



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2550

Volume 33 No. 1 January - March 2007



- การประเมินผลกระทบของการปฏิบัติงานโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัด เพื่อปฏิบัติการบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2547
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขีที่เมาสุราแล้วขับรถ ในเขตกรุงเทพมหานคร
- อัตราและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์หลังได้รับยาต้านไวรัส ในสถาบันบำราศนราดูร
- วัคซีนโรคกระดูกและข้อในสถาบันบำราศนราดูร
- สภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการพ่นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ ที่ติดเชื้อไวรัส
- พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถาบันบำราศนราดูร
- อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสาธารณสุขที่ 3
- กระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค. 2550

Volume 33 No. 1 Jan-Mar 2007

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Articles
การประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงานโครงการ พัฒนารูปแบบจังหวัด เพื่อปฏิบัติการบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2547 พรรณี ทิพย์ธาดล	1	The Evaluation of Operational Process for Province Model Development of Non Communicable Disease Control Service in 2004 <i>Punee Tiptaradol</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่ม สุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถในเขต กรุงเทพมหานคร นงนุช ตันติธรรม	10	Factors Associating with Alcohol Consumption Behavior Among Drunk Drivers in Bangkok Metropolis <i>Nongnuch Tantidhama</i>
อัตราและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาส ของผู้ป่วยเอดส์หลังได้รับยาต้านไวรัสในสถาบัน บำราศนราดูร อัจฉรา เขาวะวณิช และคณะ	21	Rate and Risk Factors of Major Opportunistic Infections in HIV/AIDS Patients after Antiretroviral Therapy at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute <i>Achara Chaovavanich, et al</i>
วัณโรคกระดูกและข้อในสถาบันบำราศนราดูร ยุทธศักดิ์ พีรกุล และคณะ	29	Bone and Joint Tuberculosis in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute <i>Yuthasak Peerakul, et al</i>



สารบัญ	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
สภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการ ฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค	37	Ileal Ulcer Perforation Caused by Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome in AIDS Patients
สุทัศน์ โชตนะพันธ์ และคณะ		Suthat Chottanapund, et al
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบัน บำราศนราดูร	42	Sexual Risk Behaviors and Sexually Transmitted Infections among Persons Attending HIV care in Bamrasnaradrua Infectious Diseases Institute
อัจฉรา เขาวะวนิช และคณะ		Achara Chaovavanich, et al
อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อ เอชไอวีในเขตสาธารณสุขที่ 3	60	Perinatal HIV Transmission Rate in the Public Health Region 3
แสงชัย สีมาชจร และคณะ		Saengchai Seemakachorn, et al
ปกิณกะ		Miscellaneous
กระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน	69	Health Communication Process through Commu- nity Radio
ลัดดา ปิยะเศรษฐ์ และคณะ		Ladda Piyaseth, et al

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมโรค

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมควบคุมโรค
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค
ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12

บรรณาธิการ

นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวรการ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์
นายแพทย์สราวุธ สุวัฒน์ทัพพะ
นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล
นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน
แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์
นางจินทนา รัตนดิถก ณ ภูเก็ต
นางรัตนา อีระวัฒน์

ผู้จัดการ

นางสาวพรทิพย์ วิริยานนท์

ฝ่ายจัดการ

นายชูชาติ อังคศุภศิริกุล
นางสมอวิล วงษ์เทศ
นางสาวนันทนา เกื้อนสว่าง

สำนักงาน

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ผู้ประสานงาน

นางสาวรุ่งทิพา ธานี โทร. 0-2590-3225

กำหนดออก

ปีละ 4 ครั้ง หรือรายสามเดือน : มกราคม - มีนาคม, เมษายน - มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน, ตุลาคม - ธันวาคม

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร
โทร. 0-2424-5600

DISEASE CONTROL JOURNAL

Official Publication of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Advisors :	Director General, Department of Disease Control Deputy Director General, Department of Disease Control Senior Experts, Department of Disease Control Director of Bureau and Institute, Department of Disease Control Regional Directors, Offices of Disease Control
Editor :	Dr. Anupong Chitwarakorn
Editorial Board :	Dr. Supamit Chunsuttiwat Dr. Saravuth Suvannadabba Dr. Suwich Thammapalo Dr. Krisada Mahotarn Dr. Pachara Sirivongrangson Ms. Chantana Ratanadilok na Bhuket Ms. Rattana Theerawath
Manger:	Ms. Porntip Wiriyant
Management Department:	Mr. Choochart Angsupasirikul Ms. Somthavil Wongtedh Ms. Nanthana Thuensawang
Editor Office:	Planing Division, Department of Disease Control Ministry of Public Health Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000, Tel. 0-2590-3832
Contract Person:	Ms. Rungtiwa Thane Tel 0-2590-3225
Publishment Quarterly:	Quarterly issued per year : January-March, April-June, July-September, October-December
Printing:	Printed at the Printing House of the Argicutral Cooperatives of Thailand, Bangkok, Tel. 0-2424-5600

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรคยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ การศึกษา วิจารณ์กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์	บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิจารณ์วิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ(ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอิกไทยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย(สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	เอกสารอ้างอิง	1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง ชื่อย่อวารสาร ปีค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of Adults with AIDS. JAMA 1987 ; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. อีระ งามสุร, นิวัติ มนต์วิสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเรื้อรังระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางตัวขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อรัง 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.1 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทที่หนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

1. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงพร; 2533. น. 115-20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์ ในวารสารโรคติดต่อปีที่ 24 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2541) หน้า 465 -472.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น diskette ถึงกลุ่มงานส่งเสริมวารสารทางวิชาการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือที่ e-mail address: ddcjournal@ddc.moph.go.th และ anupongc@health.moph.go.th

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ตัดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพถ่ายขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

**การประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงานโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัด
เพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2547**

**The Evaluation of Operational Process for Province Model Development of
Non Communicable Disease Control Service in 2004**

พรณี ทิพย์ธาดล

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

บทคัดย่อ

การประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงานโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรค ปี 2547 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงานและศึกษาปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน ของโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2547 ด้วยวิธีการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 127 คน จากสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่นำร่อง 12 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สุพรรณบุรี จันทบุรี สมุทรสงคราม สุรินทร์ หนองคาย มุกดาหาร นครสวรรค์ น่าน ลำปาง กระบี่ และตรัง ผลการศึกษา พบว่า ผลจากการปฏิบัติงานของโครงการ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบนโยบาย เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ได้มีโอกาสในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่อันเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมและการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับชุมชน ในส่วนของประชาชนมีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพและคัดกรองโรคที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง รวมทั้งได้รับความรู้และแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อที่ถูกต้องเหมาะสม

จุดแข็งที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการที่สำคัญคือ การตระหนักถึงความสำคัญและการสนับสนุนจากผู้บริหารกองปรกกับความตั้งใจมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานอันดับแรก คือการประสานงานและความชัดเจนของโครงการในระยะเริ่มต้นที่ส่งผลให้การดำเนินงานของพื้นที่ทำได้ไม่ทันในระยะเวลาที่กำหนด ข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่สำคัญ คือ ควรให้ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่มีส่วนร่วมในการคิดและวางแผนการดำเนินงานตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น และควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการขยายผลให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This study aimed to evaluate the operational process and obstacles of model development to control non-communicable diseases at the provincial level in 2004. The method of study was undertaken by questionnaires answered by 127 health personnel working in bureau of Non-communicable Disease Control, 12 NCD Regional officers, Provincial Health Offices and Health Service outlets in 12 pilot provinces namely Pathumthani, Suphanburi, Chantaburi, Samut-songkram, Surin, Nongkhai, Mukdaharn, Nakornsawan, Nan,

Lamphang, Krabi and Trang. The results revealed that this project had been acknowledged by the health personnel on policy, plan, target and method of the non-communicable diseases project. These personnel had interactively learned together to design and develop appropriate NCD control models for each setting. Team-work and networks with communities had been formed during the operation procedures. These models had improved the quality of screening and expounded the access of people to services in terms of care, knowledge and appropriate behavior to control and promote good health.

The key successes of this project were the support from top executives, the awareness and strong interaction of field health operators. Problems and obstacles were poor understanding and lack of coordination of the project at the beginning of the project which delayed the process. Feedback and suggestion were the anticipation of planning from field operators and consistent support of budget should be sustained in order to expand the project.

ประเด็นสำคัญ

การประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงานโครงการวิทยุชุมชน

Keywords

The Evaluation of Operational Process for Province Community Radio

บทนำ

โครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรค ปี 2547 เป็นโครงการที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มเพิ่มคุณภาพระบบบริการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁽¹⁾ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการบริการ สนับสนุนและบริการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานบริการพื้นฐานที่ชัดเจนและมีคุณภาพเพียงพอต่อการลดโรคและผลกระทบของโรคที่ตามมาได้อย่างสอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ โดยเน้นให้เป็น “โครงการปฏิบัติการเชิงรุก” ที่เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานจากส่วนกลาง และหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยในปีงบประมาณ 2547 ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายของโครงการเป็น 1 จังหวัด ตัวอย่าง ต่อ 1 เขต ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ได้พื้นที่ตัวอย่างนำร่อง จำนวน 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี สุพรรณบุรี จันทบุรี สมุทรสงคราม สุรินทร์ หนองคาย มุกดาหาร นครสวรรค์ น่าน ลำปาง กระบี่ และตรัง มีระยะเวลาดำเนินโครงการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2546 ถึง เดือนกันยายน

2547 ซึ่งโครงการนี้มีการประชุมระดมสมองทำกรอบแนวคิด และออกแบบต้นร่างรูปแบบ และให้การสนับสนุนงบประมาณ ทั้งพื้นที่นำร่องในการจัดบริการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตในการทำหน้าที่ควบคุมกำกับ จนได้รูปแบบของแต่ละพื้นที่ในการปฏิบัติบริการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานบริการพื้นฐานของแต่ละจังหวัด ตลอดจนเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด/อำเภอที่มีบทบาทในการสนับสนุนบริการสถานบริการพื้นฐานที่อยู่ในความรับผิดชอบ และรูปแบบการให้คำปรึกษาประสานยุทธศาสตร์ให้ความช่วยเหลือ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตภายหลังเมื่อการดำเนินงานของโครงการสิ้นสุดลง จึงได้มีการประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงานของโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการตัดสินใจด้านงบประมาณ สนับสนุนการขยายผลการดำเนินงาน ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญ รวมทั้งปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานของโครงการ อาศัยหลักฐานเชิง ประจักษ์จากสภาพการณ์ที่เป็นจริงที่ได้จากการประเมินผลโดยการสำรวจความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องการดำเนินงานของโครงการโดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อ

1. ประมวลผลการปฏิบัติงานของโครงการพัฒนารูปแบบ จังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2547

2. ศึกษาปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานของโครงการพัฒนารูปแบบ จังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2547

3. นำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการปรับกระบวนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ต่อไป

นครสวรรค์ น่าน ลำปาง กระบี่ และตรัง จำนวน 21 คน แบบสอบถามชุดที่ 2 คือ ผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขคือ โรงพยาบาล (รพศ./รพท./รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในพื้นที่จังหวัดน่านจำนวน 106 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาจัดเป็นหมวดหมู่

ผลการศึกษา

1. การบริหารจัดการและกระบวนการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบในการประเมินประกอบด้วยการวางแผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการให้เป็นไปตามแผนงาน/โครงการ การประสานงานและการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน การพัฒนาและจัดระบบฐานข้อมูล การพัฒนารูปแบบและทักษะการสื่อสาร รวมทั้งการนิเทศติดตามกำกับกับการดำเนินงาน จากการศึกษาโดยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการได้ผลการศึกษา ดังรายละเอียดในตาราง 1 และ 2

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสำรวจความคิดเห็น โดยมีแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม แบบสอบถามชุดที่ 1 คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านประสาน ติดตาม และกำกับดูแลการดำเนินงานจากสำนักโรคไม่ติดต่อ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1-12 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่น่านได้แก่ จังหวัดปทุมธานี สุพรรณบุรี จันทบุรี สมุทรสงคราม สุรินทร์ หนองคาย มุกดาหาร

ตาราง 1 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านการประสาน ติดตาม กำกับดูแลการดำเนินงานจากส่วนกลางและพื้นที่น่านต่อการบริหารจัดการและกระบวนการปฏิบัติงานของโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดฯ ปี 2547

การบริหารจัดการ / การปฏิบัติงาน	ผลการดำเนินงาน (N = 21)		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ตอบ
1. มีการวางแผนกิจกรรม (Action Plan)	100.0	-	-
2. การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้	95.2	4.8	-
3. มีการวางแผนการใช้งบประมาณ	95.2	4.8	-
4. การบริหารงบประมาณเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้	90.5	4.8	4.8
5. การสนับสนุน/ถ่ายทอดความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานให้กับหน่วยงานเครือข่าย	95.2	4.8	-
6. การติดตาม กำกับ และนิเทศงาน เพื่อรับฟังปัญหาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ระหว่างการทำงาน	100.0	-	-
7. มีการพัฒนารูปแบบและทักษะการสื่อสารเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเครือข่าย	100.0	-	-
8. มีการติดตามประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง	100.0	-	-
9. ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้วยดี	95.2	4.8	-
10. ผู้บริหารในหน่วยงานเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน	66.7	33.3	-

ตาราง 2 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำร่องต่อการบริหารจัดการและกระบวนการปฏิบัติงานของโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดฯ ปี 2547

การบริหารจัดการ / การปฏิบัติงาน	ผลการดำเนินงาน (N = 106)		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ตอบ
1. มีการวางแผนกิจกรรม (Action Plan)	96.2	1.9	1.9
2. การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้	88.7	8.5	2.8
3. มีการวางแผนการใช้งบประมาณ	87.7	3.8	8.5
4. การบริหารงบประมาณเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้	81.1	8.5	10.4
5. มีการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่	96.2	2.8	0.9
6. มีการติดต่อประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง	98.1	1.9	-
7. ได้รับความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยดี	96.2	3.8	-
8. มีการรายงานความก้าวหน้าส่งให้หน่วยงานส่วนกลาง	68.9	20.8	10.4
9. มีการรายงานความก้าวหน้าส่งให้หน่วยประสานในพื้นที่	88.7	4.7	6.6
10. มีการพัฒนาและจัดทำระบบฐานข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงาน	98.1	1.9	-
11. ผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน	97.2	2.8	-

ตาราง 2 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำร่อง พบว่าผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนมาก ร้อยละ 97.2 มีการวางแผนกิจกรรม ร้อยละ 96.2 มีการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้ ร้อยละ 88.7 การบริหารงบประมาณเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ร้อยละ 81.1

2. การจัดการทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบในการประเมิน

ประกอบด้วย จำนวนผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณ เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลความรู้ทางวิชาการ ช่องทางในการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะโอกาสในการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการดำเนินงานจากการศึกษาโดยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการได้ผลการศึกษา ดัง

รายละเอียดในตาราง 3 และ 4

ตาราง 3 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านการประสาน ติดตาม กำกับดูแลการดำเนินงานจากส่วนกลาง และพื้นที่นำร่องต่อการจัดทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ โครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดฯ ปี 2547

ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน (N = 21)		
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่ตอบ
1. จำนวนผู้ปฏิบัติงาน (Mean = 6.16, Minimum = 1, Maximum = 45)	61.9	38.1	-
2. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน	81.0	14.3	4.8
3. เครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนการดำเนินงาน	81.0	19.0	-
4. ข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้สนับสนุนการดำเนินงาน	52.4	42.9	4.8
5. เวลาในการปฏิบัติงานเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานในความรับผิดชอบทั้งหมด	42.9	57.1	-

ตาราง 3 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านการประสานติดตามกำกับดูแลการดำเนินงานจากส่วนกลาง และพื้นที่นำร่องต่อการจัดทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน พบว่างบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเพียงพอ ร้อยละ 81.1 จำนวนผู้ปฏิบัติงานเพียงพอร้อยละ 61.9 เวลาในการปฏิบัติงานเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานในความรับผิดชอบทั้งหมดไม่เพียงพอร้อยละ 57.1

ตาราง 4 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำร่องต่อการจัดทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบ จังหวัดฯ ปี 2547

ตาราง 4 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำร่องต่อการจัดทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดฯ ปี 2547

ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน (N = 106)		
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่ตอบ
1. จำนวนผู้ปฏิบัติงาน (Mean = 5.09, Minimum = 1, Maximum = 35)	67.0	29.2	3.8
2. งบประมาณ	59.4	29.2	11.3
3. เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น	67.9	28.3	3.8
4. ความสะดวกรวดเร็วและช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานส่วนกลาง	67.0	18.9	14.2
5. ความสะดวกรวดเร็วและช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานในพื้นที่	92.5	3.8	3.8
6. การตอบสนองการแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะของหน่วยงานส่วนกลางกรณีที่ประสบปัญหาในการดำเนินงาน	62.3	20.8	17.0
7. การตอบสนองการแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะของหน่วยงานในพื้นที่กรณีที่ประสบปัญหาในการดำเนินงาน	90.6	8.5	0.9
8. ข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	87.7	11.3	0.9
9. โอกาสในการพัฒนาศักยภาพที่เอื้อต่อการดำเนินงาน	82.1	17.9	-
10. เวลาในการปฏิบัติงานเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานในความรับผิดชอบทั้งหมด	42.5	57.5	-

ตาราง 4 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำร่องต่อการจัดทรัพยากรสนับสนุน การดำเนินงาน พบว่าการตอบสนองการแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะของหน่วยงานในพื้นที่กรณีที่ประสบปัญหาในการดำเนินงานเพียงพอ ร้อยละ 90.6 ข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เพียงพอร้อยละ 87.7 จำนวนผู้ปฏิบัติงานเพียงพอร้อยละ 67.0 งบประมาณ เพียงพอร้อยละ 59.4 เวลาในการปฏิบัติงานเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานในความรับผิดชอบทั้งหมด ไม่เพียงพอร้อยละ 57.5

3. ผลที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน ผลจากการปฏิบัติงานของโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรค ปี 2547 ที่สำคัญมีดังนี้

3.1 ประสิทธิภาพและกระบวนการการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานได้รับประสบการณ์และเกิดกระบวนการเรียนรู้จากการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ความรู้ ทักษะ และเทคนิคการดำเนินงาน กระบวนการคิดและบริหารจัดการงานอย่างเป็นระบบการทำงานเป็นทีมและการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน

การปฏิบัติงานเชิงรุกร่วมกับชุมชน และกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ตรงที่ได้รับจากการปฏิบัติจริงในพื้นที่ร่วมกันทั้งผู้ปฏิบัติงานและชุมชนอันมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการดำเนินงานโครงการต่อเนื่องให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น นอกจากนี้ ยังสามารถนำไปถ่ายทอดแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพื้นที่อื่น ๆ และสามารถประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานโครงการอื่น ๆ ได้

2.2 ประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน ได้รับทราบนโยบาย เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ชัดเจน ได้พัฒนาระบบรูปแบบการดำเนินงาน และการคัดกรองโรคที่เหมาะสมกับพื้นที่ อันเกิดจากการคิดค้นร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ได้อย่างเหมาะสมด้วยความเข้าใจมากขึ้น

2.3 ประโยชน์ต่อประชาชนส่งผลต่อ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ให้มีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพและคัดกรองโรคที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ได้รับความรู้และแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อรวมทั้งเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งในระยะยาวเมื่อประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักมากขึ้นจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

วิจารณ์

จากแนวคิดหลักของการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) นั้นเป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการเพื่อการแก้ไข และการตัดสินใจเพื่อการพัฒนางาน รวมทั้งบันทึกภาวะเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นของโครงการไว้เป็นหลักฐาน⁽²⁾ ดังนั้น ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ของโครงการ พัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการป้องกันควบคุมโรคครั้งนี้ จึงมิได้มุ่งเน้นที่การบ่งชี้ถึงความสำเร็จของโครงการ หากแต่เน้นที่การตอบคำถามสำคัญคือ 1) กระบวนการปฏิบัติงานของโครงการที่เกิดขึ้นจริง และ 2) มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้นบ้าง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้ทำให้ทราบถึงข้อจำกัดและปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานเพื่อนำมาปรับปรุงการสนับสนุนทรัพยากรกลไกการดำเนินงาน และพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน โดยผลจากการประเมินครั้งนี้ทำให้ทราบถึงจุดแข็งที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการ ปัญหาและอุปสรรครวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานของโครงการ ดังนี้

1. จุดแข็งที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินโครงการคือ

1.1) จุดแข็งที่สำคัญลำดับแรกที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ คือ โครงการฯต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารระดับนโยบาย ระดับเขต ระดับจังหวัด ผู้บริหารของแต่ละหน่วยงาน รวมไปถึงระดับหัวหน้ากลุ่มงานด้วย จึงจะทำให้ การดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนไปได้อย่างต่อเนื่อง จากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายสถาน บริการสาธารณสุขพบว่าผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนถึงร้อยละ 97.2 ส่วนความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านการประสาน ติดตาม กำกับดูแลการดำเนินงานจากส่วนกลาง และพื้นที่นำร่องผู้บริหารใน หน่วยงานเห็นความสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงาน เพียงร้อยละ 66.7 เนื่องจากโครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดไม่ใช่งานที่อยู่ในแผนปฏิบัติงานประจำของหน่วยงานในพื้นที่ การสนับสนุนจากผู้บริหารจึงมีผลต่อการจัดสรรกำลังคน และเวลาในการปฏิบัติงาน

1.2) ผู้รับผิดชอบงานที่มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน และมีความร่วมมือร่วมใจกันในการปฏิบัติงานโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นจุดแข็งอย่างหนึ่งของการดำเนินงาน เนื่องจากโครงการนี้เป็นโครงการ

ที่เพิ่มจากภาระงานประจำของหน่วยงาน รวมทั้งเป็นรูปแบบของการปฏิบัติงานเชิงรุก ซึ่งผู้ปฏิบัติงานต้องทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจในการดำเนินงาน

1.3) ในพื้นที่ที่มีการวางแผนงานและการบริหาร จัดการโครงการที่ดีและเป็นระบบจะทำให้การดำเนินงานในขั้นตอนต่อไปเป็นไปอย่างมีทิศทาง ทำได้ง่าย สะดวก และคล่องตัวมากขึ้น

1.4) การได้รับทรัพยากรในการสนับสนุน การดำเนินงานอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการได้อย่างสะดวกและสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามที่คิดค้นไว้ได้โดยไม่ติดขัดกับกรอบงบประมาณ ในแผนงานประจำที่ไม่สามารถดำเนินการได้

1.5) สำหรับบางพื้นที่ที่มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อมาในระยะหนึ่งก่อนหน้านี้แล้ว ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางการดำเนินงานเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การดำเนินโครงการครั้งนี้จึงถือเป็นการต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่องต่อไป

1.6) การทำงานเป็นทีมและการมีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ในการที่จะดำเนินงานต่างๆ โดยเฉพาะการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นงานที่ยาก ซับซ้อน และต้องใช้ระยะเวลานานให้บรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือจากชุมชน พื้นที่ที่มีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็งจะทำงานได้ง่ายและสะดวกกว่าพื้นที่ ที่เครือข่ายชุมชนอ่อนแอ ความร่วมมือและการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน แกนนำชาวบ้าน และประชาชนในชุมชน จึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ดังนั้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ จึงถือเป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่งของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

1.7) การให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีอิสระในการคิดค้นรูปแบบและกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานได้เอง มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่เอื้อต่อความสำเร็จของ

โครงการ ทั้งนี้ เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันส่งผลให้สภาพปัญหาและสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไปด้วย ดังนั้น ในการคิดค้นรูปแบบการดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ ที่จะนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ได้ผลจะต้องจัดให้สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีของชุมชน การสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชนได้มีโอกาสคิดค้นรูปแบบการดำเนินงานภายใต้ปัญหาและสถานการณ์แวดล้อมที่เป็นจริงในแต่ละพื้นที่ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้การดำเนินงานของโครงการประสบความสำเร็จได้

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสรุปปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงได้ดังนี้

2.1) การประสานงานและความ ชัดเจนของโครงการ พบว่า การกำหนดนโยบาย ทิศทาง และเป้าหมายของโครงการในช่วงระยะเริ่มต้นดำเนินการขาดความชัดเจนและมีการปรับเปลี่ยนบ่อยครั้ง อีกทั้งการประสานงานในระดับต่างๆ ไม่ได้มีการวางแผนร่วมกันตั้งแต่ต้นทำให้เกิดความสับสนในการ ปฏิบัติงาน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการทำความเข้าใจ

2.2) ระยะเวลาในการดำเนินงาน พบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ทันตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ เนื่องจากกระยะเวลาดังกล่าวสั้นและกระชั้นชิดเกินไป พื้นที่ไม่มีโอกาสในการเตรียมการวางแผนล่วงหน้า อีกทั้งการอนุมัติโครงการจากส่วนกลาง ยังมีความล่าช้า ทำให้พื้นที่เหลือเวลาในการปฏิบัติงานน้อยลง ต้องดำเนินการอย่างเร่งรีบทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพของงาน นอกจากนี้ ระยะเวลาที่กำหนดให้ดำเนินโครงการในบางพื้นที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนทำให้เป็นอุปสรรคต่อการให้ความร่วมมือของประชาชนในชุมชนด้วยเช่น ในกรณีบางแห่งเป็นฤดูฝนต้องไปทำนา การให้ความร่วมมือของประชาชนจะเป็นในช่วงเย็นหลังเลิกงานเจ้าหน้าที่

ต้องปรับบทบาทและเวลาในการทำงาน

2.3) ผู้ปฏิบัติงานและศักยภาพในการดำเนินงาน พบว่า นอกจากปัญหาที่บางพื้นที่มีผู้ปฏิบัติงาน ไม่เพียงพอต่อภาระงานในความรับผิดชอบแล้ว สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญคือ ผู้ปฏิบัติงานเหล่านี้มีภาระงานในความรับผิดชอบปริมาณมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานที่สั่งการจากส่วนกลาง ได้แก่ งานตามนโยบายเร่งด่วนต่างๆ ที่ต้องการการตอบสนองที่รวดเร็ว และบางครั้งมีความซ้ำซ้อนกัน อีกทั้งศักยภาพในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน มีไม่เท่ากันจึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในพื้นที่เป็นผู้ที่เพิ่งเข้ามารับผิดชอบการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อในระยะเวลาเพียง 1-5 ปี จึงยังขาดความรู้ ทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ในการดำเนินงาน ที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการสั่งสมพอสมควร กอปรกับที่ปริมาณภาระงานมีมากโอกาสที่เอื้ออำนวยสำหรับการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาศักยภาพจึงมีน้อยลง แม้ว่าผู้รับผิดชอบโครงการจากส่วนกลาง และผู้ประสานงานในระดับเขตและจังหวัด จะมีความพยายามในการสนับสนุนข้อมูลความรู้ทางวิชาการและเทคนิคการดำเนินงานให้กับผู้ปฏิบัติงานเหล่านี้ได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็ไม่สามารถทำได้ครอบคลุมความรู้ที่พื้นที่ต้องการได้เนื่องจากโครงการนี้แต่ละพื้นที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันออกไปจึงทำให้ความต้องการความรู้และเทคนิคเฉพาะด้านมีความแตกต่างกันไปด้วย

2.4) งบประมาณ พบว่า ปัญหาด้านงบประมาณส่วนใหญ่อยู่ที่ขั้นตอนพิจารณาจัดสรรงบประมาณและการจัดส่งให้กับพื้นที่ดำเนินงานมีความล่าช้า อีกทั้งงบประมาณไม่ได้ถูกจัดส่งไปยังผู้ปฏิบัติการโดยตรงต้องผ่านหน่วยประสานในระดับจังหวัดอีกทอดหนึ่ง จึงยังมีความล่าช้า

2.5) เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงาน พบว่า มีหลายพื้นที่ที่ไม่มีความพร้อมของเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรค เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐาน

ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้มีความสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินงานของโครงการ รวมทั้งการขาดแคลนเครื่องมือสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ให้กับประชาชนทั้งผ่านพับโปสเตอร์ สมุดประจำตัวผู้ป่วย ตลอดจนอุปกรณ์การสาธิตสำหรับการให้สุศึกษาที่ต้องการให้ส่วนกลางจัดส่งให้เพื่อสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้และช่วยลดภาระงานส่วนหนึ่งของผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังต้องการการสนับสนุนแนวทาง/คู่มือมาตรฐานในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อไว้ใช้อ้างอิง รวมทั้งโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และบันทึกการคัดกรองโรคจากส่วนกลางอีกด้วย

2.6) กลุ่มประชากรเป้าหมายของโครงการ สืบเนื่องมาจากการมีสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ พื้นฐานการศึกษา ความรู้และทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อที่แตกต่างกันมีผลอย่างยิ่งต่อการให้ความร่วมมือของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ การอพยพย้ายถิ่นเพื่อการประกอบอาชีพก็เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานค้นหาและคัดกรองโรคได้ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

2.7) ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเพราะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโครงการพื้นที่ปฏิบัติการจึงต้องการให้ส่วนกลางสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบอย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้สื่อวิทยุกระจายเสียง และโทรทัศน์ที่มีศักยภาพในการแพร่กระจายข้อมูลข่าวสาร ได้กว้างไกลและการเข้าถึงกลุ่มประชากรให้มากขึ้น เพื่อเป็นการช่วยให้พื้นที่ดำเนินงานได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน

3.1) หน่วยงานส่วนกลางควรมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นดำเนินการ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมาย และทิศทางในการ

ดำเนินงานให้เกิดความเข้าใจชัดเจนร่วมกัน รวมทั้งกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของหน่วยปฏิบัติงานในแต่ละระดับอย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้พื้นที่ได้มีระยะเวลาในการเตรียมการและเตรียมความพร้อมของชุมชนได้มากขึ้น และลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน

3.2) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นเรื่องที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่าจะวัดผลได้ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบ การดำเนินงาน ต้องถือ เป็นเรื่องสำคัญ และสนับสนุนให้มีการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้เกิดความยั่งยืน หรือจัดเข้าเป็นภารกิจขององค์กร มีทรัพยากรสนับสนุนอย่างเหมาะสมและเพียงพอ มีการติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

3.3) ควรสนับสนุนให้มีการขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกจังหวัดต่อไป เพื่อประโยชน์ในระยะยาวต่อสุขภาพของประชาชน

3.4) ควรมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนางานของโครงการนี้ต่อไปและเพิ่มเติมองค์ความรู้และทักษะในส่วนที่ขาดของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและ

เป็นต้นแบบของการพัฒนาในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ และหัวหน้ากลุ่มเพิ่มคุณภาพระบบบริการที่สนับสนุนให้มีการประเมินผล ครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1-12 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ น่าน 12 จังหวัด ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถาม รวมทั้งตัวแทนจังหวัดทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2547 .เอกสารโครงการสำนักโรคไม่ติดต่อ , 2547.
2. ยาวดี ราชชัยกุล. การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถ ในเขตกรุงเทพมหานคร

Factors Associating with Alcohol Consumption Behavior

Among Drunk Drivers in Bangkok Metropolis

นางนุช ตันติธรรม วท.บ. (พยาบาล),

Nongnuch Tantidhama B.Sc (Nursing),

วท.ม. (สุขศึกษา)

M.Sc (H.Ed.)

สำนักโรคไม่ติดต่อ

Bureau of Non Communicable Disease

บทคัดย่อ

รายงานนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างมีระบบจากผู้ขับขี่ที่ถูกจับกุมดำเนินคดีในข้อหาขับขี่ยานพาหนะขณะเมาสุรา จำนวน 390 คน ในเดือนกุมภาพันธ์ 2549 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เพื่อหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่เมาสุราแล้วขับรถส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์คิดเป็น ร้อยละ 40.3 และร้อยละ 5.6 มีการดื่มเป็นประจำทุกวัน ปัจจัยนำได้แก่ เจตคติต่อการขับขณะเมาสุราและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขณะเมาสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่ง/สถานที่ที่ดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่มีความรู้ ทราบถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องมาจากการขับขณะเมาสุรา แต่ที่ยังปฏิบัติอยู่เนื่องมาจากคิดว่าโอกาสถูกตำรวจจับมีน้อย เพราะด่านตรวจกระจายไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง เน้นหนักในช่วงเทศกาล ที่สำคัญมีผู้ขับขี่บางส่วนคิดว่าการขับขณะเมาสุราถึงแม้ว่าระดับแอลกอฮอล์เกินกฎหมายกำหนดแล้วแต่ยังมีสติอยู่ก็สามารถขับบนท้องถนนได้ และยังพบว่าครอบครัวมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ขับขี่ดื่มสุรา เพราะมีการว่ากล่าวตักเตือนหรือห้ามดื่มสุราน้อย และบริบทของสังคมไทยงานรื่นเริงต่างๆ มักจะมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยเสมอ นอกจากนี้การโฆษณาทางสื่อต่างๆ มีส่วนทำให้ผู้ขับขี่มีการดื่มสุรามากขึ้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคควมมีการดำเนินงานหลายๆ มาตรการพร้อมกันอย่างจริงจัง การตั้งจุดตรวจให้ครอบคลุมพื้นที่ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง รวมทั้งการรณรงค์การให้ความรู้ในเรื่องพิษภัยผลกระทบต่างๆ และโอกาสเสี่ยงที่จะถูกจับดำเนินคดี เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในเรื่องความปลอดภัย และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา

Abstract

This cross-sectional survey study was aimed to investigate alcohol consumption behavior and identify factors associated with alcohol consumption among drunk drivers in Bangkok Metropolis. The 390

subjects were selected by systemic sampling method from drunk drivers who had been taken into custody of driving because having upper blood alcohol concentration limits of 0.5 g/dl. The data were collected by questionnaire on February 2006 and were analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results showed that 40.3% of the samples had alcohol consumption 2-3 times per week while 5.6 % had daily. The predisposing factors that had significantly positive association with alcohol consumption behavior were attitudes toward impaired drivers and perceived risk of traffic accident from the drunk drivers. The enabling factors that had significantly positive association with alcohol consumption behavior were place of beverage drinking. The reinforcing factors that had significantly positive association with alcohol consumption behavior were the influence of information received from media and supports to alcohol consumption from the parents.

In spite of drunk drivers known and perceived accidental and violent risk, they still practiced drink and drive because they thought that they had less chance of being arrested as alcoholic checkpoints to assess their level of alcohol consumption had been irregularly set up, only during major festivals and celebrations. The most important was that part of sample group thought that they had enough ability to drive if they had consciousness regardless of having drink and reached upper blood alcohol concentration limit (0.05 mg%). In fact their family did not complain or blame them and sometimes invited to enjoy drinking. According to Thai traditional, most of party meetings always contained alcoholic drink with either advertisements or sponsors. Thus resolving this problem, the programme should use several preventive measures for reducing drunk drive such as enforcing alcohol laws by random breath-testing and adequate alcoholic checkpoints with consistency and continuity, uncompromised punitive measures, wide spread information, education and communication campaigns about risk factors, in particular, the effect of alcohol abuse. All of these measures should be raised to enlarge safety-awareness and improving their behavior later.

ประเด็นสำคัญ

พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถ
กรุงเทพมหานคร

Keywords

Alcohol Consumption Behavior, Drunk Drivers,
Bangkok Metropolis

บทนำ

สถานการณ์ของปัญหาอุบัติเหตุจราจรทั่วโลก มีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้น อัตราการเสียชีวิต บาดเจ็บ และพิการเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า เมื่อปี 2545 มีอุบัติเหตุทางถนนคร่าชีวิตคนทั่วโลกไปประมาณ 1.2 ล้านคน ได้รับการบาดเจ็บมากกว่า 50 ล้านคน และอย่างน้อยมี 5 ล้านคนที่พิการตลอดชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงอายุ 15 - 44 ปี ผู้เสียชีวิตมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด

เป็นเพศชายกว่าร้อยละ 73 และช่วงอายุ 15 - 29 ปี เสียชีวิตมากที่สุด เพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹⁾ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งคือการดื่มสุราแล้วขับรถ สำหรับความสูญเสียจากการดื่มสุรามีมูลค่าสูงถึง 13,007.9 - 33,652.6 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.22 - 0.56 ของ GDP ในปี พ.ศ.2546 ซึ่งมีมูลค่า 5,939 พันล้านบาท⁽²⁾ สาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุจราจรคือพฤติกรรมของผู้ขับขี่ยานยนต์ที่นอกเหนือจากสภาพยานพาหนะและพื้นผิวจราจร ซึ่งพฤติกรรมการ

ข้อที่เห็นได้ชัดคือ ความประมาทในการขับขี่และการดื่มสุราก่อนขับขี่⁽³⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gururaj พบว่าแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจร⁽⁴⁾ และจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 พบว่ามีผู้ที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไปเคยขับรถขณะมีเมเมา 4.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 48.3 ผู้ชายมีส่วนร่วมการขับรถขณะมีเมเมาสูงกว่าหญิงถึง 2 เท่า⁽⁵⁾ และจากข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่นในปี พ.ศ. 2541 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 26 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราถึงร้อยละ 40⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบสถิติการตรวจจับผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราหรือของเมาอย่างอื่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2548 ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม จับกุมผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราหรือของเมาอย่างอื่นในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 13,692 ราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเทศกาลปีใหม่ และเทศกาลสงกรานต์จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น⁽⁷⁾

จากความเป็นมาและปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงพฤติกรรมของผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราแล้วไปขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ทำให้เกิดความสูญเสียแก่ชีวิตและทรัพย์สิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความเดือดร้อนให้กับครอบครัว และผู้คนรอบข้างในสังคมในปัจจุบันแม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานออกมารณรงค์ในเรื่องเมาไม่ขับจนเป็นที่รู้จักของประชาชนทั่วไปและเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร กองบังคับการตำรวจจราจรได้จัดทำโครงการเมาไม่ขับ มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด แต่ยังมีผู้ฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายอีกเป็นจำนวนมาก พบว่าในปี 2548 มีผู้ถูกจับดำเนินคดี เฉลี่ยมากกว่า 1,000 คน/เดือน⁽⁶⁾ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถ และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์

ในการวางแผนและกำหนดมาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้สังคมปลอดภัย ประเทศชาติได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยทำการสำรวจในเดือนกุมภาพันธ์ 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขับขี่ที่ถูกจับดำเนินคดีในข้อหาขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมเมาสุราและสาละมีคำพิพากษาลงโทษจำคุกและรอการลงโทษโดยกำหนดเงื่อนไขการคุมความประพฤติ โดยให้ไปรายงานตัวต่อพนักงานคุมประพฤติและเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่สำนักงานคุมประพฤติประจำศาลแขวงพระนครเหนือ กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม จำนวน 390 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติวิเคราะห์ (Statistical Analysis) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรม การดื่มสุรา ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 390 คน เป็นเพศชายร้อยละ 97.9 อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 55.4 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.3 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.4 อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 49.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 - 19,999 บาท ร้อยละ 31.8 ประเภทของรถที่ใช้ขับก่อนถูกจับดำเนินคดีคือรถจักรยานยนต์และรถเก๋งส่วนบุคคลจำนวนพอ ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 41 และ ร้อยละ 40.8 ตามลำดับ ร้อยละ 31.3 มีระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ 101 - 150

มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับสูงสุดเท่ากับ 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดื่มสุราครั้งแรกอายุ ระหว่าง 20 -30 ปี หรือ ร้อยละ 50.3 ดื่มสุราบ่อยครั้ง 2 - 3 ครั้ง/ สัปดาห์หรือ ร้อยละ 40.3 ในคนที่ดื่มเหล้าปริมาณที่ดื่ม 750 มล. (1 กลม) ร้อยละ 33.8 ในคนที่ดื่มเบียร์ในปริมาณ 2 - 3 ขวด ร้อยละ 37.9 ร้อยละ 61.3 ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ จราจรจากการขับขีรถขณะเมาสุรา ส่วนในกลุ่มผู้ขับขีที่ เคยเกิดอุบัติเหตุจราจรจากการขับรถขณะเมาสุรา ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุ 1 - 2 ครั้ง ร้อยละ 85.4 จำนวนครั้ง มากที่สุดของการเกิดอุบัติเหตุ คือ 8 ครั้ง ผลของ อุบัติเหตุต่อตัวผู้ขับขีที่มีการบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ 88.5 ผลของอุบัติเหตุต่อผู้อื่น หรือคู่กรณีมีการบาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 85.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(N = 390)		
ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	382	97.9
หญิง	8	2.1
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	15	3.8
20 - 30 ปี	196	50.3
31 - 40 ปี	135	34.6
41 - 50 ปี	37	9.5
มากกว่า 50 ปี	7	1.8
อายุเฉลี่ย (ปี)	31.34	
อายุต่ำสุด - สูงสุด (ปี)	19 - 63	
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	50	12.8
มัธยมศึกษาปีที่ 3	56	14.4
มัธยมศึกษาปีที่ 6	82	21.0
อนุปริญญา หรือ ปวส.	55	14.1
ปริญญาตรี	130	33.3
สูงกว่าปริญญาตรี	17	4.4
สถานภาพสมรส		
โสด	263	67.4
สมรส	108	27.7
หม้าย/หย่า/แยก	19	4.9

(N = 390)		
ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	11	2.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	84	21.5
พนักงานบริษัท	193	49.5
นักเรียน/นักศึกษา	22	5.6
พนักงานขับรถ	25	6.4
อื่น ๆ	55	14.2
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	49	12.6
5,000 - 9,999 บาท	114	29.2
10,000 - 19,999 บาท	124	31.8
20,000 - 29,999 บาท	45	11.5
ตั้งแต่ 30,000 บาท ขึ้นไป	58	14.9
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)	17,341.77	
รายได้ต่ำสุด - สูงสุด	0-300,000(บาท/เดือน)	
ประเภทของรถที่ขับขีก่อน ถูกจับดำเนินคดี		
รถมอเตอร์ไซด์	160	41.0
รถเก๋งส่วนบุคคล	159	40.8
รถกระบะ	60	15.4
รถแท็กซี่	5	1.3
รถบรรทุก	4	1
รถทัวร์หรือรถเมล์	2	.5
ระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ที่ตรวจพบ		
ไม่เกิน 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	85	21.8
80 - 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	63	16.1
101 - 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	122	31.3
151 - 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	94	24.1
มากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	26	6.7
ระดับแอลกอฮอล์เฉลี่ย (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	128.08	
ระดับแอลกอฮอล์ต่ำสุด - สูงสุด (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	51 - 300	
อายุเมื่อเริ่มดื่มสุราครั้งแรก		
น้อยกว่า 15 ปี	67	17.2
15 - 20 ปี	263	67.4
21 - 25 ปี	45	11.5
มากกว่า 25 ปี	15	3.9
อายุเมื่อเริ่มดื่มสุรา ครั้งแรกเฉลี่ย (ปี)	18.65	
อายุเมื่อเริ่มดื่มสุราครั้งแรก		
ต่ำสุด - สูงสุด (ปี)	10 - 40	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(N = 390)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ประจำทุกวัน	22	5.6
บ่อยครั้ง (2-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	157	40.3
นาน ๆ ครั้ง (2-3 ครั้งต่อเดือน)	139	35.6
บางครั้ง (น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อเดือน)	34	8.7
ในงานเลี้ยงสังสรรค์	38	9.8
ปริมาณการดื่มในแต่ละครั้งในคนที่ดื่มเหล้า		
< 1 แบน	62	24.2
1 กลม	180	70.3
2 - 3 กลม	53	13.6
> 3 กลม	5	1.3
ในคนที่ดื่มเบียร์		
1 ขวด	15	3.8
2 - 3 ขวด	148	37.9
4 - 5 ขวด	47	12.1
> 5 ขวด	62	15.9
ประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากรากรับประทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	239	61.3
เคย	151	38.7
จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจากการรับประทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
1 - 2 ครั้ง	129	85.4
3 - 5 ครั้ง	15	9.9
มากกว่า 5 ครั้ง	7	4.7
จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจากรับประทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ครั้ง)		
จากรับประทาน - สูงสุด (ครั้ง)	1 - 8	
ผลของอุบัติเหตุต่อผู้ขับขี่		
บาดเจ็บเล็กน้อย	131	88.5
บาดเจ็บรุนแรง/สาหัส	13	8.8
สูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือพิการ	4	2.7
ผลของอุบัติเหตุต่อผู้อื่นหรือผู้อื่น		
บาดเจ็บเล็กน้อย	108	85.0
บาดเจ็บรุนแรง/สาหัส	14	11.0
สูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือพิการ	4	3.2
เสียชีวิต	1	0.8

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถ พบว่า ส่วนใหญ่ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.3 มักจะดื่มวิสกี้/สุราสี ร้อยละ 85.2

ในงานเลี้ยงสังสรรค์ ร้อยละ 94.4 ดื่มกับกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 91.8 ดื่มในวันหยุดหรือหลังเลิกงาน ร้อยละ 93.3 มีส่วนน้อยที่ดื่มในเวลาทำงาน ร้อยละ 14.7 และที่สำคัญคือดื่มแล้วไปขับ (1 ครั้ง/สัปดาห์หรือน้อยกว่า) ร้อยละ 51.5

3. ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุราและอุบัติเหตุจราจร เจตคติต่อการขับรถขณะเมาสุรา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ พบว่า

3.1 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุราและอุบัติเหตุจราจรอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ไม่รู้เรื่องกฎหมายคือ ร้อยละ 78.9 ไม่ทราบถึงบทลงโทษของ พรบ. จราจรทางบกที่ออกกฎหมายบังคับมิให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ และร้อยละ 50.8 ไม่ทราบว่าบริษัทประกันภัยจะไม่จ่ายค่าเสียหายให้กับรถผู้เอาประกัน ถ้าผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

3.2 มีเจตคติไม่ดีต่อการขับรถขณะเมาสุรา ร้อยละ 57.4 แต่พบว่าร้อยละ 17.2 เห็นด้วยกับประเด็น คนที่ดื่มสุราแล้วมีระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจเกินกว่ากฎหมายกำหนดสามารถขับขีรถได้ ถ้ายังมีสติอยู่ และร้อยละ 60.0 มีความเห็นว่าในงานเลี้ยงสังสรรค์ต้องมีสุราร่วมด้วย เห็นด้วยว่าการดื่มสุราเป็นการผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 47.2 แต่ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าอุบัติเหตุสามารถป้องกันได้ ร้อยละ 73.6

3.3 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการขับรถขณะเมาสุรา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.3 ส่วนใหญ่รับรู้ถึงอุบัติเหตุจากการขับรถขณะเมาสุราทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการได้ ร้อยละ 94.6 และรับรู้ถึงผู้ขับขี่ที่เมาสุราจะทำให้สมรรถนะในการขับขี่ลดลงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้สูง แต่ยังมีผู้ขับขี่ร้อยละ 9 ที่เห็นด้วยว่าคนที่ดื่มสุราแล้วขับรถมีการตัดสินใจดีกว่าคนที่ไม่ดื่มสุรา

3.4 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิด

อุบัติเหตุจากการขับรถยนต์เมาสุราโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.7 ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 รับรู้ถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เกิดจากการขับรถยนต์เมาสุราจะทำให้สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง เกิดความพิการได้รับความทุกข์ทรมานไปตลอดชีวิต มีผลกระทบต่อการทำงานและความเป็นอยู่ในครอบครัว และที่รุนแรงมากที่สุดก็คือทำให้เสียชีวิตได้ในทันที

4. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่ง/สถานที่ดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่เลือกร้านที่อยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงานร้อยละ 59.0 รองลงมาคือ ไม่ตั้งใจเลือกร้านขึ้นอยู่กับโอกาสและร้านที่ดื่มประจำร้อยละ 42.6 สำหรับการเลือกสถานที่ซื้อสุรา พบว่าเลือกซื้อในร้านค้าปลีก/ร้านขายของชำ ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือร้านสะดวกซื้อ (ร้านเซเว่น อีเลฟเว่น) ร้อยละ 32.6 สถานที่ดื่มสุรา พบว่าดื่มในสถานบันเทิง ผับ บาร์ ไนท์คลับ ร้อยละ 67.4 ดื่มในร้านอาหาร ร้อยละ 75 ดื่มในงานเลี้ยง ร้อยละ 81.3 ส่วนในบ้าน/ที่พักอาศัย มีการดื่ม ร้อยละ 47.7 และการดื่มในขณะขับขี มีการปฏิบัติงาน ๗ ครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์หรือน้อยกว่า) ร้อยละ 40.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ชายที่เมาสุราแล้วขับรในเขต กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการเข้าถึงแหล่ง/สถานที่ซื้อสุรา

(n=390)

การเข้าถึงแหล่ง/สถานที่ดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเลือกสถานที่ดื่มสุรา		
เลือกร้านอยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน	230	59.0
เลือกร้านที่การเดินทางไปมาสะดวก	129	33.1
เลือกร้านที่ดื่มประจำ	147	37.7
เลือกร้านที่มีชื่อเสียงโด่งดัง	45	11.5
ไม่ตั้งใจเลือก ขึ้นอยู่กับโอกาส	166	42.6
เลือกร้านที่อยู่ในทางผ่านตอนกลับบ้าน	85	21.8
การเลือกสถานที่ซื้อสุรา		
ร้านค้าปลีก/ร้านขายของชำทั่วไป	237	60.8
ร้านสะดวกซื้อ (ร้านเซเว่น อีเลฟเว่น)	127	32.6
ห้างสรรพสินค้า	23	5.9
ร้านค้าในปั้มน้ำมัน	3	0.8

5. ปัจจัยเสริม ได้แก่ ความคิดเห็นต่อการบังคับใช้กฎหมาย การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า

5.1 ระดับความคิดเห็นต่อการบังคับใช้กฎหมายห้ามผู้ขับขีรถเมาสุรา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.4 ผู้ขับขีเห็นด้วยมากที่สุดกับการที่มีกฎหมายห้ามมิให้ผู้ขับขีรถเมาสุรา นับว่าเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ ร้อยละ 90 การตั้งด่านตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขีรถช่วยลดอุบัติเหตุ ร้อยละ 84.1 และเห็นด้วยกับการจำกัดเวลาขายสุรา และการจำกัดเวลาโฆษณาทางโทรทัศน์จะทำให้จำนวนคนดื่มสุราน้อยลงร้อยละ 57.4 และ 43.1 ตามลำดับ และร้อยละ 21.2 เห็นด้วยกับการลงโทษให้ผู้ถูกคุมประพฤติทำงานบริการสังคม ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.8 เห็นว่าการห้ามขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นการจำกัดสิทธิของเด็ก

5.2 การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าสื่อโฆษณามีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 สื่อโฆษณาที่ผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับมาก คือ ภาพที่นำเสนอทางโทรทัศน์หรือป้ายโฆษณาเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.1 จากโฆษณาทำให้รู้จักเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดใหม่ ๆ และทำให้อยากทดลองดื่มมากขึ้น ร้อยละ 42.3 และจากโฆษณาทำให้รู้สึกว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่ใช่สิ่งเลวร้าย ร้อยละ 34.4

5.3 การสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า มีการสนับสนุนจากครอบครัว เพราะครอบครัวส่วนน้อยที่มีกิจกรรมคัดค้านหรือตำหนิเมื่อผู้ขับขีดื่มสุรา บางครั้งเป็นการสนับสนุนเอื้อให้ผู้ขับขีดื่มสุรา เช่น ไม่เคยมีการบอกให้เลิกคบกับเพื่อนที่ดื่มสุรา ร้อยละ 56.2 ไม่เคยดูว่าหรือทำให้อายเมื่อดื่มสุราร้อยละ 55.1 ไม่เคยทำร้ายร่างกายเมื่อเมาสุรา ร้อยละ 83.1 ให้อิสระในการดื่ม ร้อยละ 64.2 และซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้ดื่ม มีที่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 2.3

6. การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังแสดงผลในตารางที่ 3 ดังนี้ ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 390)

ปัจจัยต่าง ๆ	พฤติกรรมการดื่มสุรา	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับสุราและอุบัติเหตุจราจร	-.051	.156
เจตคติต่อการขับรถขณะเมาสุรา	.203	.000**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการขับรถขณะเมาสุรา	.114	.012*
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถขณะเมาสุรา	.030	.280
ปัจจัยเอื้อ		
สถานที่ดื่มสุรา	.498	.000**
ปัจจัยเสริม		
การบังคับใช้กฎหมาย	-.061	.227
การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา	.157	.001**
การสนับสนุนจากครอบครัว	.540	.000**

*p < .05 **p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับสุราและอุบัติเหตุจราจร การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถขณะเมาสุรา และการบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา

เจตคติต่อการขับรถขณะเมาสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .203

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการขับรถขณะเมาสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ เท่ากับ .114

สถานที่ดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .498

การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .157 การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้วขับรถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .540

วิจารณ์

จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ในด้านปัจจัยนำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ⁽⁸⁻⁹⁾ แต่จากการศึกษาของสิทธิพันธ์ และการศึกษาของนันทิยา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่ม ⁽¹⁰⁻¹¹⁾ กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้หรือไม่มีความรู้ในเรื่องสุราและอุบัติเหตุจราจรมีพฤติกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน อาจจะเป็นเพราะว่าไม่ได้สนใจเฝ้าหาความรู้อย่างจริงจัง เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์หรือบอกต่อกันมาประกอบกับสังคมไทยมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องธรรมดา จะเห็นได้จากงานสร้างสรรค์ งานเลี้ยงฉลอง และงานประเพณี ต่างๆ แทบทุกงานจะต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบด้วยเสมอ ทำให้ผู้ที่เติบโตในสังคมลักษณะเช่นนี้มองว่าการดื่มเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งในปัจจุบันการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในพิษภัยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราผ่านสื่อต่างๆ ยังมีน้อย ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการขับขี่ยานพาหนะเมาสุรา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการขับรถขณะเมาสุราอยู่ในระดับมาก

ซึ่งพฤติกรรมการขับซึ่รลดขณะเมาสุราไม่ควรจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อย แต่ที่ยังมีอยู่เป็นเพราะส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ขับซึ่ไม่เกรงกลัวมาตรการทางกฎหมาย และคิดว่าโอกาสการถูกตำรวจจับมีน้อย เพราะจุดตรวจมีไม่ทั่วถึงและครอบคลุมพื้นที่ทั่วกรุงเทพ อีกอย่างหนึ่งผู้ขับซึ่ส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงอัตราโทษที่ได้รับจากการขับลดขณะเมาสุรา และบางส่วนยังเข้าใจว่าการดื่มสุราเป็นการผ่อนคลายความเครียด ในงานเลี้ยงสังสรรค์ต้องมีสุราร่วมด้วย และที่สำคัญอย่างยิ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าการดื่มสุราแล้วมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่ากฎหมายกำหนดแต่ยังมีสติดีอยู่ก็สามารถขับรถได้นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรได้ถึงแม้ว่าจะมีการณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ แล้วก็ตามตราใบที่จิตสำนึกความปลอดภัยไม่เกิดขึ้นกับตัวผู้ขับซึ่เราก็ก็นพบเห็นผู้ขับซึ่ที่เมาสุราแล้วมาขับรถบนท้องถนนต่อไป การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรใช้มาตรการหลาย ๆ ด้าน ดำเนินงานไปพร้อม ๆ กัน ทั้งมาตรการด้านกฎหมาย ร่วมไปกับการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสและการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในด้านปัจจัยเอื้อ สถานที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับซึ่ที่เมาสุราแล้วขับรถ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ⁽⁸⁾ ซึ่งจากการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่าประเภทของแหล่งจำหน่ายสุราที่สร้างปัญหามากที่สุด คือ สถานบริการกลางคืน ได้แก่ บาร์ และไนท์คลับ⁽¹³⁾ ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ขับซึ่ที่เมาสุราแล้วขับรถ ส่วนใหญ่เลือกซื้อสุราในร้านค้าปลีก/ร้านขายของชำทั่วไป ร้อยละ 60.8 และมีร้อยละ 32.6 ที่เลือกซื้อในร้านสะดวกซื้อ (เซเว่น อีเลฟเว่น) จะเห็นได้ว่าในกรุงเทพมหานคร มีร้านขายสุราอยู่ทั่วไป หาซื้อได้ง่ายเมื่อต้องการจะดื่ม และความหนาแน่นของแหล่งจำหน่ายสุราก็มีผลให้จำนวนการขายเพิ่มขึ้น อุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตมากขึ้น⁽¹³⁾ ถึงแม้จะมีกฎหมายจำกัดเวลาจำหน่ายสุราอนุญาตให้ขายได้เฉพาะในเวลาที่กำหนดตั้งแต่ 11.00 น. ถึง 14.00 น. และเวลา 17.00 น. ถึง 02.00 น.

ของวันใหม่⁽¹⁴⁾ และจำกัดสถานที่ขายสุราโดยห้ามขายในปั้มน้ำมัน บริเวณสถานศึกษาและศาสนสถาน แต่จากการสำรวจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 เขต ในช่วงเทศกาลปีใหม่ 2549 พบว่า ยังมีการขายสุราในสถานที่ห้ามขายถึง ร้อยละ 29.7 โดยขายในปั้มน้ำมันมากที่สุด ร้อยละ 31.7 และขายสุรานอกเวลาที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 26.315 ซึ่งในช่วงเทศกาลดังกล่าวมีการดำเนินงานรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างเข้มข้นและมีการตรวจจับอย่างเข้มงวด อาจเป็นเพราะว่าเจ้าหน้าที่ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง จึงทำให้ยังมีการฝ่าฝืนกฎหมายอยู่ส่งผลให้มีผู้ขับซึ่ที่เมาสุราแล้วขับรถบางส่วนยังหาซื้อมาดื่มได้ง่าย จึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจราจรขึ้นได้ในขณะเดินทางจนได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตในช่วงเทศกาลปีใหม่เป็นจำนวนมาก

ในด้านปัจจัยเสริม การบังคับใช้กฎหมายห้ามผู้ขับซึ่ที่เมาสุราขับรถไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราสอดคล้องกับผลการศึกษอื่นๆ⁽⁷⁾ และบางการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา⁽⁹⁾ ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ขับซึ่คิดว่าเป็นไปได้ยากที่จะถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจจับเมื่อขับซึ่ลดขณะเมาสุราหรืออาจจะเป็นเพราะว่าผู้ขับซึ่ที่ดื่มสุราแล้วมีการตัดสินใจแล้วว่าความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุตอนเย็นจนกว่าที่จะขับซึ่⁽¹⁶⁾ ดังนั้นมาตรการป้องกันที่ได้ผลต้องสามารถสร้างความตระหนักให้ได้ว่าถ้าเขาดื่มแล้วไปขับรถ เขามีโอกาสถูกจับกุมและลงโทษมากกว่าที่จะประสบอุบัติเหตุ แต่ยังมีบางส่วนที่เป็นนิยส่วนตัวของผู้ขับซึ่ที่ดื่มสุราแล้วมักจะไปขับซึ่ลด สำหรับคนกลุ่มนี้ยากที่จะใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อให้ทราบจำ การตั้งด่านตรวจสามารถลดอุบัติเหตุจราจรได้ ร้อยละ 20.17 แต่ในปัจจุบันการตั้งด่านตรวจจะระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับซึ่ยังมีไม่ทั่วถึงไม่ตรวจทุกวันอย่างต่อเนื่อง จะเน้นหนักในช่วงเทศกาล ประกอบกับเครื่องมือตรวจมีไม่เพียงพอ และบทลงโทษไม่รุนแรง ถูกปรับและให้ทำงานบริการสังคม 24 ชั่วโมง ทำให้ยังมีผู้ฝ่าฝืนกฎหมายอยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนการได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า อิทธิพลจากสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^(8,10,12) นอกจากนี้ การโฆษณา และการใช้การตลาดส่งผลให้ผู้ใหญ่มีการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾ การใช้มาตรการห้ามโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมาตรการด้านราคา ช่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น โดยการโฆษณาและราคามีผลต่อเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลช่วยลดการดื่มในกลุ่มที่ดื่มเป็นบางครั้งได้ ร้อยละ 24 และในกลุ่มที่ดื่มเป็นประจำลดการดื่มลงได้ร้อยละ 42.18 ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอิทธิพลของสื่อโฆษณามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระแสของสื่อโฆษณาในปัจจุบันนี้ สื่อต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของคนอย่างมาก และในเรื่องที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ จะเห็นว่ามีการแข่งขันทางการค้าสูงมาก โฆษณาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอยู่มากมาย บริษัทผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะต้องพยายามหากลยุทธ์ใหม่ๆ ในการสร้างสื่อโฆษณา เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความรู้สึกอยากลอง และรู้สึกว่าการบริโภคแอลกอฮอล์นั้น เป็นเรื่องที่ดีงาม หรือเป็นเรื่องที่ควรจะมีใจในฐานะที่เกิดเป็นคนไทย หรือเป็นเรื่องที่ผู้ชายควรจะลอง เพื่อแสดงความเป็นลูกผู้ชายอย่างแท้จริง บางผลิตภัณฑ์จะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น กลุ่มสุภาพสตรีให้หันมามีค่านิยมในการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้สื่อโฆษณาสินค้าเครื่องดื่มแล้ว สื่อในลักษณะบันเทิง เช่น ภาพยนตร์ ละคร หรือแม้กระทั่งเพลงก็มีส่วนจูงใจผู้ชมให้เกิดความรู้สึกคล้อยตามได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ รวมทั้งสินค้าที่สะดวกต่อการซื้อหาที่มีอยู่อย่างดาษดื่น ก็มีส่วนอย่างมากต่อการส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มประเภทนี้ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะออกกฎหมายห้ามโฆษณาสุราแล้วก็ตาม แต่ยังมีช่องทางในการโฆษณาได้อีกหลาย รูปแบบ เช่น ผ่านโปสเตอร์ ปฏิทิน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปฏิทินของบริษัทจำหน่ายสุราราย ใหญ่จะใช้รูปภาพนางแบบ ถ่ายภาพวาบหวาม เชิญชวนให้ดื่ม ซึ่งเป็นที่ดึงดูดใจในกลุ่มผู้บริโภคเพศชาย นอกจากนี้ยังมีวิธีการส่งเสริมการ

ขายได้อีกหลายวิธี เช่น การจัดโปรโมชั่นซื้อเหล้าแถมเบียร์ หรือให้การสนับสนุนการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติและระดับโลก ดังนั้นสื่อโฆษณาจึงมีอิทธิพลสำคัญต่อประชาชนผู้บริโภค การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ มีผลทำให้โอกาสของการโฆษณาทดแทนต่างๆ น้อยลง น่าจะมีผลทำให้การบริโภคสุราลดลงได้⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ด้านการดื่มสุรา มีผลทำให้การดื่มของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีจำนวนน้อยลง ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขีที่เมาสุรา สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ความผูกพัน/ความสัมพันธ์ในครอบครัวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ^(12,20-22) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่บุคคลเหล่านี้ได้เรียนรู้และรู้จักการดื่มสุรา เพราะหลายคนมีการดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อยเป็นเพราะพ่อ แม่ ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดดื่มสุราให้เห็นเป็นประจำ จนเป็นเรื่องที่เคยชินถือเป็นเรื่องปกติทั่วไป เพราะในชนบทไม่ว่าจะเป็นงานบุญหรืองานศพ มักจะมีการดื่มสุราเสมอ เด็กก็มีโอกาสพบเห็นและอยากทดลองดื่ม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการตกเตือนไม่ให้ดื่มสุราบ้างแต่ก็เป็นเพียงนาน ๆ ครั้ง และบางครั้งมีการชักชวนให้ร่วมดื่มสุรา หรือซื้อให้การไม่กล่าวโทษถ้าไม่ดื่มจนเสียงานและการปล่อยให้ดื่มอย่างอิสระ ทำให้มีการดื่มยังคงอยู่ อาจเป็นเพราะว่าผู้ขับขีส่วนใหญ่โตเป็นผู้ใหญ่แล้ว ทำงานหาเลี้ยงชีพเองได้แล้ว มีเงินเดือนจำนวนมากพอมีอิสระในการใช้จ่าย ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นคนโสด จึงไม่มีภาระในการเลี้ยงดูภรรยาและบุตร ทำให้มีอิสระในการดื่มโดยไม่ถูกควบคุมมากกว่าคนที่มีความคู่แล้ว และเป็นผู้หาเงินมาเลี้ยงครอบครัว จึงมีอำนาจต่อรองมาก คนในครอบครัวให้ความเกรงใจไม่กล้าที่จะว่ากล่าวตักเตือน

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานตามมาตรการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 5 E (Education, Enforcement,

Engineering, Emergency Medical Services และ Evaluation)⁽²³⁾ ควรดำเนินงานไปพร้อมๆ กันทั้ง 5 มาตรการที่สำคัญมาตรการด้านการบังคับใช้กฎหมาย และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ควรทำควบคู่กันไป ควรสร้างความเข้าใจต่อมาตรการบางอย่างที่รัฐบาลได้ดำเนินการอยู่ในขณะนี้ เช่น การห้ามขายสุราให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การห้ามขายสุราในปั้มน้ำมัน การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางวิทยุและโทรทัศน์ ควรมีการประชาสัมพันธ์ถึงความเสี่ยงที่จะถูกจับเพิ่มขึ้น หากไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ความผิดตามกฎหมาย ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการเมาสุราแล้วขับรถอย่างจริงจังต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกพื้นที่ควรเน้นพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องการดื่มสุราก่อนการขับขี่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ รวมทั้งปัจจัยและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วย เช่น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่เป็นวัยรุ่นชาย และกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์ในวัยทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ(สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้อำนวยความสะดวกสำนักโรคไม่ติดต่อ นายแพทย์แท้จริงศิริพานิช ผศ.สมศักดิ์ ถิ่นขจี และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา และขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติ ประจำศาลแขวงพระนครเหนือ รวมทั้งผู้ถูกคุมประพฤติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Peden, M. The world report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.
2. นิพนธ์ พัวพงศกร, อัมมาร สยามวาลา, สมชาย สุขสิริเสรีกุล, สิทธิศักดิ์ สีสานนท์, เอื้ออมพร สาริกา, นายเสก เมธาสุรารักษ์ และนายสมเกียรติ เรืองจันทร์. บทคัดย่อรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบ เพื่อการป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. เอกสารประกอบการประชุม เวทีวิชาการเพื่อควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 26 พฤษภาคม 2548 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร. 2548.
3. คณะทำงานวิจัยสุรา. สุรากับสังคมไทย ข้อเสนอแนะและผลงานวิจัย ความรู้ เจตคติ การดื่ม และแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
4. Gururaj, G. Road Traffic Injuries, Alcohol and Road Traffic Injuries in South Asia : Challenges for Prevention. JCPSP. 2004; 14(12): 713 - 718.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร. รายงานผลการสำรวจอนามัย และสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร. 2547.
6. Pibul, S. Drinking and Driving Don't Mix: Lifeline World Health Organization. 2004; 1(1): 14
7. กองบังคับการตำรวจจราจร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมหารือการบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุ ณ กองบังคับการตำรวจจราจร กรุงเทพมหานคร วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2549.
8. ประกิจ โพธิ์อาสน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
9. พัชรินทร์ ชมเดช. พฤติกรรมการดื่มสุราและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานที่ประสบอุบัติเหตุจราจรที่มารับบริการรักษาพยาบาล

- ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2548.
10. สิทธินันท์ เจริญรัตน์. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2543.
 11. นันทิยา วิสุทธิภักดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมการ ป้องกันตนเองจากการ ดื่มสุราของ
นิสิตชายในหอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2545.
 12. จิราภรณ์ เทพหนู. ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนปลายสายสามัญศึกษา ในจังหวัดพัทลุง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.
 13. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ตำราระบาดของวิทยา
อุบัติเหตุจราจร. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก
พับลิชชิง; 2546.
 14. ยงยุทธ ขจรธรรม และบังอร ฤทธิภักดี. นโยบาย
และมาตรการในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์.
กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ;
2547.
 15. สำนักโรคไม่ติดต่อ. เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บ
กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่2/2549. กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข. 2549.
 16. Pinsky, I., E. Lavouvie, R. Pandina and R.
Laranjeira. Drinking and Driving : Pre-driving
Attitude and Perceptions Among Brazillian
Youth. Drug Alcohol Depend. 2001. May 1;
62 (3): 231.
 17. Shults, R.A., R.W. Elder, D.A. Sleet, J.L.
Nichols, M.O. Alao, V.G. Garande-Kulis
and the Task Force on Community Prevention
Services. Reviews of evidence regarding in-
terventions to reduce alcohol-impaired driving.
American Journal of Preventive Medicine.
2001; 21 (45): 66-88.
 18. Henry, S. and D. Dhaval. Alcohol advertising
and alcohol consumption by adolescents. NBER
Working paper. May 2003, no. 9676.
 19. Saffer, H. Alcohol Advertising and Youth. Journal
of Studies on Alcohol. 2002; 14: 173-81.
 20. Sokol-Katz, J.,R. Dunham, and R.
Zimmerman. Family structure versus paren-
tal attachment in controlling adolescent de-
viant behavior: a social control model. Ado-
lescent. 1997; 32: 125
 21. ภาวิณี อยู่ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สาร
เสพติดของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. 2540.
 22. ชัยยุทธ ดายา. ปัจจัยของการขัดเกลาทางสังคมของ
พ่อแม่ที่กระทบต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นกรณีศึกษามัธยมศึกษาตอน
ปลายของกรมสามัญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคม
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและ
มานุษยวิทยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2534.
 23. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. การ
แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย.
วันอนามัยโลก Road Safety is No Accident.
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;
2547.

อัตราและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์
หลังได้รับยาต้านไวรัสในสถาบันบำราศนราดูร

Rate and Risk Factors of Major Opportunistic Infections in HIV/AIDS Patients
after Antiretroviral Therapy at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

อัจฉรา เชาวณนิช พ.บ.

Achara Chaovavanich M.D.

วีรวัฒน์ มโนสุทธิ พ.บ.

Weerawat Manosuthi M.D.

เยาวรัตน์ อินทอง วท.ม.

Yaowarat Inthong B.Sc. (Infectious)

สุทัศน์ โชตนะพันธ์ พ.บ.

Suthat Chottanapund M.D.

ชยพันธ์ สิทธิบุศย์ พ.บ.

Chayanon Sittibusaya M.D.

วิศิษฐ์ มุลศาสตร์ พ.บ.

Visal Moolasart M.D.

สมสิทธิ์ ตันสุภสวัสดิกุล พ.บ.

Somsit Tansuphaswadikul M.D.

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสครั้งแรกที่สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนมกราคม พศ. 2544 และเดือนธันวาคม พศ. 2546 ติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 15 เดือน ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัส และแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มตามปริมาณค่าซีดีสี่ คือ กลุ่มที่มีจำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. (กลุ่ม ก.) และกลุ่มที่มีจำนวนมากกว่า 50 เซล/ลบ.มม. (กลุ่ม ข.) ผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 793 รายโดยมีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 35.1 ± 7.4 ปี และเป็นเพศชายร้อยละ 56 จากผู้ป่วยทั้งหมด 793 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่มีค่าซีดีสี่ < 50 เซล/ลบ.มม. จำนวน 531 ราย (ร้อยละ 67) ซึ่งมีค่าพิสัยกลางของปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่เท่ากับ 13 (6-26) เซล/ ลบ.มม. และกลุ่มที่มีค่าซีดีสี่ > 50 เซล/ลบ.มม. จำนวน 262 ราย ซึ่งมีค่าพิสัยกลางปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ เท่ากับ 116 (78-167) เซล/ ลบ.มม. ผู้ป่วยในกลุ่ม ก มีสัดส่วนของเพศชาย การติดเชื้อฉวยโอกาสดังกล่าว น้ำหนักตัว ค่าเอนไซม์ตับมากกว่า กลุ่ม ข (ค่าพินัยน้อยกว่า 0.05) อุบัติการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส (วัณโรค โรคติดเชื้อรา ไรบโดคอคคัส ปอดอักเสบพีซีพี โรคติดเชื้อราซิสโตพลาสมา โรคติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวี) ณ เดือนที่ 1, 3, 6 และ 12 ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 2.9, 6.8, 8.6 และ 10.2 ในกลุ่ม ก และร้อยละ 1.9, 1.9, 3.1 และ 3.5 ในกลุ่ม ข (ค่าพินัยเท่ากับ 0.001) การคำนวณโดย Cox's proportional hazard model พบว่า ผู้ป่วยที่มีพื้นฐานปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสสูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 50 เซล/ลบ.มม. คิดเป็น 4.4 เท่า โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระหว่าง 1.307-14.493 และค่าพินัยเท่ากับ 0.017 โดยสรุปผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีพื้นฐานปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ

เชื้อฉวยโอกาสมากกว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ต่ำกว่า 50 เซลล์/ลบ.มม. ควรมีการติดตามอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ที่ต่ำมาก ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัส

Abstract

The objectives of this study were to determine the incidence and risk factors for new episodes of major opportunistic infections (OIs) after antiretroviral therapy (ART) among HIV-infected patients. A retrospective cohort study was conducted among naïve HIV-infected patients who were initiated ART between January 2001 and December 2003 at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Patients were categorized into two groups based on baseline CD4 cell counts: group A (≤ 50 cells/mm³) and group B (> 50 cells/mm³). All patients were followed for 15 months after ART initiation. There were 793 patients with a mean age of 35.1 ± 7.4 years and 56% were male. Among 793 patients, 531 (67.0%) were in group A and 262 (33.0%) were in group B. Median (IQR) CD4 cell count was 13 (6–26) cells/mm³ in group A and 116 (78–167) cells/mm³ in group B. Median (IQR) baseline plasma HIVRNA was 300,500 (138,500–556,000) copies/ml and 185,000 (68,000–577,500) copies/ml in group A and group B, respectively ($P < 0.05$). Group A had a higher proportion of male, previous OIs, body weight, transaminase enzymes ($P < 0.05$). Incidence of major OIs (i.e., tuberculosis, cryptococcosis, pneumocystis, histoplasmosis and CMV disease) at 1, 3, 6, and 12 months after ART were 2.9%, 6.8%, 8.6% and 10.2% in group A and 1.9%, 1.9%, 3.1% and 3.5% in group B respectively (log rank test, $P = 0.001$). Cox's proportional hazard model showed that the patients with baseline CD4 cell count ≤ 50 copies/ml was associated with high incidence of OIs after initiation of ART ($P = 0.017$, HR=4.4, 95% CI=1.307–14.493). In conclusion, HIV-infected patients who had baseline CD4 ≤ 50 cells/mm³ had a higher probability of the occurrence of major OIs after initiation of ART than those who had baseline CD4 > 50 cells/mm³. Closed monitoring of clinical conditions should be strongly recommended after ART initiation in patients with low baseline CD4 cell counts.

ประเด็นสำคัญ

ผู้ป่วยโรคเอดส์ ยาด้านไวรัส
สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

HIV/AIDS patients, Antiretroviral drugs,
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

บทนำ

การให้การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ 3 ชนิดรวมกัน หรือที่เรียกว่า Highly active antiretroviral therapy (HAART) สามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาสและการกลายพันธุ์เป็นเอตส์เต็มขั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁻³⁾ โดยผู้ป่วยจะมีการกลับเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกัน จากการที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ที่สูงมากขึ้นซึ่งทำให้การตอบสนองต่อจุลชีพก่อโรคเฉพาะโรคดีขึ้น (Pathogen-specific immune response) ถ้าระบบการทำงาน

ภูมิคุ้มกันดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส จะพบว่า ปฏิกริยาการอักเสบจากการติดเชื้อที่มีอยู่เดิมก่อนเริ่มยาต้านไวรัสหรือโรคติดเชื้อที่ซ่อนเร้นที่ยังไม่ได้รับการรักษาอาจกำเริบมากขึ้นได้ ได้มีการให้คำจำกัดความของกลุ่มอาการนี้ว่า immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)⁽⁴⁻⁵⁾ เพราะฉะนั้นการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นในระยะแรก ภายหลังจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสจึงไม่ได้บ่งชี้ว่าเกิดจากการล้มเหลวจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยังไม่จำเป็นต้องทำการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเสมอไป

สถาบันบำราศนราดูรเป็นสถาบันที่เปิดรักษาผู้ป่วยเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 และมีการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัส AZT ชนิดเดียวจนกระทั่งมีการใช้ยาต้านไวรัส 3 ชนิดร่วมกัน ตลอดจนเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วยในโครงการ NAPHA ในปี 2548 คนไข้ที่มา ใช้บริการผู้ป่วยนอกเอดส์ 47,958 ครั้ง (7,780 คน) เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัส 29,482 ครั้ง (5,843 ราย)⁽⁶⁾ ตลอดจนมีการใช้ยาต้านไวรัสที่หลากหลาย เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมานาน ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องซักประวัติ และตรวจร่างกายอย่างละเอียดในกลุ่มผู้ป่วยที่พิจารณาแล้วว่ามีความจำเป็นต้องรับยาต้านไวรัส ปัจจัยที่ทำให้มีแนวโน้มการเกิดปฏิกิริยาดังกล่าวสูงขึ้นได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสเร็ว ภายหลังที่รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ที่ต่ำมาก ๆ และการลดลงอย่างรวดเร็วของปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกาย อย่างไรก็ตาม กลุ่มอาการที่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่ภายหลังจากเริ่มยาต้านไวรัสยังมีการศึกษาน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนั้นแล้วอาจมีความแตกต่างกันของอุบัติการณ์การติดเชื้อในแต่ละประเทศและในแต่ละภูมิภาคของโลก รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยนี้เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรงภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีค่าพื้นฐานปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. และมากกว่า 50 เซล/ลบ.มม. นอกจากนั้นแล้วการวิจัยนี้ยังมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่ด้วย

วัสดุและวิธีการศึกษา

ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ที่ได้รับการเริ่มยาต้านไวรัสระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2544 และเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ในสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เริ่มต้นทำการสืบค้นรายชื่อและรหัสประจำตัวของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของสถาบันบำราศนราดูรในการเก็บข้อมูลทั้งหมดจากแฟ้มประจำตัวของผู้ป่วยทุกราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเวชระเบียนดังนี้ 1. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า 15 ปี 2. ยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน และ 3. ผู้ป่วยที่ได้มาติดตามการรักษาอย่างน้อย 2 ครั้ง ภายหลังจากเริ่มยาต้านไวรัส และคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่มีค่าซีดีสี่ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสออกไป ภายหลังจากการคัดเลือกผู้ป่วยแล้วจะทำการแบ่งผู้ป่วยทั้งหมดเป็น 2 กลุ่ม ตามปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ได้แก่ กลุ่ม ก ซึ่งผู้ป่วยมีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. กลุ่ม ข คือผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ มากกว่า 50 เซล/ลบ.มม. จะทำการติดตามผู้ป่วยทุกรายเป็นระยะเวลา 15 เดือนภายหลังเริ่มรับยาต้านไวรัส ผลการศึกษาหลักที่ทำการศึกษาคือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มยาต้านไวรัสจนกระทั่งเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่ซึ่งทำการคำนวณจากการนับวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อฉวยโอกาส ลบออกจากวันที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส อับัตการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาสที่ศึกษาคือ วัณโรค โรคคริปโตคอคโคซิส (Cryptococcosis) โรคปอดอักเสบพีซีพี (Pneumocystis pneumonia) วัณโรคเทียม (MAC) โรคฮิสโตพลาสโมซิส (Histoplasmosis) และโรคติดเชื้อซีเอ็มวี (Cytomegalovirus, CMV) ณ เวลา 1,3,6 และ 12 เดือน ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสโดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์และชนิดของโรคติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม ก และผู้ป่วยในกลุ่ม ข การวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ถูกกำหนดโดยพื้นฐานข้อมูลทางคลินิก และ/หรือยืนยันโดยผลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ผู้ป่วยรายนั้นจะถือว่าสิ้นสุดการศึกษา ณ วันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาครั้งสุดท้าย หรือ ณ วันที่ผู้ป่วยรายนั้น ๆ เกิดการเสียชีวิต

จุดประสงค์รองของการวิจัยคือการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสข้อมูลและปัจจัยต่าง ๆ ได้ทำการศึกษาและ

เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วย การติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ค่าพื้นฐานเม็ดเลือดขาวซีดีสี่และปริมาณไวรัสเอชไอวีในพลาสมา โดยบรรยายเป็นค่าเฉลี่ย (Mean+ SD) ค่าพิสัยกลาง (Mean+IQR ที่ 25 และ 75) และความถี่ (ร้อยละ) เปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นตัวแปรกลุ่ม และตัวแปรต่อเนื่อง โดยใช้วิธีสถิติ chi-square และ Mann-Whitney U test ตามลำดับ ทำการคำนวณความน่าจะเป็นในการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ณ เดือนที่ 1, 3, 6 และ 12 ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสและค่าพิสัยกลางระยะเวลาที่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสโดย Kaplan-Meier test และใช้วิธีสถิติ Log rank test ในการเปรียบเทียบค่าพิสัยกลางระยะเวลาที่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างกลุ่ม ก และกลุ่ม ข ใช้วิธีสถิติ Cox proportional hazard model ในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัส โดยนำตัวแปรต่อไปนี้มาใส่ในสมการได้แก่ อายุ น้ำหนัก การติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ค่าพื้นฐานปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ และปริมาณไวรัสเอชไอวีในพลาสมา และทำการคำนวณค่า hazard ratio และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ในการศึกษาได้กำหนดค่าพีที่น้อยกว่า 0.05 ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการทบทวนงานวิจัยของสถาบันบำราศนราดูร และคณะกรรมการจริยธรรมของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 813 ราย ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเวชระเบียน มีผู้ป่วยจำนวน 20 รายที่ถูกคัดออกตามเกณฑ์การคัดออกของการศึกษา ในที่สุดมีผู้ป่วยทั้งหมด 793 รายในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ป่วยทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 35.2 ± 7.4 ปี คิดเป็นเพศชายร้อยละ 56 และค่าพิสัยกลางของปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่เท่ากับ 65 (9-78) เซล/ลบ.มม. จากผู้ป่วย 793 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่ม ก จำนวน 531 ราย และในกลุ่ม ข เท่ากับ 262 ราย ผู้ป่วยทุกรายเริ่มสูตรยาต้านไวรัสที่ประกอบด้วยยาสตาวูดีน

(stavudine) ลามิวูดีน (lamivudine) และเนวีราพีน (nevirapine) ในระหว่างการศึกษา มีผู้ป่วย 28, 12 และ 10 รายในกลุ่ม ก และ 18, 3 และ 12 รายในกลุ่ม ข ขาดการติดตามการรักษา ถูกส่งไปรักษาตัวโรงพยาบาลอื่น และเสียชีวิตตามลำดับตารางที่ 1 ได้แสดงและเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่ม ก และกลุ่ม ข ผู้ป่วยกลุ่ม ก มีสัดส่วนของเพศชาย การติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มยาต้านไวรัส น้ำหนักตัว และค่าเอนไซม์การทำงานของตับมากกว่า ในกลุ่ม ข (ค่าพิน้อยกว่า 0.05)

โดยรวมทั้งหมดมีผู้ป่วย 61 รายจาก 793 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.7 เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรง ภายหลังการเริ่มยาต้านไวรัส โดยแบ่งเป็นผู้ป่วย ในกลุ่ม ก 52 รายจาก 531 ราย (ร้อยละ 9.8) และผู้ป่วยในกลุ่ม ข 9 รายจาก 262 ราย (ร้อยละ 3.4) ในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้ป่วย 21 ราย (ร้อยละ 4) ในกลุ่ม ก และผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 0.8) ในกลุ่ม ข มีการติดเชื้อซ้ำ 2 ครั้ง ค่าพิสัยกลางของระยะเวลา ที่เริ่มยาต้านไวรัส จนถึงเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรง มีค่าเท่ากับ 63 (24-118) วัน ตารางที่ 2 แสดงถึงอัตราของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแต่ละชนิด ระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม ก และกลุ่ม ข ผู้ป่วยในกลุ่ม ก มีอัตราติดเชื้อวัณโรคสูงกว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม ข โดยมีค่าพีเท่ากับ 0.015 อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรง ณ เดือนที่ 1, 3, 6 และ 12 ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 2.9, 6.8, 8.6 และ 10.2 ในกลุ่ม ก และร้อยละ 1.9, 1.9, 3.1 และ 3.5 ในกลุ่ม ข ตามลำดับ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1 (ค่าพีเท่ากับ 0.001) ในตารางที่ 3 การคำนวณโดย Cox's proportional hazard model แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีค่าพื้นฐานเม็ดเลือดซีดีสี่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรง ภายหลังการเริ่มยาต้านไวรัส (ค่าพีเท่ากับ 0.017, HR=4.348, 95%CS =1.307-14.493) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีค่าพื้นฐานปริมาณซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. มีความเสี่ยงจะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรง ภายหลังการเริ่มยาต้านไวรัสสูงกว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 50 เซล/ลบ.มม. คิดเป็น 4.3 เท่า ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อฉวยโอกาส

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 793 ราย พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม ก 20 ราย (ร้อยละ 3.9) และผู้ป่วยในกลุ่ม ข

จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.7) เสียชีวิตภายหลังเริ่มยา การติดเชื้อฉวยโอกาส 61 ราย พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม ก 9
 ต้านไวรัส (ค่าพีเท่ากับ 0.019) เมื่อคิดเฉพาะผู้ป่วยที่เกิด ราย จาก 52 ราย (ร้อยละ 17.3) เสียชีวิตแต่ไม่มีผู้ป่วย
 ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่ม ก และกลุ่ม ข ในกลุ่มข เสียชีวิต (ค่าพีเท่ากับ 0.332)

ลักษณะของผู้ป่วย	กลุ่ม ก จำนวน 531 ราย	กลุ่ม ข จำนวน 262 ราย	ค่าพี
อายุ, ปี, mean $\pm$ SD	34.9 $\pm$ 7.3	35.8 $\pm$ 7.6	0.104
เพศชาย	313 (58.9%)	131 (50.0%)	0.018
น้ำหนัก, กิโลกรัม, mean $\pm$ SD	50.9 $\pm$ 9.4	54.7 $\pm$ 10.6	<0.001
มีการติดเชื้อฉวยโอกาสมาก่อนรับยาต้านไวรัส	319 (60.1%)	92 (35.1%)	<0.001
ปริมาณซีดีสี่ก่อนรับยาต้านไวรัส, เซล/ลบ.มม.	13 (6-27)	110 (77-159)	<0.001
median (IQR)	1 (1-3)	8 (5-11)	<0.001
เปอร์เซ็นต์ซีดีสี่ก่อนรับยาต้านไวรัส			
median (IQR)			
ปริมาณไวรัสในพลาสมา ก่อนรับยาต้านไวรัส	300,500	185,000	0.004
ก๊อปปี้ต่อมิลลิลิตร	(139,500 - 558,750)	(68,500 - 577,500)	
ค่า log ของปริมาณไวรัสในพลาสมา	5.5 (5.2 - 5.8)	5.3 (4.8 - 5.8)	0.002
เอนไซม์ตับ ALP, mg/dl, median (IQR)	113.0 (76.5 - 234.0)	94.0 (56.0 - 156.0)	<0.001
เอนไซม์ตับ AST, u/l, median (IQR)	37.0 (28.0 - 57.5)	33.0 (23.0 - 56.0)	<0.001
เอนไซม์ตับ ALT, u/l, median (IQR)	32.0 (21.0 - 57.5)	27.0 (17.5 - 46.5)	<0.001
ปริมาณบิลิรูบินในเลือด, mg/dl, median (IQR)	0.5 (0.4 - 0.8)	0.5 (0.4 - 0.6)	0.776

ตารางที่ 2. อุบัติการณ์ของการติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างกลุ่ม ก และกลุ่ม ข

การติดเชื้อฉวยโอกาส	กลุ่ม ก 531 ราย	กลุ่ม ข 262 ราย	ค่าพี
วัณโรค	33 (6.2%)	6 (2.3%)	0.015
ไมโคแบคทีเรีย เอเวียม คอมเพลกซ์	12 (2.3%)	0 (0%)*	0.071
จอประสาทตาอักเสบจากเชื้อซิเอ็มวี	16 (3.0%)	4 (1.5%)	0.239
ปอดอักเสบพีซีพี	6 (1.1%)	2 (0.8%)	0.475
โรคเชื้อราเพนิซิลีโอซิส	1 (0.2%)	0 (0%)*	0.552
เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอคคัส	5 (0.9%)	0 (0%)*	0.670

*แทน 0 ด้วย 1 ในการคำนวณค่าพี

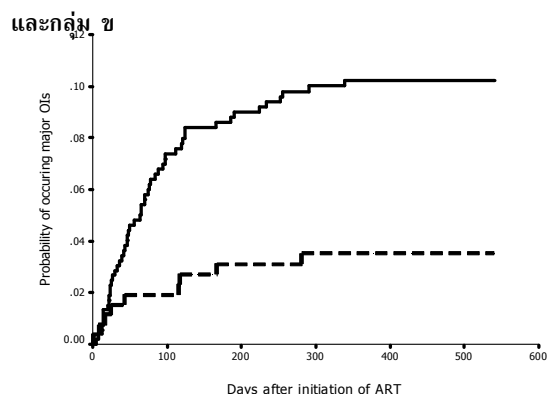
ตารางที่ 3. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสด้วยสมการ Cox's regression

ปัจจัยเสี่ยง	HR	95% CI	ค่าพี
ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ก่อนได้รับยาต้านไวรัส	4.348	1.037-14.493	0.017
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม.			
น้ำหนักก่อนได้รับยาต้านไวรัส	0.963	0.923-1.004	0.077
ปริมาณไวรัสในพลาสมา ก่อนได้รับยาต้านไวรัส	2.252	0.885-5.730	0.088
อายุ	1.009	0.962-1.058	0.725
การติดเชื้อฉวยโอกาสมาก่อนได้รับยาต้านไวรัส	0.908	0.442-1.868	0.794

HR=hazard ratio

CI=confidence interval

ภาพที่ 1. แผนภาพแสดงโอกาสในการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหลังได้รับยาต้านไวรัสเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก และกลุ่ม ข



วิจารณ์

ในช่วงระยะเวลา 2-3 เดือนแรก มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมาก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางคลินิกที่แย่งได้ในช่วงแรกของการรักษา ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยเองพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการเต็มขั้นและมีการติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรงมากแล้ว⁽⁷⁾ ตามผลการศึกษาจะเห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่ม ก มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อฉวยโอกาสมาก่อนสูงกว่า มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า และระดับไวรัสเอชไอวีในพลาสมาที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่ม ข ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ได้ในช่วง 2-3 เดือนแรกของการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จนถึงปัจจุบันข้อมูลของกลุ่มอาการทางคลินิกในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนายังมีอยู่จำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกอายุรกรรม การศึกษานี้ไม่ได้รวมถึงภาวะที่โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่กำลังเป็นอยู่ แต่อาการกลับเป็นมากขึ้น หรืออาการทางคลินิกทรุดลง (paradoxical reaction) ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่ร้อยละ 7.7 จำนวนนี้ไม่ได้รวมถึงการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ไม่รุนแรงเช่น ทุ่งวีส เริ่มที่อวัยวะเพศ เป็นต้น การ

เปรียบเทียบการติดเชื้อฉวยโอกาสกับการศึกษาอื่นนั้นค่อนข้างยาก เนื่องจากมีคำจำกัดความในการวินิจฉัยที่แตกต่างกันและลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศตะวันตกที่ทำการศึกษาก่อนหน้านี้^(2,8) นอกจากนั้นแล้วผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเอชไอวีที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. มีอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่สูงกว่าผู้ที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 50 เซล/ลบ.มม. จากการศึกษาในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าการติดเชื้อมักเกิดจากเชื้อ Mycobacterium avium complex, Mycobacterium tuberculosis และ Cryptococcus neoformans ในสัดส่วนที่พอๆ กัน โดยรวมประมาณร้อยละ 60⁽⁹⁾ จากข้อมูลการวิจัยนี้พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคพบได้สูงถึงเกือบร้อยละ 50 ของการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลที่ทำการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคต่ำ⁽⁹⁻¹⁰⁾ ในประเทศที่มีทรัพยากรอย่างจำกัดหรือในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ พบว่าโรคเป็นโรคฉวยโอกาสหลักโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีเสียชีวิต^(7,11-13) ถึงแม้ว่ายาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสามชนิดร่วมกันแล้วก็ตาม โรคก็ยังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ดี ทั้งๆที่แพทย์ผู้ดูแลได้มีความระมัดระวังและทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียดก่อนที่จะทำการเริ่มยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยแล้วก็ตาม ในทางปฏิบัตินั้นเป็นการยากที่จะปฏิเสธ หรือสรุปความสัมพันธ์ระหว่างยาต้านไวรัส และการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ได้ เพราะว่ามีคำอธิบายและเหตุบางอย่างที่จะต้องนึกถึง เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาสภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสอาจเกิดขึ้นจากภูมิคุ้มกันที่ลดลงอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเองหรือเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ดื้อยาต้านไวรัสได้ประมาณร้อยละ 80 ของการติดเชื้อเกิดขึ้นจะพบในช่วง 3 เดือนแรกหลังการติดเชื้อซึ่งตรงกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽²⁾ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเริ่มยาต้านไวรัส

และการติดเชื้อน่าจะพอสันนิษฐานการวินิจฉัยได้ เป็นที่น่าสนใจว่าร้อยละ 15 ของอาการของผู้ป่วยเกิดจากการติดเชื้อในช่วงสองสัปดาห์แรกของการเริ่มยาต้านไวรัส ซึ่งเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ โดยทฤษฎีแล้วนั้นอาจอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้จากการที่มีภูมิคุ้มกันดีขึ้นจากปริมาณไวรัสในพลาสมาที่ลดลงอย่างรวดเร็ว และมีการเปลี่ยนแปลงจาก cytokine ชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่ 1 ยังผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ Interferon gamma และ Interleukin 2⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ ยิ่งไปกว่านั้นจุดที่น่าสนใจอีกก็คือ รูปแบบของการเป็นวัณโรคนั้นเป็นแบบนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis) หรือชนิดกระจาย (disseminated infection) ถึงร้อยละ 50 ซึ่งน่าจะอธิบายได้จากความจริงที่ว่าวัณโรคนอกปอดมีปริมาณเชื้อที่สูง และพบในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันที่ต่ำมากแล้ว จากสมการ cox's regression แสดงให้เห็นว่าปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ ณ ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเป็นปัจจัยที่ดีในการทำนายการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. มีความเสี่ยงเป็น 4.3 เท่าที่จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่หลังเริ่มยาต้านไวรัสเมื่อเทียบกับผู้ที่มีเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 50 เซล/ลบ.มม. ในแง่ของการเสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตนั้น มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. ถึงแม้กระนั้นก็ตามการเสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ จนกระทั่งปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดการติดเชื้อภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสกับการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ อย่างแรกคืองานวิจัยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเพราะฉะนั้นรายละเอียดบางอย่างอาจไม่ครบถ้วน ไม่ได้มีการตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่และปริมาณไวรัสพลาสมาในช่วงที่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสเพื่อที่จะยืนยันว่ามีการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาวซีดีสี่และมีการปริมาณไวรัสในพลาสมา นอกจากนี้ยังขาดการติดตามการตอบสนองทางเม็ดเลือดขาวซีดีสี่อย่างเป็นระบบภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านค่าใช้จ่าย

โดยสรุป การศึกษานี้พบว่าอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสโดยรวมหลังจากการเริ่มยาต้านไวรัสไม่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 เซล/ลบ.มม. มีโอกาสติดเชื้อภายหลังการเริ่มยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้น วัณโรคยังเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุด การติดเชื้อภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสมีส่วนที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ควรที่จะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ต่ำมากอย่างใกล้ชิดภายหลังการที่ได้เริ่มยาต้านไวรัสโดยเฉพาะในช่วงสามเดือนแรก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์ในสถาบันบำราศนราดูรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยในการศึกษานี้ งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากงบเงินบำรุงของสถาบันบำราศนราดูร

เอกสารอ้างอิง

1. Egger M, Hirschel B, Francioli P, et al. Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. Swiss HIV Cohort Study. BMJ. 1997; 315: 1194-9
2. Ledergerber B, Egger M, Erard V, et al. AIDS-related opportunistic illnesses occurring after initiation of potent antiretroviral therapy: the Swiss HIV Cohort Study. JAMA. 1999; 282: 2220-6
3. Palella FJ, Jr., Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med. 1998; 338: 853-60
4. Lawn SD, Bekker LG and Miller RF. Immune

- reconstitution disease associated with mycobacterial infections in HIV-infected individuals receiving antiretrovirals. *Lancet*. 2005; 5: 361–73
5. Shelburne SA, 3rd, Hamill RJ, Rodriguez-Barradas MC, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome: emergence of a unique syndrome during highly active antiretroviral therapy. *Medicine (Baltimore)* 2002; 81: 213–27
6. Annual Report. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.
7. Ruxrungtham K, Phanuphak P. Update on HIV/AIDS in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2001; 84 Suppl 1: S1–17
8. Michelet C, Arvieux C, Francois C, et al. Opportunistic infections occurring during highly active antiretroviral treatment. *Aids* 1998; 12: 1815–22
9. Lipman M, Breen R. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV. *Curr Opin Infect Dis*. 2006; 19: 20–5
10. Ledergerber B, Egger M, Opravil M, et al. Clinical progression and virological failure on highly active antiretroviral therapy in HIV-1 patients: a prospective cohort study. *Swiss HIV Cohort Study. Lancet*. 1999; 353: 863–8
11. Badri M, Ehrlich R, Wood R, Pulerwitz T and Maartens G. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001; 5: 225–32
12. Corbett EL, Watt CJ, Walker N, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 1009–21
13. Whalen CC, Nsubuga P, Okwera A, et al. Impact of pulmonary tuberculosis on survival of HIV-infected adults: a prospective epidemiologic study in Uganda. *AIDS*. 2000; 14: 1219–28
14. Carcelain G, Debre P and Autran B. Reconstitution of CD4+ T lymphocytes in HIV-infected individuals following antiretroviral therapy. *Curr Opin Immunol*. 2001; 13: 483–8
15. Imami N, Antonopoulos C, Hardy GA, Gazzard B and Gotch FM. Assessment of type 1 and type 2 cytokines in HIV type 1-infected individuals: impact of highly active antiretroviral therapy. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 1999; 15: 1499–508
16. Lederman MM. Immune restoration and CD4+ T-cell function with antiretroviral therapies. *AIDS*. 2001; 15 Suppl 2: S11–5

วัณโรคกระดูกและข้อในสถาบันบำราศนราดูร

Bone and Joint Tuberculosis in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

ยุทธศักดิ์ พีรกุล พ.บ.,

ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)

ณัฐยานี เลหาศรีสกุล พ.บ.,

ว.ว. (รังสีวินิจฉัย)

สถาบันบำราศนราดูร

กรมควบคุมโรค

Yuthasak Peerakul M.D.,

Cert. Board in Orthopaedics

Nathaya Laohasrisakul M.D.,

Cert. Board in Radiology

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของวัณโรคกระดูกและข้อในผู้ป่วยติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและการรักษา เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยทำการสำรวจเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 21 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคกระดูกและข้อที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือน มีนาคม 2545 ถึง เดือนกรกฎาคม 2549 เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 13 ราย (61.9%) และไม่ติดเชื้อเอชไอวี 8 ราย (38.1%) ผลการศึกษาพบว่า อาการและอาการแสดงของโรคในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน มีอาการที่สำคัญคือ ปวดกระดูกและข้อเรื้อรังพบในผู้ป่วยทุกราย ระยะเวลาเฉลี่ยนาน 22.9 ± 9.1 เดือน ในผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี และ 9.1 ± 3.0 เดือน ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี อายุที่มากกว่า 60 ปีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี (75% ในผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี และ 0% ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า 60 ปี $p < 0.001$) ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ประวัติสัมผัสหรือเคยเป็นวัณโรคมาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้มีการกระตุ้นการติดเชื้อวัณโรคนอกปอดขึ้นใหม่ที่ระบบกระดูกและข้อ (1.3% ในผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี และ 62.5% ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี $p = 0.027$) ในขณะที่ปริมาณ CD4 ซึ่งบ่งถึงระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเอชไอวีกลับมีผลน้อย (46.2% ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีระดับ CD4 มากกว่า 200 เซลล์/มิลลิเมตร) การรักษาด้วยการให้ยาต้านวัณโรคเป็นเวลานาน 12 เดือนให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ไม่พบภาวะติดเชื้อเกิดขึ้นใหม่ หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

Abstract

The objective of this study were to study the clinical characteristics of bone and joint tuberculosis in HIV-positive and HIV-negative patients and to study predisposing factors and management. A retrospective study of 21 patients with bone and joint tuberculosis attended at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute from March 2002 through July 2006 was done by reviewing medical records in detail. The study group comprised of 13 HIV positive (61.9%) and 8 HIV negative patients (38.1%). The clinical presentation of bone and joint tuberculosis were similar in HIV positive and negative patients. The most important symptom was chronic pain which were presented in all patients, average 22.9 ± 9.1 months in HIV-negative and $9.1 \pm$

3.0 months in HIV positive patients. The elderly more than 60 year old was a significant risk factor in HIV negative patients (75% in HIV negative vs. 0% in HIV positive patients who were older than 60 years old, $p < 0.001$). In HIV positive patients, the history of prior contacted or infected with tuberculosis was a significant risk factor for reactivated extra-pulmonary tuberculous infection in bone and joints (1.3% in HIV negative vs. 62.5% in HIV positive patients, $p = 0.027$). The CD4 count which was represented the immunologic status of the patients had less effect (46.2% of the HIV positive patients had CD4 level more than 200 cell/mm³). The result of anti-tuberculosis drugs given for at least 12 months was satisfactory. No recurrent infection nor serious complication was found.

ประเด็นสำคัญ

วัณโรคกระดูกและข้อ

สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

Bone and joint tuberculosis

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

บทนำ

วัณโรค ยังคงเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาใหญ่ และเป็นสาเหตุการตายของโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดทั่วโลก จากสถิติของ WHO ในปี 1997 พบว่า หนึ่งในสามของประชากรทั่วโลก (32%) ได้รับเชื้อวัณโรค และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคโดยเฉลี่ยในแต่ละปีประมาณ 80 ล้านราย มีผู้ป่วยรายใหม่ 8 ล้านราย และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อวัณโรค 1.8 ล้านราย⁽¹⁻³⁾ จากข้อมูลสถิติวัณโรคของสถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ปี 2545 - 2549 พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค ในระหว่างปี 2545 จนถึงปี 2549 เท่ากับ 3-7% โดยที่มากกว่า 60% เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันชนิด cell-mediated immunity ซึ่งมีความสำคัญในการต่อต้านเชื้อวัณโรค วัณโรคที่พบส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อวัณโรคนอกปอดบ่งถึงมีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคผ่านทางกระแสเลือด ไปยังอวัยวะอื่นๆทั่วร่างกาย ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด คือ ระบบต่อมน้ำเหลือง สำหรับการติดเชื้อวัณโรคของระบบกระดูกและข้อพบได้บ้างคิดเป็นร้อยละน้อยกว่า 1% เปรียบเทียบกับของ WHO ที่พบ

ประมาณ 1-3% อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ของวัณโรคกระดูกและข้อ มักเป็นเรื้อรังและไม่ค่อยมีอาการจำเพาะ ส่วนใหญ่มักมีอาการไข้ต่ำๆไม่ชัดเจน ปวดข้อ กล้ามเนื้อหรือกระดูกบริเวณที่มีการติดเชื้อเล็กน้อย ทำให้วินิจฉัยได้ล่าช้าจนเกิดการทำลายของกระดูกและข้อ ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคของระบบกระดูกและข้อจึงไม่เท่าที่ควร และอาจมีความพิการเกิดขึ้นได้⁽⁴⁾

ถึงแม้ว่าวัณโรคกระดูกและข้อเป็นโรคที่พบบานาน แต่การศึกษาเกี่ยวกับประวัติและอาการแสดงของโรค การรักษา และผลการรักษากลับมีไม่มากนักเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่พบในแต่ละปีมีน้อย เช่นการศึกษาของ Leibert E. และคณะที่ศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค ของกระดูกสันหลังในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 7 ราย และผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี 19 ราย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2531-2538 พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอาการทางคลินิกไม่แตกต่างกัน และถ้าได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม การรักษาได้ผลดีไม่แตกต่างกัน⁽⁴⁾ การศึกษาของ Shirzad H. และคณะที่ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การระบาดของวัณโรคกระดูกและข้อในประเทศเดนมาร์กที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงย่าย

ถิ่นฐานของพลเมืองกลุ่มเสี่ยง⁽⁵⁾ หรือการศึกษาของ Shafer และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 4 รายที่เป็นวัณโรคของกระดูกสันหลัง แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างน้อย จึงให้รายละเอียดทางคลินิกได้ไม่มาก⁽⁶⁾

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงลักษณะทางคลินิกของวัณโรคระบบกระดูกและข้อ โดยศึกษาลักษณะอาการและอาการแสดงของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และผลการรักษาเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อเอชไอวี

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคกระดูกและข้อที่สถาบันบำราศนราดูร ในช่วงเวลา 5 ปี ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2545 ถึงเดือน กรกฎาคม 2549 โดยใช้วิธีสืบค้นจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของงานเวชสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคของระบบกระดูกและข้อตาม ระบบ ICD10 (A81) จากนั้นนำเลขที่ผู้ป่วยไปค้นหาเวชระเบียน และทำการทบทวนเวชระเบียน โดยทำการที่บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ผลเลือด ติดเชื้อหรือไม่ ติดเชื้อเอชไอวี ประวัติการสัมผัส หรือติดเชื้อวัณโรค ที่ตำแหน่งอื่นมาก่อน หรือเป็นวัณโรคปอดร่วมด้วย ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงสามารถวินิจฉัยโรคได้ ตำแหน่งของกระดูกและข้อที่ติดเชื้อ ระดับCD4ในผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวี การรักษาวัณโรคและผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรโดยใช้ t-test และ chi-square test ทดสอบสมมุติฐานแบบสองทาง กำหนดค่าโอกาสความน่าจะเป็นที่น้อยกว่า 0.05 เป็นค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคของกระดูกและข้อระหว่างกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ univariate analysis

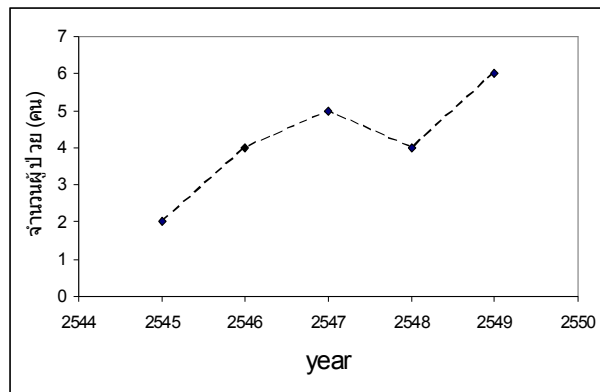
การวินิจฉัยวัณโรคของกระดูกและข้อ อาศัยภาพถ่ายทางรังสีวิทยาทั้งแบบธรรมดา (plain

film) หรือร่วมกับการส่งตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ที่บ่งถึงการทำลายของกระดูกและข้อ ที่เข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรค การเจาะน้ำหรือหนองในข้อเพื่อย้อม acid fast smear และเพาะเชื้อ หรือผลชิ้นเนื้อพบ caseous granulomatous inflammation เข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรค

ผลการศึกษา

คุณลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกและข้อ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคกระดูกและข้อ ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2545 ถึง เดือนกรกฎาคม 2549 จำนวนทั้งหมด 21 ราย เป็นเพศชาย 10 ราย เพศหญิง 11 ราย อายุเฉลี่ย 48.5 ± 16.9 ปี (ระหว่าง 31-86 ปี) เป็นผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี 8 ราย และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 13 ราย โดยมีแนวโน้มตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคของกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจากผู้ป่วย 2 ราย ในปี 2545 เป็น 6 รายในปี 2549 (ตารางที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคของกระดูกและข้อในแต่ละปี



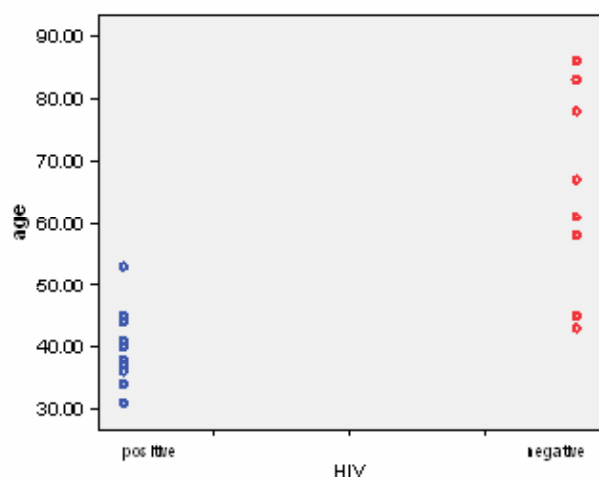
กลุ่มผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า 60 ปี 75%) ต่างจากกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบในช่วงอายุน้อยกว่า (น้อยกว่า 60 ปี 100%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ประวัติสัมผัสวัณโรคหรือเคยเป็นวัณโรคปอด หรือต่อมน้ำเหลืองมาก่อน พบมีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (1.3% ในผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี และ 62.5% ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี $p = 0.027$) ผู้ป่วย 1 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี

ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (อายุ 43 ปี) มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคชัดเจน (ตารางที่ 1 แผนภูมิที่ 1 และ 2)

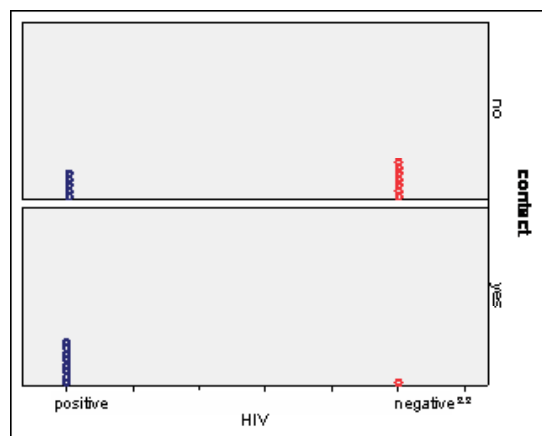
ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกและข้อ จำนวน 21 ราย

เพศ ชาย : หญิง	10 : 11
ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี ราย (%)	8 (38.1)
อายุเฉลี่ย ปี $\pm$ SD	65.1 $\pm$ 16.4
ประวัติสัมผัสวัณโรค ราย (%)	1 (1.3)
ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ราย (%)	13 (61.9)
อายุเฉลี่ย ปี $\pm$ SD	39.4 $\pm$ 6.2
ประวัติสัมผัสวัณโรค ราย (%)	8 (61.5)
ระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อ ปี $\pm$ SD	10.1 $\pm$ 2.9
ปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ราย (%)	
Heterosexual route	11 (84.6)
Intravenous drug use	2 (15.4)
ระดับ CD4 เฉลี่ย เซลล์/มิลลิลิตร $\pm$ SD	168.8 $\pm$ 130.6 (range 10 - 454)

แผนภูมิที่ 2 แสดงอายุระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี



แผนภูมิที่ 3 แสดงผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี



- อาการ อาการแสดง ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยวัณโรคระบบกระดูกและข้อ

ผู้ป่วยทุกรายมาด้วยอาการปวดเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ที่ ตำแหน่ง กระดูกและข้อที่มีการติดเชื้อวัณโรค ระยะเวลาของอาการปวดเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี (เฉลี่ย 22.9 $\pm$ 9.1 เดือน) นานกว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (เฉลี่ย 9.1 $\pm$ 3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$) ส่วนอาการและอาการแสดงอื่นๆ เช่น ไข้ น้ำหนักลด ขา แขนและขาอ่อนแรง หรือมีก้อน มีแผล พบได้ไม่แตกต่างกัน ไม่พบอาการสูญเสียการทำงาน ของระบบประสาท ตำแหน่งของกระดูกและข้อที่ติดเชื้อวัณโรค ที่พบมากที่สุดทั้งในผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อเอชไอวี คือ ที่กระดูกสันหลัง พบ 16 ราย (76.2%) ส่วนใหญ่เป็นที่กระดูกสันหลังระดับทรวงอก ผู้ป่วยทุกรายตรวจพบการทำลายของกระดูกและข้อจากภาพถ่ายเอกซเรย์ธรรมดา หรือจากเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) การติดเชื้อวัณโรคของกระดูกสันหลังพบภาวะการทำลายกระดูก และหมอนรองกระดูก ร่วมกับมีก้อนฝีหนอง 6 ใน 16 ราย (ตารางที่ 2 และ 3 รูปที่ 1-6)



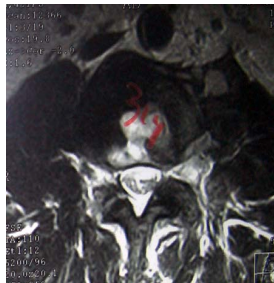
รูปที่ 1 : วัณโรคกระดูกสันหลังระดับทรวงอก มีการทำลายกระดูก T8 T9 และ T8/9 disc



รูปที่ 2 : วัณโรคกระดูกสันหลังระดับทรวงอก มีการทำลายกระดูก T8 T9 T10 และ T8/9 T9/10 disc ร่วมกับก้อนฝีหนอง (ลูกศร)



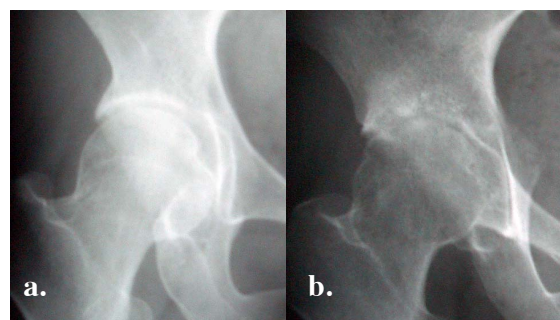
รูปที่ 3 : วัณโรคกระดูกสันหลังระดับเอว มีก้อนฝีที่กระดูก L4 และ L3/4 disc



รูปที่ 4 : วัณโรคกระดูกสันหลังระดับเอว มีการทำลายกระดูก L4 L5 และ L4/5 disc



รูปที่ 5 : วัณโรคที่กระดูกเท้า มีการทำลายกระดูกเท้า ร่วมกับมีแผลเป็นหนองเรื้อรัง



รูปที่ 6 : วัณโรคที่ข้อสะโพก :

- a. ระยะแรกที่มีอาการปวดสะโพก แต่ยังไม่มีการทำลายกระดูกและข้อ
- b. 3 ปีต่อมาเห็นการทำลายกระดูกข้อสะโพกชัดเจน

ตารางที่ 2 แสดงอาการและอาการแสดงของวัณโรคของกระดูกและข้อ

	HIV-negative	HIV-positive
ปวดหลัง กระดูก	8 (100%)	13 (100%)
ไข	4 (50%)	9 (69.6%)
น้ำหนักลด	5 (62.5%)	7 (53.8%)
ชา อ่อนแรง	3 (37.5%)	4 (30.8%)
มีก้อน แผล	1 (12.5%)	3 (23.1%)

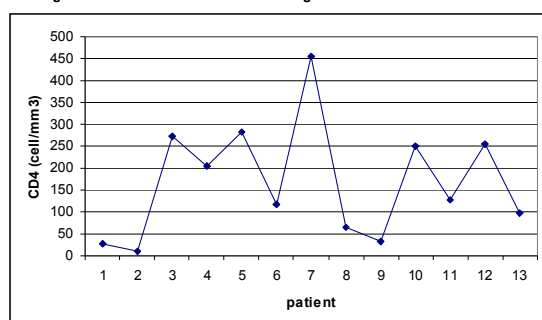
ตารางที่ 3 แสดงตำแหน่งกระดูกและข้อที่ติดเชื้อวัณโรค

	HIV-negative	HIV-positive
Spine : Cervical	-	1 (7.7%)
Thoracic spine	4 (50%)	5 (38.5%)
Lumbar spine	2 (25%)	4 (30.7%)
Hip	1 (12.5%)	-
Knee	-	1 (7.7%)
Foot	1 (12.5%)	-
Wrist	-	1 (7.7%)
Elbow	-	1 (7.7%)

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตรวจพบเชื้อวัณโรคจากการเพาะเชื้อจากเสมหะ (2 ราย) หนองในข้อ (4 ราย) และต่อมน้ำเหลือง (2 ราย) ส่วนใหญ่เป็นเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* (87.5%) ผู้ป่วย 1 ราย เป็นเชื้อ *Non-mycobacterium tuberculosis* และตรวจพบลักษณะ caseous granulomatous lesion จากผลชิ้นเนื้อในผู้ป่วย 5 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผลตรวจวัดระดับ CD4 มีค่าเฉลี่ย 168.8 ± 130.6 เซลล์/มิลลิเมตร และ 46.2% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับ CD4 มากกว่า 200 เซลล์/มิลลิเมตร (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่ 4 แสดงระดับ CD4 ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 13 ราย



- การรักษาและผลการรักษา

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค (First-line anti-tuberculosis regimens) เป็นเวลา 12 เดือน โดยให้ยา Isoniazid Rifampin Pyrazinamide และ Ethambutol ร่วมกันใน 2 เดือนแรก และให้ยา Isoniazid ร่วมกับ Rifampin ต่ออีก 10 เดือน มีผู้ป่วย 5 รายได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาหนองหรือก้อนเนื้อออก ผลการรักษา 11 ใน 21 ราย ได้รับยาครบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการ และ อาการแสดงหายเกือบเป็นปกติ มีผู้ป่วย 6 ราย อยู่ระหว่างการรักษา แต่มีอาการปวดกระดูกและข้อลดลง ผู้ป่วย 3 ราย ขาดการติดต่อ หรือส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายจากการติดเชื้อแบคทีเรียของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุ และมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตวาย มีการผ่าตัดในผู้ป่วย 5 ราย 2 ราย ทำ Bone biopsy เพื่อวินิจฉัยโรค 1 ราย ทำ Decompressive laminectomy เนื่องจากมีการกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง และอีก 2 ราย ผ่าตัดเพื่อล้างแผลหนอง

วิจารณ์

การติดเชื้อวัณโรคนอกปอดเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยโดยเฉลี่ยพบประมาณ 15% และส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อวัณโรคของต่อมน้ำเหลือง การติดเชื้อวัณโรคของกระดูกและข้อพบเพียง 1-3% ของผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคกระดูกและข้อ ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี การใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะขาดสารอาหาร สำหรับประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือเคยเป็นวัณโรค นำมาก่อนมีความสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันชนิด cell-mediated immunity ซึ่งเป็นตัวสำคัญในการต่อต้านเชื้อวัณโรค เป็นผลทำให้เกิดการกระตุ้นการติดเชื้อวัณโรคขึ้นใหม่ได้ง่าย ส่วนภาวะภูมิคุ้มกันอ่อนแอจาก

สาเหตุอื่นมีผลน้อยกว่า อายุจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางอ้อม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีช่วงระยะเวลาที่อาจเคยสัมผัสโรคมากกว่า และมีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันมากกว่าในผู้ป่วยอายุน้อย⁽¹⁻³⁾

จากการศึกษานี้ พบอุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรคกระดูกและข้อในสถาบันบำราศนราดูรค่อนข้างต่ำน้อยกว่า 1% ของผู้ป่วยวัณโรค แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6 รายในระหว่างปี 2545-2546 เป็น 10 ราย ในระหว่างปี 2548-2549 ผู้ป่วยทุกรายมีปัจจัยเสี่ยง การติดเชื้อวัณโรคของระบบกระดูกและข้อคือ เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันอ่อนแอ มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน ความดันสูง ไตวาย ประวัติสัมผัส หรือเคยเป็นวัณโรคมาก่อนมีความสำคัญในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (62.5% ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ 1.3% ในผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี $p = 0.001$)

จากการศึกษาของ Leibert E. และคณะ พบอาการและอาการแสดงที่สำคัญในวัณโรคของระบบกระดูกและข้อ คือ อาการปวดกระดูกตำแหน่งที่ติดเชื้อเรื้อรังพบในผู้ป่วยทุกราย ส่วนอาการอื่นๆ เช่น ไข้ น้ำหนักลด เป็นอาการที่ไม่จำเพาะ⁽⁴⁾ ระยะเวลาอาการแสดงของโรค จะนานในผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี มีระยะเวลาประมาณ 2-3 ปี⁽⁷⁾ นานกว่าในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาประมาณ 1 ปี⁽⁸⁾ ในการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีระยะเวลาอาการแสดงของโรคสั้นกว่าเช่นกัน โดยเฉลี่ย 9 เดือน (4-15 เดือน) เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีต้องมาพบแพทย์เป็นประจำทุกเดือนเพื่อรับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือยาต้านไวรัส และตัวผู้ป่วยเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค หรือการกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคขึ้นใหม่จากการที่มีความบกพร่องของภูมิคุ้มกันชนิด cell-mediated immunity อยู่แล้ว ทำให้แพทย์ที่ทำการรักษา วินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดกระดูกและข้อจากวัณโรคเป็นอันดับต้นๆ ส่วนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อวัณโรค มีระยะเวลาอาการแสดงของโรคนานกว่าเฉลี่ย 22.9 เดือน (12-36 เดือน) เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย

สูงอายุ ซึ่งไม่มีประวัติสัมผัสวัณโรค และพบปัญหาปวดกระดูกจากภาวะกระดูกบางหรือข้อเสื่อมได้บ่อยกว่า ทำให้ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคช้ากว่า

การติดเชื้อวัณโรคนอกปอดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมักพบในผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มิลลิเมตร แต่จากการศึกษาของ Belzunegui J. และคณะ⁽⁸⁾ หรือของ Leibert E. และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าระดับความรุนแรงของภูมิคุ้มกันบกพร่องไม่มีผลต่อการติดเชื้อวัณโรคของกระดูกและข้อ ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่ทำการศึกษามีความแตกต่างของระดับ CD4 ค่อนข้างกว้าง และมีค่าเฉลี่ยระดับ CD4 ใกล้เคียงหรือมากกว่า 200 เซลล์/มิลลิเมตร ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับ CD4 ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีค่าไม่ต่ำมาก (168.8 ± 130.6 เซลล์/มิลลิเมตร) และ 46.2% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับ CD4 มากกว่า 200 เซลล์/มิลลิเมตร

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคกระดูกและข้อ จากข้อมูลของ ATS/CDC guideline ที่เสนอให้ยารักษาวัณโรคในระยะเวลาสั้น 6 เดือนก็เพียงพอ⁽⁹⁾ แต่จากการศึกษาของ Perriens J H และคณะ หรือการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านวัณโรคเพียง 6 เดือนมีอัตราการเกิดเป็นโรคซ้ำใหม่ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับการให้ยาวัณโรคเป็นเวลา 12 เดือน⁽¹⁰⁻¹¹⁾ การรักษาวัณโรคของระบบ กระดูกและข้อในสถาบันบำราศนราดูร จะให้ยาเป็นเวลานาน 12 เดือนเช่นกัน ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้ยาครบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีอาการปวดลดลงเกือบปกติถึงแม้จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้า และยังไม่พบภาวะติดเชื้อขึ้นใหม่ ไม่มีข้อบ่งชี้ที่แน่นอนในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคของกระดูกและข้อในการศึกษานี้มีการผ่าตัดเพื่อลดการกดทับเส้นประสาทที่กระดูกสันหลัง 1 รายเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม วัณโรคของระบบกระดูกและข้อยังเป็นโรคที่พบได้น้อย จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษาก็มีไม่มาก อาจทำให้ลดความน่าเชื่อถือทางสถิติลง แต่จะเป็นแนวทางในการช่วยวินิจฉัยโรคสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงได้

สรุป

วัณโรคกระดูกและข้อ เป็นโรคที่ควรนึกถึงในผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญ คือ อาการปวดกระดูกหรือปวดหลังเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคือเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ประวัติสัมผัสหรือเคยเป็นวัณโรคมาก่อนมีความสำคัญมากกว่าระดับ CD4 ในการช่วยวินิจฉัยโรควัณโรคระบบกระดูกและข้อในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคนาน 12 เดือนให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ไม่พบภาวะติดเชื้อเกิดขึ้นใหม่ หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Ravinlion ML, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of a world wide epidemic. JAMA 1995; 273: 220-6.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control, WHO report 2002. Available at: <http://www.who.int/gtb/publications>. Accessed 6 June 2003.
3. Zhenhua Y, Ying K, Frank W, Betsy F, et al. Identification of risk factors for extra-pulmonary tuberculosis. Clin Infect Dis. 2004; 38: 199-205.
4. Leibert E, Schluger N W, Bonk S, Rom W N. Spinal tuberculosis in patients with immunodeficiency virus infection: clinical presentation, therapy and outcome. Tubercle and Lung Dis. 1996; 77: 329-34.
5. Shizad H, Sigrid P, Per Riegels-Nielsen. Bone and joint tuberculosis in Denmark. Acta Orthop Scand 2000; 71(3): 312-15.
6. Shafer R W, Kim D S, Weiss J P, Quale J M. Extra-pulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. Medicine 1991; 70: 384-97.
7. Vohra R, Kang H S, Dogra S, Saggar R R, Sharma R. Tuberculous osteomyelitis. J Bone Joint Surg(Br) 1997; 79-B: 562-66.
8. Belzunegue J, Santisteban M, Gorordo M, Barasay E, et al. Osteoarticular mycobacterial infections in patients with the human immunodeficiency virus. Clin Exp Rheumatol 2004; 22: 343-45
9. Medical Research Council Working Party on Tuberculosis of the Spine, Twelfth Report. Controlled trial of short-course chemotherapy in the ambulatory treatment of spinal tuberculosis. J Bone Joint Surg 1993; 75: 240-248.
10. Perriens J H, St Louis M E, Mukadi Y B, et al. Pulmonary tuberculosis in HIV-infected patients in Zaire. A controlled trial of treatment for either 6 or 12 months. N Engl J Med 1995; 332: 779-84.
11. American Thoracic Society. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 1359-74.

สภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกัน ในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค

Ileal Ulcer Perforation Caused by Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome in AIDS Patients

สุทัศน์ โชตนะพันธ์ พ.บ., ว.ว.ศัลยกรรมทั่วไป
ตันภัย จิระมานะพันธ์ พ.บ., ว.ว.ศัลยกรรมทั่วไป
ประสงค์ ว่องธวัชชัย พ.บ., ว.ว.ศัลยกรรมทั่วไป
สถาบันบำราศนราดูร
กรมควบคุมโรค

Suthat Chottanapund, M.D. F.R.C.T
Tunpai Chiramanaphun, M.D. F.R.C.T
Prasong Wongtawatchai, M.D. F.R.C.T
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การรักษาสภาวะการติดเชื้อวัณโรคในระบบทางเดินอาหาร ร่วมกับการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์สามารถก่อให้เกิดสภาวะแทรกซ้อนจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ ดังในรายงานนี้แสดงถึงสภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุที่เกิดจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันภายหลังการให้ยาต้านวัณโรค ร่วมกับการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีการติดเชื้อวัณโรคในระบบทางเดินอาหารควรมีความระมัดระวัง มีการบริหารยาแต่ละชนิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม และต้องติดตามเฝ้าระวังสภาวะแทรกซ้อนจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันด้วย

Abstract

Co-treatment of anti-tuberculosis drug with highly active anti-retroviral therapy in AIDS patients who had Tuberculous infection, could cause immune reconstitution inflammatory syndrome which increased morbidity and mortality in these group of patients. This research showed cases of ileal perforation caused by this reaction. Physician should aware of immune reconstitution inflammatory syndrome when facing with AIDS patients with Tuberculous infection.

ประเด็นสำคัญ

ปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกัน
เอดส์ วัณโรค

Keywords

Immune reconstitution inflammatory syndrome,
AIDS, Tuberculous infection

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการติดเชื้อวัณโรคฉวยโอกาสเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยพบว่าวัณโรคเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงสุดในโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสำหรับผู้ป่วยเอดส์ ตำแหน่งของวัณโรคที่

พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือวัณโรคปอดเช่นเดียวกับที่พบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ นอกจากวัณโรคปอดแล้ว วัณโรคระบบทางเดินอาหารก็เป็นอีกหนึ่งอวัยวะที่พบว่าเกิดโรคได้เสมอ⁽¹⁻²⁾ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มา

ด้วยอาการปวดท้อง การตรวจวินิจฉัยแยกโรคการติดเชื้อวัณโรคระบบทางเดินอาหารเป็นสิ่งที่จะต้องทำเสมอในทางศัลยกรรม การติดเชื้อวัณโรคทางเดินอาหารสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางในระบบทางเดินอาหารได้ทั้งภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะลำไส้อุดตัน และการทะลุของผนังทางเดินอาหาร

ปัจจุบันการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ได้ ซึ่งอธิบายได้จากการที่ปริมาณไวรัสเอดส์ที่ลดลง และการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ต้านภูมิคุ้มกัน⁽³⁾ แม้กระนั้นก็ตามการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ยังสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ ดังมีการรายงานพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส มีอาการทรุดหนักลงจากสภาวะการอักเสบจากการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันภายหลังการเริ่มทานยาต้านไวรัสเอดส์⁽⁴⁻⁵⁾ พบว่าสภาวะดังกล่าวสามารถหายหรือลดลงได้เองเมื่อเวลาผ่านไป แต่ก็มีผู้ป่วยหลายรายที่เสียชีวิตจากสภาวะดังกล่าว⁽⁵⁻⁷⁾ สภาวะแทรกซ้อนจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันพบได้สูงถึง 10% ของผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มทานยาต้านไวรัสเอดส์ และพบได้สูงถึง 25% ถ้าพบว่าขณะเริ่มทานยาผู้ป่วยมีเม็ดเลือดขาวแบบ CD4 น้อยกว่า 50 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร⁽⁸⁾

รายงานนี้จัดทำขึ้นเพื่อรายงานการเกิดสภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคในระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อวัณโรคที่มีสภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกัน และเข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร

ระหว่าง 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549 จำนวน 2 ราย

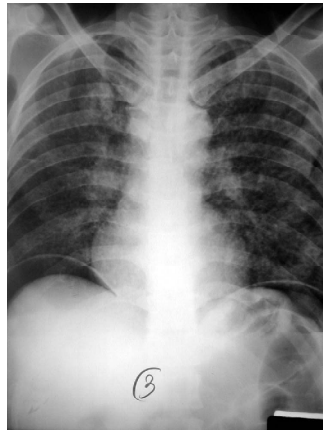
ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยได้รับการปกปิดด้วยระบบมาตรฐานด้านเวชระเบียนของทางสถาบันบำราศนราดูร และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร

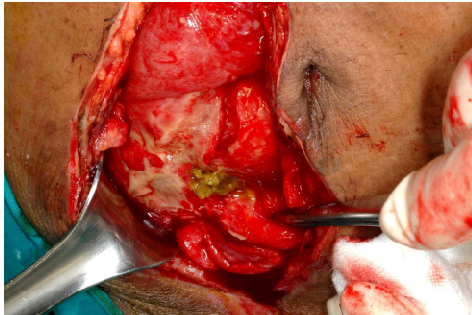
ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคในระบบทางเดินอาหารจำนวน สองรายในระยะเวลาระหว่าง 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549 ที่มีอาการลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันผู้ป่วยเป็นเพศชายหนึ่งราย และหญิงหนึ่งราย อายุ 47 และ 43 ปีตามลำดับ

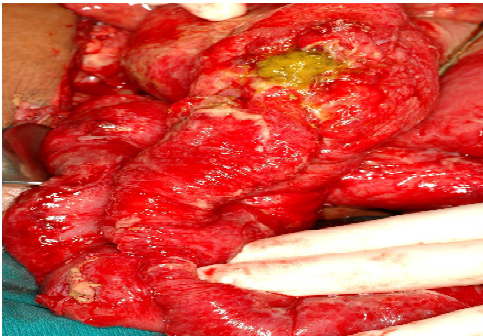
ผู้ป่วยชายอายุ 47 ปี มาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรัง ท้องเดิน จากการทำอัลตราซาวด์ และเจาะตอมน้ำเหลืองที่โตในช่องท้องตรวจพบว่าเป็นวัณโรคทางเดินอาหาร ได้รับยารักษาวัณโรคหลังการวินิจฉัยภายหลังการวินิจฉัยวัณโรคทางเดินอาหารได้เจาะเลือดพบติดเชื้อไวรัสเอดส์ พบว่ามีเม็ดเลือดขาวแบบ CD4 จำนวน 53 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสสูตรยาเม็ดรวมที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม (GPO-VIR) โดยเริ่มยาต้านไวรัสภายหลังยารักษาวัณโรคประมาณ 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยรับประทานและติดตามการรักษามาโดยตลอด อีกห้าเดือนถัดมาผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการปวดท้อง มีไข้ขึ้น ตรวจร่างกายพบสภาวะเยื่อช่องท้องมีการอักเสบ การเอ็กซเรย์ปอดและช่องท้องพบว่ามีลมในช่องท้อง ได้รับการผ่าตัดพบว่า มีลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกัน ผลการตรวจทางพยาธิพบ Acute ulcerative ileitis with hemorrhage, no granuloma seen (ดังรูปที่ 1-3)



รูปที่ 1 ภาพเอกซเรย์ทรวงอกก่อนการผ่าตัดพบว่า มีลมในช่องท้อง



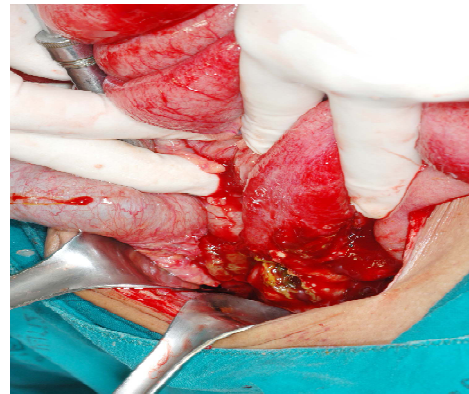
รูปที่ 2 ภาพลำไส้เล็กทะลุถ่ายขณะผ่าตัด



รูปที่ 3 ภาพลำไส้เล็กทะลุถ่ายขณะผ่าตัด

ผู้ป่วยหญิงอายุ 43 ปี มาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรัง ท้องเดิน จากการทำอัลตราซาวด์พบมีสภาวะต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องโต การตรวจโดยการส่องกล้องทางทวารหนัก พบก้อนบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (Caecum) ย่อมพบเชื้อวัณโรค ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคทางเดินอาหารได้รับยารักษาวัณโรคพร้อมกับ

การให้ยาต้านไวรัสสูตรยาเม็ดรวมที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม (GPO-VIR) หลังการวินิจฉัยตรวจพบว่า มีเม็ดเลือดขาว แบบ CD4 จำนวน 14 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ภายหลังทานยาสองเดือน ผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการปวดท้องทันทีทันใด มีไข้ขึ้น ตรวจร่างกายพบสภาวะเยื่อช่องท้องมีการอักเสบ การเอ็กซเรย์ปอดและช่องท้องพบว่า มีลมให้ช่องท้อง ได้รับการผ่าตัดพบว่า มีลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกัน ผลการตรวจทางพยาธิพบ Perforated ulcer with chronic caseating granulomatous inflammation (ดังภาพที่ 4, 5)



รูปที่ 4 ภาพลำไส้เล็กทะลุถ่ายขณะทำการผ่าตัด



รูปที่ 5 ภาพลำไส้ทะลุจากด้านในหลังผ่าตัดออกมาจากผู้ป่วย

วิจารณ์

เชื้อวัณโรคเป็นเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญในผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีหนึ่งในสี่ที่มีการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วย และพบว่าเชื้อวัณโรคสามารถทำให้ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตได้⁽⁹⁾ แม้ว่าในปัจจุบันการเข้าถึงและการ

รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จะดีขึ้น แต่กลับพบว่าการรักษาวัณโรคร่วมกับการให้ยาต้านไวรัสเอดส์สามารถก่อให้เกิดสภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นกับผู้ป่วยได้ ทั้งจากตัวโรค ผลข้างเคียงของยา และปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกัน⁽¹⁰⁾ ดังในการศึกษานี้ได้รายงานผู้ป่วยสองรายที่เกิดสภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคในระบบทางเดินอาหารที่ได้รับทั้งยาต้านไวรัสรวมกับการทานยารักษาวัณโรค มีรายงานพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคที่ได้รับยาทั้งสองยาร่วมกันมีโอกาสเกิดสภาวะแทรกซ้อนจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันมากกว่าปกติถึง 5 เท่า⁽¹¹⁻¹³⁾ ในปัจจุบันสภาวะปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ ยังไม่สามารถให้คำจำกัดความที่แน่นอน เป็นการให้การวินิจฉัยเมื่อตรวจไม่พบสาเหตุที่อธิบายสภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นในการให้ยาต้านไวรัสรวมกับการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ต้องมีความระมัดระวัง และมีการติดตามการรักษาเป็นระยะๆ มีเพียงคำแนะนำบางอย่างที่ควรปฏิบัติ เช่น ในการเริ่มให้ยาต้านไวรัส ควรแน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสซ่อนอยู่ การเริ่มให้ยาต้านไวรัสควรให้ภายหลังควบคุมการติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว โดยทั่วไปสำหรับกรให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอดส์ ที่รักษาวัณโรคแล้วแนะนำให้เริ่มให้ยาต้านไวรัสเมื่อรักษาวัณโรคแล้วอย่างน้อยสองสัปดาห์ แต่ยังไม่มียาหลักฐานที่ชัดเจนทำให้สภาวะปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอีกหลาย ๆ ด้าน

สรุปผลการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีการติดเชื้อวัณโรคการให้ยาต้านวัณโรคร่วมกับการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ควรมีความระมัดระวัง โดยให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะเวลาที่ห่างจากการให้ยาต้านวัณโรคที่เหมาะสม โดยทั่วไปแนะนำให้ยาต้านไวรัสเอดส์ภายหลังยาต้านวัณโรคประมาณสองสัปดาห์ มิฉะนั้นอาจก่อให้เกิดผลเสียที่เกิดจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อ

วัณโรคในระบบทางเดินอาหารก็เช่นกัน สามารถเกิดสภาวะแทรกซ้อน จากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ ดังในรายงานนี้แสดงให้เห็นถึงสภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุที่เกิดจากการให้ยาต้านวัณโรคร่วมกับการให้ยาต้านไวรัส ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเกิดสภาวะปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ในอีกหลาย ๆ ด้าน เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Jacobson MA, French M. Altered natural history of AIDS-related opportunistic infections in the era of potent combination antiretroviral therapy. *AIDS*. 1998, Suppl A: S157-63.
2. Ledergerber B, Egger M, Erard V, et al. AIDS-related opportunistic illnesses occurring after initiation of potent antiretroviral therapy: the Swiss HIV Cohort Study. *JAMA*. 1999, 282: 2220-6.
3. Gallo RC SP, Gelmann EP, et al. Isolation of T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (ADIS). *Science*. 1983; 220: 865-7.
4. Gallo RC SS, Popovic M, et al. Frequent detection and isolation of cytopathic viruses (HTL-III) from patients with AIDS and the risk of AIDS. *Science*. 1984: 500-3.
5. Hoffmann C, Rockstroh JK, Kamps BS, et al. *HIV Medication 2005*. Cologne: Druckhaus Sd GmbH & Co. KG; 2005.
6. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1986; 36: 1-15s.
7. CDC. Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopa-

- thy-associated virus infections. MMWR. 1986; 35: 334.
8. Castro K, Ward W, Slutsker L, Buehler W, et al. Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. MMWR. 1993; 41 (RR-17).
9. UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. New York; 2006.
10. Robertson J, Meier M, Wall J, et al. Immune Reconstitution Syndrome in HIV: Validating a Case Definition and Identifying Clinical Predictors in Persons Initiating Antiretroviral Therapy. Clin Infect Dis. 2006; 42: 1639-46
11. Badri M, Ehrlich R, Wood R, et al. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area. Int J Tuberc Lung Dis. 2001; 5: 225-32.
12. Barnes PF. Rapid diagnostic tests for tuberculosis: progress but no gold standard. Am J Respir Crit Care Med. 1997; 155: 1497-8.
13. Burman WJ, Jones BE. Treatment of HIV-related tuberculosis in the era of effective antiretroviral therapy. Am J Respir Crit Care Med. 2001; 164: 7-12.

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร

Sexual Risk Behaviors and Sexually Transmitted Infections among Persons

Attending HIV Care in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

อัฉรา ชาวาวณิช พ.บ.*

Achara Chaovavanich M.D.*

รังสิมา โล่ห์เลขา พ.บ.**

Rangsima Lolekha M.D.**

ปรีชา ตันธนาธิป พ.บ.*

Preecha Tantanatip M.D.*

อมรพันธ์ วิรัชชัย พ.บ.*

Amornpun Wiratchai M.D.*

เจริญสุข อัครพิพิธ วท.ม.*

Jarunsook Ausavapipit M.Sc.*

กรุณา ลิ้มเจริญ วท.ม.*

Karuna Limjaroen M.Sc.*

อุมาภรณ์ เชียงพ้อ วท.ม.**

Umaporn Siangpmoe M.Sc.**

ชลลดา นันทวิสัย วท.ม.**

Chollada Nandavisai M.Sc.**

อรพิน สุศรีพานิช วท.ม.**

Orapin Suksripanich M.Sc.**

*สถาบันบำราศนราดูร

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

**ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

**Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประวัติความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ร่วมกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องและเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการที่คลินิกเอชไอวีที่สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทุกรายจะได้รับการสอบถามถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจดูแผลที่อวัยวะเพศ ตรวจหาเชื้อหนองในและหนองในเทียมโดยวิธี Polymerase Chain Reaction ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสโดยดู VDRL และ TPHA เป็นบวก และทำการตรวจ wet smear เพื่อหาเชื้อพยาธิทริโคโมแนส (เฉพาะผู้หญิง) ผู้ที่พบผลผิดปกติจากการซักประวัติและตรวจร่างกายจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ผลที่ได้จะถูกนำมาคำนวณโดยใช้สถิติ chi-square test และ multivariate model หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2548-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 894 คน เป็นเพศชาย 395 คน (ร้อยละ 44) เพศหญิง 499 คน (ร้อยละ 56) ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 61 มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนผู้ป่วย 546 คนที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ผู้ชาย 90/138 คน (ร้อยละ 65) และผู้หญิง 166/203 คน (ร้อยละ 82) รายงานใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำ (p-value <0.01) ผู้ชาย 90/225 (ร้อยละ 40) และผู้หญิง 37/259 คน (ร้อยละ 14) มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว (p-value <0.01) โดย 51/98 คน (ร้อยละ 52) ใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว ผู้ชาย 44/178 ราย (ร้อยละ 25) รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน และ 20/33 (ร้อยละ 61) รายงานการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ได้ป้องกัน ผู้ชาย 43/223 (ร้อยละ 19)

มีการซื้อบริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาและใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขายบริการเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเพียง 7/26 (ร้อยละ 27) ผู้หญิง 266/331 (ร้อยละ 80) และผู้ชาย 89/143 (ร้อยละ 62) เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำ (p-value<0.01) ในจำนวนคู่นอนประจำ 401 คน ร้อยละ 44 ไม่ทราบผลเลือด ร้อยละ 34 มีผลเลือดเป็นบวก และร้อยละ 22 มีผลเลือดเป็นลบ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนประจำคือ การไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน (OR =2.5 (95%CI 1.2-5.2)) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนที่ไม่ทราบผลเลือดหรือมีผลเอชไอวีเป็นลบคือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (OR = 2.2 (95%CI 1.2-4.2)) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนคือเพศหญิง (OR 2.6 (95%CI 1.4-4.6) และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (OR 2.2 (95%CI 1.2-4.2) อัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมทั้งหนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส ทริโคโมแนสที่พบในผู้ชายคิดเป็นร้อยละ 10 และผู้หญิงพบร้อยละ 6 (p-value = 0.06) อย่างไรก็ตามผู้ชายมีการตรวจพบผล VDRL เป็นบวกมากกว่าผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 8 และ 2 ตามลำดับ (p-value = <0.01) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ คือผู้ชายที่มีอาการ (OR 31.2 (95%CI 7.0-139.7)) และผู้หญิงที่ตรวจพบความผิดปกติที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการตรวจร่างกายและการตรวจภายใน (OR 4.0, 95%CI 1.2-12.9)) โดยสรุป พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้มารับบริการที่คลินิกเอชไอวีค่อนข้างสูง แม้ว่าความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่มากนัก ผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสและไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคู่นอนที่ไม่ทราบผลเลือดหรือมีผลเลือดเป็นลบ ผู้ชายที่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผู้หญิงที่ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกายมีความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มอื่น

Abstract

The objectives of this study were to assess sexual behaviors, factors associated with unprotected sex, and prevalence of STIs among PLHA receiving services at the HIV clinic, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. PLHA who agreed to participate were interviewed about sexual behavior, condom use, STI related symptoms, examined for genital ulcers and tested for STIs (Neisseria gonorrhoeae and Chlamydial trachomatis infection by polymerase chain reaction, syphilis by serology, VDRL and TPHA positive defined as syphilis). Wet smear for Trichomonas vaginalis was performed in women only. PLHA with signs or symptoms received standard care according to the hospital treatment guidelines. Proportions were compared using chi-square tests, multivariate models of factors associated with unprotected sex were done. From July 2005-February 2006, 894 PLHA participated in the project of which 395 (44%) were men and 499 (56%) were women. Median age was 36 years. Sexual intercourse in the last 3 months was reported by 61%. Among the 546 sexually active persons in the last 3 months, 90/138 (65%) of men and 166/203 (82%) of women reported using condoms with last sex with a steady partner (p-value < 0.01), 90/225 (40%) of men and 37/259 (14%) of women reported having sex with casual partners (p-value <0.01) and 51/98 (52%) reported using a condom with last sex with a casual partner. Forty-four (25%) of 178 men reported having sex with men, 20/33 (61%) had unprotected anal intercourse with last sex. Forty-three (19%) of 223 men bought sex in the last 3 months, 7/26 (27%) used a condom during last sex with a sex

worker. Disclosure of HIV status to partners was reported by 266/331 (80%) of women and 89/143 (62%) of men (p -value<0.01). Of 401 steady partners, 44% had unknown HIV status, 34% were HIV-positive, and 22% were HIV-negative. Unprotected sexual intercourse with a steady partner was associated with undisclosed HIV status to the partner (OR =2.5 [95%CI 1.2-5.2]). Unprotected sex with a partner with unknown or discordant HIV status was associated with PLHA not receiving antiretroviral (ARV) treatment (OR = 2.2 [95%CI 1.2-4.2]). HIV disclosure to a steady partner was associated with female sex (OR=2.6 [95%CI 1.4-4.6]) and ARV treatment (OR=2.2 [95%CI 1.2-4.2]).

Prevalence of any STIs including chlamydia, gonorrhea, syphilis and Trichomonas was 10% in men and 6% in women (p -value = 0.06). Prevalence of syphilis was higher in men compared to women, 8% and 2% respectively (p -value <0.01). Factors associated with any STIs were STI-related symptoms in men (OR=31.2 [95%CI 7.0-139.7]) and STI-related signs by physical/internal examination in women (OR=4.0 [95%CI 1.2-12.9]). In conclusions PLHA receiving care at this HIV clinic had high-risk sexual behavior but low STI prevalence. Persons who did not received ARVs or who did not disclose their HIV status to their partners had a higher risk of unprotected sex. Unprotected sex was high among steady partners with unknown or negative HIV status. Men with STI-related symptoms and women with STI-related signs had a higher risk for STIs compared to other groups.

ประเด็นสำคัญ

ผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

HIV/AIDS patients, Sexually transmitted diseases,
Bamrasnadarura Infectious Diseases Institute

บทนำ

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อสู่ผู้อื่น (Prevention with Positives) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในชุมชน เนื่องจากการให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คนจำนวนมาก ในขณะที่การให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนที่ไม่ติดเชื้อสามารถลดการติดเชื้อเพียงคนเดียว⁽¹⁾ ในปัจจุบันที่มีการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2549 มีรายงานผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสจำนวนอย่างน้อย 84,000 ราย⁽²⁾ จากจำนวนผู้ติดเชื้อ 580,000 รายที่คาดประมาณในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549⁽³⁾

ยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น แม้ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสจะสามารถลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือดและลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่น⁽⁴⁾ แต่ก็มีรายงานถึงการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมทางเพศและการเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมทางเพศมากขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ยาต้านไวรัส⁽⁵⁻⁶⁾ รวมทั้งในกลุ่มชายรักชาย⁽⁷⁾ ผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นที่ ได้รับยาต้านไวรัส⁽⁸⁾ ด้วยเหตุดังกล่าวอาจทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นได้มากขึ้น ร่วมกับในผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสอาจพบเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาซึ่งถ้ามีการแพร่ของเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่นอาจมีผลต่อการตอบสนองต่อยาต้านไวรัสและสูตรยาที่ต้องใช้รักษาเป็นสูตรแรก และการรักษาในระยะยาวของผู้ที่ได้รับเชื้อ การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน เนื่องจาก

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี⁽⁹⁾ มีรายงานว่าการศึกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ถึงร้อยละ 27 แม้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽¹⁰⁾ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการประเมินความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การทำการคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อนำไปสู่การให้การรักษาและการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหมาะสม ในปัจจุบันรายงานอัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีจำกัด สถาบันบำราศนราดูรร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกา (Thailand MOPH-US.CDC collaboration, TUC) จึงมีความสนใจที่จะศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์

1 เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกเอชไอวี สถาบันบำราศนราดูรที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

2 เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

วัสดุและวิธีการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายที่มารับบริการที่คลินิกยาด้านไวรัส คลินิกอายุรกรรม คลินิกให้คำปรึกษาและผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงที่มารับบริการที่คลินิกนรีเวชในสถาบันบำราศนราดูรทุกราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 จะได้รับการเชิญเพื่อเข้าร่วมโครงการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ที่ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการจะได้รับบริการตามปกติ ส่วนผู้ที่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

1. ชักประวัติ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ

การสมรส การศึกษา สาเหตุที่มารับการตรวจ คู่ครอง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย การเปิดเผยผลเลือดกับคู่ครอง การตรวจเลือดของคู่ครอง และอาการที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น อาการสลับเวลาปัสสาวะ ตกขาว การมีหนองทางช่องทางเดินปัสสาวะ แผลที่อวัยวะเพศ ปวดท้อง อาการคันหรือเจ็บบริเวณอวัยวะเพศ เป็นต้น

2. ตรวจร่างกายภายนอกโดยทั่วไป และที่อวัยวะเพศเพื่อหาแผลที่อวัยวะเพศหรือการอักเสบบริเวณอวัยวะเพศ

2.1 ในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายจะได้รับการตรวจภายในเพื่อนำสิ่งคัดหลั่งจากปากมดลูกไปตรวจหาเชื้อหนองในและหนองในเทียมโดยใช้เทคนิค Polymerase Chain Reaction (PCR) (Roche) และใช้วิธีการ wet mount ในการตรวจหาพยาธิช่องคลอดทริโคโมแนส (*Trichomonas vaginalis*)

2.2 ในผู้ชายจะได้รับการตรวจปัสสาวะ เพื่อหาเชื้อหนองใน (*Neisseria gonorrhoeae*) และหนองในเทียม (*Chlamydia trachomatis*) โดยเทคนิค PCR เช่นเดียวกัน

3. ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับภูมิต้านทานต่อเชื้อซิฟิลิส ซึ่งอาศัยวิธี RPR card test (Rapid Plasma Reagin) สำหรับการตรวจคัดกรอง โดยถ้ามีผลบวกพร้อมกับผลบวก จากการตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination Assay*) จะวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิส

4. ผู้ป่วยที่พบมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะได้รับการรักษาต่ออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการแจกถุงยางอนามัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เมื่อผู้ป่วยร้องขอจากเจ้าหน้าที่และจะได้รับคำแนะนำการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับคำแนะนำการลดพฤติกรรมเสี่ยงตามการให้บริการปกติ

5. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการได้รับการบันทึกในฟอร์มเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานแยกจากสมุดบันทึกผู้ป่วยนอก แบบฟอร์มจะไม่มีการบันทึกชื่อผู้ป่วยแต่บันทึกเป็นรหัสด้วย

ตัวเลขของผู้ป่วยในโครงการ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับสมุดบันทึกผู้ป่วยนอกด้วยรหัสของโรงพยาบาล แบบฟอร์มที่บันทึกแล้วจะถูกเก็บในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อก มีเพียงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลที่บ้านทึกลงในแบบฟอร์มจะได้รับการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft Access ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ จะถูกลงข้อมูล 2 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง โดยข้อมูลที่ลงจะได้รับการตรวจสอบกับแบบฟอร์มเก็บข้อมูลอีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้อง ข้อมูลที่ถูกต้องเท่านั้นจะใส่ลงในตารางวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความถี่ใช้ chi-square test หรือ chi-square test for trend ใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธี logistic regression เพื่อหาค่า odds ratios (OR) ที่มีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence intervals (CI)) สำหรับตัวแปรที่มีอาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่ทำการวิเคราะห์จะถูกนำมาวิเคราะห์อีกครั้งโดยใช้ Multivariate modeling โดยใช้วิธี multiple logistic regression โดยเลือกรูปแบบ (model) ที่เหมาะสมที่สุดโดยดูจากค่า predictive value ที่วัดจากพื้นที่ใต้กราฟ (the receiver-operator curve) การทดสอบทางสถิติทั้งหมดนี้ใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 12 software (SPSS Inc., Chicago, IL, U.S.) และ Stata v9 software (StataCorp. 2005. College Station, Tx)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1)

ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 7,780 คนได้รับการเชิญเพื่อเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วย 894 คนปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ สาเหตุที่ปฏิเสธการร่วมโครงการ ได้แก่ มีธุระ ติดงาน ไม่ต้องการเจาะเลือด หงุดหงิด ดิทยาเสพติด ต้องการคำตอบแทน เป็นต้น มีผู้ที่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ 894 ราย คิดเป็น ร้อยละ 11.5 ในจำนวนนี้เป็นชาย 395 คน

(ร้อยละ 44.2) และหญิง 499 คน (ร้อยละ 55.8) ค่ามัธยฐาน (Median) ของอายุเท่ากับ 36.3 ปี (พิสัย 19.1 - 74.1 ปี) ค่ามัธยฐานอายุในชายมากกว่าหญิง (ตารางที่ 1) ค่ามัธยฐานของอายุที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 31.4 ปี (พิสัย 13.1 - 67.5 ปี) โดยส่วนใหญ่ผู้หญิงจะได้รับการตรวจการติดเชื้อในอายุที่ต่ำกว่าผู้ชายคือ 30.1 ปีและ 33.0 ปี ตามลำดับ ($P\text{-value} < 0.01$) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 44.8 เดือน (พิสัย ตั้งแต่ 0 - 259.7 เดือน) โดยในการศึกษานี้ผู้หญิงรับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเร็วนานกว่าผู้ชาย คือ 63.8 เดือนและ 30.8 เดือน ตามลำดับ ($P\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลด้านพฤติกรรม

ผู้ป่วย จำนวน 546 ใน 894 ราย (ร้อยละ 61.1) มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยร้อยละ 81.3 มีคู่นอนประจำ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเฉลี่ยร้อยละ 75.1 โดยผู้หญิงใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายมากกว่าผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 65.2 ตามลำดับ ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value} = 0.2$)

ผู้ป่วยร้อยละ 74.9 เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำ โดยพบว่าผู้หญิงเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนประจำมากกว่าผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 80.4 และ 62.2 ตามลำดับ ($p\text{-value} < 0.01$)

คู่นอนประจำของผู้ป่วยเฉลี่ยร้อยละ 56.1 เคยได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอนถึงร้อยละ 43.9 โดยร้อยละ 34.4 ของคู่นอนประจำมีผลการตรวจเลือดเอชไอวีเป็นบวก และร้อยละ 21.7 มีผลเลือดเอชไอวีเป็นลบ

ผู้ป่วยร้อยละ 26.2 มีคู่นอนชั่วคราวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาโดยมีค่ามัธยฐานจำนวน 1 คน (พิสัย 1-10 คน) ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามากกว่าผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ

ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ ($p\text{-value}1 < 0.01$) อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงมีแนวโน้มจะใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายกับคู่นอนชั่วคราวมากกว่าผู้ชายคือร้อยละ 60.7 และ 48.6 ตามลำดับ ($p\text{-value}1 = 0.7$)

ผู้หญิงร้อยละ 6.5 มีประวัติเคยขายบริการทางเพศมาก่อน ในขณะที่ผู้ชายมีเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้นที่เคยขายบริการทางเพศมาก่อน ($p\text{-value}1 = 0.3$)

ในจำนวนผู้ชาย 178 คนที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน พบว่ามีจำนวน 44 คน (ร้อยละ 24.7) มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้มี 2 ใน 44 คนที่ตอบว่ามีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำที่เป็นหญิงด้วย ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชายด้วยกันโดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกันพบ 20 ใน 33 คนที่ตอบคำถาม คิดเป็นร้อยละ 60.6

ผู้ชายจำนวน 43 ใน 223 คนมีการซื้อบริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาโดยมีเพียงร้อยละ 26.9 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ชายบริการทางเพศในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ผู้ป่วยที่มาที่คลินิกได้รับการแจกถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 25.5 โดยผู้หญิงได้รับการแจกถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ชาย คือร้อยละ 38.0 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนต่าง ๆ โดยไม่ได้ป้องกันโดยการวิเคราะห์แบบ univariate และ multivariate analysis (ตารางที่ 2)

คู่นอนประจำ: จากการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนประจำ ได้แก่ เพศชายมีอัตราเสี่ยงหรือ Odds ratio (OR) คิดเป็น 2.4 เท่าของผู้หญิง (95% CI 1.5-3.9, $p\text{-value} < 0.01$) ผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของผู้ที่รับยาต้านไวรัส (OR =1.8, 95%CI 1.1-3.1, $p\text{-value} 0.02$) ผู้ที่ไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.8 เท่าของผู้ที่เปิดเผยผลเลือด (OR 2.8, 95%CI 1.4-5.6, $p\text{-value} < 0.01$) และผู้

ที่ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอนแต่คาดว่าคู่นอนประจำน่าจะไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่แน่ใจว่าติดเชื้อหรือไม่ มีอัตราเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยคิดเป็น 1.2 และ 2.3 เท่าของคนที่ไม่คิดว่าคู่นอนประจำติดเชื้อเอชไอวีตามลำดับ ($p=0.08$) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis เพื่อตัดตัวกวนอื่น ๆ ออกแล้ว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนประจำมีเพียงการที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน (OR 2.5, 95%CI 1.2-5.2, $p\text{-value} = 0.01$)

คู่นอนใด ๆ ก็ตาม: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนใด ๆ ก็ตามโดยการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ได้แก่ เพศชายมีอัตราเสี่ยงเป็น 3.3 เท่าของผู้หญิง (OR 3.3, 95%CI 2.2-5.1, $p\text{-value} < 0.01$) เวลาตั้งแต่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นปีน้อยกว่าค่ามัธยฐาน (44 เดือน) มีอัตราเสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยนานกว่า 44 เดือน (OR 1.8, 95%CI 1.2-2.8, $p\text{-value} < 0.01$) ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีอัตราเสี่ยงเป็น 3.8 เท่าของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส (OR 3.8, 95%CI 2.4-5.9, $p\text{-value} < 0.01$) การไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.2 เท่าของผู้ที่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน (OR 2.2, 95%CI 1.2-3.9, $p\text{-value} 0.01$)) ผู้ที่ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอน แต่คาดว่าคู่นอนไม่น่าจะติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.2 เท่าของผู้ที่ไม่คิดว่าผลเลือดของคู่นอนเป็นบวก (OR 1.2, 95% CI 0.5-2.8) หรือไม่แน่ใจมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.3 เท่าของผู้ที่ไม่คิดว่าผลเลือดของคู่นอนเป็นบวก (OR 2.3, 95% CI 1.2-4.5, $p\text{-value} 0.03$) และผู้ที่ไม่ได้รับถุงยางอนามัยมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของผู้ที่ได้ถุงยางอนามัย (OR 1.7, 95%CI 1.1-2.8, $p\text{-value} 0.02$) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis เพื่อตัดปัจจัยกวนอื่น ๆ ออกแล้วพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนใด ๆ ก็ตามที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงการไม่ได้รับยา

ต้านไวรัสซึ่งมีแนวโน้มว่าอาจมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส (OR 1.8, 95%CI 0.9-3.5 p-value 0.07)

คู่คนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่คนที่ไม่ทราบผลเลือด: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่คนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่คนที่ไม่ทราบผลเลือด โดยการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ได้แก่ เพศชายมีอัตราเสี่ยงเป็น 2 เท่าของผู้หญิง (OR 2.0, 95%CI 1.2-3.5, p-value 0.01) และการไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.5 เท่าของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส (OR 2.5, 95%CI 1.4-4.4, p-value < 0.01) แต่เมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis เพื่อตัดปัจจัยกวนอื่นๆ ออกแล้ว พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัยกับคู่คนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่คนที่ไม่ทราบผลเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.2, 95%CI 1.2-4.2, p-value 0.01)

อาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านเอชไอวี

ผู้ป่วยร้อยละ 64.2 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในจำนวนนี้เป็นผู้ชายร้อยละ 50.7 และผู้หญิงร้อยละ 75.0 (p-value < 0.01) โดยค่ามัธยฐานของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ชายเท่ากับ 19.2 เดือนและในผู้หญิงเท่ากับ 24.5 เดือน (p-value = 0.02) มีผู้ที่ขาดยาต้านไวรัสในช่วง 3 วันที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้น ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานของจำนวนซีดี 4 (CD4 cell count) เท่ากับ 245.5 เซลล์ต่อลบ.มม (พิสัย 1-1475 เซลล์ต่อลบ.มม) โดยค่ามัธยฐานของจำนวนซีดี 4 ในผู้ชายเท่ากับ 194 เซลล์ต่อลบ.มม (พิสัย 1-1051 เซลล์ต่อลบ.มม) ส่วนในผู้หญิงเท่ากับ 285 เซลล์ต่อลบ.มม (พิสัย 1-1475) (p-value < 0.01)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โดยภาพรวมพบการติดเชื้อโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ใดๆ ในผู้ป่วยร้อยละ 7.6 ซึ่งหมายรวมถึงแผลที่อวัยวะเพศ หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อหนองในหรือหนองในเทียมโดยวิธี PCR การตรวจ wet smear เจอเชื้อพยาธิทริโคโมแนสหรือการตรวจซีฟิลิสโดย VDRL test พบผลเป็นบวก โดยพบโรคหนองในและหนองในเทียมน้อยมากประมาณร้อยละ 1 พบแผลที่อวัยวะเพศประมาณร้อยละ 1 ทั้งในหญิงและชาย พบผล VDRL เป็นบวกในผู้ชายร้อยละ 8.2 ซึ่งมากกว่าในผู้หญิงซึ่งพบเพียงร้อยละ 2.2 เท่านั้น (P-value = 0.02)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ ก็ตาม

จากการวิเคราะห์แบบ univariate analysis ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 893 คนที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร (ตารางที่ 3) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ชายที่มีอาการทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (OR 31.2 (95%CI 7.0-139.7), p-value < 0.01) และผู้หญิงที่ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกาย (OR = 3.3 (95%CI 1.0-10.2), p-value = 0.04) โดยเมื่อตัดปัจจัยกวนอื่นๆ ออกโดยการวิเคราะห์แบบ multivariate analysis แล้วพบว่าปัจจัยดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดเอชไอวีกับคู่คน

จากการวิเคราะห์ทั้งแบบ univariate และ multivariate analysis ในผู้ป่วยจำนวน 297 คน (ตารางที่ 4) พบว่า ผู้หญิงจะเปิดเผยผลเลือดกับคู่คนมากกว่าผู้ชายถึง 2.6 เท่า (OR 2.6, 95%CI 1.4-4.6, p-value < 0.01) และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะเปิดเผยผลเลือดของตนเองกับคู่คนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสถึง 2.2 เท่า (95%CI 1.2-4.2, p-value 0.01)

ตารางที่ 1. แสดงผลของชายที่ติดเชื้อเอชไอวี 395 รายและหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี 499 รายที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

ข้อมูล	รวม n/N (%)	ชาย n/N (%)	หญิง n/N (%)	P-value	P-value ¹
ข้อมูลทั่วไป					
ค่ามัธยฐาน (Median) อายุ ปี (พิสัย)	36.3(19.1-74.1)	36.8(19.1-74.1)	35.9(19.4-66.6)	0.05	0.3
ค่ามัธยฐานอายุที่ทราบผลเอชไอวีเป็นบวกเป็นปี (พิสัย)	31.4(13.1-67.5)	33.0(16.2-67.5)	30.1(13.1-66.0)	<0.01	<0.01
ค่ามัธยฐานเวลาดังแต่วินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีเป็นเดือน(พิสัย)	44.8(0-259.7)	30.8(0-259.7)	63.8(0-231.5)	<0.01	<0.01
ข้อมูลด้านพฤติกรรม					
มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	546/894(61.1)	247/395(62.5)	299/499(59.9)	0.4	0.1
มีคู่นอนประจำในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	401/493(81.3)	184/230(80.0)	217/63(82.5)	0.5	0.1
การใช้ถุงยางหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำ	256/341(75.1)	90/138(65.2)	166/203(81.8)	0.01	0.2
เปิดเผยผลเลือดเอชไอวีให้กับคู่นอนประจำ	355/474(74.9)	89/143(62.2)	266/331(80.4)	<0.01	<0.01
ผลการตรวจเลือดเอชไอวี (HIV test) ในคู่นอนประจำ	225/401(56.1)	99/184(53.8)	126/217(58.1)	0.4	0.5
สถานะการติดเชื้อเอชไอวีในคู่นอนประจำ				0.1	0.7
-ไม่ทราบ	176/401(43.9)	85/184(46.2)	91/217(41.9)		
-ผลบวก	138/401(34.4)	54/184(29.3)	84/217(38.7)		
-ผลลบ	87/401(21.7)	45/184(24.5)	42/217(19.4)		
มีคู่นอนชั่วคราวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	127/484(26.2)	90/225(40.0)	37/259(14.3)	<0.01	<0.01
ค่ามัธยฐานของจำนวนคู่นอนชั่วคราว	1(1-10)	1(1-10)	1(1-2)		
การใช้ถุงยางหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนชั่วคราว	51/98(52.0)	34/70(48.6)	17/28(60.7)	0.3	0.7
ประวัติการขายบริการทางเพศ	20/458(4.4)	3/195(1.5)	17/263(6.5)	0.01	0.3
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	44/178(24.7)	44/178(24.7)	-	-	-
มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ได้อุปกรณ์	20/33(60.6)	20/33(60.6)	-	-	-
มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำที่เป็นเพศหญิง	2/44(4.5)	2/44(4.5)	-	-	-
ชายที่ซื้อบริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	43/223(19.3)	43/223(19.3)	-	-	-
การใช้ถุงยางหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับลูกค้าบริการทางเพศ	7/26(26.9)	7/26(26.9)	-	-	-
คนที่ได้รับการแจกถุงยางอนามัย	185/725(25.5)	34/328(10.4)	151/397(38.0)	<0.01	<0.01
อาการทางคลินิก					
ค่ามัธยฐานของจำนวน CD4, เซลล์/ลบ.มม (พิสัย)	245.5(1-1475)	194(1-1051)	285(1-1475)	<0.01	<0.01
การได้ยาต้านไวรัส				<0.01	-
-ได้	531/827(64.2)	187/369(50.7)	344/458(75.1)		
-ไม่ได้	296/827(35.8)	182/369(49.3)	114/458(24.9)		
ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นเดือน(พิสัย)	21.9(0.3-129.1)	19.2(0.4-129.1)	24.5(0.3-115.1)	0.02	0.02
จำนวนผู้ที่ขาดยาต้านไวรัสในช่วง 3 วันที่ผ่านมา	4/531(0.8)	3/187(1.6)	1/344(0.3)	0.1	0.1
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
Genital Ulcer	11/894(1.2)	4/395(1.0)	7/499(1.4)	0.8	1.0
Chlamydia	7/816(0.9)	3/393(0.8)	4/423(0.9)	1.0	1.0
Gonorrhea	11/816(1.3)	5/393(1.3)	6/423(1.4)	0.9	0.7
Trichomonas wet mount	13/499(2.6)	-	13/499 (2.6)	-	-
VDRL reactive	43/890(4.8)	32/392(8.2)	11/498 (2.2)	<0.01	0.02
VDRL titer $\geq 1:8$	5/890(0.6)	4/392(1.0)	1/498 (0.2)	0.2	0.4
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ ²	68/893(7.6)	38/394(9.6)	30/499 (6.0)	0.06	0.3

¹ ค่า p-value เมื่อควบคุมปัจจัยเรื่องการได้รับยาต้านไวรัส

² โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรคใดโรคหนึ่งที่ตรวจพบจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้ เช่น CT PCR, NG PCR, Trichomoniasis wet mount, หรือ VDRL titer $\geq 1:8$

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายที่ไม่ได้ป้องกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่สถานบำบัดยาเสพติด

ลักษณะ	กลุ่มประชากร (n=341)			กลุ่มใด ๆ ที่ตาม (n=411)			กลุ่มที่มีผลเอชไอวีเป็นลบหรือไม่ทราบสถานะ การติดเชื้อ(n=279)		
	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
อายุ (ปี)									
- ≥ คำมัธยฐาน	42/169 (24.9)	1	-	75/206 (36.4)	1.2 (0.8-1.9)	-	39/140 (27.9)	1.0 (0.6-1.7)	-
- < คำมัธยฐาน	43/172 (25.0)	1.0 (0.6-1.7)	-	65/205 (31.7)	1	-	38/139 (27.3)	1	-
P-value		1.0	-		0.3	-		0.9	-
เพศ									
- ชาย	48/138 (34.8)	2.4 (1.5-3.9)	1.1 (0.5-2.2)	91/188 (48.4)	3.3 (2.2-5.1)	1.0 (0.5-2.0)	33/88 (37.5)	2.0 (1.2-3.5)	1.4 (0.7-2.7)
- หญิง	37/203 (18.2)	1	1	49/223 (22.0)	1	1	44/191 (23.0)	1	1
P-value		<0.01	0.9		<0.01	1.0		0.01	0.3
ระดับการศึกษา(ปี)									
- ≥ 9	47/203 (24.1)	1	-	82/247 (33.2)	1	-	40/165 (24.2)	1.5 (0.9-2.6)	-
- < 9	33/136 (25.7)	1.1 (0.7-1.8)	-	56/162 (34.6)	1.1 (0.7-1.6)	-	37/114 (32.5)	1	-
P-value		0.7	-		0.8	-		0.1	-
เวลาตั้งแต่วินิจฉัย ว่าติดเชื้อเอชไอวี(ปี)									
- ≥ คำมัธยฐาน	40/162 (24.7)	1.1 (0.6-1.8)	-	48/185 (25.9)	1	-	33/142 (23.2)	1	1
- < คำมัธยฐาน	38/163 (23.3)	1	-	79/204 (38.7)	1.8 (1.2-2.8)	-	38/123 (30.9)	1.5 (0.9-2.5)	1.1 (0.6-2.0)
P-value		0.8	-		<0.01	-		0.1	0.8
จำนวนCD 4, เซล/ ลบ.มม									
- ≥ 200	49/202 (24.3)	1	-	69/234 (29.5)	1	1	44/171 (25.7)	1.1 (0.6-1.9)	-
- < 200	29/108 (26.9)	1.1 (0.7-2.0)	-	51/138 (37.0)	1.4 (0.9-2.2)	1.5 (0.7-2.4)	20/81 (24.7)	1	-
P-value		0.6	-		0.1	0.4		0.9	-

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายที่ไม่ได้ป้องกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร

ลักษณะ	กลุ่มประชากร (n=341)			กลุ่มใด ๆก็ตาม (n=411)			กลุ่มที่ไม่มีผลเอชไอวีเป็นลบหรือไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ(n=279)		
	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
การรักษาด้านไวรัส	38/191 (19.9)	1	1.0 (0.5-2.1)	47/217 (21.7)	1	1	35/171 (20.5)	1	1
	38/121 (31.4)	1.8 (1.1-3.1)	1	83/163 (50.9)	3.8 (2.4-5.9)	1.8 (0.9-3.5)	33/85 (38.8)	2.5 (1.4-4.4)	2.2 (1.2-4.2)
	P-value	0.02	1.0		<0.01	0.07		<0.01	0.01
เปิดเผยผลเลือดกับคู่ครอง	32/204 (15.7)	1	1	42/217 (19.4)	1	1	38/181 (21.0)	1	-
	19/55 (34.5)	2.8 (1.4-5.6)	2.5 (1.2-5.2)	25/73 (34.2)	2.2 (1.2-3.9)	1.7 (0.9-3.3)	17/58 (29.3)	1.6 (0.8-3.0)	-
	P-value	<0.01	0.01		0.01	0.1		0.2	-
สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่ครองที่คิดว่าจะเป็น	12/95 (12.6)	1	-	16/100 (16.0)	1	-	-	-	-
	7/47 (14.9)	1.2 (0.4-3.3)	-	9/50 (18.0)	1.2 (0.5-2.8)	-	-	-	-
	24/97 (24.7)	2.3 (1.1-4.9)	-	36/117 (30.8)	2.3 (1.2-4.5)	-	-	-	-
	P-value	0.08	-		0.03	-	-	-	-
ผลเลือดของคู่ครองที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการ	24/112 (21.4)	1	-	33/120 (27.5)	1	-	-	-	-
	21/74 (28.4)	1.5 (0.8-3.1)	-	27/78 (34.6)	1.4 (0.8-2.6)	-	-	-	-
	P-value	0.3	-		0.3	-	-	-	-
ได้รับถุงยางอนามัย	26/126 (20.6)	1	-	36/137 (26.3)	1	1	25/110 (22.7)	1	-
	42/161 (26.1)	1.4 (0.8-2.4)	-	80/210 (38.1)	1.7 (1.1-2.8)	1.1 (0.5-2.3)	39/132 (29.5)	1.4 (0.8-2.6)	-
		0.3	-		0.02	0.8		0.2	-

อายุและระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยทำการวิเคราะห์ที่เทียบระหว่างค่าที่สูงและต่ำกว่าค่ามัธยฐาน โดยค่ามัธยฐานของอายุในกลุ่มผู้คุมประพฤติ คือ 49.9 และผู้คุมประพฤติที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ทราบผลเลือดเอชไอวี คือ 35.5, 35.7 และ 35.1 ปี ตามลำดับ; ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ 49.9, 44.0, และ 49.9 เดือนตามลำดับ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ ⁽¹⁾ ก็ตามในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 893 คนที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

ปัจจัย	n/N (%)	ตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n=44)	
		Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
อายุ (ปี) - ≥ 25 ปี	40/860 (4.7)	1	1
- < 25 ปี	4/33 (12.1)	2.8 (0.9-8.4)	1.0(0.1-8.2)
P-value	-	0.06	1.0
เพศ - ชาย	16/394 (4.1)	1	-
- หญิง	28/499 (5.6)	1.4 (0.7-2.6)	-
P-value	-	0.3	-
มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา			
- มี	29/546 (5.3)	1.1(0.6-2.0)	-
- ไม่มี	15/347 (4.3)	1	-
P-value	-	0.9	-
ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน			
- ใช้สม่ำเสมอ	13/239 (5.4)	1	-
- ใช้ไม่สม่ำเสมอ	13/165 (7.9)	1.5 (0.7-3.3)	-
P-value	-	0.3	-
จำนวน CD4 , เซลล์/ลบ.มม			
- ≥ 200	24/481 (5.0)	1	-
- < 200	17/314 (5.4)	1.0 (0.6-2.1)	-
P-value	-	0.8	-
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส			
- ได้	22/531 (4.1)	1	1
- ไม่ได้	19/295 (6.4)	1.6 (0.8-3.0)	1.6 (0.7-3.8)
P-value	-	0.1	0.3
อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ²			
หญิง - มี	7/78 (9.0)	1.9 (0.8-4.6)	1.6 (0.6-4.2)
- ไม่มี	21/421 (5.0)	1	1
P-value	-	0.2	0.4
ชาย - มี	4/8 (50.0)	31.2 (7.0-139.7)	-
- ไม่มี	12/386 (3.1)	1	-
P-value	-	<0.01	-
ความผิดปกติทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย ³			
หญิง - มี	4/24 (16.7)	3.3 (1.0-10.2)	4.0 (1.2-12.9)
- ไม่มี	28/485 (5.8)	1	1
P-value	-	0.04	0.02

¹โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ หมายถึง การตรวจโดยแพทย์พบ แผลที่อวัยวะเพศ หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการผิดปกติต่อเชื้อต่อไปนี้ เช่น การติดเชื้อหนองในเทียม (chlamydia) หนองใน (gonorrhea) ทริโคโมแนส (trichomoniasis) หรือตรวจพบระดับ VDRL titer ≥ 1:8

² อาการที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง มีอาการใด อาการหนึ่งต่อไปนี้ รอยโรคที่อวัยวะเพศ สิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางช่องคลอด หรือปวดท้องน้อยด้านล่างในผู้หญิง; และมีรอยโรคที่ อวัยวะเพศ ปัสสาวะแสบขัด สิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางอวัยวะเพศ สิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางรูทวาร หรือถุงอัมตะบวมในผู้ชาย

³ ความผิดปกติทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบจากการ ตรวจร่างกาย หมายถึง การตรวจพบรอยโรคที่ปากมดลูก (cervix) เช่น มีการอักเสบ หนอง ป้ายได้เลือดหรือหนองปน การมีสิ่งคัดหลั่ง ผิดปกติในช่องคลอด หรือการตรวจ bimanual พบมีการปวดบริเวณ ท้องรังไข่หรือเจ็บเวลาเคลื่อนปากมดลูกในผู้หญิง

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 297 คนที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูรให้กับคู่นอนประจำ

ปัจจัย	HIV disclosure (n=229)		
	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
อายุ (ปี)			
- ≥ 35 ปี	113/150 (75.3)	1	-
- < 35 ปี	116/147 (78.9)	1.2 (0.7-2.1)	-
P-value	-	0.5	-
เพศ			
- ชาย	55/86 (64.0)	1	1
- หญิง	174/211 (82.5)	2.7 (1.5-4.7)	2.6 (1.4-4.6)
P-value		<0.01	<0.01
ระดับการศึกษา (เป็นปี)			
- ≥ 9	139/178 (78.1)	1.1 (0.6-1.9)	-
- < 9	90/118 (76.3)	1	-
P-value		0.7	-
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (เดือน)			
- ≥ 57.4	117/145 (80.7)	1.4 (0.8-2.5)	-
- < 57.4	104/139 (74.8)	1	-
P-value		0.2	-
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส			
- ได้	169/210 (79.0)	2.1 (1.1-3.9)	2.2 (1.2-4.2)
- ไม่ได้	42/68 (21.0)	1	1
P-value		0.02	0.01

วิจารณ์

สถาบันบำราศนราดูรมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 7,780 คนต่อปี⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้มีจำนวน 894 คน จัดเป็นผู้ป่วยร้อยละ 11.5 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมดของสถาบัน เนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการนี้มาจากคลินิกที่ต่างกัน ได้แก่ ผู้หญิงคัดกรองมาจากคลินิกสูตินรีเวช ส่วนผู้ชายคัดกรองมาจากคลินิกยาต้านไวรัส คลินิกอายุรกรรม และคลินิกให้คำปรึกษาทำให้มีผลต่อข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในด้านระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีและร้อยละของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส กล่าวคือ ผู้ป่วยชายที่คัดกรองจากคลินิกให้คำปรึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่นาน และยังไม่ได้เริ่มการรักษา

ด้วยยาต้านไวรัส ดังจะเห็นได้จากระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงประมาณ 5 ปี ในขณะที่ผู้ชายทราบว่าติดเชื้อมาประมาณ 2 ปีครึ่งและผู้หญิงร้อยละ 75 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในขณะที่ผู้ชายร้อยละ 50 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดปัจจัยเรื่องความลำเอียงดังกล่าว การคำนวณค่า p-value ถึงความแตกต่างระหว่างหญิงชาย จึงมีการนำปัจจัยเรื่องการได้รับยาต้านไวรัสมาคำนวณให้น้ำหนักด้วย หลังจากปรับความแตกต่างโดยการนำปัจจัยเรื่องการได้รับยาต้านไวรัสมาคำนวณด้วยแล้ว ยังพบว่า ผู้ป่วยหญิงที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเร็วกว่าผู้ป่วยชายเล็กน้อยคือ 30 และ 33 ปีตามลำดับ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความแตกต่างจากรายงานในอดีต⁽¹²⁾ ที่รายงานว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะเข้าใช้บริการช้ากว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงบางรายรับเชื้อจากสามีโดยที่ตนเองไม่ได้มี

เพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นๆ จึงไม่คิดว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยง การที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้จากการที่ผู้หญิงส่วนมากที่มารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวชที่สถาบันบำราศนราดูร ได้รับการตรวจพบการติดเชื้อเมื่อมารับการฝากครรภ์ และบางรายได้รับการตรวจเลือดหลังทราบว่าสามีติดเชื้อเป็นต้น แสดงให้เห็นความสำคัญของการทำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน เพื่อทราบถึงการติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

ผู้ป่วยร้อยละ 61 ในการศึกษาชั้นยังมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาซึ่งไม่แตกต่างจากรายงานอื่นๆ ที่มีรายงานตั้งแต่ร้อยละ 42-70⁽¹³⁻¹⁵⁾ และยืนยันรายงานว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างจากคนปกติ⁽¹⁶⁾ ในการศึกษาชั้นพบว่ามากกว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีคู่นอนประจำ และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีคู่นอนชั่วคราวหลายคน เช่นเดียวกับที่มีการรายงานในต่างประเทศ⁽¹⁷⁾ ซึ่งหากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดเชื้อไปยังคู่นอนที่มีผลเลือดเป็นลบ หรือถ่ายทอดเชื้อที่อาจมีการดื้อยาให้กับคู่นอนที่มีผลเลือดเป็นบวกด้วยกันได้จากการศึกษาชั้นพบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในผู้ป่วยทั้งหญิงและชายเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำคิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งสูงกว่ากับคู่นอนชั่วคราวซึ่งใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 52 ซึ่งผู้ทำการศึกษาคิดว่ามีสาเหตุมาจากผู้ป่วยจำนวน 3 ใน 4 เปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนประจำแล้ว แต่อาจไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนชั่วคราว โดยผู้หญิงมีแนวโน้มจะใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ชาย ซึ่งตรงกับการศึกษาที่เคยรายงานในประเทศไทย⁽¹⁸⁾ โดยปัจจัยเสี่ยงของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำที่พบในการศึกษาชั้นคือการที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน ซึ่งตรงกับการศึกษาที่เคยมีการรายงานในต่างประเทศ⁽¹⁹⁾

ในการศึกษาชั้นพบว่าผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 19 ยังมีการซื้อบริการทางเพศและใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ชายบริการทางเพศเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น

เมื่อเทียบกับข้อมูลในชายทหารเกณฑ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายงานในการสำรวจในประเทศไทย เมื่อปี ค.ศ. 1996⁽²⁰⁾ พบอัตราการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการมากถึงร้อยละ 41 แต่ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 62 จะเห็นได้ว่าผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับผู้ชายบริการทางเพศมาก ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่าหากไม่มีการป้องกัน จะมีโอกาสสูงที่จะมีเชื้อเอชไอวีที่อาจมีการดื้อยา จากการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับยาต้านไวรัสแล้วแพร่เข้าสู่วงจรของผู้ขายบริการทางเพศ และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

เป็นที่น่าสนใจว่าในจำนวนผู้ชายที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน มีถึงร้อยละ 25 ที่ให้ประวัติว่ามีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แม้ข้อมูลความชุกของชายรักชายในประเทศไทยจะมีจำกัด แต่การที่พบชายรักชายร้อยละ 25 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็จัดว่าสูงเมื่อเทียบกับอัตราความชุกของกลุ่มชายรักชายในการศึกษาของเด็กวัยรุ่นและทหารเกณฑ์ในประเทศไทยที่พบร้อยละ 9-10⁽²⁰⁻²¹⁾ จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยชายรักชายบางราย ยังมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำที่เป็นหญิงด้วย ซึ่งเป็นร้อยละ 4.5 ซึ่งต่ำกว่าที่มีรายงานการสำรวจในประเทศไทยในอดีต⁽²²⁾ ที่พบว่าชายรักชายที่มีเพศสัมพันธ์ทั้งกับหญิงและชาย (bisexual) พบ ร้อยละ 20 เป็นที่ทราบกันดีว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ได้ป้องกันมีความเสี่ยงสูงกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี⁽²³⁾ จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 60 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชาย แม้ตัวเลขผู้ที่ตอบคำถามนี้จะไม่น่ามากนัก แต่ก็แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงนี้และให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหมาะสม โดยประชากรกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มนี้มีคู่นอนหลายคน⁽²⁴⁾ และมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนต่ำ^(22,25-27) โดยมีการรายงานว่า การทราบผลเลือดของคู่นอนหรือการคาดการณ์ว่าผลเลือดของคู่นอนตนเองเป็นบวก

หรือลบ มีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มชายรักชายในต่างประเทศโดยมีแนวโน้มว่าประชากรกลุ่มนี้มักจะเสาะหาคู่ก่อนที่มีสถานะการติดเชื้อเช่นเดียวกับตนเอง⁽²⁸⁻²⁹⁾ และมีกยอมเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่ก่อนที่ทราบผลเลือดแล้ว⁽²⁶⁾ ดังนั้นการประเมินสถานะการติดเชื้อและชนิดของคู่ก่อน และการช่วยให้คนกลุ่มนี้เปิดเผยผลเลือดต่อคู่ก่อนจึงเป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรกลุ่มนี้ได้^(26,28)

ในการศึกษานี้ พบว่าเพียงครึ่งหนึ่งของคู่ก่อนประจำเคยได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ซึ่งจัดว่ายังต่ำ โดยร้อยละ 44 ไม่ทราบผลเลือดของคู่ก่อนประจำและร้อยละ 21 คู่ก่อนประจำมีผลเลือดเป็นลบ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในอดีตที่มีรายงานในประเทศไทยว่าอัตราการมีผลเลือดไม่ตรงกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ก่อน (HIV discordance rate) พบมากถึงร้อยละ 30-53^(18, 30) สาเหตุหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยอีกร้อยละ 44 ยังไม่ทราบผลเลือด แม้จะมีรายงานในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยที่ทราบว่าคู่ก่อนตนมีผลเลือดเป็นลบมีแนวโน้มที่จะมีความรับผิดชอบ โดยการใส่ถุงยางอนามัยมากขึ้น⁽³¹⁾ แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่คาดว่าคู่ก่อนตนเองมีผลเลือดเป็นลบหรือไม่ทราบผลเลือดของคู่ก่อนมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันมากขึ้น ชี้ให้เห็นว่าควรมีการปลูกฝังความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อคู่ก่อนและสังคมให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัยกับคู่ก่อนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่ก่อนที่ไม่ทราบผลเลือด ซึ่งต่างจากการศึกษาที่รายงานว่าเมื่อผู้ป่วยได้ยาต้านไวรัสมีสุขภาพดีขึ้น จะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น⁽⁵⁻⁶⁾ ผู้ทำการศึกษาคิดว่าสาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะในระบบบริการปกติผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสจะได้รับการติดตามทุก 1-2 เดือน ในแต่ละครั้งที่มารับบริการที่คลินิกจะมีการให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสและการรับเชื้อดื้อยาเพิ่ม

หากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้ถึงข้อดีข้อเสียในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการดูแลสุขภาพที่ดี และสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ซึ่ง พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการรายงานในต่างประเทศ⁽³²⁻³³⁾ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสซึ่งมักจะยังมีสุขภาพที่ดีอยู่ จึงได้รับการติดตามอาการเพื่อเจาะตรวจระดับ CD4 และได้รับคำปรึกษาทุก 6 เดือนเท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสในการศึกษานี้มักจะเปิดเผยผลเลือดกับคู่ก่อน ทำให้ไม่สามารถพูดคุยกับคู่ก่อนในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยได้

แม้จะมีข้อแนะนำในการตรวจคัดกรองหนองในเทียมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายในการมารับการรักษาครั้งแรก⁽¹⁾ แต่อัตราความชุกของการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียมในการศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ซึ่งพบว่าไม่สูงเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มีรายงานว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะพบมากขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี^(28, 34) นอกจากนี้ยังต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยที่มีรายงานในกลุ่มหญิงขายบริการและหญิงที่มาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เคยมีรายงาน⁽¹⁴⁾ ดังนั้นจึงไม่น่าจะมีความคุ้มทุนในการคัดกรองโรคในผู้ป่วยทุกรายโดยวิธี PCR ซึ่งมีราคาสูง ส่วนการติดเชื้อพยาธิทริโคโมแนสก็พบความชุกเพียงร้อยละ 2.6 ในหญิงเท่านั้น แม้จะมีรายงานว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถพบได้ทั้งหญิงและชายที่ไม่มีอาการ⁽³⁵⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในชายคือประวัติที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนในหญิงมักจะไม่มีอาการ แต่จะคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จากการตรวจภายในหรือตรวจร่างกายที่ผิดปกติ ในขณะที่การศึกษาในผู้หญิงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศพบว่าอาการอาการจะช่วยเพิ่มโอกาสในการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น⁽³⁶⁾ จากผลที่พบนี้ยืนยันความสำคัญของการคัดกรองประวัติอาการที่ผิดปกติที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคนไข้เอชไอวี โดยเฉพาะในผู้ชาย ส่วนในผู้หญิงควรได้รับการตรวจภายในเพื่อคัด

กรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นระยะๆ เนื่องจากถ้าตรวจพบความผิดปกติและให้การรักษาลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้^(10,37) ซึ่งสามารถทำร่วมกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งควรทำอย่างน้อยปีละครั้ง⁽³⁸⁾ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามข้อแนะนำแม้ในต่างประเทศก็ตาม⁽³⁹⁾

สำหรับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส โดยการตรวจระดับ VDRL ในเลือดในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชายที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยไม่ป้องกัน ร่วมกับการตรวจพบผล VDRL เป็นบวกถึงร้อยละ 8 ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าพิจารณาว่าในผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ควรได้รับการคัดกรอง VDRL อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที⁽¹⁾

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกเอชไอวี และให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นในเรื่องการให้ยาต้านไวรัสผลข้างเคียงของยาและการกินยาอย่างสม่ำเสมอ การให้บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ได้มีข้อแนะนำที่ชัดเจนให้ตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปี⁽⁴⁰⁾ มีเพียงการตรวจ VDRL เพื่อคัดกรองซิฟิลิสเท่านั้น และมักจะทำเฉพาะครั้งแรกที่วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ได้ตรวจทุกปี เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนมากจะทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิก เนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มาก จำนวนบุคลากร และเวลาที่จำกัดทำให้ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในผู้ป่วยชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าผู้ป่วยหญิง และผู้ชายจำนวนไม่น้อยที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้

มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่นที่อาจพบร่วม เช่นการใช้สารเสพติด⁽⁴¹⁾ การดื่มเหล้า⁽⁴²⁻⁴³⁾ ซึ่งมีรายงานพบว่าเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันมากขึ้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง การเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน พาคู่นอนมาตรวจเลือด และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างต่อเนื่องแม้จะยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

- 1) CDC. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. MMWR 2003; 52: 1-24.
- 2) กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา ARV ในโครงการ NAPHA ณ เดือนกันยายน 2549 ในยาต้านไวรัสเอดส์: การดำเนินงานโครงการ NAPHA. Available at <http://www.aidssthai.org/arrv03.html> (Access Jan 17, 07)
- 3) Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update: Dec. 2006, Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 2006
- 4) Castilla J, Del Romero J, Hernando V, Marinovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005; 40: 96-101.
- 5) Gremy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point AIDS. 2004; 18(5): 805-9.

- starting point. *AIDS* 2004; 18(5): 805-9.
- 6) Diamond C, Richardson JL, Milan J, et al. Use of and Adherence to antiretroviral therapy is associated with decreased sexual risk behavior in HIV clinic patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004; 39: 211-218.
- 7) Boily MC, Godin G, Hogben M, Sherr L, Bastos FI. The impact of the transmission dynamics of the HIV/AIDS epidemic on sexual behaviour: a new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behaviour among men who have sex with men. *Med Hypotheses*. 2005; 65(2): 215-26.
- 8) Tun W, Gange SJ, Vlahov D, Strathdee SA, Celentano DD. Increase in sexual risk behavior associated with immunologic response to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis* 2004; 38(8): 1167-74. Epub 2004. Apr 5.
- 9) Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet* 1998; 351(suppl III): 5-7
- 10) Rothenberg RB, Wasserheit JN, St Louis ME, Douglas JM. The effect of treating sexually transmitted diseases on the transmission of HIV in dually infected persons: a clinic-based estimate. *Ad Hoc STD/HIV Transmission Group. Sex Transm Dis*. 2000; 27(7): 411-6.
- 11) บำราศ OPD cases
- 12) Brannstrom J, Akerlund B, Arneborn M, Blaxhult A, Giesecke J. Patients unaware of their HIV infection until AIDS diagnosis in Sweden 1996-2002--a remaining problem in the highly active antiretroviral therapy era. *Int J STD AIDS* 2005; 16: 702-6.
- 13) Nakayiwa S, Abang B, Packel L, et al. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Behav* 2006; 10(4 Suppl): S95-104.
- 14) Sirivongrangsorn P, Bollen LJ, Chaovavanich A, et al. Sexually transmitted infection services as a component of HIV care: findings of a demonstration project among HIV-infected women in Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41(5): 671-4.
- 15) Dave SS, Stephenson J, Mercey DE, Panahmand N, Jungmann E. Sexual behaviour, condom use, and disclosure of HIV status in HIV infected heterosexual individuals attending an inner London HIV clinic. *Sex Transm Infect* 2006; 82(2): 117-20.
- 16) Bova C, Durante A. Sexual functioning among HIV-infected women. *AIDS Patient Care STDS*. 2003; 17: 75-83.
- 17) Aidala AA, Lee G, Garbers S, Chiasson MA. Sexual behaviors and sexual risk in a prospective cohort of HIV-positive men and women in New York City, 1994-2002: implications for prevention. *AIDS Educ Prev*. 2006; 18: 12-32.
- 18) Bennetts A, Shaffer N, Phopong P, et al. Differences in sexual behaviour between HIV-infected pregnant women and their husbands in Bangkok, Thailand. *AIDS Care* 1999; 11(6): 649-61.
- 19) Sturdevant MS, Belzer M, Weissman G, Friedman LB, Sarr M, Muenz LR; Adolescent Medicine HIV/AIDS Research Network. The relationship of unsafe sexual behaviour and the characteristics of sexual partners of HIV infected and HIV uninfected adolescent females. *J Adolesc Health*. 2001; 29 (3suppl): 64-71.
- 20) Kitsiripornchai S, Markowitz LE, Ungchusak

- K, et al. Sexual behavior of young men in Thailand: regional differences and evidence of behavior change. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998; 18(3): 282-8.
- 21) Griensven FV, Supawitkul S, Kilmarx P, et al. Rapid Assessment of Sexual Behavior, Drug Use, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Diseases in Northern Thai Youth Using Audio-Computer-Assisted Self-Interviewing and Noninvasive Specimen Collection. *Pediatrics.* 2001; 108: 13
 - 22) Mansergh G, Naorat S, Jommaroeng R, et al. Inconsistent condom use with steady and casual partners and associated factors among sexually-active men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS Behav.* 2006; 10(6): 743-51.
 - 23) Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol.* 1999; 150(3): 306-11.
 - 24) Weinhardt LS, Kelly JA, Brondino MJ, et al. HIV transmission risk behavior among men and women living with HIV in 4 cities in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004; 36: 1057-66.
 - 25) Brewer DD, Gloden MR, Handsfield HH. Unsafe sexual behavior and correlates of risk in a probability sample of men who have sex with men in the era of highly active antiretroviral therapy. *Sex Transm Dis.* 2006; 33: 250-5.
 - 26) Semple SJ, Zians J, Grant I, Patterson TL. Sexual risk behavior of HIV-positive methamphetamine-using men who have sex with men: the role of partner serostatus and partner type. *Arch Sex Behav.* 2006; 35: 461-71.
 - 27) CDC. High risk sexual behavior by HIV-positive men who have sex with men-16 sites, United States, 2000-2002. *MMWR.* 2004; 53: 891-4.
 - 28) Truong HH, Kellogg T, Klausner JD, et al. Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behaviour without a concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco: a suggestion of HIV serosorting. *Sex Transm Infect.* 2006; 82: 461-6.
 - 29) Xia Q, Molitor F, Osmond DH, et al. Knowledge of sexual partner's HIV serostatus and serosorting practices in a California population-based sample of men who have sex with men. *AIDS.* 2006; 20: 2081-9
 - 30) de Boer MA, Celentano DD, Tovanabutra S, Ruggao S, Nelson KE, Suriyanon V. Reliability of self-reported sexual behavior in human immunodeficiency virus (HIV) concordant and discordant heterosexual couples in northern Thailand. *Am J Epidemiol.* 1998; 147(12): 1153-61.
 - 31) Hong DS, Glodstein RB, Rotheram-Borus MJ, et al. Perceived partner serostatus, attribution of responsibility for prevention of HIV transmission, and sexual risk behavior with "MAIN" partner among adults living with HIV. *AIDS Educ Prev.* 2006; 18: 150-62.
 - 32) Bunnell R, Ekwaru JP, Solberg P, et al. Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS.* 2006; 20: 85-92.
 - 33) Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active

- antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *JAMA*. 2004; 292(2): 224-36.
- 34) Gunn RA, Eldred SL, Mathews C. Sexually transmitted disease clinical preventive services for HIV-infected patients. *Sex Transm Dis*. 2001; 28: 455-456.
- 35) Peterman TA, Tian LH, Metcalf CA, et al. High incidence of new sexually transmitted infections in the year following a sexually transmitted infection: a case for rescreening. *Ann Intern Med*. 2006; 145(8): 564-72.
- 36) Kharsany AB, Mashego M, Mdlotshwa M, Frohlich J, Karim QA. Direct questioning of genital symptoms: increasing opportunities for identifying and treatment of sexually transmitted infections in primary health-care settings. *Afr J Reprod Health*. 2006; 10: 105-12.
- 37) Mayaud P, McCormick D. Interventions against sexually transmitted infections (STI) to prevent HIV infection. *Br Med Bull*. 2001; 58: 129-53.
- 38) Chalermchokcharoenkit A, Sirimai K, Chaisilwattana P. High prevalence of cervical squamous cell abnormalities among HIV-infected women with immunological AIDS-defining illnesses. *J Obstet Gynaecol Res*. 2006; 32(3): 324-9.
- 39) Keiser O, Martinez de Tejada B, Wunder D, et al. Frequency of gynecologic follow-up and cervical cancer screening in the Swiss HIV cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006. 15; 43(5): 550-5.
- 40) สัญชัย ชาสมบัติ ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พรทิพย์ ยุกตานนท์ กระทรวงสาธารณสุข ในแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี พ. ศ.2547 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8) : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย หน้า 138-140
- 41) Folch C, Marks G, Esteve A, Zaragoza K, Munoz R, Casabona J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Educ Prev*. 2006; 18: 222-42
- 42) Raj A, Cheng DM, Levison R, Meli S, Samet JH. Sex trade, sexual risk, and nondisclosure of HIV serostatus: findings from HIV-infected persons with a history of alcohol problems. *AIDS behave*. 2006; 10: 149-57.
- 43) Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29: 837-43

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสาธารณสุขที่ 3

Perinatal HIV Transmisson Rate in the Public Health Region 3

แสงชัย สีมาชจร พ.บ.*

Saengchai Seemakachorn M.D.*

วันเพ็ญ ประเสริฐศรี ศศ.ม.**

Wanpen Prasertsre M.A.**

* โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

* Sawanpracharak Hospital

** ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

** Regional Health Promotion Center 8

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross - sectional survey) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การให้ยาต้านไวรัสในแม่ติดเชื้อเอชไอวีและในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการติดตามเด็กมารับการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2547 จำนวน 456 คน จากโรงพยาบาลทุกแห่งที่ดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในจังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี บันทึกข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดงเป็นค่าความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าแม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการฝากครรภ์ร้อยละ 90.3 ได้รับยาต้านไวรัส Zidovudine (AZT) ในขณะตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ร้อยละ 49.4 และได้รับในระหว่างคลอด ร้อยละ 85.8 เด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ติดตามประวัติได้ 443 คน คิดเป็นร้อยละ 97.1 เป็นเด็กเกิดมีชีพ ร้อยละ 98.4 ได้รับยา AZT นาน 1 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ ร้อยละ 48.6 และ 48.9 ตามลำดับ ได้รับยา Nevirapine (NVP) ร้อยละ 20.0 ความครอบคลุมการติดตามเด็กเพื่อตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ติดตามได้ร้อยละ 78.1 สาเหตุของการไม่ได้รับการตรวจเลือดในเด็กคือ ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้ร้อยละ 82.4 พบอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ร้อยละ 7.8 การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการฝากครรภ์ และการรับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์แก่แม่ติดเชื้อเอชไอวี การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีการประสานงานอย่างต่อเนื่อง และมีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วน น่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้มากขึ้น

Abstract

This cross - sectional survey was aimed to evaluate the HIV transmission rate from mother to infant and the uses of antiretroviral drug prophylaxis regimen in mother and infant. The causes of failure to follow up of infant for HIV infected diagnostic work up were also determined. All 456 infants who were born from HIV serological positive mothers between October 1, 2002 and September 30, 2004 in Nakhonsawan, Kamphaengphet, Pichit and Uthaitani provinces were enrolled. The data were collected using individual case record form designed for this study. It was found that 90.3% of HIV infected mothers had antenatal care, 49.4% received Zidovudine (AZT) prophylaxis during pregnancy for more than four weeks. About 85.8% received AZT during labour. Of 443 infants (97.1%) whose record were attained, 98.4% were live birth, 48.6% and 48.9% of infants received AZT 1 week and 6 weeks respectively and 20.0% of infants received

Nevirapine (NVP). About 78.1% of the infants was followed until HIV infected diagnostic work up was completely done. The most common problem of failure to follow up among infants was the changes of address of untracable. Among infants which could be evaluated, the perinatal HIV transmission rate was 7.8%. In conclusion, by increasing the ANC accessibility and antiretroviral drug prophylaxis accessibility of HIV infected mother and strengthening hospital referral system might help improving the effectiveness of perinatal HIV prevention program.

ประเด็นสำคัญ
การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
เขตสาธารณสุขที่ 3

Keywords
Perinatal HIV Transmission,
Public Health Region 3

บทนำ

การแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกันทารกมากกว่าร้อยละ 40 ที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อเอชไอวีด้วย⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จากร้อยละ 0.6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นเริ่มมีแนวโน้มลดลงจนถึงปี พ.ศ. 2547 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เท่ากับ ร้อยละ 1.4⁽¹⁾

การแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกเกิดได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จากการกินนมแม่ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 12 ถึง 16 ของการติดเชื้อในทารกพบในระยะท้ายของการตั้งครรภ์⁽²⁾ ร้อยละ 80 ถึง 90 ของการติดเชื้อเกิดขึ้นช่วงใกล้คลอดหรือกำลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ผิวหนังและเยื่อของทารกสัมผัสกับสารคัดหลั่งและเลือดขณะผ่านช่องทางคลอด⁽³⁻⁴⁾ ส่วนการให้นมแม่พบอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 12⁽⁵⁾ กลวิธีในการลดภาวะเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในปัจจุบันจึงประกอบด้วยการใช้ยาต้านไวรัส การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการงดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในปี พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้จัดทำโครงการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และได้ประกาศเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งของรัฐมีการดำเนินงานการควบคุมกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับบริการครบถ้วนและได้รับยาต้านไวรัส

ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และในเด็กแรกเกิด รวมถึงการติดตามเด็กจนอายุครบ 2 ปี เพื่อมารับการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

จากการดำเนินงานดังกล่าว พบว่ายังขาดความครอบคลุมในการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ไม่สามารถติดตามเด็กมาตรวจได้ จึงทำการศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 18 ถึง 24 เดือนของโรงพยาบาลในพื้นที่ 4 จังหวัด ในเขตสาธารณสุขที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การใช้ยาต้านไวรัสในแม่ติดเชื้อเอชไอวี และในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนปัญหาอุปสรรคของการติดตามเด็กมารับการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey) กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2547 จำนวน 456 คน ของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี ที่มีการดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวม 42 แห่ง บันทึกข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะรายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน บัตรบันทึกกำกับการกินยา (Z Card) สมุดทะเบียนฝากครรภ์ ทะเบียน

คลอดและทะเบียนรับนมผสม ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วยข้อมูลของแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การฝากครรภ์ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด การได้รับยาต้านไวรัส ขณะตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด และวิธีการคลอด ข้อมูลของเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ การได้รับยาต้านไวรัส การได้รับนมแม่ หรือนมผสมและการได้รับการติดตามมาตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี อาศัยการตรวจด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) เมื่อเด็กอายุ 2 เดือนขึ้นไป หรือการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวี (Anti - HIV) เมื่อเด็กอายุ 12 เดือน และ 18 เดือน⁽¹⁾ ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบและวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาคลอดระหว่าง 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2547 มีจำนวน 463 คน ติดตามประวัติได้ 443 คน คิดเป็นร้อยละ 95.9 ในจำนวนนี้พบว่าได้รับบริการฝากครรภ์ร้อยละ 90.3 ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์ร้อยละ 67.7 ได้รับยา Zidovudine (AZT) ในขณะตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ร้อยละ 49.4 โดยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ร้อยละ 77.3 ได้รับยาต้านไวรัสอื่น ๆ ในขณะตั้งครรภ์นอกจาก AZT ร้อยละ 1.4 ได้รับยา AZT ในระหว่างคลอดร้อยละ 85.8 สำหรับยา Nevirapine (NVP) และยาต้านไวรัสอื่น ๆ ได้รับร้อยละ 20.8 และ 0.9 ตามลำดับ วิธีการคลอดพบว่าคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 81.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ที่คลอดในพื้นที่ 4 จังหวัดของเขตสาธารณสุขที่ 3 จำแนกตามการฝากครรภ์ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด การได้รับยาต้านไวรัส AZT ขณะตั้งครรภ์ ความสม่ำเสมอของการกินยา การได้รับยาต้านไวรัสอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาต้านไวรัสในช่องคลอดและวิธีการคลอด

ข้อมูล	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		พิจิตร		อุทัยธานี		รวมเขต 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หญิงคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี	187		106		109		61		463	
2. ติดตามประวัติได้	175	93.6	99	93.4	109	100	60	98.4	443	95.7
3. การฝากครรภ์ของมารดา										
- ฝาก	159	90.9	83	83.8	101	92.7	57	95.0	400	90.3
- ไม่ฝาก	16	9.1	6	6.1	8	7.3	3	5.0	33	7.4
- ไม่ทราบ	0	0	10	10.1	0	0	0	0	10	2.3
4. ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด										
- ก่อนการตั้งครรภ์	20	11.4	16	16.2	18	16.5	11	18.3	65	14.7
- เมื่อฝากครรภ์	137	78.3	60	60.6	64	58.7	39	65.0	300	67.7
- ขณะคลอด	15	8.6	8	8.1	7	6.4	4	6.7	34	7.7
- หลังคลอด	3	1.7	2	2.0	1	0.9	4	6.7	10	2.3
- อื่น ๆ	0	0	10	10.1	0	0	2	3.3	12	2.7
- ไม่ทราบ	0	0	3	3.0	19	17.4	0	0	22	5.0
5. การได้รับยา AZT ระหว่างตั้งครรภ์										
- AZT มากกว่า 4 สัปดาห์	91	52.0	44	44.4	50	45.9	34	56.7	219	49.4
- AZT น้อยกว่า 4 สัปดาห์	63	36.0	18	18.2	31	28.4	10	16.7	122	27.5
- ไม่ได้รับ	19	10.9	18	18.2	23	21.1	13	21.6	73	16.5
- ไม่ทราบ	2	1.1	19	19.2	5	4.6	3	5.0	29	6.6
6. ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา AZT										
- สม่ำเสมอดี	143	91.7	49	60.5	60	69.8	34	72.3	286	77.3
- ไม่สม่ำเสมอ	11	7.0	12	14.8	3	3.5	10	21.3	36	9.7
- ไม่ทราบ	2	1.3	20	24.7	23	26.7	3	6.4	48	13.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ที่คลอดในพื้นที่ 4 จังหวัดของเขตสาธารณสุขที่ 3 จำแนกตามการฝากครรภ์ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด การได้รับยาต้านไวรัส AZT ขณะตั้งครรภ์ ความสม่ำเสมอของการกินยา การได้รับยาต้านไวรัสอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาต้านไวรัสในห้องคลอดและวิธีการคลอด (ต่อ)

ข้อมูล	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		พิจิตร		อุทัยธานี		รวมเขต 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. การได้รับยาต้านไวรัสอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์	175		99		109		60		443	
- ได้รับ	2	1.1	1	1.0	1	0.9	2	3.3	6	1.4
- ไม่ได้รับ	171	97.8	75	75.8	79	72.5	56	93.4	381	86.0
- ไม่ทราบ	2	1.1	23	23.2	29	26.6	2	3.3	56	12.6
8. การได้รับยาต้านไวรัสในห้องคลอด										
8.1 ได้รับยา AZT	175		99		109		60		443	
- ได้รับ	158	90.3	83	83.8	91	83.5	48	80.0	380	85.8
- ไม่ได้รับ	16	9.1	5	5.1	11	10.1	9	15.0	41	9.2
- ไม่ทราบ	1	0.6	11	11.1	7	6.4	3	5.0	22	5.0
8.2 ได้รับยา NVP	175		99		109		60		443	
- ได้รับ	33	18.8	15	15.2	37	33.9	7	11.7	92	20.8
- ไม่ได้รับ	141	80.6	70	70.7	31	28.4	42	70.0	284	64.1
- ไม่ทราบ	1	0.6	14	14.1	41	37.6	11	18.3	67	15.1
8.3 ได้รับยาต้านไวรัสอื่น ๆ	175		99		109		60		443	
- ได้รับ	2	1.1	1	1.0	1	0.9	0	0	4	0.9
- ไม่ได้รับ	171	97.8	84	84.8	71	65.1	56	93.3	382	86.2
- ไม่ทราบ	2	1.1	14	14.1	37	34.0	4	6.7	57	12.9
9. วิธีการคลอด	175		99		109		60		443	
- ทางช่องคลอด	148	84.6	78	78.8	89	81.6	47	78.3	362	81.7
- ผ่าตัดทางหน้าท้อง	26	14.8	11	11.1	11	10.1	13	21.7	61	13.8
- ไม่ทราบ	1	0.6	10	10.1	9	8.3	0	0	20	4.5

เด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนทั้งหมด 456 คน ติดตามประวัติได้ 443 คน คิดเป็นร้อยละ 97.1 เป็นเด็กเกิดมีชีพ 436 คน คิดเป็นร้อยละ 98.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.1 ได้รับยา AZT 1 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ร้อยละ 48.6 และ 48.9 ตามลำดับ การได้รับยา NVP ในห้องคลอด ได้รับร้อยละ 20.0 การได้รับนมพบว่าไม่ได้รับนมแม่ ร้อยละ 98.4 ได้รับนมผสม ร้อยละ 98.2 และได้รับนมแม่ร้อยละ 1.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ 4 จังหวัดของเขตสาธารณสุขเขตที่ 3 จำแนกตามประวัติเด็กที่คลอด สภาพเด็กแรกคลอด เพศ การได้รับยาต้านไวรัส AZT การได้รับยา NVP การได้รับนมมารดา และการได้รับนมผสม

ข้อมูล	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		พิจิตร		อุทัยธานี		รวมเขต 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมด	183		103		109		61		443	
2. ติดตามประวัติเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี	175	95.6	99	96.1	109	100	60	98.4	443	97.1
3. สภาพเด็กแรกคลอด										
- มีชีวิต	175		99		109		60		443	
- เสียชีวิต	172	98.3	99	100	108	99.1	57	95.0	436	98.4
	3	1.7	0	0	1	0.9	3	5.0	7	1.6
4. เพศเด็ก	175		99		109		60		443	
- ชาย	102	58.3	48	48.5	53	48.6	32	53.3	235	53.1
- หญิง	70	40.0	51	51.5	55	50.5	28	46.7	204	46.0
- ไม่ทราบ	3	1.7	0	0	1	0.9	0	0	4	0.9
5. การได้รับยาต้านไวรัส AZT	172		99		108		57		436	
- AZT 1 สัปดาห์	90	52.3	34	34.3	55	50.9	33	57.9	212	48.6
- AZT 6 สัปดาห์	81	47.1	58	58.6	50	46.3	24	42.1	213	48.9
- ไม่ได้รับ	1	0.6	1	1.0	3	2.8	0	0	5	1.1
- ไม่มีข้อมูล	0	0	6	6.1	0	0	0	0	6	1.4
6. การได้รับยาต้านไวรัส NVP	172		99		108		57		436	
- ได้รับ	36	20.9	12	12.1	30	27.8	9	15.8	87	20.0
- ไม่ได้รับ	136	79.1	74	74.7	34	31.5	43	75.4	287	65.8
- ไม่มีข้อมูล	0	0	13	13.1	44	40.7	5	8.8	62	14.2
7. การได้รับนมมารดา	172		99		108		57		436	
- ได้รับ	1	0.6	1	1.0	1	0.9	2	3.5	5	1.1
- ไม่ได้รับ	171	99.4	98	99.0	107	99.1	53	93.0	429	98.4
- ไม่มีข้อมูล	0	0	0	0	0	0	2	3.5	2	0.5
8. การได้รับนมผสม	172		99		108		57		436	
- ได้รับ	172	100	99	100	106	98.1	51	89.5	428	98.2
- ไม่ได้รับ	0	0	0	0	2	1.9	4	7.0	6	1.4
- ไม่มีข้อมูล	0	0	0	0	0	0	2	3.5	2	0.4

ความครอบคลุมการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 443 คน เพื่อตรวจเลือด วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเด็กได้รับการตรวจเลือด จำนวน 346 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 เมื่อพิจารณาความครอบคลุมรายจังหวัดพบว่า อัตราการตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กของจังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุทัยธานี

จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดพิจิตร เท่ากับร้อยละ 85.1, 81.7, 76.8 และ 66.1 ตามลำดับ สาเหตุของการไม่ได้รับการตรวจเลือดในเด็ก คือ ร้อยละ 82.4 แม่ย้ายที่อยู่และไม่ทราบว่าย้ายไปที่ไหน ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ และร้อยละ 13.4 เด็กเสียชีวิตก่อนการวินิจฉัย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อ เอชไอวี ในพื้นที่ 4 จังหวัดของเขตสาธารณสุขที่ 3 จำแนกตามการติดตามประวัติเด็กได้, เด็กที่ได้รับการตรวจเลือด และสาเหตุของการติดตามไม่ได้และไม่ได้รับการตรวจเลือด

ข้อมูล	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		พิจิตร		อุทัยธานี		รวมเขต 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ	183		103		109		61		456	
2. เด็กที่ติดตามประวัติคลอดได้	175	95.6	99	96.1	109	100	60	98.4	443	97.1
3. เด็กที่ตรวจเลือดหาการติดเชื้อได้										
- ได้รับการตรวจเลือด	149	85.1	76	76.8	72	66.1	49	81.7	346	78.1
- ไม่ได้รับการตรวจเลือด	26	14.9	23	23.2	37	33.9	11	18.3	97	21.9
4. สาเหตุของการติดตามเด็กไม่ได้และการไม่ได้รับการตรวจเลือด	26		23		37		11		97	
- เสียชีวิตก่อนการวินิจฉัย	6	23.1	1	4.3	2	5.4	4	36.4	13	13.4
- มารดาไม่ยินยอมให้ตรวจ	0	0	1	4.3	1	2.7	0	0	2	2.1
- อยู่กับญาติมารดาไม่เปิดเผยผลเลือด	0	0	2	8.7	0	0	0	0	2	2.1
- ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้	20	76.9	19	82.6	34	91.9	7	63.6	80	82.4

วิธีการตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี แพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดใช้วิธีการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 91.6 พบว่า กำแพงเพชร จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดนครสวรรค์ เด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี มีการติดเชื้อเอชไอวี และจังหวัดพิจิตร มีอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากจำนวน 27 คน คิดเป็นอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวี แม่สู่ลูกเท่ากับร้อยละ 15.8, 14.3, 4.0 และ 2.8 จากแม่สู่ลูก ร้อยละ 7.8 และเมื่อพิจารณาอัตราการ ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ 4 จังหวัดของเขตสาธารณสุขเขตที่ 3 จำแนกตามวิธีการตรวจ และผลการตรวจวินิจฉัยหาการเชื้อ เอชไอวี

ผลการตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวี	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		พิจิตร		อุทัยธานี		รวมเขต 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. วิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี	149		76		72		49		346	
- PCR	18	12.1	1	1.3	0	0	10	20.4	29	8.4
- ANTI - HIV	131	87.9	75	98.7	72	100	39	79.6	317	91.6
2. ผลการตรวจวินิจฉัย	149		76		72		49		346	
- ติดเชื้อ	6	4.0	12	15.8	2	2.8	7	14.3	27	7.8
- ไม่ติดเชื้อ	143	96.0	63	82.9	70	97.2	42	85.7	318	91.9
- ไม่ทราบ	0	0	1	1.3	0	0	0	0	1	0.3

วิจารณ์

การศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตสาธารณสุขที่ 3 พบว่าแม่ติดเชื้อเอชไอวีทราบผลการติดเชื้อขณะที่มาฝากครรภ์ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 67.7) ได้รับยาครบถ้วนตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ค่อนข้างต่ำ แต่ละจังหวัดยังมีความแตกต่างของความสามารถติดตามวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่แตกต่างกันค่อนข้างมาก และอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กในภาพรวม อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กเท่ากับร้อยละ 7.8) แต่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

แม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์ ถึงร้อยละ 67.7 แสดงถึงความตระหนักในการตรวจเลือดก่อนตั้งครรภ์ ยังไม่เป็นที่นิยม นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ติดเชื้อเอชไอวีทราบผลเลือดก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 14.7 ซึ่งรู้ตัวเองติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่ยอมให้ตั้งครรภ์ และมีถึงร้อยละ 7.9 ที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีขณะมาคลอด และร้อยละ 2.3 ทราบผลหลังคลอด สาเหตุอาจเนื่องมาจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ปิดบังสามีหรือคนในครอบครัวเรื่องผลเลือด และไม่ยอมเข้าสู่ระบบบริการ⁽⁶⁾ ทำให้ขณะตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาต้านไวรัสถึงร้อยละ 16.5 แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยา AZT ในห้องคลอดเพียงร้อยละ 85.8 ซึ่งอาจเกิดจากมาถึงห้องคลอดช้าหรือมาถึงแล้วคลอดทันทีโดยที่ยังไม่ได้รับยา หรืออาจจะเกิดจากการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาต้านไวรัสในห้องคลอด ทำให้แม่ติดเชื้อเอชไอวีพลาดโอกาสในการได้รับยาต้านไวรัสในห้องคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในแม่และเด็กของโรงพยาบาลหลายแห่งที่ยังไม่มีศูนย์กลางในการประสานข้อมูลในการดำเนินงานเอดส์ในแม่และเด็ก⁽⁶⁾ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการส่งต่อข้อมูลหรือการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอดและแผนก

หลังคลอด ซึ่งทำให้การศึกษาครั้งนี้มีแม่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 1.1 ให้ลูกดื่มนมแม่

การติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีความครอบคลุมร้อยละ 78.1 จังหวัดที่มีความครอบคลุมในการติดตามมากที่สุดคือ จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 85.1 ส่วนจังหวัดที่มีความครอบคลุมในการติดตามต่ำที่สุดคือ จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 66.1 ซึ่งสาเหตุที่พบมากที่สุดที่ทำให้ไม่สามารถติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจเลือด คือ การย้ายที่อยู่ของผู้รับบริการ ร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ยินยอมให้ตรวจเลือดลูก ร้อยละ 2.1 และเด็กอยู่กับญาติโดยมารดาไม่เปิดเผยผลเลือดร้อยละ 2.1 ผลการตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 346 ราย พบไม่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 91.9 ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ในภาพรวมของเขตสาธารณสุขที่ 3 มีอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 7.8 โดยจังหวัดที่มีอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไม่เกินเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ร้อยละ 8 คือจังหวัดพิจิตร และจังหวัดนครสวรรค์ มีอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกร้อยละ 2.8 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามการประมาณอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อมาตรวจเลือดยังมีความครอบคลุมต่ำ และมีถึงร้อยละ 13.4 ไม่ได้รับการตรวจเลือด เนื่องจากเสียชีวิตก่อนการวินิจฉัย นอกจากนี้อัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกใน 4 จังหวัดมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก อาจเนื่องมาจากอัตราการได้รับยา NVP ของทารกในแต่ละจังหวัดแตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่าอัตราการติดเชื้อของทารกที่ได้รับยา AZT ร่วมกับ NVP สามารถลดการติดเชื้อได้ร้อยละ 72.7⁽⁷⁾ จากการศึกษาพบว่าในการดำเนินงานป้องกันการแพร่เชื้อ

เอชไอวี จากแม่สู่ลูกของเขตสาธารณสุข ที่ 3 มีข้อจำกัดที่เกิดจากผู้รับบริการ คือ แม่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์ช้า หรือมาโรงพยาบาลขณะเจ็บครรภ์คลอด และมีบางส่วนกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ทำให้ได้รับยาต้านไวรัสไม่ครบตามกำหนดทั้งในขณะตั้งครรภ์และขณะเจ็บครรภ์คลอด นอกจากนี้การปิดบังผลเลือดของแม่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการย้ายที่อยู่ที่ไม่สามารถติดต่อได้ ทำให้ความครอบคลุมในการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่ำ สำหรับข้อจำกัดที่เกิดจากระบบบริการ คือ ข้อมูลแม่ติดเชื้อเอชไอวี และเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ครบถ้วน ข้อมูลที่สำคัญไม่มีการบันทึกไว้หรือหาข้อมูลไม่พบ เช่น การได้รับยาต้านไวรัสของแม่และของเด็ก ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นต้น ขาดการประสานงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลายแผนกด้วยกัน จึงต้องใช้การประสานงานกับแผนกที่เกี่ยวข้องมาก และเป็นงานที่มีความละเอียดอ่อนซับซ้อนด้วยตัวผู้รับบริการเอง ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลมีการสับเปลี่ยนโยก ย้ายงานบ่อย ผู้รับผิดชอบงานใหม่ไม่ค่อยเข้าใจแนวทางการดำเนินงานเท่าที่ควร ดังนั้น จึงควรมีการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการฝากครรภ์ และการรับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์แก่แม่ติดเชื้อเอชไอวีให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และควรมีการทบทวนความเข้าใจ หรือการรับรู้ของกลุ่มผู้รับบริการดังกล่าวในการให้การปรึกษาแก่แม่ติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้ง ในส่วนของโรงพยาบาลที่ดำเนินการทุกแห่งจะต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการในแต่ละงาน/ แผนก/ ฝ่าย/ กลุ่มงาน ให้ชัดเจน เพื่อจัดระบบบริการและการบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ฝากครรภ์ จนกระทั่งคลอดและบันทึกข้อมูลเด็กที่คลอดและติดตามเด็กเกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีให้รับบริการตรวจสุขภาพ รับวัคซีนและนมผสม การตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามกำหนดเวลา ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องทั้ง

ครอบครัว เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการติดตามมาตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กได้มากขึ้น ส่งผลให้เด็กติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้เร็วขึ้น และได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ยังทำให้ระบบรายงานการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีความสมบูรณ์ครบถ้วน ซึ่งจะทำให้ทราบถึงอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวมทั้งประสิทธิภาพของการรับประทานยาต้านไวรัสที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์และในทารกได้ดียิ่งขึ้น

สรุป

แม่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 90.3 ส่วนใหญ่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมาฝากครรภ์ ร้อยละ 67.7 และได้รับยาต้านไวรัส AZT ในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ร้อยละ 49.4 ได้รับยาต้านไวรัส AZT ในระหว่างคลอด ร้อยละ 85.8 ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 81.7 เด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเด็กมีชีพ ร้อยละ 98.4 ได้รับยา AZT นาน 1 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ ร้อยละ 48.6 และ 48.9 ตามลำดับ ได้รับยา NVP ในห้องคลอด ร้อยละ 20.0 ได้รับนมผสม ร้อยละ 98.2 และได้รับนมแม่ ร้อยละ 1.1 มีความครอบคลุมการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 78.1 สาเหตุสำคัญของการติดตามไม่ได้คือ ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้ ร้อยละ 82.4 พบอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 7.8 การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการฝากครรภ์และการรับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์แก่แม่ติดเชื้อเอชไอวี และการจัดระบบบริการของโรงพยาบาล ให้มีการประสานงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และมีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วน น่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงาน การดำเนินงานเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่และลูกที่ติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
2. Shearer WT , Quinn TC , La Russa P. Viral load and disease progression in infants infected with human immunodeficiency virus type 1. N Eng J Med. 1997; 336: 1337- 42.
3. Landsman SH, Kalish L, Burns DN. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus from mother - to - child. N Engl J Med. 1996; 334: 1617- 23.
4. Minkoff H, Burns DN, Landesman S. The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. Am J Obstet Gynecol. 1995; 173: 585 - 9.
5. Bertolli J, St Louis ME, Simonds RJ. Estimating the timing of mother - to - child transmission of human immunodeficiency virus in a breast feeding population in kinshaha, Zaire. J Infect Dis. 1996; 174: 722 - 6.
6. ชัยยะ เฝ้าผา, มลุลี แสนใจ, ตติยา สารริมา. ศึกษาการจัดระบบบริการเพื่อการติดตามและดูแลทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV ของโรงพยาบาลในพื้นที่เขต 7. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7; 2547.
7. เฉลิมพงษ์ ศรีวัชรกาญจน์. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยการใช้ยา Zidovudine และ Nevirapine ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารควบคุมโรค 2546; 29: 264-72.

กระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน

Health Communication Process through Community Radio

ลัดดา ปิยเศรษฐ์ วท.ม.

Ladda Piyaseth Ms.(Hed)

นัตยา เกียรียงชัยพฤกษ์ กศม.

Nathaya Kriengchaiyaprug Ed.(Hed)

ธัญชนก ขุมทอง วท.ม.

Thanchanok Khumthong Ms.(Hed)

ศุภกนิจ วิษณุพงษ์พร คบ.

Supakanit Wissanupongporn Be.(Hed)

กองสุขศึกษา

Health Education Division

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Department of Health Service Support

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน และศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดรายการด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีบทบาทในการบริหารจัดการวิทยุชุมชน และจัดรายการด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชนใน 4 จังหวัด ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ระยอง นครราชสีมา และอุทัยธานี ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ผลิตรายการ และกลุ่มผู้ฟังรายการวิทยุชุมชน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงในกลุ่มผู้ผลิตรายการที่เป็นประชาชนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลิตรายการวิทยุชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้ฟังวิทยุชุมชนสุ่มตัวอย่าง แบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

ผลการศึกษา พบว่า วิทยุชุมชนทั้ง 4 จังหวัด มีการนำกระบวนการสื่อสารเข้ามาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับประชาชนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ส่งสาร (Sender) ข่าวสาร (Message) ช่องทาง (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) จากการศึกษาผู้ส่งสารเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้รับสารหรือผู้ฟังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันช่องทางการสื่อสารก็สามารถฟังได้ชัดเจน ส่วนการนำเสนอเนื้อหาสุขภาพ ได้มีการวางแผน และจัดทำตารางเผยแพร่ด้วย กลุ่มผู้ฟังส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนำเสนอรายการด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชนที่ได้ให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพตรงตามความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการยกระดับของชุมชนให้มีการพัฒนาในการให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การจัดรายการด้านสุขภาพของวิทยุชุมชนก็คือ 1. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปจัดรายการ 2. เครื่องมือ อุปกรณ์ ในการออกอากาศยังไม่มีศักยภาพดีพอ 3. ขาดบุคลากรที่มีทักษะในการจัดรายการ และ 4. ขาดงบประมาณในการสนับสนุนข้อวัสดุ อุปกรณ์จัดรายการ

Abstract

This qualitative research aimed at examining the health communication process through community radio and the factors affected health radio programs. The study had been conducted in four provinces, Ayutthaya, Rayong, Nakhon Ratchasima, and Uthai Thani where community radio stations was broadcasting health programs. Data were collected from two sample groups; radio programmers and local listeners. The radio

programmers were purposive sampling from people who had been involving in community radio including community leaders, volunteers, health professionals, and other health agencies. Local listeners listening to health radio programs were chosen by accidental sampling. In-depth interview and focus group discussion techniques were employed in radio programmer groups while questionnaires were employed in local listener groups. The study found that community radio stations broadcasting in those provinces had employed a concept of communication process, which consisted of sender, message, channel, and receiver. The study revealed that most senders were knowledgeable about health information and has delivered key health messages to the listeners effectively. At the same time, most channels had not been interfered by any barriers. Health messages were also delivered in a timely manner. Concerning most receivers or local listeners, they were very satisfied with community radio that helped disseminate health messages rapidly so as to help them raise awareness of health risk and improve community health. The factors affected health radio programs were (1) insufficient funding health programs, (2) poor quality of broadcasting equipments, (3) shortage of radio programmers and (4) insufficient budget for logistics support. Therefore, to sustain health radio programs, sufficient funding health programs were recommended.

ประเด็นสำคัญ

กระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพ

วิทยุชุมชน

Keywords

Health Communication Process

Community Radio

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญในการสร้างองค์ความรู้ เทคโนโลยี และมาตรฐานงานสุขภาพ พัฒนาองค์ความรู้เครือข่ายให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องภายใต้ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน เสริมสร้างคนไทยแข็งแรงให้ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกายและดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีจุดประสงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยการมีส่วนร่วมและมาตรการทางสังคมที่เหมาะสม ซึ่งกองสุศึกษา มีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาและพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น โดยให้ประชาชนมีความรู้เสริมสร้างจิตสำนึกและทักษะที่จำเป็นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพ รวมทั้ง

พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพให้มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอดพฤติกรรมสุขภาพต่อประชาชน⁽¹⁾

กองสุศึกษาเล็งเห็นว่าการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดการรับรู้ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะการสื่อสารในชุมชน อันจะนำไปสู่การที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยได้ดำเนินการผลิตและเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านทางเครือข่ายการกระจายเสียง รวมทั้งผลิตและสนับสนุนสื่อให้แก่เครือข่ายการกระจายเสียงในพื้นที่ต่าง ๆ มาโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันชุมชนหลายแห่งในประเทศอยู่ในระหว่างดำเนินการปฏิบัติการการเรียนรู้เรื่อง การใช้สื่อวิทยุชุมชนเป็นช่องทางการสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นไปตามความสนใจและความต้องการของชุมชน โดยมีสมาชิกในชุมชนที่เป็นอาสาสมัครร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งด้านการบริหารจัดการ การ

ระดมทุน รวมทั้งการจัด และการผลิตรายการด้วยหลัก การสำคัญคือเพื่อประโยชน์สาธารณะ และไม่ประกอบ การอย่างธุรกิจเพื่อแสวงหากำไร ซึ่งสาระเรื่องราว เกี่ยวกับ “สุขภาพ” เป็นประเด็นที่วิทยุชุมชนทุกแห่งให้ ความสนใจนำเสนอในเนื้อหาสาระเรื่องราว และ รูปแบบ หรือวิธีการนำเสนอที่หลากหลายแต่ที่สำคัญ เป็นกระบวนการสื่อสารที่กระทำโดยชุมชน เพื่อชุมชน ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เป็นของชุมชน โดยมีสาระสำคัญ ในรัฐธรรมนูญ และกฎหมายประกอบเป็นองค์ประกอบ สนับสนุนสำคัญ⁽²⁾

ในระหว่างที่กระบวนการปฏิรูปสื่อยังอยู่ใน ระหว่างการรณรงค์การอิสระ และ พ.ร.บ.การประกอบ กิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ แต่คณะรัฐมนตรี ได้มีมติเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2548 ให้ดำเนินการ วิทยุชุมชนได้ภายใต้เงื่อนไขทางเทคนิค คือ กำลังส่งไม่ เกิน 30 วัตต์ เสาส่งไม่เกิน 30 เมตร และรัศมีครอบคลุม ไม่เกิน 15 กิโลเมตร ทั้งยังห้ามการดำเนินการโฆษณา สินค้าทางธุรกิจด้วย แม้ว่าในทางปฏิบัติหน่วยงาน รับผิดชอบมิได้มีการกำกับดูแลอย่างเคร่งครัดให้ เป็นไปตามมติครมดังกล่าว แต่ในความเป็นจริง มีวิทยุชุมชนจำนวนมากที่ดำเนินการอย่างเคารพใน หลักการวิทยุชุมชนที่มีสาระสำคัญ คือ เป็นสมบัติ สาธารณะของชุมชน ที่ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของร่วมใช้ร่วม รับผิดชอบ และ ร่วมได้รับประโยชน์อย่างค้ำึงถึงการ เข้าถึงได้โดยง่ายทั้งทางกายภาพระเบียบปฏิบัติและด้วย การเคารพในสิทธิการสื่อสารอย่างมีความรับผิดชอบ ของ กลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้วิทยุชุมชนเป็นช่องทางการ สื่อสารปัญหาเรื่องราว ตลอดจนอัตลักษณ์ของชุมชน⁽²⁾

กองสุศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษา กระบวนการสื่อสารเนื้อหาสุขภาพทางวิทยุชุมชน และค้นหาต้นแบบของกระบวนการผลิตรายการสุขภาพ ของวิทยุชุมชน ทั้งนี้จะนำข้อมูลที่ได้นำใช้ในการวางแผน เพื่อพัฒนาศักยภาพวิทยุชุมชนให้เป็นช่องทางในการ พัฒนาสุขภาพบุคคลและสุขภาวะชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารเนื้อหา

ประเด็นด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการ ดำเนินงานของวิทยุชุมชนในประเด็นสุขภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัย เรื่องกระบวนการสื่อสารด้าน สุขภาพทางวิทยุชุมชน เป็นการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึง กระบวนการสื่อสารเนื้อหาด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของ วิทยุชุมชนในประเด็นสุขภาพคณะผู้วิจัยได้ทำการ สังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงใช้วิธีการศึกษาในลักษณะผสมผสานด้วยวิธี การวิจัยคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการอภิปรายกลุ่มแบบ เจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ได้แก่ ผู้นำชุมชน ทีมงานอาสาสมัครของวิทยุชุมชน บุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข และเครือข่ายภาคีด้านสุขภาพ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการบริหารจัดการวิทยุชุมชน และผู้จัดรายการวิทยุชุมชน โดยดำเนินการสัมภาษณ์ เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Fo- cus Group Discussion)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้นำชุมชน ทีมงานที่ทำหน้าที่ในการจัดรายการวิทยุชุมชน ใน 4 จังหวัด ได้แก่ ประชาชนในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตลอดจนเครือข่ายภาคีด้านสุขภาพ ที่อยู่ในชุมชน ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระยอง นครราชสีมา และอุทัยธานี ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้ คือ อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และบุคลากร ที่ทำงานด้านวิทยุชุมชนที่จะให้สัมภาษณ์ต้องเป็น ผู้จัดรายการ หรืออาจจะเป็นผู้ก่อตั้ง ผู้มีส่วนร่วมแก้ไข ปัญหาในการบริหารการดำเนินการ การจัดรายการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และคัด

เลือกจังหวัดที่มีความพร้อมในการสนับสนุนการศึกษาวิจัย และมีการประสานการดำเนินงานกับกองสุขศึกษามาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการนำเสนอเนื้อหาข่าวสารด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน จำนวน 4 จังหวัด ๆ ละ 1 ชุมชน คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารสถานีวิทยุชุมชน และผู้จัดรายการวิทยุชุมชน 4 จังหวัด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) โดยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ทีมงานด้านวิทยุชุมชน ประชาชนในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนเครือข่ายภาคีด้านสุขภาพที่อยู่ในแต่ละชุมชน ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยุธยา นครราชสีมา และอุทัยธานี ระยะเวลาในการดำเนินการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2549

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 4 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2549 โดยทำการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วย การวิเคราะห์ สังเคราะห์ จากข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์กระบวนการผลิตและผลผลิตรายการด้านสุขภาพ การอภิปรายกลุ่มแบบเจาะลึก หรือกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูล/ความคิดเห็นกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เช่น ผู้นำ ชุมชน ทีมงานอาสาสมัครของวิทยุชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ชุด คือ เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับทีมงานด้านวิทยุชุมชน ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เครือข่ายภาคีด้านสุขภาพที่อยู่ในแต่ละชุมชนและแบบสอบถามประชาชนในพื้นที่

แบบสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับทีมงานด้านวิทยุชุมชน คณะผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้ ในการเก็บข้อมูลในการสัมภาษณ์

1. การอัดเทป เพื่อช่วยให้รายละเอียดที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความถูกต้องชัดเจน
2. การจดบันทึก เพื่อใช้จดบันทึกเนื้อหาจากการสังเกต
3. แนวคำถาม ใช้ประกอบการสัมภาษณ์พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

แบบสอบถามสำหรับประชาชนผู้ฟังรายการวิทยุชุมชนของ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยุธยา นครราชสีมา และอุทัยธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) โดยการบรรยายเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลของประชาชนที่รับฟังรายการวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการศึกษากระบวนการสื่อสารเนื้อหา ด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน ทั้ง 4 แห่ง พบว่า สถานีวิทยุชุมชน ทั้ง 4 แห่ง มีการนำกระบวนการสื่อสารเข้ามาประยุกต์ในการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในชุมชน ซึ่งกระบวนการสื่อสารที่นำมาใช้ประกอบด้วย ผู้ส่งข่าวสาร (Sender) ข่าวสาร (Message) ช่องทางการสื่อสารสาร (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) จากการสัมภาษณ์ผู้ก่อตั้งวิทยุชุมชน คณะกรรมการบริหารของวิทยุชุมชน และผู้จัดรายการวิทยุชุมชน ทั้ง 4 แห่ง ทำให้ทราบถึงกระบวนการสื่อสารเนื้อหาด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน⁽³⁾ ดังนี้คือ

ผู้ส่งข่าวสาร (Sender) ผู้จัดรายการวิทยุชุมชนของทั้ง 4 แห่งนั้นจะได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการของผู้ก่อตั้งวิทยุชุมชน และมีการเชิญชวนให้เข้ามามี

ส่วนร่วมในการจัดรายการ ซึ่งผู้จัดรายการวิทยุชุมชนมาจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล ภาคประชาชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน ประชาชนที่ให้ความสนใจและมีใจรัก ผู้จัดรายการวิทยุชุมชนที่มีส่วนร่วมในการจัดรายการ คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นอย่างดี นำเสนอเนื้อหาได้เข้าใจง่าย

ช่องทางการสื่อสาร (Channel) ช่องทางในการสื่อสารด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน ทั้ง 4 แห่ง พบว่าในการออกอากาศของวิทยุชุมชนสามารถรับฟังรายการได้ชัดเจน การปรับทวนคลื่นเพื่อรับฟังรายการได้ง่าย ขณะรับฟังรายการไม่มีเสียงรบกวน จากคลื่นใกล้เคียง และขณะรับฟังรายการไม่มีการจางหายไปของเสียง และได้รับประโยชน์ในด้านเนื้อหาสาระข่าวสารสุขภาพ ความบันเทิง ความเพลิดเพลิน ตลอดจนความรู้ต่าง ๆ

เนื้อหาด้านสุขภาพ (Message) ผู้จัดรายการวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง ได้มีการศึกษา ค้นคว้า หาข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานีอนามัย เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นแหล่งให้ความรู้โดยเฉพาะกองสุขศึกษา และกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เมื่อได้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่าง ๆ แล้วนำมาวางแผนจัดทำตารางการเผยแพร่ให้ความรู้ และในการจัดรายการวิทยุยังมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ มาเป็นผู้ให้ความรู้ผ่านทางวิทยุชุมชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ฯลฯ

ผู้รับสาร (Receiver) ประชาชนที่อาศัยในชุมชนทั้ง 4 แห่ง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดรายการวิทยุชุมชน และคิดว่าวิทยุชุมชนเป็นที่เชิดหน้าชูตาของหมู่บ้านเป็นการดำเนินงานที่ดี กระจายข่าวสารได้รวดเร็ว ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารได้ตรงตามความ

ต้องการของประชาชน โดยเฉพาะการเผยแพร่เนื้อหาสาระเกี่ยวกับสุขภาพ และข่าวสารของชุมชนซึ่งมีประโยชน์ต่อชุมชนมาก และยังทำให้คนในชุมชนได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ที่ไม่เคยได้รับรู้มาก่อน จึงส่งผลให้ประชาชนในชุมชนได้รับความรู้แทบทุกด้าน

จากการสำรวจผู้ฟังรายการวิทยุจุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชน ทั้ง 4 แห่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการรับฟังวิทยุชุมชนในการออกอากาศคือ สามารถรับฟังรายการได้ชัดเจน การปรับทวนคลื่นเพื่อรับฟังรายการได้ง่าย ขณะรับฟังรายการไม่มีเสียงรบกวนจากคลื่นใกล้เคียง และไม่มีการจางหายไปของเสียง ได้รับประโยชน์ในด้านเนื้อหาสาระข่าวสารสุขภาพ ความบันเทิง ความเพลิดเพลิน ตลอดจนความรู้ต่าง ๆ และที่สำคัญผู้จัดรายการนำเสนอเนื้อหาเข้าใจง่าย

ความคิดเห็นที่มีต่อรายการด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับประโยชน์จากการรับฟังรายการด้านสุขภาพ กล่าวคือ อันดับที่ 1 มีความรู้เพิ่มขึ้น อันดับที่ 2 สามารถนำไปดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว/ญาติ และอันดับ 3 นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และพบว่า ผู้จัดรายการส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดี สามารถถ่ายทอดเนื้อหาสาระด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ผู้ฟังมีส่วนร่วมในรายการโดยการโทรศัพท์ มีความเป็นกันเองกับผู้ฟัง และใช้ภาษาไทยได้ถูกต้องเหมาะสม และต้องการให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมาพูดคุยในรายการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพอื่น ๆ

ความคิดเห็นในการนำเสนอรายการด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในการนำเสนอรายการด้านสุขภาพ ซึ่งมีประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจดังนี้ คือ

1. การนำเสนอรายการด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ตลก ให้ประโยชน์ต่อผู้ฟัง และเป็นสื่อที่สร้างสรรค์ ทำให้คนในหมู่บ้านหันมาสนใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวันมากขึ้น มีการตื่นตัวในการเฝ้าระวังโรคต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และได้รับความรู้ความเพลิดเพลิน

ทั้งด้านข่าวสารและเพลงที่ไพเราะอีกด้วย

2. ต้องการให้นำเสนอรายการด้านสุขภาพ คือ ควรพูดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร และเพิ่มเรื่องออกกำลังกายให้มาก เพิ่มความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม อยากให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในแต่ละด้านมาจัดรายการและตอบปัญหา ต้องการให้บอกถึงการระบาดของโรคตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บอกถึงวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงที่ไม่ให้ติดโรคร้ายเหล่านั้น ต้องการให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล หรือสถานอนามัยส่งเทป มาเปิดที่วิทยุชุมชนทั่ว ๆ ไป เพราะจะได้รับข้อมูลเหมือนกันทั้งจังหวัด และควรขึ้นนำการดูแลมากกว่าการรักษาตลอดจนเสนอเนื้อหาสาระที่เกี่ยวกับโรคภัยต่าง ๆ ในหมู่บ้านที่ใกล้ชิดเพื่อให้ชาวบ้านได้ เตรียมตัวในการป้องกัน

3. การจัดรายการ ควรมีการเพิ่มเวลาในรายการที่เกี่ยวกับสุขภาพ การนำเสนอรายการสุขภาพควร

นำเสนอแบบที่เข้าใจง่าย และให้ผู้ฟังมีส่วนร่วมผู้จัดรายการบางคนไม่ใช้นักพูดโดยตรง ทำให้การจัดรายการบางครั้งอาจติดขัด พูดไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่น่าสนใจเหมือนรายการวิทยุที่จัดตามสถานีวิทยุต่าง ๆ การจัดรายการควรเปิดสเปดให้มาก ๆ และผู้จัดรายการควรมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดี

ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของวิทยุชุมชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของวิทยุชุมชน คือ วิทยุชุมชนเป็นที่เชิดหน้าชูตาของหมู่บ้าน เป็นการดำเนินงานที่ดี กระจายข่าวสารได้รวดเร็ว และตรงตามความต้องการของประชาชนให้ความรู้ข่าวสาร เนื้อหาสาระเกี่ยวกับสุขภาพ และข่าวสารของชุมชน มีประโยชน์ต่อชุมชนมาก ทำให้คนในชุมชนได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ อย่างที่ไม่เคยได้รับรู้มาก่อน และทำให้คนฟังได้รับความรู้แทบทุกด้าน

แนวทางการพัฒนากระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพ

พระนครศรีอยุธยา	ระยอง	นครราชสีมา	อุทัยธานี
จุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชน คนอยุธยา ช ศรีป่าไค้ มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพโดยจะจัดตั้งชมรมสื่อประชาสัมพันธ์อยุธยา และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถเป็นผู้สื่อสารทางวิทยุได้ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้รายงานข่าวสารด้านสุขภาพจากพื้นที่ต่าง ๆ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไปยังวิทยุชุมชนหรือวิทยุหลักอื่น ๆ ด้วย	จุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชน มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยจะจัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานอนามัยในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มาเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน และจะพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดรายการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเชื่อมสัญญาณการออกอากาศรายการด้านสุขภาพไปยังหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่สามารถรับฟังการออกอากาศของวิทยุชุมชนบ้านจ่ารงได้	สถานีวิทยุพระพุทธรศาสนา นครราชสีมา มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการสื่อสาร โดยจะดำเนินการสำรวจความต้องการรับฟังเนื้อหา ด้านสุขภาพก่อน และจะขยายการเชื่อมสัญญาณการออกอากาศรายการด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยการขอความร่วมมือวิทยุชุมชนส่วนวิทยุชุมชนที่ไม่สามารถเชื่อมสัญญาณการออกอากาศได้ ก็จะเป็นที่ก่อก่อรายการส่งไปให้ออกอากาศในเวลาอื่น ๆ ในวันเดียวกัน อีกทั้งจะดำเนินการจัดรายการในรูปแบบแพทย์ผสมผสาน คือ รายการด้านสุขภาพที่มีแพทย์ดำเนินการอยู่แล้วนั้นก็จะเชิญผู้ร่วมรายการอื่น ๆ มาร่วมจัดรายการด้วย เช่น พระ คิลปิน พื้นบ้าน เป็นต้น และที่สำคัญจะพัฒนาด้านเครื่องมื่ออุปกรณ์ให้สามารถจัดรายการสดแบบสื่อสาร 2 ทางได้สะดวกยิ่งขึ้น	ศูนย์ปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนคนลานสักมีแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยจะดำเนินการประเมินความต้องการรับฟังความรู้ด้านสุขภาพก่อน และจะทำวิทยุชุมชนสัญญาณออกอากาศในพื้นที่ต่าง ๆ โดยให้เครือข่ายด้านสุขภาพ แกนนำชุมชน และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกอากาศแต่ละครั้งด้วย อีกทั้งจะดำเนินการพัฒนาเครือข่ายหอกระจายข่าวสารให้สามารถเชื่อมสัญญาณการออกอากาศและจะพัฒนาห้องส่งวิทยุให้สามารถสื่อสาร 2 ทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

1. ผู้ส่งสาร (Sender) หรือผู้จัดรายการด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชน โดยพิจารณาควบคู่กับทฤษฎีการสื่อสารและแนวคิดของวิทยุชุมชน⁽³⁾ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนี้

1) ผู้ส่งสารหรือผู้จัดรายการด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชนเกี่ยวข้องกับทฤษฎีการสื่อสารตามคุณลักษณะที่สำคัญ ๆ ของการสื่อสารชุมชนซึ่ง กล่าวว่า การสื่อสารแบบสองทาง (Two-ways communication) ที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถมีปฏิกริยาโต้ตอบ (interactivity) กันอยู่ตลอดเวลา ทั้งในลักษณะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ลักษณะการสื่อสารแบบสองทางทำให้สถานะของผู้ส่งและผู้รับไม่ตายตัว แต่จะมีการผลัดเปลี่ยนบทบาทอยู่ตลอดเวลา⁽³⁾ ซึ่งมีความสอดคล้องกับรูปแบบรายการและลักษณะการนำเสนอรายการด้านสุขภาพของสถานีวิทยุพระพุทธศาสนา มจร. นครราชสีมา โดยได้นำเสนอในรูปแบบสนทนาและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามได้ในขณะจัดรายการ โดยมีวิทยากรเป็นแพทย์และมีผู้ดำเนินรายการที่มีทักษะในการสื่อสารทางวิทยุจึงส่งผลต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับความรู้ ความเข้าใจด้วยการซักถามโดยประชาชนเอง ซึ่งจะเป็นคำถามตรงใจและเป็นตัวแทนความสงสัย ความอยากรู้จากผู้ฟังคนอื่น ๆ ด้วย เพราะการสื่อสารส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการ ในขณะที่จุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนคนอยุธยา ชุมชน ศรีป่าโค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ศูนย์ปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนคนลานสักยังไม่ค่อยได้เน้นการสื่อสารสองทางในขณะจัดรายการมากนัก ซึ่งเป็นหัวใจของหลักการของวิทยุชุมชนที่ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว จึงยังไม่ค่อยมีความตื่นตัวในการมีส่วนร่วมในรายการ และไม่ค่อยได้รับความสนใจจากประชาชนเท่ากับรายการด้านสุขภาพของสถานีวิทยุพระพุทธศาสนา มจร. นครราชสีมา แต่จะมีความเด่นในด้านการสอดแทรกสาระด้านสุขภาพเข้าไปในรายการต่าง ๆ ทุกรายการ

โดยเฉพาะจุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง จะมีผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้านมานำเสนอเรื่องราวต่าง ๆ ของชุมชนพร้อมกับสอดแทรกสาระด้านสุขภาพได้อย่างแยบยล อย่างเช่นรายการเกษตรอินทรีย์ได้สอดแทรกเรื่องราวของการใช้ปุ๋ยอินทรีย์ที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพผู้ใช้และพืชผักผลไม้

2) ผู้ส่งสารหรือผู้จัดรายการด้านสุขภาพทางวิทยุชุมชนที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของวิทยุชุมชน

แนวคิดของผู้จัดรายการด้านสุขภาพที่มีต่อวิทยุชุมชนส่วนใหญ่จะมีแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดของวิทยุชุมชนคือ วิทยุชุมชนเป็นการจัดดำเนินการและการส่งกระจายเสียงของวิทยุท้องถิ่น (Local Station) รูปแบบหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยมีลักษณะการดำเนินงานที่เป็นประชาธิปไตย และเป็นการสื่อสารสองทางกล่าวคือ มีหลักการเป็นของประชาชนโดยประชาชน และเพื่อประชาชน โดยเฉพาะประชาชนในชุมชนท้องถิ่นที่เป็นเขตบริการของวิทยุกระจายเสียงนั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการดำเนินการวิทยุชุมชนของนักจัดรายการด้านสุขภาพของทุกแห่ง⁽⁴⁾ โดยเฉพาะจุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ที่ได้ให้ผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตและเผยแพร่รายการทุกรายการ ยกเว้นรายการด้านสุขภาพซึ่งมีเพียง 1 รายการ เนื่องจากยังขาดบุคลากรที่จะมาจัดรายการด้านสุขภาพโดยตรง ส่วนจุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนคนลานสัก ได้มีความพยายามเชิญชวนให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม แต่ยังไม่ค่อยได้รับการตอบรับมากนัก อาจจะเป็นเพราะจุดปฏิบัติการเรียนรู้ได้ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลลานสัก ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการ จึงขาดความเป็นชุมชนโดยอิสระก็อาจเป็นไปได้ โดยเฉพาะการที่มีทีมงานของโรงพยาบาลที่เข้มแข็งร่วมดำเนินการด้วย แต่ในบริบทของจุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนศรีป่าโค ก็ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นกัน เนื่องจากสถานที่ตั้งของวิทยุชุมชนตั้งอยู่ในเขตเมือง ซึ่งยังคงความเป็นอยู่อย่างคนเมืองจะไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมกันมากนัก

2. เนื้อหา (Message) โดยพิจารณาควบคู่ กับ ทัศนคติและการสื่อสารเพื่อการพัฒนาและแนวคิดวิทยุชุมชน เนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการสื่อสาร เพื่อการพัฒนา กล่าวว่าการสื่อสารเพื่อการพัฒนา หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดสารที่เป็นสิ่งใหม่ ความคิดใหม่ หรือนวัตกรรมจากผู้ส่งสารโดยมีวัตถุประสงค์ ที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ของผู้รับสาร⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่มีความต้องการให้ประชาชนได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ โดยเป็นการให้ข้อมูลในด้านการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งต้องเป็นสื่อที่อยู่ในความ สนใจใกล้ชิดและเป็นสถานการณ์ปัจจุบัน ประชาชนจึง จะมีความสนใจยิ่งขึ้น โดยวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง มีหลักใน การนำเสนอเนื้อหาเหมือนกันและเช่นเดียวกับการนำ ข้อมูลมาจากหน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ อาทิ กองสุศึกษา กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน และหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และยังสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การสื่อสารของประ มະสทเวที⁽⁷⁾ คือ การสื่อสารมีหน้าที่ในการให้ข่าวสาร โดยการเน้นย้ำ มีหน้าที่ในการชักจูงใจและมีหน้าที่ในการ ให้ความรู้และการศึกษา ซึ่งหน้าที่ของการสื่อสารทั้ง 3 ประการนี้ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเผยแพร่เนื้อหา ด้านสุขภาพเป็นอย่างดี คือ ต้องการเน้นย้ำ ชักจูงใจ และให้ความรู้ในประเด็นด้านการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค เพื่อเป็นการลดงบประมาณใน การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางในการ ร่วมพัฒนาประเทศอีกทางหนึ่งด้วย

3. ช่องทางการสื่อสาร (Channel) หมายถึง ตัวสถานีหรือวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง ในจังหวัดพระนคร ศรีอยุธยา ราชอง นครราชสีมา และอุทัยธานี ซึ่งมีการ บริหารจัดการสอดคล้องกับคำกล่าวของกาญจนา แก้วเทพ⁽⁴⁾ คือวิทยุชุมชนโดยทั่วไปมีลักษณะในการ บริหารจัดการที่สำคัญ คือ ดำเนินการเพื่อตอบสนอง ความต้องการของคนในท้องถิ่น ดำเนินการโดย

คณะกรรมการ ผู้ที่เลือกตั้งมาจากตัวแทนกลุ่มของชุมชน คนจัดและคนฟังเป็นคนในชุมชน รวมทั้งวิทยากร หรือแขกรับเชิญ ผลัดเปลี่ยนกันเป็นบทบาทผู้จัด รายการและผู้ฟัง มีการบริหารจัดการโดยชุมชนใน รูปของคณะกรรมการ และเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคน ในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม มีมาตรการดำเนินงานที่ โปร่งใสตรวจสอบได้ อีกทั้งการนำเสนอเนื้อหาและ รูปแบบรายการจะต้องตอบสนองความต้องการ ของชุมชนตามวัฒนธรรมประเพณี หรือรสนิยม ของชุมชนแต่ละแห่ง ซึ่งในประเด็นของการนำเสนอ เนื้อหาด้านสุขภาพและรูปแบบวิธีการในการนำเสนอ นั้น จะเห็นว่าวิทยุชุมชนแต่ละแห่งมีวิธีการนำเสนอ ที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะสถานีวิทยุพระพุทธศาสนา เป็นสถานีที่เน้นเนื้อหาสาระด้านธรรมะเพื่อกล่อมเกล าจิตใจของประชาชน ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ได้เน้นเกี่ยวกับ สุขภาพจิตอยู่แล้ว และแต่ละรายการก็ยังได้พูดเชื่อมโยง เนื้อหาด้านสุขภาพอื่นๆ ส่วนรายการด้านสุขภาพจะมีความโดดเด่นกว่าวิทยุชุมชนอีก 3 แห่ง เนื่องจากมี แพทย์เป็นวิทยากรประจำรายการ อีกทั้งยังมีผู้ดำเนิน รายการที่มีประสบการณ์ด้านวิทยุที่มีความสามารถสูง อีกด้วย และในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ห้องส่งก็สามารถ ให้ผู้ฟังโทรศัพท์เข้ามาพูดคุยสอบถามได้ และสัญญาณ การออกอากาศกระจายเสียงไปได้กว้างไกล จึงส่งผล ถึงการตอบรับจากกลุ่มผู้ฟังในวงกว้าง ไม่ได้เป็นกลุ่ม ผู้ฟังเฉพาะในชุมชนเท่านั้น ซึ่งศักยภาพการกระจายเสียง จะคล้ายกับสถานีหลัก ส่วนวิทยุชุมชนบ้านจำรุงจะมีความ โดดเด่นในการนำเสนอเนื้อหา ด้านสุขภาพที่เป็นเรื่อง ใกล้ตัว เป็นเรื่องในชุมชน ซึ่งมีสถานีนามียอยู่ใกล้กับ ที่ตั้งของวิทยุชุมชน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ สถานีอนามัยเป็นที่ปรึกษาของวิทยุชุมชน เพราะฉะนั้น การนำเสนอเนื้อหาสาระด้านสุขภาพของวิทยุชุมชนบ้าน จำรุงส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลของชุมชนเพื่อชุมชนจริงๆ ส่วนรายการอื่น ๆ ของวิทยุชุมชนบ้านจำรุงทุกรายการ จะต้องมีการสอดแทรกสาระด้านสุขภาพด้วย เนื่องจาก ผู้นำของวิทยุชุมชนมีแนวคิดว่ การที่จะสร้างชุมชน ให้เข้มแข็งนั้น จะต้องคำนึงถึงการสื่อสารด้านสุขภาพ

เป็นสำคัญด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิทยุชุมชนคนลานสักที่มีทีมผู้นำเป็นผู้ที่ดำเนินงานด้านสุขภาพของโรงพยาบาลลานสัก และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะการตั้งสถานีไว้ในโรงพยาบาลก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่จะต้องมีการนำเสนอเนื้อหาสาระด้านสุขภาพมากพอสมควร ส่วนวิทยุชุมชนศรีป่าโค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก็มีผู้นำเป็นผู้ที่มีใจรักที่จะเป็นผู้ให้ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน จนได้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และส่งเสริมให้มีการจัดรายการด้านสุขภาพหลายรายการ

ในขณะที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านงบประมาณของวิทยุชุมชนก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะวิทยุชุมชนทุกแห่งจะต้องมีค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าซื้อวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดรายการ ซึ่งวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง ก็ได้พยายามบริหารจัดการด้านงบประมาณตามหลักการของวิทยุชุมชนที่ถูกต้อง และโปร่งใส สอดคล้องกับความเห็นที่กล่าวว่า เงินทุนเป็นปัจจัยหนึ่งในการดำเนินกิจการทุกชนิด⁽²⁾ แม้วิทยุชุมชน จะไม่มุ่งแสวงหารายได้ใด ๆ แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องใช้เงินทุน ซึ่งปัจจุบันนี้วิทยุชุมชนได้รับเงินทุนจาก 2 แหล่งใหญ่ ๆ คือ การระดมทุนจากสมาชิกในชุมชน เช่น การเก็บค่าสมาชิก ตั้งตู้รับบริจาค ทอดผ้าป่า แข่งกีฬาการกุศล จัดแสดงดนตรี เป็นต้น และการของบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนี้ ภายใต้อัตลักษณ์ที่ว่าเป็นการสนับสนุนที่ไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าวิทยุชุมชน บ้านจำรุงมีความโดดเด่นในการบริหารจัดการงบประมาณได้ดี อาจจะสืบเนื่องมาจากการที่มีผู้นำเข้มแข็ง และเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง และมีระบบการบริหารจัดการด้านอื่น ๆ ของชุมชนที่มีประสิทธิภาพอยู่แล้วด้วย

4. ผู้รับสาร (Receiver) หมายถึงผู้ฟังของวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ฟังส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดรายการของวิทยุชุมชน โดยเฉพาะการสื่อสาร 2 ทาง และคิดว่าเป็นสิ่งที่เชิดหน้าชูตาของหมู่บ้าน กระจายข่าวสารได้รวดเร็ว และให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารได้ตรงตามความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะจากการเผยแพร่เนื้อหาสาระด้าน

สุขภาพและข่าวสารของชุมชนจะมีประโยชน์ต่อชุมชนมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในองค์ประกอบของการสื่อสาร ซึ่งกำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับเข้ามาร่วมแสดงคือ ร่วมจัดรายการและระดับเป็นผู้รับสาร (Audience) ที่คอยป้อนปฏิกิริยาย้อนกลับ (Feedback) ระดับวางนโยบาย ฯลฯ และสื่อสารในลักษณะสองทางและปฏิริยาตอบกลับ (Interactivity)⁽³⁾ โดยเป็นการสื่อสารที่เอื้ออำนวยให้มีลักษณะตอบโต้กันอยู่ตลอดเวลามากขึ้นเท่าใด โอกาสที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมก็ยิ่งจะมีมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการสื่อสารสองทางของรายการด้านสุขภาพสถานีวิทยุ พระพุทธศาสนา มจร. นครราชสีมา ที่ได้เปิดโอกาสให้ผู้รับสารโทรศัพท์เข้ามาพูดคุย สอบถามนั้นเป็นการกระตุ้นให้ผู้ฟังคนอื่น ๆ มีความต้องการจะมีส่วนร่วมด้วย ส่วนผู้รับสารของวิทยุชุมชนคนลานสักมีส่วนร่วม โดยการโทรศัพท์คุยกับนักจัดรายการหลังไมค์ จึงยังไม่ได้เป็นการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมมากนัก และผู้รับสารของวิทยุชุมชนศรีป่าโค ก็ไม่มีโอกาส สื่อสารสองทางในรูปแบบรายการสดได้ ผู้รับสารจึงยังไม่ค่อยตื่นตัวในการมีส่วนร่วมเช่นกัน ส่วนวิทยุชุมชนคนลานสัก วิทยุชุมชนบ้านจำรุง ก็ไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ฟังพูดคุยสอบถามขณะออกอากาศ ซึ่งอาจจะเพราะเครื่องมืออุปกรณ์ของห้องส่งยังไม่อำนวยให้เปิดการสื่อสารสองทางได้สะดวก

5. แนวทางการพัฒนากระบวนการสื่อสาร ด้านสุขภาพ จากผลของการศึกษาจะเห็นได้ว่าวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดระยอง จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดอุทัยธานี ได้ตั้งเป้าหมายในการพัฒนากระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพไว้ตามศักยภาพที่จะสามารถดำเนินการได้ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการสื่อสารเพื่อการพัฒนา กล่าวว่าการสื่อสารเพื่อการพัฒนา หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดสารที่เป็นสิ่งใหม่ ความคิดใหม่ หรือนวัตกรรมจากผู้ส่งสาร⁽⁵⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ของผู้รับสารซึ่งวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่งนี้ ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะทำให้กระบวนการผลิตและเผยแพร่ข่าวสารด้าน

สุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และให้ผู้ฟังมีความสนใจมีส่วนร่วมในรายการมากขึ้น โดยวิทยุชุมชนแต่ละแห่งจะมีแนวทางในการพัฒนาที่แตกต่างกันไปตามศักยภาพและความพร้อมของผู้ดำเนินการ อาทิ วิทยุชุมชนศรีป่าโค จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเน้นในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถเป็นผู้สื่อสารทางวิทยุได้ โดยจะต้องรายงาน ข่าวหรือแจ้งข่าวเกี่ยวกับสุขภาพหรือการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเอง ออกอากาศทางวิทยุรวมถึงสามารถจัดรายการด้านสุขภาพได้ด้วย ส่วนวิทยุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยองได้เน้นในการพัฒนาผู้จัดรายการด้านสุขภาพให้มีความสามารถในการจัดรายการมากขึ้น และจะกำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบลใกล้เคียงเข้ามาเป็นผู้จัดรายการด้วย โดยจะขยายเวลาในการเผยแพร่รายการด้านสุขภาพให้มากขึ้น อีกทั้งจะเชื่อมโยงการออกอากาศกับหอกระจายข่าวสารในพื้นที่ที่สามารถรับสัญญาณเสียงได้ และที่สำคัญจะพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ห้องส่งให้สามารถสื่อสารสองทางในรายการสดได้ และวิทยุชุมชนคนลานสักจะเน้นในการจัดทำวิทยุสัญจร ซึ่งจะดำเนินการออกจัดรายการนอกสถานที่ โดยให้แกนนำเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วย เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่และแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น ส่วนสถานีวิทยุพระพุทธ ศาสนา ต้องการที่จะขยายการเผยแพร่รายการด้านสุขภาพให้กว้างขวางครอบคลุมในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากผู้จัดรายการด้านสุขภาพมีความมั่นใจในการสื่อสารที่เน้นในการป้องกันและรักษาในเบื้องต้นก่อนไปโรงพยาบาล เนื่องจากจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงไปได้มากส่วนในประเด็นของการพัฒนาศักยภาพผู้จัดรายการนั้น วิทยุชุมชนบ้านจำรุง มีความต้องการที่จะเพิ่มและพัฒนาเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้จัดรายการด้านสุขภาพในปัจจุบันมีเพียงคนเดียวและยังไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนเลย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดำเนินการผลิตและเผยแพร่รายการให้มีความคล่องตัวมากขึ้น
2. กองสุศึกษาควรดำเนินการศึกษาต่อเนื่องตามแผนการพัฒนาของวิทยุชุมชนเพื่อให้ได้รูปแบบการสื่อสารด้านสุขภาพ ตามบริบทของชุมชนในแต่ละพื้นที่
3. กองสุศึกษาควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับนักจัดรายการวิทยุชุมชนและสนับสนุนสื่อในการเผยแพร่ทางวิทยุชุมชนอย่างต่อเนื่อง
4. กองสุศึกษาควรดำเนินการประสานหรือจัดกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐและสื่อภาคประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางสาวสมบุรณ์ ขอสกุล ผู้อำนวยการกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผศ.ดร. กุลทิพย์ ศาสตรระจุ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ที่กรุณาให้คำแนะนำในการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขอขอบคุณวิทยุชุมชนทั้ง 4 แห่ง และขอขอบคุณผู้สนับสนุนการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี นครราชสีมา ระยอง และพระนครศรีอยุธยา คือ นายदनัย วิสิทธิ์โชค นายจักรพงษ์ รวิวงศ์ นางสาวบัวอร เทียนอำนาจ และนางกิตติพันธ์ เกิดแก้ว ที่ได้ประสานงานอำนวยความสะดวกและให้แนวคิดในการปฏิบัติการเก็บข้อมูลในพื้นที่ด้วยดีมาตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทภารกิจ กองสุศึกษา. เอกสารเผยแพร่. โรงพิมพ์กองสุศึกษา, 2549.
2. เอื้อจิต วิโรจน์ไตรรัตน์. การสื่อสารในชุมชน. เอกสารโรเนียว, 2548.

3. กาญจนา แก้วเทพ. สื่อเพื่อชุมชน : การประมวลองค์ความรู้. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2543.
4. กาญจนา แก้วเทพ. คู่มือวิทยุชุมชน. กรุงเทพมหานคร สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย (สกว.) , 2546.
5. Roger M Everett & Ohemaker, F Floyd. Communication of Innovations New York : The Free Press, 1977.
6. เอื้อจิต วิโรจน์ไตรรัตน์. วิทยุกระจายเสียงเพื่อชุมชน. ศูนย์ประสานงานองค์กรประชาชน จังหวัดกาญจนบุรี. เอกสารโรเนียว, 2546.
7. ประมว สตะเวทิน. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการพัฒนา. เอกสารชุดวิชาการสื่อการพัฒนา. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช, 2541.

พระนครศรีอยุธยา

จุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชน คนอยุธยา ช ศรีป่าโค มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพโดยจะจัดตั้งชมรมสื่อประชาสัมพันธ์อยุธยา และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถเป็นผู้สื่อสารทางวิทยุได้ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้รายงานข่าวสารด้านสุขภาพจากพื้นที่ต่าง ๆ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไปยังวิทยุชุมชนหรือวิทยุหลักอื่น ๆ ด้วย

ระยอง

จุดปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชน มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพโดยจะจัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มาเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน และจะพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดรายการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเชื่อมสัญญาณการออกอากาศรายการด้านสุขภาพไปยังหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่สามารถรับฟังการออกอากาศของวิทยุชุมชนบ้านจ่ารุงได้

นครราชสีมา

สถานีวิทยุพระพุทธศาสนา มจร. นครราชสีมา มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการสื่อสารโดยจะดำเนิน การสำรวจความต้องการรับฟังเนื้อหา ด้านสุขภาพก่อน และจะขยายการเชื่อมสัญญาณการออกอากาศรายการด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยการขอความร่วมมือวิทยุชุมชนส่วนวิทยุชุมชนที่ไม่สามารถเชื่อมสัญญาณการออกอากาศได้ก็จะบันทึกเทปรายการส่งไปให้ออกอากาศในเวลาอื่น ๆ ในวันเดียวกัน อีกทั้งจะดำเนินการจัดรายการในรูปแบบแพทย์ผสมผสาน คือ รายการด้านสุขภาพที่มีแพทย์ดำเนินการอยู่แล้วนั้นก็จะเชิญผู้ร่วมรายการอื่น ๆ มาร่วมจัดรายการด้วย เช่น พระ ศิลปิน พื้นบ้าน เป็นต้น และที่สำคัญจะพัฒนาด้านเครือข่ายให้มีอุปกรณ์ให้สามารถจัดรายการสดแบบสื่อสาร 2 ทางได้สะดวกยิ่งขึ้น

อุทัยธานี

ศูนย์ปฏิบัติการเรียนรู้วิทยุชุมชนคน ลานสักมีแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยจะดำเนินการประเมินความต้องการรับฟังความรู้ด้านสุขภาพก่อน และจะทำวิทยุชุมชนสัญญาณออกอากาศในพื้นที่ต่าง ๆ โดยให้เครือข่ายด้านสุขภาพ แก่นำชุมชน และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกอากาศแต่ละครั้งด้วย อีกทั้งจะดำเนินการพัฒนาเครือข่ายหอกระจายข่าวสารให้สามารถเชื่อมสัญญาณ การออกอากาศและจะพัฒนาห้องส่งวิทยุให้สามารถสื่อสาร 2 ทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ