



ที่ พจ ๐๐๓๒.๐๐๖/๗๓๗/๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ถนนคลองคะเชนทร์ พิจิตร ๖๖๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง เพยแพร่รายงานการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร ประธาน / รองประธานคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขอำเภอ
ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth Disease) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป ขอความร่วมมือเผยแพร่รายงานการพยากรณ์โรค
มือ เท้า ปาก เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปริญญ์ นกปุ่นบุตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม

รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

กลุ่มงานควบคุมโรค

โทรศัพท์ ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔ - ๘ ต่อ ๑๓๕ , ๑๓๖

โทรสาร ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๓

e-office



สาธารณสุขยุคใหม่ สร้างสังคมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย

รายงานการพยากรณ์โรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth Disease)

ปรารธนา สุขเกษม
สมนึก เลิศสุโภชนิษฐ์
พรศักดิ์ อยู่เจริญ
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

1. บทนำ

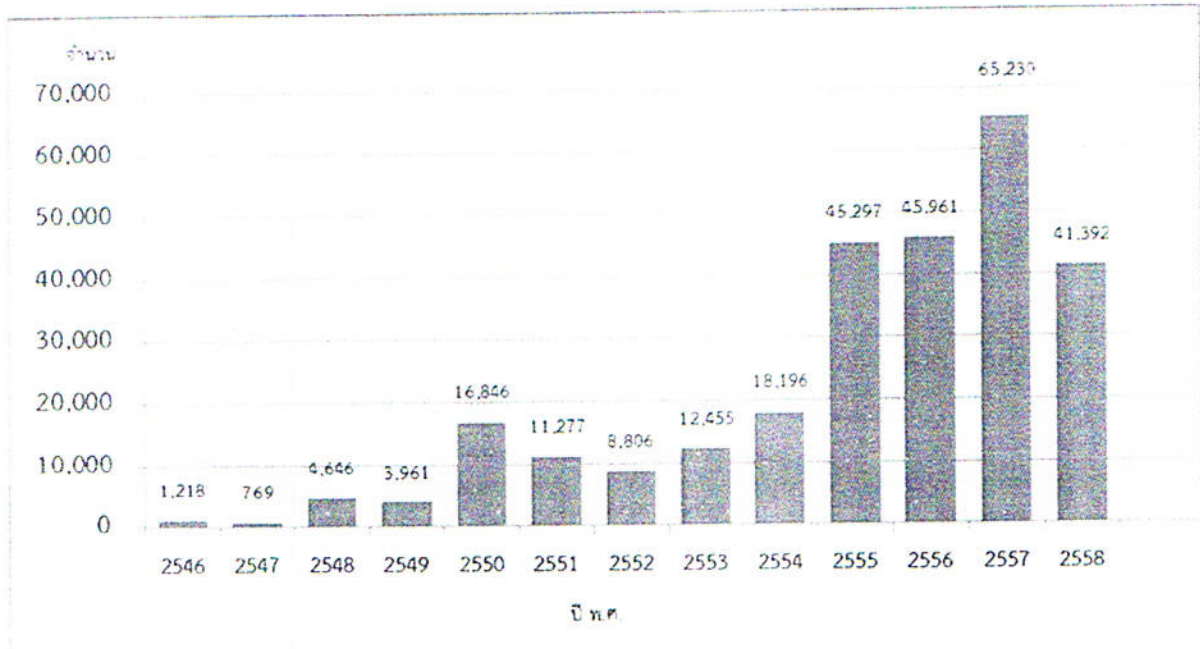
โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth Disease) เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร มีหลากหลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่พบในเด็กต่ำกว่า 5 ปี โรคนี้ติดต่อได้จากการสัมผัสโดยตรงทางน้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพองและแผล หรืออุจจาระของผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง เช่น มีไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดเมื่อย เป็นต้น โดยจะปรากฏอาการดังกล่าวอยู่ 3 - 5 วัน แล้วหายได้เอง หรือมีอาการไข้ ร่วมกับตุ่มพองเล็กๆ เกิดขึ้นที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า บริเวณก้น และในปาก โดยตุ่มแผลในปากส่วนใหญ่พบที่เพดานอ่อนลิ้น กระพุ้งแก้ม เป็นสาเหตุให้เด็กไม่ดูดนม ไม่กินอาหารเพราะเจ็บ อาจมีน้ำลายไหล ในบางรายไม่พบตุ่มพองแต่อย่างใด แต่บางรายจะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตได้ ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อจาก Enterovirus 71 อาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย โดยเป็นแบบเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไม่ติดเชื้อ (aseptic meningitis) ที่ไม่รุนแรงหรือมีอาการคล้ายโปลิโอ ส่วนที่รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตจะเป็นแบบสมองอักเสบ (encephalitis) ซึ่งมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (brain stem) อาการหิวใจวาย และ/หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (acute pulmonary edema)

กรมควบคุมโรคเริ่มมีการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปากตั้งแต่ พ.ศ. 2544 และได้เพิ่มเติมโรค Herpangina ในนิยามการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปากในปี 2554 ซึ่งโรค Herpangina ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 1-7 ปี ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ coxsackievirus A16 และ Enterovirus 71 ผู้ป่วยจะมีไข้ฉับพลันและมีแผลเปื่อยเล็กๆ ในลำคอบริเวณเพดาน ลิ้นไก่ ทอนซิล มีอาการเจ็บคอมากร่วมกับมีน้ำลายมาก ยังไม่เคยมีรายงานการเสียชีวิต และอาจมีอาการกลืนลำบากปวดท้องและอาเจียน โรคจะเป็นอยู่ 3 - 6 วัน และมักจะหายเอง

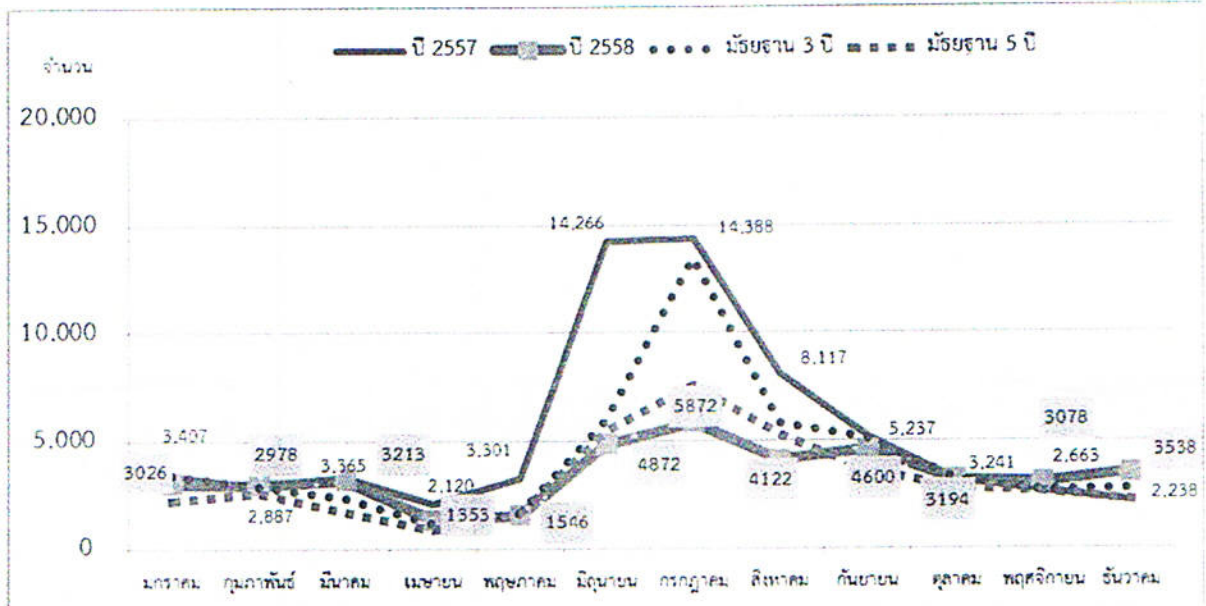
2. สถานการณ์โรค

โรคมือเท้าปากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2546-2558 มีรายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปากต่อเนื่องตลอดทั้งปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2554 ที่มีการปรับนิยามการเฝ้าระวังที่รวมโรคแผลในคอหอย (Herpangina) ให้เป็นโรคที่ต้องรายงานในกลุ่มโรคนี้ด้วย พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปีและเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับฤดูกาล ในแต่ละปีพบผู้ป่วยสูงขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมและมีผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม ซึ่งนับเป็นฤดูกาลระบาดของโรคในทุกปี อีกทั้งยังเป็นช่วงเปิดภาคเรียนใหม่ของสถานศึกษาที่เด็กจะเข้ามาอยู่รวมกันจำนวนมาก ซึ่งจะเป็นสถานที่แพร่กระจายของโรคเป็นอย่างดี หากมีเด็กป่วยและไม่ได้แยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ จะทำให้เชื้อติดต่อสู่กันได้ง่าย ดังรูปที่ 1 และ 2

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ปี พ.ศ. 2546 - 2558



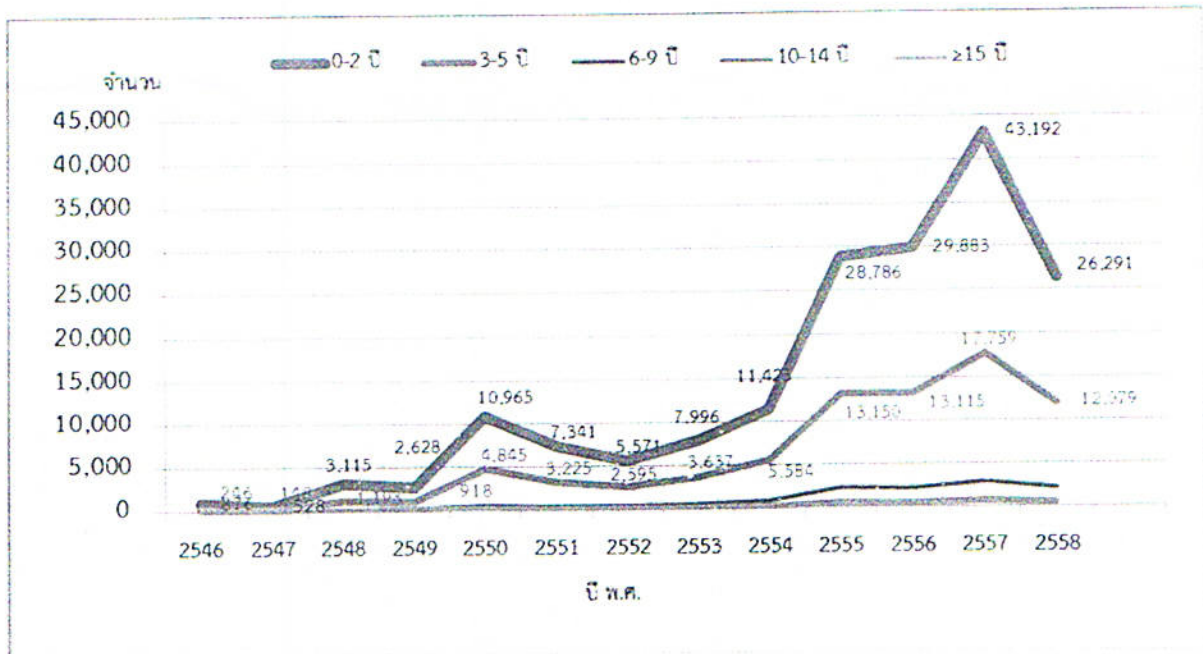
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจำแนกรายเดือน ปี พ.ศ. 2557 - 2558 เทียบกับค่ามัธยฐาน



ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีการระบาดของโรค มีรายงานจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดถึง 65,835 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 102.14 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1: 0.74 มีรายงานผู้เสียชีวิตจำนวน 2 ราย ที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดระยอง และจากการติดตามสถานการณ์โรคมือเท้าปากในปี พ.ศ. 2558 ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2558 พบผู้ป่วย 41,392 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 63.56 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1: 0.75

มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.01 ต่อแสนประชากร รายแรกเป็นเด็กเพศหญิงอายุ 4 ปี 10 เดือน ที่จังหวัดสระบุรี รายที่สองเป็นเด็กเพศชายอายุ 1 ปี 8 เดือน ที่จังหวัดตาก รายที่สามเป็นเพศหญิงอายุ 4 ปี 3 เดือน ที่จังหวัดชลบุรี ให้ผลบวกเชื้อ Enterovirus71 ทั้ง 3 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กเล็ก อายุที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ 1 ปี (ร้อยละ 29.13) 2 ปี (ร้อยละ 25.30) และ 3 ปี (ร้อยละ 17.60) (รูปที่ 3) จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 10 อันดับแรก คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (154.58) เชียงราย (149.13) ระนอง (145.69) พะเยา (140.57) ภูเก็ต (135.06) ประจวบคีรีขันธ์ (135.02) น่าน (132.98) แม่ฮ่องสอน (113.23) ลำปาง (108.36) และเลย (104.33) ตามลำดับ

รูปที่ 3 ผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2546-2558



3. การคาดการณ์หรือการพยากรณ์โรคมือเท้าปาก

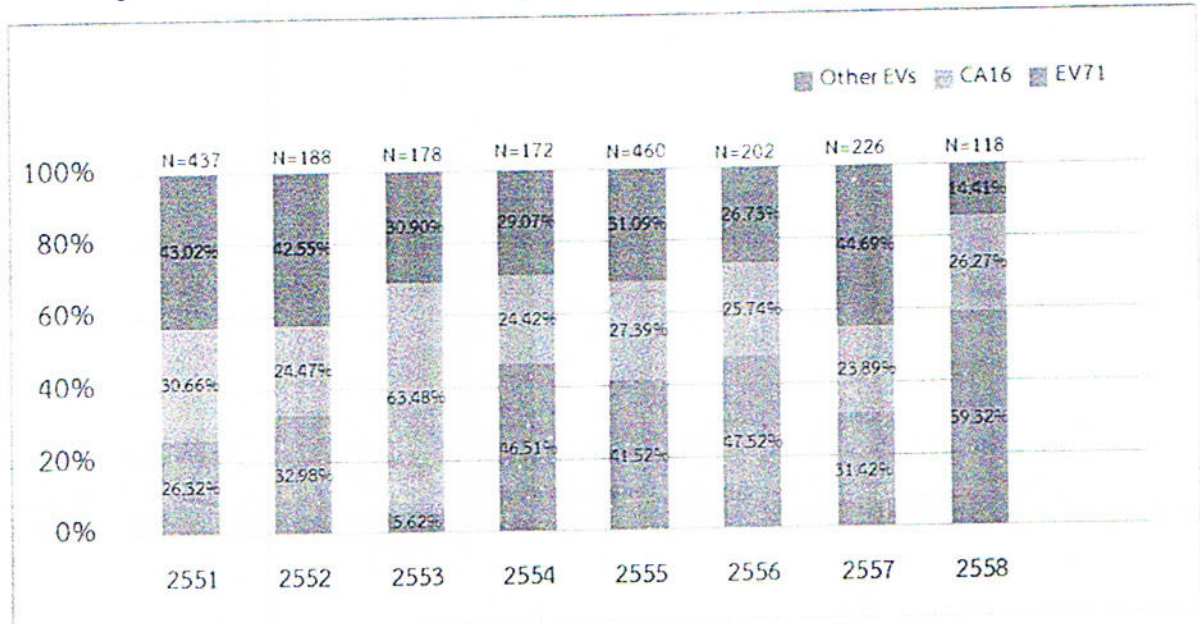
จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2559 คาดว่าน่าจะมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงตั้งแต่ต้นปีและสูงต่อเนื่องมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2558 ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา หลังจากนั้นจะลดลงเรื่อยๆและเพิ่มสูงขึ้นในเดือนพฤษภาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน ฤดูกาลระบาดของโรคเป็นประจำทุกปี อีกทั้งเป็นช่วงเปิดภาคเรียนที่เด็กมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก จากนั้นจำนวนผู้ป่วยจะลดลงเรื่อยๆจนถึงเดือนตุลาคม และเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งเป็นรอบที่สองในเดือนพฤศจิกายน เนื่องจากรูปแบบการระบาดเป็นการระบาดแบบปีเว้นปีและสัมพันธ์กับฤดูกาล ซึ่งในปี พ.ศ. 2557 เป็นปีที่มีการระบาดของโรค จึงคาดว่าในปี พ.ศ. 2559 จะมีจำนวนผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 45,000 - 60,000 ราย มีผู้เสียชีวิตประมาณ 3 - 6 ราย

กลุ่มอายุที่คาดว่าจะเป็กลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มเด็กอายุระหว่าง 0 - 5 ปี ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในครอบครัวปกติไม่ได้อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก และมีส่วนหนึ่งที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กอ่อน ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในครอบครัวและชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี พ.ศ. 2559 สำนักโรคติดต่อทั่วไปได้ดำเนินการขยายผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่เฉพาะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลและสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งในสังกัดภาครัฐและเอกชน ซึ่งจากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ระบาดของโรคมือเท้าปากเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด สำนักระบาดวิทยา พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีรายงานการระบาดแบบกลุ่มก้อน จำนวน 13 เหตุการณ์ โดยเกิดขึ้นทั้งในโรงเรียนอนุบาล (7เหตุการณ์) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (6เหตุการณ์) ส่วนในปี พ.ศ. 2558 มีรายงานการระบาดแบบกลุ่มก้อน จำนวน 28 เหตุการณ์ ส่วนใหญ่พบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (13 เหตุการณ์) โรงเรียนอนุบาล (11เหตุการณ์) และชุมชน (4เหตุการณ์) ตามลำดับแม้ว่ากรมควบคุมโรคจะได้พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากตั้งแต่ปี 2554 และขยายผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 80 แล้วก็ตาม แต่พบว่าอัตราป่วย อัตราตายยังไม่ลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมกลุ่มวัยทั้งหมด (เด็กอายุ 0-5 ปี) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมเด็กกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ได้แก่ โรงเรียนอนุบาลและสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งในสังกัดภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

เชื้อที่เป็นสาเหตุคือเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enterovirus ซึ่งพบเฉพาะในมนุษย์เท่านั้น และมีหลากหลายสายพันธุ์ สำหรับสายพันธุ์ที่ก่อโรคมือเท้าปาก ได้แก่ Coxsackie virus group A, B และ Enterovirus 71 จากข้อมูลเฝ้าระวังเชื้อไวรัสเอนเทอโรทางห้องปฏิบัติการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ปี พ.ศ. 2558 ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2558 ได้รับตัวอย่างจากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ส่งมาตรวจแยกเชื้อจำนวน 495 ราย (698 ตัวอย่าง) ให้ผลบวก 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.8 พบสารพันธุกรรม Enterovirus71 ร้อยละ 59.3 Coxsackievirus A type 16 ร้อยละ 26.3 สารพันธุกรรมไวรัสเอนเทอโรชนิดอื่นร้อยละ 14.4 (รูปที่ 4) ในปี พ.ศ.2559 คาดว่าชนิดของเชื้อที่พบมากที่สุดยังคงเป็น Enterovirus71 ซึ่งการติดเชื้อจาก Enterovirus 71 นั้นทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ เช่น อาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย โดยเป็นแบบเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไม่ติดเชื้อ (aseptic meningitis) ที่ไม่รุนแรงหรือมีอาการคล้ายโปลิโอ ส่วนที่รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตจะเป็นแบบสมองอักเสบ (encephalitis) ซึ่งมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (brain stem)อาการหัวใจวาย และ/หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (acute pulmonary edema) อย่างไรก็ตามการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการนั้นยังอยู่ในระดับต่ำและมีจำนวนน้อย ดังนั้นในกรณีมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคมือเท้าปาก ควรแจ้งข่าวการระบาดและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการโดยใช้งบประมาณของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งของการเฝ้าระวังโรคและเฝ้าระวังผู้เสียชีวิตที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

รูปที่ 4 การรายงานเชื้อที่ตรวจพบในผู้ป่วยแยกเป็นรายปี ระหว่างปี 2551 – 2558



อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยจะมากหรือน้อยกว่าที่พยากรณ์ไว้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงดำเนินการตามมาตรการการป้องกันควบคุมโรคอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เช่น การตรวจคัดกรองเด็ก การแยกเด็กป่วย การทำความสะอาดของเล่น ของใช้ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและการรายงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อควบคุมและสอบสวนโรค เป็นต้น ซึ่งกรมควบคุมโรคได้จัดทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในช่วงก่อนฤดูการระบาด อีกทั้งยังได้ลงพื้นที่เพื่อเร่งรัดและติดตามผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงและในพื้นที่ที่มีเด็กเสียชีวิต

4. คำแนะนำ

4.1 คำแนะนำสำหรับแพทย์ของกรมการแพทย์

ในผู้ป่วยที่สัญญาณเริ่มต้นของผู้ป่วยที่จะมีอาการรุนแรง ได้แก่ มีไข้สูง 39 องศาเซลเซียสขึ้นไป 2 – 3 วัน อาเจียนบ่อย ซึม สะดุ้งผวา Hyperglycemia เม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil สูง ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ

4.2 คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก

สำหรับศูนย์เด็กเล็ก และสถานศึกษา

- แจ้งการระบาดไปที่หน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ไปสอบสวนการระบาด ให้ความรู้ และคำแนะนำ

- เผยแพร่คำแนะนำเรื่องโรคมือเท้าปากแก่ผู้ปกครองและเด็กนักเรียน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยที่ช่วยป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะการล้างมือและการรักษาสุขอนามัยของสภาพแวดล้อม และควรแยกของใช้ไม่ให้ปะปนกัน เช่น แก้วน้ำ ช้อนอาหาร ฯลฯ

- เผื่อระวังโดยตรวจเด็กทุกคน หากพบคนใดที่มีอาการโรคมือเท้าปากต้องรีบแยกออกและให้หยุดเรียน 7 -10 วัน หรือจนกว่าจะหายป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อไปยังเด็กคนอื่น ๆ

- ควรรีบพาเด็กป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว และดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด

- พิจารณาปิดห้องเรียนที่มีเด็กป่วยหรือปิดทั้งโรงเรียนชั่วคราว (กรณีมีเด็กป่วยหลายห้อง หรือหลายชั้นเรียน) ประมาณ 5 - 7 วัน

- หากพบว่ามีอาการระบาดของโรคมือเท้าปาก หรือ มีผู้ป่วยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ในโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็ก พิจารณาให้ปิดชั้นเรียนที่มีเด็กป่วยมากกว่า 2 ราย หากมีการป่วยกระจายในหลายชั้นเรียน แนะนำให้ปิดโรงเรียนเป็นเวลา 5 วัน พร้อมทำความสะอาด อุปกรณ์รับประทานอาหาร, ของเล่นเด็ก, ห้องน้ำ, สระว่ายน้ำ และให้มั่นใจว่าน้ำมีระดับคลอรีนที่ไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน

- ทำความสะอาดสถานที่เพื่อฆ่าเชื้อโรค บริเวณห้องน้ำ ห้องส้วม สระว่ายน้ำ ครุฑ โรงอาหาร บริเวณที่เล่นของเด็ก สนามเด็กเล่น โดยใช้สารละลายเจือจางของน้ำยาฟอกขาว (20 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร) หรือน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ตามบ้านเรือน แล้วเช็ดล้างด้วยน้ำสะอาด

- ทำความสะอาดของเล่นเครื่องใช้ของเด็กด้วยการซักล้างแล้วผึ่งแดดให้แห้ง

- หยุดใช้เครื่องปรับอากาศ เปิดประตู หน้าต่าง ผ้าม่าน ให้แสงแดดส่องให้ทั่วถึง

สำหรับประชาชนทั่วไป

- ควรรักษาความสะอาด โดยล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย

- สังเกตอาการผิดปกติของเด็กอย่างใกล้ชิด หากมีอาการสงสัยโรคมือ เท้า ปาก หรือมีไข้สูงอย่างน้อย 2 วัน ร่วมกับอาการอาเจียน หอบเหนื่อย ซึม ชัก กล้ามเนื้อกระตุก หรือมีอาการแฉ่ง ควรไปพบแพทย์ แม้จะไม่มีผื่นขึ้นก็ตาม

คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค สำหรับประชาชน ศูนย์เด็กเล็ก และสถานศึกษา สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค <http://www.ddc.moph.go.th> และ ศูนย์ปฏิบัติการกรมควบคุมโรค โทร. 1422

5.บทสรุป

1. อัตราป่วย อัตราตายของโรคมือเท้าปากยังไม่ลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมกลุ่มวัยทั้งหมด (เด็กอายุ 0-5 ปี) ต้องขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมเด็กกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ได้แก่ โรงเรียนอนุบาลและสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งในสังกัดภาครัฐและเอกชน

2. ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก พบในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในครอบครัวปกติไม่ได้อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้ปกครองและชุมชนจึงมีความสำคัญ