	84	190	196	307	480	752	837	169	0	0	0	3096	4	362.86	0.13	853,217
Kanchanaburi	30	27	46	51	76	98	194	201	72	0	0	0	795	5	93.73	0.63	848,198
Suphan Buri	17	18	38	31	86	98	115	146	47	0	0	0	596	0	70.20	0.00	849,053
Nakhon Pathom	128	102	108	91	106	162	334	493	225	0	0	0	1749	1	196.28	0.06	891,071
Samut Sakhon	68	59	75	73	55	64	76	58	36	0	0	0	564	0	106.04	0.00	531,887
Samut Songkhram	20	29	43	36	53	36	53	96	61	0	0	0	427	0	219.89	0.00	194,189
Phetchaburi	52	62	63	90	155	337	515	502	147	0	0	0	1923	2	405.53	0.10	474,192
Prachuap Khiri Khan	22	20	36	53	98	199	158	171	100	0	0	0	857	2	163.20	0.23	525,107
ZONE 6	486	370	495	687	1382	1849	2592	2246	636	0	0	0	10743	19	184.07	0.18	5,836,407
Samut Prakan	133	124	114	121	145	163	211	285	32	0	0	0	1328	1	105.27	0.08	1,261,530
Chon Buri	107	60	64	75	263	278	405	248	18	0	0	0	1518	6	106.79	0.40	1,421,425
Rayong	137	86	136	222	379	492	614	510	151	0	0	0	2727	5	404.36	0.18	674,393
Chanthaburi	39	37	51	68	184	256	402	378	131	0	0	0	1546	0	293.16	0.00	527,350
Trat	21	17	39	68	111	179	183	79	24	0	0	0	721	2	320.83	0.28	224,730
Chachoengsao	15	18	28	34	81	123	240	284	194	0	0	0	1017	4	146.23	0.39	695,478
Prachin Buri	24	19	45	88	183	232	326	189	37	0	0	0	1143	0	238.47	0.00	479,314
Sa Kaeo	10	9	18	11	36	126	211	273	49	0	0	0	743	1	134.56	0.13	552,187

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายเป็นสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 (1 มกราคม - 22 กันยายน 2558)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2015 (January 1 - September 22, 2015)

REPORTING AREAS	2015														CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2014
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL			
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D				
NORTH-EASTERN REGION	155	139	357	638	1953	3671	5033	6729	2405	0	0	0	21080	18	96.50	0.09	21,845,254
ZONE 7	21	17	83	163	450	746	920	1105	475	0	0	0	3980	2	78.91	0.05	5,043,862
Khon Kaen	4	4	19	38	111	206	336	379	210	0	0	0	1307	1	73.01	0.08	1,790,049
Maha Sarakham	4	6	26	50	97	111	122	137	32	0	0	0	585	1	60.90	0.17	960,588
Roi Et	10	6	22	45	174	261	276	335	136	0	0	0	1265	0	96.69	0.00	1,308,318
Kalasin	3	1	16	30	68	168	186	254	97	0	0	0	823	0	83.56	0.00	984,907
ZONE 8	9	7	38	70	294	594	672	665	196	0	0	0	2545	1	46.26	0.04	5,501,453
Bungkan	1	1	1	0	2	9	34	11	4	0	0	0	63	0	15.05	0.00	418,566
Nong Bua Lam Phu	0	2	1	0	19	48	32	21	14	0	0	0	137	0	26.92	0.00	508,864
Udon Thani	2	0	3	3	13	23	53	63	37	0	0	0	197	0	12.55	0.00	1,570,300
Loei	0	1	7	12	78	141	171	196	79	0	0	0	685	1	107.96	0.15	634,513
Nong Khai	0	2	13	11	33	50	67	77	19	0	0	0	272	0	52.58	0.00	517,260
Sakon Nakhon	1	0	3	14	93	178	174	144	22	0	0	0	629	0	55.24	0.00	1,138,609
Nakhon Phanom	5	1	10	30	56	145	141	153	21	0	0	0	562	0	78.78	0.00	713,341
ZONE 9	84	82	156	247	744	1201	1748	2539	1131	0	0	0	7932	7	117.89	0.09	6,728,450
Nakhon Ratchasima	43	35	70	106	294	547	945	1179	670	0	0	0	3889	5	148.41	0.13	2,620,517
Buri Ram	7	11	24	37	99	148	170	357	194	0	0	0	1047	1	66.30	0.10	1,579,248
Surin	9	4	16	40	138	213	264	395	21	0	0	0	1100	1	79.04	0.09	1,391,636
Chaiyaphum	25	32	46	64	213	293	369	608	246	0	0	0	1896	0	166.75	0.00	1,137,049
ZONE 10	41	33	80	158	465	1130	1693	2420	603	0	0	0	6623	8	144.88	0.12	4,571,489
Si Sa Ket	11	9	25	50	182	363	495	704	76	0	0	0	1915	2	130.70	0.10	1,465,213
Ubon Ratchathani	19	14	43	96	225	536	885	1190	359	0	0	0	3367	3	182.53	0.09	1,844,669
Yasothon	9	5	3	10	27	104	154	336	125	0	0	0	773	2	143.09	0.26	540,211
Amnat Charoen	2	3	3	1	11	57	109	125	38	0	0	0	349	1	92.97	0.29	375,380
Mukdahan	0	2	6	1	20	70	50	65	5	0	0	0	219	0	63.29	0.00	346,016
Southern Region	643	471	380	348	538	1141	1466	1352	270	0	0	0	6609	9	71.77	0.14	9,208,504
ZONE 11	350	260	230	251	335	781	889	800	178	0	0	0	4074	7	93.39	0.17	4,362,467
Nakhon Si Thammarat	157	115	86	76	78	189	260	196	32	0	0	0	1189	1	76.81	0.08	1,548,028
Krabi	67	56	43	67	123	253	311	298	75	0	0	0	1293	4	283.05	0.31	456,811
Phangnga	14	6	5	8	26	113	44	37	8	0	0	0	261	0	99.86	0.00	261,370
Phuket	22	16	26	40	28	49	98	94	25	0	0	0	398	0	105.19	0.00	378,364
Surat Thani	37	20	24	16	18	47	56	77	25	0	0	0	320	1	30.76	0.31	1,040,230
Ranong	17	12	12	12	13	58	45	28	7	0	0	0	204	1	115.20	0.49	177,089
Chumphon	36	35	34	32	49	72	75	70	6	0	0	0	409	0	81.71	0.00	500,575
ZONE 12	293	211	150	97	203	360	577	552	92	0	0	0	2535	2	52.31	0.08	4,846,037
Songkhla	119	80	56	34	86	152	218	245	14	0	0	0	1004	2	71.65	0.20	1,401,303
Satun	6	5	4	4	3	21	21	15	0	0	0	0	79	0	25.27	0.00	312,673
Trang	22	14	7	10	29	51	87	82	0	0	0	0	302	0	47.28	0.00	638,746
Phatthalung	40	27	14	13	32	58	83	63	21	0	0	0	351	0	67.45	0.00	520,419
Pattani	63	33	17	8	21	39	43	32	19	0	0	0	275	0	40.08	0.00	686,186
Yala	8	7	10	6	8	11	25	14	4	0	0	0	93	0	18.17	0.00	511,911
Narathiwat	35	45	42	22	24	28	100	101	34	0	0	0	431	0	55.63	0.00	774,799

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้ป่วยกรณีที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

Central Region* เขตภาคกลางนั้รวมจังหวัดชัยนาท

C = Cases

D = Deaths



f สำนักโรควิทยา กรมควบคุมโรค

Bureau of Epidemiology,
Department of Disease Control,
Ministry of Public Health, Thailand.



BOE Bureau of Epidemiology
สำนักโรควิทยา
กรมควบคุมโรค
หน่วยงานราชการ

Create Call to Action | ถูกใจแล้ว | ข้อความ



**ติดตามข้อมูลข่าวสารการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ได้ที่ Facebook สำนักโรควิทยา**

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

WESR Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 46 ฉบับที่ 37 : 25 กันยายน 2558 Volume 46 Number 37 : September 25, 2015

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 1,000 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มเผยแพร่วิชาการ สำนักโรควิทยา
E-mail: weekly.wesr@gmail.com, panda_tid@hotmail.com

ที่ สธ. 0420.4.3/ พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 23/2552
ไปรษณีย์กระทรวง

ผู้จัดทำ

สำนักโรควิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1784
Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tivanond Road, Nonthaburi, Thailand, 11000
Tel (66) 2590-1723, (66)2590-1827 FAX (66) 2590-1784