

ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม



วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 เป็นวารสารทางวิชาการ
จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย เป็นวารสารสาธารณสุข เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พิมพ์ออกเผยแพร่ทุก 4 เดือน (3 ฉบับต่อปี) ไปยังหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล, สถานศึกษาด้านสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตนครชัยบุรีรินทร์ และหน่วยงานในกรมอนามัย ยินดีรับบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 5 ที่ยังไม่เคยลงพิมพ์ในวารสารอื่นก่อน เพื่อพิจารณาตีพิมพ์โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ต้นฉบับ และลงพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง สำหรับบทความที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องได้รับการพิจารณาแล้วจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในหน่วยงานนั้นๆ ด้วย

ประเภทของเรื่องที่ลงพิมพ์เผยแพร่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)

ได้แก่ ผลงานวิจัย หรือประสบการณ์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของผลงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปราย ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

บทความปริทัศน์ (Review articles)

เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้การสาธารณสุข ในประเด็นที่มีความสำคัญเป็นปัญหา หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้า

บทความพิเศษ (Special articles)

เป็นบทความรับเชิญที่คณะผู้จัดทำได้ร้องขอท่านผู้ทรงคุณวุฒิให้แสดงวิสัยทัศน์ อภิปรายหรือแสดงแนวคิด ต่อประเด็นที่น่าสนใจ เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข

บทความทั่วไป (General articles)

เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน มีความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้า

ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความนำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป รวมทั้งเรื่องแปลจากบทความวิชาการที่น่าสนใจในภาษาต่างประเทศ โดยต้องมีการขอลิขสิทธิ์ก่อน ความยาวไม่ควรเกิน 5 หน้า

บทความย่อ (Abstract articles)

ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้า

จดหมายจากผู้อ่าน และจดหมายจากบรรณาธิการ (Letter to/ from editor) เพื่อให้เป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้อ่าน และคณะผู้จัดทำ และระหว่างผู้อ่าน เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน

การเตรียมต้นฉบับ

(โดยเฉพาะนิพนธ์ต้นฉบับ)

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ชื่อและนามสกุล ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยไม่มีคำนำหน้าชื่อ มีอภิธานต่อท้ายชื่อ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่เครื่องหมาย (*) และแสดงรายละเอียดด้านล่าง

บทคัดย่อ เป็นการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติที่สำคัญ เขียนด้วยภาษาที่รัดกุม ประโยคที่ สมบูรณ์ เป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ผล สรุป และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ โดยไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาการศึกษา การใช้คำย่อจะต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วัตถุประสงค์ กรณีมีมากกว่า 1 วัตถุประสงค์ ควรแสดงเป็นรายชื่อในรูปแบบ Bullet points

รูปแบบการวิจัย ระบุทั้งสองภาษา โดยภาษาอังกฤษอยู่ใน (วงเล็บ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงวิธีการเลือกหรือคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

วิธีดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินงาน โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลหรือหักสถิติที่ประยุกต์ อาจรวมถึงนิยามศัพท์เฉพาะ

ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ ตามลำดับ พร้อมแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์/อภิปราย พยายามสรุปเปรียบเทียบว่าผลเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด จากเหตุหรือปัจจัยใด อาจอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการและผลการวิจัยอย่างสั้นๆ ตรงประเด็น และขอเสนอการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือเสนอแนะประเด็นที่สามารถปฏิบัติหรือวิจัยได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง ผู้เขียนต้องรับผิดชอบตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิงเอกสารการระบุให้ใช้ระบบ Vancouver ใช้เชิงอรรถเป็นหมายเลขตัวในวงเล็บ โดยเรียงตามลำดับที่ปรากฏในบทความ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม สามารถดูคำแนะนำเพิ่มเติมได้จาก Uniform Requirement for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal (JAMA 1997;277:927-34) มีตัวอย่างดังนี้

- **อ้างอิงบทความในวารสาร**

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อตัว ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย ใช้ชื่อเต็มผู้แต่ง ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม
กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ใช้ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) กรณีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ หรือ และคณะ สำหรับวารสารภาษาไทย

ตัวอย่าง

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P. Improved technique for detecting intraerythrocytic trait inclusion bodies in thalassemia. J Med Assoc Thai. 1985; 43-45.
2. กติกา ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิชัยศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ. การตรวจกรองฮีโมโกลบินอีโดยวิธีการตกตะกอน. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2536; 51: 39-43.

- **อ้างอิงหนังสือหรือตำรา**

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Lance JW. Management of air pollution. 5th ed. Oxford: Butterworths; 2008.
2. สุทธิ ดิวงษ์, เพ็ญศรี จิตรนารถทรัพย์. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2546. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค; 2547.

- **อ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา**

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์: หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, Editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 2007: 465-78.
2. วิรติ ศิริสันธนะ. ไข้ไม่ทราบสาเหตุในเด็ก. ใน: อุษา ทิสยากร. ทวีติพิทยาสุนันท์, บรรณาธิการ. Update on pediatric infectious disease. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ; 2540:236-42.

- **อ้างอิงบทความจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขึ้นอยู่กับชนิดของสื่อที่อ้างอิง ซึ่งระบุในวงเล็บ []**

ตัวอย่าง

1. Morse SS. Public emergency preparedness plans. Emerg Dis [Serial online] 2003 Jan-Mar [cited 2010 Jun 6]; 1(1): [24 screens] Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
2. Aerodynamics II [Computer program] Version 2.2 Orlando(FL): Computerized Educational System; 1999.
3. วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข. เบาหวานขณะตั้งครรภ์: Gestational Diabetes Mellitus [Internet]. ขอนแก่น: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554 [cited 2554 มีนาคม 10]. Available from: <http://obgyn1.md.kku.ac.th/Mdbtemplate/component=19>.

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร Angsana New หรือ ThaiSarabun ขนาด 16 เว้นขอบด้านซ้ายและขวาไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. หรือมาตรฐานโปรแกรม ส่งต้นฉบับเป็นไฟล์.doc แนบมาพร้อมอีเมลที่ Journal_hpc5@hotmail.com โดยตั้งชื่อเรื่อง อีเมลเป็นชื่อต้นฉบับ พร้อมระบุชื่อผู้พิมพ์/ผู้ประสานงาน สถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ และอีเมลที่ใช้ติดต่อประสานงานในเนื้อจดหมาย ตัวอย่างอีเมลส่งต้นฉบับพิจารณา

To: journal_hpc5@hotmail.com

Subject: ภาวะสุขภาพของนักเรียนระดับ

มัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมา

Attachment: [วิจัยส่งคอ5.doc]

----- เนื้อหาอีเมล -----

ผู้ประสานงาน ภญ.ปัญชรัสมิ แสงทอง

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

081-2345678

Poonc@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

เรื่องที่รับไว้พิจารณา กองบรรณาธิการ จะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ ไม่มีค่าใช้จ่าย

เรื่องที่ไม่ได้ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการ จะแจ้งให้ทราบ

เรื่องที่พิจารณาให้แก้ไขก่อนลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบ (Peer reviewers) เพื่อให้ผู้พิมพ์ได้พิจารณาแก้ไขหรือให้ข้อมูลเพิ่ม ก่อนส่งกลับให้พิจารณาอีกครั้งในเวลาอันควร

เรื่องที่ได้ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบกลับให้ผู้เขียนทราบ และเมื่อพิมพ์แล้วจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

สารบัญ/Content

ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตวาย..... เรื่องร้องที่ล้างไตทางช่องท้อง	8
สถานการณ์และผลการรักษาภาวะโลหิตจางในคลินิกสุขภาพเด็กดี..... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา	18
<i>ปกิณกะ</i>	
“ กินเท่าไร เอาออก เท่านั้น - คลินิก DPAC ” โรงพยาบาลชุมพลบุรี -..... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ HPH Plus	36
เรื่องเล่าจากโรงพยาบาล.....	41
เรื่องเล่าจากวัดส่งเสริมสุขภาพ.....	47
กว่าจะมาเป็น ... ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา	52

ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ล้างไตทางช่องท้อง

สงค์ศักดิ์ วรรณกุล

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบไปข้างหน้า(Prospective) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ด้านความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา และปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มารับบริการที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพัทลุง ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และพบเภสัชกรตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - สิงหาคม 2554 โดยใช้แบบสัมภาษณ์วัดความร่วมมือในการใช้ยาและแบบวัดความรู้สรรพคุณของยาในโรคไตวายเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน มีข้อมูลสถานะสุขภาพส่วนใหญ่ คือ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.3) อายุเฉลี่ย 49.3 ± 1.57 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96.7) ยาที่ได้รับเป็นกลุ่มยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 96.7 ได้รับยาจำนวน 6-10 ขนานต่อวัน (ร้อยละ 50.0) จำนวนเม็ดยาเฉลี่ยที่รับประทานต่อวัน 13 ± 1.03 เม็ด การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 67.2 หลังได้รับคำปรึกษาแนะนำการใช้ยา จากเภสัชกรพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งมีจำนวนลดลงในทุกประเด็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นปัญหาการปรับขนาดยาเอง ส่วนการวัดความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำปรึกษามีค่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จาก 65.95 ± 1.84 เป็น 76.94 ± 1.60

จากการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาการใช้ยา เนื่องจากมีการใช้ยาหลายขนานและจำนวนหลายเม็ดต่อวัน การเข้ามามีส่วนร่วมเชิงรุกกับทีมสหวิชาชีพของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ส่งเสริมให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล ลดภาวะแทรกซ้อนทางเภสัชกรรมได้ และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในการรักษา

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง, การล้างไตทางช่องท้อง, การบริหารทางเภสัชกรรม

Roles of a Pharmacist in Patient Care Team for Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) Patients

Songsuk Wannagoon

Department of Pharmacy, Phatthalung Hospital

Abstract

This prospective study aimed to determine the roles and results of counseling by a pharmacist for continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients. The pharmacist as a healthcare team member takes care of two concerns: knowledge of medication user and non-adherence to prescription. Samples are chronic kidney disease patients of CAPD clinic of Phatthalung hospital from January to August 2011. Thirty patients, who were informed and participated in at least 3 sessions, were recruited. A questionnaire was used to evaluate medication adherence and patient knowledge of medications. Statistics used are frequency, average, mean, SD, McNemar, and paired T-test.

Results show that samples are 16 females and 14 males. The average age is 49.3 ± 1.57 years. Most are in agriculture (56.70%). Hypertension (96.67%) is the most reported medical co-conditions. Half of the patients take 6-10 drugs per day (50%). Almost half take 11-20 tablets per day (46.6%) with the average 13 ± 1.03 tablets per day. Results also show that 67.18% of patients did not comply to the medication plan. Counseling by pharmacists significantly reduces patient non-adherence ($p < 0.05$), except the self dose adjustment issue. Knowledge score improves significantly from 65.95 ± 1.84 to 76.94 ± 1.60 ($p < 0.05$), pre and post counseling.

This study reveals that pharmacists as active members of the CKD healthcare team can play an important role in providing patient counseling, in order to improve patient adherence and hence the therapeutic outcomes and quality of life. Pharmacists also have roles in improving the quality of healthcare system for better therapeutic outcomes.

Keyword: Chronic Kidney Disease, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), Pharmaceutical Care

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ มีจำนวนเพิ่มขึ้นและเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยจากการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยเกี่ยวกับผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ใน พ.ศ. 2544 พบว่ามีผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต 5,963 คน เป็นการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดร้อยละ 78.4 วิธีล้างทางช่องท้องร้อยละ 16.1 และวิธีปลูกถ่ายไตร้อยละ 5.5¹ ในปัจจุบันนี้นับตั้งแต่วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต โดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ได้ถูกจัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนผู้ป่วย CAPD ได้เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดจนปัจจุบันมีมากกว่า 3,000 คน²

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมักได้รับยาหลายขนาน ปริมาณมาก ต้องใช้ยาในการรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน ผู้ป่วยบางรายต้องรับประทานยาถึง 20 - 30 เม็ดต่อวัน³ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับยาอย่างน้อย 10 ชนิด⁴ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้สูง การศึกษาของ Graveley และ Oseasohn ในผู้ป่วยชายสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 249 ราย ซึ่งใช้ยารับประทานคนละ 1 - 7 ขนาน จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับจำนวนยาเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงได้ จากรายงานการวิจัยของมนิสิตา อารีกุล พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักมีภาวะอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดัน

โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคเกาต์ ภาวะโลหิตจาง ภาวะพอสเฟตในเลือดสูง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น⁵ นอกจากนี้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องใช้ยาเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะพอสเฟตในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะคั่งน้ำในร่างกาย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเกิดอันตรายจากปฏิกิริยาระหว่างกันของยา การหยุดยาเอง การไม่ทราบข้อบ่งใช้ของยา⁶ ซึ่งจากการรวบรวมปัญหาการใช้ยาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ การไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ พบร้อยละ 67.0 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 33.0 และเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาร้อยละ 27.5⁷

เภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย จากการศึกษาของทิพมาศ โพธิมาศ⁸ โดยการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าการที่เภสัชกรให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดรวมทั้งการมีส่วนร่วมในทีมการรักษาจะช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโดยทำให้ปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ดังนั้นเภสัชกรควรให้ความสำคัญของการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างสมเหตุสมผล สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารวมทั้งมีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างถูกต้อง⁹

ปัจจุบันโรงพยาบาลพัทลุงมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกกลางไตทางช่องท้องประมาณ 60 คน ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 70.0 ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในโรคไตวายเรื้อรัง เช่น ไม่ทราบข้อบ่งใช้ของยา ไม่ทราบความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการศึกษานี้เภสัชกรจึงได้พัฒนาบทบาทด้านงานบริหารทางเภสัชกรรมทำการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problem) เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกัน โดยการติดตามประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลักษณะต่างๆ รวมทั้งประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยาในโรคไตวายเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ยาโรคไตวายเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำปรึกษา โดยเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพัทลุง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลัง ให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรด้านข้อบ่งใช้การใชยารักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพัทลุง
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการใช้ยา ก่อนและหลัง ให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพัทลุง

รูปแบบการศึกษาและประชากร

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกกลางไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพัทลุง โดยเป็นผู้ป่วยที่พบเภสัชกรตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม – สิงหาคม 2554 รวมผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและข้อบ่งใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ที่พัฒนาจาก ศิริพร แซ่ลิ้ม และคณะ¹⁰ ในประเด็นต่างๆ ดังนี้ การรับประทานยา การรับประทานยาผิดเวลา

การรับประทานยาผิดวิธี การตั้งใจดยา และการปรับขนาดยา

คำจำกัดความ

1. การลืมรับประทานยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่กำหนดไว้โดยไม่ตั้งใจและเป็นผลให้ได้รับยาไม่ครบจำนวนในแต่ละวัน

2. การรับประทานยาผิดเวลา หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่กำหนดไว้แต่ยังได้รับยาครบจำนวนในแต่ละวัน เช่น การเปลี่ยนเวลารับประทานยาจับฟอสเฟตจากพร้อมอาหารเป็นก่อนหรือหลังอาหาร เป็นต้น

3. การรับประทานยาผิดวิธี หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกตามวิธีที่กำหนดไว้และทำให้ผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การไม่เคี้ยวยาจับฟอสเฟตพร้อมอาหาร เป็นต้น

4. การตั้งใจดยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาในมือนั้นๆ เอง เช่น ทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ ไม่มีคนจัดยาให้หรือขาดยาเพราะยาหมดก่อนวันนัด

5. การปรับขนาดยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลาที่กำหนดแต่ขนาดยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่งด้วยเหตุผลต่างๆ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมในการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง

2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและข้อบ่งใช้การใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง

3. บันทึกการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและรวบรวมปัญหาจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งในลักษณะต่างๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในโรคไตวายเรื้อรังและข้อบ่งใช้ของยาในโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบหรือเข้าใจไม่ตรงกัน

5. ทำการรวบรวมจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (non compliance)

6. ทดสอบความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยาเพื่อประเมินผลของการให้คำปรึกษาแนะนำ โดยเภสัชกรหลังให้คำปรึกษา

7. หลังสิ้นสุดการพบเภสัชกรครั้งที่ 3 ใช้แบบสัมภาษณ์วัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อประเมินพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้อีกครั้ง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ และการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งก่อนและหลังการให้คำปรึกษา โดยเภสัชกร โดยใช้สถิติ McNemar test

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยาก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 49.3 ± 1.57 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.7 ยาที่ได้รับ คือ ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 96.7 ผู้ป่วยได้รับยาจำนวน 6 - 10 ขนานต่อวัน ร้อยละ 50.0 จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน 11 - 20 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 46.7 จำนวนเม็ดยาเฉลี่ยที่ต้องรับประทานต่อวัน 13 ± 1.03 เม็ด ซึ่งจำนวนยาที่ตัวอย่างต้องรับประทานในแต่ละวันมีปริมาณมากจึงมีโอกาที่ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้สูง

2. การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ปัญหาความไม่ร่วมมือ

ในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 67.2 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 26.6 สำหรับการดำเนินการแก้ไขปัญหาคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ส่วนใหญ่เภสัชกรจะให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่ง ร้อยละ 60.5 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 แพทย์จะปรับการรักษา เช่น หยุดยา หรือเปลี่ยนกลุ่มยา ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งจึงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในกลุ่มตัวอย่างที่วิจัย เภสัชกรต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จ

3. ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยาแต่ละชนิดในโรคไตวายเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ป่วยภายหลังให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรมีค่าเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 65.9 ± 1.84 เป็น 76.9 ± 1.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องยาก่อนและหลังให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร (N=30)

ความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา รักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ล้างไตทางช่องท้อง	$\bar{x}$	S.D.	df	p-value
ก่อน	65.98	1.8	29	$< 0.001^*$
หลัง	76.9	1.6		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งก่อนที่เภสัชกรเข้าไปให้คำแนะนำปรึกษา ประเด็นปัญหาที่มีจำนวนผู้ป่วยมีปัญหามากคือปัญหาการรับประทานยาผิดวิธี เช่น ไม่ได้เคี้ยวยาจับฟอสเฟตพร้อมอาหาร ร้อยละ 53.3 ปัญหาการไม่รับประทานยาตามเวลาที่กำหนด ร้อยละ 43.3 ปัญหาการลืมรับประทานยาและ

การตั้งใจดยาเอง ร้อยละ 40.0 หลังจากเภสัชกรเข้ามาให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งมีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกประเด็นปัญหา ยกเว้นปัญหาการปรับขนาดยาเองที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ก่อนให้คำปรึกษาและหลังให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร (N=30)

ประเด็นปัญหา	ก่อนให้คำปรึกษา ราย (%)	หลังให้คำปรึกษา ราย (%)	p-value
รับประทานยาผิดวิธี	16(53.3)	5(16.7)	0.001*
รับประทานยาผิดเวลา	13 (43.3)	0(0.0)	<0.001*
ตั้งใจดยา	12(40.0)	4(13.3)	0.005*
ลืมรับประทานยา	12(40.0)	4(13.3)	0.005*
ปรับขนาดยาเอง	5(16.7)	2(6.7)	0.083

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายและวิจารณ์

ตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมด 30 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มารับบริการในโรงพยาบาลพัทลุง โดยจำนวนเม็ดยาเฉลี่ยที่ต้องรับประทานต่อวัน 13 ± 1.03 เม็ด ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายเม็ดอาจส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Graveley และ Oseasohn ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับจำนวนยาเพิ่มขึ้นความร่วมมือในการใช้ยาจะลดลง

การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา พบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 67.2 ซึ่งปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องรับยาหลายขนานเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจำนวนยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันมีปริมาณมาก ดังนั้นเภสัชกรควรเข้ามาให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จ

เมื่อทำการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ก่อนที่เภสัชกรจะเข้ามาให้คำปรึกษาแนะนำ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.3 มีปัญหาการรับประทานยาผิดวิธี เช่น แพทย์ปรับวิธีการกินยาแต่ผู้ป่วยกินยาแบบเดิม ผู้ป่วยไม่ได้เคี้ยวยาจับฟอสเฟตพร้อมอาหาร ซึ่งเภสัชกรจะต้องย้ำหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีแพทย์ปรับการรักษา สำหรับยาบางชนิดที่ต้องมีวิธีการใช้ยาเฉพาะ เช่น ยาอะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ เภสัชกรจะทำฉลากเสริมคำแนะนำติดบนซองยาด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างถูกวิธี สำหรับปัญหาการรับประทานยาผิดเวลา ซึ่งพบได้ร้อยละ 43.3 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมักจะรอมืออาหารก่อนจึงจะรับประทานยา ทำให้เวลาในการกินยาคลาดเคลื่อน เช่น ผู้ป่วยบางคนรับประทานยามื้อเช้าเวลา 10.30 น. เป็นต้น

จากการศึกษาี้หลังจากเภสัชกรเข้ามาให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาในคลินิก ล้างไตทางช่องท้อง โดยการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลการใช้ยาให้แพทย์ทราบแล้ว พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งมีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกประเด็นปัญหา ยกเว้น

ปัญหาการปรับขนาดยาเองที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพมาศ โพธิมาศ ที่พบว่าการศึกษาให้บริบาลทางเภสัชกรรมและให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดทำให้ปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁸ สำหรับปัญหาการปรับขนาดยาเองของผู้ป่วย อาจเกิดจากผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยา เข้าใจว่าตนเองสบายดีแล้ว ซึ่งการปรับขนาดยาเองเป็นกระบวนการที่คนในการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายการแก้ปัญหาต่างกล่าว เภสัชกรจำเป็นต้องเข้าถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและให้คำแนะนำถึงอันตรายหรือผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปรับขนาดยาเอง รวมทั้งวิธีการแก้ไข ปัญหากรณีที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านโดยอาจจะทำเป็นเอกสารให้ความรู้หรือการเปิดช่องทางสื่อสารกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์เมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา เป็นต้น

การประเมินความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยาที่ผู้ป่วยใช้โดยเภสัชกรสัมภาษณ์สรรพคุณของยา พบว่าระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ป่วยภายหลังให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรมีค่าเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 65.9 ± 1.8 เป็น 76.9 ± 1.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากยาที่ใช้ในโรคไตวายเรื้อรังมีหลายชนิดเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยทราบถึงข้อบ่งใช้ของยาแต่ละตัวจึงมีความสำคัญในแง่ที่ผู้ป่วยจะเห็นประโยชน์จากการใช้ยาแต่ละขนานว่ามีสรรพคุณ

ที่แตกต่างกันจำเป็นต้องใช้ยาร่วมกันไม่สามารถหยุดยาตัวใดตัวหนึ่งได้ จากการศึกษาพบว่า ยาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยไม่ทราบสรรพคุณจากการใช้ยาจะเป็นยาในกลุ่มจับฟอสเฟตในอาหาร (phosphate binder) เช่น ยาแคลเซียมอะซิเตต ยาอะลูมิเนียม และยากลุ่มปรับสมดุลกรดต่างในเลือด เช่น โซดาไมด์ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวเภสัชกรได้ทำการแก้ไขโดยการทำฉลากเสริมให้คำแนะนำการใช้ยาดัดที่ของยาดังกล่าว รวมทั้งในขั้นตอนการให้คำแนะนำเภสัชกรจะนำยาตัวอย่างมาแสดงให้ผู้ป่วยดูเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยิ่งขึ้น และเนื่องจากยาที่ใช้ในโรคไตวายเรื้อรังมีหลายขนานจึงมีโอกาที่ผู้ป่วยจะสับสนข้อบ่งใช้ของยาได้ ดังนั้นเภสัชกรควรเน้นย้ำข้อบ่งใช้ของยาให้ผู้ป่วยทราบในแต่ละครั้งของการมารับบริการด้วย

ในการวิจัยนี้ใช้การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งวิธีนี้มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง

เท่านั้น ดังนั้นควรมีวิธีการประเมินอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ตารางบันทึกการใช้ยา เป็นต้น จะเพิ่มความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพื่อนำผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมาใช้พัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมของกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง จะเป็นส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาและทำให้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยลดลงซึ่งจะส่งผลให้การรักษาสัมฤทธิ์ผลและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. อนุตรา จิตตินันท์. 2000 Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2001;7:32-33.
2. สุกร บุขปนวิช, กรวีร์ สุขมี, อุษณีย์ วรรณมณี, ธารทิพย์ กิจไพบูลย์ชัย, ภัคจิรา เบญญาปัญญา, สีนินาฏ สุขอุบล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน. 2552.
3. Anderson RJ, Prescribing medication in long-term dialysis units, Arch. Intern. Med. 142 (1982) 1305-8.
4. Kaplan B, Mason NA and Ascione FJ, Chronic hemodialysis patients part I :characterization and drugrelated problems, Ann. Pharmacother. 28 (1994) 316-319.
5. มนสิดา อารีกุล. การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม. กรุงเทพมหานคร. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
6. Grabe DW, Low CL, Bailie GR, et al, Evaluation of drug-related problems in and out patients unit and the impact of a clinical pharmacist, Clin. Nephrol. 47 (1997) 117-121.
7. Chen JJ, Conference Report from the ASHP Midyear Clinical Meeting: Expanding Role of Erythropoietin, Medscape Pharmacists 5 (2004).
8. ทิพมาศ โพธิมาศ.การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายบนหน่วยไตเทียม ณ โรงพยาบาลสุรินทร์.เภสัชศาสตรบัณฑิต. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2549.
9. สุกร บุขปนวิช และ พงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา. พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. สงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 24 ฉบับที่ 4 , 2549.
10. ศิริพร แซ่ลิ้ม, กมลชนก สุริยกุล ณ อยุธยา, มูนา มะลูลีม และคณะ. ผลการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2548.

สถานการณ์และผลการรักษาภาวะโลหิตจางในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

วิณา มงคลพร, พ.บ. ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข สาเหตุส่วนใหญ่ของโลหิตจางในเด็กเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ส่งผลให้เด็กเติบโตช้า อ่อนเพลีย เฉื่อยชา สมาธิสั้น ความสามารถในการเรียนรู้ลดลงและที่สำคัญเป็นสาเหตุสำคัญของการพร่องทางสติปัญญาที่ป้องกันได้ เป็นอุปสรรคสำหรับการพัฒนาเด็กให้เติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดี และมีเชาวน์ปัญญาที่พร้อมเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ : ทราบสถานการณ์ ของภาวะโลหิตจางและผลการรักษาภาวะโลหิตจาง ด้วยยาน้ำธาตุเหล็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

วิธีการศึกษา : ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของเด็กอายุ 6 เดือน - 1 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555-30 มิถุนายน 2556

ผลการศึกษา : พบภาวะโลหิตจาง 121 จาก 337 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 โดยใช้ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ที่น้อยกว่า 33 % เด็กที่มีโลหิตจางมีค่าเฉลี่ยของ Hct เท่ากับ 29 % คิดเป็นเพศชายร้อยละ 47.5 เพศหญิง ร้อยละ 29.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะโลหิตจาง ได้แก่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง (Odds ratio 2.38 เท่า, P 0.001) ทานนมผสมมากกว่านมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน (Odds ratio 3.08 เท่า, P<0.001) เปรียบเทียบเรื่องโภชนาการพบภาวะโลหิตจางสัมพันธ์กับกลุ่มเด็กน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานในทุกช่วงอายุและช่วงอายุ 6 - 8 เดือน พบน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน มากกว่าช่วงอายุอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.001) หลังให้การรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นเวลา 1 - 2 เดือน พบมีการเพิ่มขึ้นของ Hct ร้อยละ 87.4 และ Hct เพิ่มขึ้น $\geq 3\%$ ตามมาตรฐานการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 71.6 แสดงว่าเด็กส่วนใหญ่มีภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กและเด็กที่ได้รับการรักษาแล้ว 56 คนคิดเป็นร้อยละ 58 ยังมีภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (ค่า MCV น้อยกว่า 70 fl) ซึ่งควรเฝ้าระวังและตรวจหาสาเหตุของธาลัสซีเมียต่อไป

สรุป : สถานการณ์ภาวะโลหิตจางที่พบจัดอยู่ในความรุนแรงระดับปานกลางตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและนำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวอย่างจริงจัง ในประเด็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน รวมถึงการจัดบริการสุขภาพพื้นฐานที่เหมาะสมในคลินิกเด็กดีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในเรื่องการป้องกัน คัดกรอง และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก

คำสำคัญ : โลหิตจาง, เด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) การขาดธาตุเหล็ก, ความเข้มข้นของเลือด (Hct), เม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (MCV)

Anemia: Situation and Results of Treatment Guideline, Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima

Veena Mongkolporn, MD

Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 5

Abstract

Anemia is an important public health challenge in the under five year old children which potentially worsens their growth retardation, attention deficits, and learning disabilities. While iron deficiency is the major cause, most of those negative health outcomes are preventable. Tackling the issue is therefore a key to ensure children to live in all fullness and become assets of the nation.

This cross sectional descriptive study aims to describe the situation of anemia in children and to determine results of treatment guideline for anemia in children. Subjects are 337 six-month to twelve-month old children visiting the Well Child Clinic of Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 5, from January 2012 to June 2013. Data were collected from patient profile cards.

Results show that 121 out of 337 children has anemia (35.9%). While the cut point of anemic hematocrit is below 33%, average hematocrit of anemic children is 29%. Factors associated with anemia are sex, breastfeeding status, and underweight. Boys are more likely to be anemic than girls (odd ratio = 2.38). Being fed on breast milk substitutes is more odd to anemic than being exclusively breast fed (odd ratio = 3.08). Iron supplement is prescribed to all anemic patients and a two month follow-up is appointed for post-treatment hematocrit assessment. The rise of hematocrit is observed in 87.4% of patients while the optimal 3% rise is achieved in 71.6% of patients. Fifty-eight percent of post treatment patients still possesses a microcytic red blood cell profile.

Iron deficiency is a predominant cause and is proofed by rising of hematocrit after treatment. Therefore, to solve the anemia problem effectively, an integral health promotion model should be implemented. There are awareness of healthcare personnel, compliance to Family Love Bonding Hospital standard, the promotion of exclusive breast-feeding, and quality healthcare. Moreover, the Well Child Clinic should vigorously provide prevention, surveillance, screening and treatment of anemia in children.

Keywords : anemia, pre-school children, iron deficiency anemia, iron supplement

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา⁽¹⁾ ในเด็ก พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากที่สุด รองลงมา คือ ธาตุซีลีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ^(1,2) ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทำให้ cellular immunity ลดลง⁽³⁾ เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็กและผู้ปกครอง ที่สำคัญที่สุดคือการขาดธาตุเหล็กเรื้อรังในเด็กทารกและเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) มีผลต่อพัฒนาการ สติปัญญา การเรียนรู้ของเด็ก^(4,5,6) แม้ให้การรักษากลับมาเป็นปกติพบว่ายังคงมีระดับสติปัญญาและผลการเรียนด้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยมีภาวะโลหิตจาง^(7,8,9) ฉะนั้นการให้ความสำคัญในการป้องกัน คัดกรอง รวมถึงให้การรักษาภาวะโลหิตจางในกลุ่มดังกล่าว จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสมองของเด็กอย่างเหมาะสม

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี คศ. 1993 - 2005 คาดว่าประชากร 1.62 พันล้านคนมีภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 24.8 ของประชากรทั่วโลก พบความชุกสูงสุดในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุแรกเกิด - 4.99 ปี) ร้อยละ 47.4 คิดเป็นประชากรทั้งหมด 293.1 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบโลหิตจางในกลุ่มเด็กเล็กในภาพรวมสูงถึงร้อยละ 65.5 คิดเป็น 115.3 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยพบร้อยละ 25.2 ซึ่งเมื่อจำแนกความรุนแรงของปัญหาตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า

เป็นปัญหาด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (< 5 % เป็น no public health problem, 5 - 19.9% เป็น mild public health problem, 20 - 39.9% เป็น moderate public health problem, > 40% เป็น severe public health problem)⁽¹⁰⁾ เทียบกับประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จัดอยู่ในกลุ่มความรุนแรงปานกลางเทียบเท่า ประเทศเวียดนาม 34.1%, และมาเลเซีย 32.4% ในขณะที่ประเทศ อินโดนีเซีย พบ 44.5% และประเทศกัมพูชา มีความชุกสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 63.4% ซึ่งถือเป็นความรุนแรงสูงสุดของการจัดอันดับตามเกณฑ์ ส่วนประเทศสิงคโปร์ จีน และญี่ปุ่น อยู่ที่ 18.9%, 20% และ 10.6 % มีความรุนแรงของปัญหาในระดับต่ำเทียบเท่ากับประเทศในยุโรปเกือบทั้งหมด⁽¹⁰⁾

ภาวะโลหิตจางเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางสุขภาพแต่ข้อมูลในประเทศไทยยังมีข้อมูลน้อยมาก โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย กรมอนามัย ในปี 2546 พบทารกอายุ 6 เดือน - 1 ปี มีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 56.3 เด็กอายุ 1 - 5 ปี ร้อยละ 25.9 เด็ก 6 - 14 ปี ร้อยละ 29.5⁽¹¹⁾ และมีการวิจัยปี 2546 ศึกษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทารกแรกเกิด - 1 ปี พบเด็กทารกมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 26.4⁽¹²⁾

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในเด็กเล็กจนถึง 1 ปี มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้^(13, 14) ประวัติมารดาก่อนคลอด

(ภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์⁽¹⁵⁾, เบาหวานที่ควบคุมไม่ดี, การตั้งครรภ์หลายครั้ง) ประวัติทารก (น้ำหนักตัวน้อย, การคลอดก่อนกำหนด) อาหารและการดื่มนม (ดื่มนมวัว^(13, 14, 16), ดื่มนมแม่อย่างเดียวโดยไม่เสริมธาตุเหล็ก) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีคำแนะนำในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และเด็กอายุ 4 - 6 เดือนขึ้นไป แนะนำให้ทานนมแม่ควบคู่กับทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง⁽¹⁴⁾ หรือทานอาหารเสริมธาตุเหล็ก (Iron-fortified infant cereal) เพื่อให้ได้ธาตุเหล็กเพียงพอ^(13, 16, 21)

โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในพระบรมราชูปถัมภ์ ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก ปี 2552 กรมอนามัยได้มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จนอายุ 2 ปี ควบคู่อาหารเสริมตามวัย กำหนดมาตรฐานงานในการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก โดยแนะนำให้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในขนาด 15 mg/สัปดาห์แก่เด็กอายุ 6 เดือน - 3 ปีทุกคน ร่วมกับแนะนำให้เสริมอาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ⁽¹⁷⁾ และในปี 2555 โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวได้เพิ่มมาตรฐานคลินิกเด็กดีคุณภาพ โดยแนะนำให้มีการตรวจคัดกรอง Hct ที่อายุ 6 - 12 เดือนทุกรายตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจางของสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย^(18, 19) แม้ว่าจะกำหนดเป็นแนวปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ แต่ในทางปฏิบัติการสนับสนุนยามีจำนวนจำกัด

และโรงพยาบาลไม่สามารถจัดซื้อยาให้ได้เพียงพอ ซึ่งจากการสำรวจในปี 2553 พบว่ามีเด็ก ร้อยละ 57.1 เท่านั้นที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก⁽¹⁷⁾

เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวใน 3 ประเด็นอย่างจริงจัง ในเรื่องของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 - 12 เดือนในคลินิกเด็กดี จึงควรมีข้อมูลสนับสนุนในเรื่องของสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กเล็ก รวมถึงการวางแผนแนวทางการคัดกรอง รวมถึงการรักษาที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจางในเด็ก^(13, 14, 20, 21)

วัตถุประสงค์ :

1. ศึกษาสถานการณ์ของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 -12 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี
2. ศึกษาผลของการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำธาตุเหล็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง

การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในเด็ก :
ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานภาวะโลหิตจางในเด็ก⁽²⁰⁾ โดยอ้างอิงตาม Oski FA⁽²²⁾ ดังนี้ ค่า Hb และ Hct โดยใช้ค่า cut off ที่ต่ำกว่า 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (-2 SD) ของค่าเฉลี่ย (mean) ณ ช่วงอายุนั้นๆ คือ เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ใช้ค่า Hb < 11 g/dl หรือ Hct < 33%^(20, 22)

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ของผู้ป่วยเด็ก อายุ 6 - 12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิก สุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา : เด็กอายุ 6 - 12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 - 30 มิถุนายน 2555 และ มีประวัติได้รับการตรวจเลือด Hct เพื่อตรวจหาภาวะโลหิตจางเป็นครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ของผู้ป่วยเด็กอายุ 6 - 12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 - 30 มิถุนายน 2556 โดย ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับ เพศ ช่วงอายุ ภาวะโภชนาการ (โดยเทียบกับตามกราฟมาตรฐาน ของเด็กอายุ 0 - 2 ปี) ประวัติการทานนม (นมแม่ อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน, นมผสม, นมแม่และนมผสม) นำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโลหิตจาง และกลุ่มที่ไม่มีโลหิตจาง จากการตรวจค่า Hct ในครั้งแรก

ศึกษาค่า CBC (Hct, MCV) จากการตรวจเลือดครั้งที่ 2 หลังให้การรักษาด้วย ยาน้ำธาตุเหล็ก ขนาดมาตรฐานการรักษา 4-6 mg /kg/day^(14,20) นาน 1 - 2 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และผลของการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำธาตุเหล็ก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบภาวะโลหิตจางระหว่างเพศ ตามอายุและภาวะโภชนาการ (น้ำหนักเทียบตามกราฟมาตรฐานของเด็กอายุ 0 - 2 ปี) โดยใช้ Chi-square test ที่ p value < 0.05)

3. วิเคราะห์ Odds ratio ของภาวะโลหิตจาง ตามเพศ อายุ ชนิดของนมที่ทานในช่วง 6 เดือน และภาวะโภชนาการ โดยใช้ Logistic regression ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กอายุ 6 - 12 เดือน จำนวน 337 คน ในคลินิกเด็กดีคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 - 30 มิถุนายน 2556 พบภาวะโลหิตจางจากการใช้ค่า Hct < 33 % ในการคัดกรองทั้งสิ้น 121 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 และในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 121 คนได้รับการตรวจเลือดครั้งที่ 2 หลังรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็ก จำนวน 95 คน (ที่เหลือ 12 คน ไม่มารับการฉีดวัคซีน และอีก 14 คน ไม่ได้รับการตรวจเลือด)

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษา 337 คน

ลักษณะ	จำนวน (คน)	Anemia (คน)	Anemia (%)
1. เพศ			
ชาย	122	58	(47.5)
หญิง	215	63	(29.3)
2. อายุ			
6-8 เดือน	197	69	(35.0)
9-10 เดือน	112	45	(40.2)
11-12 เดือน	28	7	(25.0)
3. ชนิดของนมที่ทานในช่วง 6 เดือน			
นมแม่อย่างเดียว	228	59	(25.9)
นมผสม	85	44	(51.8)
นมแม่และนมผสม	24	18	(75.0)
4. ภาวะโภชนาการ			
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	8	8	(100.0)
น้ำหนักตามมาตรฐาน	272	93	(34.2)
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	57	20	(35.1)

ลักษณะของกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษาพบว่า พบสัดส่วนของภาวะโลหิตจางในกลุ่มเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง กลุ่มอายุที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุด คือ อายุ 9 - 10 เดือน

เด็กที่ได้รับนมแม่ในช่วง 6 เดือน พบภาวะโลหิตจางน้อยที่สุด และร้อยละ 100 ในเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานจะพบภาวะโลหิตจาง

ตารางที่ 2 แสดงกลุ่มอายุและภาวะโลหิตจาง แยกตามเพศ

กลุ่มอายุ	จำนวนคน (%)		ภาวะโลหิตจาง (%)		P-value
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
6 - 8 เดือน	80 (65.6)	117 (54.4)	33 (41.3)	36 (30.8)	0.956
9 - 10 เดือน	33 (27.0)	79 (36.7)	22 (66.7)	23 (29.1)	
11 - 12 เดือน	9 (7.4)	19 (8.8)	3 (33.3)	4 (21.1)	
รวม	122 (100.0)	215 (100.0)	58 (47.5)	63 (29.3)	

ข้อมูลจากตารางที่ 2 พบว่าภาวะโลหิตจางระหว่างเพศชายและเพศหญิงในแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงภาวะโภชนาการและภาวะโลหิตจาง แยกตามเพศ

ภาวะโภชนาการ	จำนวนคน (%)		ภาวะโลหิตจาง (%)		P-value
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	3 (2.5)	5 (2.3)	3 (100.0)	5 (100.0)	0.227
น้ำหนักตามมาตรฐาน	84 (68.9)	188 (87.4)	42 (50.0)	51 (27.1)	
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	35 (28.7)	22 (10.2)	13 (37.1)	7 (31.8)	
รวม	122 (100.0)	215 (100.0)	58 (47.5)	63 (29.3)	

ข้อมูลจากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะโลหิตจางในเพศชายและเพศหญิงในทุกกลุ่มภาวะโภชนาการมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4 ความชุกของภาวะโลหิตจางตามภาวะโภชนาการ แยกตามกลุ่มอายุ

ภาวะโภชนาการ	ภาวะโลหิตจาง (%)			P-value
	6 - 8 เดือน	9 - 10 เดือน	11 - 12 เดือน	
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	1 (100.0)	4 (100.0)	3 (100.0)	0.001
น้ำหนักตามมาตรฐาน	54 (35.1)	35 (37.6)	4 (16.0)	
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	14 (33.3)	6 (40.0)	0 (0.0)	
รวม	69 (35.0)	45 (40.2)	7 (25.0)	

ตารางที่ 4 พบว่า ความชุกของภาวะ โลหิตจางแยกตามกลุ่มอายุ พบความสัมพันธ์ของ โลหิตจางในกลุ่มภาวะโภชนาการน้อย ร้อยละ 100 ในทุกกลุ่มอายุ ส่วน ภาวะโภชนาการเกิน ในกลุ่มอายุ 6-8 เดือน และกลุ่มอายุ 9-10 เดือน มากกว่า กลุ่มอายุ 11 - 12 เดือน มีความ-แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.001)

ตารางที่ 5 Odds ratio ของภาวะโลหิตจางตาม เพศ อายุ ชนิดของนมที่ได้รับ และภาวะโภชนาการ

ลักษณะ	Odds ratio	95% CI	P-value
1. เพศ			
หญิง	1		
ชาย	2.38	1.41 – 4.03	0.001
2. อายุ			
6 - 8 เดือน	1		
9 - 10 เดือน	0.71	0.41 – 1.21	0.208
11 - 12 เดือน	2.71	0.83 – 8.83	0.097
3. ชนิดของนมที่ทานในช่วง 6 เดือน			
นมแม่อย่างเดียว	1		
นมผสม	3.08	1.76 – 5.36	< 0.001
นมแม่และนมผสม	0.32	0.11 – 0.92	0.034
4. ภาวะโภชนาการ			
น้ำหนักตามมาตรฐาน	1		
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	0.0	0.0	0.999
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	1.09	0.56 – 2.14	0.796

สำหรับค่า Odds ratio ดังตารางที่ 5 พบว่า เพศหญิงมีโอกาสพบภาวะโลหิตจาง มากกว่าเพศชาย 2.38 เท่า เด็กที่ทานนมผสม ในช่วง 6 เดือน มีโอกาสพบภาวะโลหิตจาง 3.08 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ทานนมแม่

อย่างเดียว และเด็กที่ทานนมแม่อย่างเดียว พบภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่ทานทั้งนมแม่ และนมผสม ส่วนเด็กในกลุ่มอายุและภาวะ โภชนาการต่างกันพบภาวะโลหิตจางไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง 121 คน โดยจำแนกตามช่วงระดับของค่า Hct

ระดับของค่า Hct	จำนวน คน (%)	Mean Hct
Hct 20 - 25 %	10	24 %
Hct 26 - 30 %	70	28 %
Hct 31 - 32 %	41	32 %

ค่าเฉลี่ยของ Hct เท่ากับ 29 % และเด็กส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของ Hct อยู่ในช่วง 26 - 30 %

ตารางที่ 7 แสดงผลการเปลี่ยนแปลงของค่า Hct หลังการรักษา 1-2 เดือน ด้วยยาน้ำธาตุเหล็ก (4-6 mg/kg/day) จากเด็กที่ได้รับการตรวจเลือดครั้งที่ 2 จำนวน 95 คน

การเปลี่ยนแปลงของ Hct	จำนวน คน (%)	ค่าเฉลี่ย MCV(fl)
1. เพิ่มขึ้น (mean ของ Hct 29 % เป็น 33 %)	85 (89.4)	66
Hct เพิ่มขึ้น < 3 %	16 (16.8)	
Hct เพิ่มขึ้น $\geq$ 3 %	68 (71.6)	
2. เท่าเดิม (mean ของ Hct 29 %)	5 (5.3)	65
3. ลดลง (mean ของ Hct 30 % เป็น 28 %)	5 (5.3)	58

ตารางที่ 7 หลังให้การรักษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่มีค่า Hct เพิ่มขึ้น 89.7 % และเพิ่มขึ้นตามมาตรฐานการรักษา (≥ 3 %) สูงถึง 71.6 % ค่าเฉลี่ยของ MCV ในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษากลุ่มที่ 3 เด็กทั้ง 5 คน ได้รับการตรวจเลือด Hb typing พบว่า

ผลเป็นธาลัสซีเมียทั้ง 5 ราย จำแนกเป็น Beta-thalassemia 1 ราย (A2AF) , Beta-thal/HbE 3 ราย (EF) และ 1 รายเป็น Hb E disease (EE)

ตารางที่ 8 ตารางแสดงจำนวนเด็กที่มีเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (MCV) เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (เด็กอายุ 0.5 - 1.9 ปี MCV mean 77fl lower limit 70 fl)(23)

MCV (fl)	จำนวน (คน)	จำนวน (%)
>70	39	42
<70	56	58
รวม	95	100

เด็กทั้งหมด 95 คน ที่ได้รับการตรวจ CBC หลังรักษา โดยดูจากค่า MCV พบว่าหลังรักษามีค่า MCV > 70 fl จำนวน 39 คน คิดเป็น 42 % และ MCV < 70 fl จำนวน 56 คน คิดเป็น 58 %

วิจารณ์

จากผลงานวิจัยพบสถานการณ์ของภาวะโลหิตจาง สูงถึง 35.9 % ผลการศึกษาพบความชุกต่ำกว่าข้อมูลจากการสำรวจของกรมอนามัย ปี 2546 ทารกอายุ 6 เดือน - 1 ปีมีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 56.3⁽¹¹⁾ แต่กลับพบความชุกที่มากกว่างานวิจัยของ พ.ญ.สุภาพรพรรณ ตันตราชีวร⁽¹²⁾ ที่ได้ทำการศึกษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทารกแรกเกิด - 1 ปี ที่เลี้ยงด้วยนมแม่และนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ในปี พ.ศ. 2546 พบเด็กทารกมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 26.4 ซึ่งเป็นภาวะโลหิตจางที่มีสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็กถึงร้อยละ 54.1 ซึ่งจะเห็นว่าความชุกที่พบในแต่ละการศึกษา มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก แต่เมื่อจัดระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จัดอยู่ในระดับความรุนแรงปานกลางถึงสูง

ซึ่งถือว่าต้องถือว่าเป็นภาวะสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง เพื่อให้ภาวะสุขภาพของประเทศดีขึ้นในภาพรวม

จากผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของภาวะโลหิตจางในกลุ่มเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง กลุ่มอายุที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุด คือ อายุ 9 - 10 เดือน เด็กที่ได้รับนมแม่ในช่วง 6 เดือน พบภาวะโลหิตจางน้อยที่สุด และร้อยละ 100 ในเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานจะพบภาวะโลหิตจาง (ตารางที่1) ในเรื่องปัจจัยของนมแม่ต่อภาวะโลหิตจางผลการศึกษาตรงกับงานวิจัยของโรงพยาบาลเด็กที่ศึกษาภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือนพบว่าเด็กที่ทานนมแม่อย่างเดียวมีภาวะโลหิตจาง 4.2 % ขณะที่ไม่ได้ทานนมแม่อย่างเดียวมีภาวะโลหิตจาง 12.8 %⁽²³⁾ เป็นข้อมูลสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนตามมาตรฐานงานสายใยรักแห่งครอบครัว สอดคล้องกับคำแนะนำในการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยแนะนำให้ทานนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากในนมแม่มีธาตุเหล็กเพียงพอและดูดซึมอย่างเหมาะสม

ในช่วง 6 เดือนแรก เมื่อเด็กอายุ 4 - 6 เดือนขึ้นไป ต้องเสริมอาหารที่มีธาตุเหล็กหรือแนะนำให้รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทดแทนเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก⁽¹⁵⁾ โดยให้อาหารเสริมและยาเสริมธาตุเหล็กในขนาด 1 mg/kg/ day ตั้งแต่อายุ 4 - 12 เดือน⁽¹⁶⁾

เปรียบเทียบภาวะโลหิตจางระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่พบความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ (P 0.956) และทุกกลุ่มของภาวะโภชนาการ (P 0.227) (ตารางที่ 2 และ 3) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะโลหิตจางซึ่งถือเป็น nutritional anemia ที่พบได้บ่อยที่สุดและภาวะโภชนาการต่ำถือเป็น nutritional problem ที่พบมากที่สุด ซึ่งทั้ง 2 ภาวะ เป็นปัญหาทางโภชนาการที่สำคัญในเด็กโต พบว่าในเด็กวัยเรียนที่พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐานมีภาวะโลหิตจางสูงกว่าปกติ 1.27 เท่า⁽²⁵⁾ ซึ่งคล้ายกับข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ในเรื่องของเด็กที่มีภาวะโภชนาการน้อยทุกช่วงอายุ พบโลหิตจาง 100% และนอกจากนี้ยังพบภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 2 กลุ่มอายุ 6 - 8 เดือน และ 9 - 10 เดือนมากกว่า ช่วงอายุ 11 - 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P0.001) (ตารางที่ 4) ในเรื่องภาวะโภชนาการเกินที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะในเด็กเล็ก อาจเนื่องจากในเด็กทารกที่ทานนมผสมมีค่าแนะนำในเรื่องการทานนมผสมเกิน 24 ออนซ์ ต่อวันมีความเสี่ยงที่จะเกิดโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น^(13,14)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา มีแนวทางการคัดกรองและรักษาภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน - 1 ปี ทุกคน และเกณฑ์ค่า hct น้อยกว่า 33 % ให้การรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็กในขนาดเหมาะสม 4 - 6 mg /kg/day(therapeutic trial of iron) เป็นเวลา 1 - 2 เดือนแล้วจะเลือดครั้งที่ 2 เพื่อดูค่า Hct ถ้าเพิ่มขึ้น 3 %^(13,14,16) แสดงว่ามีภาวะขาดธาตุเหล็กและให้ยาต่อจนครบ 3 เดือน ส่วนกรณีที่ไม่พบภาวะโลหิตจาง ให้ยาน้ำธาตุเหล็กในขนาด 15 mg/สัปดาห์ร่วมกับแนะนำเรื่องการทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงจนอายุครบ 3 ปี ตามมาตรฐานงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

ข้อมูลจากตารางที่ 6 เด็กที่มีภาวะโลหิตจางในการศึกษาพบว่ามีค่าเฉลี่ย hct อยู่ที่ 29 % และเด็กส่วนใหญ่ที่พบโลหิตจางมีค่าเฉลี่ยของ Hct อยู่ในช่วง 26 - 30 % หลังให้การรักษา 1 - 2 เดือน พบว่าค่า Hct หลังรักษาเฉลี่ยที่ 33 % (ค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4 %) และมีค่า Hct เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน (>3 %) สูงถึง 71.6 % (ตารางที่ 7) แสดงว่าเด็กส่วนใหญ่จะมีความโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แม้ไม่ได้ตรวจยืนยันตามวิธีมาตรฐาน (serum ferritin, iron saturation)⁽¹⁴⁾ เมื่อนำค่า MCV หลังรักษามาวิเคราะห์กลับพบว่าหลังรักษาค่าเฉลี่ยของ MCV ในกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษายังมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่ามาตรฐานตามอายุ อยู่ที่ 66 (เด็กอายุ 0.5 - 1.9 ปี MCV mean 77fl lower limit 70 fl)⁽²²⁾ ค่า MCV เป็นค่า

ที่บอกถึงเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก มีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการขาดธาตุเหล็กและธาลัสซีเมีย (Homozygous beta-thalassemia, beta-thalassemia with Hb E, Hb H) หรือมาจากการขาดธาตุเหล็กร่วมกับธาลัสซีเมียแฝง (alpha-thalassemia trait, beta-thalassemia trait, Hb E trait) โดยพบว่าการขาดธาตุเหล็กจะมี MCV ต่ำ แต่ถ้าเป็นจากการขาดธาตุเหล็กร่วมกับธาลัสซีเมียจะมี MCV ต่ำกว่ามาก⁽²⁶⁾ โดยข้อมูลจากประเทศไทยพบธาลัสซีเมียแฝงสูงถึง 30%⁽²⁷⁾

ข้อมูลจากตารางที่ 8 พบภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กหลังให้การรักษาเมื่อใช้เกณฑ์ $MCV < 70$ fl สูงถึง 58% ในกรณีที่เป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เมื่อให้การรักษาด้วยยาธาตุเหล็กครบ 1 เดือน ในรายที่ตอบสนอง ควรมีการเพิ่มขึ้นของทั้งค่า Hct และค่าเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (MCV)^(13,14) ในการศึกษาไม่ได้ตรวจค่า MCV ก่อนการรักษา จึงไม่มีค่าเปรียบเทียบก่อนและหลังรักษา แสดงว่าเด็กกลุ่มนี้บางส่วนมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ธาลัสซีเมีย หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน เพราะแม้ให้การรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็กในขนาดเหมาะสม ค่า Hct เพิ่มขึ้น แต่ภาวะเม็ดเลือดแดงเล็กยังมีจำนวนมาก และมีเด็กเพียง 5 คน (ที่มีค่า Hct ลดลง) ได้รับการตรวจเลือด Hb typing ที่อายุ 1 ปี ซึ่งพบว่าทั้ง 5 คนเป็นธาลัสซีเมีย ในเด็กกลุ่มดังกล่าวคงต้องตระหนักถึงความสำคัญและควรวางแผนทางในการติดตามอย่างต่อเนื่อง

หลังรักษาครบ 3 เดือน เพื่อดูแนวโน้มของค่า Hct และ MCV ในการดำเนินการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของธาลัสซีเมียได้อย่างเหมาะสม

สรุป

สถานการณ์โลหิตจางที่พบจากการศึกษาจัดอยู่ในความรุนแรงปานกลางตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก พบมากในเพศชายและช่วงอายุ 9 - 10 เดือน พบสัมพันธ์กับเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำทุกรายในทุกช่วงอายุ และพบในเด็กภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มช่วงอายุที่น้อยกว่า เด็กที่กินนมผสมเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เด็กที่มีค่า Hct ที่ $< 33\%$ ได้รับการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยจ่ายยาน้ำธาตุเหล็ก (therapeutic diagnosis) พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีการตอบสนองต่อการรักษา แต่ยังคงมีภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กอยู่เป็นจำนวนมากซึ่งต้องหาสาเหตุเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลในการศึกษานี้ พบสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กเล็กยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง เนื่องจากข้อมูลในระดับประเทศและพื้นที่ยังมีไม่เพียงพอในการบอกระดับของปัญหา จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเขตตรวจราชการที่ 9 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานพื้นฐานในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในพื้นที่ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก

2. การให้ความสำคัญของภาวะโลหิตจางในเด็กเล็ก นำไปสู่การจัดทำแนวทางการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โดยมีหลักการดังนี้

2.1 การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - ความต้องการธาตุเหล็กในเด็ก 1 mg /kg/day

คำแนะนำ: การจ่ายยาน้ำธาตุเหล็ก ขนาด 15 mg / สัปดาห์ ร่วมกับแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในเด็ก 6 เดือน- 3 ปีทุกคน

2.2 การคัดกรองภาวะโลหิตจาง

คำแนะนำ: ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางที่อายุ 6-9 เดือน ทุกรายโดยใช้ค่า Hct หรือ Hb นิยามโลหิตจาง

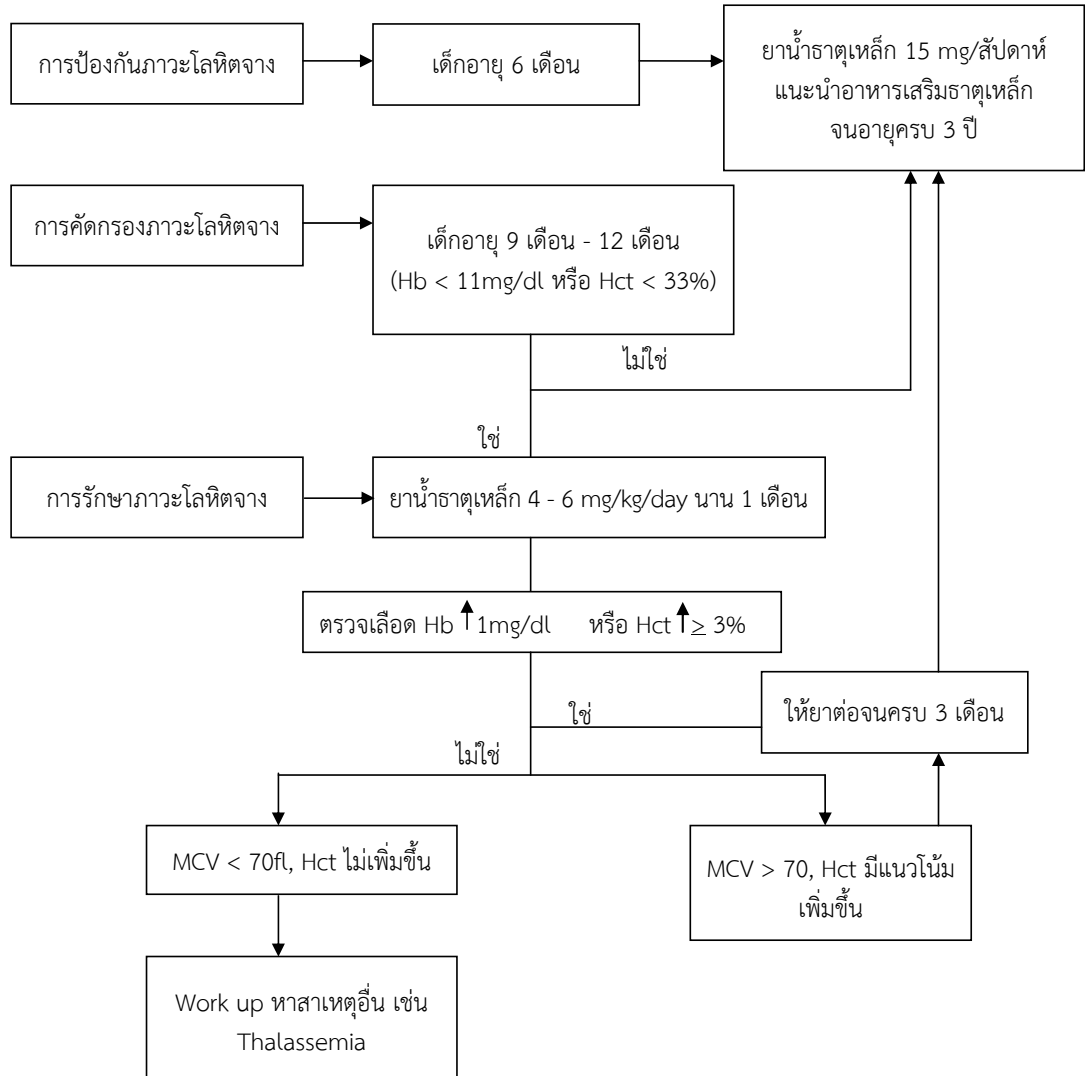
2.3 การรักษาภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก

คำแนะนำ : ให้ยาน้ำธาตุเหล็ก ขนาด 4-6 mg /kg/day รักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องเด็กและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมาทุกท่านที่ได้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานและผลักดันงานตามมาตรฐานงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองในเขตสาธารณสุข เขต 9 ขอขอบคุณ นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ที่เป็นพี่ปรึกษา และคุณศรีประภา ลุนนวงศ์ ที่ให้คำปรึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้านสถิติ และได้ตรวจทานบทความเป็นอย่างดียิ่งไว้ ณ ที่นี้

แนวทางการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กเล็ก
ในคลินิกเด็กดีคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา



เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Administrative Committee on Coordination/Sub-Committee on Nutrition and International Food Policy Research Institute. Fourth Report of the World Nutrition Situation. Geneva; Switzerland: United Nations Administrative Committee on Coordination/Sub-Committee on Nutrition; 2000.
2. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Wharton BA. Iron deficiency. In: Lilleyman J, Hann I, Blanchette, editors. Pediatric Hematology .second edition. London: Churchill Livingstone; 1999:127-44.
4. Rassamee sungthong MD, Ladda MD, Suwan MD, Virasaki MD, PHD. Effect of haemoglobin and serum ferritin on cognitive function in school children. Asia Pacific J Clin Nutr. 2002 ;11:117-22.
5. Bruner AB, Joffe-A, Duggan AK, Casella JF, Brandt J. Randomized study of cognitive effects of iron supplementation in non anemic adolescent girls. Lancet. 1996;348:992-6.
6. Idjradinata P, Pollit E. Reversal of developmental delays in iron deficiency in infants treated with iron. Lancet. 1993;341:1-4.
7. Walter T, De Andraca I, Chadud P, Pearles CG. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. Pediatrics. 1989; 341:7-14.
8. Grantham-McGregor S, Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. J Nutr. 2001;131 (2S-2): 649S- 666S.
9. Haas JD, Brownlie T. Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. J Nutr. 2001;131 (2S-2):676S- 690S

10. Benoist B, McLean E, Egli I, et al. Worldwide Prevalence of Anaemia 1993-2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
11. มัณฑนา ประทีปประเสน, เรวดี จงสุวัฒน์ และสุจิตต์ สาริพันธ์. การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2549:105-23.
12. Tantrachewathorn S, Lohajaroensub S. Incidence and risk factor of iron deficiency anemia in term infants. J Med Assoc Thai. 2005; 88(1): 44-51.
13. Kazal LA, Jr. Prevention of iron deficiency in infants and toddlers. Am Fam Physician. 2002; 66(7): 1217-24.
14. กิตติ ต่อจรัส. การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางรวมทั้งการให้ธาตุเหล็กเสริมอาหารในเด็กไทย. เวชศาสตร์แพทยทหารบก. 2552; 62:155-160.
15. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. Am J Clin Nutr. 2000 May; 71(5 Suppl): 1280S-4S.
16. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Iron deficiency. In: Kleinman R, ed. Pediatric nutrition handbook. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2004:299-312.
17. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในประเทศไทย. กุมภาพันธ์ 2555.
18. The Royal College of Pediatricians of Thailand and the Pediatric Society of Thailand. Clinical practice guideline for Thai Pediatricians. Bangkok : Hua Num Printing, 1999.
19. Department of Health, Ministry of Public Health. Screening for anemia and iron supplementation in Thai children. In: Kunara Hanapruk S, Sridama V. Jandeeying V, Singalaranija S, eds. Guidelines of health supervision in Thai population. Bangkok: INS Print, 2000:65-6.
20. กิตติ ต่อจรัส, รัชฎะ ลำกุล. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจาง: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย [cited 2010 เมษายน 26]. Available from : http://www.thaipediatrics.org/html/slidedetail_news.php?nid=b83aac23b9528732c23cc7352950e880&head=edu.

21. Earl RO, Woteki CE, Institute of Medicine Committee on the Prevention, Detection, and Management of Iron Deficiency Anemia Among U.S. Children and Women of Childbearing Age, iron deficiency anemia: recommended guidelines for the prevention, detection, and management among U.S. children and women of childbearing age. Washington, D.C: National Academy Press;1993.
22. Oski FA. Pallor. In: Kaye R, Oski Fa, Barness LA ,editors. Core Textbook of Pediatrics. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott; 1989: 62.
23. Sawasdisorn S MD,Taewiriyakul S MD. Are infants exclusively breastfed up to 6 months of age at risk of anemia ?. J Med Assoc Thai. 2011;94(3): S178-182.
24. Frank A. Oski, Carlo Brugnara ,David G.Nathan. A Diagnostic approach to the anemic patient. In:Nathan DG,Orkin SH,editors. Nathan and Oski's Hematology of infancy and childhood. Sixth edition. Philadelphia : W.B.saunders company;2003:409.
25. กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์, สะการะ หัศภาดล, นัฏการณ วังศ์จิตรัตน์ และคณะ. ภาวะโลหิตจางของเด็กนักเรียนในอำเภอองครักษ์ นครนายก เปรียบเทียบตามภาวะโภชนาการ กลุ่มอายุ และเพศ : crosssectional study. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2549;13(3):226-233.
26. จรุงจิตร งามไพบูลย์, จันทิตตา พฤษานานนท์, อิศรางค์ นุชประยูร. โลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก. ใน: รุจิภัตต์ สำราญสำรวจกิจ, ชิษณุ พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2546. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2546:353-63.
27. กิตติ ต่อจรัส, วรวรรณ ตันไพจิตร. การตรวจกรองและวินิจฉัยผู้ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมีย. ใน : จินตนา ศิรินาวิน, วันชัย วนะชีวนาวิน, วรวรรณ ตันไพจิตร, ชรินทร์ ลิ้มวงศ์, บรรณาธิการ. ธาลัสซีเมียสำหรับเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน;2544:130-8.

“ กินเท่าไร เอาออก เท่านั้น – คลินิก DPAC ” โรงพยาบาลชุมพลบุรี – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ HPH Plus

ผู้ประสานงานมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ HPH Plus

ยุคที่โลกไร้พรมแดน แวดวงสาธารณสุขมีการปฏิรูปกระทรวง สื่อทีวียังกระหน้าโฆษณาสินค้าเสริมสมรรถภาพ และความงามอย่างเสรี จริงคือเท็จ หรือ เท็จคือจริง ยากที่จะบอกได้ องค์กรด้านสุขภาพหลายองค์กรหันมาเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ดังที่ระบบสาธารณสุขควรจะเป็น หวังว่าจะช่วยเพิ่มสมรรถนะคนให้ส่งเสริมสุขภาพของตนให้แข็งแรง ทั้งกาย ทั้งใจ

ท่าเล ที่ว่าดีคงหนีไม่พ้น “โรงพยาบาล” เพราะมีอยู่ทุกหนทุกแห่ง ทุกอำเภอ ทุกจังหวัด ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน ผู้คนก็ตามไปใช้บริการล้นหลาม ทั้งยังเป็นดัชนีชี้วัดความเจริญของท้องถิ่น พอๆ กับร้านสะดวกซื้อข้ามชาติ โรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมผู้คนมากหน้าหลายตา คนใกล้ป่วย คนป่วยระยะแรก จนถึงคนป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลจึงน่าจะเป็นต้นแบบของการดูแลสุขภาพ (Health Model) ให้แก่ชาวบ้าน และชุมชน นอกเหนือไปจากการรักษา หรือซ่อมสุขภาพอย่างที่เป็นอยู่ มาตรฐานคู่มือสำหรับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง และเป็นเครื่องมือให้หน่วยงานภายนอกใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินรับรองมาตรฐานฯ จึงถูกจัดทำขึ้น พร้อมจัดหมวดหมู่ ให้ครอบคลุมถึงกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้รับบริการและครอบครัว ผู้ให้บริการ ชุมชน สิ่งแวดล้อม ภายใต้การพัฒนาองค์กรเพื่อให้ได้ผลที่คาดหวัง โดยมีองค์ประกอบ 7 ด้าน ดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1 การนำองค์กร และการบริหาร
- องค์ประกอบที่ 2 การบริหารทรัพยากร และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- องค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
- องค์ประกอบที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ ครอบครัว ละญาติ
- องค์ประกอบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
- องค์ประกอบที่ 7 ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจากองค์ประกอบทั้ง 6 ข้างต้น

“กินเท่าไร เอาออก (มา) เท่านั้น” คือ ผลสำเร็จที่เป็นแบบอย่างที่ดีของการส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรของโรงพยาบาลนามว่า “ชุมพลบุรี” ถ้าดูแผนที่ประเทศไทย ก็ตั้งอยู่ที่จังหวัดสุรินทร์ถิ่น ความซำ เมืองซำใหญ่ อีสานใต้

เชื่อว่าความสำเร็จจะอยู่ที่ “ความใหญ่” ของ پایประชาสัมพันธ์ หรือสโตนที่สร้างความประหลาดใจในใจผู้คนที่พบเห็น เพราะมนุษยชาติทุกชาติทุกเผ่าพันธุ์ ถ้าลองได้กินไป (เท่าไร) ก็ไม่ยากคายออกมาเท่านั้น ชาวชุมพลบุรีทำสำเร็จ ทำได้อย่างไร “ไม่ได้ไม้” ทั้งผู้บริหาร บุคลากรทุกฝ่าย ทุกระดับตัดสินใจร่วมกันลงมือทำการศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์แมคโครไบโอติกส์แบบไทย และการออกกำลังกาย โดยศึกษานำร่องการพัฒนา รูปแบบการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สำหรับกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มอ้วน ในคลินิก DPAC เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์การดูแลสุขภาพ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการบริโภคอาหาร ตามแนวทางแมคโครไบโอติกส์ รูปแบบการผสมผสานการออกกำลังกาย และประสิทธิผลของโปรแกรมเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ยา มีหลักการจัดกิจกรรม คือ

1. ให้ความรู้เรื่อง 30 โดย การออกกำลังกายแบบ Aerobic/Weight อาหารต้องแมคโครไบโอติกส์ทุกมื้อ และอารมณ์
2. รูปแบบการบริโภคอาหาร ใช้สูตรของการออกกำลังกายแบบประยุกต์ “ กินเท่าไร เอาออกเท่านั้น ”
3. รายการอาหารต้อง “ แมคโครไบโอติกส์ ” เท่านั้น

แล้วแมคโครไบโอติกส์ จะต้องกินอะไรบ้าง เจ้าหน้าที่ไม่รีรอให้คำตอบทันควัน ความเป็นมาแมคโครไบโอติกส์ มีทั้งธัญพืชไม่ขัดสี 50 % ผัก 30 % สาหร่าย ผลไม้ เมล็ดถั่ว 5 % ชูบมิโซะ 5 % ถั่ว ปลา (บางวัน) 5 - 10 % ที่สำคัญอร่อยมาก ใครสมัครใจเข้าโปรแกรมได้รับสวัสดิการกินฟรี 3 มื้อด้วยนะ (ความตั้งใจเป็นปัจจัยความสำเร็จ) ซึ่งก็ได้ประโยชน์หลายด้าน เพราะความตั้งใจปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย ทุกระดับ เรียกว่ากินไม่มีชนชั้น ไม่มีระดับ ไม่มีตำแหน่ง กินแล้วของที่ไม่ควรเก็บก็จะถูกขับออกเหมือนกันหมด ประโยชน์หลักๆ ของอาหารแมคโครไบโอติกส์ มีตั้งแต่ มีกากใยสูง แต่ไขมันต่ำ ช่วยทำให้หัวใจดีขึ้น ช่วยลดน้ำหนัก ลดหน้าท้อง คลอเรสเตอรอลลดลง ขับถ่ายของเสียดีขึ้น สุดท้ายยังแก้อาการภูมิแพ้ด้วยนะ.....จะบอกให้



แต่ละวัน งานโภชนาการโรงพยาบาลชุมพลบุรี จะจัดอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ให้กับเจ้าหน้าที่ที่เข้าโครงการ มื้อเย็นก็จะหิ้วอาหารแมคโครไบโอติกใส่ปิ่นโต ติดไม้ติดมือกลับไปรับประทานที่บ้าน ตามนโยบายปิ่นโตเถาแรก พร้อมคำนวณพลังงานที่ได้รับ ต้องให้โปรแกรมควบคุมว่าใครกินไปแล้วควรเอาออกเท่าไร แบบไหน อย่างไร เรียกว่า “โปรแกรมการบริโภคอาหารควบคุมน้ำหนักแมคโครไบโอติกส์” แถมด้วยโปรแกรมออกกำลังกายควบคุมน้ำหนักตัวหลากหลายกิจกรรม จากนั้นจะเปรียบเทียบพลังงานอาหารกับการออกกำลังกายรายบุคคล ให้คนที่เข้าร่วมโครงการนำไปปฏิบัติเป็นอาเจินเป็นเวลา 2 - 6 สัปดาห์ ผลลัพธ์ที่ได้คือ ไม่ว่าน้ำหนักตัว BMI รอบเอว ค่าคลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ค่า LDL สูงอย่างไร ก็ลดลงทุกตัว

ผลลัพธ์ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน จนท.
กลุ่มเสี่ยง รพ.ชุมพลบุรี ปี 2555

กลุ่มเสี่ยง	จำนวนก่อนรวมโครงการ	จำนวนหลังรวมโครงการ	ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง
เสี่ยง เบาหวาน	15	8	ลดลง 53.33
BMI เกิน	73	38	ลดลง 52.05
รอบเอวเกิน	73	35	ลดลง 47.95
น้ำหนักเกิน	73	31	ลดลง 42.47
เสี่ยง Cholesterol สูง	38	7	ลดลง 18.42

เท่านั้นยังไม่พอ....โรงพยาบาลชุมพลบุรี... เรามีโครงการที่ขึ้นหน้าขึ้นตาอีกโครงการหนึ่ง เทียบชั้นขึ้นชื่อระดับจังหวัดเลยทีเดียว เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจกันของคนทั้งอำเภอ มีชื่อโครงการว่า “ทุ่งกุลากรีนมาร์เก็ต สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2556” ทำขึ้นเพื่อเป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝ่าละออง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงทุกความเครียดที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน ความดัน หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่พบสารเคมีในเลือดเกินกว่าค่ามาตรฐาน โครงการนี้จะเน้นให้ ผู้ผลิต-ผู้ขาย ได้มาพบกับ ผู้ซื้อ-ผู้บริโภค อาหารจากธรรมชาติจำพวกส่งเสริมสุขภาพล้วนๆ โดยนัดพบกันข้างคลินิก พิเศษโรงพยาบาลชุมพลบุรี ทุกวันอังคาร จะมีผลผลิตจากแปลงเกษตรอินทรีย์ อาหารพื้นบ้าน ประเภทไข่มดแดง แกงผักหวาน ส่วนอาหารรสเด็ดอีกอย่าง เช่น ตุ่นไข่ใส่ปลาจ่อม เมี่ยงสด เพื่อสุขภาพ อาหารเครื่องดื่มแปรรูปจากสมุนไพร มีวางขายได้ทุกวัน แถมด้วยการสาธิตการทำอาหาร จัดฐานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพตามภาวะเสี่ยง จำนวน 4 ฐาน ได้แก่

- 1) กลุ่มเสี่ยงจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- 2) กลุ่มเสี่ยงพบสารเคมีในร่างกาย
- 3) กลุ่มเสี่ยงตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ
- 4) กลุ่มเสี่ยงดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน ไขมันในเลือดสูง



พริตตี้ทุ่ง กุลากรีนมาร์เก็ต



ใน ตะกร้ามีปลา
โนนมีข้าว



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

“ การตัดสินใจที่ยึดมั่นในหลักการ ” เพราะเชื่อว่าถ้าไม่ตัดสินใจยึดมั่นที่หลักการ ไม่นานนัก หลักการก็จะหมดความสำคัญ

“ ทำให้ทุกคนเป็นผู้นำ ” ผลักดันความรับผิดชอบ และการตัดสินใจให้กับคนในระดับล่าง ขององค์กร

“ ทำให้ง่าย และเป็นมาตรฐาน ”

“ หา และนำไปประยุกต์ ” มองหาแนวคิดที่ประสบความสำเร็จจากที่อื่น เพื่อนำไปปรับใช้ ในองค์กร

“ เชื่อในสิ่งที่ทำ ทำในสิ่งที่เชื่อ ”

“ คิดอย่างสากล ทำแบบคนท้องถิ่น คิดแบบคนท้องถิ่น ทำอย่างสากล ”

ทีมผู้ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ HPH Plus ขอแสดงความชื่นชม ทั้งผู้บริหารและปฏิบัติทุกระดับด้วยความจริงใจสำหรับการตัดสินใจเลือกสร้างสุขภาวะชุมชน ได้ร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการลงมือปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทุกคน โดยไม่พะว้าพะวง ไม่รีรอ ไม่รอคอย ไม่ลอยคอ..... หากองค์กรใดสนใจใฝ่ฝันอยากจะให้องค์กรของท่านเป็นองค์กร ในฝันเรื่องส่งเสริมสุขภาพบุคลากร เชื่อว่าทำได้ ฝันไว้ ก้าวไป ต้องไปถึง ดังตัวอย่างความสำเร็จ จากโรงพยาบาลชุมพลบุรี จ.สุรินทร์

ด้วยจิตคารวะ ผู้ประสานงานมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา กรมอนามัย

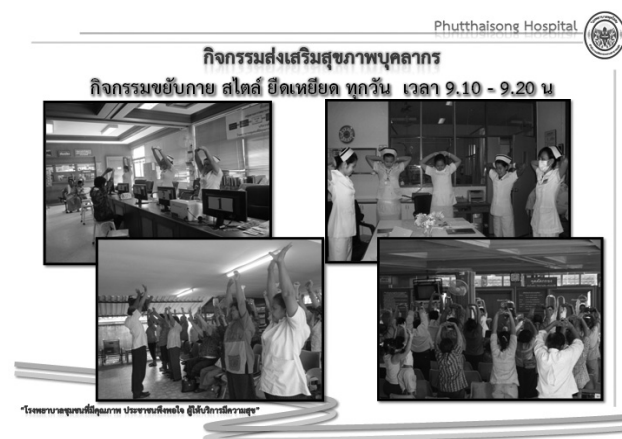
เรื่องเล่าจากโรงพยาบาล

“พุทไธสง” โรงพยาบาลที่เป็นมากกว่าโรงพยาบาล เรากำลังเข้าสู่พื้นที่โซนเรียนรู้ อย่างพุทไธสง ที่ถูกเล่าขานมาเนิ่นนานว่าเป็นโรงพยาบาลแห่งสุขภาวะอย่างแท้จริง

เริ่มจากทัศนียภาพก่อนเข้าถึง ตัวอาคารโรงพยาบาล เรารับรู้ และสัมผัสได้ถึงความกระตือรือร้นของคนพื้นที่ที่มีต่อผู้มาเยือน ทั้งผู้ใช้บริการ และผู้มาติดต่อ ให้มีความสุข สะดวกสบายไปกับพื้นที่สีเขียวตระการ เหมาะกับการพักผ่อนหย่อนใจ ของเราเข้าไปเทียบจอดหน้าบริเวณอาคาร



สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เห็นพนักงานกุ๊กจ๊วย ต้อนรับผู้ป่วยอย่างเป็นมิตรด้วยความรวดเร็ว เรียบง่าย แต่ได้อารมณ์ความเป็นกันเอง ทีมงานนำเราเดินทางสู่เส้นทางแห่งพุทไธสง ระหว่างทางเราแอบชำเลื่องแลหาโอกาสพัฒนาไปเรื่อยๆ สองข้างทางเชื่อมระหว่างตัวอาคาร ประดับไฟส่องสว่างไปตามทางเดินอย่างลงตัว มองออกไปสองข้างทางจะมองเห็นสวนหย่อมขนาดด้วยเรือนพักญาติ ขนาดย่อมตั้งเรียงราย คล้ายๆเรือนไทยหลังเล็กๆ ทำให้จินตนาการถึงคัมภีร์แผนเมืองสุพรรณ สมกับรางวัลที่ได้รับมา อาทิ สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์ประเมินความเสี่ยง ในที่ทำงาน ระดับ 5 หลายปีติดต่อกัน



เรียนรู้โดยใช้ตัวช่วยอย่าง “Step Box” ซึ่งมีไว้ให้เลือกลองเลือกเล่นกันทุกจุดบริการ ทั้งอาคารผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในเล่นกันได้ทั้งลูกเล็กเด็กแดง แอ้มได้ออกแรง เสียเหงื่อ สุขภาพดีโดยไม่ต้องพึ่งพาหูกยาฝรั่ง

มาถึงอาคารผู้ป่วยนอก ผลงานถูกบอกเล่าผ่านกิจกรรมประจำวัน “ขยับกาย สไตล์ยืดเหยียด” ทุกวัน เก้านาฬิกา เป็นเวลาสั้นๆ วันละสิบถึงสิบห้านาที พร้อมด้วยอุปกรณ์สำคัญที่พลิกผันให้ผู้คนหันมาสนใจเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ จากความตั้งใจให้สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม เป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมกระบวนการ



ตัวอย่าง อย่าง Step Box

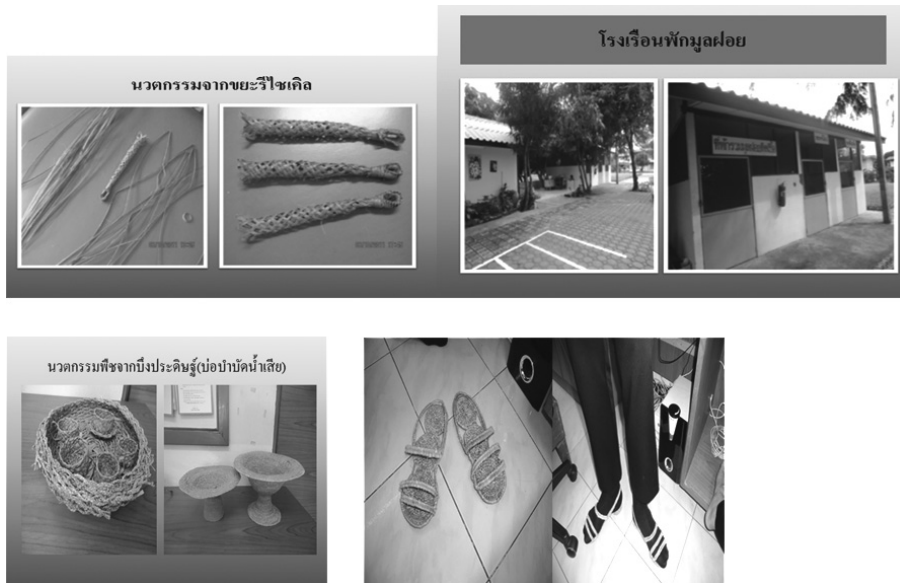
ไม่ว่าห้องทำงาน ห้องให้บริการ หรือบริเวณอาคาร เราจะเห็น Step Box เรียงรายให้ผู้ใช้บริการ คนป่วย และไม่ป่วย ได้ออกกำลังกายเล็กๆ เป็นความตั้งใจของทีมงานที่หมายมั่นสรรค์สร้างสิ่งรอบตัว ให้มีแต่ความสุข ความสนุกสนานกับการออกกำลังกาย เข้าถึงอุปกรณ์ง่ายๆ ไม่ยุ่งยาก ให้การออกกำลังกายเป็นเรื่องใกล้ตัว ทุกคนทำได้ ทุกที่ ทุกเวลา เสมือนสวนสนุกที่ผู้ใหญ่มีความสุข เด็กๆ สนุกทุกครั้งที่ได้มาโรงพยาบาล ได้เรียน - เล่น โดยการสัมผัสของจริง มีประสบการณ์ตรง เป็นกิจกรรมแบ่งปันสุขภาพที่ดีให้แกกันและกัน

ทางเดินสองข้างทางไปสู่ตัวอาคารผู้ป่วย มองไปทางไหนจะเห็นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สลับกันมาให้รู้ ให้ดู ให้อ่านกันไม่เว้นแต่ละวัน เรียกว่าให้จดให้จำกันไป...ชั่วฟ้าดินสลาย



โซนสุดท้าย...โรงพยาบาลลดโลกร้อน ออกแบบให้เป็นห้อง (ของ) น้ำ ที่ถูกน้ำยุ่งลายขอลา ไม่มาอาศัย เพียงแสงสว่างจากแสงแดดก็เพียงพอต่อการปฏิบัติการกิจในตอนกลางวัน หลังจากปลดปล่อยตัวเอง จากพันธนาการ แล้วให้ต้นไม้ใหญ่เป็นร่มเงารับสายลมช่วยพัดวีเราให้คลายร้อน ก่อนจะลัดเลาะจากห้องน้ำไปจนถึงบึงประดิษฐ์โดยไม่รู้ตัว มองไม่ออกเลยว่าจะเป็นบ่อบำบัดน้ำเสีย

G...Garbage การจัดการมูลฝอยและการใช้ประโยชน์จากสิ่งปฏิกูล



ทีมงานพาเราเรียนรู้การจัดการขยะ วงจรชีวิตของขยะ ตั้งแต่เกิดจนตาย ขยะแต่ละประเภท ถูกนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าได้อย่างไร ทำไมกำโหลมหาศาล เรียนรู้การทำธนาคารขยะ รีไซเคิล การคัดแยกขยะติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อ ขยะแห้ง ขยะเปียก ขยะอันตราย ขยะขายได้ ขายไม่ได้ คัดแยกอย่างไร จึงจะกลายเป็นเงินเป็นทองขึ้นมา จุดประสงค์เพื่อลดการใช้วัสดุ ลดพลังงาน ไม่ใช้ลดต้นทุน อย่างที่ใครหลายคนเข้าใจ

R...Rest room การจัดการส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน HAS



E...Energy ลดการใช้พลังงานและใช้พลังงานทดแทนจากชีวภาพและชีวมวล



E...Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดโลกร้อนและเอื้อต่อสุขภาพ



N...Nutrition ผลิตอาหารปลอดภัย ผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง เพื่อลดการใช้สารเคมี



ทั้งหมดของพื้นที่เป็นความตั้งใจของทีมงานที่ร่วมคิดร่วมสร้างความสมดุลให้กันและกัน ไม่เบียดเบียน สิ่งให้เห็น และเป็นอยู่ ทั้งในอดีตหรือปัจจุบัน ค่อยๆเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันอย่างสมดุล ทั้งทางเศรษฐกิจ การเมืองสังคม สิ่งแวดล้อม ไม่สุดโต่งไปทางใดทางหนึ่งจนทำให้ชีวิตต้องเสียสมดุล

นี่คือ “**วิถีแห่งพุทโธสง**” ซึ่งเติบโตจากการหล่อเลี้ยงอย่างสมดุลด้วยวัฒนธรรมองค์กร จากการหล่อหลอมของทีมงานจากรุ่นสู่รุ่น ค่านิยมองค์กรที่หลอมรวมกันอย่างยาวนานเป็นเสมือน สายพานที่ทอดยาว ความสำเร็จที่ได้เกิดจากการนำแนวคิด “**Play and Learn**” = **PLEARN** = **เพลิน** มาใช้อย่างได้ผล นั่นคือการเรียนรู้โดยกระบวนการเล่น-เรียน หรือ เล่นปนเรียน ทำให้ผู้เรียน มีความเพลิดเพลินในการเรียนรู้ เล่น-เรียนโดยการสัมผัสของจริง สร้างประสบการณ์ตรง (Learning by doing) ด้วยสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรที่หลากหลายเหมาะสม และลงตัวกับวัฒนธรรมพื้นที่ถิ่น ไม่จำเป็นต้องปรุงแต่งอะไรมากมาย ตรรกะเหล่านี้เราจึงขอยกย่องให้...**พุทโธสง...เป็น...มากกว่า** โรงพยาบาล

.....ผู้เขียน...จิราพรรณ ภักดีณรงค์ สิงหาคม 2556...ผู้ประสานงาน HPH

เรื่องเล่าจากวัดส่งเสริมสุขภาพ

ในช่วงยุคโลกสังคมปัจจุบันที่ภาวะสังคม มีแต่การมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การพัฒนาทางด้าน เทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วในขณะเดียวกันความก้าวหน้าเหล่านี้ ล้วนเกิดจากการศึกษาค้นคว้าและความเก่งของคนแทบทั้งสิ้น แต่ในความเจริญเหล่านั้น ใครจะได้คิดว่าความเจริญเหล่านั้นส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของคนมากนักน้อยแค่ไหน ทั้งสภาวะกาย จิตและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งในการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้าน จิตใจของคนในสังคมโลกอยู่พอสมควร แต่ก็เป็นความโชคดีของคนไทยที่เรามีสถาบันทางด้านศาสนา มามีส่วนช่วยในการพัฒนากล่อมเกลาให้คนไทยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตที่ดี ย่อมมีส่วนช่วยให้สุขภาพ ดีตามไปด้วย การพัฒนาวัดให้เข้าสู่การดำเนินงานตามมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก็เป็นแนวทางหนึ่งที่ดึงเอาบุคลากรทางด้านพระสงฆ์เข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาดูแลระบบสุขภาพของประชาชนและพระสงฆ์เองในด้านสุขภาพกาย โดยเฉพาะ ด้านสุขภาพจิตเป็นสำคัญ ดังนั้น การที่ข้าพเจ้าได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและเยี่ยมชมติดตาม การดำเนินงานของวัดในการพัฒนาเข้าสู่ **กระบวนการวัดส่งเสริมสุขภาพ** กับคณะทำงานภาคี เครือข่ายไม่ว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนต่างๆของจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีวัดที่ผ่านการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพในระดับดีเด่นของจังหวัดนครราชสีมา และมีผลงานที่ประทับใจ คณะกรรมการที่เข้าเยี่ยมประเมินในครั้งนี้ คือ **วัดนาใหญ่ ต.นากลาง อ.สูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา**



โดย พระครูอุดมบุญเขต เจ้าอาวาส

ท่านได้เล่าถึงประวัติและแนวทางในการพัฒนาวัดนาใหญ่ ในการเข้าสู่การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของท่าน ในการดำเนินงานดังนี้

ประวัติวัดนาใหญ่

วัดนาใหญ่ ตำบลนากลาง อำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา วัดมีเนื้อที่จำนวน ๖ ไร่ ๒ งาน ๔๘ วา ได้เริ่มสร้างมาประมาณ ปี พ.ศ. ๒๓๕๓ หรือร้อยกว่าปีมาแล้ว การสร้างวัดในสมัยก่อนโน้น ก็คงมีเพียงกุฏิสงฆ์พอพระสงฆ์ได้อาศัย และศาลาการเปรียญหลังคามุงด้วยแฝกพออาศัยอยู่ได้ หมู่บ้านก็คงไม่ใหญ่เหมือนทุกวันนี้ ต่อมาประชาชนมากขึ้นก็ค่อยเปลี่ยนแปลงมาตามกาลตามสมัย ต่อมาก็ได้บูรณะกุฏิและศาลาการเปรียญอีกเพราะชำรุดทรุดโทรมด้วยภัยธรรมชาติ ต่อมาอีกประมาณ ๒๐ - ๓๐ ปี ก็ได้บูรณะวัดแก้ไขส่วนที่ยังไม่เหมาะสม ได้สร้างห้องส้วมและโรงครัวและแก้ไขตัวกุฏิ ศาลาการเปรียญสร้างโรงอุโบสถขึ้นด้วยไม้หลังคามุงด้วยแฝก ต่อมาประมาณปี พ.ศ. ๒๓๕๖ ได้ขอพระราชทานวิสุงคามสีมาโดย ยาว ๑๕ เมตร กว้าง ๖ เมตร ในปีต่อมาก็ได้ฝังลูกนิมิตผูกพัทธสีมา ใช้เป็นที่ทำสังฆกรรมมาจนถึงประมาณปี พ.ศ. ๒๔๗๕ ได้บูรณะศาลาการเปรียญและโรงอุโบสถ เพราะเสื่อมโทรมด้วยภัยธรรมชาติเปลี่ยนแปลงหลังคาอุโบสถ ต่อมาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๐ ได้วางศิลาฤกษ์ สร้างกุฏิสงฆ์ ๑ หลัง เสาคอนกรีตไม่ต่อ ยาว ๑๖ เมตร กว้าง ๑๒ เมตร พ.ศ. ๒๕๐๔ ได้ขุดลอกสระน้ำ ในเนื้อที่ ๑๓ ไร่ เพื่ออาศัยดื่มและใช้เมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๑๕ ได้วางศิลาฤกษ์อุโบสถหลังใหม่ เพราะหลังเก่าชำรุดมากไม่สามารถจะบูรณะให้ดีขึ้นได้ และได้ลงมือสร้างด้วยอิฐถือปูน โดยกว้าง ๑๐ เมตร ยาว ๑๕ เมตร หลังคามุงด้วยกระเบื้องเคลือบดินเผา พ.ศ. ๒๕๑๘ ได้รับพระราชทาน วิสุงคามสีมาและได้ทำบุญฝังลูกนิมิตผูกพัทธสีมาในเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๒๐ งบประมาณ ในการก่อสร้างอุโบสถทั้งสิ้น ๙๕๖,๗๓๐.๕๐ บาท (เก้าแสนห้าหมื่นหกพันเจ็ดร้อยสามสิบบาท ห้าสิบสตางค์) และวัดนี้ได้ชื่อว่าวัดนาใหญ่เห็นจะเรียกชื่อนี้ตามบ้านเพราะบ้านชื่อว่าบ้านนาใหญ่ ส่วนเจ้าอาวาสในอดีตนั้นไม่ทราบว่ามีที่รูปและจำชื่อไม่ได้ ที่จำได้มีอยู่ ๒ รูป ชื่อว่าพระรอด ท่านได้เป็น พระอุปัชฌาย์ในเขตนั้น ญาติโยมชาวบ้านนิยมเรียกท่านว่าหลวงพ่อบุชฌาย์รอดวัดวาอาวาส ได้เปลี่ยนแปลงมาจนถึงสมัยพระครูเสถียรพิริยคุณ (ขุน ถิรวิริโย) ได้รับแต่งตั้งเป็นเจ้าอาวาส วัดนาใหญ่ เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๔๘๒ และได้ดำรงตำแหน่งเจ้าคณะตำบลนากลาง - หนองตะไก้ และได้รับแต่งตั้งเป็นพระอุปัชฌาย์อุปสมบทในเขตปกครองนั้น ท่านได้นำญาติโยม ชาวบ้านนาใหญ่พัฒนาวัดวาอารามให้เจริญมาโดยลำดับ ส่วนภายนอกวัดท่านได้นำชาวบ้านพัฒนา หมู่บ้าน นำสร้างโรงเรียนประถม สร้างสถานีนานามัย ท่านพระครูเสถียร พิริยคุณ เป็นพระครู เจ้าคณะตำบลชั้นเอก ได้ถึงแก่มรณภาพ เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๑๕ เมื่อท่านมรณภาพแล้ว ต่อมา พระครูอุดมบุญเขต (ชนิด ชินุตโม) ได้รับแต่งตั้งให้เป็นเจ้าอาวาสวัดนาใหญ่เมื่อวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๒๖ มาจนถึงปัจจุบัน

แนวคิด /หลักการพัฒนา

- ทำอย่างไรให้คนเข้าวัด ...
- เมื่อ คนเข้าวัดแล้ว ... ทำอย่างไรที่วัดคืนสิ่งดีๆ ให้กับสังคม หรือชาวบ้าน

เมื่อคนเข้าวัดแล้ว กิจกรรมที่ทำ คือ

๑. สร้างเครือข่าย หรือแนวร่วม ให้คนที่มีความคิดแบบเดียวกันมาทำกิจกรรมในวัด “รวมทุน รวมคน รวมสังคม” ให้มาอยู่ในวัด เมื่อคนมาอยู่ในวัด ต่างคนก็ทำหน้าที่ของเขา เราก็สามารถบริหารให้คนทำกิจกรรมต่างๆ ในวัด ถ้าทำตรงนี้ได้ ก็สำเร็จ

เมื่อคนมาทำกิจกรรมแล้ว ชุมชนจะเข้มแข็ง โดยทุกอย่างเริ่มต้นจากการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน... ชุมชนเข้มแข็ง ก็มีแรงพัฒนาวัดต่อไป



๒. ดึงเด็กให้เข้าวัด นั่นก็คือ ทำยังไงให้เด็กมาวัด ... ที่วัดมีขนมแจก เด็กที่มาที่วัดทุกคนต้องได้รับขนมแจก ผลไม้ให้เด็กกินเลย ตามสบาย



๓. ผู้สูงอายุ ทำ “คนหลายวัย สานใจชุมชน” ตั้งแต่เด็กถึงผู้ใหญ่เลย คือ เอาเด็กดึงผู้ใหญ่ หรือคนแก่มาวัด



๔. “หลักการทำงาน มี 2 รู้ คือ รู้เรา หมายถึง เราชอบอะไร กินอะไร รู้สังคม เราก็จะคุย กับสังคมรู้เรื่อง”



๕. ต้องรู้จักคืนวัดสู่สังคม คือ ทำอย่างไรให้วัดได้มีโอกาสช่วยเหลือสังคมชุมชนได้ สิ่ง ที่ทางวัดได้ทำคือ การสร้างโรงเรียนให้กับชุมชน สร้างสถานีนอนามัย (รพสต.) ให้ทุนการศึกษาเด็กนักเรียน เยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียง

๖. การพัฒนาตามวัดตามเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ หลัก ๕ ร. (สะอาด ร่มรื่น สงบ ร่มเย็น สุขภาพ ร่วมสร้าง ศิลปะ ร่วมจิตวิญญาณ และชาวประชา ร่วมพัฒนา)

ซึ่งการเยี่ยมประเมินวัดนาใหญ่ในครั้งนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามีความรู้สึกที่ประทับใจและทำให้ปรับเปลี่ยนแนวคิดหรือความคิดเดิมๆ ที่มีความเชื่อว่า เราต้องไปทำบุญถวายปัจจัยในการทำนุบำรุงสถาบันศาสนา (วัด / พระสงฆ์) แต่สิ่งที่ข้าพเจ้าได้ฟังแนวการจัดกิจกรรมของพระครูอุดมบุญเขตเจ้าอาวาสวัดนาใหญ่ทำให้ความคิด ความรู้สึกเกี่ยววัดและพระสงฆ์เปลี่ยนไปและคิดว่าการได้มีโอกาสมารับผิดชอบงานวัดส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจในการทำงานไม่แตกต่างจากภาระงานอื่นๆเลย

“วัด/พระสงฆ์ก็สามารถเป็นผู้ให้ที่ยิ่งใหญ่ในสังคมได้ฉันใด.....คนไทยก็ต้องช่วยกันทำนุบำรุงพระศาสนาให้คู่กับคนไทยฉันนั้น”



กว่าจะเป็น ... ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

เริ่มต้นขึ้นจากผู้สูงอายุซึ่งเข้ารับการอบรมในโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร (9 สัปดาห์สู่สุขภาพดี) เมื่อปี พ.ศ. 2550 ซึ่งริเริ่มโดยนายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในขณะนั้น จัดอบรมเป็นรุ่นๆ ละ 20 - 40 คน รวม 10 รุ่น มีผู้สูงอายุเข้ารับการอบรมรวมทั้งสิ้น 275 คน โดยอบรมเรื่องสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน ติดต่อกันเป็นเวลา 9 สัปดาห์ ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมมาก ร้อยละ 92 ได้รับทั้งความรู้ ความบันเทิง และมีความต้องการที่จะเข้าร่วมหรือมาทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันต่อไปแม้สิ้นสุดการอบรมแล้ว ผู้สูงอายุเล็งเห็นว่าเป็นการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สร้างความมีคุณค่า มีความสุขในชีวิตวันบั้นปลาย ไม่ท้อถอยหรือซึมเศร้า สามารถดำรงตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมได้ จึงมีการชักชวนกันจัดตั้งเป็นชมรมขึ้น โดยแรกเริ่มมีสมาชิกก่อตั้ง 164 คน ใช้ชื่อว่า “ชมรม 9 สัปดาห์สู่สุขภาพดี” ต่อมาเมื่อมีสมาชิกเข้าร่วมมากขึ้น บางคนไม่ได้รับการอบรมในโครงการมาก่อน แต่มีความสนใจด้านสุขภาพและกิจกรรมเพื่อส่วนรวมเช่นกัน จึงได้ปรับเปลี่ยนชื่อชมรมเป็น “ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา” ปัจจุบันมีสมาชิกรวมทั้งสิ้น 475 คน

ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง ศูนย์อนามัยที่ 5 นี้ แม้ชื่อจะสัมพันธ์กับชื่อหน่วยงานราชการ หากแต่เป็นการบอกถึงที่มาและบอกสถานที่ชุมนุมกันเป็นสำคัญ ชมรมมิใช่ของโรงพยาบาล ชมรมมิใช่ของทางราชการ มิใช่ของใครหรือกลุ่มใดโดยเฉพาะ แต่เป็นของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทุกคน มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานชมรม ทั้งจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพสมาชิก เพื่อผู้สูงอายุอื่นๆ และกิจกรรมสาธารณประโยชน์ มีคณะกรรมการบริหารงานชมรมมาจากการเลือกตั้ง มีบุคลากร แพทย์, พยาบาลและสาธารณสุขให้การสนับสนุนความรู้วิชาการ และให้คำแนะนำในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนของชมรมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ความต่อเนื่องของชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง ศูนย์อนามัยที่ 5 ที่มีมาร่วม 6 ปี นั้น มีปัจจัยความสำเร็จคือ ตัวผู้สูงอายุเอง - สมาชิกชมรมมีความเข้าใจในหลักการ และมีอุดมการณ์ร่วมกับชมรมอย่างลึกซึ้ง, แผนดำเนินงาน - มีการวางแผนอย่างรอบคอบ สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก เน้นการได้พบปะสังสรรค์ และการทำประโยชน์ร่วมกันของสมาชิก, ผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 5 - เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนงบประมาณและสถานที่ตามที่โอกาสจะเอื้ออำนวย

ในปี พ.ศ. 2556 นี้ ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง ศูนย์อนามัยที่ 5 ได้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายกับสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งเป็นเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุระดับประเทศ และจะช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารสุขภาพ, กิจกรรม และส่งผ่านความปรารถนาดี ความเอื้ออาทรระหว่างชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั่วประเทศไทยต่อไป

