



จดหมายข่าวรายเดือน
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
www.hiso.or.th

14

ฉบับที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

ล้นระบั้งระวังภัย โรคติดต่ออุบัติใหม่

รู้ไว้เพื่อสยบภัยสึลาชีวิตยุคใหม่

- เจลลียวฉลาดได้ด้วย “รักละมุน”
- โรคซึมเศร้า! เจาเหตุ “ฆ่าตัวตาย”
- จุดไม่อยู่! สวัสดิการข้าราชการบานปลาย
- พิษ “เพลงโปรด” พา “โสด” เสื่อม



Hi5 Hiso

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล
สำนักงานพัฒนา
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ต้นคิด หลัง “ปิดเทอม”

ต้นคิด

2



จดหมายข่าว “ต้นคิด” รายเดือน

เจ้าของ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ที่ปรึกษา

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล,
เบญจมาภรณ์ จันททรัพย์

กองบรรณาธิการ

หน่วยประสานวิชาการ
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ,
กลุ่มต้นคิด

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุน-
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
70/7 ห้อง 408 ชั้น 4 อาคารเอไอเอส
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ติดต่อ

ตู้ ปณ. 2 ปณ.๘. ประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ 10404
โทรศัพท์ 02-668-2854 โทรสาร 02-241-0171
อีเมล info@tonkit.org

สมัครสมาชิกจดหมายข่าว “ต้นคิด”
รายสัปดาห์และรายเดือนฉบับอิเล็กทรอนิกส์
เพื่ออ่านก่อนใครได้ฟรี และติดตามกิจกรรม
ที่น่าสนใจที่ www.tonkit.org
ข้อมูลทั้งหมดจากชุดสื่อ “ต้นคิด” สืบค้นได้
จาก เว็บไซต์สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล
ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th

พิมพ์ที่ สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
โทรศัพท์ 02-903-8257-9

หลังความรื้อรื้อของเดือนเมษายนผ่านพ้น ความ
ชุ่มชื้นเย็นฉ่ำกำลังจะเข้ามาแทนที่ในเดือนพฤษภาคม

“ต้นคิด” ฉบับที่ 14 ถึงมือของสมาชิกทุกท่านใน
ช่วงเวลาแห่งความไม่สบายกาย และอาจรวมถึงไม่สบายใจ
ค่อยๆ คลี่คลาย ขณะเดียวกัน วันหยุดอันยาวนานทั้งใน
ช่วงสงกรานต์และปิดเทอมก็ได้ผ่านพ้นไป อย่างไรก็ตาม
ยังคงมีช่วงพักผ่อนเหลือไว้ให้อยู่พอสมควรในช่วงครึ่ง
แรกของเดือนนี้

ประเด็นที่เราให้ความสนใจเป็นพิเศษในฉบับนี้ เป็น
เรื่องของ **“โรคติดต่ออุบัติใหม่”** หนึ่งในกลุ่มโรคนี้คือ
โรคไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก หรือไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009
ซึ่งเป็นประเด็นร้อนแรงที่กำลังพูดถึงกันอย่างกว้างขวาง

ต้นคิดฉบับนี้จะเจาะลึกในประเด็นนี้ เพื่อทำความ
เข้าใจที่มาของโรค อาการ การรักษา ตลอดจนสถานการณ์
โรคในปัจจุบัน

ในคอลัมน์อื่นๆ ได้เลือกสรรข้อมูลที่ใกล้ตัวและ
น่าสนใจมานำเสนอหลากหลายเรื่อง ทั้ง **ปฏิกิริยา
ผู้เลี้ยงดูต่อเด็กเล็ก** อันเป็นเสมือนการพินิจสูตร “ปู่”
และวิธีการรดน้ำพรวนดินให้อาณาเขตของชาติเติบโตทาง
จิตใจ **โรคซึมเศร้า** ภาวะอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุก
คน และมีคนจำนวนมากที่เป็นโรคนี้ แต่กลับมีจำนวน
ผู้เข้ารับการรักษาน้อยมาก **แนวโน้มการเบิกจ่าย
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ** ที่ทะยานสูง
อย่างน่าตั้งข้อสังเกต รวมถึงเรื่องเกี่ยวกับ **โรคภัยใกล้
ตัวสำหรับวิถีชีวิตยุคใหม่** ที่มีต่ออวัยวะสำคัญ ทั้งหู
และตา

แล้วพบกันใหม่ในเดือนมิถุนายน ขอให้ทุกท่าน
ดูแลตนเองและคนรอบๆ ข้างให้สุขภาพและสบายใจ
นะครับ





เฉลียวฉลาด ได้ด้วย “รักละมุน”

สุดยอดปรารถนาของคนเป็นพ่อแม่ นั่นก็คือ การมีลูกที่เก่งเก่ง ดี และมีความสุข ซึ่งไม่ใช่เรื่องยากเกินความสามารถ แค่เพียงพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเข้าใจ ใส่ใจ และส่งเสริมลูกให้ถูกทาง

เด็กๆ จะมีอารมณ์ดี และสามารถเรียนรู้สิ่งรอบตัวได้มากน้อยแค่ไหน ในทางวิทยาศาสตร์บอกว่า ขึ้นอยู่กับการหลั่งสารตัวหนึ่งที่ชื่อว่า **เซโรโตนิน** (Serotonin Dopamine Endorphine) ซึ่งเป็นตัวการที่ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้และมีความจำที่ดีขึ้น สมองจะเจริญเติบโตได้ดี และที่สำคัญคือ เจ้าสารตัวนี้จะหลั่งก็ต่อเมื่อได้ออกกำลังกาย ได้รับการสัมผัสที่อบอุ่น การยิ้มแย้มแจ่มใส การมีความสัมพันธ์ที่ดี การมองตนในแง่ดี การชมเชย การภูมิใจในตัวเอง ทำให้ร่างกายรู้สึกดี และมีภูมิคุ้มกันสูง

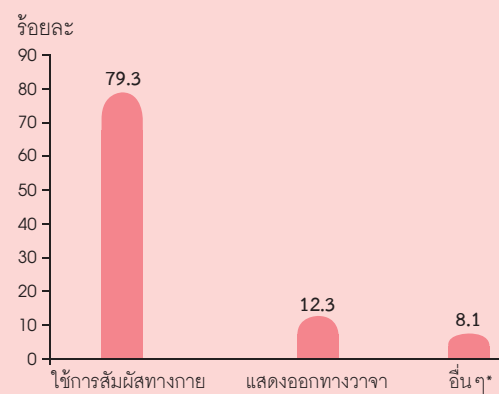
ข้อมูลการสำรวจ **เด็กไทยวันนี้เป็นอยู่กันอย่างไร : บทสรุปจากโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย** ซึ่งจัดทำโดย **พ.ญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ** พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 80 แสดงความรักต่อเด็กปฐมวัยด้วยการสัมผัสทางกาย หรือการกอด

นอกจากนี้ เมื่อรู้สึกพอใจในการกระทำของเด็ก ผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 82 ใช้วิธีชมเชยหรือให้รางวัลแก่เด็ก และเมื่อไม่พอใจในพฤติกรรมเด็ก ผู้เลี้ยงดูจะใช้วิธีกล่าวตักเตือนสั่งสอนถึง ร้อยละ 60.4

สิ่งนี้นับเป็นสัญญาณที่ดี ที่ทำให้เรารู้ว่าพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง

แม้ยังมีครอบครัวประมาณ ร้อยละ 18.5 เลือกใช้วิธีลงโทษทางกายกับเด็ก และ ร้อยละ 17.2 ใช้วิธีดุด่าและให้หยุดทำ อันอาจส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของเด็กอยู่บ้าง แต่ถ้าหากครอบครัวเหล่านี้ได้รับรู้ข้อมูลที่ต้องการแล้ว เชื่อว่า ด้วยพื้นฐานความรักและหวังดีต่อก็ย่อมนำมาซึ่ง

ภาพแสดงวิธีการแสดงความรักต่อเด็ก



ที่มา : หนังสือรายงานสุขภาพคนไทย 2551, หน้า 30

* หมายเหตุ : อื่นๆ ได้แก่ เฉยๆ ไม่แสดงออก ให้สิ่งของที่ลูกชอบหรือต้องการ หยอกล้อ เล่นด้วย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่ทางที่ถูกที่ควรได้ไม่ยาก

อีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กๆ มีพัฒนาการที่ดี คือ

การไม่ปล่อยให้ลูกอยู่ติดหน้าจอโทรทัศน์มากเกินไป

1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้ เพราะจำนวนชั่วโมงการดูที่มากขึ้น

จะทำให้พัฒนาการโดยรวมของเด็กลดลง

รวมทั้งส่งผลต่อภาวะอ้วนในเด็ก

ด้วยเช่นกัน

ลูกจะเก่ง ดี และอยู่ใน

สังคมนี้ได้อย่างมีความสุข

ก็ด้วยสองมือ

พ่อแม่นี่ละ...





วิถีเสีย

บันทึก

4

โรคซึมเศร้า! เเงาเหตุ “ฆ่าตัวตาย”

อาการซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ปกติที่อาจเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคนทั่วไป เมื่อต้องพบกับความผิดหวัง ความสูญเสีย ความกดดัน หรือรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า

แต่หากภาวะดังกล่าวรุนแรงมากขึ้น และเกิดขึ้นเป็นเวลานาน นี่อาจเป็นสัญญาณของ “โรคซึมเศร้า”

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่องค์กรสาธารณสุขทั่วโลกต่างให้ความสำคัญ **ธนาคารโลก** และ **องค์การอนามัยโลก** ระบุว่า ปี พ.ศ.2563 โรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการเจ็บป่วยมากเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และคาดว่าจะมีคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากถึง ร้อยละ 10 ของประชากรโลก

จากการศึกษาวิจัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตายมีจำนวนมากถึง ร้อยละ 75 และพยายามลงมือฆ่าตัวตายอีก ร้อยละ 15

คนไทยป่วยมากแค่ไหน?

จากการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจุบันมีคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 5 ของประชากร หรือประมาณ 3 ล้านคน และพบว่าคนที่ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 60-90 มีอาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน

กรมสุขภาพจิตระบุสถิติที่น่าตกใจว่า ทุก

1.30 ชั่วโมง มีคนไทยฆ่าตัวตาย 1 ราย โดยผู้หญิงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย แต่ตัวเลขผู้ที่กระทำการสำเร็จเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า

กลุ่มที่กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ มักอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี โดยภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงที่สุด ได้แก่ ภาคตะวันออก (จ.จันทบุรีและจ.ระยอง) ในขณะที่ภาคเหนือซึ่งมีเคยอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด กลับมีแนวโน้มลดลงมากถึง ร้อยละ 50

คนเก็บกด-ชักจูงเสี่ยงที่สุด

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่นำเป็นห่วงมากที่สุดคือ กลุ่มที่มีแนวโน้มใช้ความรุนแรงต่อผู้อื่น โดยกระทำการฆ่าผู้อื่นก่อน แล้วค่อยฆ่าตัวเองตายตาม

จากการวินิจฉัยผู้ป่วยในกลุ่มนี้พบ 2 ประเภทคือ คนที่เก็บกดมีความแค้นจากการถูกทำร้ายหรือถูกด่าว่าด้วยถ้อยคำรุนแรง และคนที่มีความกังวลมาก เป็นห่วงความเป็นอยู่ของลูกหลานในอนาคต จึงมักจะฆ่าลูกหลานและภรรยา ก่อน แล้วจึงฆ่าตัวตายตาม



โรคซึมเศร้ารักษาได้ !

ปัจจุบันสังคมไทยมีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 3 ล้านคน แต่ไปพบจิตแพทย์เพื่อทำการรักษาไม่ถึง 1 แสนคน และคนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่า โรคซึมเศร้าเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความอ่อนแอของจิตใจ และการคิดมากไปเอง

แต่จากการศึกษาวิจัยทางจิตเวชพบว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการแปรปรวนของสารสื่อประสาท ที่สามารถรักษาได้ด้วยยาแก้ซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดอาการทางจิต ที่ผ่านมา พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วย ร้อยละ 80 หายเป็นปกติได้ และผู้ป่วยควรได้รับการรักษาทันที เมื่อพบว่าเป็นโรคดังกล่าว

โรคซึมเศร้าไม่ใช่โรคจิตหรือโรคประสาท แต่เป็นโรคทางอารมณ์ที่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ผู้ป่วยต้องยอมรับความเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง ไม่อายที่จะเข้าพบแพทย์เพื่อทำการบำบัด

ในขณะเดียวกัน คนรอบข้างต้องเข้าใจ พร้อมให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจต่อผู้มีอาการเจ็บป่วย 

สืบทอดรอย “โรคซึมเศร้า”

อารมณ์ซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ปกติที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่หากภาวะดังกล่าวมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาจถือได้ว่าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติหรือมีความผิดปกติทางจิตเวช

รศ.นพ. มานิช หล่อตระกูล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้ข้อสังเกตไว้ดังนี้

- **ด้านอารมณ์** ผู้ป่วยจะซึมเศร้าแทบทั้งวัน ร้องไห้บ่อย บางรายอาการซึมเศร้าอาจไม่เด่นชัด แต่จะเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ
- **ด้านความคิด** จะมีความรู้สึกในแง่ลบต่อตนเอง คิดถึงแต่เรื่องความผิดที่ตนเองได้ทำไป ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกชีวิตไร้ค่า

หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

- **ด้านร่างกาย** อาจเกิดเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หรือหมกมุ่นในเรื่องอาการทางร่างกายต่างๆ
- **ด้านอื่นๆ** ผู้ป่วยอาจมีสมาธิและความจำน้อยลง การทำงานและความสัมพันธ์กับคนรอบข้างน้อยลง

หากพบว่าคนรอบข้างมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า ควรหมั่นสังเกตสัญญาณอันตรายที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

เช่น การพูดเปรยๆ ว่า รู้สึกเบื่อจัง ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม การพูดฝากฝังให้ดูแลลูก หรือการดำเนินการเหมือนเป็นการทิ้งท้าย อย่างการทำพินัยกรรม เป็นต้น

ชุดคำถาม ช่วยชีวิต

ผศ.นพ.พนม เกตุมาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้ความรู้ว่า ถ้าสงสัยว่าคนใกล้ตัวคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ ควรใช้ 7 คำถามต่อไปนี้ช่วยรักษาชีวิตเขาเอาไว้

1. เมื่อพบว่ามามีอารมณ์ซึมเศร้า ให้ถามต่อไปว่า “ความเศร้านั้นมากจนทำให้เบื่อชีวิต หรือไม่”
2. ถ้าตอบรับ ให้ถามต่อไปว่า “คิดอยากตายหรือไม่”
3. ถ้าตอบรับ ให้ถามต่อไปว่า “คิดจะทำหรือไม่”
4. ถ้าตอบรับ ให้ถามต่อไปว่า “คิดจะทำอย่างไร”
5. ถ้าตอบรับ ให้ถามต่อไปว่า “เคยทำหรือไม่”
6. ถ้าตอบรับ ให้ถามต่อไปว่า “เคยทำอย่างไร”
7. สุดท้าย ให้ถามต่อไปว่า “มีอะไรยังงัยใจ จนทำให้ไม่ลงมือทำ หรือหยุดความคิดนี้ได้”

คำถามสุดท้ายนี้ ไม่ว่าจะได้คำตอบอย่างไร คุณหมอบอกว่าจะเป็นปัจจัยที่ป้องกัน ช่วยให้เขายังคิดไม่ทำในครั้งต่อไป

ที่มา “ในปี พ.ศ.2563 โรคซึมเศร้า จะเป็นปัญหาการเจ็บป่วยอันดับ 2 ของประชากรโลก รองจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ”
ในสถานการณ์ข่าวสุขภาพ เรียบเรียงโดย ศิริพร คำภูไทย สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



วิถีเสี่ยง

จุดไม่อยู่!

สวัสดิการข้าราชการบานปลาย

ถกเถียง

6

แม้ผลจากอัตราการตายของเด็กเล็กวัยต่ำกว่า 5 ปี ลดลงอย่างต่อเนื่อง การขยายงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมบริการที่สำคัญ รวมทั้งการพัฒนาระบบสาธารณสุขในมิติอื่นๆ ทำให้ประเทศไทยได้รับการประเมินจากนานาชาติว่า ใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพได้มีประสิทธิภาพสูงสุดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

แต่ในภาพแห่งความสำเร็จปรากฏรอยต่าง ที่กำลังขยายขนาดวงแผ่กว้างออกไปอย่างไร้แว่วว่าจะยุติ

นั่นคือ เรื่องของระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ ที่พุ่งทะยานถึงเกือบสิบเท่าตัว ภายในเวลา 20 ปี

ทะยานสู่ปีละ 4.5 หมื่นล้านบาท

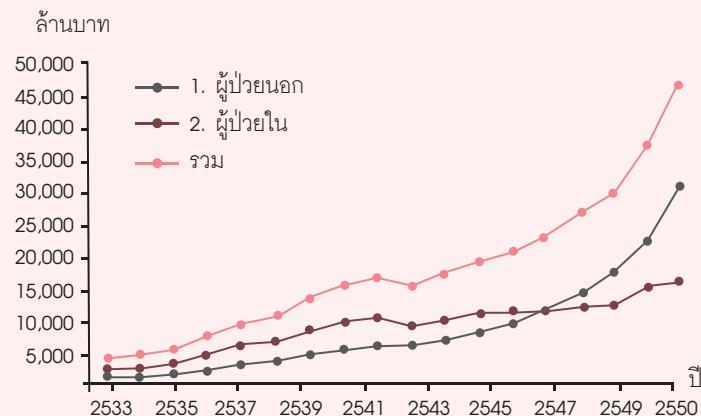
ข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า ข้าราชการใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวมทั้งมีอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ได้รับการผ่านระบบหลักประกันสุขภาพอื่น

นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการยังสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง 5 เท่าตัว โดยที่ผลต่อสุขภาพไม่ได้แตกต่างกันมากนัก





ภาพแสดงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระหว่างปี 2533 - 2550



ที่มา : International Health Policy Program 2008. อ้างอิง รายงานสุขภาพคนไทย 2552 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีเบิกจ่ายเปิดช่องบานปลาย

มีการวิเคราะห์ว่า การให้บริการผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบ “เหมาจ่ายรายหัว” ซึ่งทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ ขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบจ่ายตามการเบิกย้อนหลัง ทำให้มีแนวโน้มในการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น ทั้งด้านการตรวจวินิจฉัยโรค การให้ยา และการรักษายาบาล

ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนยังเป็นอีกส่วนหนึ่งที่พบบริการที่เกินความจำเป็นอย่างเด่นชัด 

มองไปข้างหน้า... “ปิดทางรั่วไหล ควรทำอะไร”

ข้อเสนอแนะเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ มีดังนี้

1. ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญต่อภาระโรคในประเทศไทย ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจลาจล การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ และภาวะน้ำหนักเกิน เป็นต้น
2. ให้ขยายมาตรการทั้งในและนอกระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และริเริ่มมาตรการใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินการ รวมทั้งลดหรือยกเลิกมาตรการที่ไม่มีประสิทธิภาพ
3. ควรเพิ่มการลงทุนในมาตรการด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพขึ้นสองเท่า ทั้งการป้องกันโรคในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ การใช้มาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่และสุรา รวมทั้งการควบคุมป้องกันโรค โดยมีชุมชนเป็นหลัก รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลควรให้คงที่หรือลดลง

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะว่า รัฐจำเป็นต้องมีกลไกในการกำหนดหลักเกณฑ์หรือความสามารถในการกำกับดูแล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้บริการสุขภาพที่ดีพอ



ที่มา รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.2552

7 **ถนัด**
พฤษภาคม 2552





วิถีเสียง

กันตึก

8

พิษ “เพลงโปรด”

สมัยก่อน “เพลงโปรด” อาจเป็นสิ่งที่ต้องเงี่ยหูรอฟังจากรายการวิทยุ แต่ทุกวันนี้ ใครๆ ก็สามารถฟังเพลงโปรดได้ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยอุปกรณ์บันทึกข้อมูลเล็กๆ อย่างไอพอด เอ็มพีสาม เครื่องเล่นซีดีพกพา ฯลฯ ที่แสนกะทัดรัด สามารถต่อเสียงเพลงที่ต้องการให้ตรงสู่หูทั้งสองข้างได้โดยตรงทีเดียวแล้วทีละผ่านหูฟังเล็กๆ ที่ซ่อนพลังเสียงกระหึ่มไว้ในภายใน

อย่างไรก็ตาม สื่อส่งความสุขผ่านเสียงเพลงเหล่านี้ อาจก่อภัยถาวรต่อโสตประสาทฝากไว้เป็นของแถม หากระดับความดังและชั่วโมงการฟังล้นเกินขีดที่หูสองข้างของคนเราจะทนทานไหว

ศ.พญ.สุจิตรา ประสานสุข แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการได้ยิน การพูด การทรงตัว ให้ข้อมูลว่า เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาได้ร่วมกับกรมควบคุมมลพิษสุ่มตรวจการได้ยินของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพฯ ประมาณ 400 ราย พบว่าร้อยละ 25 มีความผิดปกติในการรับฟังเสียง

คุณหมอระบุว่า อาการดังกล่าวเกิดจากการฟังเสียงที่ดังมากไปและนานต่อเนื่องเกินไป โดยเฉพาะการฟังเพลงโดยใช้หูฟังจากเครื่องเอ็มพีสาม หรือไอพอด รวมถึงการใช้หูฟังของเครื่องโทรศัพท์มือถือด้วย

“การใช้หูฟังประเภทนี้ستمองจะได้รับการรังสีคลื่นวิทยุด้วย เด็กหลายคนใส่หูฟังทั้งวัน หรือบางคนอาจใส่ฟังจนนอนหลับไปเลย

“นอกจากนี้ ยังเคยทดลองว่า หากใช้หูฟังในสถานที่ที่มีเสียงรบกวนดังมาก เช่น ในรถไฟฟ้า หรือศูนย์การค้า ต้องเปิดหูฟังให้เสียงดังจนเกือบสุดจึงจะได้ยินชัด ซึ่งเป็นระดับถึง 105 เดซิเบล ทั้งที่ปกติหูคนเราจะรับได้ประมาณ 80 เดซิเบล เสียงระดับ 105 เดซิเบลจะทำให้ลายประสาทการรับเสียง หรืออาจกระทบแก้วหู” คุณหมอสุจิตรากล่าว

สำหรับอาการขั้นเริ่มต้นของผู้ที่ประสาทหูผิดปกตินั้น คุณหมอสุจิตรา กล่าวว่า แสดงผ่านหลายอาการด้วยกัน แต่ที่พบบ่อยคือ การได้ยินเสียงวิ้งๆ ในหู ทั้งที่ไม่ได้เปิดเพลงหรือถอดหูฟังแล้ว เพราะปลายประสาทเกิดการกระทบกระเทือนจากเสียงที่มากกระตุ้น

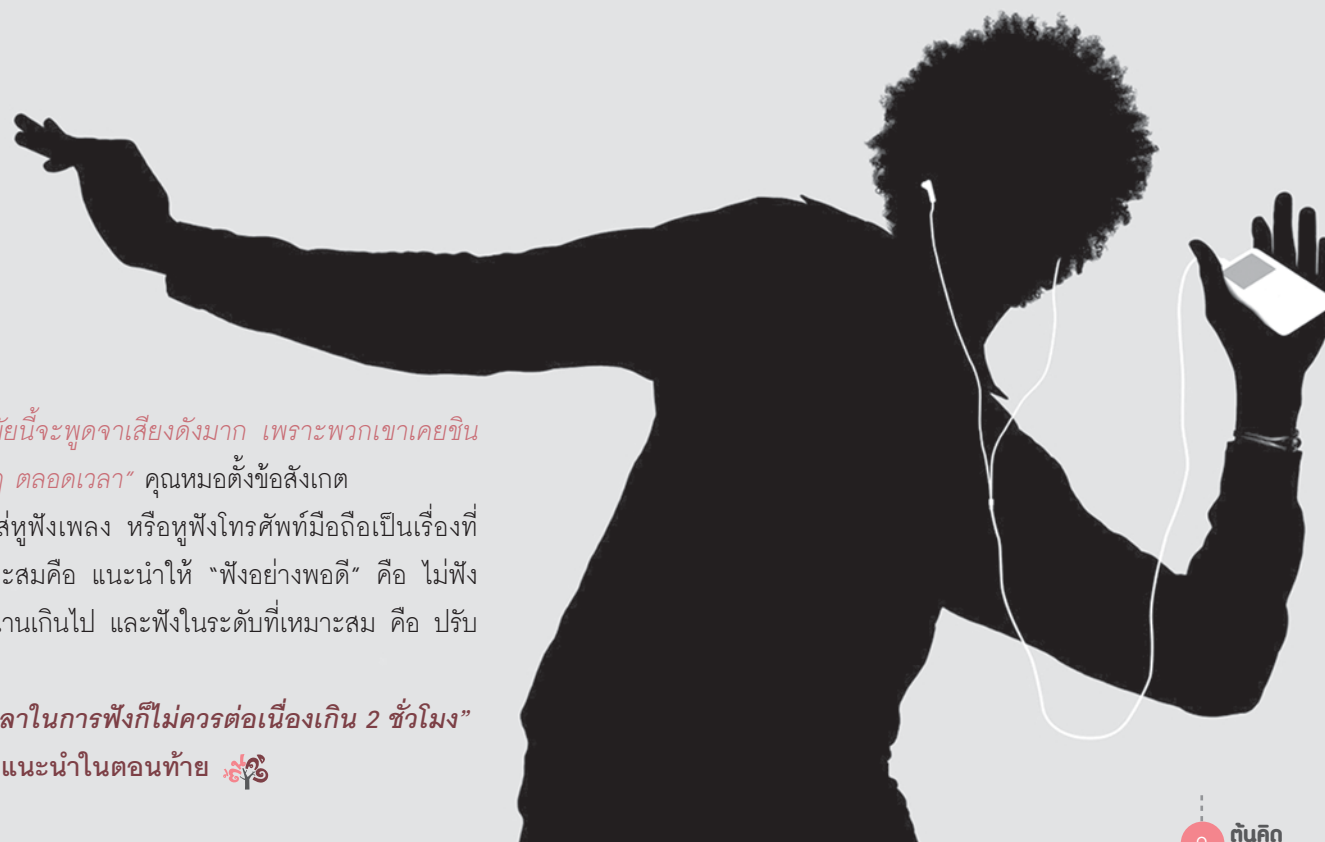
อาการที่สื่อถึงความผิดปกติอีกลักษณะหนึ่ง คือ มีอาการทรงตัวผิดปกติ เช่น ตื่นนอนแล้วยืนตัวตรงไม่ได้ หรือมีนงง

หากมีอาการเหล่านี้ประมาณ 2-3 วันแล้วไม่ดีขึ้น นั้นแสดงให้เห็นว่าอาจได้รับ “พิษจากเพลงโปรด” เข้าไปแล้ว จำเป็นต้องรีบไปพบแพทย์





พา “ไฮต” เลื่อนม



“สังเกตได้ว่าวัยรุ่นสมัยนี้จะพูดจาเสียงดังมาก เพราะพวกเขาเคยชินกับการได้ยินอะไรเสียงดังๆ ตลอดเวลา” คุณหมอดังข้อสังเกต

การทำวัยรุ่นไม่ให้ใส่หูฟังเพลง หรือหูฟังโทรศัพท์มือถือเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ทางออกที่เหมาะสมคือ แนะนำให้ “ฟังอย่างพอดี” คือ ไม่ฟังเสียงดังมากเกินไป ไม่ฟังนานเกินไป และฟังในระดับที่เหมาะสม คือ ปรับความดังไปที่ระดับกลาง

“นอกจากนี้ ระยะเวลาในการฟังก็ไม่ควรต่อเนื่องเกิน 2 ชั่วโมง”

ศ.พญ.สุจิตรา กล่าวแนะนำในตอนท้าย 

ที่มา “เตือนวัยรุ่น เอ็มพี 3 เปิดเสียงดัง จาก เรื่องเล่าข่าวสุขภาพ ใน www.hiso.or.th

๙ ถิ่นคิด
พฤษภาคม 2552





ถึนคึก
ร็องถึน

ถึนคึก

10

ลัันระบัังระวังกัษ “โรคติดต้ออูบติไทม์”



ข่าวการระบาดของ “ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก” หรือในชื่อที่ครึกโครมเมื่อช่วงระยะแรกว่า “ไข้หวัดหมู” ไม่เพียงสร้างความหวุ่นวิตกแก่สาธารณชนในฐานะโรคภัยที่มีผลถึงตาย ช้ายังแพร่กระจายเชื้อได้เหมือนการติดหวัดทั่วไป แต่ยัังนำไปสู่ความกังวลต่อมรสุมลูกใหม่และใหญ่ยัังสำหรับมวลมนุษยชาติ ที่เรียกขานกันว่า “โรคอูบติไทม์” ที่สาตชััดกระชั้นถึเข้าทุกถึ

จากรายงานสถานการณ์โรคอูบติไทม์ (Emerging Infectious Disease) สำนักโรคติดต้ออูบติไทม์ กรมควบคุมโรค ได้รวบรวมสถานการณ์โรคในปัจจุบัน พบว่า แนวโน้มของการเกิดโรคติดต้ออูบติไทม์อูบติเข้ามีเพิ่มขึ้น และประกอกับการเป็นยุคโลกาภิวัตน์ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และการลงทุนในประเทศอีกด้วย

ตัวอย่างชัดเจนในช่วงที่ผ่านมา เช่น การเกิดโรคไข้หวัดนกในเอเชีย และการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) และ โรค

ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก ซึ่งกำลังระบาดไปทั่วโลกอยู่ในขณะนี้ ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยัังที่ถึองมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต้ออูบติไทม์อูบติเข้าของประเทศให้พร้อมรับ และตอบสนองเหตุการณ์ระบาดที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันถ่วงถึและมีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรคดังกล่าวต่อไป

ความหมาย “โรคถึกถึอูบติไทม์”

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายของโรคติดต้ออูบติไทม์ว่า ได้แก่ โรคติดต้อที่มีอูบติการถึในมนุษย์เพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงที่ผ่านมาก หรือมีแนวโน้มความเลืงที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ และยัังหมายรวมถึง โรคติดต้อที่ถึกจากเชื้อใหม่ (New infectious diseases) โรคติดต้อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New geographical areas) และโรคติดต้ออูบติเข้า (Re-emerging infectious diseases) คือโรคติดต้อที่เคย



แพร่ระบาดในอดีตและสงบไปนานหลายปีแล้ว แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก

จากการศึกษาวิจัยวิเคราะห์รูปแบบของโรคติดต่ออุบัติใหม่จำนวน 335 เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ.2483-2547 พบว่าโรคอุบัติใหม่ได้เกิดขึ้นมากในช่วงประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา

ในจำนวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ทั้งหมดนี้ ร้อยละ 60.3 เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน มักมีต้นเหตุมาจากสัตว์ป่า เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้เลือดออกอีโบลา เป็นต้น และโรคติดต่ออุบัติใหม่เกินครึ่ง คือ ร้อยละ 54.3 มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียหรือริกเก็ตเซีย แสดงถึงเชื้อจุลชีพที่ดื้อยาเป็นจำนวนมาก

มีแนวโน้มว่าโรคต่างๆ นี้มีผลกระทบหรือสัมพันธ์กับสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และปัจจัยทางนิเวศวิทยาอย่างมาก นอกจากนี้ ยังพบว่าพื้นที่ที่อยู่ในพิกัดเส้นรุ้งระดับล่าง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอุบัติใหม่ที่มีสาเหตุจากสัตว์ป่าหรือแมลงพาหะนำโรค

รายงานการวิจัยได้สรุปว่า การกระจายทรัพยากรทั่วโลกในการตอบโต้โรคอุบัติใหม่ ยังไม่มีความทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศักยภาพทางวิทยาการและการเฝ้าระวังโรคในประเทศที่มีความเสี่ยงน้อยที่จะเป็นต้นกำเนิดโรคอุบัติใหม่มีความเข้มแข็งมากกว่าประเทศเสี่ยงมาก

“ต้นคิด” ฉบับนี้ ขอนำกรณีตัวอย่างของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ใกล้ตัว 2 โรคมานำเสนอ นั่นคือ โรคไข้หวัดใหญ่ และ โรคไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก

ในจำนวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ทั้งหมดนี้ ร้อยละ 60.3 เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน มักมีต้นเหตุมาจากสัตว์ป่า และเกินครึ่ง คือ ร้อยละ 54.3 มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียหรือริกเก็ตเซีย แสดงถึงเชื้อจุลชีพที่ดื้อยาเป็นจำนวนมาก



“ไข้หวัดใหญ่” ภัยถึงตายร้ายยัยความเสี่ยง

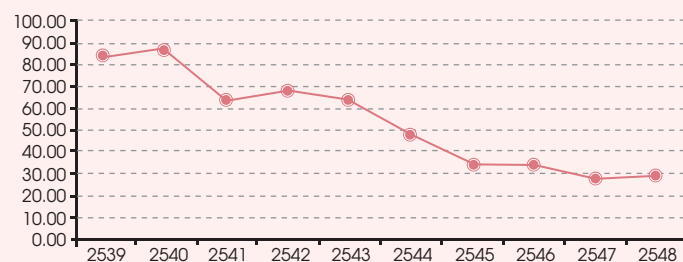
โรคไข้หวัดใหญ่ (Seasonal influenza) สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัส ไข้หวัดใหญ่ซึ่งมี 3 ชนิด (type) คือ ไวรัสชนิด A เป็นชนิดที่ทำให้เกิดการระบาดอย่างกว้างขวางทั่วโลก ไวรัสชนิด B ทำให้เกิดการระบาดในพื้นที่ระดับภูมิภาค ส่วนชนิด C มักเป็นการติดเชื้อที่แสดงอาการอย่างอ่อนหรือไม่แสดงอาการ และไม่ทำให้เกิดการระบาด

เชื้อไวรัสชนิด A แบ่งเป็นชนิดย่อย (subtype) ตามความแตกต่างของโปรตีนของไวรัสที่เรียกว่า hemagglutinin (H) และ neuraminidase (N) ชนิดย่อยของไวรัส A ที่พบว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในคนที่พบในปัจจุบัน ได้แก่ A(H1N1), A(H1N2), A(H3N2), A(H5N1) และ A(H9N2) ส่วนไวรัสชนิด B ไม่มีแบ่งเป็นชนิดย่อย

สถานการณ์ของโรค ในปี พ.ศ.2550 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 18,368 ราย อัตราป่วย 29.19 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าปี พ.ศ.2549 (ซึ่งเป็นปีที่มีอัตราป่วยต่ำสุดในรอบ 10 ปี) เล็กน้อย (ภาพที่ 1) เสียชีวิต 15 ราย ผู้เสียชีวิตเป็นเด็ก 5 ราย และผู้ใหญ่ 10 ราย พบผู้ป่วยมากในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาค่อนข้างมาก โดยกลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 54.16 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08 ถือว่าสูงที่สุดในรอบ 10 ปี

ภาพที่ 1 แสดงอัตราการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ.2539-2548

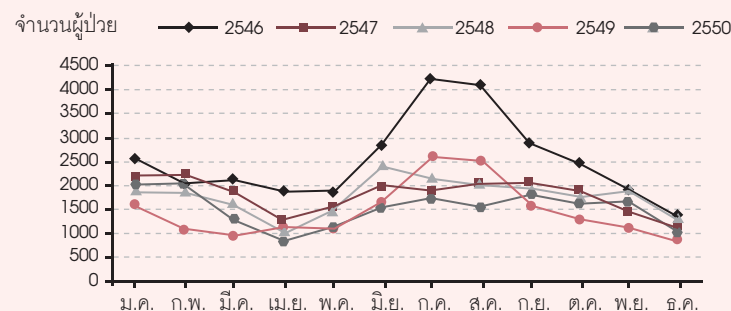
อัตราต่อ 100,000 ประชากร



ที่มา : สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2550 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

นอกจากนี้ ฤดูกาลเกิดโรคมีแนวโน้มเปลี่ยนไป คือ พบผู้ป่วยมากในช่วงเดือนมกราคมและกุมภาพันธ์ แต่ยังพบผู้ป่วยค่อนข้างมากในช่วงฤดูฝน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนจนถึงพฤศจิกายน (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยด้วยไข้หวัดใหญ่ตามช่วงเวลาในรอบปี ระหว่าง พ.ศ.2546-2550



ที่มา : สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2550 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

“ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก” เพรระบาดหน้าใหม่จากแดนจอกโก

ไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดในเม็กซิโก หรือ Human Swine Influenza เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (มักจะเป็นเชื้อ Influenza type A เป็นส่วนใหญ่) สามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้หลากหลายดังเช่น ไข้หวัดใหญ่ที่พบทั่วไป สายพันธุ์ที่พบได้บ่อยคือ H1N1 และสายพันธุ์อื่นๆ เช่น H1N2 H3N1 H3N2 (สายพันธุ์ H3N2 มักจะเกิดจากการแพร่ระบาดจากคนสู่หมู) ในหมู่พบว่า มีอัตราป่วย (morbidity rate) ค่อนข้างสูง แต่อัตราตาย (mortality rate) ค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 1-4

เชื้อก่อโรค คือ Family Orthomyxoviridae ในการระบาดครั้งนี้ พบว่าเป็นเชื้อสายพันธุ์ Influenza A/California/04/2009 (H1N1)

การติดต่อในหมู ติดต่อกันทางหายใจ ติดต่อดโดยตรง และทางอ้อม และพบพาหะนำโรค (ไม่แสดงอาการ) ในหมู **การติดต่อสู่คน** เกิดจากการ



ได้รับเชื้อโดยตรงจากหมูที่ป่วย หรือเชื้อที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม พบว่า มีการรายงานการติดต่อจากคนสู่คนในกรณีสัมผัสใกล้ชิด (close contacts)

ลักษณะอาการ ในคน ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดศีรษะ หนาวสั่น มีน้ำมูก คัดจมูก และอ่อนเพลีย อาจพบอาการท้องเสียหรืออาเจียนได้ หรือพบว่าผู้ที่รับเชื้อจะไม่มีอาการ แสดงอาการไม่รุนแรงหรืออาจมีอาการรุนแรง ปอดอักเสบจนถึงเสียชีวิตได้

การรักษา พบว่า เชื้อไวต่อ Oseltamivir แต่ดื้อ Amantadine และ Rimantadine

ภูมิคุ้มกัน วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลไม่สามารถป้องกันโรคได้ แต่พบว่าสามารถลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งสภาพร่างกายและภูมิคุ้มกันในแต่ละบุคคลมีผลต่อความรุนแรงของโรค

สถานการณ์โรค

ในสหรัฐอเมริกา

- พ.ศ.2519 พบผู้ป่วย มากกว่า 200 ราย เสียชีวิต 1 ราย
- พ.ศ.2531 พบผู้ป่วย ที่ Wisconsin เสียชีวิต 1 ราย
- พ.ศ.2548 จนถึงมกราคม 2552 มีการรายงานผู้ป่วย 12 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต

สถานการณ์ทั่วโลก (ข้อมูล ณ วันพุธ ที่ 29 เมษายน พ.ศ.2552)

สำนักข่าวต่างประเทศรายงานยอดการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่เม็กซิโกจากทั่วโลก รวม 21 ประเทศ และ 1 เขตปกครองพิเศษ ดังนี้

-ประเทศ ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อแล้ว และผู้เสียชีวิตแล้ว ได้แก่ ประเทศเม็กซิโก เสียชีวิต 152 คน ในจำนวนนี้ยืนยันว่าเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก 20 คน ต้องสงสัยกว่า 1,995 คน อังกฤษ ติดเชื้อ 2 คน แคนาดา ติดเชื้อ 6 คน ต้องสงสัย 10-12 คน สเปน ติดเชื้อ 2 คน ต้องสงสัย 26 คน อิสราเอล ติดเชื้อ 1 คน สหรัฐอเมริกา ติดเชื้อ 50 คน และนิวซีแลนด์ ติดเชื้อ 11 คน ถือเป็นประเทศแรกในเอเชีย-แปซิฟิกที่ยืนยันว่ามีผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก

-ประเทศที่มีผู้ต้องสงสัยว่าอาจติดเชื้อมี 14 ประเทศ และ 1 เขตปกครองพิเศษ ได้แก่ ออสเตรเลีย 70 คน ชิลี 8 คน โคลอมเบีย 9 คน เดนมาร์ก 5 คน ฝรั่งเศส 1 คน ไอร์แลนด์ 3 คน สวีเดน 5 คน สวิตเซอร์แลนด์ 5 คน เยอรมนี 3 คน ออสเตรีย 1 คน ฮังการี 4 คน เกาหลีใต้ 1 คน สาธารณรัฐเช็ก (ไม่ทราบจำนวน) เบลเยียม (ไม่ทราบจำนวน) และไทย 1 คน

คนไทยจะเผชิญหน้ากับสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ระลอกล่าสุดอย่างไรจึงจะเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด นั่นคือโจทย์สำคัญในวันนี้



บทกวีไข้หวัดจากแดนเบ็กซิกัน...จะป้องกันอย่างไร

- สามารถรับประทานเนื้อหมูที่ผ่านการฆ่าและ ขนส่ง และเตรียมปรุงที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอย่างปลอดภัย เชื้อไวรัสจะตายในอุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส
- ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย และทิ้งกระดาษชำระที่เปื้อนลงถังขยะ
- ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือ แอลกอฮอล์ล้างมือ โดยเฉพาะหลังไอ-จาม
- ป้องกันตนเองเมื่อดูแลหรืออยู่ใกล้ผู้ป่วย
- หยุดพักเมื่อป่วย ระวังไม่สัมผัสตา จมูก และปาก เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ





วิกิ สุข

บันทึก

14

มหาภัยไฮเทค ก่อวิกฤติ “ดวงตา”

นานแสนนานมาแล้วที่มนุษย์ใช้ดวงตามองผ่านไปสู่อวกาศรอบตัว...
แต่ไม่เคยมียุคใดที่สายตาดำรงทำงานหนักหนาสาหัสเท่า
ปัจจุบัน

เชื่อหรือไม่ว่า วิถีชีวิตพึ่งพาและติดหนึบกับอุปกรณ์ไฮเทคอย่าง
คอมพิวเตอร์ของคนทำงานในออฟฟิศอย่างเราๆ ท่านๆ ทำให้กล้ามเนื้อ
ดวงตาคู่หนึ่งๆ ต้องปรับการทำงานไม่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมงครั้งต่อวัน
ในการมองข้อความบนกระดานหน้าหนึ่ง การกระตุกของจอภาพ การ
ปรับสายตาในการมองสิ่งต่างๆ หรือเปลี่ยนโฟกัสการมองและกลับมา
มองที่หน้าจออีกครั้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นหน้าที่ของกล้ามเนื้อตาทั้งสิ้น

ด้วยเหตุนี้ การใช้ชีวิตโดยมีคอมพิวเตอร์เป็นของคู่กาย จึงกลายเป็น
เงื่อนไขทำร้ายดวงตาให้ลดทอนความสามารถลงอย่างช้าๆ ทั้ง
จากสภาพของตัวอุปกรณ์ และความเคยชินของตัวเราเอง

สารพัดพฤติกรรมทำร้ายดวงตา

สาเหตุที่พบบ่อยในการทำให้เกิดอาการเมื่อยตาหรือปวดตา นั้นก็
คือ การที่เราพยายามใช้นัยน์ตาในการมอง ภายใต้สภาวะที่เสี่ยงภัย
หรือเป็นอันตราย การทำงานของนัยน์ตาถูกควบคุมโดยกล้ามเนื้อตา
ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อทำงานอย่างเหน็ดเหนื่อยและรัดเกร็ง

การพิมพ์ตัวอักษรที่ปรากฏอยู่บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ในสภาพ

การทำงานที่หลอดไฟในห้องมีความสว่างมากเกินไป และทำให้จอภาพ
มองเห็นไม่ชัดเจน เหมือนมีหมอกมาบังบังอยู่หน้าจอ นั้นเกิดจากการ
สะท้อนของแสงที่ตกกระทบกับจอคอมพิวเตอร์ ทำให้ต้องมีการเพ่งไปที่
จอภาพเป็นระยะเวลานาน โดยมีการเลื่อนโฟกัสสายตาที่จ้องมองบน
จอภาพ เพื่ออ่านข้อความบนจอภาพซึ่งได้จากการพิมพ์ลงไปใน
คีย์บอร์ด

กิจกรรมอันดูเป็นเรื่องธรรมดาสามัญเมื่ออยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์
เหล่านี้เองที่ค่อยๆ นำพาไปสู่สุขภาพสายตาที่เสื่อมโทรมในที่สุด

นานาผลที่เกิดขึ้น

ลองดูซิว่าอาการที่เกิดจากการใช้คอมพิวเตอร์ต่อดวงตาเหล่านี้
เคยเกิดกับคุณหรือเปล่า

- คอมพิวเตอร์ วิชั่น ซินโดรม (Computer Vision Syndrome) พญ.พุดศิริรินทร์ ชูจันทร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านผิวหนัง เปิดเผยว่า คนรุ่นใหม่ที่ต้องนั่งอยู่หน้าจอ
คอมพิวเตอร์ติดต่อกันวันละหลายๆ ชั่วโมง เสี่ยงต่อการเป็น
โรคตาที่มีชื่อว่า “คอมพิวเตอร์ วิชั่น ซินโดรม” โดยมี
อาการ คือ ปวดเบ้าตา ปวดต้นคอ มีอาการอ่อนล้าทาง
ประสาทตา มีภาวะตาแห้ง รอยดำคล้ำบริเวณตา หรือมี





รอยบวมเห็นเป็นถุงใต้ตาไปออกมา นับเป็นปัญหาที่สร้างความกังวลให้กับคนทุกเพศทุกวัยอย่างมาก

สาเหตุหลักๆ นอกจากการใช้สายตาเพ่งหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ แล้ว ยังเกิดจากการได้รับรังสีอัลตราไวโอเลตในแสงแดดมากเกินไป และมีปัจจัยอื่นๆ เช่น กรรมพันธุ์ สภาพแวดล้อม อาหาร ความเครียด การลดลงอย่างฉับพลันของฮอร์โมน ฯลฯ

- **การมองเห็นภาพซ้อน** เกิดจากกล้ามเนื้อตาที่ควบคุมการรวมกันของภาพที่จุดๆ หรือภาพที่เห็นซ้อนๆ กัน บางครั้งก็ไม่มีรู้สึกหรือไม่เกิดขึ้นโดยตรง แต่อาจรู้สึกปวดหัวหรือเกิดอาการล้าเมื่อยตา ภาพซ้อนถือเป็นอาการหนึ่งของความเครียดทางสุขภาพนัยน์ตา ถ้าพบว่าเห็นภาพซ้อนปรากฏทันทีหรือเป็นอยู่เรื่อยๆ คุณควรจะไปพบหรือปรึกษากับจักษุแพทย์ทันที
- **ปรับโฟกัสมีปัญหา** เมื่อกล้ามเนื้อตาส่วนที่เรียกว่า ซีเลียรี (ciliary) ถูกใช้งานอย่างหนัก โดยการทำงานอย่างซ้ำๆ เพื่อเลื่อนโฟกัสมองตามตัวอักษรที่พิมพ์ หรือกวาดสายตาตามตัวอักษรที่พิมพ์บนจอภาพ หรือการพยายามมองอยู่ที่โฟกัสเดิมเป็นเวลานานๆ จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการล้า และอาจทำให้สายตาหรือกล้ามเนื้อส่วนนี้เสื่อม ส่งผลให้ไม่สามารถมองเห็นจุดโฟกัสของภาพได้อย่างสมบูรณ์
- **ปวดหัว** เมื่อคุณต้องใช้สายตาอย่างหนักโดยการเค้นหรือจ้องมองเป็นเวลานานๆ บนจอคอมพิวเตอร์ ก็อาจเกิดอาการปวดหัวจากความเครียดที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อบริเวณคอและบริเวณศีรษะที่เกิดความตึงเครียด อาการปวดหัวนี้อาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่เกิดจากความเมื่อยล้าของนัยน์ตา แต่เป็นผลข้างเคียงจากความพยายามในการจ้องมองในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

ทางเลี่ยงที่นารู้

หากพบว่า พฤติกรรมเดิมๆ เข้าข่ายทำร้ายดวงตาโดยไม่ตั้งใจ มาลองปรับปรุงกันใหม่ตามคำแนะนำต่อไปนี้

1. ควรให้พักสายตาทุก 2 ชั่วโมง นาน 15 นาที ด้วยการมองออกไปไกลๆ
2. ปรับแสงหน้าจอคอมพิวเตอร์ให้แสงพอเหมาะกับแสงสว่างรอบข้าง โดยทั่วไป

ควรให้แสงบนจอสว่างเป็น 3 เท่าของความสว่างในห้องทำงาน และไม่ควรดับไฟในห้องแล้วเปิดแต่จอภาพ

3. ปรับระดับจอภาพให้อยู่ต่ำกว่าระดับสายตาประมาณ 15-20 องศา เพื่อลดปัญหาปวดคอ ไหล่ และหลัง

4. สำหรับผู้ที่สายตาวาวควรเลือกใช้แว่นชนิดชั้นเดียว (มองไกลอย่างเดียว)

ในการทำงานหน้าจอ และควรบอกผู้ประกอบแว่นว่า ต้องการใช้งานที่ระยะ

50-70 เซนติเมตร มิฉะนั้น ข่างจะตัดให้เห็นชัดที่ระยะอ่านหนังสือ คือ

30 เซนติเมตร

5. หากรู้สึกอ่อนล้าให้νωดคลั่งเบาๆ และควรบริหารดวงตา เพื่อคลาย

ความตึงเครียด ด้วยการกลอกตาไปรอบๆ เป็นวงกลม สัก 5-6 รอบ

และใช้นิ้วนางทั้ง 2 นิ้วแตะที่หัวตาแต่ละข้าง คลั่งเบาๆ

แบบกดจุดนาน 1-2 วินาที

รู้แล้วลองปรับความเคยชิน ถอยห่างจาก

“แสงสี” ที่หน้าจอไปสู่โลกจริงๆ ให้มากขึ้น

เพื่อสายตาที่ดีจะได้อยู่กับคุณ

ไปนานๆ 





คนกันคิด

เกาะติดความก้าวหน้า โครงการพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุ

กันคิด

16

ประโคนชาวกันมานานว่า ไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังก้าวสู่ “สังคมสูงวัย” สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นหลังจากนั้นก็ คือ คำถามว่า แล้วเราได้ลงมือทำอะไร เพื่อเตรียมการรับมือกับสภาพการณ์ดังกล่าวไว้เพียงพอแล้วหรือยัง?

“ต้นคิด” ฉบับนี้ สนทนากับ ศศ.ดร.พัชรารัตน์ ศรีศิลป์นันท์ แห่งภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ อดีตผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะ หัวหน้าโครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มาติดตามความคืบหน้าของโครงการที่น่าสนใจนี้ด้วยกัน



เหตุใดอาจารย์จึงเกิดความสนใจเรื่องผู้สูงอายุ

ตั้งแต่เริ่มเรียนปริญญาโทในปีพ.ศ.2527 ที่มหาวิทยาลัยไอโอวา รัฐไอโอวา สหรัฐอเมริกา แรกเริ่มก็ให้ความสนใจแต่สุขภาพฟันของเด็ก เพราะเป็นปัญหาสำคัญในเมืองไทย แต่พอไปถึงไอโอวาทุกคนกลับสนใจเรื่องผู้สูงอายุ เขาตื่นตัวกันมากเนื่องจากสังคมตะวันตกพบปัญหาผู้สูงอายุก่อนเรา นักวิชาการของเขามุ่งทำวิจัยศึกษาเรื่องนี้ นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยไอโอวายังเป็นมหาวิทยาลัยแรกที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุระยะยาว จึงมีโอกาสตามอาจารย์ไปตรวจฟันผู้สูงอายุที่บ้าน แต่ตอนนั้นตัวเองยังหัวเราะและคิดว่า

ฉันจะดูเฉยๆ เมื่อกลับเมืองไทยก็ค่อยๆ มีความคิดไปทีละน้อยว่า เรื่องผู้สูงอายุก็น่าสนใจ และคิดว่าอีกไม่นานเมืองไทยก็ต้องมีปัญหारेื่องผู้สูงอายุ และได้รู้มาว่าในเชียงใหม่ก็มีเครือข่ายที่ทำงานด้านผู้สูงอายุชื่อ Age Net จึงตามหาและไปประชุมกับเขา เพราะเกิดความตั้งใจแล้วว่าทำงานด้านนี้ หลังจากนั้นก็ได้เข้ามาเป็นกรรมการ



ตอนนั้นสนใจเรื่องการพัฒนาบบข้อมูลอยู่แล้วหรือไม

ไม่ เมื่อเรามีเครือข่าย Age Net ที่ว่านี้ และมีเพื่อนอาจารย์ที่อยู่ใน Age Net ได้แก่

คณาจารย์จากคณะแพทย์และพยาบาล คณะเทคนิคการแพทย์และเภสัช ก็เกาะกลุ่มชวนกันทำวิจัย เคยทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หนึ่งชิ้น เป็นเรื่องของการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุลด ละ เลิก เหล้าบุหรี่ โดยมีแนวคิดว่า ผู้สูงอายุก็สามารถเป็นผู้นำเรื่องนี้ได้ นับว่าเป็นโครงการที่สนุก ต่อมาหลังจากทำงานเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุมานาน สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุขภาคเหนือ มาตั้งสำนักงานอยู่ใต้ตึกของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเสนอที่จะให้ทุนอาจารย์ทำโครงการเรื่องเครือข่ายข้อมูลข่าวสารระดับพื้นที่ ดิฉันได้ตอบรับด้วย ทั้งที่จริงไม่ได้มีความนัด





เรื่องข้อมูลข่าวสารมากนัก แต่อยากทำเรื่องผู้สูงอายุ และมีแนวคิด ถ้าเรามีข้อมูลที่ดี ย่อมนำไปสู่การวางแผนที่ดีได้ เพราะปัญหาของประเทศไทยก็คือ เรามักจะขาดข้อมูล โดยเฉพาะด้านข้อมูลสุขภาพ



ดำเนินการอย่างไร

เริ่มต้นจากเลือกพื้นที่จังหวัดลำพูน เพราะเห็นว่าเป็นพื้นที่เล็ก ๆ ที่น่าสนใจ โครงการของเรา ก็แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นโครงการศึกษา สถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ดูว่าปัจจุบัน สถานการณ์ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างไรบ้าง โดยใช้กรอบแนวคิด 5 ด้านขององค์การอนามัยโลก คือ เรื่องของภาวะสุขภาพ, เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ระบบ บริการสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ สวัสดิการ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดี ซึ่งหมายถึงทั้งกายและใจ ส่วนระยะที่ 2 คือ การพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จากข้อมูลใน ระยะแรก และการทบทวนวรรณกรรมเช่นเดียวกัน เราก็มาคิดว่าตัวชี้วัดสุขภาพนั้นควรจะมีสักกี่ตัว และ พื้นที่เขาเก็บอะไรแล้วบ้าง และอะไรที่ยังไม่ได้เก็บ และจะเก็บอย่างไรให้ง่ายที่สุด เมื่อจบเฟส 2 ซึ่งเราได้ ตัวชี้วัดแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ ความฝันของเรา คือจะ พัฒนาระบบสารสนเทศ



ทีมงานมาจากที่ไหนบ้าง

ทีมหลักคือ คณาจารย์ในมหาวิทยาลัย

เชียงใหม่ จากคณะแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ และ นักพัฒนาระบบสารสนเทศอิสระ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เคย ทำให้จังหวัดลำพูนมาก่อน เราจึงอยากเชื่อมโยงกับ คนเดิมของที่นั่น ในทีมหลักนี้มีทั้งหมด 5 ท่าน ส่วน ในพื้นที่ก็จะมากน้อยประมาณ 15 คน



พื้นที่มีส่วนร่วมในโครงการหรือไม่ อย่างไร

หลักการสำคัญของเราคือ ต้องการให้พื้นที่ ร่วมเป็นเจ้าของโครงการกับเรา ในการประชุมกับพื้นที่ เมื่อปลายเดือนมีนาคม เราก็นำเสนอในพื้นที่ว่า จะ ออกแบบให้ทุกคนเป็นเจ้าของข้อมูล ทุกคนสามารถ เข้ามาดึงข้อมูลไปใช้ได้



ขณะนี้โครงการดำเนินการมาถึงขั้นไหน

ตอนนี้กำลังจะปิดระยะที่สอง เราได้ตัวดัชนี ชีววัด โดยเป็นดัชนีที่เราทบทวนเอกสารและพูดคุยกับ พื้นที่ ซึ่งอาจไม่ตรงกับดัชนีชีววัดที่คนอื่นทำจาก โครงการอื่นก็ได้ แต่คนในอำเภอแม่ทา จ.ลำพูน มาดู แล้วบอกว่า ใช่เลย ขั้นตอนต่อไปก็คือ การพัฒนาตัว เครื่องมือนี้ให้เป็นระบบ รวมทั้งระบบการจัดเก็บด้วย



เป้าหมายที่อยากเห็นคืออะไร

อยากเห็นว่า ในขั้นสุดท้ายแล้วแต่ละ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสามารถดึงข้อมูลของ เราไปใช้ได้ โดยเราจะทำระบบฐานข้อมูลที่บุคคล



ทิ้งเรื่องไม่ได้มีความกดดันเรื่องข้อมูล

ข่าวสารมากนัก

แต่อยากทำเรื่องผู้สูงอายุ

และมีแนวคิดที่

ถ้าเรามีข้อมูลที่ดี

ย่อมนำไปสู่การวางแผนที่ดีได้

กลุ่มที่ระบุเข้าไปเติมหรือแก้ไขข้อมูลได้ และกลุ่ม ทั่วไปก็สามารถเข้าไปศึกษาหรือดึงข้อมูลออกมาใช้ ประโยชน์ได้อย่างสะดวก

ความฝันสูงสุดก็คือ เมื่อเราได้ต้นแบบแล้ว เราทำงานเสร็จเราก็ส่งคืนเจ้าของทุน จากนั้นถ้าเขา เห็นว่าเป็นเครื่องมือที่ดี เขาก็สามารถผลักดันต่อไปให้ นำไปใช้ในระดับชาติ





ปฏิกรณ์
ปัญญา

ถื่นลลล

18

สำรวจโลก

เรื่อง “ระบบข้อมูลสุขภาพ”

ปัจจุบัน ไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เดินหน้าด้านการลงทุนเพื่อสร้าง “สุขภาพ” อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ก้าวที่เด่นชัดที่สุดก็คือ เมื่อมีการออก พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2545 ที่ส่งผลให้เกิดกองทุนจากภาษีสุราและยาสูบสนับสนุนการดำเนินโครงการเพื่อสร้างสุขภาพในทุกด้าน

การพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพให้สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหา และชี้ทางออกต่อประเด็นสำคัญต่อสุขภาพได้อย่างรวดเร็วฉับไว และครอบคลุมกลุ่มประชากรวงกว้างทั่วประเทศ ได้รับการยอมรับว่า เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระดับชาติ เพราะความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจน และเป็นปัจจุบันคือกุญแจสำคัญในการคาดการณ์อนาคต และนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนงานเชิงป้องกันได้อย่างตรงจุดและรอบด้าน

รายงานวิชาการ “การศึกษาทบทวนระบบข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ

ไทย : ทูทางสังคมที่ต้องเร่งสร้าง” จัดทำโดย รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นหนึ่งในแหล่งความรู้ที่น่าสนใจสำหรับผู้สนใจความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในระดับนานาชาติ โดยในรายงานความหนาพองามขนาด 50 หน้า ฉบับนี้ ได้นำเสนอประสบการณ์การพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจากประเทศระดับแถวหน้า เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และประเทศภาคีขององค์การอนามัยโลกอีกบางประเทศ โดยเล่าถึงโครงการสำคัญต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพอย่างกระชับและอ่านง่าย

แม้เป็นรายงานที่จัดว่าไม่ใหม่เอี่ยมอ่อง แต่ยังมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจให้เก็บเกี่ยว

และอาจไปไกลถึงขั้นจุดประกายความสนใจให้ผู้อ่านอยากมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในบ้านเราก็เป็นได้





Highlight
Hiso
ศิริพร คำภูไทย

ระบบข้อมูลเบาหวาน เรื่องที่ต้องเร่งสานต่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย ดังเช่นข้อมูลจาก **การศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของคนไทย** ระหว่างปี 2542 และ 2547 พบว่าเบาหวานเป็นโรคสำคัญ อันดับ 3 ในกลุ่มผู้หญิง และ อันดับ 8 ในกลุ่มผู้ชาย

แม้มีข้อมูลที่แสดงสถานการณ์ของโรคให้เราได้เห็น แต่จนถึงขณะนี้ ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีความจำเป็นในการใช้ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง รักษา และส่งเสริมการป้องกัน ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นระบบ

เมื่อวันที่ 27-28 เมษายน ที่ผ่านมา สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) และสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้จัดประชุมเรื่อง **“ระบบข้อมูล: หนึ่งในเครื่องมือสำคัญในการจัดการเบาหวาน”** โดยได้เชิญผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ อาทิ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติแม่เปิน จ.พะเยา สสอ.ท่าช้าง จังหวัดอยุธยา โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มาหารือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการระบบข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้ในการจัดเตรียมประชุมเวทีวิชาการ โดยเรื่องนี้เป็นห้องประชุมย่อยห้องหนึ่งภายใต้การจัดประชุมวิชาการเรื่อง “การเชื่อมต่อและเสริมประสิทธิภาพระบบจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ” ซึ่งทางสถาบันวิจัย

และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจะจัดให้มีขึ้นในวันที่ 21-22 พฤษภาคม นี้ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

การประชุมในครั้งนี้จะเป็นการจุดประกายเรื่องระบบข้อมูลเบาหวานให้ก้าวไปอีกขั้นหนึ่ง โดยสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพจะใช้โอกาสนี้ในการทบทวนและถอดบทเรียนระบบข้อมูลเบาหวาน เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลให้เกิดความเชื่อมโยงซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

และท้ายที่สุดจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในอนาคต **ศิริพร**





ยิ้มก่อนอ่าน

“อภิสิทธิ์” ที่ไม่อาจปฏิเสธ !

คุณเคยสงสัยเรื่องเสียงหัวเราะบ้างหรือเปล่า ทำไมคนเราถึงเปล่งเสียงแปลกๆ เหล่านั้นออกมา เสียงเหล่านั้นมีความหมายว่าอะไร เสียงหัวเราะที่
นั้นมาจากไหน

นี่ไม่ใช่เรื่องเล่นๆ แต่มันเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และน่าสนใจถึงขนาดที่นักคิดผู้ยิ่งใหญ่อย่างเพลโต กาลิเลโอ และดาร์วิน ต่างก็เคยได้ขบคิดกันว่าเกิดขึ้นจาก
อะไร และเป็นไปเพื่ออะไร

ความคิดหนึ่งที่เสนอกันก็คือ เสียงหัวเราะและการจิกจิ้มจุดกำเนิดมาจากการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก แต่ความคิดที่ได้รับการยอมรับในไม่กี่ปี
ที่ผ่านมา โดยเฉพาะในหมู่นักชีววิทยาด้านวิวัฒนาการก็คือ การหัวเราะเป็นสัญญาณแสดงถึงความไว้วางใจในกันและกัน

ทอม แฟลิมสัน นักวิจัยเรื่องการหัวเราะแห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองลอสแอนเจลิส กล่าวว่า

“การหัวเราะเป็นการแสดงโดยอัตโนมัติ และยากต่อการเสแสร้ง เป็นสัญลักษณ์แสดงความซื่อสัตย์”

โดยทั่วไป สิ่งที่ทำให้คนเราหัวเราะก็คือ การเล่นคำ แต่นักวิทยาศาสตร์ ชื่อโพรวิน พบว่า ญุณสำคัญของการเล่นคำอยู่ที่ “การเล่น” เขาคิดว่า ผู้ที่เป็นเจ้าแห่ง
เสียงหัวเราะก็คือเด็กๆ และจะเห็นเด็กๆ หัวเราะได้อย่างชัดเจนก็ตอนที่พวกเขา กำลังเล่นโหมกเสียงดังอย่างไม่มีการคิดใดๆ จากการสังเกตของคณะศึกษากลุ่ม
ก็พบว่า เสียงหัวเราะทำหน้าที่เสมือนเป็นการสมานทางสังคม และวิธีที่คนเราหัวเราะก็ขึ้นอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่เราอยู่ด้วย อย่างพวกผู้ชายมักจะหัวเราะยาวๆ ดังๆ เมื่ออยู่
ในกลุ่มเพื่อนผู้ชายด้วยกัน ว่ากันว่าการเล่นหัวเราะแบบนี้เป็นการสร้างความสัมพันธ์ต่อกัน ส่วนผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะหัวเราะเสียงแหลมและหัวเราะบ่อยขึ้น เมื่ออยู่ต่อหน้า
เพศตรงข้าม

แม้มนุษย์ไม่ใช่สิ่งมีชีวิตประเภทเดียวที่หัวเราะได้ เพราะสิ่งมีชีวิต เช่น ลิงชิมแปนซี กอริลลา หรือแม้แต่หนูต่างก็หัวเราะ แต่มนุษย์เราเป็นสิ่งมีชีวิตประเภท
เดียวที่สามารถควบคุมลมหายใจได้ดีพอที่จะทำเสียง ฮะ ฮะ ฮ่า ได้

ในเมื่อได้ “อภิสิทธิ์” ในเรื่องนี้ แล้วทำไมจะไม่ใช้กันให้เต็มที่ล่ะ จริงไหม?

ที่มา “หัวเราะทำไม” ในส่วน เรื่องเล่าข่าวสุขภาพสืบค้นได้จาก http://www.hiso.or.th/hiso/ghealth/ghealth2_4.php

