

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทางประชากรกับการเกิดอหิวาตกโรค ในประเทศไทยปี 2550

สุกัญญา จงถาวรสถิตย์

พรชนก รัตนติลล ฤกษ์เกิด

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ครั้งนี้รวบรวมข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังอหิวาตกโรคปี 2550 สำนักระบาดวิทยา ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยอหิวาตกโรคจำนวนทั้งหมด 1,364 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติ โดยใช้ ร้อยละ และ ไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่าเพศชายป่วยเป็นอหิวาตกโรคมากกว่าเพศหญิงในช่วงอายุต่ำกว่า 14 ปี แต่ช่วงอายุ 15-24 ปี พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ภาคอีสานและภาคใต้ รองลงมาภาคเหนือและภาคกลาง ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางอายุ เพศ และภาคที่อยู่อาศัยกับการเกิดอหิวาตกโรค พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นมาตรการการป้องกันอหิวาตกโรคในส่วนที่เน้นไปที่บุคคล (host) และสิ่งแวดล้อม (environment) เช่น การให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ ควรให้เหมาะสมกับเพศ วัย บริบทของสังคม สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชนนั้น ๆ

คำสำคัญ: อหิวาตกโรค, ประเทศไทย, รายงานการเฝ้าระวัง

บทนำ

อายุ และเพศ เป็นลักษณะทางประชากรที่สำคัญ ทำให้คนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน อายุจะบอกถึงพัฒนาการ ประสบการณ์ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ความไวต่อการเกิดโรค ส่วนเพศหญิงและชาย จะแตกต่างกันทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ส่งผลต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ และปัญหาสุขภาพ ผู้หญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าชายอย่างเห็นได้ชัดเมื่อมีอายุตั้งแต่ 15

ปีขึ้นไปยกเว้นในวัยเด็ก (0-14 ปี) ที่พบว่าชายมีการเจ็บป่วยสูงกว่าหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน⁽¹⁻²⁾ จากสถานการณ์อหิวาตกโรคตั้งแต่ปี 2546-2550 อัตราป่วยขึ้น ๆ ลง ๆ พบได้ทุกวัย เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณร้อยละ 7-23 ของผู้ป่วยวัยอื่น ๆ⁽³⁻⁷⁾ แนวโน้มอหิวาตกโรคปี 2551 พบในกลุ่มเด็กเล็กมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าเชื้อโรคน่าจะมาจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากเด็กเล็กช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อาศัย

อยู่ที่บ้าน หรือสถานเลี้ยงเด็ก ซึ่งผู้ดูแลเด็กมีบทบาทในการดูแลอาหาร และนมให้เด็ก หากผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ก็น่าจะเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินอาหาร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ บริบทของสังคม⁽⁶⁾ ภาคที่อยู่อาศัย บ่งบอกถึงบริบทของพื้นที่ สภาพภูมิประเทศ เช่น ภาคใต้ ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ติดชายทะเล นอกจากนี้วัฒนธรรมการบริโภคอาหารมีความแตกต่างกันในแต่ละภาค เช่น วัฒนธรรมการบริโภคข้าวเหนียว ลาบ ลู ก้อย ปลา ร้า ของชาวอีสานเหนือ และน้ำบูดู ของชาวใต้ เป็นต้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี จำนวนครั้งการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงที่สุด⁽⁹⁻¹⁰⁾ จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดอหิวาตกโรคปี 2550 ด้วยวิธี case-control study วิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่าเพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าเพศหญิง 1.38 เท่า⁽¹¹⁾ เชื้อ *Vibrio cholerae* O139 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹²⁾ เมื่อพิจารณาภาระโรค (disease burden) ของโรคอุจจาระร่วงให้เป็นปีของชีวิตที่ทุพพลภาพ (DALYs) พบว่าเพศ ชาย มีความแตกต่างกันคือ ในช่วงวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) เพศชายพบร้อยละ 2.1 ของโรคทั้งหมด และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพศชายพบร้อยละ 1.0 เพศหญิงพบร้อยละ 1.4 ของโรคทั้งหมด⁽¹³⁾ วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้านี้เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุเพศภาคที่อยู่อาศัยกับการป่วยด้วยอหิวาตกโรค

วิธีการศึกษา

ศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังอหิวาตกโรคปี 2550 สำนักระบาดวิทยา ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยอหิวาตกโรคจำนวนทั้งหมด 1,364 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (passive case) และผู้ป่วยในชุมชน (active case) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ อายุ เพศ ภาคที่อยู่อาศัย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติ โดยใช้ ร้อยละ และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยอหิวาตกโรคเป็นเพศชาย และเพศหญิงในสัดส่วนเท่า ๆ กัน ส่วนใหญ่พบในวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน รองลงมาเป็นวัยรุ่น วัยเรียน และเด็กต่ำกว่า 5 ปี สูงถึงร้อยละ 11 เมื่อพิจารณาภาคที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยอหิวาตกโรค ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ภาคอีสานและภาคใต้ รองลงมาภาคเหนือและภาคกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและเพศกับการป่วยด้วยอหิวาตกโรค พบว่าช่วงอายุต่ำกว่า 14 ปี พบผู้ป่วยอหิวาตกโรคเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงชัดเจน ช่วงอายุ 15-24 ปี เพศหญิงมากกว่าชาย และอายุมากกว่า 24 ปี ร้อยละของผู้ป่วยเป็นเพศชายและหญิงเท่า ๆ กัน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติ

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นอหิวาตกโรคปี 2550

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	710	50.4
หญิง	699	49.6
รวม	1,409	100.0
อายุ (ปี)		
< 5	153	11.1
5-14	138	10.0
15-24	260	18.9
>24	827	60.0
รวม	1,378	100.0
ภาคที่อยู่อาศัย		
กลาง (กทม.)	92	6.5
อีสาน	524	37.1
เหนือ	296	21.0
ใต้	499	35.4
รวม	1,411	100.0

ปัจจัยทางประชากรกับการเกิดหิวตักโรคในประเทศไทยปี 2550

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอายุผู้ป่วยด้วยหิวตักโรค

อายุ (ปี)	เพศ		จำนวน	รวม
	ชาย	หญิง		
< 5	12.8	9.5	152	11.2
5-14	11.9	8.1	136	10.0
15-24	14.9	23.0	258	18.9
>24	60.4	59.4	816	59.9
จำนวน	680	682	1,362	100.0
รวม	100.0	100.0		

$\chi^2 = 20.35, p < 0.001$

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาคที่อยู่อาศัยกับอายุผู้ป่วยด้วยหิวตักโรค

อายุ (ปี)	ภาคที่อยู่อาศัย				จำนวน	รวม
	กลาง	อีสาน	เหนือ	ใต้		
< 5	17.4	2.6	16.2	15.7	153	11.2
5-14	13.0	5.5	12.2	12.6	136	10.0
15-24	16.3	15.4	22.6	20.9	259	19.0
>24	53.3	76.5	49.0	50.7	816	59.8
จำนวน	92	493	296	483	1,364	100.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0		

$\chi^2 = 109.25, p < 0.001$

ระหว่างปัจจัยทางอายุและเพศกับการเกิดหิวตักโรค พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุผู้ป่วยด้วยหิวตักโรคกับภาคที่อยู่อาศัยกับการป่วยด้วยหิวตักโรค พบว่าเด็กที่อายุต่ำกว่า 14 ปี ที่อาศัยอยู่ในภาคอีสานป่วยเป็นหิวตักโรคน้อยที่สุด และช่วงอายุ 24 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างอายุผู้ป่วย และภาคที่อยู่อาศัย พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาปัจจัยอายุ เพศ และภาคที่อยู่อาศัยกับการป่วยเป็นหิวตักโรค พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดหิวตักโรค ด้วยวิธี case-control study วิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่าเพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง 1.38 เท่า⁽¹¹⁾ อายุก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเกิดโรค ในเด็กและผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้บ่อย หากเป็นแล้วโอกาสที่จะรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากวัยเด็กมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อก่อโรคน้อย แม้ได้รับเชื้อเพียงเล็กน้อยก็อาจรุนแรงได้ นอกจากนี้เด็กเล็กยังช่วยตนเองไม่ได้

ต้องกินนมผสม ดูแลเด็กที่บ้าน หรือสถานเลี้ยงเด็ก ทำให้โอกาสเด็กสัมผัสเชื้อได้ง่ายจากอาหาร และสิ่งแวดล้อมจากการศึกษาติดตามเด็กอายุ 0-4 ปี ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 เดือนในประเทศมาเลเซีย พบว่าในเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี สภาพสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลมากต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง เช่น น้ำดื่มไม่ได้มาตรฐาน สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาภาระโรค (disease burden) ของโรคอุจจาระร่วงให้เป็นปีของชีวิตที่ทุพพลภาพ (DALYs) พบว่าเพศ วัย มีความแตกต่างกันคือ ในช่วงวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) เพศชายพบร้อยละ 2.1 ของโรคทั้งหมด และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพศชายพบร้อยละ 1.0 เพศหญิงพบร้อยละ 1.4 ของโรคทั้งหมด⁽¹³⁾ นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องเพศ อายุ แล้วปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมสภาพภูมิประเทศที่ติดชายทะเล พื้นที่น้ำกร่อยก็มีผลต่อการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเชื้ออหิวตโรค จากผลการศึกษาเชื้ออหิวตในสิ่งแวดล้อม พบว่าเชื้อสามารถมีชีวิตอิสระในเขตแม่น้ำและพื้นที่น้ำกร่อย โดยเชื้อสามารถอยู่รอดในน้ำได้เป็นปี ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม⁽¹⁵⁾ ถ้าเชื้ออหิวตโรค 2 ตัวตกไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะแบ่งตัวทุก 15 นาทีเริ่มที่ 2 ตัวเพิ่มจำนวนเป็น 137,438,953,472 ตัวภายใน 9 ชั่วโมง⁽¹⁶⁾ ดังนั้นโอกาสที่คนจะสัมผัสเชื้อจากสิ่งแวดล้อมก็มากเช่นกัน จากการสอบสวนผู้ป่วยในชุมชนปี 2551 พบว่าส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวมีอาการอุจจาระร่วงก่อนที่ผู้-ป่วยเด็กจะป่วยเป็นอหิวตโรค อธิบายได้ว่าการป่วยของเด็กน่าจะมาจากการปนเปื้อนเชื้อจากสมาชิกในครอบครัว การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ควรให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็ก ในการดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน เพิ่มความละเอียดอ่อนในการเลี้ยงดูเด็ก สำหรับภาคที่อยู่อาศัย บอกถึงสภาพภูมิประเทศ (พื้นที่ติดชายทะเล พื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ท่องเที่ยว) วัฒนธรรม ชนบ-ธรรมเนียมประเพณี ความเป็นอยู่ พฤติกรรมการกินอาหารที่แตกต่างกัน ตลอดจนการ

เคลื่อนย้ายของแรงงาน ต่างดาว จากการสำรวจสำมะโนประชากรปี 2533 พบว่าภาคอีสานและภาคใต้เป็นภาคที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรเข้าออกมาก⁽¹⁷⁾ ทำให้การแพร่กระจายเชื้อเป็นไปได้ง่าย และยากต่อการควบคุมการระบาดของโรค การศึกษานี้เป็นมุมมองหนึ่งทางด้านประชากรที่หาสัมพันธ์กับการเกิดโรค จากผลการศึกษาครั้งนี้ในการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ การป้องกันควบคุมอหิวตโรค ในชุมชนควรให้ครอบคลุมเหมาะสมกับเพศ วัย และค่านิยมบริบทของสังคมเป็นสำคัญ โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเป็นการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง การเกิดอหิวตโรคทั้งในตัวคน ตัวเชื้อ และสิ่งแวดล้อม โดยการวิเคราะห์ทางสถิติหลายตัวแปร (multivariate analysis)

สรุป

อายุ เพศ ภาคที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดอหิวตโรค พบว่าเพศชายป่วยเป็นอหิวตโรคมากกว่าเพศหญิงในช่วงอายุต่ำกว่า 14 ปี แต่ช่วงอายุ 15-24 ปี พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ภาคอีสานและภาคใต้ รองลงมาภาคเหนือและภาคกลาง ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางอายุ เพศ และภาคที่อยู่อาศัยกับการเกิดอหิวตโรค พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วง ควรเน้นการให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเพศ วัย บริบทของสังคม สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชนนั้น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรคที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย [online] 2004 [cited 2004 Oct 1]; Available from: URL:http://service.nso.go.th/nso/data/02/wor_article47.html
2. Bureau of Policy and Strategy. Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 2001 - 2004. Nonthaburi: Ministry of Public Health. Thai Health Promotion Foundation (Health Information System Development Programme); 2005.
3. สำนักโรคระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2546. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2547.
4. สำนักโรคระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2547. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548.
5. สำนักโรคระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2548. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2549.
6. สำนักโรคระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2549. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2550.
7. สำนักโรคระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2550. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2551.
8. เฉลิมพล ดันสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์; 2541.
9. จุฑารัตน์ ถาวรนนท์, จูติมา วงศาโรจน์, อุดมศักดิ์ อิ่มสว่าง. การสำรวจพฤติกรรมและการรักษาโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ระดับชุมชนในประเทศไทย. วารสารโรคติดต่อ 2540; 23: 215-24.
10. อากาศ ชูปัญญา, เกศรา แสนศิริทวีสุข. ตัวกำหนดของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2541 วารสารโรคติดต่อ 2541; 24:327-34.
11. วรณา หาญเขาวรรกุล. ถอดบทเรียนสถานการณ์อหิวาตกโรค [online] 2008 [cited 2008 May 20]; Available from: URL:<http://203.157.151.9/communicable Disease/Epidemiology/File> เกี่ยวกับการประชุมต่างๆ/ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ริเวอร์ 13 พ.ค. 51
12. Hoge CW, Bodhidatta L, Echeverria P, Deesuwan M, Kitporka P. Epidemiologic study of *Vibrio cholerae* 01 and 0139 in Thailand: at the advancing edge of the eighth pandemic. Am J Epidemiol 1996.1; 143(3):263-8.
13. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Burden of disease and injuries in Thailand, priority setting for policy. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2002.
14. Lye MS. Diarrhoeal diseases in rural Malaysia: risk factors in young children. Ann Acad Med Singapore 1984; 13(2):156-62.
15. วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. เชื้ออหิวาต์ที่มีชีวิตอยู่แต่ไม่เติบโตกับการควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 46 นนทบุรี: สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
16. ธวัช จายนีโยธิน. การป้องกันและควบคุมอหิวาตกโรคให้ได้ผลดี [online] 2007 [cited 2008 Nov 16]; Available from: URL:<http://thaigcd.ddc.moph.go.th>
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานเชิงวิเคราะห์ ฉบับที่ 1 การย้ายถิ่น สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533. กรุงเทพมหานคร: อักษรไทย; 2534.

Abstract **Demographic Factors and Cholera in Thailand, 2007**
Sukanya Chongthawonsatid, Ponchanok Rattanadilok Na Bhuket
Department of Control Disease
Journal of Health Science **2009; 18:187-92.**

This descriptive study was using data collected by surveillance report on cholera in 2007 from the Bureau of Epidemiology. Sample of this study was 1,364 cholera patients. Data were analyzed using percentage and chi-square. Results indicated that cholera patients were found in male more than female aged < 14 years; however, cholera female patients were found in greater number than male aged 15-24 years. Most of cholera patients lived in the Northeast, South, North, and Central regions, respectively. Furthermore, age, sex and region factors were significantly related to the morbidity of cholera ($p < 0.05$). These findings suggest that preventive measures on cholera, which focus on host and environment components like knowledge and mass media, should be provided appropriately taking into account sex, age, social context, environment in family and community.

Key words: cholera, Thailand, surveillance report