



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2557
Volume 40 No. 2 April - June 2014



- เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว และการค้นหาโดยทำบ้าน-ผู้ใหญ่นบ้าน
- การพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลแพ่ง
- การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับพื้นที่ระบาดหนัก จังหวัดยโสธร
- การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรในจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2555
- การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มารับบริการ ณ ศูนย์พักยารักษ์ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี
- ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดยโสธร
- ความพร้อมของระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแบบบูรณาการสำหรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรณีศึกษา: จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557
- การจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับอีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2557 Volume 40 No. 2 Apr - Jun 2014

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็วและการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน สุชนญา มานิตยศิริกุล และคณะ	111	Comparison of cost-effectiveness of new Leprosy case finding between rapid village survey and the Sub District Headman - the Village Headman <i>Suchanya Manitsirikul, et al</i>
การพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สุชนญา มานิตยศิริกุล	118	Development of Tuberculosis prevention and control by participation in Muang District, Nakhon Ratchasima <i>Suchanya Manitsirikul</i>
ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลแพร่ ปิยฉัตร ดีสุวรรณ และคณะ	130	Predictors of death during tuberculosis treatment, Phrae province, Thailand <i>Piyachat Deesuwan, et al</i>
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับพื้นที่ระบาดหนัก จังหวัดยโสธร วิวัฒน์ วิริยกิจจา	142	Model development of Dengue fever prevention and control for highly epidemic area in Yasothon Province <i>Wiwat Wiriakijja</i>
การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ในจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2555 ลัดดาวลัย สุขุม และคณะ	156	Evaluation of Hand Foot and Mouth disease and Enterovirus surveillance in Songkhla Province, 2012 <i>Laddawan Sukhum, et al</i>



สารบัญ	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ ที่มารับ บริการ ณ ศูนย์แพทย์รักษ์ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เพียงใจ ศรีเพชร และคณะ	165	Prevalence and incidence of HIV infection among Male Sex Worker, Pattayarak Clinic, Pattaya City, Chonburi Province <i>Piengjai Sreephet, et al</i>
ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของ โรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดยโสธร วิวัฒน์ วิริยกิจจา	179	Knowledge, risk behavior and Liver fluke preva- lence. of Yasothon province <i>Wiwat Wiriyakijja</i>
ความพร้อมของระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน แบบบูรณาการสำหรับการระบาดของโรคติดต่อ อุบัติใหม่ กรณีศึกษา: จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557 วีณา ภักดีสิริวิชัย และคณะ	191	Preparedness of integrated emergency response system for emerging infectious diseases, A case study of Ratchaburi Province, 2014 <i>Veena Bhakdisirivichai, et al</i>
การจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมโรค และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ยุทธรณี เพ็ญสุวรรณ และคณะ	203	Self management on behaviors for controlling disease and HbA1c level in Diabetes Mellitus type 2 patients in the Primary Care Units Kasetwisai, Roi-Et <i>Yutthanee Pensuwan, et al</i>

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12
บรรณาธิการ	นายแพทย์บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวรการ นายแพทย์ยุทธิชัย เกษตรเจริญ แพทย์หญิงฉายศรี สุพรรณศิลป์ชัย นางสุจิตรา อังคศรีทองกุล
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้
ฝ่ายจัดการ	นางสาวอัญญา นิมิหุต นางเกษร จารุจินดา นางสาวชฎาทิพย์ ดาศรี
สำนักงาน	สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-25903251-3 ต่อ 20-21
ผู้ประสานงาน กำหนดออก	นางวราภรณ์ ธรรมสอนบุญมา โทร. 0-2590-3175, 3149 ปีละ 4 ครั้ง หรือราย 3 เดือน: มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด โทร. 0-2941-3677

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, Department of Disease Control
Editor:	Dr.Bunlerd Sakchainanont, M.D.
Editorial Board:	Dr.Wiwat Rojanapithayakorn, M.D. Dr.Sombat Thanprasertsuk, M.D. Dr.Anupong Chitwarakorn, M.D. Dr.Yutichai Kasetcharoen, M.D. Dr.chaisri Supornsilchai, M.D. Mrs.Sujitra Ungkasrithongkul
Manager:	Director, Bureau of Knowledge Management
Management Department:	Ms.Anya Nimihuta Mrs.Kasorn Jarujinda Ms.Chadatip Dasri
Editor Office:	Bureau of Knowledge Management, Department of Disease Control Tiwanont Rd, Taladkhwan Sub-District, Ampur Muang, Nonthaburi 11000. Tel. 0-25903251-3 # 20-21
Contract Person:	Mrs.Waraporn Thammasonbunma Tel. 0-2590-3175, 3149
Publishment Quarterly:	Quarterly issued per year: January-March, April-June, July-September, October-December
Printing:	The Agricultural Co-operative Federation of Thailand., Limited. Tel. 0-2941-3677

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรค ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์	บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง	วิเคราะห์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ชื่อผู้เขียน	ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่น่าผลการไปใช้ประโยชน์ หรือสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	เอกสารอ้างอิง	1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่สำหรับการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบ จะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความสับสนในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร (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 แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2) อีระ งามสุด, นิวัติ มนตรีวิสุติ, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเริ้นระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเริ้น 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ

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

ตัวอย่าง

2) ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หารินสุด, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงคน; 2533. หน้า 115-20.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง (ประเภท/ระดับปริญญา). เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง, ชื่อผู้แต่ง, ชื่อบทความ, ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ], ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย, เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง, ชื่อผู้แต่ง, ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ], เมืองที่พิมพ์, สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่], จำนวนหน้า, แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

2) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/user_doc/Merlis_risingoopsending_887.pdf

3) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 13 ต.ค. 2555].

แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น diskette ถึงสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพถ่ายขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่
ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็วและการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน

Comparison of cost-effectiveness of new Leprosy case finding between rapid
village survey and the Sub District Headman - the Village Headman

สุชัยญา มานิตศิริกุล สม.

Suchanya Manitsirikul M.P.H.

ญาดา โตอุตชนม์ สม.

Yada Toutachon M.P.H.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5

The Office of Disease Prevention and Control 5th

จังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

กลยุทธ์หลักที่สำคัญที่สุดของโครงการควบคุมโรคเรื้อนคือ การมุ่งตรวจค้นหาผู้ป่วยให้พบแต่เนิ่นๆ และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยทันที ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบเข้าสู่ระยะติดต่อและพิการ วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ มีการคิดค้นวิธีพัฒนารูปแบบมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การสำรวจประชาชนทุกคน total village survey (TVS) การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว rapid village survey (RVS) ต่อมาได้มีการศึกษาวิธีค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยความร่วมมือของกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็วและการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเปรียบเทียบทางเลือก โดยวิธีทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านต้นทุนและด้านสิ่งที่ได้ออกมาจากการลงทุน โดยใช้เครื่องมือด้านการวิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล ทำการศึกษาไปข้างหน้า เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาในงานควบคุมโรคเรื้อน ผลการวิเคราะห์ต้นทุนเปรียบเทียบทั้ง 2 วิธี พบว่า ต้นทุนรวมของการค้นหาโดยวิธี RVS สูงกว่าการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน เป็นเงิน 3,119.9 บาท พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 3 ราย ขณะที่การค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ ต้นทุน-ประสิทธิผลของวิธี RVS เท่ากับ 19,528.9 บาท ส่วนวิธีกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ไม่สามารถจะประเมินในทางเศรษฐศาสตร์ คำนวณต้นทุนต่อหน่วยไม่ได้ เนื่องจากไม่มีผลผลิต จากการสำรวจทั้ง 2 วิธี ได้มีการตรวจสอบความครอบคลุมของการค้นหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน โดยใช้วิธี RVS ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก พื้นที่ทำการสำรวจแบบ RVS ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่ม ส่วนในพื้นที่ทำการสำรวจโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ถ้าไม่ถูกค้นพบแล้วเกิดความพิการขึ้น ภาครัฐจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้พิการเหล่านี้เป็นจำนวนไม่น้อย ควรจะได้มีการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ในด้านของต้นทุน-อรรถประโยชน์ ซึ่งป้องกันผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่ให้เกิดความพิการจากการค้นพบที่ล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

Abstract

The most important strategies for leprosy control program is focus on finding and detecting leprosy patients in the early stage. Then, we give chemotherapy treatment to patients immediately before patient becoming exacerbation phase and disability. The ways to find new leprosy patients have invented and

developed continuously. Initially, we start from exploring all citizens with total village survey (TVS) method and rapid village survey (RVS). Later on, the studies have been developed to find new leprosy patients with the cooperation of the sub district headman or the village headman. As for this research, it aims to compare the cost-effectiveness of the way to search new leprosy patients between quick surveys the village and searching by the sub district headman – the village headman. Besides, this study is an analytical study analysis that aims to compare 2 alternative methods of public health economics; cost and what has come out of the investment. In addition, we use the tools to analyze, compare and evaluate the cost-effectiveness, prospective study, select a specific (purposive) in areas where there are indications of epidemiology in controlling leprosy. The results of the 2 methods of cost analysis, we found that the total cost of searching by RVS is higher than searching by the sub district headman – the village headman about 3,119.9 Baht. Besides, RVS can find new patients 3 cases, while searching by the sub district headman – the village headman cannot find new case. Further, the cost-effectiveness of RVS method is 19,528.9 Baht, while searching by the sub district headman or the village headman cannot count the amount of cost using due to none output. From the 2 survey methods, there have been by our comprehensive search leprosy using the RVS, which is the standard of the World Health Organization. RVS area cannot found new cases added, while searching by the sub district headman – the village headman can found 1 new case. If this new leprosy patient cannot be founded, then the patient becomes disability from leprosy. The public sector will incur the cost of caring for the disabled for quite high amount of expense. Therefore, the study should be continuously progressed further in term of its cost utility analysis. Then, this will prevent the occurrence of leprosy patients with disabilities from discovery delay or not treating. Eventually, we can use these information later for planning the effective leprosy prevention and control.

ประเด็นสำคัญ	Key words
โรคเรื้อน, ต้นทุน-ประสิทธิภาพ, การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว, กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน	Leprosy, cost-effectiveness, rapid village survey, The Sub District Headman – the Village Headman

บทนำ

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย นับตั้งแต่ดำเนินโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตั้งแต่ปี 2498 เป็นต้นมา ผลการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลกระทบบให้อัตราความชุกทั้งประเทศลดต่ำเหลือเพียง 0.50 ต่อประชากร 1 หมื่นคน ในปี 2540 ซึ่งอัตราดังกล่าวองค์การอนามัยโลกถือเป็นเกณฑ์ที่โรคเรื้อนอยู่ในสภาวะที่ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขต่อไป⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์โรคเรื้อนของเขต 5 นั้นพบว่า ถึงแม้้อัตราความชุกของโรคมีแนวโน้มลดลง (อัตรา 2.10, 1.90, 1.03, 0.95 และ 0.89 ต่อประชากร 1 หมื่นคน ในปี 2537, 2538, 2539, 2540 และ 2541 ตามลำดับ) แต่อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้น (อัตรา 2.30, 2.20, 2.30, 3.30 และ 4.70 ต่อประชากรแสนคน ในปี

2537, 2538, 2539, 2540 และ 2541 ตามลำดับ) ซึ่งสัดส่วนความพิการในผู้ป่วยใหม่คิดเป็นร้อยละ 4.80, 4.50, 1.20, 8.80 และ 13.10 ตามลำดับ⁽²⁾ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการแพร่เชื้อของโรคเรื้อนน่าจะยังคงเหลืออยู่ในชุมชนไม่น้อย และกำลังมีความพิการเพิ่มจำนวนสะสมมากขึ้นทุกปี อันบ่งถึงความล่าช้า ก่อให้เกิดความพิการ ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ยังคงมีความสำคัญในงานควบคุมโรคเรื้อน

กลวิธีหลักที่สำคัญที่สุดของโครงการควบคุมโรคเรื้อนคือ การมุ่งตรวจค้นหาผู้ป่วยให้พบแต่เนิ่นๆ และขอให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยทันทีก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบเข้าสู่ระยะติดต่อดื้อและพิการ⁽³⁾ วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ มีการคิดค้นวิธีพัฒนารูปแบบมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การสำรวจประชาชนทุกคน

การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้เฉพาะการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในหมู่บ้านที่ยังมีอัตราความชุกสูง หลังจากมีการโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดแล้ว⁽⁴⁾ แล้วในปี 2541 สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 ได้ศึกษาวิธีค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยความร่วมมือของกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งคาดว่าจะมีประสิทธิผลที่ดี และภายใต้สถานการณ์ที่ประเทศประสบกับวิกฤติด้านเศรษฐกิจ และการเงินการคลัง อีกทั้งทรัพยากรมีจำนวนจำกัด ดังนั้นจึงควรมีการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลถึงวิธีการควบคุมโรคที่เกิดประสิทธิผลที่ดีที่สุด เพื่อให้คุ้มกับต้นทุนที่จะจ่ายไป จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว และการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเป็นทางเลือกของการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว และการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน

ขอบเขตของงานวิจัย

ศึกษาในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาในงานควบคุมโรคเรื้อนของจังหวัดบุรีรัมย์คือ อำเภอที่มีอัตราความชุกสูงกว่า 1 ต่อประชากรหมื่นคน และมีผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (MB) จำนวน 1 อำเภอ (6 หมู่บ้าน)

นิยามศัพท์

1. ต้นทุน-ประสิทธิผล คือ ต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่

2. ต้นทุน หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการแบ่งเป็น⁽⁵⁾

2.1 ต้นทุนภายใน คือ ต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์กรของผู้ให้บริการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน

2.2 ต้นทุนภายนอก คือ ต้นทุนที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กรที่จัดบริการเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เช่น ค่าพาหนะในการมาตรวจ ค่าอาหาร

3. การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว เป็นวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยทีมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน

ในชุมชนแทนวิธีมาตรฐานในการสำรวจทุกคน ด้วยวิธีการที่รวดเร็ว ง่าย สะดวก และประหยัดกว่า แต่ได้ผลลัพธ์ที่ดี และน่าเชื่อถือ ซึ่งดำเนินการทดลองโดยนักวิจัยโครงการ MURLEP⁽⁶⁾

4. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน หมายถึง วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยความร่วมมือของกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ในการค้นหาผู้สงสัยว่าจะเป็นโรคเรื้อนเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนตรวจวินิจฉัยยืนยัน

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์คือการวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเปรียบเทียบทางเลือกโดยวิธีทั้ง 2 ด้านคือ ด้านต้นทุนและด้านสิ่งที่ได้ออกมาจากการลงทุน โดยใช้เครื่องมือด้านการวิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินด้านต้นทุน-ประสิทธิผล ทำการศึกษาไปข้างหน้า ภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมที่ต้องควบคุมให้เหมือนกันสำหรับแต่ละวิธีการ

พื้นที่การวิจัย

เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาในงานควบคุมโรคเรื้อนของจังหวัดบุรีรัมย์ คือ อำเภอที่มีอัตราความชุกโรคเรื้อนสูงกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่นคน และมีผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (MB) จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอห้วยราช ซึ่งมีหมู่บ้านที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาทั้งหมด 6 หมู่บ้าน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. จัดฉลากเลือกพื้นที่ที่จะดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยวิธี RVS จำนวน 3 หมู่บ้าน โดยวิธีกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 หมู่บ้าน
3. ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยวิธี RVS จำนวน 3 หมู่บ้าน
4. ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยวิธีกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 หมู่บ้าน
5. ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิและบุรีรัมย์ตรวจสอบความ

ครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยทั้ง 2 วิธี

6. วิเคราะห์ข้อมูลตามหลักเศรษฐศาสตร์ โดยคิดคำนวณการดำเนินการในแต่ละวิธี และนำมาเปรียบเทียบ

7. สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ตารางที่ 1 จำนวนเจ้าหน้าที่และจำนวนวันที่ปฏิบัติงาน

วิธีการ	จำนวนเจ้าหน้าที่	จำนวนวันที่ปฏิบัติงาน
RVS	4 คน	4 วัน
กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน	5 คน	2 วัน

ผลการศึกษา

การดำเนินการทั้ง 2 วิธี จำนวนเจ้าหน้าที่และเวลาที่ใช้มีความแตกต่างกัน โดยวิธีการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ใช้จำนวนเจ้าหน้าที่มากกว่าการค้นหาแบบ RVS ในขณะที่จำนวนวันที่ปฏิบัติงานนั้น การค้นหาแบบ RVS ใช้จำนวนวันมากกว่า (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองของผู้ให้ และต้นทุนอื่น ๆ ที่ใช้ในการออกภาคสนาม (ตารางที่ 2) บริการนั้น คำนวณเป็นต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ตารางที่ 2 ต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ (คิดตลอดทั้งปี)

ต้นทุน	วิธี RVS		วิธีกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน	
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	อส. (16 คน)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
ต้นทุนค่าแรง				
เงินเดือน	591,720 บาท	-	839,760 บาท	60,000 บาท
ค่าเช่าบ้าน	29,400 บาท	-	-	-
ค่าช่วยเหลือบุตร	1,800 บาท	-	1,200 บาท	-
ค่ารักษา	4,605 บาท	-	6,208 บาท	-
ค่าเบี้ยเลี้ยง	1,800 บาท	-	450 บาท	-
ต้นทุนค่าวัสดุ				
ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	1,700 บาท	-	1,600 บาท	-
ค่ายา	548 บาท	-	40 บาท	-
ค่าแบบสอบถาม	15 บาท	-	5 บาท	-
ต้นทุนค่าลงทุน	-	-	-	-
ค่าซ่อมบำรุงรักษา	183,379 บาท	-	263,332 บาท	-
ต้นทุนอื่น ๆ (บาท)				
ค่าเช่าที่พัก	4,500 บาท	-	-	-
ค่าเดินทาง	-	-	-	-
รายได้	-	525,280 บาท	-	-
อาหารกลางวัน	-	-	-	-
	819,467 บาท	525,280 บาท	1,081,610 บาท	60,370 บาท
รวม	1,344,747 บาท		1,141,980 บาท	

หมายเหตุ:

1. ยานพาหนะที่ใช้ในกิจกรรมทั้ง 2 วิธี มีอายุใช้งานมากกว่า 5 ปี จึงไม่นำมาคิดค่าเสื่อมราคา
2. ค่าซ่อมบำรุงรักษายานพาหนะ คิดมูลค่ารวมเดือนพฤษภาคม (สิ้นสุดโครงการ)
3. อาคารที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมใช้เวลาเพียง 1-2 ชั่วโมง เมื่อคำนวณออกมาจะมีค่าน้อยมาก จึงไม่นำมาคิดรวม
4. รายได้ของ อสม. ซึ่งส่วนมากมีอาชีพรับจ้างคิดค่าแรง 134 บาท/วัน (อัตราค่าแรงงานขั้นต่ำ สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จังหวัดบุรีรัมย์ 2544)
5. ต้นทุนค่าแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ข้อมูลได้จากการเงินของ สดค.5)
6. ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน ได้จากงานพัสดุและยานพาหนะของ สดค.5

ตารางที่ 3 ต้นทุนในมุมมองของผู้รับบริการ

ค่าใช้จ่าย	วิธี RVS	วิธีกักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน
ค่าเดินทาง	-	20 บาท
ค่าอาหารกลางวัน	-	20 บาท
รายได้	98,490 บาท	29,400 บาท

หมายเหตุ: รายได้ของผู้รับบริการ ซึ่งส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง คิดค่าแรง 134 บาท/วัน (อัตราค่าแรงขั้นต่ำ สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2544)

ประสิทธิภาพของวิธีการ จากการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่แบบ RVS พบผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ส่วนวิธีกักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของการค้นหาทั้ง 2 วิธี โดยการติดตามค้นหาผู้ป่วยภายหลังในพื้นที่ที่ทำการค้นแบบ RVS ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม แต่ในพื้นที่ทำการค้นหาโดยกักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน ทีมผู้เชี่ยวชาญค้นพบผู้ป่วยใหม่ จำนวน 1 ราย

สรุปและอภิปรายผล

ต้นทุนรวมของวิธีการค้นหาแบบ RVS เท่ากับ 58,856.95 บาท พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 3 ราย

ต้นทุน-ประสิทธิภาพของวิธี RVS เท่ากับ 58,856.95/3 เท่ากับ 19,528.9 บาท

ต้นทุนรวมของวิธีกักกัน-ผู้ใหญ่บ้านเท่ากับ 16,409 บาท ไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

จากการศึกษาพบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่แบบ RVS จำนวน 1 ราย (ต้นทุน-ประสิทธิภาพ) เท่ากับ 19,528.9 บาท ขณะที่การค้นหาโดยกักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน มีต้นทุนทั้งหมด 16,409 บาท ไม่สามารถเฉลี่ยเป็นต้นทุนต่อ 1 รายได้ (ไม่สามารถวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิภาพ) เนื่องจากไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

จากการสำรวจทั้ง 2 วิธี ได้มีการตรวจสอบความครอบคลุมของการค้นหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน โดยใช้วิธี RVS ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก พื้นที่ทำการสำรวจแบบ RVS ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่ม ส่วนในพื้นที่ทำการสำรวจโดยกักกัน-

ผู้ใหญ่บ้าน พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 1 ราย

การค้นหาโดยวิธี RVS ซึ่งดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการประสานงานเจ้าหน้าที่ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอไปจนถึงแกนนำในหมู่บ้าน โดยมีกิจกรรมให้สุศึกษาเรื่องโรคเรื้อนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งดำเนินการโดยการทำ group discussion เพื่อประโยชน์ของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งขณะทำกลุ่มและการคัดกรองผู้สงสัยโดยกระบวนการทั้งหมดมีเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ร่วมดำเนินการตลอด และจุดแข็งของการค้นหาวิธีนี้คือการได้ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง

วิธีการค้นหาโดยวิธีกักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน หลังจากประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัด ได้ประสานขอความร่วมมือไปยังนายอำเภอ เพื่อแจ้งการประชุมให้กับกักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในวันประชุมให้ความรู้แก่กักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อไปดำเนินการคัดกรองต่อไป แต่ในช่วงระยะเวลา (10 วัน) ของการคัดกรองผู้สงสัยไม่ได้มีการติดตามกิจกรรมที่กักกัน-ผู้ใหญ่บ้านไปดำเนินการในพื้นที่ในวันนัดตรวจได้ผู้ที่มีอาการสงสัยเพียง 1 ราย จาก 3 หมู่บ้าน และไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งการติดตามของทีมผู้เชี่ยวชาญได้พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 1 ราย และสอบถามในเรื่องของกิจกรรมที่ขอความร่วมมือกักกัน-ผู้ใหญ่บ้าน พบว่ามีเพียง 1 หมู่บ้าน ที่มีกิจกรรมเกิดขึ้นในการวิเคราะห์ต้นทุนเปรียบเทียบทั้ง 2 วิธี พบว่าต้นทุนรวมของวิธี RVS สูงกว่าของวิธีกักกัน-ผู้ใหญ่บ้านค่อนข้างมาก เท่ากับ 42,177.95 บาท แต่สามารถค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ได้ 3 ราย จากผู้ที่มีอาการสงสัย จำนวน

63 ราย ซึ่ง Myo Thet Htoon⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่องการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ผลการศึกษาพบว่าการตรวจผู้ที่มีอาการสงสัย จำนวน 1,000 ราย จะสามารถพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 3 ราย

ต้นทุน-ประสิทธิผลของวิธี RVS เท่ากับ 19,528.9 บาท ขณะที่วิธีก้านัน-ผู้ใหญ่บ้านไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ ต้นทุน-ประสิทธิผลจึงเป็นมูลค่าที่ไม่สามารถจะประเมินตัวเงินในทางเศรษฐศาสตร์ คิดต้นทุนต่อหน่วยไม่ได้ เนื่องจากไม่มีผลผลิต ถึงแม้จะเป็นต้นทุนที่น้อยกว่าวิธี RVS ก็เท่ากับเป็นการลงทุนที่สูญเปล่า เนื่องจากไม่ได้ผู้ป่วยรายใหม่ แตกต่างจากการศึกษาของสมบุรณ์ ชุณหประเสริฐ⁽⁸⁾ ซึ่งดำเนินการในภาพรวมของอำเภอและไม่ได้คิดต้นทุนของผู้มารับบริการ ซึ่งมีหลายประเด็นที่จะต้องพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นในด้านของกิจกรรมที่ก้านัน-ผู้ใหญ่บ้านลงไปดำเนินการ ความพร้อมของก้านันผู้ใหญ่บ้านในสภาวะการเกิด และเนื่องจากโรคเรื้อนเป็น chronic disease มีระยะฟักตัวค่อนข้างนาน (3-5 ปี) และการศึกษาเป็นแบบ cross-sectional study ผู้ป่วยรายใหม่บางรายอาจจะยังไม่ถูกค้นพบ ทั้ง ๆ ที่เป็นพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ดังนั้นควรจะมีการติดตามหรือทำการศึกษแบบ prospective study อย่างน้อย 3 ปี และทำการศึกษเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

จะเห็นได้ว่าต้นทุนที่แตกต่างกันเพียง 3,119.9 บาท แต่ได้ประสิทธิผลของงานออกมาในรูปของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยรายใหม่ถ้าไม่ถูกค้นพบแล้วเกิดความพิการขึ้น ภาครัฐจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้พิการเหล่านี้เป็นจำนวนไม่น้อย ซึ่งจะต้องมากกว่า 3,119.9 บาท อย่างแน่นอน และเพื่อเป็นการเตรียมการปรับเปลี่ยนระบบงานงบประมาณเป็นแบบมุ่งเน้นผลงาน และการแปลงสู่แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2545-2549) เพื่อการดำเนินงานเชิงรุก วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่แบบ RVS น่าจะมีประสิทธิผลที่ควรนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป ส่วนวิธีก้านัน-ผู้ใหญ่บ้าน นั้นควรที่จะดำเนินการในช่วงที่มีโครงการรณรงค์เป็นกรณีพิเศษ

ดังเช่นโครงการ พร.50 หรือ คปร.72 ซึ่งที่ผ่านมา ก้านัน-ผู้ใหญ่บ้านจะมีบทบาทในช่วงนั้นค่อนข้างมาก ดังนั้นถ้าใช้วิธีการก้านัน-ผู้ใหญ่บ้านในช่วงระยะเวลาดังกล่าว น่าจะได้ประสิทธิผลที่ดี

นอกจากนั้นอาจมีการเปรียบเทียบต้นทุนต่อผู้ป่วยที่ป้องกันได้ (cost per case prevented หรือ cost per case averted) เพราะในการจัดบริการสาธารณสุขนั้นมิใช่เฉพาะการรักษาเท่านั้น แต่เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคด้วยโดยเฉพาะโรคที่ติดต่อ การตรวจค้นรักษาผู้ป่วยเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อและเป็นการทำให้ความชุกชุมของโรคลดลงกว่าที่ควรจะเป็นการเปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้รับบริการ 1 ราย และต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 รายนั้น ในบางกรณีให้ภาพที่บิดเบือน เช่น กรณีการตรวจค้นหาผู้ป่วยด้วยโซมาเลีย ถ้าการตรวจค้นหาผู้ป่วยมีประสิทธิผลสูง จะทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีเชื้อโซมาเลียลดลง ดังนั้นมูลค่าต้นทุนต่อผู้ป่วย 1 คน จะสูงมาก แต่การตรวจค้นหาผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลสูงนั้นเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อได้มาก การพิจารณาต้นทุนต่อคนไขที่ป้องกันได้หรือคนไขที่ลดลงได้นั้นจึงเป็นมูลค่าต้นทุนที่ควรนำมาวิเคราะห์/เปรียบเทียบควบคู่กับต้นทุนต่อผู้ป่วย 1 ราย ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจะได้มีการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ในด้านของต้นทุน-อรรถประโยชน์ ซึ่งป้องกันผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่ให้เกิดความพิการจากการค้นพบที่ล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษา โดยคิดทั้งมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการวัดผลลัพธ์เป็นคุณภาพชีวิตหรืออรรถประโยชน์ของชีวิต
2. ในวิธีการของก้านัน-ผู้ใหญ่บ้าน ควรที่จะได้ติดตามหรือควบคุมกิจกรรมที่จะเกิดหลังการประชุมและพิจารณาดำเนินการในพื้นที่ที่มีความพร้อมที่จะดำเนินการ โดยเฉพาะก้านัน-ผู้ใหญ่บ้านต้องมีความพร้อมและเข้าใจในเรื่องของโรคเรื้อนไม่ให้เกิดความรังเกียจกลัว (Stigma) ในผู้ป่วยโรคเรื้อน
3. โดยพยาธิสภาพของโรคเรื้อนที่มี Stigma

การปฏิบัติการควบคุมโรคเชิงรุกโดยใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง น่าจะได้ประสิทธิผลที่ดีและมีผลดีต่อผู้ป่วย

4. จากสถานการณ์โรคในปัจจุบัน พบสัดส่วนผู้ป่วยใหม่พิการเกเรต 2 ค่อนข้างสูง จากการค้นพบที่ล่าช้าและบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปตรวจที่ศูนย์โรคเรื้อนด้วยตนเอง เนื่องจากในพื้นที่ที่ได้รับโอนมอบงานไปแล้วไม่มีกิจกรรมการค้นหา ดังนั้นควรจะได้มีการทบทวนการโอนมอบงานในการปรับเปลี่ยนแก้ไขกิจกรรมการดำเนินงาน เพื่องานควบคุมโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยราช โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ สมาชิกในแผนงานควบคุมโรคเรื้อน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่ได้อนุมัติให้มีการศึกษาวิจัยขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ. แผนกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.

2. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5. สถานการณ์ทิศทางและแนวโน้มโรคติดต่อในเขต 5 ปี 2544. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์; 2545.
3. World Health Organization. A guide to leprosy control, 2 nd ed. Geneva: WHO; 1988.
4. อีระ รามสูต, ประจักษ์ โล่ห์สุวรรณ, สมบูรณ์ ชูณหะเสริฐ, เสรี รุ่งเรือง. รายงานผลการอบรมปฐมนิเทศ ก่อนโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนระยะถาวรให้แก่จังหวัด. วารสารกรมการแพทย์และอนามัย 2516;1:54-72.
5. สมคิด แก้วสนธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล. การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536.
6. สมเดช พินิจสุนทร, สมพงษ์ ศรีแสนป่าง, ชิงชัย เมธพัฒน์, อรุณ จิรวัดน์กุล, ปิยะ ปิยศิลป์. คู่มือการสำรวจหาความชุกของโรคเรื้อนแบบเร็ว (Rapid Village Survey: RVS) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2536.
7. Myo Thet Htoon. Estimation of Leprosy prevalence in Bago and Kawa Townships using two-stage probability proportionate to size sampling technique. International Journal of Epidemiology 1992;21:778-83.
8. สมบูรณ์ ชูณหะเสริฐ. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน. นครราชสีมา: สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา; 2541.

การพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Development of Tuberculosis prevention and control by participation in Muang District, Nakhon Ratchasima

สุชนา มานิตศิริกุล สม.

Suchanya Manitsirikul M.P.H.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5

The Office of Disease Prevention and Control 5th

นครราชสีมา

Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาดจึงเป็นเรื่องสำคัญ การประสานงานกับหน่วยงานสถานบริการที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค หรือการส่งต่อผู้ป่วยในเขตเมืองยังขาดการบูรณาการและดำเนินงานวัณโรคร่วมกัน การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานควบคุมวัณโรคโดยเน้นการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคของสถานบริการในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 14 แห่ง รวม 28 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 14 แห่ง รวม 84 คน ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2547 - 30 กันยายน 2548 ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมการและวางแผน ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหา การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค (2) ระยะดำเนินการวิจัย ได้แก่ การศึกษาแผนการปฏิบัติการแก้ไขปัญห และพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค (3) ระยะประเมินผล ได้ประเมินผลปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ โดยใช้ System Model เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแผนการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันควบคุมวัณโรค การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าความถี่และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ข้อเสนอแนะจากการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ควรนำรูปแบบการพัฒนาที่ได้ไปขยายให้ครอบคลุมเครือข่ายทุกหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อจะได้มาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในทิศทางเดียวกัน จัดกิจกรรมของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยให้ผู้บริหารในแต่ละหน่วยงานของเครือข่ายมีส่วนร่วม และพัฒนาด้านโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลที่สามารถเชื่อมต่อกันได้ในทุกๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Tuberculosis is a major public health problem in Thailand. Diagnosis and treatment of TB patients to stop occurring disease again is important. However, there are lacking of integration and coordinating with other service agencies by the way of caring TB patients or passing patients to urban areas. Hence, this research is an action research that aims to improve TB prevention and control by focusing on participation in Muang District, Nakhon Ratchasima. The population and sample group consist of 28 public health officers who

response in TB tasks of 14 service agencies from both private and public organization. The rest are 84 public health volunteers from Muang District, Nakhon Ratchasima. The period of time for action research was from 1st March 2004 to 30th September 2005, which could be classified into 3 phases. (1) Preparation and planning phase. It includes the study about the problems from preventing and controlling TB. (2) Research and operation phase. It includes the study of action plan, problems solving, and operating TB prevention. (3) Evaluation phase. It includes the consideration and evaluation of factors for input, process, output, and outcome. Besides, these use "System model" as a tool for research, exam, and training plan on the prevention and control of tuberculosis. Analysis of the data is divided into 2 parts. First, quantitative data is analyzed by using descriptive statistics, frequencies and percentages. Second, qualitative data is to analyze the content (Content analysis), and feedback from the development of this model. Further, the form of development should be used to extend the network to cover all agencies that provide care for TB patients. So, this will lead to have the same standard and direction of TB control operation. Additionally, the activities of networks should execute constantly by the involvement of the executives from each unit in network. Also, the data storage should be developed to be able to connect with other related organization.

ประเด็นสำคัญ	Key words
การพัฒนาการมีส่วนร่วม, งานป้องกันควบคุมโรค	development participation, Tuberculosis prevention and control

บทนำ

วัณโรคนับว่าเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก จากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมีเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นปัจจัยเสริม โดย 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักพบว่ามีโรควัณโรคร่วมด้วย ซึ่งการเกิดผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเพียง 1 ราย ที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ หากไม่ได้รับการรักษาจะสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ถึง 10 คน⁽¹⁾ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดื้อยาพื้นฐานที่ใช้รักษาก็จะส่งผลให้เกิดความยุ่งยาก ทั้งการรักษาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยได้ใช้แผนงานการรักษาวัณโรคโดยใช้ระบบยามาตรฐานระยะสั้นคือ การจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปกินเองที่บ้าน⁽²⁾ ซึ่งเป็นกลวิธีขององค์การอนามัยโลก ดำเนินการตั้งแต่ปลายปี 2539 แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย กล่าวคือ อัตราความสำเร็จของการรักษา ต่ำกว่าร้อยละ 85.00 อัตราผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2533 พบอัตราป่วยเสมหะพบเชื้อ 33.40 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

ความต่อเนื่องของการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพราะหากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง เชื้อวัณโรคก็จะไม่ตายทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย ดังนั้นการตรวจสอบความต่อเนื่องของการรักษาผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ โดยในเขตอำเภอเมืองมีประชากรถึง 2 ล้านคน ประกอบไปด้วยชุมชนแออัดขนาดใหญ่ถึง 39 ชุมชน และกลุ่มต่างๆ อีกกว่า 20 กลุ่ม มีสถานบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งข้อมูลสถานการณ์โรควัณโรคของเขตอำเภอเมืองนครราชสีมาสะท้อนปัญหาวัณโรคอย่างชัดเจน เพราะจากรายงานของศูนย์วัณโรคเขต 5 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยาพื้นฐานที่ใช้รักษาตัวไม่ต่อเนื่อง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปี 2546 มีอัตราการรักษาหายเพียง ร้อยละ 77.00 และมีอัตรา

การขาดยามากกว่า 2 เดือน ถึงร้อยละ 3.70⁽³⁾ ซึ่งจากรายงานผลการประเมินทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายหรือไม่สามารถถึงเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ (ต่ำกว่าร้อยละ 85.00) สถานบริการสาธารณสุขในเขตเมืองยังขาดการบูรณาการและดำเนินงานวัณโรคร่วมกัน มีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งสถานบริการระบบบริการที่เอื้อให้ทุกกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าใช้บริการได้สะดวก รวมทั้งการรายงานผลการดำเนินงานวัณโรค การประสานงาน การติดตาม และควบคุมกำกับ ยังขาดการทำงานในการให้บริการอย่างเป็นระบบหรือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา จึงได้จัดทำโครงการพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาขึ้น เพื่อพัฒนาระบบบริการ ทำให้การบริการงานป้องกันควบคุมวัณโรคมีแนวทางที่ชัดเจน และสามารถตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และมีมาตรฐานในการปฏิบัติของสถานบริการในเขตอำเภอเมืองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาแผนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อพัฒนางานการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่อประเมินผลปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ของการพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

นิยามศัพท์

สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

นครราชสีมา ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในโครงการระบบประกันสุขภาพ

งานป้องกันควบคุมวัณโรค หมายถึง ลักษณะงานที่มีภาระหน้าที่ในการควบคุมและป้องกันโรควัณโรคในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเน้นหลักการการหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การค้นหาผู้ป่วย และให้การรักษอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาที่ดีมีคุณภาพ ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง แม่นยำ มีการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยการสังเกตโดยตรง มีการกำกับการกินยาและติดตามผลการรักษาแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) มีการเลือกใช้ยาวัณโรคที่ถูกต้องเหมาะสม และมีการส่งเสริมช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคอย่างถูกต้องชัดเจน ตลอดจนมีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

การมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ตั้งแต่การศึกษาระบบการป้องกันควบคุมวัณโรค วิเคราะห์สภาพปัญหา กำหนดแนวทางการดำเนินการ ดำเนินกิจกรรม ตามแผนงาน/แนวทางที่กำหนด ติดตามการดำเนินงาน และเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาเฉพาะเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยวัณโรคในโครงการระบบประกันสุขภาพในเขตอำเภอเมืองทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จังหวัดนครราชสีมา

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 112 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคของสถานบริการในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 14 แห่ง รวม 28 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มที่ 2 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 14 แห่ง รวม 84 คน เพื่อศึกษาแผนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 5 ในระหว่างเดือนมีนาคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2548 เพื่อประเมินผลปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ของการพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แผนอบรมให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันควบคุมวัณโรค และแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับงาน และหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคในเขตเมือง และจากคู่มือแนวทางควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และให้ผู้เชี่ยวชาญงานวัณโรคจากสำนักวัณโรค 2 คน และผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคในเขตเมือง ในการดำเนินงานวัณโรคระบบ DOTS จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดเรียงลำดับมิให้เลือก 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง และไม่เคยทำเลย

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคในเขตเมืองได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพรวมของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคด้วยระบบ

DOTS รวมทั้งแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 4 ทะเบียนรายงานผลการรักษาวัณโรค เพื่อตรวจสอบและประเมินผลการรักษา

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการและวางแผน โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคของสถานบริการในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา
2. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด
3. ประชุมผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัย
4. ทำการประชุมเครือข่ายพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและแนวทางการดำเนินการวิจัย

5. ศึกษากระบวนการป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมือง เก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่พัฒนาแล้ว

6. รวบรวมและสรุปผลข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

1. นำข้อมูลในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางการดำเนินการ

2. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/แนวทางที่กำหนดในข้อ 1 และดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2547 - 30 กันยายน 2548

3. จัดประชุมเครือข่ายทุกเดือน เพื่อติดตามการดำเนินงาน และเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

4. ปรับกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคที่พบ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ประเมินผลปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ โดยใช้ system model

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ และค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคด้วยระบบ DOTS ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำมาวิเคราะห์เนื้อหา

เจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กระทรวงมหาดไทย ได้แก่ กองสาธารณสุขเทศบาลนครนครราชสีมา

กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โรงพยาบาลกองบิน 1

โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมระบบประกันสุขภาพ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเฉลิมชัยและโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

สถานีกาชาดที่ 4

1.2 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานในเครือข่าย และแจ้งไปยังผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดเพื่อขอความร่วมมือให้มีการประชุมร่วมกันทุกเดือน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้จัดกิจกรรม ดังนี้

1. จัดตั้งเครือข่ายพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

1.1 สมาชิกเครือข่ายประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประวัติการเข้ารับการอบรม (N = 28)

ตัวแปร	จนท.รัฐสังกัด กระทรวงสาธารณสุข (N = 26)		จนท.รัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและเอกชน (N = 2)		รวม (N = 28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	7	25.00	-	-	7	25.00
หญิง	19	67.85	2	7.14	21	75.00
อายุ						
ต่ำกว่า 30 ปี	1	3.57	-	-	1	3.57
31 - 35 ปี	9	32.13	1	3.57	10	35.70
36 - 40 ปี	10	35.73	-	-	10	35.73
41 ปีขึ้นไป	7	25.00	-	-	7	25.00
สถานภาพ						
โสด	3	10.72	-	-	3	10.72
คู่	23	82.14	2	7.14	25	89.28
ระดับการศึกษา						
อนุปริญญา	4	14.28	-	-	4	14.28
ปริญญาตรี	20	71.42	2	7.14	22	78.56
ปริญญาโท	2	7.14	-	-	2	7.16
ประวัติการอบรมวัณโรค ในระบบ DOTS	26	92.90	2	7.10	28	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การอบรมโรคในระบบ DOTS ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 อายุระหว่าง 36-40 ปี การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 35.70 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 89.28 มีการ สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค (ตารางที่ 2 - 3) ศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 78.56 และร้อยละ 100 เคยผ่าน

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคจำแนกตามกิจกรรม (N = 28)

กิจกรรม	การปฏิบัติ					
	จนท.รัฐสังกัด กระทรวงสาธารณสุข		จนท.รัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและเอกชน		รวม	
1. ให้วัคซีน BCG แก่ นักเรียน ป.1 ที่ไม่มีแผลเป็น	23	88.46	1	3.84	24	92.30
2. ค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค มาตรวจที่โรงพยาบาล	12	46.15	1	3.84	13	49.99
3. เก็บเสมหะผู้ที่มีอาการสงสัยส่งตรวจ	4	15.38	-	-	4	15.38
4. ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตาม ระบบยาที่รับจากโรงพยาบาลชุมชน	8	30.76	-	-	8	30.76
5. เก็บเสมหะของผู้ป่วยในระหว่างการ รักษาส่งตรวจ	2	7.69	-	-	2	7.69
6. บันทึกการรักษาและบัตร DOTS	6	23.07	-	-	6	23.07
7. จัดให้มีพี่เลี้ยงในการรักษาผู้ป่วย แต่ละราย	14	53.84	-	-	14	53.84
8. ติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ให้กลับมารักษาคต่อ	17	65.38	1	3.84	18	69.23
9. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค	19	73.07	1	3.84	20	76.91
10. การให้ความรู้เรื่องวัณโรคให้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน	20	76.92	1	3.84	21	80.76
11. ฝึกอบรมเรื่องวัณโรคให้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน	16	61.53	1	3.84	17	65.37
12. นิเทศเรื่องวัณโรคให้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน	15	57.69	1	3.84	16	61.53
13. การจัดทำทะเบียนรายงานวัณโรค	19	73.07	1	3.84	20	76.91
14. การจัดทำสถานการณ์โรควัณโรค ในพื้นที่	12	46.15	-	-	12	46.15
15. การติดต่อประสานงานเรื่องวัณโรค กับ สสอ.เมือง	16	61.53	-	-	16	61.53
16. การส่งต่อข้อมูลวัณโรคกับ สสอ.เมือง	15	57.69	1	3.84	16	61.53
17. การจัดทำแผนงาน / โครงการ	16	61.53	1	3.84	17	65.37

จากตารางที่ 2 พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันควบคุมวัณโรค มีกิจกรรมทั้งหมด 17 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคือการให้วัคซีน BCG แก่นักเรียน ป.1 ที่ไม่มีผลเป็นร้อยละ 92.30 ส่วนกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การเก็บเสมหะของผู้ป่วยในระหว่างการรักษาส่งตรวจ การเก็บเสมหะผู้ที่มีอาการสงสัยส่งตรวจ

การบันทึกการรักษาและบัตร DOTS การให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตามระบบยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชน การจัดทำสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่ การค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคมาตรวจที่โรงพยาบาล และการจัดให้มีพี่เลี้ยงในการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย โดยคิดเป็นร้อยละ 7.69, 15.38, 23.07, 30.76, 46.15, 49.99 และ 53.84 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคโดยภาพรวม (N = 28)

ระดับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	8	28.57
ระดับปานกลาง	16	57.15
ระดับต่ำ	4	14.28
รวม	28	100

จากตารางที่ 3 พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.15 รองลงมาคือระดับสูงและระดับต่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 28.57 และ 14.28 ตามลำดับ

2. ศึกษากระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค

ประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคของสถานบริการในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานป้องกันควบคุมวัณโรค และค้นหาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ได้รายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ไม่ได้รับรายงาน จึงไม่ได้ติดตามเยี่ยม

2.2 ผู้บังคับบัญชาไม่ให้ความสำคัญ ไม่ได้มอบนโยบายชัดเจน การค้นหา การคัดกรองไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมให้เปิดเผย

2.4 ขาดสื่อสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์

2.5 ควรมีการนิเทศงาน แก้ไขปัญหาร่วมกัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.6 การมีเครือข่ายวัณโรค มีศูนย์กลางให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ลูกข่าย น่าจะทำให้งานควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 ศึกษาแผนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และได้ดำเนินการกิจกรรมดังนี้

1. วางแผนดำเนินงานตามสภาพปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ระบบ

หลังจากได้ข้อมูลระบบการป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมือง ได้จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน ได้แผนงานโครงการที่จะดำเนินการร่วมกันดังนี้

กลยุทธ์	แนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. การจัดการระบบข้อมูล	- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา - ศูนย์ประสานข้อมูลกลางของเขตเมืองอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โดยมีการลงทะเบียนกลางรับ-ส่งข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และเชื่อมข้อมูลกับงานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา
2. สร้างเสริมศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งของเขตเมือง เพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยกลวิธี DOTS	- พัฒนาระบบข้อมูลเป็นระบบคอมพิวเตอร์เพื่อลดภาระการจัดทำทะเบียนรายงาน - สนับสนุนให้จัดตั้ง DOTS corner - สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์อย่างเพียงพอ - อบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยตามกลวิธี DOTS ผลสมผสานการให้บริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยวัณโรคและเอชไอวี - ประชุมเครือข่ายทุกเดือน	- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา - สถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง หมุนเวียนการเป็นเจ้าภาพจัดประชุม
3. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยการสร้างกระแสสังคมต่อปัญหาวัณโรค	- ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อวิทยุ / หอกระจายข่าว - จัดรณรงค์ในชุมชน - จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ชุมชนแออัด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา และสถานบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ที่รณรงค์
4. สร้างเสริมศักยภาพเครือข่าย	จัด Meeting แลกเปลี่ยนประสบการณ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา
5. สร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อการดำเนินงาน	- จัดสรรงบประมาณในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชน - ให้ศูนย์สุขภาพชุมชนได้จัดทำแผนงานโครงการย่อยเพื่อรองรับการดำเนินงาน - ให้มีค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโครงการเป็นรายสถานบริการ - มอบรางวัลแก่ผู้ป่วยที่รักษาหาย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา
6. วิจัยเพื่อการพัฒนา	การศึกษาระบบและการเรียนรู้ที่ได้จากการทำงาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
7. พัฒนานองค์ความรู้ด้านวัณโรคแก่ผู้ปฏิบัติงาน	อบรมวิชาการวัณโรคแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา

2. กิจกรรมที่ดำเนินการ

2.1 การจัดการระบบข้อมูล

จัดตั้ง TB clinic ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีห้อง

ให้คำปรึกษา การบริการผู้ป่วยนอก มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดยา พร้อมทั้งจัดทำรายงาน 506 โดยงานระบาดวิทยา และจัดส่งข้อมูลไปทำงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และศูนย์ข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา ทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อติดตามเยี่ยมและควบคุมกำกับการกินยา พร้อมทั้งนำทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (รพ 1 ก 04) มาตรวจสอบทุกเดือนในวันประชุมเครือข่ายพัฒนาระบบงานป้องกันควบคุมวัณโรคเขตเมืองนครราชสีมา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และมีการอบรมการใช้โปรแกรมระบบทะเบียนรายงานให้ใช้เหมือนกันทั้งจังหวัด ทั้งนี้ มีศูนย์ข้อมูลระดับเขตอยู่ที่ศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา

2.2 สร้างเสริมศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งของเขตเมือง เพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยกลวิธี DOTS มีกิจกรรมการอบรม ดังนี้

2.2.1 อบรมเจ้าหน้าที่ PCU และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดำเนินงาน DOTS (วันที่ 22-23 กันยายน 2547) ผู้ปฏิบัติงานวัณโรคในเขตเมือง จำนวน 50 คน ได้รับการอบรมและประเมินผลจากแบบสอบถามพบว่า หลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.00 และมีแนวความคิดที่จะกำหนดแผนงานควบคุมวัณโรคไว้ในแผนปฏิบัติงานปีต่อไปให้เป็นรูปธรรม โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมาเป็นผู้ควบคุมกำกับ

2.2.2 จัดตั้งมุมให้บริการดูแลกำกับการรักษาวัณโรค (DOTS corner) ใน PCU เขตเมืองจำนวน 15 แห่ง โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา นิเทศติดตามทุก 3 เดือน

2.3 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยการสร้างกระแสสังคมต่อปัญหาวัณโรค ดังนี้

2.3.1 ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อวิทยุ/หอกระจายข่าว

จัดรถออกประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องวัณโรค ในแหล่งออกกำลังกายของจังหวัด (สวนน้ำบึงตาวลั้วเฉลิมพระเกียรติ) ทุกวันพฤหัสบดี โดยมีโรงพยาบาลกองบิน 1 รับผิดชอบ

ประชาสัมพันธ์เรื่องวัณโรคผ่านสื่อวิทยุสถานีวิทยุแห่งประเทศไทย 107.5 เมกกะเฮิร์ต โดยความร่วมมือระหว่างกลุ่มประชาสัมพันธ์ และ

กลุ่มวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา จัดทำเทปประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องวัณโรคกระจายให้หน่วยงานสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทั้งเขตเมือง

2.3.2 จัดรณรงค์ในชุมชน

รณรงค์ให้ลูกศึกษาประชาสัมพันธ์งานวัณโรคในพื้นที่เสี่ยงในเขตเมือง เช่น โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ (ที่มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา) โดยความร่วมมือระหว่างสถานีอนามัยโตนด (ซึ่งเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่ตั้งของโรงงาน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา โรงพยาบาลกองบิน โดยจัดนิทรรศการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องวัณโรค เพื่อให้ผู้ที่มีการสงสัยว่าเป็นวัณโรคได้ออกมารับการตรวจวินิจฉัย

2.4 สร้างเสริมศักยภาพเครือข่าย

2.4.1 จัด meeting แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมือง (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์)

2.4.2 ประชุมเครือข่ายสัญจรไปทุกหน่วยงานเครือข่าย โดยสถานบริการสาธารณสุขในเขตเมืองหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพจัดประชุม เพื่อสร้างความสัมพันธ์ เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าภาพทุกเดือน

2.5 พัฒนาองค์ความรู้ด้านวัณโรคแก่ผู้ปฏิบัติงาน

2.5.1 จัดประชุมพัฒนาวิชาการวัณโรค โดยให้สถานบริการที่รับผิดชอบผู้ป่วยวัณโรคนำเสนอกรณีศึกษารายป่วย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคเป็นผู้วิพากษ์ ให้ข้อเสนอแนะ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2.5.2 อบรมวิชาการวัณโรคแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการค้นหาผู้ป่วยและทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแล กำกับ การกินยา โดยเน้นหนักในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนยากแก่การเข้าถึง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินการ โดยใช้ system model

ผลการประเมิน

ปัจจัยนำเข้า

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา วิเคราะห์สภาพปัญหาของการป้องกันควบคุมวัณโรค ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งการ จัดตั้ง TB clinic การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องจนหายขาด จึงจัดทำโครงการพัฒนางานควบคุมวัณโรคในเขตเมือง โดยให้ได้รับผิดชอบงานวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข เขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด กิจกรรมเพื่อให้ได้แนวทางที่ใช้ในเขตเมือง ภายใต้การ สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกเพื่อการควบคุมโรค เอชไอวีและวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ทำหน้าที่บริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณ การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ สำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วย สื่อประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ เป็นต้น ส่วนการนิเทศ ติดตามสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ดำเนินการร่วมกับคณะผู้นิเทศจากกองทุนโลก

กระบวนการ

1. จัดตั้งเครือข่ายงานป้องกันควบคุมวัณโรค ในเขตเมือง สมาชิกเครือข่ายประกอบด้วยผู้รับผิดชอบ งานวัณโรคทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน เขตอำเภอเมือง

2. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานในเครือข่าย และแจ้งไปยังผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด ให้มีการประชุม ร่วมกันทุกเดือน

3. พัฒนาองค์ความรู้ด้านวัณโรคแก่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่

3.1 จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้ เรื่องวัณโรคและการวินิจฉัยวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ การทดสอบความรู้หลังการอบรม ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.00 และการตรวจหาเชื้อ วัณโรค โดยกล้องจุลทรรศน์มีความถูกต้องแม่นยำ ของการอ่านค่าสไลด์ได้ค่า 98%

3.2 อบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เรื่องการ ค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคและทำหน้าที่ เป็นพี่เลี้ยงกำกับดูแลการกินยา การทดสอบความรู้หลัง การอบรม มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 85.00

4. ประชุมพัฒนาวิชาการ โดยให้สมาชิกเครือข่าย ที่อยู่ในหน่วยงานที่ให้การรักษาผู้ป่วยนำเสนอนกรณีศึกษา รายป่วย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้

5. ศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานใน แนวทางเดียวกัน เพื่อนำมาเป็นแนวทางการพัฒนางาน เขตเมืองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับอำเภอ เพื่อเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานทุกเดือน ที่มีการประชุมเครือข่าย

7. ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยการสร้างกระแส สังคมต่อปัญหาวัณโรค

8. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการอบรม วิชาการวัณโรค จำนวน 4 แห่ง จัดทาบประมาณในการ ออกค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อให้ได้รับการรักษา

9. คณะกรรมการเครือข่ายออกนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของสถานบริการในเขตอำเภอเมือง ทุก 1 เดือน

ผลผลิต

1. มีเครือข่ายป้องกันควบคุมวัณโรคใน เขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา และมีการประชุม ติดตามงานในลักษณะของการสัญจรทุกเดือน โดยสถาน บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ

2. มีศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับอำเภอ และมีการตรวจสอบข้อมูลระหว่างหน่วยงานทุกเดือน ที่มีการประชุมเครือข่าย

3. ได้อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีศักยภาพใน การค้นหาผู้ป่วย และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการ กินยาของผู้ป่วยให้ครบถ้วนจนหายขาด

4. มีการจัดตั้งมุมให้บริการดูแลกำกับการ รักษาวัณโรค (DOTS corner) เพื่อควบคุมกำกับการ รักษาวัณโรค จำนวน 15 แห่ง และสำนักงานป้องกัน

ควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ดำเนินการนิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน

5. ได้แนวทางการควบคุมวัณโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ผลลัพธ์

จากรายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลังจาก มีการใช้แนวทางการควบคุมวัณโรคในเขตเมืองร่วมกันพบว่า อัตราการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคของ ศูนย์วัณโรค เพิ่มขึ้นร้อยละ 77.00 เป็นร้อยละ 81.48 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ผู้ ที่มีอาการสงสัยว่าเป็นวัณโรค จำนวน 128 ราย พบผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25

วิจารณ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา เป็นหน่วยงานกรมควบคุมโรคส่วนภูมิภาค ซึ่งมีการกิจ หลักด้านการควบคุมวัณโรค เห็นความสำคัญการสร้าง เครือข่ายในการพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วม ควรจะเร่งดำเนินการเพื่อความร่วมมือ ที่ดี สอดคล้องกับแผนงานวัณโรคแห่งชาติ ซึ่งหลักการ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 8 ที่จะต้องขยายงานโดยการบูรณาการงานควบคุมวัณโรค เข้ากับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ ครอบคลุมประชากร⁽²⁾ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมวัณโรค ควรจะมีการรวมตัวกัน เป็นเครือข่ายทางวิชาการในการป้องกันและควบคุม วัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้มีมาตรการป้องกันวัณโรคในสถานบริการทาง การแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง⁽⁴⁾ ในกลุ่มของ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลหรือสถานบริการ สาธารณสุข ควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้เรื่อง วัณโรค ผู้วิจัย จึงจัดให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้าน วัณโรคแก่ผู้ปฏิบัติงาน ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งกันและกันในทุกๆ ระดับ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบ งานวัณโรคถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในงานควบคุมวัณโรค โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความ

ชัดเจนในบทบาทของการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ที่พัฒนาได้พัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขเพื่อร่วมแก้ปัญหาที่ได้จากการศึกษาระบบ การดำเนินงานข้อ 3 เรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ผู้ป่วย ไม่อยากเปิดเผย เป็นการลดอัตราการขาดยา สอดคล้องกับการศึกษาของนางพรรณ พิริยานุเคราะห์⁽⁵⁾ ศึกษารูปแบบการเป็นพี่เลี้ยงดูแลการกินยาต่อหน้า ผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ได้ผลดี มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นทุกเดือน ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นพอใจกับการ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านตัวเองเป็นตัวแทน ประสานงานระหว่างตัวผู้ป่วยกับโรงพยาบาล เพราะช่วย แก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจและเวลาได้ และทำให้ผู้ป่วย มีความมั่นใจในการรับการรักษามากขึ้น การออกค้นหา ผู้ป่วยเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการประชาสัมพันธ์ และสร้างกระแสความรู้เรื่องวัณโรค ได้ผู้ที่มีอาการสงสัย จำนวน 128 ราย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ใช้การจัดรณรงค์ในชุมชน เช่น ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่มีรายงานผู้ป่วยนั้น และเป็นความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สถานอนามัยใน พื้นที่ที่เป็นที่ตั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ไควสุภัทร์⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า การประชาสัมพันธ์ที่จะประสบ ผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องได้รับความช่วยเหลือ ในการช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ทุกหน่วยงาน

อัตราการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคใน ศูนย์สาธิตบริการ ก่อนมีการพัฒนาแนวทางการป้องกัน ควบคุมวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 77.00 หลังการพัฒนา และนำแนวทางไปใช้ดำเนินการ ได้มีผลติดตามพบว่า อัตราการรักษาหายคิดเป็นร้อยละ 81.48 สอดคล้อง กับการศึกษาของนัยนา ศิริวัฒน์⁽⁷⁾ และสุพจน์ ชันขวา⁽⁸⁾ พบว่า การนิเทศ ติดตาม การเยี่ยมผู้ป่วยตามเกณฑ์มีผล ต่ออัตราการรักษาหายชัดเจน การได้รับการนิเทศจาก หน่วยงานที่มีความชำนาญเฉพาะโรคมีความจำเป็น เพื่อรักษามาตรฐานเดิมให้คงไว้ และเพิ่มประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ดำเนินการไปได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นควรได้มีการพัฒนาโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลที่สามารถเชื่อมต่อกันได้ในทุกๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ควรจัดกิจกรรมที่ให้ผู้บริหารในแต่ละหน่วยงานของเครือข่ายมีส่วนร่วมในเครือข่าย
3. กิจกรรมของเครือข่ายควรจะดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ยังคงมีอีกหลายหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยวัณโรค แต่ยังไม่ได้เข้ามาร่วมในเครือข่าย ดังนั้นควรขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อจะได้มาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในทิศทางเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมในการพัฒนา ขอขอบคุณกองทุนโลกที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อุษา ทิสยากร. เอดส์: การวิจัยทางคลินิก. รายงาน การศึกษาวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง; 2541.
2. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์เกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2541.

3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5. สถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเขต 5 พ.ศ. 2547. นครราชสีมา: สคร.5; 2547.
4. อัญญา นิมิหุต. สภาพปัญหาวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและมาตรการป้องกัน. ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ; 2541.
5. นงพรรณ พิริยานุพงศ์, มนพร สุภาพ, พนิดาญ วิสุทธิธรรม, มงคล ปิยปัญญา. รายงานการศึกษา ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ การศึกษารูปแบบการเป็นพี่เลี้ยงดูแลการกินยา ต่อหน้าผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุข. นครศรีธรรมราช; 2543.
6. สุรศักดิ์ ไควสุภัทร์. การพัฒนางานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์แนวใหม่ของจังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2540. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ เขต 6 ขอนแก่น 2540;5:34-42.
7. นัยนา ศิริวิวัฒน์. การประเมินผลการดำเนินงาน วัณโรคโดยวิธี DOTS ในสาธารณสุขเขต 9 พ.ศ. 2541. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ เขต 1 กรุงเทพมหานคร 2547;3:28-39.
8. สุพจน์ ชันขวา, ทณ เดียวศิริชัยสกุล. การศึกษา ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ อัตรา ผลเสมหะปราศจากเชื้อเมื่อสิ้นสุดการรักษา ระยะ เข้มข้นระหว่างพื้นที่สาธิต เปรียบเทียบกับพื้นที่ ไม่สาธิต โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2545;10:33-45.

ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลแพร่

Predictors of death during tuberculosis treatment, Phrae province, Thailand

ปิยฉัตร ดีสุวรรณ พบ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว),

อว. (ระบาดวิทยา), ส.ม.

เนตรทราย เหมืองจา พย.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแพร่

Piyachat Deesuwan M.D., (Thai Board of Family)

Medicine, (Thai Board in Epidemiology), M.P.H.

Netsai Muengja B.N.S

Department of Social Medicine,

Phrae hospital Thailand

บทคัดย่อ

วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างรักษาสูง การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษาที่โรงพยาบาลแพร่ โดยรวบรวมผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2555 จำนวน 469 ราย เก็บข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก ติดตามผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่วันที่เริ่มรักษาวัณโรค จนถึงวันสิ้นสุดการรักษา วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตด้วยสถิติ Univariable และ Multivariable Cox's Regression พบว่า มีผู้เสียชีวิต 66 ราย ร้อยละ 14.07 หรือมีอัตราการเสียชีวิต 6.86 ต่อ 10,000 คนต่อวัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ติดตามคือ 192 วัน (24-365 วัน) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาเสียชีวิตคือ 49 วัน (1-365 วัน) ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตระหว่างรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่มีอาการน้อยกว่า 30 วัน (HR = 2.06, $p = 0.046$), โรคร่วม คือ หลอดเลือดหัวใจตีบ (HR = 3.80, $p = 0.006$), หลอดเลือดสมอง (HR = 3.57, $p = 0.017$), มะเร็ง (HR = 5.59, $p = 0.001$), ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (HR = 5.24, $p = 0.029$), อาการข้างเคียงระบบทางเดินอาหาร (HR = 3.33, $p = 0.001$) และการป่วยเป็นวัณโรคปอด เสมหะไม่พบเชื้อ และวัณโรคนอกปอด (HR = 2.67, $p = 0.008$ และ HR 2.31, $p = 0.042$ ตามลำดับ) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบ่งบอกว่า ควรมีการติดตามผู้ป่วยหลังรักษาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงแรกของการรักษาและพัฒนาระบบคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแต่เริ่มแรก รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ และการรักษาโรคร่วม

Abstract

Tuberculosis remains a major health problem in Thailand because the patients' mortality rate still high although the effective treatment program has developed. This retrospective cohort study was designed aiming to identify predictive factors of death during tuberculosis treatment and to explore the mortality rate of tuberculosis in Phrae province, Thailand. All patients diagnosed as TB and registred at Phrae hospital since October 2009- September 2011 were reviewed. All patients were followed since the time of diagnosis until the end of treatment. Univariable and Multivariable Cox's Regression were performed to identify possible predictors of death during treatment. There were 469 patients, reviewed; and 66 of them died during treatment (14.07%) or mortality density rate 6.86 per 10,000 persons-days. The median follow up time among

survival group was 192 days (ranging from 24 to 365 days) while that in mortality group was 49 days (from 1 to 365 days). Predictors of death were duration of symptoms shorter than 30 days (HR = 2.06, $p = 0.046$), comorbidities: ischemic heart disease (HR = 3.80, $p = 0.006$), cerebrovascular disease (HR = 3.57, $p = 0.017$), malignancy (HR = 5.59, $p = 0.001$), sepsis (HR = 5.24, $p = 0.029$), gastro-intestinal side effects from anti-TB drugs (HR = 3.33, $p = 0.001$), smear negative pulmonary TB (HR = 2.67, $p = 0.008$) and extra-pulmonary TB (HR 2.31, $p = 0.042$). The results of this study suggested that the early close monitoring system after initiating TB treatment is imperative. The early case detection, diagnostic guideline for diagnosis of smear negative pulmonary TB and co-morbidities control should be strengthened.

ประเด็นสำคัญ	Key words
อัตราการเสียชีวิต, ค่ามัธยฐานของระยะเวลาเสียชีวิต, ปัจจัยทำนายการเสียชีวิต, ประเภทของวัณโรค, โรคร่วม	mortality density rate, median follow up time, predictors of death, TB type, co-morbidities

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาในปี 2554⁽¹⁾ มีผู้ป่วยรายใหม่ 8.7 ล้านคนทั่วโลก ร้อยละ 80.00 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และผู้เสียชีวิตจากวัณโรคทั้งหมด 1.4 ล้านคน ร้อยละ 95.00 อยู่ในกลุ่มประเทศดังกล่าว

ประเทศไทยมีผลการควบคุมวัณโรคที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ จะเห็นได้จากอัตราการเกิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ลดลง และอัตราการรักษาหายสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง ในระยะ 2553-2554⁽²⁾ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลแพร์ ที่มีอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.12 เป็นร้อยละ 87.50 และร้อยละ 90.24 ในปี 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ แต่อัตราการเสียชีวิตระหว่างรักษาของผู้ป่วยวัณโรค รวมทุกประเภทของโรงพยาบาลแพร์ จะอยู่ในช่วงร้อยละ 11.00-14.00 ไม่มีแนวโน้มลดลง⁽³⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 45 ปี⁽⁴⁾ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾ ผู้ป่วยที่มีภาวะซีด ขาดอาหาร หรือน้ำหนักตัวน้อย การสูบบุหรี่และติดเชื้อ และมีประวัติเป็นวัณโรค

มาก่อน⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าในระหว่างการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต โดยเฉพาะภายใน 1-2 เดือนแรกของการรักษา⁽⁷⁾ โดยผลข้างเคียงที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้แก่ตับอักเสบ⁽⁸⁾ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในเดือนแรกของการรักษา จะมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ตี⁽⁸⁾ ส่วนประเภทของวัณโรค ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่า วัณโรคประเภทใดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต^(6,9) ถึงแม้ว่าการศึกษาต่าง ๆ ที่ผ่านมาจะพบว่ามีปัจจัยมากมายที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตสำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่เพียงพอที่จะสรุปว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายโอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรักษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตระหว่างรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร์ และหาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษาที่โรงพยาบาลแพร์ เพื่อใช้เป็นแนวทางป้องกันการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค และพัฒนาระบบงานวัณโรคต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2555 โดย

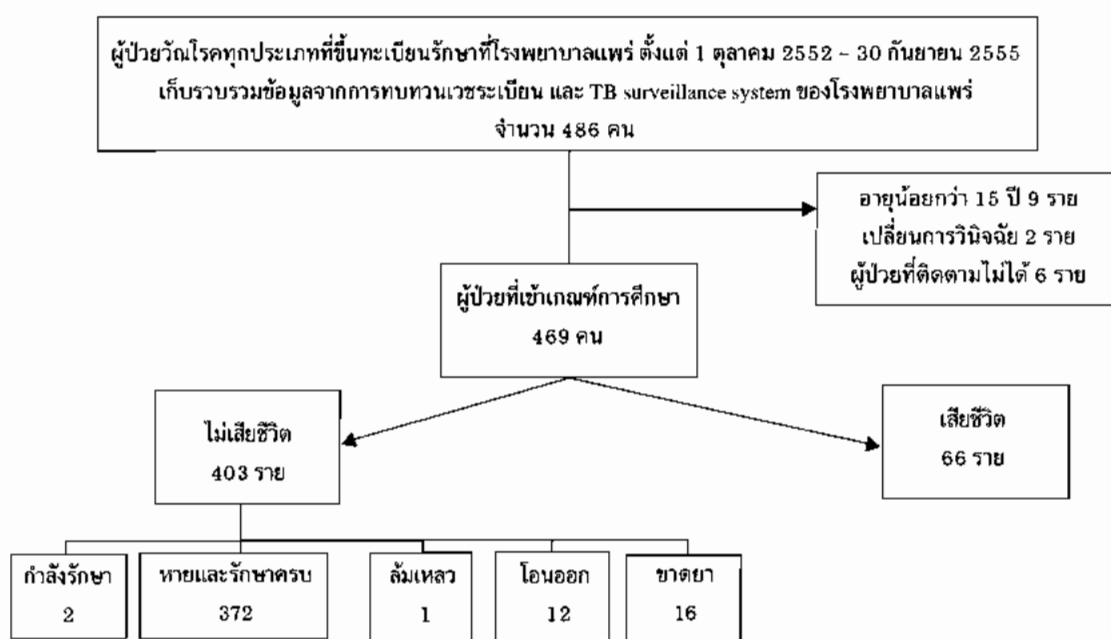
คัดเลือกผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ retrospective cohort study ทบทวนประวัติผู้ป่วยจากแบบบันทึกผู้ป่วยนอก ฐานข้อมูล M-record และระบบรายงานการเฝ้าระวังวัณโรคของโรงพยาบาล โดยรวบรวมผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ที่อยู่ สัญชาติ สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาที่มีอาการ อาการนำการเป็นเบาหวาน การติดเชื้อเอชไอวี น้ำหนักเริ่มต้นก่อนรักษา น้ำหนักเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น ผลเสมหะก่อนเริ่มรักษา ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น โรคร่วมทั้งหมดที่มีการบันทึกไว้ อาการที่พบระหว่างรักษา ได้แก่ ตับอักเสบ จากยา⁽¹⁰⁾ ผื่นคัน อาการข้างเคียงเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร อาการปวดตามร่างกาย อาการไอหรือหอบ

เหนื่อย ตามัว หูอื้อ หรือการได้ยินลดลง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย และชา ประเภของวัณโรค ประวัติเคยเป็นวัณโรคมาก่อนสูตรยาที่ได้รับ ติดตามผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่วันที่เริ่มต้นรักษาวัณโรค จนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษาวัณโรค วันที่สิ้นสุดการติดตาม คือ 31 ธันวาคม 2556 บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือ เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต (ภาพที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ใช้อธิบายค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มด้วย สถิติ t-test or Wilcoxon's rank sum test ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ exact probability test ท้าปัจจัยทำนายการเสียชีวิตด้วยสถิติ Univariable และ Multivariable Cox's Regression และสร้างกราฟ Kaplan-Meier แสดงอัตราการรอดชีวิต

ภาพที่ 1 Study Flow



ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนในช่วง 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2555 จำนวนทั้งหมด 486 ราย เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 469 ราย (ดูภาพที่ 1)

ผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ติดตาม คือ 192 วัน (24-365 วัน) ส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีค่ามัธยฐานของระยะการเสียชีวิตคือ 49 วัน (1-365 วัน) จากผู้ป่วยทั้งหมด 469 ราย เสียชีวิต 66 ราย

คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต (mortality density rate) 6.86 51.48 ปีตามลำดับ ($p < 0.001$) ส่วนลักษณะทั่วไปอื่น ๆ ต่อ 10,000 คนต่อวัน หรืออัตราป่วยตายร้อยละ 14.07 ได้แก่ เพศ สัญชาติ สถานภาพ ที่อยู่ อาชีพ สิทธิการรักษา ร้อยละ 56.06 ของผู้เสียชีวิตมีอายุมากกว่า 64 ปี อายุ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ในกลุ่มที่เสียชีวิตและเฉลี่ยของกลุ่มที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตคือ 63 ปี และ ไม่เสียชีวิต ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต

	ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต		ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เสียชีวิต		P- value
	จำนวน (n = 66)	ร้อยละ	จำนวน (n = 403)	ร้อยละ	
1. ปีที่ขึ้นทะเบียน					
2553	30	45.45	155	38.50	0.270
2554	20	30.30	110	27.30	
2555	16	24.24	138	34.20	
2. อายุ					
15-44	13	19.70	145	35.98	<0.001
45-64	16	24.24	151	37.47	
มากกว่า 64	37	56.06	107	26.55	
อายุเฉลี่ย (SD)	63 (17.02)		51.48 (17.69)		
3. เพศ					
ชาย	49	74.24	289	71.71	0.768
หญิง	17	25.76	114	28.29	
4. สถานภาพ					
โสด	15	22.73	130	32.26	0.169
คู่	44	66.67	245	60.79	
หม้าย/หย่า/ แยกทาง	7	10.61	22	5.46	
ไม่ระบุ	0		6	1.49	
5. สิทธิการรักษา					
เบิกได้	13	19.7	63	15.71	0.667
UC	46	69.7	297	73.57	
ประกันสังคม/ กองทุนทดแทน ข้าราชการ/ต่างด้าว	7	10.61	36	8.98	
0	0	0	7	1.75	
6. สัญชาติ					
ไทย	66	100	400	99.25	1.000
พม่า	0	0	3	0.75	
7. อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป	20	30.30	166	41.19	0.143
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	1.52	24	5.95	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	7.58	17	4.21	
เกษตรกรรม	14	21.21	71	17.61	
อื่น ๆ	26	39.39	125	31.01	
8. ที่อยู่					
อำเภอเมือง	29	43.94	154	38.21	0.415
นอกเขตอำเภอเมือง	37	56.06	249	61.79	
9. ดื่มสุรา (n = 162)					
ไม่ดื่ม	6	33.33	52	36.11	0.670
เคยดื่ม	8	44.44	49	34.03	
ดื่ม	4	22.22	43	29.86	

(ต่อ) ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต

	ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต		ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เสียชีวิต		P- value
	จำนวน (n = 66)	ร้อยละ	จำนวน (n = 403)	ร้อยละ	
10. สูบบุหรี่ (n = 174)					
ไม่สูบ	6	40.00	61	38.36	0.123
เคยสูบ	2	13.33	57	35.85	
สูบ	7	46.67	41	25.79	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต

	ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต		ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เสียชีวิต		p- value
	จำนวน (n = 66)	ร้อยละ	จำนวน (n = 403)	ร้อยละ	
1. ระยะเวลาที่มีอาการ (n = 336)					
ตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป	12	25.53	158	54.67	p < 0.001
ไม่เกิน 30 วัน	35	74.47	131	45.33	
ค่าเฉลี่ย (SD)	21.43 (33.81)		46.56 (68.72)		
2. อาการสำคัญ					
ไข้	19	28.79	121	30.02	p = 0.886
ไอมีเสมหะ	27	40.91	212	52.61	p = 0.085
ไอเป็นเลือดหรือเสมหะปนเลือด	6	9.09	43	10.67	p = 0.830
น้ำหนักลด	13	19.70	119	29.10	p = 0.138
เจ็บหน้าอก	7	10.61	29	7.09	p = 0.317
หอบเหนื่อย	20	30.30	103	25.56	p = 0.451
ปวดศีรษะ	13	19.70	66	16.38	p = 0.482
ปวดหลัง	1	1.52	18	4.47	p = 0.496
อาการทางระบบทางเดินอาหาร	8	12.12	23	5.71	p = 0.062
ก้อน	3	4.55	10	2.48	p = 0.407
ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง	2	3.03	4	0.99	p = 0.201
ไม่มีอาการ	1	1.52	5	1.24	p = 0.600
อื่นๆ	4	6.06	48	11.74	p = 0.206
3. เบาหวาน (n = 467)	12	19.05	67	16.83	p = 0.719
4. เอชไอวี (n = 416)	12	23.08	53	14.56	p = 0.150
5. น้ำหนักตัวก่อนรักษา (กก.) (n=464)					p = 0.424
ค่าเฉลี่ย (SD)	48.44 (10.64)		49.51 (9.78)		
6. น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (n = 376)					p = 0.042
ค่าเฉลี่ย	45.63 (9.37)		49.76 (9.64)		
7. ผลตรวจเสมหะก่อนเริ่มรักษา (n = 411)					p = 0.107
negative	29	49.15	118	33.52	
scanty	3	5.08	18	5.11	
1+	11	18.64	72	20.45	
2+	16	27.12	144	40.91	
8. ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (n = 289)					P = 0.391
negative	14	87.50	251	91.94	
scanty	0	0	5	1.84	
1+	2	12.50	11	4.03	
2+	0	0	6	2.20	

(ต่อ) ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต

	ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต		ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เสียชีวิต		P- value
	จำนวน (n = 66)	ร้อยละ	จำนวน (n = 403)	ร้อยละ	
9. โรคร่วมที่พบ					
ความดันโลหิตสูง	19	28.79	71	17.62	P = 0.050
หอบหืด/หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	12	18.18	38	9.43	P = 0.048
ไตวายหรือไตเสื่อม	8	12.12	23	5.74	P = 0.063
นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	2	3.03	11	2.73	P = 0.703
โลหิตจาง	30	45.55	153	37.97	P = 0.277
เกาต์	3	4.55	13	3.23	P = 0.481
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	9	13.64	6	1.49	P = 0.000
ตับอักเสบ	2	3.03	26	6.45	P = 0.403
โรคหลอดเลือดสมอง	6	9.09	8	1.99	P = 0.007
ใช้สารเสพติด	0	0	8	1.99	P = 0.608
มะเร็ง	5	7.58	7	1.74	P = 0.017
อัลบูมินในเลือดต่ำ	36	54.55	137	34.00	P = 0.002
ไทรอยด์	1	1.52	3	0.74	P = 0.456
ติดเชื้อในกระแสเลือด	5	7.58	1	0.25	P < 0.001
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	5	7.58	13	3.23	P = 0.155
10. อาการที่พบในระหว่างรักษาวัณโรค(ต่อ)					
ตับอักเสบ	15	22.73	48	11.91	P = 0.030
ผื่นคัน	3	4.55	48	11.91	P = 0.088
อาการระบบทางเดินอาหาร	29	43.94	44	10.92	P = 0.000
อาการปวดกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อ	1	1.52	24	5.96	P = 0.232
อาการระบบทางเดินหายใจ	3	4.55	6	1.49	P = 0.120
เวียนศีรษะ	0	0	10	2.48	P = 0.370
การมองเห็น	0	0	9	2.23	P = 1.000
การได้ยิน	0	0	5	1.24	P = 1.000
อ่อนเพลีย	4	6.06	13	3.23	P = 0.381
ชา	1	1.52	7	1.74	P = 1.000
11. ประเภทของวัณโรค					
วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ(M+)	25	37.88	231	57.32	P=0.013
วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (M-)	21	31.82	72	17.87	
วัณโรคนอกปอด (EP)	19	28.79	92	22.58	
วัณโรคดื้อยา (MDR)	1	1.52	9	2.23	
12. สถานะของการป่วยวัณโรค (n = 457)					P=0.638
รายใหม่	55	88.71	362	90.95	
เคยเป็นวัณโรคมามาก่อน	7	11.29	36	9.05	
13. สูตรยาที่ได้รับ(n=457)					P=0.029
new regimen	48	77.42	346	87.59	
MDR-regimen	1	1.61	13	3.29	
re-treatment regimen	0	0	4	1.01	
other	13	20.97	32	8.10	

จากข้อมูลทางคลินิก (ตารางที่ 2) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต มีระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยจนถึงวันที่มาตรวจเฉลี่ย 21.43 วัน ส่วนกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต จะมีระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยจนถึงวันที่มาตรวจเฉลี่ย 46.56 วัน ($p < 0.001$) อาการสำคัญของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังสิ้นสุดการรักษา 2 เดือนแรก พบว่า ในกลุ่มผู้เสียชีวิต มีน้ำหนักลดลง ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต น้ำหนักจะเพิ่มขึ้น ($p = 0.042$) ผลเสมหะก่อนเริ่มรักษาและหลังสิ้นสุด ระยะเข้มข้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเสมหะไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการป่วยเป็นเบาหวานและ การติดเชื้อเอชไอวีร่วมของทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน ภาวะความผิดปกติหรือโรคร่วม ที่แตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต และกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($p = 0.048$) โรคหลอดเลือดสมอง ($p = 0.007$) โรคเบาหวาน ($p = 0.017$) ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ($p = 0.002$) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($p < 0.001$) ส่วนอาการที่พบระหว่างรักษา วันโรคที่แตกต่างระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิต และไม่เสียชีวิต ได้แก่ การเกิดตับอักเสบ ($p = 0.030$) และอาการทางระบบทางเดินอาหาร ($p < 0.000$) ประเภทของการป่วยเป็นวัณโรคและสูตรยาที่ใช้รักษามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ($p = 0.013$ และ $p = 0.029$ ตามลำดับ)

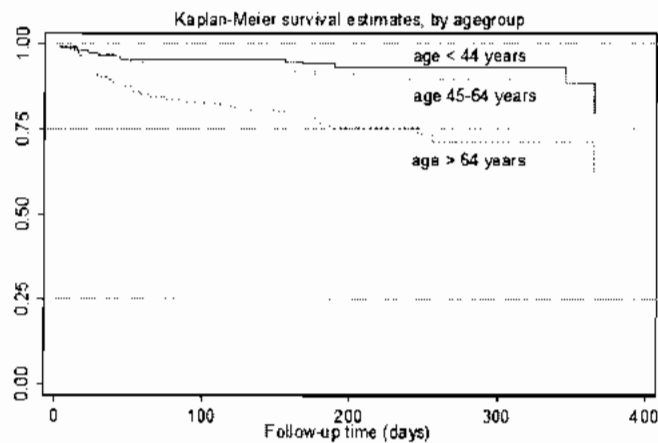
ตารางที่ 3 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตในระหว่างรักษาวัณโรค จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว

ลักษณะ	Hazard ratio	95% of CI	p-value
1. อายุ (ปี)			
มากกว่า 64	3.52	1.90 – 6.60	< 0.001
2. การดื่มสุรา			
เคยดื่ม	1.37	0.50 – 3.90	0.562
ดื่ม	0.83	0.20 – 2.90	0.766
3. สูบบุหรี่			
เคยสูบ	0.37	0.10 – 1.80	0.218
สูบ	1.72	0.60 – 5.10	0.329
4. ระยะเวลาที่มีอาการ			
ไม่เกิน 30 วัน	3.50	1.80 – 6.80	< 0.001
5. เบาหวาน	1.13	0.60 – 2.10	0.700
6. ติดเชื้อเอชไอวี	1.57	0.80 – 3.00	0.169
7. โรคร่วมที่พบ			
หอบหืด/หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	1.82	1.00 – 3.40	0.060
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	8.37	4.10 – 17.10	0.000
โรคหลอดเลือดสมอง	3.87	1.70 – 9.00	0.002
มะเร็ง	4.36	1.70 – 10.90	0.002
โลหิตจาง	1.22	0.80 – 2.00	0.417
อัลบูมินในเลือดต่ำ	2.11	1.30 – 3.40	0.002
การติดเชื้อในกระแสเลือด	9.82	3.90 – 24.60	0.000
8. อาการที่พบในระหว่างรักษา วันโรค			
ตับอักเสบ	1.86	1.00 – 3.30	0.036
อาการทางระบบทางเดินอาหาร	5.12	3.10 – 8.30	0.000
9. ประเภทของวัณโรค			
วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (M-)	2.67	1.50 – 4.80	0.001
วัณโรคปอดนอกปอด (EP)	1.83	1.00 – 3.30	0.047
10. สูตรยา			
other	2.36	1.30 – 4.40	0.006

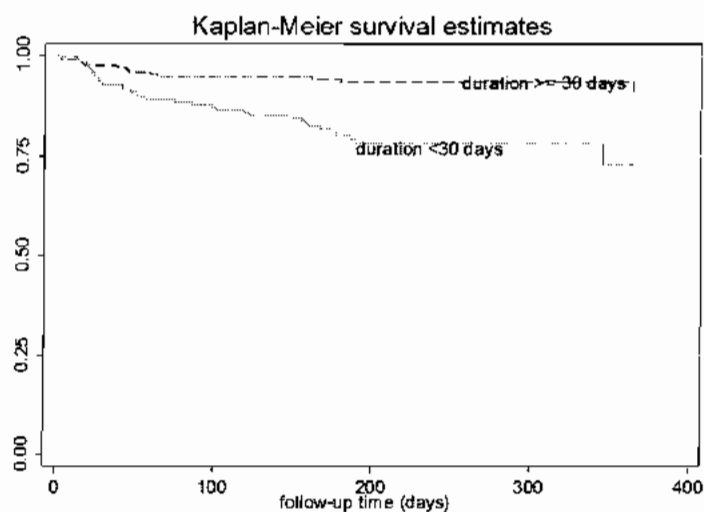
ตารางที่ 4 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตในระหว่างรักษาวัณโรค จากการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ

ลักษณะ	Hazard ratio	95% of CI	p-value
1. ระยะเวลาที่มีอาการสำคัญ	2.06	1.08 - 4.43	0.046
2. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	3.80	1.50 - 9.80	0.006
3. โรคหลอดเลือดสมอง	3.57	1.30 - 10.10	0.017
4. โรคเบาหวาน	5.59	2.00 - 15.80	0.001
5. การติดเชื้อในกระแสเลือด	5.24	1.20 - 23.10	0.029
6. อาการข้างเคียงระบบทางเดินอาหาร	3.33	1.60 - 6.70	0.001
7. ประเภทของวัณโรค			
วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (M-)	2.67	1.30 - 5.50	0.008
วัณโรคนอกปอด	2.31	1.00 - 5.10	0.042

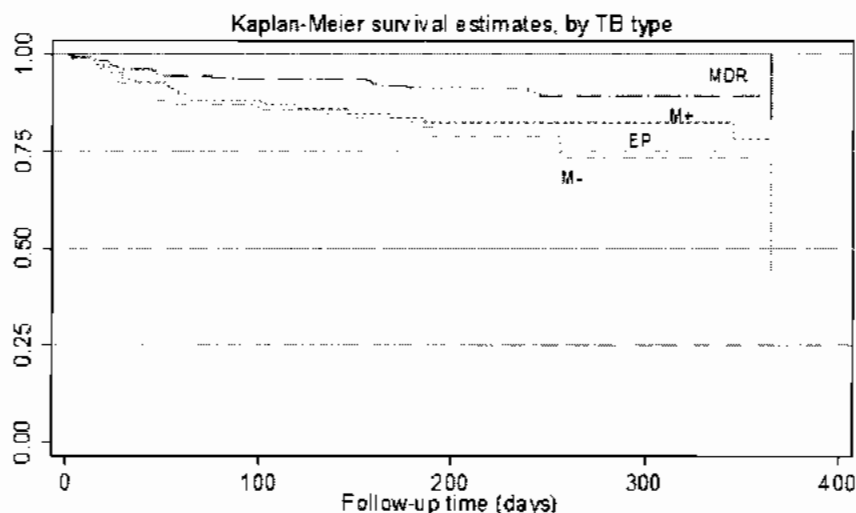
รูปที่ 2 Survival curve of tuberculosis by age group



รูปที่ 3 Survival curve of tuberculosis by duration of symptom



รูป 4 Survival curve of tuberculosis by TB type



เมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตในระหว่างรักษาวินโรค จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (ตารางที่ 3) พบว่า ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ผู้ที่อายุมากกว่า 64 ปี (HR 3.52 $p < 0.001$) (ภาพที่ 2) ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนมาโรงพยาบาลที่น้อยกว่า 30 วัน (3.50, $p < 0.001$) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมต่อไปนี้ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (HR 8.37, $p < 0.001$) โรคหลอดเลือดสมอง (HR = 3.87, $p = 0.002$) โรคมะเร็ง (HR = 4.36 $p = 0.002$), ภาวะอัลบูมินต่ำ (HR = 2.11, $p = 0.002$) และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (HR = 9.82, $p < 0.001$) ดัชนีกะโหลก (HR 1.86, $p = 0.036$) และอาการทางระบบทางเดินอาหาร (HR = 5.12, $p < 0.001$) การป่วยเป็นวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อและวัณโรคนอกปอด (HR = 2.67, $p = 0.001$ และ HR = 1.83, $p = 0.047$ ตามลำดับ) และการได้รับสูตรยาอื่น ๆ (HR = 2.36, $p = 0.006$)

เมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตในระหว่างรักษาวินโรค จากการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (ตารางที่ 4) พบว่า ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนมาโรงพยาบาลตั้งแต่ 30 วัน ขึ้นไป (HR = 2.06, $p = 0.046$) (ภาพที่ 3) มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (HR = 3.80, $p = 0.006$)

โรคหลอดเลือดสมอง (HR = 3.57, $p = 0.017$) โรคมะเร็ง (HR = 5.59, $p = 0.001$) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (HR = 5.24, $p = 0.029$) อาการข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร (HR = 3.33, $p = 0.001$) การป่วยเป็นวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อและวัณโรคนอกปอด (HR = 2.67 $p = 0.008$ และ HR = 2.31, $p = 0.042$) ตามลำดับ (ภาพที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครวมทุกประเภท ที่รักษาในโรงพยาบาลแพร์ คือ ร้อยละ 14.07 ซึ่งค่าที่ได้อาจจะสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคของประเทศที่มีค่าร้อยละ 6-7⁽²⁾ ทั้งนี้ เป็นเพราะระบบเฝ้าระวังวัณโรคของประเทศไทย จะเป็นข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อเป็นหลัก แต่ค่าที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาในจังหวัดเชียงราย⁽¹⁾ และใต้หวัน⁽¹¹⁾ ที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของวัณโรครวมทุกประเภท อยู่ที่ร้อยละ 12.00 - 17.00 นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเสียชีวิตจะสูงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹²⁾ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า แต่พบว่าการติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต อาจอธิบายได้ว่า

การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสร่วมด้วยขณะรักษาวัณโรค ทำให้โอกาสเสียชีวิตลดลง⁽¹³⁾

คำมัธยฐานของระยะเวลาการเสียชีวิตจากการศึกษาครั้งนี้คือ 49 วัน หรืออาจกล่าวได้ว่าร้อยละ 50.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิต มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 2 เดือนแรก หลังเริ่มรักษาวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในไนจีเรีย⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ร้อยละ 81.30 ของผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตจะเสียชีวิตภายใน 2 เดือนแรกหลังรักษา อาจเนื่องจากผลข้างเคียงจากยา ซึ่งพบมากในช่วงแรกของการรักษา การลุกลามของวัณโรค ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของผู้ป่วย การติดเชื้อแทรกซ้อน หรือโรคร่วมอื่นๆ ที่ทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดลง⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตใน 2 เดือนแรก ทำให้ไม่สามารถแปลผลได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทำนายการเสียชีวิตหรือไม่

การศึกษานี้พบว่า อายุ อาจไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงอิสระในการพยากรณ์โอกาสเสียชีวิตจากวัณโรค เนื่องจากเมื่อนำตัวแปรสำคัญอื่นๆ มาวิเคราะห์ร่วม พบว่า อายุที่มากกว่า 64 ปี ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่มีปัจจัยอื่นที่สำคัญ ได้แก่ โรคร่วมที่พบอาการข้างเคียงที่พบระหว่างรักษา ระยะเวลาของอาการสำคัญก่อนมาตรวจ และประเภทของวัณโรค ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

โรคร่วมที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค ได้แก่ โรคเมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองตีบ การติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่พบว่าโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต⁽⁶⁻⁷⁾ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบส่วนใหญ่จะไม่เกี่ยวกับวัณโรคโดยตรง อาจอธิบายได้ว่าผู้เสียชีวิตส่วนมากเป็นผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เหล่านี้สูง⁽¹⁶⁾ และในขณะที่รับยาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เหล่านี้ อาจไม่ได้รับการค้นหาหรือควบคุมให้ดี เพราะผู้ให้บริการทางการแพทย์อาจจะให้ความสนใจในการรักษาวัณโรคเป็นหลัก

การศึกษานี้พบว่า ดัชนีมวลกาย ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่อาการข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเมื่อเกิดภาวะดื่มน้ำไม่เพียงพอ แพทย์ผู้รักษาอาจปรับสูตรยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ส่วนอาการข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหารจะเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยที่สุด⁽¹⁷⁾ และทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียและพยากรณ์โรคไม่ดี

เป็นที่น่าสนใจว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคไม่เกิน 30 วัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังมานาน ทำให้เกิดความเคยชิน จึงมาพบแพทย์เมื่ออาการหนักมากแล้ว ดังข้อมูลจากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มเสียชีวิตระหว่างรักษาจะมีอาการนำทางระบบทางเดินอาหาร เช่น กินข้าวไม่ได้ อาเจียน ถ่ายเหลว เบื่ออาหาร มากกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า การป่วยเป็นวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อและวัณโรคปอดนอกปอด มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ เป็นข้อมูลที่อาจบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคสองกลุ่มนี้ ควรได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเสียชีวิตระหว่างรักษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานี้คือ ควรเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ระยะเวลาเริ่มมีอาการอาจไม่ชัดเจน รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ การติดตามผู้ป่วยระหว่างรักษาวัณโรค และการพัฒนาแนวทางรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมภาวะโรคเรื้อรังที่พบร่วม เพื่อป้องกันการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทของโรงพยาบาลแพร่ยังสูง ส่วนมากผู้ป่วยวัณโรคจะเสียชีวิตภายในระยะสองเดือนแรก

ของการรักษา และปัจจัยทำนายโอกาสเสียชีวิตได้แก่ โรคร่วมที่พบ คือ มะเร็ง หลอดเลือดสมองตีบ ติดเชื้อในกระแสเลือด หลอดเลือดหัวใจ อาการข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร ระยะเวลาของอาการสำคัญน้อยกว่า 30 วัน และประเภทของวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อและวัณโรคปอดนอกปอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วันชัย ล้อกาญจนรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล และทีมงาน เวชระเบียนโรงพยาบาลแพร่ที่ได้อำนวยความสะดวก เรื่อง การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบคุณอาจารย์สุรางค์รัตน์ พ้องพาน นักศึกษาปริญญาเอกกระบวนวิชาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The burden of disease caused by TB. WHO report 2011 [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];9-27. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564380_eng.pdf
2. Namwat C. Treatment outcome of Tuberculosis. TB situation in Thailand now and future; 5 March 2012; Thailand Science Park Convention Center. Nonthaburi: Bureau of Tuberculosis; 2012.
3. TB clinic. Annual Report 2010-2013: results of the tuberculosis control program in Phrae hospital. Phrae: Phrae provincial hospital; 2013.
4. Annuaiphon W, Anuwatnonthakate A, Nuyongphak P, Sinthuwatanawibool C, Rujiwongsakorn S, Nakara P, et al. Factors associated with TB death among HIV-uninfected TB patients in Thailand, 2004-2006. *Trop Med Int Health* 2009;14:1338-46.
5. Faurholt -Jepsen D, Range N, Praygod G, Jeremiah K, Faurholt-Jepsen M, Aabye M G, et al. Diabetes is a stronger predictor of mortality during tuberculosis treatment: a prospective cohort study among tuberculosis patients from Mwanza, Tanzania. *Trop Med Int Health* 2013;18:82-9.
6. Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. *J Res Med Sci [Internet]*. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>
7. Moolphate S, Aung M N, Nampaisan O, Nedsuwan S, Kantipong P, Suriyon N, et al. Time of highest tuberculosis death risk and associated factors: an observation of 12 years in Northern Thailand. *J Intern Med* 2011;4:181-90.
8. Ortiz B A, Carcamo C P, Sanchez J F, Rios J. Weight variation overtime and its association with Tuberculosis treatment outcome: A longitudinal analysis. *PLoS One [Internet]*. 2011 [cited 2013 Nov 6];6:1-5. Available from: <http://www.plosone.org/article/lookup?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0018474&representation=PDF>
9. Getahun B, Amerni G, Biadgilign S, Medhin G. Mortality and associated risk factors in a cohort of tuberculosis patients treated under DOTS programme in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Infectious Disease [Internet]*. 2011 [cited 2013 Nov 1];11:127. Available from: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6a8965d6-9050->

- 48ba-bf07-e5809f55d0bc%40sessionmgr112&hid=110
10. Saukkonen J, Cohn L D, Jasmer M R, Schenker S, Jereb J A, Nolan C M, et al. An official ATS statement: Hepatotoxicity of antituberculous therapy. *Am J Respir Crit Care Med* [internet]. 2006 [cited 2013 Nov 1];174:935-52. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.200510-1666ST>
 11. Lin H, Lin J, Kuo W, Wang Y, Hsu L, Chen J, et al. Tuberculosis mortality: patient characteristics and causes. *BMC Infectious Diseases* 2014;14:5.
 12. Straetemans M, Glaziou P, Bierrenbach A L, Sismanidis D, Marieke Werf J V. Assessing tuberculosis case fatality Ratio: A meta-analysis. *PLoS One* 2011;6:1-10.
 13. Akksilp S, Karnkawinpong O, Wattanaamornkiat W, Viriyakitja D, Monkongdee P, Sitti W, et al. Antiretroviral therapy during tuberculosis treatment and marked reduction in death rate of HIV-infected patients, Thailand. *Emerging Infectious Diseases* [Internet]. 2007 [cited 2014 March 1];3:1001-7. Available from: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/13/7/06-1506_article.htm
 14. Amoran OE. Rates and risk factors for mortality among Tuberculosis patients on directly observed therapy in rural Primary Health Care Centres in Ogun State, Nigeria. *Niger Med Pract* [Internet]. 2013 [cited 2014 March 1];63:74-82. Available from: <http://www.ajol.info/index.php/nmp/article/view/93828>
 15. Waitt C J, Peter N, Banda K, White A S, Kampmann B, Kumwenda J, et al. Early deaths during Tuberculosis treatment are associated with Depressed Innate Responses, Bacterial Infection, and Tuberculosis Progression. *JID* [Internet]. 2011 [cited 2014 March 3];204:358-62. Available from: <http://jid.oxfordjournals.org/content/204/3/358.long>
 16. Kwon S Y, Chi Y S, Oh J I, Kim S K, Kim Y I, Lim C S, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of tuberculosis in the elderly: a case control study. *BMC Infectious Diseases* 2013;13:121.
 17. Kumarjit S, Izora T, Marak R, Asoka S W. Adverse drug reactions in tuberculosis patients due to directly observed treatment strategy therapy: Experience at an outpatient clinic of a teaching hospital in the city of Imphal, Manipur, India. *JACP* 2013;1:50-3.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับพื้นที่ระบาดหนัก
จังหวัดยโสธร

Model development of Dengue fever prevention and control
for highly epidemic area in Yasothon Province

วิวัฒน์ วิริยกิจจา พ.บ. วท.ม.

Wiwat Wiriyaakijja M.D., M.Sc.

สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

The office of inspectors, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดหนัก จังหวัดยโสธร ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม ปี พ.ศ. 2556 โดยศึกษาเชิงคุณภาพ และเชิงทดลอง การศึกษาเชิงคุณภาพทำการสนทนากลุ่มระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อทราบ มาตรการควบคุมโรคของชุมชนที่มีอยู่เดิมก่อนการดำเนินการ และการศึกษาเชิงทดลองโดยกำหนดให้ตำบลศรีแก้ว อ.เลิงนกทา เป็นพื้นที่ปฏิบัติการ และตำบลสามัคคีซึ่งอยู่ติดกันเป็นพื้นที่ควบคุมในพื้นที่ปฏิบัติการดำเนินการ ตามกระบวนการการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดมาตรการทางสังคมและมาตรการเสริมขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะ พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังการระบาดของโรค ส่งเสริมวัฒนธรรมของชุมชน และส่งเสริมให้มีการ ปฏิบัติตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง ส่วนในพื้นที่ควบคุมให้ดำเนินไปตามแผนงานปกติ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสำรวจค่าความชุกของน้ำยุงลายและแบบศึกษาทางกึ่งวิทยา ทำก่อนและหลังดำเนินการ ตามลำดับในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาคือ ก่อนการดำเนินการ ทั้งพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุมต่างก็เป็นพื้นที่ ที่มีไข้เลือดออกระบาดหนักเท่ากับ 604.73 ต่อประชากรแสนคนและมีพฤติกรรมในการควบคุมและกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงและสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกใกล้เคียงกัน ในพื้นที่ปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ พฤติกรรมในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพฤติกรรมป้องกันตนเองและ สมาชิกในครัวเรือนจากไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมของชุมชนหลังการดำเนินการสูงกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และดัชนีลูกน้ำยุงลาย จำนวนยุงที่จับได้ในพื้นที่ปฏิบัติการลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยดังกล่าว ดัชนีลูกน้ำยุงลายและจำนวนยุงที่จับได้ ในพื้นที่ควบคุม ก่อนและหลังดำเนินการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 จากการศึกษา ครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ ในช่วงการระบาดของโรคไข้เลือดออก หน่วยงานระดับกรมควรผลักดัน ให้การแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นนโยบายสาธารณะ ที่ทุกภาคส่วนทุกภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติคือ ในพื้นที่ระบาดหนักของโรคไข้เลือดออก จำเป็นจะต้องสร้างการ มีส่วนร่วมของประชาชนอย่างกว้างขวาง และพัฒนาต่อยอดให้เกิดเป็นมาตรการทางสังคมเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง

Abstract

This study aimed to develop the model of Dengue Hemorrhagic fever (DHF) prevention and control for highly epidemic area in Yasothon Province during June–December, 2013. The study design is composed of the qualitative study and experimental study. The focus group was performed for collect data on the former DHF control measure in the community before intervention. For the experimental study, Tambon Srikeaw was assigned as the study area and the adjacent Tambon, namely Samakki, as control area. The study area was implemented by intervention with building people participation, setting up social measures, mobilizing social measures into public policies, implementing reinforcement measures, encouraging community innovations and enhancing people to follow the social measures continuously. While in the control area, the implementation was done following the usual plan. Data collection such as interview with questionnaire, mosquito larva survey and entomological study, was carried out at before and after intervention in both areas. The data analysis was conducted by using descriptive statistics and inference statistics and content analysis. The results revealed that: at baseline, both the study area and control area had DHF epidemic with rate of 604.73 per 100,000 population and people's behavior and community risk on DHF prevention and control at similar level. In the study area, the average score of knowledge, practice on DHF prevention and control of family members and community participation after intervention higher than before significantly at level of 0.05, otherwise, mosquito larva index and mosquito density after intervention were reduced significantly, comparing with before intervention. The control area the average score of knowledge, practice on DHF prevention and control of family members and community participation, mosquito larva index and mosquito density before and after intervention was not significantly different at level of 0.05. Following the result of this study, the recommendation on public health policy was the Ministry of Public Health should mobilizing social measures as public policies and building all network participation to implement DHF prevention and control measure in highly epidemic periods and recommendation for practice was in highly epidemic areas, building people participation and setting up social measures should be emphasized for surveillance and proper DHF prevention and control measure in various communities.

ประเด็นสำคัญ	Key words
การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	model development, DHF prevention and control

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้คาดคะเนว่าในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากถึง 120,000–150,000 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวนถึง 140–200 ราย และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจะสูงถึง 2,000 ล้านบาท ซึ่งจะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ⁽¹⁾ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก

ของจังหวัดยโสธรในช่วงปลายปี พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วยสูงอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยสูงเป็น 30 เท่าของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี⁽²⁾ และสถานการณ์การระบาดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 15 มิถุนายน ปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีการระบาดรุนแรงในทุกอำเภอ มีการรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกจำนวน 590 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 109.43 ต่อประชากรแสนคน

และเพิ่มขึ้นเกือบ 8 เท่าตัวเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี⁽³⁾ อำเภอที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคืออำเภอเลิงนกทา ค่าเฉลี่ยแค้น และไทยเจริญ อัตราป่วยเท่ากับ 139.70, 139.30 และ 133.06 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ทั้งนี้อำเภอเลิงนกทาเป็นอำเภอขนาดใหญ่ อันดับสอง รองจากอำเภอเมืองยโสธร และเมื่อจำแนกรายตำบลพบว่า ตำบลที่มีการระบาดหนักที่สุดคือตำบลศรีแก้ว พบผู้ป่วยจำนวน 34 คน คิดเป็นอัตราป่วยสูงถึง 604.73 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าทุกปีที่ผ่านมา และสูงเป็น 6 เท่าของอัตราป่วยภาพรวมระดับจังหวัด นอกจากนี้จากการสำรวจพื้นที่พบว่า เกือบทุกครัวเรือนมีภาชนะที่ไว้กักเก็บน้ำที่ไม่มีฝาปิด ทำให้เสี่ยงต่อการเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก และจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ชุมชนขาดการทำงานแบบบูรณาการ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย โดยเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขเครือข่ายบริการที่ 10 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และสำนักงานวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีการระบาดหนักดังกล่าวข้างต้น เพื่อหยุดยั้งสถานการณ์การระบาดที่กำลังเป็นอยู่ และเป็นการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงทดลอง

วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีสนทนากลุ่มกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุข 7 คน และเจ้าหน้าที่รพ.สต. 1 คน รวม 8 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง ที่ รพ.สต.ศรีแก้ว มีเนื้อหาการ

สนทนากลุ่ม คือ สภาพและปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกของชุมชนที่ผ่านมา พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างวันที่ 19 มิถุนายน 2556 ก่อนการดำเนินการ

วิธีการศึกษาเชิงทดลอง ดำเนินการในตำบลศรีแก้ว ตำบลสามัคคี และอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งมีอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดยโสธร โดยกำหนดให้กลุ่มประชาชนในตำบลศรีแก้ว อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ มีจำนวน 6 หมู่ มีจำนวนประชากร 3,106 คน เป็นประชากรในพื้นที่ปฏิบัติการ ส่วนประชาชนในตำบลสามัคคีที่อยู่ติดกับพื้นที่ปฏิบัติการ โดยเลือกหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของตำบล จำนวน 2 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น 1,303 คน เป็นประชากรในพื้นที่ควบคุมดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2556 ในพื้นที่ปฏิบัติการได้ดำเนินการคือ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การกำหนดมาตรการทางสังคม การขับเคลื่อนมาตรการทางสังคมสู่นโยบายสาธารณะ การใช้มาตรการเสริม การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังการระบาดของโรค การส่งเสริมวัฒนธรรมของชุมชน และการส่งเสริมปฏิบัติการตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง สำหรับในพื้นที่ควบคุมดำเนินการตามแผนงานโครงการที่กำหนดไว้ตามปกติ การเก็บข้อมูลทั้งในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุม ได้มีการศึกษาสภาพปัญหาของกระบวนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน เช่น ลักษณะประชากร ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค การมีส่วนร่วมกับชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน เป็นต้น โดยใช้แบบสอบถาม กำหนดจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในแต่ละพื้นที่ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน และ 130 คน ในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุมตามลำดับ สุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบจากบ้านเลขที่ที่สุ่มได้ของแต่ละหมู่บ้าน มีหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน

ตอบแบบสอบถาม ทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม 2 รอบ คือ ก่อนดำเนินการ (เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556) และหลังดำเนินการ (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556) และศึกษาสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของชุมชน เช่น การสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายและความหนาแน่นของยุงตัวแก่ โดยทีมวิจัยใช้วิธีค้นเป็นเหยื่อล่อและจับด้วยเครื่องช็อตยุงไฟฟ้า ดำเนินการ 2 รอบ ในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุม คือ ก่อนดำเนินการ (เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556) และหลังดำเนินการ (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556)

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เป็นต้น การสำรวจลูกน้ำยุงลายใช้ดัชนี HI (ร้อยละบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย) CI (ร้อยละของภาชนะน้ำขังที่พบลูกน้ำยุงลาย) ความหนาแน่นของยุงตัวเต็มวัยใช้อัตราการกัดของยุงลาย (จำนวนยุงตัวเมียต่อบุคคลต่อชั่วโมง) สำหรับการเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมกับชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงก่อนและหลังดำเนินการในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test และ Chi-square for trend สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. สภาพการณ์ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลศรีแก้ว

1.1 บริบทชุมชนตำบลศรีแก้ว

ตำบลศรีแก้ว อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีประชากรอาศัยอยู่จริง 4,172 คน ส่วนพื้นที่ที่ศึกษาเป็นพื้นที่ที่ตั้งของ รพ.สต.ศรีแก้ว จำนวน 6 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น 3,206 คน โดยบ้านศรีชุมพร หมู่ 9 เป็นพื้นที่ที่มีประชากรมากที่สุด รองลงมาคือบ้านศรีแก้ว หมู่ 1 ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ผลผลิตทางการเกษตรหลัก ได้แก่ อ้อย

และมันสำปะหลัง ทำให้รายได้ส่วนใหญ่มาจากภาคเกษตรกรรม ส่วนฤดูนอกการเกษตร แรงงานส่วนหนึ่งก็จะมีมารอพืชมาร้างเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมในชุมชนเมือง ส่วนใหญ่น้ำที่ใช้อุปโภคใช้น้ำประปาชุมชน แต่มีบางครั้งที่ครัวเรือนใช้น้ำบาดาลร่วมด้วย การกักเก็บน้ำ จากการลงสำรวจพบว่า เกือบทุกครัวเรือนมีฝาปิดมิดชิดประมาณร้อยละ 30.00 และภาชนะที่ใช้กักเก็บน้ำที่ไม่มีฝาปิดประมาณร้อยละ 70.00 ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพราะแหล่งเพาะพันธุ์ยุงส่วนใหญ่มีการใช้ห่อกระจ่ายข้าวสาลีสารในชุมชน และการบอกเล่าต่อๆ กัน รวมทั้งการเรียกประชุมในวาระสำคัญที่วัดหรือศาลากลางบ้าน ส่วนการสื่อสารกับภายนอกชุมชนนั้นส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่

1.2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อของ รพ.สต. ศรีแก้ว พบว่า เมื่อ 3 ปีที่ผ่านมาตำบลศรีแก้ว เคยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีอัตราป่วยถึง 121.19 ต่อประชากรแสนคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้วร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน มีการดำเนินการส่งเสริมรณรงค์ให้ชุมชนทำลายลูกน้ำยุงลาย การจัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้อเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สุ่มสำรวจมีการดำเนินงานตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เทศบาลตำบลศรีแก้วสนับสนุนทรายกำจัดลูกน้ำ น้ำยาเคมีพ่นฆ่ายุงลายรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ น้ำมันเชื้อเพลิงในการพ่นหมอกควัน ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้วรับหน้าที่จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในทุกหมู่บ้าน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่บ้าน ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน ภาคเครือข่ายเทศบาล โรงเรียน วัด อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน จัดกิจกรรมทำความสะอาดหมู่บ้าน พร้อมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แต่ผู้เข้าร่วมสนทนาต่างบอกว่า การดำเนินงานที่ผ่านมายังขาดการทำงาน

แบบบูรณาการ และขาดการประสานงานองค์กรในชุมชน ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย เข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ดังคำพูดที่ว่า “ให้อสม. ผู้มีเงินเดือนนั้นแหละทำ เราก็ทำที่บ้านตัวเอง เดือนละครั้ง 2 ครั้ง ชาวบ้านพูดอย่างนี้” “บางทีเราไปสำรวจพบลูกน้ำเรบอกกว่าพบลูกน้ำ ก็นอนเฉย บางคนบอกให้อสม. คำว่าโง่งให้ก็มี” ส่วนโรงเรียนของตำบลศรีแก้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มบอกว่ามีทั้งหมด 3 แห่ง ซึ่งโรงเรียนได้แต่งตั้งให้ครูอนามัยโรงเรียนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้โรคไข้เลือดออกหน้าเสาธง ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียนบริเวณที่มีน้ำขัง ซึ่งช่วงที่มีการเปลี่ยนครูอนามัย โรงเรียนขาดการดำเนินงานต่อเนื่อง ผู้ปกครองและนักเรียนขาดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำหรับวัดของตำบลศรีแก้ว อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบจะช่วยกันรักษาความสะอาดและล้างเปลี่ยนถ่ายน้ำ

ในท้องถิ่นให้ไม่เกิน 7 วัน แต่ยังทำไม่ต่อเนื่องทำให้พบลูกน้ำจำนวนมาก แหล่งที่มีลูกน้ำมากที่สุดคือ กระจ่างรูป-ดอกไม้ แจกัน โดยสรุประบบการป้องกันและควบคุมโรคในระดับหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่คล้ายคลึงกัน ผู้ทำความสะอาดครัวเรือนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน แต่ยังทำไม่ต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในชุมชนน้อย และผลกระทบให้เป็นของอาสาสมัครสาธารณสุข

1.3 ผลการศึกษาความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง

พฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของชุมชนและสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออก ก่อนการดำเนินการ การเปรียบเทียบทุกตัวแปรระหว่างพื้นที่ปฏิบัติการกับพื้นที่ควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกรายการ ซึ่งแสดงว่า ทั้ง 2 พื้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของชุมชนและสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออกของประชากรในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุมก่อนดำเนินการ

รายการ	รวม		กลุ่มที่ศึกษา				x ² for linear trend p-value
	จำนวน	ร้อยละ	พื้นที่ควบคุม		พื้นที่ปฏิบัติการ		
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก							
ต้องปรับปรุง	16	3.60	5	3.70	11	3.50	x ² = 0.5944 P = 0.4400
ปานกลาง	202	45.30	65	48.10	137	44.10	
ดี	228	51.10	65	48.10	163	52.40	
รวม	446	100	135	100	311	100	
ระดับการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงในการเป็นโรคไข้เลือดออก							
ต้องปรับปรุง	3	0.70	1	0.80	2	0	

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของชุมชนและสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออกของประชากรในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุมก่อนดำเนินการ

รายการ	รวม		กลุ่มที่ศึกษา				χ^2 for linear trend p-value
	จำนวน	ร้อยละ	พื้นที่ควบคุม		พื้นที่ปฏิบัติการ		
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการรับรู้ในความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก							
ต้องปรับปรุง	24	5.30	8				

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุม โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดหนัก ดำเนินการเฉพาะ ในพื้นที่ปฏิบัติการดังนี้

2.1 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการ

- ค้นหา key person ได้แก่ ประธาน อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน และผู้เฒ่าผู้แก่ที่ลูกหลานให้ความเคารพนับถือภายในคุ้มต่างๆ ตลอดจนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลังจากนั้นได้ พูดคุยทำความเข้าใจ และปรึกษาร่วมกับ key person เพื่อวางโครงการ ดำเนินงานโดยสังเขป

- การจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ไข้เลือดออก เพื่อให้ทุกคนได้รับรู้สภาพปัญหาไปพร้อมกัน

- การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาลดไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของ key person ผู้นำ แกนนำชุมชน อสม. และชาวบ้าน

- กำหนดมาตรการการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งกำลังระบาดอย่างหนัก ในชุมชนทุกหมู่บ้าน

- หาอาสาสมัครเพื่อมอบหมาย บทบาท หน้าที่ต่างๆ ตามแผนดำเนินงาน

- ดำเนินการตามแผนตามบทบาทหน้าที่ ที่กำหนด

2.2 กำหนดมาตรการทางสังคมโดย พัฒนาต่อยอดจากมติเวทีประชาคม เลือกเฉพาะ ประเด็นที่เป็นมาตรการของชุมชน และนำมาลงมติจน ตกลงวิธีการให้คุณให้โทษกันเองของชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน เช่น “ในกรณีพบลูกน้ำในครัวเรือนครั้งแรกจะตักเดือน ครั้งที่ 2 จะมอบธงรูปธงให้ และครั้งที่ 3 หากยังคงพบ ลูกน้ำยุงลายอยู่ จะประกาศ ชื่อ-สกุล และบ้านเลขที่ ผ่านเสียงตามสาย” (มาตรการของหมู่ที่ 3)

“มีการสูม ลูกน้ำยุงลายเดือนละ 4 ครั้ง โดย อสม. หากมีการพบลูกน้ำจะปรับภาชนะละ 20 บาท

ในกรณีที่ในบ้านของแกนนำ หรือ อสม. จะปรับ 3 เท่า และในกรณีที่พบลูกน้ำยุงลายเลยตลอดระยะเวลา 1 ปี จะมีการให้รางวัล เป็นเงินปีละ 300 บาท/หลังคาเรือน” (มาตรการของหมู่ที่ 6)

“มีการออกสำรวจลูกน้ำยุงลายทุก 2 สัปดาห์ หากพบมีการปักธงคือ *ธงสีแดง สำหรับพบ ลูกน้ำยุงลาย* ธงสีเขียว สำหรับปลอดลูกน้ำยุงลาย และจะประกาศรายชื่อออกหอกระจายข่าวด้วย” (มาตรการของหมู่ที่ 8)

2.3 การขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะ โดยการจัดเวทีสังเคราะห์มาตรการทางสังคม จากทุก หมู่บ้านมาเป็นนโยบายสาธารณะของตำบล ร่วมกับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว เทศบาลตำบลศรีแก้ว และแกนนำชุมชนได้นโยบาย สาธารณะ 3 ประเด็น ดังนี้

- ชาวบ้านทุกหลังคาเรือนต้องร่วมกัน ทำความสะอาดหมู่บ้านทุกวันที่ 15 ของเดือน

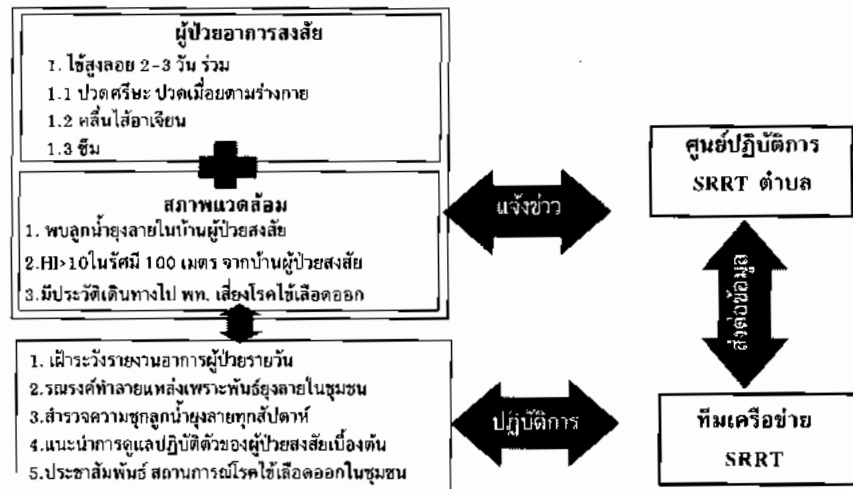
- ให้มีการประกาศรายชื่อออกหอกระจาย ข่าวได้ หากตรวจพบว่าไม่มีลูกน้ำ

- ให้รางวัลสำหรับบ้านที่ไม่พบลูก น้ำยุงลายตลอด 1 ปี จำนวน 300 บาท/หลังคา

2.4 การใช้มาตรการเสริมเพื่อหยุดยั้ง การระบาดหนัก โดยประสานความร่วมมือกับสำนักงาน พัฒนาวัดธรรมแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์เสริม คือ ทราย กำจัดลูกน้ำ มุ้งนาโน (สำหรับครัวเรือนที่ยากจนมาก ขาดมุ้งนอน) และโลชั่นกันยุง โดยกำหนดให้ใช้ มาตรการเสริม ควบคู่ไปกับมาตรการของชุมชนที่ได้จาก เวทีประชาคมของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อหยุดยั้งการระบาด อย่างหนักของไข้เลือดออก

2.5 พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังการระบาดของ โรคไข้เลือดออก ดังนี้

ระบบเฝ้าระวังไข้เลือดออก ของตำบลศรีแก้ว



2.6 การอบรมให้ความรู้ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก สำหรับประชาชนใน ห้องประชุม และผ่านทางหอกระจายข่าว

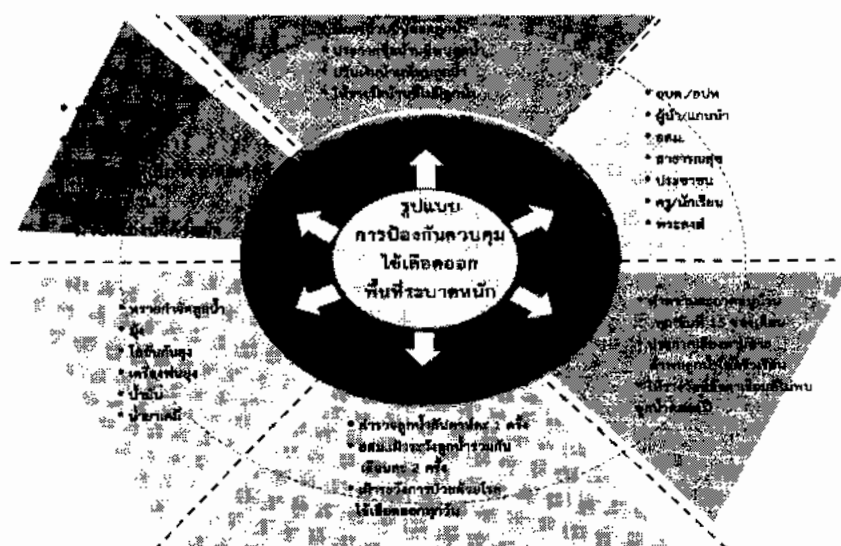
2.7 ส่งเสริมการพัฒนาวัฒนธรรมเพื่อ การป้องกัน และควบคุมลูกน้ำยุงลายของชุมชน เช่น การใช้ตะไคร้หอมไล่ยุง นำมาประดิษฐ์เป็นเครื่องใช้ การเย็บผ้าเป็นฝาครอบปิดโอ่งน้ำกินน้ำใช้ เป็นต้น

2.8 ส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง โดยระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ลูกน้ำยุงลายโดยใช้ระบบ แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระดับหนัก

ประเมินไข้หวัดระดับติดขอบของ อสม. และให้มีการสุม ลูกน้ำยุงลายของผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง

ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ และแกนนำชุมชนได้ ร่วมกันสังเคราะห์ กระบวนการและผลการดำเนินงาน พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ระดับหนัก ของ ต.ศรีแก้ว อ.เลิงนกทา สรปได้ ดังแผนภาพต่อไปนี้

สำหรับในหมู่บ้านควบคุมนั้นดำเนินการตาม



แผนงานปกติ โดยส่งเสริมแรงจูงใจให้ชุมชนทำลายลูกน้ำ ยุงลาย การจัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้อเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย สุ่มสำรวจ มีการดำเนินงานตามแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ของตำบลสามัคคี เทศบาลตำบลสามัคคี สนับสนุนทรายกำจัดลูกน้ำ น้ำยาเคมีพ่นฆ่ายุงลาย น้ำมัน เชื้อเพลิงในการพ่นหมอกควัน เป็นต้น การดำเนินการ ทำโดยเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลสามัคคี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ตามแผนงานโครงการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2556

3. ผลการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและ หลังการดำเนินการในพื้นที่ปฏิบัติการ และพื้นที่ ควบคุม

การดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดหนักตาม กระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ การรับรู้ทั้งในด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการมี ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพื้นที่ปฏิบัติการก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนร่วม และสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการระบาดของ โรคไข้เลือดออกดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้พฤติกรรม ในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง พฤติกรรม การป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนจากโรค ไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก และพฤติกรรมเสี่ยงที่เสี่ยงต่อการเป็น ไข้เลือดออกก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบความรู้พฤติกรรม ในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง พฤติกรรม การป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนจากโรค ไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก หลังดำเนินโครงการเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน ดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังพบว่าหลังดำเนินการสภาพแวดล้อมที่เสี่ยง ต่อการเป็นไข้เลือดออกลดลงกว่าก่อนดำเนินโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean Diff.	S.D. Mean Diff.	95%CI of mean diff.		t	df	Sig. 1 tailed
					Lower	Upper			
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 99)	8.62	1.16	0.29	1.342	0.025	0.561	2.172	98	0.016
หลังดำเนินการ (N = 99)	8.91	0.98							
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 99)	5.44	1.12	-0.07	1.387	-0.349	0.207	-0.510	98	0.306
หลังดำเนินการ (N = 99)	5.38	0.88							
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 99)	2.19	0.49	0.02	0.742	-0.128	0.168	0.271	98	0.394
หลังดำเนินการ (N = 99)	2.21	0.56							
พฤติกรรมในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 99)	5.19	3.97	1.22	5.019	0.221	2.223	2.423	98	0.009
หลังดำเนินการ (N = 99)	6.41	3.84							
พฤติกรรมในการป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนจากไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 99)	9.47	2.53							

(ต่อ) ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพื้นที่ปฏิบัติการก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean Diff.	S.D. Mean Diff.	95%CI of mean diff.		t	df	Sig. 1 tailed
					Lower	Upper			
การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกในชุมชน									
ก่อนดำเนินการ (N = 99)	7.31	2.48	0.75	1.561	0.436	1.059	4.766	98	0.000
หลังดำเนินการ (N = 99)	8.06	2.22							
สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 99)	12.84	2.91	-3.03	2.605	-3.550	-2.511	-11.575	98	0.000
หลังดำเนินการ (N = 99)	9.81	1.94							

ส่วนผลการเปรียบเทียบความรู้พฤติกรรม ใช้เลือดออก และพฤติกรรมเสี่ยงที่เสี่ยงต่อการเป็น ในการควบคุม และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง พฤติกรรม ใช้เลือดออก ของพื้นที่ควบคุม ก่อนและหลังดำเนินการ การป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนจากโรค ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพื้นที่ควบคุมก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean Diff.	S.D. Mean Diff.	95%CI of mean diff.		t	df	Sig. 1 tailed
					Lower	Upper			
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 96)	8.61	1.21	-0.01	0.533	-0.118	0.098	-0.191	95	0.424
หลังดำเนินการ (N = 96)	8.60	1.17							
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 96)	5.55	1.12	0.04	0.541	-0.068	0.151	0.754	95	0.226
หลังดำเนินการ (N = 96)	5.59	1.00							
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก									
ก่อนดำเนินการ (N = 96)	2.23	0.51	0.04	0.353	-0.030	0.113	1.157	95	0.125
หลังดำเนินการ (N = 96)	2.27	0.57							
พฤติกรรมในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออก									

3.2 ผลการเปรียบเทียบดัชนีลูกน้ำยุงลาย มีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 ทุกค่า ในขณะที่ ก่อนและหลังดำเนินการในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ ในพื้นที่ควบคุมค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้งก่อนและหลัง ควบคุม ดำเนินการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ปฏิบัติการหลัง ดำเนินการลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินการอย่าง ในระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังดำเนินการของพื้นที่ควบคุมและพื้นที่ปฏิบัติการ

ค่าความชุก แยกตามพื้นที่	ก่อนดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1)			หลังดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 9)		
	จำนวน ภาชนะ	พบลูกน้ำ	ร้อยละ	จำนวน ภาชนะ	พบลูกน้ำ	ร้อยละ
ค่า HI (บ้าน)						
พื้นที่ควบคุม	153	114	74.50*	147	121	82.30*
พื้นที่ปฏิบัติการ	320	225	70.30**	315	54	17.40**
ค่า CI (ภาชนะ)						
พื้นที่ควบคุม	508	148	29.10*	462	139	30.10*
พื้นที่ปฏิบัติการ	1,344	248	18.50**	1,125	63	5.60**
ค่า BI						
พื้นที่ควบคุม	153	148	96.70*	147	139	94.50*
พื้นที่ปฏิบัติการ	320	248	77.50**	315	63	20.00**

*p-value > 0.05 **p-value < 0.05

3.3 ผลการเปรียบเทียบความหนาแน่น สถิติในระดับ 0.05 ยกเว้นหมู่ที่ 9 ในขณะที่ในพื้นที่ ของยุงลายตัวเต็มวัยก่อนและหลังดำเนินการใน ควบคุมค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้งก่อนและหลังดำเนินการ พื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุมความหนาแน่นของยุงลาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ ตัวเต็มวัยในพื้นที่ปฏิบัติการ หลังดำเนินการลดลง 0.05 ดังตารางที่ 5

เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 5 ค่าความหนาแน่นของยุงตัวเต็มวัยจำแนกรายหมู่ก่อน และหลังดำเนินการของพื้นที่ควบคุมและพื้นที่ปฏิบัติการ

ค่าความหนาแน่น แยกตามพื้นที่	ก่อนดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1) (ตัว/ชั่วโมง)	หลังดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 9) (ตัว/ชั่วโมง)
พื้นที่ควบคุม		
หมู่ 6	452*	446 *
หมู่ 13	389*	380*
พื้นที่ปฏิบัติการ		
หมู่ 10	402**	72**
หมู่ 3	534**	151**
หมู่ 8	30**	12**
หมู่ 9	78*	80*
หมู่ 6	354**	84**
หมู่ 1	214**	48**

*p-value > 0.05 **p-value < 0.05

3.4 ผลการเปรียบเทียบการเกิดผู้ป่วยใน มิถุนายน-ธันวาคม 2556 พื้นที่ปฏิบัติการไม่มีผู้ป่วย
พื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุม ใช้เลือดออกอีกเลย ในขณะที่พื้นที่ควบคุมยังพบผู้ป่วย

ในระหว่างดำเนินการซึ่งเริ่มจาก เดือน ต่อเนื่องมาถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกใน ปี พ.ศ. 2556 จำแนกรายเดือนของพื้นที่ควบคุมและพื้นที่ปฏิบัติการ

เดือน		ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
อัตราป่วย/ พื้นที่ ประชากร (จำนวน)	พื้นที่ ปฏิบัติ การ	0.00 (0)	0.00 (0)	0.96 (3)	1.28 (4)	3.86 (12)	4.82 (15)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	10.95 (34)
	พื้นที่	0.00	0.00	0.00	0.76	3.07	4.60	3.84	2.30	1.53	1.53	0.76	0.00	18.42

วิจารณ์

การวิจัยและการพัฒนาแบบการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ ได้ส่งผลโดยตรง ต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา การระบาดหนักที่ชุมชนกำลังเผชิญ ในขณะที่เดียวกัน ก็ส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมในการควบคุมและกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมทั้งเพิ่มพฤติกรรม การป้องกันตนเอง และสมาชิกในครอบครัวจากโรค ไข้เลือดออก ส่งผลให้ค่าความชุกของลูกน้ำยุงลาย และ ความหนาแน่นของยุงตัวแก่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด และที่สำคัญคือทำให้ไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น อีกเลยนับจากวันที่การปฏิบัติการอย่างเข้มข้นสิ้นสุดลง ในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งถือว่าบรรลุตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เป็นอย่างดี เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบ ที่ใช้ในการดำเนินการเพื่อมุ่งไปสู่ความสำเร็จนั้นพบว่า มี 5 กระบวนการหลักที่สำคัญคือ⁽¹⁾ การสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชนทั้งในส่วน of ชาวบ้านแกนนำชุมชน องค์การ บริหารส่วนท้องถิ่น โรงเรียน พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข โดยได้สร้างการมีส่วนร่วมผ่านเวทีประชาคม ทุกหมู่บ้านเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ เลือกปัญหา และลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน สอดคล้องกับ Cohen and Uphoff⁽⁴⁾ ที่ได้จำแนก ถึงระดับการมีส่วนร่วมที่จะนำไปสู่การพัฒนานั้นต้อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ (1) การมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ (2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ

(4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ จะเห็นว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชนเป็น กระบวนการที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่กำลังระบอบอย่างหนัก และ เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนทั้งหมด ถือเป็นการสร้างศักยภาพหรือพลังความรู้ความสามารถ ของทุกภาคีเครือข่ายให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เพื่อร่วมกันดำเนินงานได้สำเร็จ⁽²⁾ การสร้างมาตรการ ทางสังคมนอกจากการสร้างการมีส่วนร่วมแล้ว ยังได้ ส่งเสริมให้มีการยกระดับมาตรการของชุมชนจากเวที ประชาคมให้พัฒนาขึ้นเป็นมาตรการทางสังคม ภายใต้ พื้นฐานที่ว่าผู้กำหนดและถือปฏิบัติคือประชาชนเจ้าของ พื้นที่⁽⁵⁾ เนื่องจากกลไกเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่กำลังระบอบอย่างรุนแรงนั้น จำเป็นจะ ต้องมีการขับเคลื่อนมาตรการอย่างต่อเนื่องจากทุกครัวเรือน และทุกภาคีเครือข่าย จึงจะสามารถรับมือได้โดยมาตรการ ทางสังคมจะเป็นตัวช่วยเสริมความเข้มแข็งให้ระบบ ดังกล่าวขับเคลื่อนไปตามกติกาที่ได้ตั้งไว้อย่างจริงจัง⁽³⁾ การผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เทศบาล ตำบลศรีแก้วเข้ามามีบทบาทในการดูแลทุกข์สุขของ ประชาชน รวมทั้งความเป็นระเบียบเรียบร้อยของชุมชน โดยรวมมากยิ่งขึ้น เป็นการกระตุ้นให้เกิดการแสดงออก ซึ่งความรับผิดชอบของฝ่ายการเมือง⁽⁶⁾ ที่มีต่อสถานการณ์ การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ประชาชนกำลังเผชิญ⁽⁴⁾ การพัฒนานวัตกรรมป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน และสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย SRRT ตำบล⁽⁷⁾

โดยมีนายกเทศบาล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นหลักในการดำเนินงาน และ⁽⁵⁾ เกิดเครือข่ายการเฝ้าระวังควบคุมโรคในระดับหมู่บ้านหรือครัวเรือน⁽⁶⁾ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนทุกคนในหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาท ส่งผลให้เกิดความรวดเร็วในการตรวจจับ การระบาดของโรคในชุมชน ทำให้ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว และควบคุมโรคเร็ว” เกิดนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก เช่น สมุนไพรไล่ยุง การใช้ปลากะตักในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย จนเกิดธนาคารปลากะตัก เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ต้องขับเคลื่อนไปพร้อม ๆ กัน จึงจะสามารถรับมือกับสถานการณ์การระบาดอย่างหนักของโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อจำกัดในการวิจัย การเก็บข้อมูลหลังดำเนินการทั้งในพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุมโดยตามเก็บกับผู้ใช้ข้อมูลคนเดิม เก็บได้น้อย (พื้นที่ปฏิบัติการได้เพียง 99 คน และพื้นที่ควบคุมได้เพียง 96 คน) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกไปตัดอ้อยรับจ้างนอกพื้นที่ตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม โดยไปเกือบทุกหลังคาเรือน ทำให้ติดตามไม่ได้ และการสำรวจค่าความชุกลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ควบคุมไม่ได้ดำเนินทุก 2 สัปดาห์ เหมือนพื้นที่ปฏิบัติการ เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานป้องกันควบคุมโรคของประชาชนเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่องานวิจัยได้ จึงให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการสำรวจตามระบบปกติ และพบว่าผลสำรวจค่าความชุกลูกน้ำยุงมีค่าต่ำมาก และไม่น่าเชื่อถือ จึงนำเสนอผลเพียง 2 ครั้ง ที่ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการสำรวจก่อนและหลังดำเนินการเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในช่วงการระบาดหนักของโรคไข้เลือดออก หน่วยงานระดับกรมควรผลักดันให้การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นนโยบายสาธารณะที่ทุกภาคส่วน ทุกภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมทั้งการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เสริมที่จะเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ในพื้นที่ที่กำลังมีการระบาดอย่างหนักของโรคไข้เลือดออก จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนอย่างกว้างขวาง จึงจะหยุดยั้งการระบาดได้ และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงาน จะต้องมีการยกระดับความร่วมมือให้เกิดเป็นมาตรการทางสังคม และผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะในประเด็นที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

2. สร้างความตระหนักให้ประชาชนมีจิตสำนึก ร่วมรับผิดชอบดูแลพื้นที่สาธารณะของชุมชนมากขึ้น

3. การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หรือมาตรการเสริม เช่น ทรายกำจัดลูกน้ำ โลชั่นทากันยุง มุ้ง และอื่นๆ ยังมีความจำเป็นสำหรับชุมชนที่มีการระบาดหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. มติ ครม. วันที่ 12 มีนาคม 2556 เรื่องการควบคุมและป้องกันการระบาดใหญ่ของไข้เลือดออกปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 13 พ.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: http://www.facebook.com/permalink.php?id=2623030738657story_fbid
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกปี 2552-2555 สรุปผลการดำเนินงานโรคติดต่อปี 2555. ยโสธร: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดยโสธร ปี 2556. ยโสธร: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2556.
4. Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. Rural development participation: concept and measures for project design implementation and evaluation. Rural Development Committee Center for In-

- ternational Studies, New York: Cornell University Press; 1981.
5. อมร นนทสุด. “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์-ก้าวใหม่ของการบริหารจัดการสุขภาพ” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: http://www.ipisear.org/srm/files/530801_srm_health_mge.pdf
 6. Anderson, James E. Public policy-making: introduction. 2 nd. New York: Houghton Mifflin Company; 1994.
 7. World Health Organization. WHO report: Global strategy for Dengue prevention and control 2012–2020. Geneva: World Health Organization; 2012.
 8. Phuanukoonon S. Effective of Dengue control practices in household water containers in North-east Thailand. *Tropical Medical and International Health* 2005;10:755–63.

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร
ในจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2555

Evaluation of Hand Foot and Mouth disease and Enterovirus surveillance in
Songkhla Province, 2012

ลัดดาวัลย์ สุขุม สด.ม.

Laddawan Sukhum M.A.

(Medical and Health Social Sciences)

นลินี ช่วยดำรง คท.ม.

Nalinee Chaudamrong M.Sc.

ศุภราภรณ์ พันธุ์ระ สส.ม.

Supparaporn Puntara M.S.W.

หทัยทิพย์ จูทอง ร.ป.ม.

Hataitip Chuthong M.P.A.

กษมา เทวรินทร์ภักดี พย.บ.

Kassama Tewintarapakti B.N.S. (Nursing)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

The office of Disease Prevention and Control 12

สงขลา

Songkhla

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานจากโรงพยาบาล คุณลักษณะที่สำคัญของระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร โดยศึกษาเชิงสำรวจคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคดังกล่าว ในโรงพยาบาลรัฐบาลของจังหวัดสงขลา จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลสิงหนคร และโรงพยาบาลรัตภูมิ ศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2555 ผลการศึกษาพบว่า ความไวในการรายงานเพียงร้อยละ 37.6 ค่าพยากรณ์บวกในการรายงาน ร้อยละ 77.1 ข้อมูลที่ศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์ได้ รายงานทันเวลา (0-3วัน) ร้อยละ 86.0 ความถูกต้องของข้อมูลตัวแปรตั้งแต่ร้อยละ 74.8 ถึงร้อยละ 100 ในขณะที่ระบบเป็นที่ยอมรับอย่างดี ระบบมีความยืดหยุ่น และมีความง่ายไม่ซับซ้อนในการรายงาน รวมทั้งความมั่นคงของระบบ มีแนวทางชัดเจน กำหนดจากส่วนกลาง และมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค โดยภาพรวมของระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร จังหวัดสงขลา ควรพัฒนาและปรับปรุงให้มีความไวเพิ่มขึ้นเพื่อจะได้ตรวจจับการระบาดได้รวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Abstract

This study aimed to describe reporting system in hospital and important characteristics of surveillance system of the Hand Foot and mouth disease (HFMD) and Enterovirus. It was carried out in 5 government hospitals in Songkhla namely Hadyai hospital, Songkhla hospital, Ranode hospital, Singhanakorn hospital and Rattaphum hospital by reviewing reported HFM patients from Jan 1 - Dec 31, 2012. The results reveal that the sensitivity of reporting only was 37.6% and predictive value positive (PVP) was 77.1%. The

samples could be representative for situation of those in Songkhla. The timeliness of reporting was 0–3 days 86.0%. The data accuracy of variables was varied from 74.8% to 100%. Qualitative data showed this system had a high acceptability, simplicity and flexibility. In addition, the system was well developed and stable including its usefulness for detection outbreak and monitoring interventions for disease prevention and control. For this study, It demonstrated that HFM surveillance system in Songkhla should be improved its sensitivity of reporting for increasing early detection an outbreak and effective disease control.

ประเด็นสำคัญ

การประเมินระบบเฝ้าระวัง, โรคมือ เท้า ปาก

Key words

evaluation of surveillance system,
Hand Foot Mouth disease

บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ได้รับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาามาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ในระยะสิบปีที่ผ่านมา มีการระบาดของโรคหลายครั้ง ในประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะ ใน พ.ศ. 2555 มีการระบาดในวงกว้างทั้งประเทศไทย กัมพูชา และเวียดนาม มีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 54 ราย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ทั้งหมด 45,618 ราย เสียชีวิต 2 ราย สำหรับจังหวัด สงขลามียุผู้ป่วยจำนวนป่วยทั้งสิ้น 641 ราย (อัตราป่วย 46.9 ต่อประชากรแสนคน) ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต⁽²⁾ และมีแนวโน้มระบาดมากกว่าปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม โรคมือ เท้า ปาก ที่อาการไม่ชัดเจน อาจไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และกรณีอาการรุนแรงอาจได้รับการวินิจฉัยเป็น Encephalitis, Pneumonitis, Pulmonary edema, หรือ Myocarditis โดยไม่ได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาหลักฐานการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ทำให้ไม่มีการรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา จึงได้ดำเนินการประเมิน ระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัส เอนเทอโร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาขั้นตอน การรายงานโรคของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา

ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ ได้แก่ ความไวของการรายงาน ค่าพยากรณ์บวก ความเป็นตัวแทน ความทันเวลา และความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล และศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง ได้แก่ การยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง ความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความมั่นคงของระบบ และการนำไปใช้ ประโยชน์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบ เฝ้าระวังโรค มือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ของจังหวัดสงขลา

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ เลือกโรงพยาบาล รัฐบาลที่จะดำเนินการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 โรงพยาบาล โดยให้ครอบคลุม โรงพยาบาล 3 ขนาด คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง เลือกโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง เลือกโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (30–60 เตียง) 3 แห่ง โดยเลือกโรงพยาบาลละโนด โรงพยาบาลสิงหนคร และโรงพยาบาลรัตภูมิ ประชากรที่ ทำการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี ที่มารับ การรักษาที่โรงพยาบาลที่เลือก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2555 สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ

เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ได้แก่ รายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคแผลในคอหอย (Herpangina) จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) สำนักระบาดวิทยา พ.ศ. 2555⁽²⁾ เวชระเบียนผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามการวินิจฉัยโรค จากผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2555 ขนาดตัวอย่างของเวชระเบียน คำนวณจากสูตร $n = Z^2pq/d^2$ ($Z = 1.96$ $p = 50\%$ $q = 1-p$ $d = 10\%$) = 97 ในที่นี้ต้องการจำนวนเวชระเบียน ที่จะทบทวนทั้งหมดเป็น 3 เท่า คือประมาณ 300 รายต่อโรงพยาบาลหนึ่งแห่ง การสุ่มตัวอย่าง รหัส B08.4, B08.5, และ K12.0 สุ่ม 300 เวชระเบียน โดยกำหนด สัดส่วนการสุ่มเลือกแต่ละรหัสการวินิจฉัย ให้เป็นสัดส่วน เดียวกัน การเก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้แบบ ทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรค ติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม สำเร็จรูป

วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวัง โรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอำเภอ ประมาณ แห่งละ 3-5 คน เกี่ยวกับขั้นตอนการรายงานโรค และความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ตามแบบสัมภาษณ์ ระบบเฝ้าระวังมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัส เอนเทอโร

การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดตัวแปรที่ต้องการ การศึกษาตามคุณลักษณะเชิงปริมาณ โดยดัดแปลง จากแนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคของ Centers of Disease Control and Prevention (CDC)^(3,4) ดังนี้ ความไวของการรายงาน คือ ร้อยละของจำนวนรายงาน ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ที่เข้าได้ตามนิยามเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้า ได้ตามนิยาม ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในระยะ เวลาที่ทำการศึกษา

ค่าพยากรณ์บวก คือ ร้อยละของจำนวน รายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัส เอนเทอโรที่เข้าได้ตามนิยาม เมื่อเทียบกับจำนวนรายงาน ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ทั้งหมด ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ความเป็นตัวแทน หมายถึง ลักษณะทาง ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อ ไวรัสเอนเทอโรที่ได้จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เปรียบเทียบกับลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ที่มารับ การรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ความทันเวลา คือ ร้อยละของการรายงาน ผู้ป่วยกรณีอาการรุนแรงหรือมีผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนภายใน 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่วินิจฉัยจนถึงวันที่รายงาน เข้าระบบเฝ้าระวัง⁽⁵⁾ และกรณีปกติผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรายงานเข้าระบบ เฝ้าระวังภายใน 3 วัน⁽⁶⁾

ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล คำนวณ เป็นร้อยละของความถูกต้องของการบันทึกตัวแปร ต่าง ๆ เช่น ประเภทผู้ป่วย อายุ เพศ เชื้อชาติ อำเภอ วันเริ่มป่วย และวันที่วินิจฉัย ของผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร เข้าสู่รายงาน 506

การศึกษาเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้ content analysis ในประเด็นการยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง ความยากง่าย ความยืดหยุ่น และความมั่นคงของระบบ และการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษา

1. ระบบการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และ โรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรในหน่วยงาน

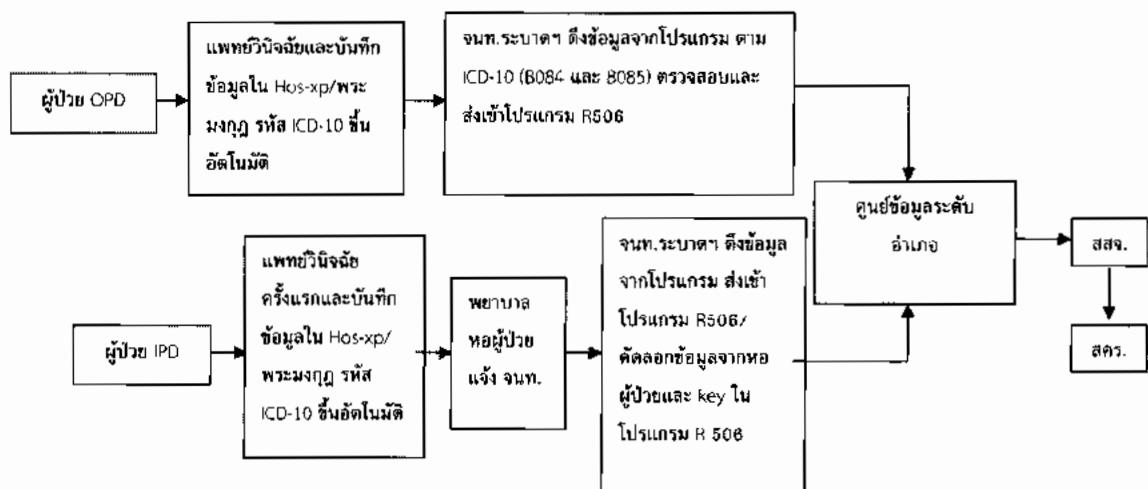
1.1 กรณีผู้ป่วยนอก เมื่อมีผู้ป่วยมารับ การรักษาแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมือ เท้า ปาก และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมรักษาของโรงพยาบาล (Hos-xp/พระมงกุฎ) รหัส ICD-10 ขึ้นอัตโนมัติ เจ้าหน้าที่ระบาดฯ ดึงข้อมูลจากโปรแกรม ตาม ICD-10 (B08.4 และ B08.5) ทุกวัน ในโรงพยาบาลชุมชน

เจ้าหน้าที่ระดับตรวจสอบว่ามีอาการและอาการแสดงตามนิยามและส่งเข้าโปรแกรม R506 แล้วส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอทุกวัน สำหรับโรงพยาบาลใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนดึงข้อมูลจากโปรแกรมรักษาของโรงพยาบาลและส่งเข้าโปรแกรม R506 ทุกวัน

1.2 กรณีผู้ป่วยใน เมื่อมีผู้ป่วยมารับการรักษา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมือ เท้า ปาก และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมรักษาของโรงพยาบาล (Hos-xp/พระมงกุฎ) รหัส ICD-10 ขึ้นอัตโนมัติ เจ้าหน้าที่

ระดับฯ สามารถดึงข้อมูลจากโปรแกรมรักษาของโรงพยาบาลและส่งเข้าโปรแกรม R506 ทุกวัน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งใช้โปรแกรมรักษา พระมงกุฎยังไม่สามารถดึงข้อมูลผู้ป่วยในมาใช้ได้ จะมีเจ้าหน้าที่ไปเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยทุกวัน และส่วนหนึ่งจะไปเก็บเมื่อได้รับแจ้ง (หลังจากที่ไปเก็บข้อมูลประจำวันแล้ว) แล้วนำมาบันทึกเข้าโปรแกรม R506 เอง แล้วส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอทุกวัน สำหรับผู้ป่วยที่ final diagnosis เป็นโรคมือ เท้า ปาก เจ้าหน้าที่เวชสถิติจะเป็นผู้ลงรหัส ICD-10 (รูปที่1)

รูปที่ 1 โครงสร้างระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรคมือ เท้า ปาก ของจังหวัดสงขลา



2. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

วันที่ 1 มกราคม 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม

2555 จากฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลศูนย์
หาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาล

โรงพยาบาลสิงหนคร และโรงพยาบาลรัตภูมิ พบจำนวน

เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 1,225 ราย

และนำมาทำการศึกษาในรายละเอียดคุณลักษณะเชิงปริมาณ จำนวน 860 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2

โรงพยาบาล	B	
-----------	---	--

จำนวนเวชระเบียน สุ่มจำนวน

ความไวในการรายงานของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) จากการประเมินพบว่า ความไวในการรายงานของโรงพยาบาล 5 แห่ง คิด

คำพยากรณ์บอกในการรายงานของระบบ

เผื่อระวัง (Predictive Value Positive) พบว่าค่าพยากรณ์บวกในการรายงานของโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ความไวหรือความไว (sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (PVP) ของโรคมือ

โรงพยาบาล	Sensitivity	P
-----------	-------------	---

ความเป็นตัวแทน ได้ทำการประเมินในสามตัวแปร คือ อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง ม

อัตราส่วนเพศและอายุ พบความเป็นตัวแทนที่ใกล้เคียงกัน โดยอัตราของเพศชายและเพศ

สำรวจพบอัตราส่วนเป็น 1.5: 1 แต่ในตัวแปรมัธยฐานของอายุเท่ากัน สามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์ และเดือนที่เริ่มป่วยพบว่า ข้อมูลที่ได้สามารถสะท้อนสถานการณ์อัตราป่วยจำแนกรายเดือนได้

ความทันเวลา จากการประเมินข้อมูลความทัน

เวลา ในการรายงานพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รายงานทั้งหมด 222 ราย ทันเวลา (0-3 วัน) เป็นร้อยละ 86.0 โดยรายงานภายใน 24 ร้อยละ 27.9 และรายงานภายใน 3 วัน ร้อยละ 58.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความทันเวลาผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2555 จำแนกรายโรงพยาบาล

ความ ทันเวลา	รพ.หาดใหญ่		รพ.สงขลา		รพ.ระโนด		รพ.รัตภูมิ		รพ.สิงหนคร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภายใน 24 ชม.	34	60.7	14	14.4	1	5.3	3	13.6	10	35.7	62	27.9
1-3 วัน	17	30.4	62	63.9	17	89.5	15	68.2	18	64.3	129	58.1
>3 วัน	5	8.9	21	21.6	1	5.3	4	18.2	0	0.0	31	14.0
รวม	56	100	97	100.0	19	100	22	100	28	100	222	100

ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังจากข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วยที่รายงานโรคในระบบเฝ้าระวังโรค (รง. 506) เปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการสำรวจจากเวชระเบียน โดยตรวจสอบเฉพาะเวชระเบียนที่มีข้อมูลและถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคทั้ง 5 โรงพยาบาล จำนวน 222 ราย ใน

ตัวแปรที่สำคัญ เช่น ประเภทผู้ป่วย อายุ เพศ เชื้อชาติ ที่อยู่ (อำเภอ) วันเริ่มป่วย วันพบผู้ป่วย พบว่า ถูกต้องทุกตัวแปร ร้อยละ 71.6 จำแนกรายตัวแปรพบว่า ตัวแปรเพศ และอำเภอ ถูกต้องมากที่สุดร้อยละ 100 ตัวแปรวันเริ่มป่วยถูกต้องน้อยที่สุดร้อยละ 74.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความถูกต้องของตัวแปร ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2555 จำแนกรายโรงพยาบาล

ความ ทันเวลา	รพ.หาดใหญ่		รพ.สงขลา		รพ.ระโนด		รพ.รัตภูมิ		รพ.สิงหนคร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทผู้ป่วย	55	98.2	94	96.9	19	100	22	100	28	100	218	98.2
อายุ	55	98.2	97	100	19	100	22	100	28	100	221	99.5
เพศ	56	100	97	100	19	100	22	100	28	100	222	100
เชื้อชาติ	56	100	97	100	19	100	21	95.5	28	100	221	99.5
อำเภอ	56	100	97									

3. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการรายงานโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ได้แก่ ผู้บริหาร (ผชชว./หัวหน้างานควบคุมโรค/หัวหน้ากลุ่มระบาดฯ/ผอ.รพ./ผอ.สคร.) ผู้ปฏิบัติการ (แพทย์/พยาบาล/SRRT/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดฯ) จำนวน 32 คน ซึ่งร้อยละ 56.2 รับผิดชอบงานปัจจุบันเป็นเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 43.8 รับผิดชอบงานปัจจุบันเป็นเวลามากกว่า 10 ปี และร้อยละ 56.2 ไม่เคยได้รับการอบรมระบาดวิทยา/การเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก พบว่า

ความยอมรับของระบบเฝ้าระวัง

ผู้ที่รับผิดชอบในหน้าที่หลักของการเฝ้าระวังมีความเข้าใจในแนวทางของระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เป็นอย่างดี มีการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือต่อระบบเฝ้าระวังเป็นอย่างดี โดยสามารถแยกเป็นกลุ่มบุคลากรในแต่ละระดับ ดังนี้

- ผู้บริหารส่วนใหญ่ทราบและเห็นด้วยว่าเป็นโรคที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยา เพราะเป็นโรคที่มีความสำคัญ มีการติดเชื้อสูง และ complication สูง และอาจรุนแรงถึงเสียชีวิตในเด็กเล็ก

- แพทย์ทราบและเห็นว่าเป็นโรคที่ควรเฝ้าระวัง เพราะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคได้ง่ายขึ้นและทันทั่วทั้ง

- พยาบาลทราบและเห็นว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญ เพราะสามารถนำมาใช้ในการวางแผนรับมือการจัดการแยกผู้ป่วย ทำให้ยุติการแพร่กระจายของโรคได้

- SRRT และผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาทราบว่าโรคที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยา และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถตรวจจับการระบาดของโรค และสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างทันเวลา ลดจำนวนป่วย และลดการสูญเสียชีวิต เพราะการติดเชื้อที่รุนแรงจะทำให้เสียชีวิตได้

ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง

ทีมผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มี 1-2 คน โรงพยาบาลชุมชนมีเพียง 1 คน ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ซับซ้อนและใช้เวลาไม่นานนักในการบันทึกข้อมูล โดยสามารถดึงข้อมูล

จากโปรแกรมการรักษาของโรงพยาบาล และนำเข้าโปรแกรม R506 ได้สะดวก และสามารถเรียกข้อมูลออกมาใช้ได้เร็ว แต่ยังมีบางส่วน เช่น กรณีผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง ในกรณีปกติรวบรวมข้อมูลส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ กรณีมีเหตุการณ์ผิดปกติจะมีการรายงานทางโทรศัพท์

ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง

ระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่สามารถรองรับการเพิ่มโรคที่ต้องรายงานได้ โดยบุคลากรมีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน หากมีการเพิ่มโรคที่ต้องรายงาน เช่น ใช้หวัดนก ซึ่คุณกุนยา

ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง

มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และปฏิบัติได้ไม่ยาก ทุกท่านทราบว่ามีความเหมาะสม โดยเฉพาะผู้บริหาร เพราะจะมีหนังสือสั่งการจากส่วนกลางแต่ในผู้ปฏิบัติ เช่น แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนไม่เคยเห็นหนังสือ (แนวทาง) แต่สามารถปฏิบัติงานได้ เช่น แพทย์วินิจฉัยตามอาการ และอาการแสดง พยาบาลทราบว่าโรคนี้มีอาการ และอาการแสดงอย่างไร แต่ไม่ทราบนิยามในการรายงาน เมื่อพบมีผู้ป่วยหลายรายจะแจ้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ จะมีผู้ปฏิบัติงานแทนเมื่อผู้รับผิดชอบไม่อยู่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบางคนใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Team viewer ในการปฏิบัติงานรับ-ส่งข้อมูล กรณีที่ไปประชุมโดยไม่ต้องมีคนแทน

การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง

ทำให้สามารถตรวจจับการระบาดได้เร็วขึ้น ลดการแพร่กระจายของโรค มีการนำข้อมูลที่ได้จากระบบการเฝ้าระวังโรคมาใช้ประโยชน์ในการสอบสวนและควบคุมโรค สถานการณ์โรคถ้าเป็นผู้บริหารจะทราบจากการนำเสนอสถานการณ์ในที่ประชุมประจำเดือนหรือประชุมของจังหวัด สำหรับผู้ปฏิบัติ เช่น แพทย์ พยาบาลทราบจากสื่อ เช่น โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์ และ internet เช่น website สำนักระบาดวิทยา สำนักโรคอุบัติใหม่และกรมควบคุมโรค ฯลฯ

วิจารณ์

ผลการประเมินความไวของระบบเฝ้าระวังในโรงพยาบาล 5 แห่ง อยู่ในระดับควรปรับปรุง-พอใช้

(ร้อยละ 22.9-60.9) โดยโรงพยาบาล 3 ใน 5 แห่ง อยู่ในระดับควรปรับปรุง ซึ่งความไวที่อยู่ในระดับควรปรับปรุงเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น มีการปรับปรุงการรายงานโรคโดยเพิ่มรหัส ICD-10 B08.5 ในช่วงกลางปี หลายโรงพยาบาลไม่ได้เพิ่มรหัสในโปรแกรมของโรงพยาบาล และมีบางโรงพยาบาลใช้รหัสผิด ไม่มีการตามและรายงานโรค ในผู้ป่วยที่แพทย์สรุปรายงานล่าช้า และในโรงพยาบาลชุมชนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ทำการตรวจสอบอาการและอาการแสดง ถ้าไม่เข้ากับนิยาม ถึงแม้ว่าถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือ เท้า ปาก ก็จะไม่รายงานเข้า R 506 ส่งผลให้ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive, PVP) อยู่ในระดับพอใช้ถึงดี ร้อยละ 59.7-91.8 โดยโรงพยาบาล 4 ใน 5 แห่ง มีค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับดี

ความถูกต้องของข้อมูลระบบเฝ้าระวังพบว่า ตัวแปรเพศ อำเภอและอายุ มีความถูกต้องของข้อมูลอยู่ในเกณฑ์สูงมาก คือ ร้อยละ 100, 100 และ 99.5 ตามลำดับ ตัวแปรวันเริ่มป่วยมีความถูกต้องต่ำที่สุด ร้อยละ 74.8 สอดคล้องกับการศึกษาของฆาลิตา อานนท์ และคณะ⁽⁷⁾ โดยทั้ง 5 โรงพยาบาลมีความถูกต้องของตัวแปรนี้ต่ำกว่าตัวแปรอื่นๆ เช่นกัน ร้อยละ 48.2-94.8 เช่นเดียวกับการศึกษาการประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคอื่น ๆ

เนื่องจากการซักประวัติวันเริ่มป่วย ไม่ได้ระบุเป็นวันที่ แต่ระบุเป็นจำนวนวันที่เริ่มป่วยก่อนมาโรงพยาบาล ทำให้มีการคำนวณวันผิดพลาดได้ จึงทำให้ความถูกต้องต่ำ ซึ่งวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบถึงระยะเวลาแพร่เชื้อของผู้ป่วยหรือโอกาสที่ผู้ป่วยแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ และมีผลต่อการควบคุมการแพร่กระจายโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ความทันเวลาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (0-3 วัน) เนื่องจากมีความคล่องตัวมากขึ้นที่มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการบันทึกข้อมูลและการส่งรายงาน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการทำงานในกลุ่มโรคที่ได้ให้ความสำคัญในเชิงนโยบายและเกิดผลดีต่อการควบคุมโรคที่รวดเร็ว

ผู้ปฏิบัติการที่เป็นแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยรับ

การอบรมระบาดวิทยาหรือการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ไม่ทราบนิยามการวินิจฉัยโรค แต่ใช้ประสบการณ์วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง ซึ่งมีผลต่อความไวในบางโรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ต้องมาตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงตามนิยามการเฝ้าระวังโรคตามที่กำหนด หรือการเฝ้าระวังโรคในกรณีมีผู้ป่วยหลายคน ใช้ประสบการณ์จากโรคอื่น ๆ ที่ต้องแจ้งทีม SRRTทราบเพื่อดำเนินการควบคุมโรค

สรุป

จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสงขลา พบว่า ความไวของระบบเฝ้าระวังโรคอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ส่วนค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับพอใช้-ดี ข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังสามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์จริงได้ ความทันเวลาพบว่า อยู่ในระดับดี ความถูกต้องของตัวแปรที่ต่ำที่สุดคือ ตัวแปรวันเริ่มป่วยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.8 จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับมีความเห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือและยอมรับในระบบเฝ้าระวังเป็นอย่างดี ระบบมีความง่ายไม่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มโรคตามสถานการณ์และสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ ตัวระบบมีความมั่นคง มีการวางแผนการดำเนินงานชัดเจนจากส่วนกลาง มีการนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค ในการพัฒนาความทันเวลาและความถูกต้องในการบันทึก มีการปรับเปลี่ยนและนำเทคโนโลยี เช่น อินเทอร์เน็ต และโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้เพื่อความเร็วในการรายงานและมีการดึงข้อมูลจากโปรแกรมรักษาเข้าสู่โปรแกรม R506 โดยไม่ต้องบันทึกข้อมูลใหม่ ทำให้มีความถูกต้องของข้อมูลมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามแพทย์และพยาบาลที่พบส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษานิยามของโรคในคู่มือการดำเนินงานของระบบ ยกเว้น SRRT และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาด ทำให้มีการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องตามนิยามของสำนักระบาดวิทยา

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัฒนาความไวของระบบการเฝ้าระวัง โดยการทำความเข้าใจนิยามของโรค และเน้นการเพิ่มรหัสของโรคในระบบรายงาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ความไวต่ำ และดำเนินการประเมินโรงพยาบาลที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการชี้แจงให้ความรู้แพทย์จบใหม่และเจ้าหน้าที่ใหม่ในช่วงปฐมฤกษ์ก่อนออกปฏิบัติงาน ให้เข้าใจการรายงานข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง และการปรับการรายงานในระบบ ICD-10 มาสู่รายงาน 506

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สามารถดำเนินการได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ ในการให้ข้อมูลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ งานเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่ส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนระโนด รัตภูมิ สิงหนคร และเจ้าหน้าที่ส่วนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ได้รับข้อเสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการประเมิน และการรายงานจากแพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชคชัย นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์วงศ์ กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ สมคิด คงอยู่ และอัญชนา วากัส ดังนั้นทีมผู้ศึกษา จึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการศึกษานี้มาด้วยดี จนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Global Alert and Response (GAR). "Severe complications of Hand, Foot and Mouth

Disease (HFMD) caused by EV-71 in Cambodia - conclusion of the joint investigation", World Health Organization [Internet]. [cited 2013 Jun 28]. Available from: http://www.who.int/csr/don/2012_07_13/en/

2. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2546.
3. Center of Disease Control (USA). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50:(No. RR-130).
4. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี: สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2551.
5. สำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังสอบสวนและรายงานโรคกรณีสงสัยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ที่มีอาการรุนแรงและการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก. นนทบุรี: สำนักโรคระบาดวิทยา; 2554.
6. สำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานงานโรคระบาดวิทยาโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2548.
7. ฆลิตา อานนท์, นราศักดิ์ บ่อหนา, ปรียา ศานุพงศ์, สมานศรี คำสมาน, พรทวี แคล้วอ้อม, ประจักษ์ ชูแก้ว, และคณะ. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดต่อไวรัสเอนเทอโร จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2555

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ
ที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัทยารักษ์ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรีPrevalence and incidence of HIV infection among Male Sex Worker, Pattayarak
Clinic, Pattaya City, Chonburi Province

เพียงใจ ศรีเพชร* คม.

(การบริหารและพัฒนาสังคม)

สิริกอร์ กาญจนสุนทร** วท.ม.

ธนรักษ์ ผลิพัฒน์*** M.D., Ph.D.

*สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค

**คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

***สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

Piangjai Sreephet* MA.

(Administration and Development)

Sirikorn kanjanasuntorn** M.Sc.

Tanarak Plipat*** M.D., Ph.D.

*Bureau of Knowledge Management,

Department of Disease Control

**Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

***Bureau of Epidemiology, Department of

Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัทยารักษ์ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ทำการศึกษาจากเวชระเบียนของกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มารับบริการระหว่างวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2548 - วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 658 ทะเบียน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงพรรณนา และสถิติระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศ มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.2 (100/658) และพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 7 คน (7/153) คิดเป็นอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 6.3 ต่อประชากร 100 คน ต่อปี ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความชุก ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี และอายุ 30 ปีขึ้นไป มีสาเหตุที่มาตรวจร่างกายเนื่องจากมีอาการผิดปกติ ที่คาดว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวนคู่นอน 10-49 คน ใน 1 เดือน และใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง หรือไม่ใช้เลย ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ ได้แก่ ใช้ถุงยางอนามัย บางครั้งหรือไม่ใช้เลย กล่าวได้ว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีคู่นอนหลายคน และใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการติดเชื้อเอชไอวี และถึงแม้ว่าจะพบความชุกในกลุ่มอายุที่เป็นวัยทำงานก็ตาม แต่ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อายุน้อย เพราะเมื่อบุคคลกลุ่มนี้มีอายุเพิ่มมากขึ้น พวกเขายังคงมีสถานะที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์อยู่ การกำหนดมาตรการต่างๆ ควรเริ่มตั้งแต่อายุน้อย เพราะถ้ารอจนกระทั่งอายุมากขึ้น ก็จะทำให้มีประชากรจำนวนหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีไปมากแล้ว และควรเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี รวมทั้งการส่งเสริมให้กลุ่มชายขายบริการทางเพศเข้ารับการตรวจร่างกาย โดยสร้างแรงจูงใจให้เจ้าของสถานบริการทางเพศเห็นความสำคัญ และเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ และเจ้าของสถานบริการ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระยะยาวได้

Abstract

This research was aimed to study prevalence and incidence of HIV infection among male sex workers who used the service at Pattayarak Clinic, Pattaya City, Chonburi Province from 25 April 2005 to 31 July 2009. Medical records of male sex workers which passed the criteria were selected to 658 cases. Research tools were medical record forms, descriptive statistic and analytic retrospective study. The result was found that HIV infection among male sex workers was at 15.2 percent (100/658). New HIV infection was found to 7 cases (7/153) or equal to HIV infection of 6.3 percent to population 100 persons; one year. Factors related to prevalence were age group of 25-29 years and more than 30 years. Causes of physical check were that they had abnormal symptoms involved with sexual transmitted infections, they had 10-49 sexual partners within one month, and they use condoms sometimes or not use at all. Factors related to incidence were that they use condoms sometimes or not use at all. It was said that most HIV male sex workers had HIV risk behaviors such as many sexual partners and irregular condom uses which were major cause of HIV infection. Although HIV prevalence was found in working age group, HIV infection among younger age should be inspected because when the younger became the elder, they had HIV and AIDS status. Therefore, measures should be initiated among the younger age because if they become older, many more people will infect HIV. The knowledge of condom use should be provided correctly. Male sex workers should be promoted to have physical check by encouraging the owners of sex work establishment to see the importance. Good relationship should be enhanced between officers and owners that effect on cooperation of HIV prevention and alleviation in long term.

ประเด็นสำคัญ

เอชไอวี, กลุ่มชายขายบริการทางเพศ, ความชุก, อุบัติการณ์

Key words

HIV, Male sex worker, prevalence, incidence

บทนำ

โรคเอดส์ เริ่มเป็นที่รู้จักตั้งแต่ พ.ศ.2524 เมื่อมีรายงานการค้นพบผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักร่วมเพศในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 359,807 ราย และมีผู้เสียชีวิต 96,067 ราย และจากการที่ประเทศไทยได้รับการยอมรับถึงความสำเร็จในการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นับจากปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ซึ่งรัฐบาลได้ประกาศนโยบายส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% ในภาคธุรกิจบริการทางเพศ และใน 2-3 ปีถัดมาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปเริ่มลดลง โดยดูจากข้อมูลความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มทหารเกณฑ์ได้ลดลงจากร้อยละ 4.0

ในปี 2536 เป็นร้อยละ 0.5 ในปี 2544 และในสตรีมีครรภ์ลดลงจากร้อยละ 2.3 ในปี 2538 เป็นร้อยละ 1.2 ในปี 2546 ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 143,000 รายในปี 2534 เป็น 19,000 รายในปี 2546⁽²⁾ แม้ว่าจะมีความสำเร็จในการยับยั้งการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีที่กล่าวข้างต้นนี้ แต่ยังคงมีความกังวลถึง การที่เชื้อเอชไอวีที่ได้แพร่ระบาดไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มประชากรเฉพาะอีกกลุ่มที่มีการคาดประมาณว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีสูง โดยในการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พบว่า ประมาณร้อยละ 30.0 เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย⁽³⁾ กลุ่มชายขายบริการทางเพศ เป็นกลุ่มย่อยหนึ่งของกลุ่ม

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กำลังเป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับความสนใจในสังคมมากขึ้น จากงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงและเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย และการไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์⁽⁴⁾ จากการสำรวจสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยในปี 2551 พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย เฉพาะในกลุ่มชายขายบริการทางเพศเท่ากับร้อยละ 12.2 ของกลุ่มชายขายบริการทางเพศทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 กลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น คือ อายุมากกว่า 30 ปี และ 20-24 ปี พบค่าความชุก ร้อยละ 15.7 และ 13.2 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ผู้ติดเชื้อที่เป็นกลุ่มชายขายบริการทางเพศเหล่านี้ส่วนใหญ่จะกระจายอยู่ตามสถานบริการทางเพศต่าง ๆ ในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของประเทศ และจังหวัดชลบุรีเป็นเมืองชายทะเลที่มีชื่อเสียงด้านการท่องเที่ยวทางภาคตะวันออกของประเทศไทย โดยเฉพาะเมืองพัทยามีสถานเริงรมย์ต่าง ๆ มากมายหลายรูปแบบ รวมทั้งสถานบริการทางเพศจำนวนมาก สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวให้เข้ามาเที่ยวมากมาย ซึ่งสถานบริการทางเพศเหล่านี้ จะมีทั้งกลุ่มหญิงขายบริการและกลุ่มชายขายบริการทางเพศ จากการศึกษาความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของชายขายบริการทางเพศในแหล่งท่องเที่ยวของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2548 กลุ่มตัวอย่าง 145 คน พบติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 15.9 ในกลุ่มนี้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 53.1 จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มชายขายบริการทางเพศส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้ไม่ถูกวิธี จึงทำให้อัตราการเกิดโรคสูง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เล็งเห็นความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศดังกล่าว ในปี 2548 จึงได้เริ่มจัดตั้ง “ศูนย์พัทยารักษ์” เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรีขึ้น ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

จังหวัดชลบุรี ที่เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค เพื่อให้เป็นคลินิกต้นแบบในการให้บริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มชายขายบริการทางเพศ เพื่อให้ได้รับการรักษาและตรวจวินิจฉัยทางด้านการชันสูตรที่ได้มาตรฐาน การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อีกทั้งยังให้คำปรึกษาและความรู้ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และศูนย์พัทยารักษ์ยังตั้งอยู่ใกล้กับสถานบริการทางเพศ จึงทำให้ชายขายบริการทางเพศสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น⁽⁶⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน จึงได้ศึกษาความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัทยารักษ์ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เพื่อทราบสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มดังกล่าว และนำไปเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ทำการศึกษาจากเวชระเบียนของกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัทยารักษ์ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี โดยทบทวนประวัติการมารับบริการจากข้อมูลเวชระเบียน 4 ส่วน ได้แก่ (1) บัตรบันทึกการตรวจผู้ป่วยนอก (2) สมุดบันทึกผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (3) แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยคลินิกชายรักชายพัทยารักษ์ ครั้งที่ 1 และ (4) แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย โดยมีประวัติการเข้ามารับบริการตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2548 - วันที่ 31 กรกฎาคม 2552 รวมจำนวนทั้งสิ้น 830 ชุด มีเวชระเบียนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 658 ชุด คิดเป็นร้อยละ 79.3 ส่วนเวชระเบียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์อีกจำนวน 172 ชุด เนื่องจากเป็นเวชระเบียนที่สูญหายไม่สามารถสืบค้นได้ โดยเกณฑ์การคัดเลือกมีดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกเวชระเบียนเข้ามาในการศึกษาวิจัย

- เป็นเวชระเบียนของชายชายบริการทางเพศที่มีประวัติการเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2548-วันที่ 31 กรกฎาคม 2552 ซึ่งทางศูนย์พัทยารักษ์มีระบบการจัดเก็บที่ชัดเจนและสามารถแยกได้

- เป็นเวชระเบียนของชายชายบริการทางเพศเฉพาะที่ทำงานในสถานบริการทางเพศ

- มีประวัติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและมีผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจน

2. เกณฑ์การคัดเลือกเวชระเบียนนอกจากการศึกษาวิจัย

- เป็นเวชระเบียนของชายชายบริการทางเพศที่มีผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่ชัดเจน และสูญหายไม่สามารถสืบค้นได้

เครื่องมือที่ใช้เป็นการพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลขึ้น โดยการกำหนดขอบเขตของข้อมูลตัวแปรที่ได้จากเวชระเบียนทั้ง 4 ส่วนข้างต้น จัดทำเป็นแบบบันทึกข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนการมาตรวจครั้งที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร ข้อมูลด้านพฤติกรรม และข้อมูลการตรวจเลือด

2. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนการติดตามผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากร และข้อมูลการตรวจเลือด

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกเวชระเบียนทั้ง 4 ส่วน ได้แก่ (1) บัตรบันทึกการตรวจผู้ป่วยนอก (2) สมุดบันทึกผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (3) แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยคลินิกชายรักชายพัทยารักษ์ ครั้งที่ 1 และ (4) แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแบบบันทึกข้อมูล โดย

กำหนดขอบเขตข้อมูลตัวแปรจากเวชระเบียนทั้ง 4 ส่วนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด นำมาจัดทำเป็นแบบบันทึกข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 บันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ตามตัวแปรที่กำหนด ซึ่งการบันทึกข้อมูลดังกล่าว จะดำเนินการที่ศูนย์พัทยารักษ์เท่านั้น ในขณะที่บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ โดยไม่มีการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์เครื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง และไม่เชื่อมต่อกับระบบอินเทอร์เน็ต

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสถิติที่ใช้ในการนำเสนอการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลความชุกและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้วิธีการวิจัยทางระบาดวิทยา

2.1 วิเคราะห์ค่าความชุก ได้ดังนี้

ความชุกของโรค =

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด} \times 100}{\text{ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด จำนวนประชากรทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่กำหนด}}$$

2.2 วิเคราะห์ค่าอุบัติการณ์ ได้ดังนี้

$$\text{อุบัติการณ์} = \frac{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่} \times 100}{(\text{Incidence Density, ID}) \text{ จำนวนผลรวมของระยะเวลาที่สังเกต (Person-time)}}$$

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรมกับความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความชุกและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกับกลุ่มที่มีความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีต่ำ โดยหาความสัมพันธ์สัมพัทธ์ (Relative risk) ใช้สถิติ Chi-square ทดสอบ

หาค่า P-value กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 CI (ร้อยละ 95 Confidence Interval: ช่วงแห่งความเชื่อมั่น ซึ่งหากค่าที่ได้ระหว่าง Lower bound และ Upper bound ไม่มีค่า 1 อยู่ระหว่างทั้ง 2 ค่า แสดงว่าความสัมพันธ์นั้นมีนัยสำคัญทางสถิติ) อธิบายโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรม

ข้อมูลลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศมีอายุเฉลี่ย 24.5 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 39.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 71.9 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท ร้อยละ 50.1 และสถานภาพโสด ร้อยละ 68.1 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 59.4 ในด้านประวัติการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.4 ระบุว่าไม่เคยป่วย แต่ในกลุ่มที่เคยป่วย ร้อยละ 63.9 ระบุว่าเคยป่วยเป็นโรคหนองใน ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 86.3 ระบุว่ามียสิทธिरักษาพยาบาล สิทธิที่ใช้เป็นบัตรทอง (30 บาท รักษาทุกโรค) และเคยใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ด้วย ด้านสาเหตุที่มาตรฐานร่างกาย ร้อยละ 49.5 ระบุว่าเจ้าของสถานบริการแนะนำให้ตรวจ และสาเหตุที่เข้าสู่อาชีพขายบริการ ร้อยละ 43.8 ระบุว่าสมัครใจทำเอง

ข้อมูลด้านพฤติกรรมพบว่า ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มชายขายบริการทางเพศเกือบทั้งหมดเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.5 และไม่เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 83.4 แต่มีบางส่วนที่เคยใช้ส่วนใหญ่เป็นยาบ้า รองลงมาเป็นยาไอซ์ ยาไอซ์ กัญชา และโคเคน ส่วนการมีหรือทำสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่เคยทำ ร้อยละ 66.5 แต่กลุ่มที่ระบุว่าเคยทำ ส่วนใหญ่เคยมีตุ่ม/หูดที่ลิ้น/หูดริมฝีปาก รองลงมาเป็นการฉีดสารเพิ่มขนาดอวัยวะเพศ หนึ่งหุ้ม

ปลายไม่เปิด ซิลิบลายอวัยวะเพศ ผึงมุกที่อวัยวะเพศ และใส่เหล็กดัดฟัน สำหรับพฤติกรรมทางเพศที่เกี่ยวข้องกับการขายบริการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ระบุว่า มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 84.7 ส่วนเพศของคู่คนที่มีความสัมพันธ์ด้วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.2 ในด้านจำนวนคู่คนที่ชายและหญิงพบว่า ร้อยละ 61.2 มีจำนวนคู่คนที่ 1-9 คน ส่วนที่เหลือจะมีจำนวนคู่คนที่สูงถึง 10-49 คน ด้านการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่คนที่ชายและหญิงพบว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 85.1) ระบุว่าใช้ทุกครั้ง แต่ก็ยังคงมีผู้ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่ใช้เลยอยู่อีกส่วนหนึ่งด้วย

ส่วนที่ 2 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากร และข้อมูลด้านพฤติกรรมกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี

จากการคัดเลือกเวชระเบียนของกลุ่มชายขายบริการทางเพศในช่วงปี 2548-2552 ที่ผ่านเกณฑ์เข้ามาในการศึกษาวิจัยจำนวน 658 คน พบการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 100 คน คิดเป็นความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 15.2 พบมากในกลุ่มที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป รายได้ต่อเดือนสูงกว่า 35,000 บาท มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร เคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน สาเหตุที่มาตรฐานร่างกายเนื่องจากมีอาการผิดปกติที่คาดว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนด้านพฤติกรรมของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ พบความชุกสูงในกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคยใช้สารเสพติด มีหรือทำสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการขายบริการส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ พบความชุกสูงในกลุ่มที่มีคู่คนเป็นผู้ชาย มีจำนวนคู่คนที่ 10-49 คน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และยังใช้ถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่ใช้เลย (ตารางที่ 1)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี และอายุ 30 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็น 2.1 เท่า และ 2.5 เท่า

ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี กลุ่มที่มีสาเหตุที่มาตรวจร่างกายเนื่องจากมีอาการผิดปกติที่คาดว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็น 2.1 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เจ้าของสถานบริการแนะนำให้ตรวจกลุ่มที่มีจำนวนคู่นอนชายและหญิงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 10-49 คน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็น 1.7 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีจำนวนคู่นอนชายและหญิง 1-9 คน และกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่ใช้เลย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็น 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรมกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

ตัวแปร	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (n = 658)		Prevalence Ratio (PR)	P-value
อายุ	ตรวจ	ติดเชื้อ (ร้อยละ)		
ต่ำกว่า 20 ปี	101	9 (8.9)	-	-
20-24 ปี	259	32 (12.4)	1.4	0.356
25-29 ปี	200	37 (18.5)	2.1	0.029*
30 ปีขึ้นไป	98	22 (22.4)	2.5	0.008*
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	6	-	-	-
ประถมศึกษา	116	21 (18.1)	1.4	0.481
มัธยมศึกษา	473	69 (14.6)	1.1	0.809
อนุปริญญา	38	5 (13.2)	-	-
ปริญญาตรี	25	5 (20.0)	1.5	0.349
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
5,000 และต่ำกว่า	123	20 (16.3)	1.3	0.377
5,001-15,000	330	43 (13.0)	-	-
15,001-25,000	96	17 (17.7)	1.4	0.246
25,001-35,000	57	9 (15.8)	1.2	0.573
สูงกว่า 35,000	52	11 (21.2)	1.6	0.118
สถานภาพสมรส				
โสด	448	71 (15.8)	1.2	0.491
คู่	162	22 (13.6)	-	-
หย่า/แยกทาง	48	7 (14.6)	1.1	0.859
ภูมิลำเนา				
กรุงเทพมหานคร	18	5 (27.8)	2.1	0.117
ภาคเหนือ	117	22 (18.8)	1.4	0.366
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	391	54 (13.8)	1.0	0.936
ภาคกลาง	111	15 (13.5)	-	-
ภาคใต้	16	3 (18.8)	1.4	0.402
อื่นๆ (ประเทศลาว, กัมพูชา, เขอร์มัน)	5	1 (20.0)	1.5	0.530
ประวัติการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ไม่เคยป่วย	514	72 (14.0)	-	-
เคยป่วย โรคที่เคยป่วย ได้แก่ โรคหนองใน, โรคหนองในเทียม, โรคเริม, โรคหูดหงอนไก่, โรคหนองในและหนองในเทียม	144	28 (19.4)	1.4	0.108

(ต่อ)ตารางที่ 1 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรมกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

ตัวแปร	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (n = 658)		Prevalence Ratio (PR)	P-value
	ตรวจ	ติดเชื้อ (ร้อยละ)		
สิทธิการรักษาพยาบาล				
มีสิทธิ	568	87 (15.3)	1.1	0.830
ไม่มีสิทธิ	90	13 (14.4)	-	-
สิทธิที่ใช้ ได้แก่ บัตรทอง (30 บาทรักษาทุกโรค), ประกันสังคม, เบิกจากหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ, ประกันสุขภาพของเอกชน				
เคยใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล				
เคย	404	61 (15.1)	-	-
ไม่เคย	164	26 (15.9)	1.1	0.821
สาเหตุที่มาตรวจร่างกาย				
มีอาการผิดปกติที่คาดว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**	249	54 (21.7)	2.1	0.000*
เพื่อนหรือแฟนแนะนำให้ตรวจ	15	3 (20.0)	1.9	0.214
เจ้าของสถานบริการแนะนำให้ตรวจ	326	34 (10.4)	-	-
ต้องการตรวจเลือด	68	9 (13.2)	1.3	0.411
สาเหตุการเข้าสู่อาชีพขายบริการ				
สมัครใจทำเอง	288	47 (16.3)	2.0	0.214
มีผู้แนะนำ	169	21 (12.4)	1.6	0.403
ไม่มีงานทำ	25	2 (8.0)	-	-
รายได้ไม่พอใจ	125	18 (14.4)	1.8	0.310
ทำเป็นอาชีพเสริม	23	6 (26.1)	3.3	0.097
สาเหตุอื่นๆ	28	6 (21.4)	2.7	0.164
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
ดื่ม	530	76 (14.3)	-	-
ไม่ดื่ม	128	24 (18.8)	1.3	0.212
การใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
เคย	110	19 (17.3)	1.7	0.506
ไม่เคย	548	81 (14.8)	-	-
สารเสพติดที่เคยใช้ คือ ยาบ้า, ยาอี, ยาไอซ์, โคเคน, กัญชา				
การมีหรือทำสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย				
มีหรือทำ	221	34 (15.4)	1.0	0.924
ไม่มีหรือไม่ทำ	437	66 (15.1)	-	-
สิ่งแปลกปลอมที่มีหรือทำ คือ ขลิบปลายอวัยวะเพศ, ฝังมุกที่อวัยวะเพศ, ฉีดสารเพิ่มขนาดอวัยวะเพศ, มีตุ่ม/หนองที่ลิ้น/ห้วงริมฝีปาก, ใส่เหล็กดัดฟัน, หนี้งูมปลายไม้เปิด				
พฤติกรรมทางเพศเกี่ยวกับการขายบริการ				
- การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
มีเพศสัมพันธ์	557	81 (14.5)	-	-
ไม่มีเพศสัมพันธ์	101	19 (18.8)	1.3	0.271

(ต่อ) ตารางที่ 1 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรมกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

ตัวแปร	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (n = 658)		Prevalence Ratio (PR)	P-value
	ตรวจ	ติดเชื้อ (ร้อยละ)		
- เพศของกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 557)				
ชาย	452	68 (15.0)	1.2	0.623
หญิง	16	2 (12.5)	1.0	0.627
ทั้งชายและหญิง	89	11 (12.4)	-	-
- จำนวนคู่นอนชายและหญิงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 557)				
1-9 คน	341	39 (11.4)	-	-
10-49 คน	210	41 (19.5)	1.7	0.008*
50 คนขึ้นไป	6	1 (16.7)	1.5	0.523
- การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทั้งชายและหญิงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 557)				
ใช้ทุกครั้ง	474	63 (13.3)	-	-
ใช้บางครั้ง/ไม่ใช้เลย	83	18 (21.7)	1.6	0.045*

* ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ, P-value < 0.05

** อาการผิดปกติที่คาดว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ เช่น ปัสสาวะแสบขัด คันที่อวัยวะเพศ มีหลุดที่รูทวาร มีแผลที่อวัยวะเพศ หรือมีหนองไหลที่อวัยวะเพศ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 อุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรมกับอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี

อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มาตรวจครั้งแรกโดยยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี และมาติดตามการตรวจตั้งแต่ 2 ครั้งเป็นต้นไป มีจำนวนทั้งหมด 153 คน และเมื่อติดตามการตรวจในช่วงเวลาดังกล่าวพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 7 คน คิดเป็นอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ เท่ากับ 6.3/100 คนต่อปี หมายความว่า ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศจำนวน 100 คน จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงจำนวน 6 คน ในช่วงปีดังกล่าว โดยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป มีการศึกษาต่ำกว่าอนุสัญญา รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท สถานภาพสมรส มีคู่/

หย่า/แยกทาง ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน และมีสิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนด้านพฤติกรรม พบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่เคยใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการขายบริการ พบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มที่ระบุว่าไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มที่ระบุว่ามีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มที่มีคู่นอนเป็นผู้ชาย มีจำนวนคู่นอน 10-50 คน และใช้ถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่ใช้เลย (ตารางที่ 2)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มชายขายบริการทางเพศที่ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่ใช้เลย และมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็น 11.5 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ทุกครั้ง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรมกับอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

ตัวแปร	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (n = 658)				Risk Ratio (RR)	P-value
	ตรวจ	ติดเชื้อ	เวลาติดตามการตรวจ (คน-ปี)	อุบัติการณ์ (100 คน-ปี)		
อายุ						
ต่ำกว่า 25 ปี	78	3	56.2	5.3	-	-
25 ปีขึ้นไป	75	4	53.8	7.4	1.4	0.478
การศึกษา						
ต่ำกว่าอนุปริญญา	115	6	82.6	7.2	1.9	0.444
อนุปริญญาขึ้นไป	38	1	27.4	3.6	-	-
รายได้ต่อเดือน (บาท)						
ต่ำกว่า 15,000	77	4	54.7	7.3	1.3	0.507
15,000 ขึ้นไป	76	3	55.3	5.4	-	-
สถานภาพสมรส						
โสด	83	3	55.2	5.4	-	-
คู่ / หย่า / แยกทาง	70	4	54.8	7.3	1.6	0.405
ประวัติการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
ไม่เคยป่วย	116	6	101.1	5.9	1.9	0.461
เคยป่วย	37	1	25.8	3.8	-	-
สิทธิการรักษาพยาบาล						
มีสิทธิ	126	7	91.5	7.7	-	-
ไม่มีสิทธิ	27	-	18.5	-	-	-

หมายเหตุ: การแบ่งช่วงอายุที่แตกต่างกันระหว่างความชุกและอุบัติการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากแนวโน้มช่วงอายุของกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่พบอุบัติการณ์ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี และ 25 ปีขึ้นไป ซึ่งมีสัดส่วนของจำนวนกลุ่มชายขายบริการทางเพศรายใหม่ที่ใกล้เคียงกัน ทำให้สามารถนำมาเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ชัดเจนมากขึ้น

(ต่อ)ตารางที่ 2 อุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลด้านพฤติกรรมกับอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

ตัวแปร	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (n = 658)				Risk Ratio (RR)	P-value
	ตรวจ	ติดเชื้อ	เวลาติดตามการตรวจ (คน-ปี)	อุบัติการณ์ (100 คน-ปี)		
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา						
ดื่ม	125	6	92.5	6.5	1.3	0.623
ไม่ดื่ม	28	1	17.5	5.7	-	-
การใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา						
เคย*	24	1	17.6	5.7	-	-
ไม่เคย	129	6	92.4	6.4	1.1	0.697
*สารเสพติดที่เคยใช้ คือ ยาบ้า, ยาอี, ยาไอซ์, โคเคน, กัญชา						
การมีหรือทำสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย						
มีหรือทำ*	49	2	40.4	4.9	-	-
ไม่มีหรือไม่ทำ	104	5	69.6	7.1	1.2	0.601
*สิ่งแปลกปลอมที่มีหรือทำ คือ ขลิบปลายอวัยวะเพศ, ฟันมุกที่อวัยวะเพศ, ฉีดสารเพิ่มขนาดอวัยวะเพศ, มีดคม/ห่วงที่ลิ้น/ห่วงริมฝีปาก, ใส่เหล็กดัดฟัน, ห่วงหุ้มปลายไม่เปิด พฤติกรรมทางเพศเกี่ยวกับการขายบริการ						
การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา						
มีเพศสัมพันธ์	138	5	102.1	4.9	-	-
ไม่มีเพศสัมพันธ์	15	2	7.8	25.6	3.7	0.141
เพศของคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 138)						
ชาย	108	4	76.4	5.2	-	-
หญิง / ทั้งชายและหญิง	30	1	25.7	3.9	1.1	0.702
จำนวนคู่นอนชายและหญิงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 138)						
1-9 คน	86	2	60.9	3.3	-	-
10-50 คน	52	3	41.3	7.3	2.5	0.275
- การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทั้งชายและหญิงในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา (n = 138)						
ใช้ทุกครั้ง	121	3	88.8	3.4	-	-
ใช้บางครั้ง/ไม่ใช้เลย	7	2	13.3	15.0	11.5	0.023*

หมายเหตุ: ตัวแปรที่ไม่สามารถจัดกลุ่มตัวแปรได้ เนื่องจากอาจไม่สามารถสะท้อนผลการศึกษาที่ชัดเจน ได้แก่ ภูมิสำเนา สาเหตุที่มาตรวจร่างกาย และสาเหตุการมาขายบริการทางเพศ

วิจารณ์

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศอยู่ในระดับสูง จากการทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่ผ่านเกณฑ์การศึกษาวิจัยจำนวน 658 คน พบการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 คน คิดเป็นความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.2 มีค่าใกล้เคียงกับผลการศึกษาของกิริติกันต์ กลัดสวัสดิ์⁽⁷⁾ ที่พบว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 16.3 และพบความชุกสูงในจังหวัดชลบุรี สงขลาและเชียงใหม่ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของประเทศ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากเนื่องจากมีค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงประมาณร้อยละ 40 ของความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป

การมีคู่นอนหลายคนยังเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีจำนวนคู่นอน 10-49 คน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณนิภา สังข์ทอง⁽⁸⁾ พบว่า จำนวนคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ การมีคู่นอนหลายคน เป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งคู่นอนหลายคนยังเป็นปัญหาต่อการรักษา เพราะการติดตามคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยทั้งหมดมารับการรักษา และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคนั้นถือเป็นเรื่องยาก ดังนั้น ควรให้ความรู้ในการป้องกันตัวเองไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ใช่เฉพาะแค่การป้องกันโรคเท่านั้น ควรมุ่งเน้นให้เห็นถึงอันตรายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะเป็นสำคัญในการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาว

การศึกษาครั้งนี้ยังพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มาตรวจร่างกาย เนื่องจากมีอาการผิดปกติที่คาดว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอาจเป็นสาเหตุทำให้ติด

เชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น ผลการศึกษาของศูนย์วิจัยโรคเอดส์⁽⁹⁾ พบว่า การติดเชื้อเริ่ม แผลริมอ่อน ซิฟิลิส ระยะเริ่มต้นหรือมีบาดแผลบริเวณทวารหนัก ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น กล่าวคือ กลุ่มชายขายบริการทางเพศจะรอให้มีอาการของโรคก่อนจึงเข้ามารับการตรวจรักษา ถ้ายังมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปถัมภ์ตัวเอง อาจทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นและยังเป็นการแพร่เชื้อได้ง่ายยิ่งขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจริงจัง

กลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มาใช้บริการตรวจร่างกาย ส่วนใหญ่ทำงานขายบริการอยู่ตามสถานบริการทางเพศต่าง ๆ เช่น บาร์โกโก้ ในตึกคลับ ผับ ฯลฯ ที่อยู่ในเขตเมืองพัทยา ซึ่งจากการศึกษาสาเหตุที่มาตรวจร่างกายของกลุ่มชายขายบริการทางเพศพบว่า เกือบครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 49.5 ระบุว่าเจ้าของสถานบริการแนะนำให้มาตรวจร่างกาย อาจเป็นเพราะศูนย์พัทยารักษ์มีการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคทั้งเชิงรุก และเชิงรับอย่างจริงจัง โดยมีกิจกรรมออกเยี่ยมแหล่งแพร่ ติดตามผู้สัมผัสโรคและติดตามผู้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เจ้าของสถานบริการและพนักงาน ให้ความไว้วางใจ คำนึง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน⁽¹⁰⁾ การสนับสนุนจากเจ้าของสถานบริการ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการผลักดันให้กลุ่มชายขายบริการทางเพศเข้ามารับการตรวจร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของนิคม มูลเมือง⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทางเพศ แต่การดำเนินงานลักษณะดังกล่าว ไม่สามารถทำได้ในกลุ่มที่ทำงานนอกสถานบริการ ที่ทำงานโดยอิสระ ไม่มีเจ้าสังกัด และยากต่อการเข้าถึง เพราะบริการทั้งหมดนี้มักต้องผ่านการประสานงานกับเจ้าของสถานบริการ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างแรงจูงใจให้เจ้าของสถานบริการเห็นความสำคัญ และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และเจ้าของสถานบริการ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ถึงแม้ว่าศูนย์พหุวิทยาจะมีมาตรการป้องกันการควบคุมโรคเอดส์อย่างเข้มข้น ทั้งระบบการทำงานเชิงรุกและเชิงรับ⁽¹⁰⁾ แต่ยังพบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มนี้อยู่ ซึ่งจากการติดตามเวชระเบียนของกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มาตรวจครั้งแรกโดยยังไม่ติดเชื้อ และมาติดตามการตรวจตั้งแต่ 2 ครั้งเป็นต้นไป มีจำนวนทั้งหมด 153 คน พบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 7 คน คิดเป็นอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 6.3 ต่อประชากร 100 คนต่อปี เมื่อพิจารณาผลการศึกษาด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการขายบริการทางเพศในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ก่อนมารับการตรวจ) พบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มที่มีคู่นอนเป็นผู้ชาย มีจำนวนคู่นอนหลายคน และการใช้ถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่ใช้เลย จากผลการศึกษายังพบว่า การใช้ถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่ใช้เลยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศ ยังไม่ตระหนักถึงการป้องกันตัวเอง หรือใช้ไม่ถูกต้อง อาจมีการแตก รั่ว หลุดของถุงยางอนามัย ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น ข้อมูลอีกด้านหนึ่งจากผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งชายและหญิงในสัดส่วนที่สูง ร้อยละ 85.1 ซึ่งแนวทางการทำงานเชิงรุกของศูนย์พหุวิทยาถือว่าประสบความสำเร็จและเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการเข้าถึงกลุ่มชายขายบริการทางเพศ ทำให้มีการใช้ถุงยางอนามัยในอัตราที่สูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรณรงค์ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนี้ให้มากขึ้น

การศึกษานี้สรุปได้ว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ถ้าในกลุ่มที่ยังไม่ติดเชื้อยังทำอาชีพนี้อยู่ จึงจำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นอย่างถูกวิธี เพราะหากไม่ป้องกันตัวเอง ก็คงต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้มีความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในอัตราที่สูง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์

ต่อการทำงานเพื่อกำหนดแนวทาง มาตรการและกิจกรรมด้านการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้อย่างจริงจัง สร้างแรงจูงใจให้กลุ่มชายขายบริการทางเพศเข้ารับการตรวจร่างกายอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มชายขายบริการทางเพศเท่านั้น ไม่มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลบางส่วนอาจสูญหาย ไม่สามารถติดตามได้ จึงทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญทั้งหมด

สรุป

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1. กำหนดแนวทาง มาตรการ และกิจกรรมด้านการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างจริงจัง โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับเจ้าของสถานบริการ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กำหนดมาตรการการทำงานเชิงรุก โดยออกปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับกลุ่มนี้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มชายขายบริการทางเพศเข้ารับการตรวจร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่มีเพิ่มขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้มีเพียงข้อมูลสถานภาพสมรสบันทึกไว้ในเวชระเบียนเท่านั้น ยังขาดข้อมูลของสถานะการมีคู่นอนด้วยกัน ณ ขณะนั้น เนื่องจากการอยู่ด้วยกันกับคู่ของตนเองไม่ว่าจะเป็นชายหรือหญิง และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น คลินิกที่ให้บริการตรวจรักษาควรบันทึกข้อมูลสถานะการมีคู่นอนของกลุ่มชายขายบริการทางเพศไว้ในเวชระเบียน (OPD Card) ด้วย เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อ

การติดเชื้อเอชไอวีที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. ศึกษาแนวทางการดำเนินงานเพื่อยับยั้งการเข้าสู่กระบวนการขายบริการทางเพศ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่อายุน้อยและเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ โดยการวิเคราะห์หาสาเหตุการเข้าสู่กระบวนการขายบริการทางเพศในเชิงลึก

3. ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตของชายขายบริการทางเพศที่ทำงานอยู่ในสถานบริการ เช่น ในด้านชีวิตความเป็นอยู่ สภาวะทางจิตใจที่ต้องเผชิญอยู่ โดยเฉพาะการป้องกันตัวเองไม่ให้เป็นที่ติดต่อกับทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งตัวแปรด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ได้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเขตเมืองใหญ่และเมืองท่องเที่ยวสำคัญได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้จาก คุณสุภาพ เพ็ญพุ่ม อดีตหัวหน้าศูนย์พัทยารักษ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของศูนย์พัทยารักษ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณพี่น้องสำนักงานจัดการความรู้ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและคอยช่วยเหลือ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among heterosexual men. Morbid Mortal Weekly Rep 1981; 30:305-8.
- พริทส์ วัน กรีนสแวน, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, ระพีพันธุ์ จอมมะเร็ง, Mansergh Gordon, สถาปนา เนาวรัตน์, อัญชลี วรวัชรรัตน์, และคณะ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร. วารสารควบคุมโรค 2547;30:27-36.
- พัทธรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ และปัญหาผลกระทบ. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 12; วันที่ 27-29 พฤษภาคม 2552; ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค คอนเวนชันเซ็นเตอร์ เมืองทองธานี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
- อัญชลี วรวัชรรัตน์, พริทส์ วัน กรีนสแวน, สถาปนา เนาวรัตน์, วิภาส วิมลเศรษฐ, ธีรรัตน์ เชนนะสิริ, ฟิลิป มอค, และคณะ. ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการประเมินความชุกและความเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย พ.ศ. 2546-2548. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์ แห่งชาติ 2549; วันที่ 23-24 พฤศจิกายน 2549; โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักประชากรไทย วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- ศรินยา พงศ์พันธุ์, สหภาพ พูลเกษร, วิราษ เกษอุดมทรัพย์, มลิวัลย์ กิตติเดชา, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอช ไอ วี ประเทศไทย พ.ศ. 2551. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา; 2551.
- ศูนย์พัทยารักษ์ จังหวัดชลบุรี. เอกสารประกอบการบรรยายสำหรับผู้ศึกษาดูงานจากต่างประเทศ. ชลบุรี: ศูนย์พัทยารักษ์; 2551.
- กิริติกันต์ กลัดสวัสดิ์, เกรียงไกร ยอดเรือน, สัญญา กิตติสุนทรโรภาส, สุตี จารุพันธ์, เฉตสวรรค์ นามวาท, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายปี 2553. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา; 2553.
- พรพนนิภา สังข์ทอง. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของผู้ชายที่เข้ามาตรวจรักษาโรค [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

9. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. คู่มือการพูดคุยกับเพื่อนของแกนนำ MSM-POL. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
10. อนงค์ ทวีรัตน์. กว่าจะมาเป็นศูนย์พัทธรักษ์. ชลบุรี: ศูนย์พัทธรักษ์; 2556.
11. นิคม มูลเมือง, รัชนิวรรณ รอส, นภาพร มูลเมือง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของชายบริการทางเพศ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.

ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดยโสธร

Knowledge, risk behavior and Liver fluke prevalence. of Yasothon province

วิวัฒน์ วิริยกิจจา ส.ม., พ.บ.

Wiwat Wiriyakijja M.Sc., M.D.

สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

The office of inspectors, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15-60 ปี จำนวน 990 คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มแบบ 30 cluster sampling technique ดำเนินการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง พร้อมทั้งศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระของกลุ่มตัวอย่างด้วย โดยใช้วิธี Kato's thick smear ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.2 ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ และตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลาสามารถกำจัดโดยความเปรี้ยวจากมะนาว โดยตอบถูกเพียงร้อยละ 24.7 และ 26.1 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคและแพร่โรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบเป็นบางครั้ง โดยบริโภคบ่อย ปลาดิบ ร้อยละ 43.1 ลาบปลาดิบ ร้อยละ 41.1 ส้มปลาดิบ ร้อยละ 45.8 ปลาจ่อมดิบ ร้อยละ 45.5 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบเป็นประจำ ได้แก่ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ร้อยละ 84.9 ปลาร้าดิบ ร้อยละ 81.1 แจ่วบองปลาร้าดิบ ร้อยละ 71.2 และน้ำพริก ปลาร้าดิบ ร้อยละ 70.1 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถ่ายลงส้วมทุกครั้งร้อยละ 98.6 แต่ในขณะที่ไปทำนา ทำสวน ส่วนใหญ่จะถ่ายโดยขุดหลุมกลบ ร้อยละ 55.3 ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 10.5 โดยอำเภอที่ความชุกมากที่สุดคือ อำเภอด่านช้าง ร้อยละ 22.9 รองลงมาคือ อำเภอนามน ร้อยละ 15.2 และร้อยละ 10.6 ตามลำดับ การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับพบว่า เพศ อายุ ภูมิสำเนา และการเคยรับการตรวจหาพยาธิมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพฤติกรรมการขับถ่าย พฤติกรรมการกินปลาดิบบางชนิด เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้มดิบ และปลาจ่อม มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Abstract

The study was aimed to assess the knowledge, risk behavior in relation to Liver fluke infection of residents in Yasothon province and to study Liver fluke prevalence. Study population comprised 990 residents aged 15-60 years. Cluster sampling technique was used to recruit sampling units. Questionnaire developed by researcher was used for the data collection. Stool examination by Kato's thick smear method was carried out in order to assess Liver fluke prevalence. The study found that: The majority of the sample was aware in regards to knowledge concerning Liver fluke at good level (80.2%). Items of knowledge which acquired lowest scores were: Liver fluke was able to transmit from person to person and young stage of Liver

fluke (or metacercaria) in fishes can be killed by raw lemon juice. Only 24.7% and 26.1% of the sample had the right answers for these two items, respectively. With regards to risk behavior in relation to disease infection and transmission, the majority of the samples ate raw fish from time to time as the following: raw fish Koi (chopped and favored with salty and sour test) - 43.1%, raw fish Lab (minced and favored with salty and sour test) - 41.1%, salty fermented raw fishes-45.8%, sour fermented raw fishes-45.5%. Raw fishes that they ate regularly were: papaya salad with fermented fishes- 84.9%, fermented fishes - 81.1%, chilly fermented fish paste - 71.2% and fermented fish sauce - 70.1%. In relation to defecation behavior, the majority used toilet regularly (98.6%) and used pit toilets when they were at field work (55.3%). Findings from the stool examination showed that the prevalence of Liver fluke in Yasothorn was 10.5%. Among the districts, Kamkuankeaw district had the highest prevalence (22.9%) and Saimoon district was the second (15.2%) and Kaowang district was the third (10.6%). The Chi-square to assess the relationship of baseline information and risk behavior found significant relationship. Sex, age, hometown background and stool examination experience were significantly associated with raw fish eating ($P < 0.05$). Defecation behavior and raw fish eating (raw fish Koi, raw fish Lab, sour raw fishes, salty fermented raw fishes, sour fermented raw fishes) were significantly associated with Liver fluke presented ($P < 0.05$).

ประเด็นสำคัญ

ความรู้, พฤติกรรมเสี่ยง,
ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ

Key words

knowledge, risk behavior,
Liver fluke prevalence

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) เป็นพยาธิชนิดเดียวในประเทศไทยที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นเชื้อก่อมะเร็ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่น เป็นแหล่งที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศไทยและในโลก คือ 88 ต่อประชากรแสนคนในเพศชาย และ 36 ต่อประชากรแสนคนในหญิง มะเร็งดังกล่าวพบได้น้อยในประเทศตะวันตก (ประมาณ 0.2 ต่อแสนประชากรในสหรัฐอเมริกา) แต่พบมากในประเทศที่เป็นแหล่งติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สาธารณรัฐประชาชนลาว และตอนใต้ของสาธารณรัฐเวียดนาม เป็นต้น เนื่องจากอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงมักมารับการรักษาจากแพทย์เมื่อมะเร็งเข้าสู่ระยะท้ายของโรค หรือเมื่อมะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีนัก ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 1-2 ปีหลัง

การวินิจฉัย อัตราการมีชีวิต 5 ปี หลังรับการรักษาค่อนข้างต่ำ (ประมาณร้อยละ 20) ปัจจุบันยังไม่มีวิธีวินิจฉัยที่จำเพาะกับมะเร็งท่อน้ำดีในระยะต้น ไม่มีการบำบัดรักษามาตรฐานที่มีประสิทธิภาพสูง⁽¹⁾

ผลงานวิจัยของศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่นพบว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิใบไม้ตับที่พบในบุคคลนั้น และความถี่หรือจำนวนครั้งที่ได้รับพยาธิใบไม้ตับซ้ำๆ ส่วนจำนวนพยาธิใบไม้ตับตัวอ่อนที่พบในปลาหลายชนิด จากหลายแหล่งน้ำมีพยาธิเพียง 1-2 ซีสต์ (cyst) ต่อปลา 1 ตัว ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มีพยาธิจำนวนมาก แสดงว่าผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกินปลาดิบจำนวนมากหรือมีพฤติกรรมกินปลาดิบบ่อยครั้ง ซึ่งหมายถึงมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบซ้ำๆ ซากนั่นเอง โรคนี้จะตรวจไม่พบในระยะต้น การฟักตัวของโรคยาวนานถึง 30 ปี กว่าที่จะตรวจพบก็เป็นระยะสุดท้ายซึ่งรักษาลำบาก⁽¹⁾

จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อซ้ำและอัตราอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย ในปี 2542-2543 ในพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้รวม 8 จังหวัด พบว่าอัตราการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 13.1 และอัตราอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 12.4⁽²⁾ นอกจากนี้การศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2545 พบว่า อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับของเขต 7 (หรือเขตบริการของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายบริการที่ 10 ในปัจจุบัน) คิดเป็นร้อยละ 29.3⁽³⁾

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ในปี 2550 พบผู้ป่วย 559 ราย จาก 19 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.9 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 0.6 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 45-54 ปี ร้อยละ 28.1 อายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร ร้อยละ 63.0 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรก คือ สกลนคร 22.7 ต่อแสนประชากร น่าน 14.2 ต่อแสนประชากร ลำพูน 13.3 ต่อแสนประชากร แพร่ 10.9 ต่อแสนประชากร และศรีสะเกษ 2.5 ต่อแสนประชากร ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 1.7 ต่อแสนประชากร

สำหรับจังหวัดยโสธร มีแหล่งน้ำธรรมชาติคือแม่น้ำชี เป็นที่อาศัยของสัตว์น้ำที่ประชาชนนิยมจับเพื่อบริโภค ในจำนวน 9 อำเภอของจังหวัดยโสธร มีพื้นที่ 4 อำเภอ ที่แม่น้ำชีไหลผ่าน ได้แก่ อำเภอมือเืองยโสธร คำเขื่อนแก้ว มหาชนะชัย และค้อวัง มีรายงานการสำรวจในปี 2532 พบว่า ประชาชนเป็นโรคพยาธิถึงร้อยละ 37.5 ซึ่งในป็นั้นสำนักงานสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลสหพันธรัฐเยอรมันในการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นระยะเวลา 5 ปี ส่งผลให้ลดอัตราความชุกเหลือเพียงร้อยละ 9.6 ในปี 2538⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการสำรวจอัตราความชุกของหนอนพยาธิชนิดสตรองจิลอยติส

และได้ตรวจหาหนอนพยาธิชนิดอื่น ๆ ด้วย ทั้งนี้จังหวัดยโสธร ได้รับการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 cluster พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 17 ราย จาก 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.5

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายบริการที่ 10 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จึงได้ทำโครงการศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับของชุมชนลุ่มแม่น้ำชี จังหวัดยโสธร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานในการลดปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนชาวจังหวัดยโสธรต่อไป

เพื่อศึกษาความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดยโสธร และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ และการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อัตราชุกของติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความสามารถในการคิด การทำความเข้าใจ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าของประชาชนเกี่ยวกับวงจรชีวิต การติดต่อ อันตรายและความรุนแรง และการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรมการเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคือการรับประทานปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ และพฤติกรรมการใช้ส้วมในการถ่ายอุจจาระ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา
 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชาชน
 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดยโสธรในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน
 535,775 คน

กลุ่มตัวอย่าง
 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 คำนวณหาจำนวนขนาดตัวอย่างจากสูตร หาค่า
 Minimal sample size โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง มีค่า = 1.96

p = อัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดยโสธร
 ครั้งล่าสุดพบร้อยละ 29.26
 ดังนั้นค่า P เมื่อเทียบสัดส่วนเป็น 1 คือ 0.2926

$$q = 1 - p = 0.707$$

d = ความคาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบผู้ติดเชื้อพยาธิ
 ที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ร้อยละ 10.0 (maximum
 permissible error = $0.1 \times p = 0.0029$)

แทนค่าตามสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.2926)(0.707)}{(0.0029)}$$

$$= 929 \text{ คน}$$

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธี 30

2. สุ่มจำนวนตำบลจากอำเภอทุกอำเภอตาม

สัดส่วนของตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

3. สุ่มหมู่บ้าน 1 หมู่บ้าน จากตำบลเป้าหมาย

โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

4. สุ่มจำนวนตัวอย่างจากหมู่บ้านโดยใช้วิธีการ

สุ่มอย่างเป็นระบบ ได้หมู่บ้านและจำนวนคนที่
 เก็บข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงรายชื่ออำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนตัวอย่าง
เมือง	สำราญ	- ม.5 บ้านเชียงหวาง	33
	หนองหิน	- ม.2 บ้านหนองบก	33
	เชียงคำ	- ม.7 บ้านดอนแก้ว	33
	ค้อเหนือ	- ม.10 บ้านท่าเยี่ยม	33
	หนองเรือ	- ม.4 บ้านหนองสรวง	33
คำเขื่อนแก้ว	โพนทัน	- ม.3 บ้านน้ำเกลี้ยง	33
	กุดกุง	- ม.1 บ้านกุดกุง	33
	ดงเจริญ	- ม.4 บ้านคำแหลม	33
	นาแก	- ม.7 บ้านหนองตุบก	33
มหาชนะชัย	ฟ้าหยาด	- ม.6 บ้านโนนธาตุ	33
	หัวเมือง	- ม.5 บ้านกุดพันเขียว	33
	ม่วง	- ม.4 บ้านท่าสมอ	33
	ผือฮี	- ม.5 บ้านเวินชัย	33
ค้อวัง	ฟ้าห่วน	- ม.3 บ้านโพนเมือง	33
	ค้อวัง	- ม.3 บ้านหมากมาย	33
ป่าติ้ว	เชียงเพ็ง	- ม.3 บ้านโนนม่วง	33
	โพธิ์ไทร	- ม.1 บ้านโพธิ์ไทร	33
	ศรีฐาน	- ม.5 บ้านเตาไห	33

(ต่อ) ตารางที่ 1 แสดงรายชื่ออำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนตัวอย่าง
ทรายมูล	ตุลาค	- ม.1 บ้านตุลาค	33
	ไผ่	- ม.2 บ้านสร้างช้าง	33
	ห้วยแก้ง	- ม.5 บ้านโสกน้ำขาว	33
	โนนเปือย	- ม.3 บ้านกุดปลาตุก	33
	คำน้ำสร้าง	- ม.3 บ้านคำน้ำสร้าง	33
ไทยเจริญ	กุดชุม	- ม.6 บ้านหนองมาลา	33
	สัมผ่อ	- ม.1 บ้านสัมผ่อ	33
	คำเตย	- ม.2 บ้านหนองซ่งแย้	33
เลิงนกทา	โคกสำราญ	- ม.1 บ้านโคกสำราญ	33
	บุงคำ	- ม.5 บ้านนาออก	33
	สามแยก	- ม.7 บ้านหนองลิ้ม	33
	สามัคคี	- ม.9 บ้านนาเซ	33
รวม	30 ตำบล	30 หมู่บ้าน	990 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเพื่อศึกษาความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ดำเนินการโดยใช้ทีมวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมแล้ว

2. การเก็บข้อมูลความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระของกลุ่มตัวอย่างด้วย โดยใช้วิธี Kato's thick smear โดยการแจกกระป๋อง พลาสติกเบอร์ 2 ติดสลากรายชื่อพร้อมอธิบายวิธีเก็บอุจจาระที่ถูกต้องจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกันกับที่สัมภาษณ์ จากนั้นเก็บรวบรวมตัวอย่างอุจจาระในเช้าวันถัดมา นำส่งห้องปฏิบัติการของแต่ละโรงพยาบาล ภายในเวลา 3-4 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การศึกษาความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. การศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato's thick smear

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิง

พรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่วิเคราะห์ใช้ Chi-square

ผลการศึกษา

1. ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการตอบคำถาม จำนวน 19 ข้อ เกี่ยวกับความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า ข้อที่กลุ่มเป้าหมายตอบถูกน้อยที่สุดคือข้อที่ถามว่า “พยาธิใบไม้ตับสามารถติดต่อโดยมีคนเป็นพาหะนำโรคหรือไม่” ซึ่งมีผู้ตอบถูกเพียง ร้อยละ 24.7 เท่านั้น และข้อที่ถามว่า “ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลาน้ำจืด สามารถกำจัดโดยความเปรี้ยวจากมะนาวได้หรือไม่” ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียงร้อยละ 26.1 เท่านั้น คำถามข้อหลังนี้เป็นคำถามที่น่าจะเป็นปัญหาในแง่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอย่างยิ่ง ส่วนคำถามข้ออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตอบถูกตั้งแต่ร้อยละ 66.0 ถึงร้อยละ 97.0 ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้อง

คำถามเกี่ยวกับความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน ผู้ตอบถูก	ร้อยละ
1. โรคพยาธิใบไม้ตับเกิดได้กับคนทุกเพศทุกวัย	888	90.2
2. โรคพยาธิใบไม้ตับมีหอยเป็นพาหะตัวกลางนำโรคระยะติดต่อ	863	87.6
3. ตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับอยู่ในปลาน้ำจืดชนิดที่มีเกล็ด	942	95.6
4. พยาธิใบไม้ตับสามารถติดต่อโดยมีคนเป็นพาหะนำโรค	243	24.7
5. ไข่ของพยาธิใบไม้ตับจะปนออกมากับอุจจาระของคน	914	93.0
6. โรคพยาธิใบไม้ตับจะติดต่อโดยการกินก้อยปลา ลาบปลา จากปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด	953	96.8
7. ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลาน้ำจืดสามารถกำจัดโดย ความเปรี้ยวจากมะนาว	257	26.1
8. ผักต่าง ๆ ถ้ากินสด ๆ ก็สามารถนำเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้	774	78.6
9. ปลาน้ำจืดทุกชนิดสามารถนำเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้	653	66.3
10. หอยโข่ง หอยขม ก็สามารถนำเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้	900	91.4
11. ผู้ที่มีพยาธิใบไม้ตับจะไม่แสดงอาการในระยะแรก	877	89.0
12. โรคจะแสดงอาการเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิและระยะเวลา ที่เป็นโรค	916	93.1
13. อาการเริ่มต้นของโรคมีอาการท้องอืด แน่นท้อง โดยเฉพาะหลังกิน อาหาร	862	87.5
14. เมื่อมีพยาธิจำนวนมากและอาศัยในร่างกายเป็นเวลานานทำให้ถุงน้ำดี อุดตัน และมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ตัวโต ท้องมาน	924	93.8
15. คนที่มีพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสมีอาการท้องมานหรือโรคมะเร็งตับ	932	94.6
16. อาการที่ถึงขั้นท้องมาน ตัวแข็งเป็นมะเร็งตับ แล้วสุดท้าย ต้องเสียชีวิตทุกราย	952	96.6
17. การกำจัดวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับอีกวิธีหนึ่งคือ การแช่ปลาลงในโถส้วม	942	95.6
18. ผู้ที่กินปลาที่ปรุงสุกมีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับน้อยกว่า ผู้ที่กินอาหารที่ปรุงจากปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ	960	97.5
19. ป้องกันโรคนี้ได้โดยการสวมรองเท้าในขณะที่ต้องขุดดินและ ขุดปลาน้ำจืด	733	74.4

เมื่อพิจารณาความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แกไขความเข้าใจที่ผิด มี 5 ข้อ รายละเอียดข้อคำถาม แล้วพบว่า ข้อความรู้ที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (มีผู้ ดังแสดงในตารางที่ 3 ตอบถูกไม่ถึงร้อยละ 80.0) ควรมีการให้ความรู้เพิ่มเพื่อ

ตารางที่ 3 แสดงข้อความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องให้ความรู้เพิ่ม

คำถามเกี่ยวกับความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน ผู้ตอบถูก	ร้อยละ
- พยาธิใบไม้ตับสามารถติดต่อโดยมีคนเป็นพาหะนำโรค	243	24.7
- ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลาน้ำจืดสามารถกำจัดโดย ความเปรี้ยวจากมะนาว	257	26.1
- ผักต่าง ๆ ถ้างินสด ๆ ก็สามารถนำเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้	774	78.6
- ปลาน้ำจืดทุกชนิดสามารถนำเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้	653	66.3
- ป้องกันโรคนี้ได้โดยการสวมรองเท้าในขณะที่ต้องย่ำพื้นเฉอะแฉะ	733	74.4

ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี กล่าวคือ มี ร้อยละ 80.2 โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 19 คะแนน ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป จำนวน 788 คน คิดเป็น คะแนน คะแนนเฉลี่ย 15.7 ร้อยละเรียงตามตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ระดับของความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน (N = 982)	ร้อยละ
ดี (15-19 คะแนน)	788	80.2
ปานกลาง (10-14 คะแนน)	174	17.7
ต้องปรับปรุง (ต่ำกว่า 10 คะแนน)	20	2.0
คะแนนสูงสุด 19 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 15.7		

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่โรค

2.1 พฤติกรรมการจับจ่ายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จ่ายลงส้วมทุกครั้ง ร้อยละ 98.6 แต่ในขณะที่ไปนา ทำสวน ส่วนใหญ่จะถ่ายโดยขุดหลุมกลบ ร้อยละ 55.3

2.2 พฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ ผลการศึกษามีดังนี้

- ก้อยปลาดิบ กินบางครั้งร้อยละ 43.1
รองลงมา ไม่เคยกินเลย ร้อยละ 24.6
- ลาบปลาดิบ กินบางครั้งร้อยละ 41.1
รองลงมา ไม่เคยกินเลยร้อยละ 27.9
- ส้มปลาดิบ กินบางครั้งร้อยละ 45.8
รองลงมา กินประจำร้อยละ 23.6
- ปลาจ่อม กินบางครั้งร้อยละ 45.5
รองลงมา ไม่เคยกินเลยร้อยละ 23.7

- ปลาฟักไม่เคยกินเลยร้อยละ 46.1
รองลงมา กินบางครั้งร้อยละ 31.1
- ปลาเจ้าไม่เคยกินเลยร้อยละ 48.4
รองลงมา กินบางครั้งร้อยละ 30.2
- หม้าขี้ปลา ไม่เคยกินเลยร้อยละ 44.4
รองลงมา กินบางครั้งร้อยละ 32.0
- แจ่วบองปลาสดดิบ กินประจำร้อยละ 71.2
รองลงมา กินบางครั้งร้อยละ 24.5
- น้ำพริกปลาร้าสับเครื่องแกงดิบ
กินประจำร้อยละ 70.1
รองลงมา กินบางครั้งร้อยละ 19.9
- ปลาร้าดิบ กินประจำร้อยละ 81.1
รองลงมา กินบางครั้งร้อยละ 15.2
- ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ กินประจำร้อยละ 84.9
รองลงมา กินบางครั้งร้อยละ 12.9

3. ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ คืออำเภอคำเขื่อนแก้ว ความชุกร้อยละ 22.9 รองลงมา คือ อำเภอค้อวัง และเลิงนกทา โดยพบร้อยละ 10.6 ใบไม้ตับ พบร้อยละ 8.3 โดยอำเภอที่มีความชุกมากที่สุด และร้อยละ 9.8 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนคนที่ตรวจ	จำนวนคนที่พบพยาธิใบไม้ตับ	ร้อยละ
เมือง	149	14	9.4
ทรายมูล	66	0	0.0
กุดชุม	132	1	0.8
คำเขื่อนแก้ว	118	27	22.9
ป่าดัว	96	4	4.2
มหาชนะชัย	132	12	9.1
ค้อวัง	66	7	10.6
เลิงนกทา	132	13	9.8
ไทยเจริญ	66	1	1.5
รวม	957	79	8.3

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร การตรวจหาไข่พยาธิ ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

เมื่อนำตัวแปรต่าง ๆ มาหาความสัมพันธ์กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05 ได้แก่

- เพศ โดยพบว่า เพศชายมีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเพศหญิง
- ภูมิลำเนาพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ติดแม่น้ำ

มีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าผู้ที่มีภูมิลำเนาไม่ติดแม่น้ำอย่างเห็นได้ชัด

- พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระเมื่อไปทำงานที่สวน ไร่ หรือนา พบว่า ผู้ที่ถ่ายลงส้วมมีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับต่ำกว่าผู้ที่ถ่ายโดยฝังกลบ และถ่ายโดยไม่ฝังกลบ

- พฤติกรรมการกินปลาดิบพบว่า ผู้ที่กินก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาสามดิบ ปลาจ่อม มีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าผู้ที่ไม่กิน หรือเคยกินแต่เลิกแล้ว รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ เพศกับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

ตัวแปร	พบพยาธิใบไม้ตับ		ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ		รวม		χ^2 (significant)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	45	10.2	396	89.8	955	100	3.921
หญิง	34	6.7	477	93.3	745	100	(.048)
ภูมิสำเนา							
ติดแม่น้ำ	32	16.8	158	83.2	190	100	22.833
ไม่ติดแม่น้ำ	47	6.2	716	93.8	763	100	(.000)
การถ่ายอุจจาระ							
ถ่ายลงส้วม	13	3.8	326	96.2	339	100	14.113
ถ่ายโดยฝังกลบ	58	11.0	468	89.0	526	100	(.001)
ถ่ายโดยไม่ฝังกลบ	8	9.2	79	90.8	87	100	
กินก้อยปลาดิบ							
กินประจำ	22	11.4	171	88.6	193	100	16.850
กินบางครั้ง	45	10.9	367	89.1	412	100	(.001)
เลิกกินแล้ว	4	3.5	109	96.5	113	100	
ไม่เคยกิน	8	3.4	226	96.6	234	100	
กินลาปลาดิบ							
กินประจำ	21	11.0	170	89.0	191	100	18.274
กินบางครั้ง	45	11.5	346	88.5	391	100	(.000)
เลิกกินแล้ว	4	3.8	100	96.2	104	100	
ไม่เคยกิน	9	3.4	257	96.6	266	100	
กินปลาต้มดิบ							
กินประจำ	24	10.8	199	89.2	223	100	14.816
กินบางครั้ง	46	10.5	393	89.5	439	100	(.002)
เลิกกินแล้ว	2	2.8	69	97.2	71	100	
ไม่เคยกิน	7	3.2	212	96.8	219	100	
กินปลาจ่อม							
กินประจำ	20	9.2	198	90.8	218	100	11.291
กินบางครั้ง	47	10.9	386	89.1	433	100	(.010)
เลิกกินแล้ว	3	4.0	72	96.0	75	100	
ไม่เคยกิน	9	4.0	217	96.0	226	100	

วิจารณ์

ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการตรวจหาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดยโสธร พบร้อยละ 8.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งไว้ไม่เกินร้อยละ 10.0 และน้อยกว่าหลาย ๆ การศึกษา^(6,7) ซึ่งพบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ ร้อยละ

12.1, 25.1, 12.4 ทั้งนี้จะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ประมาณร้อยละ 13.3 มีการบำบัดรักษาพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเอง ส่วนใหญ่รักษาโดยการซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 48.1 จึงทำให้ตรวจไม่พบพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้ความชุกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดีร้อยละ 80.2

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดัชนี มานะตระกูล และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 59.1) แต่กลับพบว่า ความรู้ดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตรวจพบพยาธิใบไม้ในตับ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการไม่รับประทานปลาดิบหรือผลิตภัณฑ์จากปลาดิบนั้น เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากมาก ในวิถีชีวิตของคนชนบทอีสาน โดยเฉพาะน้ำพริกปลาร้านั้นนิยมใส่ปลาร้าดิบเป็นตัวหวกเป็นปลาร้าต้มจะทำให้รู้สึกไม่อร่อย ชาวอีสานน้อยมากที่จะต้มปลาร้าก่อนจะใส่น้ำพริก และนอกจากนี้ ยังมีอาหารอีกชนิดหนึ่งที่เป็นอาหารยอดนิยมของชาวอีสาน นั่นก็คือส้มตำ ซึ่งปัจจุบันพบว่าชาวอีสานทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง มักจะนิยมซื้อส้มตำรับประทานมากกว่าการตำกินเอง เนื่องจากร้านส้มตำมีอยู่ทั่วไป และแม่ค้ามักจะซื้อปลาร้าจากร้านที่มีสูตรในการปรุงปลาร้าที่มีความเฉพาะเป็นตำรับของตนเอง และถึงแม้จะมีการณรงค์ให้มีการต้มปลาร้าสุกก่อนนำมาใส่ส้มตำ ส่วนมากก็มักเอาปลาร้าดิบเป็นตัวลอยใส่น้ำปลาร้าที่ต้มสุกไว้สำหรับลูกค้าที่ชอบส้มตำใส่ตัวปลาร้าด้วย ดังนั้นจึง พบว่า โอกาสที่ชาวอีสานจะได้รับประทานปลาดิบ หรือผลิตภัณฑ์จากปลาดิบจึงสูงมาก จนส่งผลให้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอัตราการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับ

เพศมีความสัมพันธ์กับอัตราการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี จงสุขสันติกุล และคณะ⁽⁹⁾ ที่ประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 และพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ชายชาวชนบทอีสานส่วนใหญ่เป็นผู้หาปลาจากแหล่งน้ำธรรมชาติมาเลี้ยงครอบครัว และผู้ชายเหล่านี้ก็มักจะต้มเหล้าด้วย ก้อยปลาดิบและลาบปลาดิบก็เป็นกับแกล้มที่นิยมรับประทาน โดยเฉพาะในระหว่างการหยุดหาปลาเพื่อรับประทานอาหารกลางวันที่ริมแหล่งน้ำ

ปลาสดๆ ก้อยกับมดแดง ถือเป็นอาหารยอดนิยมของกลุ่มชายที่ออกหาปลา ดังนั้นจึงพบว่า เพศชายมีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับได้มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภูมิสำเนา มีความสัมพันธ์กับอัตราการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิสำเนาติดริมแม่น้ำชี มีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ภูมิสำเนาไม่ติดแม่น้ำชี ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีโอกาสดำรงชีพโคกปลาดิบจากแม่น้ำชีมากกว่าประชาชน ซึ่งมีภูมิสำเนาไกลจากแม่น้ำ

พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระพบว่า มีความสัมพันธ์กับอัตราการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ถ่ายอุจจาระลงพื้นโดยการฝังกลบ และไม่ฝังกลบ มีอัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถ่ายอุจจาระลงส้วม ทั้งนี้ถึงแม้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับจะไม่สามารถติดต่อโดยตรงได้จากการที่คนสัมผัสกับอุจจาระของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับโดยตรง แต่ผลการศึกษาดังกล่าวน่าจะอธิบายโดยอ้อมได้ถึงพฤติกรรมที่มักง่ายของการถ่ายอุจจาระ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ถ่ายอุจจาระลงส้วม ก็น่าจะมีพฤติกรรมที่มักง่ายด้านการบริโภคด้วย โดยอาจเป็นไปได้ที่กลุ่มนี้บริโภคปลาดิบด้วย จึงส่งผลให้พฤติกรรมการขับถ่ายมีความสัมพันธ์ทางสถิติการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย

พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ โดยการปรุงอาหาร ชนิดต่าง ๆ คือ ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้มดิบ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี จงสุขสันติกุล⁽¹⁰⁾ ที่ประเมินผลโครงการณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ ที่พบว่า เด็กนักเรียนที่มีพฤติกรรมการกินอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับมากถึงร้อยละ 8.9 โดยการรับประทานปลาร้าดิบ และการศึกษาของประภาศรี จงสุขสันติกุล และคณะ⁽⁹⁾ ที่ได้ประเมินผลงานควบคุมโรคหนอน

พยาธิของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการกินอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีอัตราการกินปลาดิบเป็นประจำ และบางครั้งรวมกันคิดเป็นร้อยละ 15.0-59.8 เนื่องจากวิถีชีวิตของคนในชนบทที่นิยมการบริโภคปลาเป็นอาหารหลักเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว โดยเฉพาะปลาน้ำจืดที่หาได้จากแหล่งน้ำตามธรรมชาติ ไม่นิยมบริโภคปลาเลี้ยงเนื่องจากมีกลิ่นคาวและรสชาติไม่อร่อย ส่วนปลาน้ำจืดจากแหล่งน้ำธรรมชาติที่นิยมบริโภคมากที่สุดคือ ปลาแม่น้ำกระด โดยเฉพาะปลาขาว ซึ่งหาเองตามแหล่งน้ำธรรมชาติรอบๆ หมู่บ้าน ไม่นิยมซื้อปลาจากตลาด ส่วนใหญ่จะซื้อขายด้วยตัวเอง วิธีการประกอบอาหารโดยส่วนใหญ่มี 3 วิธี คือ อาหารที่ปรุงสุก ได้แก่ ต้ม แกง ปิ้ง นึ่ง ปั่นเผา ซึ่งจะใช้ปลาสดทั้งชนิดที่มีเกล็ดและไม่มีเกล็ด ซึ่งวิธีนี้ไม่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แต่ชาวอีสานยังนิยมอาหารประเภทที่กินดิบ ได้แก่ ก้อยปลา ลาบปลา โดยนิยมทำจากปลาที่มีเกล็ดจำพวกปลาลาบ และรวมถึงปลาส้มก็นิยมใช้ปลาที่มีเกล็ดพวกปลาลาบ ปลาตะเพียน ซึ่งเป็นโฮสต์อันดับสองที่ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ระยะเซอร์คาเรียมาฝังตัว (cercaria) เพื่อเจริญต่อไปเป็นเมตาเซอร์คาเรีย (metacercaria) ฝังตัวเป็นชีสพร้อมที่จะติดต่อสู่คนอยู่แล้ว⁽¹¹⁾ ผลการศึกษาจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กินปลาดิบทั้งกินประจำและกินบางครั้ง มีอัตราการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าคนที่เลือกรับประทานแล้ว หรือไม่เคยรับประทานเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิสำเนาติดกับแม่น้ำชี มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มที่มีภูมิสำเนาห่างจากแม่น้ำชี ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินปลาดิบ ควรเน้นไปที่ประชาชนที่มีภูมิสำเนาติดแม่น้ำเป็นหลัก

2. ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

ดังนั้นควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการแพร่โรค โดยการถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ในขณะที่ไปทำนา ทำไร่ ทำสวน

3. ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ โดยการปรุงอาหารชนิดต่างๆ คือ ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้มดิบ มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นควรมีการดำเนินงานที่เน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค ให้กับประชาชนนี้ให้มากยิ่งขึ้น โดยการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนที่ผ่านแกนนำชุมชน โดยการเสริมสร้างให้มีศักยภาพและพลังในการจัดกิจกรรมควบคุมป้องกันโรค และการค้นหาผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

- มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี 2551. "การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบซ้ำซาก เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี" [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 2554]. แหล่งที่มา: <http://www.livercare.kku.ac.th/2008/postdetail.php?contentsid=164>
- กรมควบคุมโรค. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
- กระทรวงสาธารณสุข. รวมบทความผลงานวิจัยโรคหนอนพยาธิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
- สำนักกระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังโรค: โรคพยาธิใบไม้ตับ 1 มกราคม - 26 พฤศจิกายน 2550. กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2539 งานควบคุมโรคติดต่อ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2539.
- เสรี สิงห์ทอง, สุจินันท์ ตรีเดช, สัจจิต เจริญรบ, ไพโรจน์ สีใส, สีนวล พลบำรุง. ความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคหนอนพยาธิลำไส้อื่นๆ ในจังหวัดหนองคาย หนองบัวลำภู

- และอุดรธานี ปี 2543. ใน: สิริรัตน์ สิริภัทรวรรณ, ลักษณะภรณ์ คงเจริญพร, ปัญจพร ชื่นสมจิตต์, ฐิติมา วงศาโรจน์, บรรณาธิการ. รวมบทความคัดย่อผลงานวิจัยโรคหนอนพยาธิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547. หน้า. 168.
7. สมคิด จันทิ, สุพจน์ สิงโตหิน, สีนวล พลบำรุง, บุญจันทร์ จันทรมหา. ความชุกของโรคพยาธิและความรุนแรงพยาธิใบไม้ตับ พยาธิปากขอ จังหวัดสกลนคร ปี 2545. ใน: สิริรัตน์ สิริภัทรวรรณ, ลักษณะภรณ์ คงเจริญพร, ปัญจพร ชื่นสมจิตต์, ฐิติมา วงศาโรจน์, บรรณาธิการ. รวมบทความคัดย่อผลงานวิจัยโรคหนอนพยาธิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547. หน้า. 162.
 8. ดัชนี มานะตระกูล, ไพศาล อัมพันธ์, ฐิติมา วงศาโรจน์. ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2537: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2540;6:55-6.
 9. ประภาศรี จงสุขสันติกุล, ดัชนี มานะตระกูล, ฐิติมา วงศาโรจน์, ปัทมาวดี กฤษณามระ, ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, สุกัญญา วงศาโรจน์. การประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544. วารสารอายุรศาสตร์เขตร้อนและปรสิตวิทยา 2003;26:38-46.
 10. ประภาศรี จงสุขสันติกุล. การประเมินผลโครงการรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ ด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ปี 2542. ใน: สิริรัตน์ สิริภัทรวรรณ, ลักษณะภรณ์ คงเจริญพร, ปัญจพร ชื่นสมจิตต์, ฐิติมา วงศาโรจน์, บรรณาธิการ. รวมบทความคัดย่อผลงานวิจัยโรคหนอนพยาธิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547. หน้า. 105.
 11. ทรงศักดิ์ ลิตา, บุญส่ง ลีชาพันธ์, วีรชัย สุดจันทาม. นิสัยการบริโภคปลาของประชาชน: กรณีศึกษาบ้านชีวังแคน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ปี 2546. ใน: สิริรัตน์ สิริภัทรวรรณ, ลักษณะภรณ์ คงเจริญพร, ปัญจพร ชื่นสมจิตต์, ฐิติมา วงศาโรจน์, บรรณาธิการ. รวมบทความคัดย่อผลงานวิจัยโรคหนอนพยาธิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547. หน้า. 167.

ความพร้อมของระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแบบบูรณาการสำหรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรณีศึกษา: จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557

Preparedness of integrated emergency response system for emerging infectious diseases, A case study of Ratchaburi Province, 2014

วีณา ภักดีสิริวิชัย* ปพส., วท.ม. (สถิติประยุกต์), ศ.ม.	Veena Bhakdisirivichai* B.Sc. (Nursing), M.Sc. (Applied Statistics), M.Econ.
สุริยะ คูหะรัตน์** พ.บ., วว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา	Suriya Kuharut** M.D., Thai board of Preventive Medicine (Epidemiology)
พจน์ เอ็มพันธุ์*** พ.บ., วท.ม. (อายุรศาสตร์เขตร้อนคลินิก)	Pote Aimpun*** M.D., Sc.M. (Clinical Tropical Medicine)
รุ่งเรือง เด่นดวงใจ**** สบ., วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)	Rungreung Dendungchai**** B.P.H., M.Sc. (Public Health)
ขวัญเนตร มีเงิน***** วท.ม. (พฤกษศาสตร์)	Kwannet Meengoen***** M.Sc. (Botany)
นริสรา อ้วนดวงดี***** สบ. (สาธารณสุขศาสตร์)	Narisara Uanduangdee***** B.P.H. (Public Health)
*สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	*Bureau of Occupational and Environmental Diseases
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง	**Ranong Provincial Health Office
***สำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	***Office for Medical Service of The Permanent Secretary for Defence
****สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี	****Ratchaburi Provincial Health Office
*****สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค	*****Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมและประเด็นที่ควรปรับปรุงในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินต่อการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ของจังหวัดราชบุรี เพื่อเป็นตัวอย่างและขยายผลการพัฒนาความพร้อมไปยังจังหวัดอื่น โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดราชบุรี 26 คน และทำการสำรวจในสถานที่ 24 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจความพร้อมที่คณะผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ความพร้อม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2556 ถึงมีนาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และให้คะแนนผลการวิเคราะห์พร้อมประมวลข้อเสนอแนะด้วยความเห็นร่วมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดราชบุรีมีความพร้อมการเตรียมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ยังมีประเด็นที่ควรปรับปรุง 3 ด้าน คือ (1) ด้านระบบการบูรณาการพบว่า การแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วทั้งในคนและสัตว์ การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และศูนย์ปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและรักษาโรคใช้หวัดนก/การระบาดของไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ และการซักซ้อมแผนยังไม่ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน (2) ด้านการบริหารจัดการพบว่า

ศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด ระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งไข้หวัดใหญ่ ยังมีองค์ประกอบไม่ครบถ้วนทั้งในคนและสัตว์ ยังไม่ได้กำหนดแนวทางการสำรองและจัดหาเวชภัณฑ์ วัคซีนและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาล (3) ด้านปศุสัตว์พบว่า การพัฒนารูปแบบการเลี้ยงสัตว์การพัฒนามูลสารและถ่ายทอดความรู้ ยังครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่ครบถ้วน เมื่อพิจารณาผลความพร้อมระดับอำเภอ พบว่า มี 8 อำเภอ จาก 10 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ความพร้อม โดยมีประเด็นที่ควรปรับปรุง 2 ด้าน คือ (1) ด้านระบบการบูรณาการพบว่า ยังไม่มีคณะกรรมการอำนวยการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งไข้หวัดใหญ่เป็นการเฉพาะ และยังไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปัจจุบัน (2) ด้านการบริหารจัดการพบว่า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แก่กลุ่มเสี่ยง ยังมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมายและการวางแผน อีกทั้งการสำรองยาต้านไวรัสยังไม่ได้นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมาพิจารณาด้วย สำหรับจุดเด่นในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมของจังหวัดราชบุรีในระยะ 8 ปีที่ผ่านมา มี 3 เรื่อง คือ (1) การพัฒนาการบริหารจัดการตอบโต้การระบาดของโรคไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย การตั้งศูนย์ปฏิบัติการอย่างเต็มรูปแบบ และจัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ชัดเจน (2) การพัฒนารูปแบบและหลักสูตรการฝึกซ้อม จนเป็นต้นแบบการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (3) การปรับปรุงเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคให้เข้มแข็งจนได้รับรางวัลอันดับ 1 ของประเทศ ในปี 2556 ข้อเสนอแนะต่อจังหวัด มี 3 ข้อ คือ (1) ด้านระบบการบูรณาการ ควรจัดตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งสามารถรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในจังหวัด รวมทั้งทบทวนระบบการบัญชาการเหตุการณ์ โดยมีการฝึกซ้อมสม่ำเสมอทุกปี (2) ด้านการบริหารจัดการ ควรสนับสนุนการพัฒนามูลสารให้มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการปรับระบบงานและหลักสูตรการฝึกซ้อม และ (3) ด้านการปฏิบัติงาน ควรสนับสนุนให้อำเภอและตำบล จัดรูปแบบการเตรียมความพร้อมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและวิธีปฏิบัติงานในแนวทางเดียวกัน พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ

Abstract

This survey research was conducted to study the preparedness of Ratchaburi province in responding to emergency situations arising from outbreaks of emerging infectious diseases (EIDs) and to suggest issues for improvement. Findings would be used as examples in strengthening such preparedness in other provinces. Twenty-six executives and staff of the province were interviewed and twenty-four places were visited and surveyed using a questionnaire and a survey form which were constructed based upon given criteria of the preparedness. Data were collected during September 2013 to March 2014 and analyzed using descriptive statistics of frequency and percentage. Results were discussed in a group of experts to get consolidated feedback and recommendations. Ratchaburi province was found to have adequate preparedness for emergency response with regard to EIDs according to the given criteria; however, three issues for improvement were identified. The first one was about system integration where official appointments had not been made for the Surveillance and Rapid Response Teams (SRRTs) responsible for the investigation of relevant human and animal- disease outbreaks, the Steering Committee and the Operation Center for the prevention and care of avian and pandemic influenza and EIDs. Table-top exercises had not been conducted regularly and in the

current year. The second issue was about management where some essential elements of the provincial information center and the information and surveillance systems among humans and animals on EIDs and respiratory infectious diseases including Influenza were missing. Guidelines on stockpiling and replenishment of pharmaceuticals, vaccines and medical equipment to health care facilities were not available. The third issue was on livestock development where animal husbandry models, human resource development and knowledge transfer were yet to be fully covered among target groups. The district level analysis revealed that 8 out of 10 districts had fulfilled the given preparedness criteria and two issues for improvement were noted. The first one was about system integration where a specific Steering Committee for the prevention and control of EIDs and respiratory infectious diseases including Influenza was yet to be established while the Committee for the prevention of nosocomial infections had not been updated for the current year. The second one was on managerial aspect where the influenza vaccine coverage among high risk groups was lower than the target. Numbers of influenza patients visiting hospitals had not been taken into account in the planning for and stockpiling of antivirals. Three outstanding findings on development of the preparedness in Ratchaburi during the past 8 years were noted. The first one was about the development on management of Avian and Pandemic Influenza outbreak response, comprising the establishment of an operation center with clear incident command system. The second one was the creation of a model and curriculum for simulate exercise, especially the prototype of a field hospital. Lastly, the improvement and strengthening of surveillance network in this province was awarded a national first prize in 2013. Three important recommendations were made. Firstly on system integration, a provincial steering committee should be established to oversee the response to emergency situations related to diseases and health hazards. The committee should have the ability to handle the changing situation in the province whereas exercises and reviews of its event command system should be conducted annually. Secondly on managerial aspect, of human resource development should be supported regarding the essential knowledge, competency and skills in adjusting work systems as we exercise curriculum. Lastly on operational aspect, district and sub-district models of preparedness and operational procedures for emergency response should be harmonized and regularly communicated and linked with the provincial health office.

ประเด็นสำคัญ
โรคติดต่ออุบัติใหม่,
ระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแบบบูรณาการ

Key words
emerging infectious diseases,
integrated emergency response system

บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับโรคติดต่ออุบัติใหม่อยู่เป็นระยะๆ เช่น โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 จนพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก⁽¹⁻⁴⁾ การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ในแต่ละครั้งมีการแพร่กระจายในวงกว้างอย่างรวดเร็วจนเป็นวิกฤตทาง

สาธารณสุขของประเทศ ด้วยเหตุที่ธรรมชาติของเชื้อก่อโรคมีการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์อยู่ตลอดเวลาจนพร้อมที่จะก่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ ประเทศไทยจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการระบาดในคนที่อาจมีความรุนแรงได้อีก โดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าการระบาดได้ ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงเริ่มการเตรียมความพร้อมต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) เพื่อให้หน่วยงานทุกกระทรวงและทุกระดับจากส่วนกลางไปส่วนภูมิภาคได้ปรับใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมแบบบูรณาการในพื้นที่ได้⁽³⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยงานทุกภาคส่วนให้มีการเตรียมความพร้อมด้วยการจัดทำแผนและฝึกซ้อมแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่อ โดยมีการจัดการจังหวัดทำหน้าที่ยานุการและสนับสนุนการดำเนินงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ประสานการบูรณาการทุกภาคส่วน แต่การสร้างความพร้อมของจังหวัด ต้องอาศัยการจัดการระบบงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการตรวจสอบเชิงคุณภาพและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดราชบุรี เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคกลาง แบ่งการปกครองเป็น 10 อำเภอ 101 ตำบล และ 975 หมู่บ้าน มีเส้นทางคมนาคมที่สะดวกรวดเร็ว จึงมีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และมีหน่วยงานที่มีความหลากหลายทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อีกทั้งมีประสบการณ์ในปี พ.ศ. 2549 เป็นจังหวัดนำร่องในการร่วมทดสอบคู่มือการฝึกซ้อมแผนชนิดบนโต๊ะ เพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ระดับจังหวัด⁽⁴⁾ ดังนั้นคณะผู้ศึกษาจึงเลือกทำการศึกษานี้ในจังหวัดราชบุรีด้วยเหตุผลดังกล่าว

1. เพื่อศึกษาความพร้อมและประเด็นที่ควรปรับปรุงของระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแบบบูรณาการสำหรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ของจังหวัดราชบุรี

2. เพื่อเป็นตัวอย่างของการศึกษา และขยายผลการพัฒนาความพร้อมไปยังจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบของการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและผู้บริหารงานของจังหวัดและอำเภอทุกแห่ง จำนวน 26 คน ทำการสำรวจในสถานที่ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด จำนวน 24 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจความพร้อม คณะผู้ศึกษาได้พัฒนาจากสรุปผลการสรุปบทเรียนการเตรียมความพร้อมของจังหวัดที่ผ่านมา ร่วมกับแนวทางปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) ตามเกณฑ์ความพร้อมดังนี้

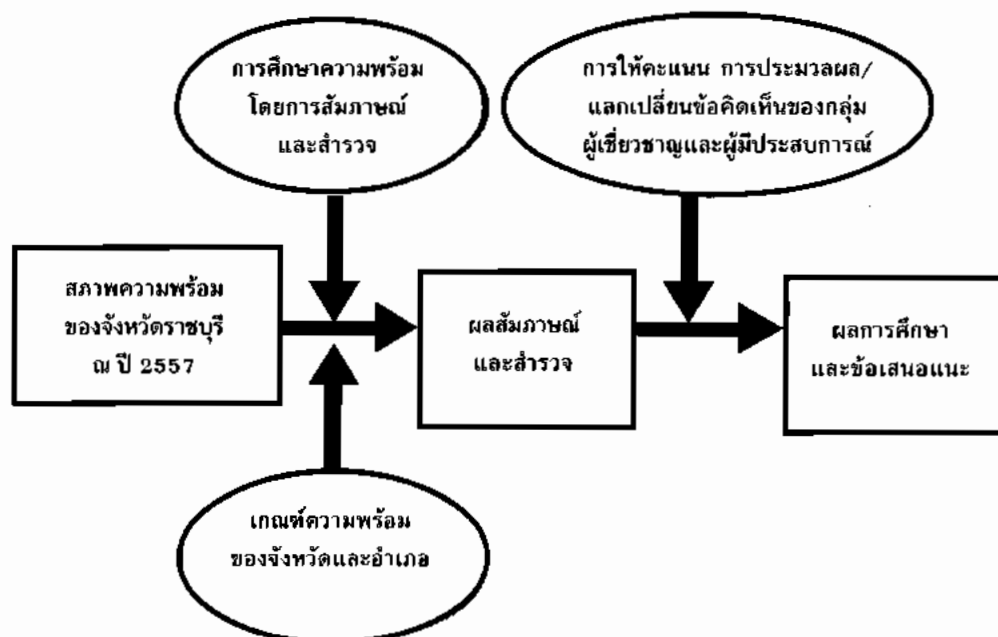
เกณฑ์ความพร้อมสำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่นี้ใช้กรอบความคิดเดียวกับการเตรียมความพร้อมรับมือโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ ซึ่งเน้นการจัดระบบประสานสั่งการ การจัดทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค การสื่อสารสาธารณะ การประสานความร่วมมือพหุภาคี การพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการพัฒนาระบบบริหารวัดชี้้นยาด้านไวรัส เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งเป็นพื้นฐานร่วมสำหรับการเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่น ๆ ด้วยเกณฑ์ความพร้อมของจังหวัด ประกอบด้วย ความพร้อม 5 ข้อ คือ (1) ด้านการเฝ้าระวังป้องกันรักษา และควบคุมโรค ภายใต้แนวคิด สุขภาพหนึ่งเดียว (one health) (2) ด้านการจัดการระบบการเลี้ยง และสุขภาพสัตว์และสัตว์ป่าให้ปลอดภัย (3) ด้านการบริหารจัดการเชิงบูรณาการและเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (4) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

ความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (5) ความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ความพร้อม ส่วนเกณฑ์ความพร้อมระดับอำเภอ ประกอบด้วยความพร้อม 3 ข้อ คือ ข้อ 1 ข้อ 3 และ ข้อ 4 ของเกณฑ์ความพร้อมระดับจังหวัด

ส่วนที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนน คณะผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจความพร้อมของหน่วยงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ตามแบบที่กำหนด แล้วนำผลการสำรวจให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ 4 ท่าน (ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และร่วมกันประเมินจุดอ่อน จุดแข็งของการเตรียมความพร้อม พร้อมทั้งประมวล ข้อเสนอแนะประเด็นที่ยังเป็นจุดอ่อน ที่ควรได้รับการปรับปรุง รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของจังหวัดราชบุรีและจังหวัดอื่น ๆ เพื่อสร้างความพร้อมในภาพรวมของประเทศ

- คะแนนรวม เท่ากับ หรือ มากกว่า 80

กรอบแนวคิดของการศึกษา



หมายถึง ผ่านเกณฑ์ความพร้อม

- คะแนนรวม น้อยกว่า 80

หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ความพร้อม

ส่วนที่ 3 การประมวลผลข้อเสนอแนะคณะผู้ศึกษาได้รวบรวมผลการศึกษา ผลการให้คะแนน และรายละเอียดเชิงคุณภาพ นำเสนอต่อเวทีสนทนาของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ 4 ท่าน (ซึ่งประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการสาธารณสุข จากสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี) มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และร่วมกันประเมินจุดอ่อน จุดแข็งของการเตรียมความพร้อม พร้อมทั้งประมวล ข้อเสนอแนะประเด็นที่ยังเป็นจุดอ่อน ที่ควรได้รับการปรับปรุง รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของจังหวัดราชบุรีและจังหวัดอื่น ๆ เพื่อสร้างความพร้อมในภาพรวมของประเทศ

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างกันยายน 2556 ถึงมีนาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ หรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเคยได้รับการอบรม ร่วมจัดทำแผน ร่วมฝึกซ้อม ร่วมการสอบสวนและ มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข และมีประสบการณ์ การป้องกันควบคุมโรค ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ของจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ให้การสัมภาษณ์	ผู้บริหาร	3	11.54
	ผู้ปฏิบัติงาน	23	88.46
ตำแหน่งงาน	นักวิชาการสาธารณสุข	21	80.77
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	2	7.69
	สัตวแพทย์ชำนาญการ	1	3.85
	นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์	1	3.85
	นักประชาสัมพันธ์	1	3.85
	ประสบการณ์ป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ หรือ โรคติดต่ออุบัติใหม่		
- เคยได้รับการอบรม		23	88.46
- เคยร่วมการจัดทำแผน		23	88.46
- เคยร่วมการฝึกซ้อมแผน		21	80.77
- เคยร่วมการสอบสวนโรค		17	65.38
- เคยร่วมการป้องกันควบคุมโรค		17	65.38
จำนวนทั้งหมด		26	100

2. ความพร้อมในภาพรวมของจังหวัดราชบุรี คະແນນຮວມ 82 ຄະແນນ ຈຳແນກຮາຍຂໍ້ຕາມເຄຣນທ໌ ພົບວ່າ ຈຳຫວັດຣາຊບຸຣີຜ່ານເຄຣນທ໌ຄວາມພ້ອມ ໂດຍມີ ຄວາມພ້ອມ ດັ່ງຕາຣາງທີ່ 2

ตารางที่ 2 สรุปคะแนนความพร้อมของจังหวัด ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ของจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557

ข้อ	หัวข้อความพร้อม	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.	ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One health)	20	14 (ร้อยละ 70.00)
2.	ด้านการจัดการระบบการเลี้ยง และสุขภาพสัตว์ และสัตว์ป่าให้ปลอดภัย	20	16 (ร้อยละ 80.00)
3.	ด้านการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ และเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	20	16 (ร้อยละ 80.00)
4.	ด้านการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่	20	16 (ร้อยละ 80.00)
5.	ความสำเร็จของอำเภอที่มีความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่	20	20 (ร้อยละ 100)
	รวม	100	82 (ร้อยละ 82.00)

ประเด็นที่ควรปรับปรุงของจังหวัด

การเตรียมความพร้อม เพื่อสร้างศักยภาพต่อการรับมือการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นงานใหม่ของทุกจังหวัด ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข จุดอ่อน และพัฒนาให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นในทุกด้าน สำหรับจังหวัดราชบุรี จากผลการศึกษาค้นคว้าประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุง 3 ด้าน คือ

1) ด้านระบบการบูรณาการพบว่า การแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วทั้งในคนและสัตว์ และคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและศูนย์ปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและรักษาโรคไข้หวัดนก/การระบาดของไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่ และการซักซ้อมแผนความพร้อม ยังไม่ต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน

2) ด้านการบริหารจัดการพบว่า ศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด ระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งไข้หวัดใหญ่

ทั้งในคนและสัตว์ยังมีองค์ประกอบไม่ครบถ้วน (มีเฉพาะรายงานสถานการณ์ในคน) และการสำรวจและจัดหาเวชภัณฑ์วัคซีน และวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ยังไม่มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเฉพาะให้แก่สถานพยาบาล

3) ด้านปศุสัตว์พบว่า การพัฒนารูปแบบการเลี้ยงสัตว์รายย่อย การเลี้ยงสัตว์เชิงอุตสาหกรรม การพัฒนาบุคลากรและการถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่มเสี่ยงในกิจการเลี้ยงสัตว์ ยังมีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่ครบถ้วน

3. ความพร้อมระดับอำเภอพบว่า มี 8 อำเภอ จาก 10 อำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์ความพร้อม ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอจอมบึง อำเภอสวนผึ้ง อำเภอดำเนินสะดวก อำเภอบางแพ อำเภอโพธาราม อำเภอปากท่อ และอำเภอวัดเพลง ส่วนอีก 2 อำเภอ ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ความพร้อม คือ อำเภอบ้านโป่ง และอำเภอบ้านคา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปคะแนนความพร้อมรายอำเภอ (รวม 3 ข้อ) ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ของจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557

อำเภอ	ความพร้อมด้านการ เฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค (30 คะแนน)	ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ การเชิงบูรณาการ และ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (60 คะแนน)	ความพร้อม ด้านการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ (10 คะแนน)	คะแนนรวม และผลการประเมิน
เมือง	21	52	10	83 ผ่าน
จอมบึง	21	51	10	82 ผ่าน
สวนผึ้ง	21	51	10	82 ผ่าน
ดำเนินสะดวก	21	51	10	82 ผ่าน
บ้านโป่ง	18	51	10	79 ไม่ผ่าน
บางแพ	24	50	10	84 ผ่าน
โพธาราม	21	51	10	82 ผ่าน
ปากท่อ	21	51	10	82 ผ่าน
วัดเพลง	21	51	10	82 ผ่าน
บ้านคา	18	50	10	78 ไม่ผ่าน

ประเด็นที่ควรปรับปรุงระดับอำเภอ

การเตรียมความพร้อมระดับอำเภอของจังหวัดราชบุรี จากผลการศึกษาค้นคว้า พบประเด็นสำคัญที่ควรปรับปรุง 2 ด้าน คือ

1) ด้านระบบการบูรณาการทุกอำเภอพบว่า ยังไม่มีคณะกรรมการอำนวยการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่เป็นการเฉพาะ และยังมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาลในปัจจุบัน

2) ด้านการบริหารจัดการพบว่า ในทุกอำเภอ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แก่กลุ่มเสี่ยง ยังมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมายและการวางแผน ส่วนการสำรองยาต้านไวรัส ยังไม่นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมาพิจารณาร่วมด้วย และมีอยู่ 2 อำเภอ คือ อำเภอบ้านโป่ง และอำเภอบ้านคา ควรปรับปรุงด้านการพัฒนาทีม Surveillance Rapid Response Team (SRRT) ซึ่งยังไม่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน SRRT ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประเด็นที่ควรปรับปรุงระดับอำเภอ ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557

ที่	ประเด็นที่ควรปรับปรุงระดับอำเภอ	จำนวน (อำเภอ)	อำเภอในจังหวัดราชบุรี									
			ม.	จบ.	สผ.	ดน.	บป.	บพ.	พธ.	ปท.	วพ.	บค.
1. ด้านระบบการบูรณาการ												
	1.1 คณะกรรมการอำนวยการป้องกันควบคุม โรคติดต่อ อุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ยังไม่มีทีมงานเป็นการเฉพาะ	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	1.2 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาล ยังไม่เป็นปีปัจจุบัน	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ด้านการบริหารจัดการ												
	2.1 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แก่กลุ่มเสี่ยง ยังมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมาย และการวางแผน	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2.2 การสำรวจยาต้านไวรัส ยังไม่ได้นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วย โรคไข้หวัดใหญ่ที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลมาพิจารณา ร่วมด้วย	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2.3 ทีม SRRT ไม่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน	2					✓					✓

หมายเหตุ: ม. = เมือง จบ. = จอมบึง สผ. = สวนผึ้ง دن. = ดำเนินสะดวก บป. = บ้านโป่ง
 บพ. = บางแพ พธ. = โพธาราม วพ. = วัดเพลง ปท. = ปากท่อ บค. = บ้านคา

4. จุดเด่นของจังหวัดในการเตรียมความพร้อมในระยะ 8 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549-2556)

จังหวัดราชบุรี เป็นจังหวัดในลำดับต้น ๆ ที่เริ่มการเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ โรคไข้หวัดนก และไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ โดยมีการพัฒนาอย่างบูรณาการ ซึ่งให้ประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และเพิ่มศักยภาพการตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเห็นได้ชัด การศึกษานี้พบว่า จังหวัดราชบุรีมีผลงานที่มีความโดดเด่นเป็นพิเศษ 3 เรื่อง คือ

1) การพัฒนาการบริหารจัดการตอบโต้การระบาดของโรคไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย การตั้งศูนย์ปฏิบัติการ (War room) อย่างเต็มรูปแบบ ภายใต้คณะกรรมการอำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาแบบบูรณาการ พร้อมทั้งจัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ชัดเจน

2) การพัฒนารูปแบบและหลักสูตรการฝึกซ้อมในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้พัฒนาต้นแบบ

การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เพื่อการรับมือกับโรคไข้หวัดนก และโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่

3) การปรับปรุงเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคอย่างต่อเนื่องที่เข้มแข็ง จนได้รับรางวัลอันดับ 1 ของประเทศ ในปี 2556 (ซึ่งพิจารณาโดยกรมควบคุมโรค)

วิจารณ์

1. ความพร้อมของจังหวัดราชบุรี

จังหวัดราชบุรีประเมินผ่านเกณฑ์ความพร้อมเนื่องจากมีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวที่มีความเหมาะสม มีระบบการจัดการระบบการเลี้ยงและสุขภาพสัตว์ และสัตว์ป่าให้ปลอดภัยโรค มีระบบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ และเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มีระบบการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และอำเภอมีความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจำนวน 8 อำเภอ จาก 10 อำเภอ

ประเด็นที่ควรปรับปรุงของจังหวัด มีข้อสังเกตเพิ่มเติม ดังนี้

1.1 ด้านระบบการบูรณาการ การแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วทั้งในคนและสัตว์อย่างเป็นทางการยังไม่ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการประสานงานแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน การดำเนินงานอาจขาดประสิทธิภาพได้ จึงควรมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โรคทั้งในสัตว์และคนอย่างเป็นทางการ และสม่ำเสมอ อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง หรือตามสภาพปัญหา ส่วนการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและศูนย์ปฏิบัติการในการป้องกันและรักษาโรค และการซักซ้อมแผน ยังไม่ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน จังหวัดควรพิจารณาทีมงานในรูปแบบ คณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขด้านโรค และภัยสุขภาพ ให้มีการปฏิบัติงาน 5 ส่วน คือ ส่วนบัญชาการ (Command) หรือระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) ส่วนวางแผน (Planning) ส่วนปฏิบัติการ (Operation) ส่วนสนับสนุน (Logistics) และส่วนงบประมาณ (Finance)⁽⁶⁾ ซึ่งปรับเปลี่ยนไปตามโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของจังหวัด โดยควรมีการฝึกซ้อมทีมงานหรือระบบการบัญชาการเหตุการณ์ทุกปี โดยอาจทำการฝึกซ้อมในระดับตำบลหรืออำเภอ เพื่อเชื่อมโยงมายังจังหวัด และควรสนับสนุนให้อำเภอมีการจัดตั้งทีมงาน ในรูปแบบเดียวกัน⁽⁶⁾

1.2 ด้านการบริหารจัดการพบว่า ศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด ยังมีองค์ประกอบไม่ครบถ้วนทั้งในคนและสัตว์ ควรมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โรค ทั้งในสัตว์และคนอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการเฝ้าระวังร่วมกับการรายงานผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (Influenza-like Illness: ILI) ที่ได้ดำเนินการอยู่แล้ว ซึ่งมีเกณฑ์การปฏิบัติว่า เมื่อจำนวนผู้ป่วย ILI สูงกว่าร้อยละ 5 ให้แจ้งเตือนเครือข่าย และเมื่อจำนวนผู้ป่วย ILI สูงกว่าร้อยละ 10 ให้ดำเนินการมาตรการป้องกัน เช่น การคัดกรองในโรงพยาบาลหรือโรงเรียน หรือแจกหน้ากากอนามัย เพื่อการเฝ้าระวัง

และควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น สำหรับการสำรองและจัดหาเวชภัณฑ์ วัคซีน และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังไม่มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเฉพาะของจังหวัดให้กับสถานพยาบาล จังหวัดควรทบทวนแนวทางการใช้ยาต้านไวรัส และการสำรองและจัดหาเวชภัณฑ์ เพื่อตรวจสอบระบบการสำรองและกระจายในพื้นที่ โดยการจัดแบ่งโซนโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ให้เป็นศูนย์กลางสนับสนุนเบื้องต้น ตั้งแต่ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อลดความซ้ำซ้อนการกระจายยาต้านไวรัส และเวชภัณฑ์ในพื้นที่ต่อไป

1.3 ด้านปศุสัตว์พบว่า การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการเลี้ยงสัตว์รายย่อย และการเลี้ยงสัตว์เชิงอุตสาหกรรม การพัฒนาบุคลากรและถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่มเสี่ยงในกิจการเลี้ยงสัตว์ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานด้านปศุสัตว์มีปัจจัยอื่นๆ และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ดังนั้น สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด จึงควรเร่งรัดกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดการระบบการเลี้ยงและสุขภาพสัตว์ และสัตว์ป่าให้ปลอดภัย (One health)⁽³⁾

2. ความพร้อมระดับอำเภอ

อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 8 จาก 10 อำเภอ เนื่องจากมีทีม SRRT ระดับอำเภอ ที่สามารถสอบสวนควบคุมโรคเบื้องต้นได้ และมีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (Event-based surveillance system) ตามเกณฑ์ของสำนักระบาดวิทยา ส่วนการบริหารจัดการในอำเภอ มีการดำเนินการภายใต้คณะกรรมการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน โรงพยาบาลมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและสื่อความรู้เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยมีคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ผลักดันให้มีกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ทุกอำเภอยังมีประเด็นสำคัญที่ควรปรับปรุง 2 ด้าน คือ

2.1 ด้านระบบการบูรณาการ ซึ่งยังไม่มีคณะกรรมการอำนวยการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งไข้หวัดใหญ่เป็นการเฉพาะ

เนื่องจากบุคลากรในอำเภอมีจำนวนไม่มากพอที่จะแต่งตั้งคณะกรรมการได้หลายคณะได้ อำเภอจึงควรปรับเปลี่ยนเป็นการจัดตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ด้านโรคและภัยสุขภาพโดยรวม ซึ่งจะสอดคล้องกับสถานการณ์ของจังหวัด และควรให้ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นคณะกรรมการในที่อย่างน้อยร้อยละ 80.00 ส่วนการแก้ปัญหาที่ยังไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปีปัจจุบัน ควรทบทวนคำสั่งแต่งตั้งอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง และซักซ้อมขั้นตอนการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ

2.2 ด้านการบริหารจัดการ กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ยังมีความครอบคลุมต่ำกว่ากลุ่มเป้าหมาย จึงควรตรวจ สอบการบริหารจัดการ เช่น การกำหนดและสำรวจกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และพัฒนารูปแบบการรณรงค์ให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชน เพื่อให้มารับบริการฉีดวัคซีน สำหรับจุดอ่อนที่โรงพยาบาลยังไม่ได้นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่มารับการรักษามาพิจารณาประกอบการสำรองยาต้านไวรัส ควรมีการทบทวนการบริหารจัดการระหว่างแพทย์ผู้รักษา เภสัชกร และผู้รับผิดชอบการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความเข้าใจ แนวทางการรักษาพยาบาล และการบริหารจัดการสำรองยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ

3. จุดเด่นของจังหวัดในการเตรียมความพร้อม

ในระยะ 8 ปีที่ผ่านมา (2549-2556) จังหวัดราชบุรีมีผลงานที่โดดเด่น 3 เรื่อง คือ การพัฒนาการบริหารจัดการตอบโต้การระบาดของโรคไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ การพัฒนารูปแบบและหลักสูตร การฝึกซ้อมในรูปแบบต่างๆ และการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคที่เข้มแข็งนั้น ดังนั้นจังหวัดควรสนับสนุนกิจกรรมการบูรณาการความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทบทวนระบบการบัญชาการเหตุการณ์ และการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะในการปฏิบัติงาน

พัฒนาหลักสูตรการอบรมและการฝึกซ้อมที่เหมาะสมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครต่างๆ รวมทั้งประชาชนในจังหวัด

ข้อเสนอแนะต่อจังหวัดราชบุรี

1. ด้านระบบการบูรณาการ ควรจัดตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ด้านโรคและภัยสุขภาพ โดยสามารถดูแลการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่หลากหลาย รวมทั้งทบทวนคำสั่งและระบบการบัญชาการเหตุการณ์ และจัดการฝึกซ้อมสม่ำเสมอทุกปี ทั้งนี้อาจทำการฝึกซ้อมในระดับอำเภอหรือตำบลเชื่อมโยงมายังระดับจังหวัดด้วย

2. ด้านการบริหารจัดการ ควรสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการปฏิบัติงาน ตลอดจนหลักสูตรการฝึกซ้อม อีกทั้งตรวจสอบระบบการสำรองและกระจายยาต้านไวรัส/เวชภัณฑ์ในทุกระดับ เพื่อสำรองและจัดหาเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสมและเพียงพอ สำหรับคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรทบทวน และซักซ้อม ทิมงานเพื่อตรวจสอบขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3. ด้านการปฏิบัติงาน ควรสนับสนุนให้บุคลากรของอำเภอและตำบล ปฏิบัติงานภายใต้ระบบการเตรียมความพร้อมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในรูปแบบเดียวกัน โดยพัฒนาบุคลากร และการฝึกซ้อมที่สม่ำเสมอและเหมาะสมกับบุคลากร อาสาสมัครและประชาชนในการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ในการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สำหรับระบบการบัญชาการเหตุการณ์ในจังหวัดขนาดเล็ก ควรมีระบบเดียว ซึ่งดูแลการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพหลากหลาย ได้อย่างผสมผสาน

2. ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้มีทักษะในการปฏิบัติงานร่วมกับ

การปรับปรุงหลักสูตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการฝึกซ้อมอย่างเหมาะสมในแต่ละระดับ

3. ควรส่งเสริมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการสรุปบทเรียนการเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉินโดยอาจบูรณาการระหว่างโรคติดต่ออุบัติใหม่กับภัยสุขภาพอื่น ๆ พร้อมทั้งนำบทเรียนที่ได้รับไปปรับปรุงแผนความพร้อมอยู่เป็นระยะ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ความกรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำ จากนายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสวัณ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค รองศาสตราจารย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง อาจารย์ประจำคณะสังคมและมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบพระคุณนายแพทย์ปรีชา เปรมปรี ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม นายแพทย์รุ่งเรือง กิจผาติ ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป แพทย์หญิงวรา เหลืองอ่อน ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่ให้การสนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่กรุณาให้ดำเนินการศึกษาในจังหวัดราชบุรี ตลอดจนเจ้าหน้าที่จากจังหวัดราชบุรีทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้หวัดนกในคน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20120818_92300417.pdf
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20121120_87267959.pdf
3. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
4. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. การฝึกซ้อมแผนชนิดบนโต๊ะ (Tabletop Exercise) เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ระดับจังหวัด สำหรับผู้จัดการฝึกซ้อมและวิทยากร พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
5. ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. คู่มือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของศูนย์บัญชาการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2551.
6. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรื่อง การจัดทำแผนประกอบกิจการภายในองค์กร เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ปี พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.

การจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบิน

เอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Self management on behaviors for controlling disease and HbA1c level in Diabetes

Mellitus type 2 patients in the Primary Care Units Kasetwisai, Roi-Et

ยุทธรณี เพ็ญสุวรรณ* ศศ.ม. (รัฐศาสตร์)

Yutthanee Pensuwan* M.A. (Political science)

เสริญพงษ์ ศิวินา** ศศ.ม. (สังคมศาสตร์

Satianpong Siwina** M.A. (Social science)

เพื่อการพัฒนา), ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)

Ph.D. (Environmental education)

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

*Roi-Et Provincial Health Office

**โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

**Kasetwisai Hospital, Roi-Et Province

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและทุพพลภาพของประชากรโลก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การส่งเสริมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมจะช่วยควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมโรคภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 28 คน สุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 14 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบ 4 ขั้นตอน (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การติดตามตนเอง (3) การประเมินตนเอง และ (4) การเสริมแรงตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรค เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Wilcoxon Matched-Paired Signed -Ranks Test และ Mann-Whitney U Test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

Abstract

Diabetes mellitus has been identified globally as leading cause of death and disability. Patient with uncontrolled diabetes often experience several complications. Promoting proper self-management will help control the disease and reduce application, resulting in improved quality of life. Therefore, the researcher has used the self-management program for patients with diabetes can manage their own behaviors to the appropriate. This study was to a quasi-experimental research were (1) to compare the mean score of behaviors for controlling disease in the experimental group before and after receiving the self-management program and (2) to compare the mean score of behaviors for controlling disease and HbA1c between the experimental group and control group. The sample consisted of 28 type 2 diabetic patients who attended the diabetic clinic at primary care unite of Health Promoting Hospitals Ban Nam Om. They were assigned by matched pair with gender and drug into either experimental group and control group. Fourteen subjects were randomly assigned into an experimental group and 14 subjects were randomly assigned into a control group. The experimental group was designed to join the self-management from 4 steps of Kanfer's self-management (1) goal setting (2) self monitoring (3) self evaluation, and (4) self reinforcement, while the control group received regular nursing care. The instruments for collecting data was behaviors for controlling disease questionnaire, Which was tested for both validity and reliability with alpha of 0.83. Data were analyzed by using mean, standard deviation, Wilcoxon Matched-Paired Signed -Ranks Test, and Mann-Whitney U Test. The majors findings were as follows: (1) The patients with type 2 diabetes mellitus who received the self-management program had a higher mean score of behaviors for controlling disease than before receiving the self-management program and had a higher mean score of behaviors for controlling disease than the control group at the 0.05 level of significance. (2) The patients with type 2 diabetes mellitus who received the self-management program had a lower level of HbA1c than before receiving the self-management program and had a lower level of HbA1c than the control group at the 0.05 level of significance, by the experimental group had an average hemoglobin level, HbA1c posttest than the comparison group. In conclusion, the self-management program could have good effects to increase the behaviors for controlling disease and decrease HbA1c level in diabetes mellitus type 2 patients. Therefore, the self-management program should be used with diabetes mellitus type 2 patients and other chronically ill patients for controlling disease.

ประเด็นสำคัญ

การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมโรค,
เบาหวาน ชนิดที่ 2

Key words

self-management, behaviors for controlling,
Diabetes mellitus type 2

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังทวีความรุนแรงและมีความสำคัญมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก สหพันธ์เบาหวานนานาชาติระบุว่าประชากรถึง 246 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 380 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ร้อยละ 7.00 หรือ 6 ล้านคนในผู้ใหญ่⁽¹⁾

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายจำนวนสี่ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบความชุกโรคเบาหวาน ชี้ให้เห็นว่าความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 21.40 ซึ่งผู้ชายและผู้หญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน⁽²⁾

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554 ของสำนักกระบาดวิทยาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 22,360 ราย ร้อยละ 12.45 โดยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต 5,509 ราย (24.64) ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 2,853 ราย (12.76) ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท 2,791 ราย (12.48) ภาวะแทรกซ้อนทางตา 2,212 ราย (9.89) และภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง 1,546 ราย (6.91)⁽³⁾ เช่นเดียวกับรายงานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (รหัสกลุ่มโรค E 10 -E 1499, รายงาน 505) ผลการประเมินยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเกษตรวิสัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ้อม ปีงบประมาณ 2555 รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเกษตรวิสัย ปี พ.ศ.2555 ส่วนด้านพฤติกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังคงสูบบุหรี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (Current smoker) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 และพฤติกรรมการขาดนัดการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การกินยาไม่สม่ำเสมอ การปรับลดจำนวนยาเอง รวมทั้งการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยหรือมากเกินไป และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น⁽⁴⁾ และยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียสายตา ดังการศึกษาของ The Wisconsin Epidemiological Study of Diabetic Retinopathy (WESDR) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งป่วยนานกว่า 15 ปี ร้อยละ 3.00 จะตาบอด และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.00 ถ้าเป็นโรคนานกว่า 30 ปี ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพบ ตาบอดได้ร้อยละ 7.00 ถ้าเป็นโรคนาน 20-24 ปี⁽⁵⁾ การที่ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียสายตา

นั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุพบว่า จอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ซึ่งเรียกกันทั่วไปว่า เบาหวานขึ้นตา เป็นสาเหตุหลักที่พบมากที่สุดในการทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียสายตา นอกจากนั้นยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ไตผิดปกติจากเบาหวาน คือ ตรวจพบไตเสื่อมจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้หรือได้รับยาลดความดันอยู่ ภาวะไขมันผิดปกติในเลือด ระยะเข้าสู่ยารุ่นและภาวะตั้งครรภ์⁽⁶⁾

สุทินศรี อัญญาพร⁽⁷⁾ ยังชี้ให้เห็นถึงผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของสมชาย เกาะคู⁽⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 67.92 และมีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 74.50

ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดความเครียด และการรับประทานยา⁽⁹⁾ และพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้นั้น เป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย⁽¹⁰⁾ การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้น เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง⁽¹¹⁻¹⁴⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

การจัดการตนเองตามกลวิธีจัดการตนเองของ Kanfer⁽¹⁵⁾ เป็นการนำเทคนิคการกำกับตนเองมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่เชื่อว่าผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนิน

ชีวิตที่ดีขึ้น ทีมสหวิชาชีพต้องยอมรับและไว้วางใจในตัวผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาจากที่เคยให้ผู้ป่วยได้รับการกำหนดเกี่ยวกับการรักษาทุกอย่างจากทีมมาเป็นให้ผู้ป่วยยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น เนื่องจากการรักษาในอดีตที่ล้มเหลวพบว่า เกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัยคือ (1) วิธีการรักษาอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ และ (2) ผู้ป่วยละเลยที่จะกระทำตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดและไม่ได้กระทำอย่างต่อเนื่อง โดยเทคนิคนี้มีข้อดกกลบเบื้องต้น ได้แก่ (1) พฤติกรรมบางพฤติกรรมไม่สามารถที่ปรับเปลี่ยนโดยใครก็ได้ นอกจากตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นก็ไม่สามารถเข้าถึงพฤติกรรมนั้นได้เท่ากับตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการที่จะเปลี่ยนแปลงจึงมีความจำเป็น (2) พฤติกรรมที่เป็นปัญหาพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมากกับปฏิกิริยาต่อตนเอง และกิจกรรมการรับรู้ เช่น ความคิด ความฝัน จินตนาการ การวางแผน ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดีเพียงพอก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาจากพื้นฐานความคิดของตนเอง ดังนั้นต้องเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อกระบวนการรับรู้ (3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้ยาก ถ้าผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงและไม่เห็นประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเห็นประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงเสียก่อน และ (4) ประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเจาะจงสถานการณ์ หรือเฉพาะอาการเท่านั้น แต่จะต้องรวมถึงทักษะต่างๆ ไป และต้องพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ในอนาคตได้ดีกว่าที่ผ่านมา ขั้นตอนดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การตั้งเป้าหมาย คือ สิ่งที่คุณต้องการจะทำให้สำเร็จให้ความสนใจให้คุณค่า และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ซึ่งระดับยากง่ายนั้นรวมถึงระดับ

ความยากง่ายในการรับรู้ระดับความยากง่ายในมาตรฐานความเป็นจริง หรือระดับความถูกต้องที่ต้องการจากเป้าหมาย ขั้นที่ 2 การติดตามตนเอง คือ เป็นขั้นตอนของการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผล ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ขั้นที่ 3 การประเมินตนเอง เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และขั้นที่ 4 การเสริมแรงตนเอง เป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็นผู้กำหนดไว้และจะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งเสริมแรงมีทั้งตัวเสริมแรงจากภายใน ได้แก่ คำพูดชมเชยตนเองความรู้สึกลึกซึ้งภูมิใจ พึงพอใจ และตัวเสริมแรงภายนอก ได้แก่ สิ่งเสริมแรงที่เป็นวัตถุหรือกิจกรรมต่างๆ หรือได้รับการเสริมแรงจากผู้อื่น เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดจะให้ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ดังผลการวิจัยของอรนุช ศรีสารคาม⁽¹⁶⁾ บุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีผลที่เท่า มีพฤติกรรมการดูแลเท้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ซึ่งดีกว่าบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลที่เท่าซึ่งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลเท้าอยู่ในระดับพอใช้ ($p < 0.05$) สำอาง เรียงนนท์⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมและเป็นรายด้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < 0.05$) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < 0.05$) และชูณรงค์ สุขประเสริฐ⁽¹⁸⁾ พบว่า ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมกลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าการจัดการตนเองเป็น

กระบวนการที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาให้มีพฤติกรรมดีขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การติดตามตนเอง (3) การประเมินตนเอง และ (4) การเสริมแรงตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนการรักษาและสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ต่อไป

การศึกษาลงของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮิโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยระดับฮิโมโกลบินเอวันซี หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เป็นกระบวนการที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาให้มีพฤติกรรมดีขึ้น
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยทำการศึกษาดังแต่เดือนตุลาคม 2555 - มีนาคม 2556
4. ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮิโมโกลบินเอวันซี การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการ

ทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest-posttest Design)⁽¹⁹⁾

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 180 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 14 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลวิธีการจัดการตนเองของ Kanfer and Scheffit⁽²⁰⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การติดตามตนเอง (3) การประเมินตนเอง และ (4) การเสริมแรงตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรม การควบคุมโรคและเครื่องมือทางการแพทย์เครื่องตรวจหาน้ำตาลในเลือดสะสม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังที่ผู้วิจัยได้สร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยจัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูลและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปจากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละและนำเสนอในรูปตารางประกอบ

ความเรียงวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Matched-Paired Signed-Ranks Test⁽²¹⁻²²⁾

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 50 ปี อายุตั้งแต่ 45-54 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรส ร้อยละ 42.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.60 มีอาชีพ ร้อยละ 78.60 รายได้เฉลี่ย 5,935 บาทต่อเดือน รายได้มากกว่า 6,000 บาท ต่อเดือนป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 47 ปี อายุตั้งแต่ 55-44 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 57.10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.10 มีอาชีพ ร้อยละ 57.10 รายได้เฉลี่ย 4,800 บาทต่อเดือน รายได้ตั้งแต่ 3,000-6,000 บาทต่อเดือนป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี ด้านพฤติกรรมพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.61$, $SD = 0.28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอาหารมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค

มากที่สุด ($M = 2.79$, $SD = 0.46$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยา ($M = 2.71$, $SD = 0.95$) และการจัดการความเครียดน้อยที่สุด ($M = 2.71$, $SD = 0.95$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.72$, $SD = 0.38$) เมื่อพิจารณาตามพฤติกรรมในแต่ละด้านพบว่า ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ($M = 2.88$, $SD = 0.62$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด ($M = 2.10$, $SD = 0.62$) และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.59$, $SD = 0.57$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้านพบว่า ด้านการรับประทานยามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคมากที่สุด ($M = 4.04$, $SD = 0.71$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคด้านอาหาร ($M = 3.70$, $SD = 0.71$) น้อยที่สุด ($M = 2.71$, $SD = 0.95$) และระดับฮีโมโกลบิน (HbA1c) อยู่ในระดับควบคุมได้ ($M = 6.00$, $SD = 0.73$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.75$, $SD = 0.37$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ($M = 2.90$, $SD = 0.68$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยาน้อยที่สุด ($M = 2.80$, $SD = 0.82$) และระดับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ($M = 10.79$, $SD = 1.53$) อยู่ในระดับควบคุมไม่ได้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ก่อนทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
โดยรวม				
Negative Ranks	0.00	0.00	3.296	0.0005*
Positive Ranks	7.50	105.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม ก่อนทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการควบคุมโรค	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
โดยรวม				
Negative Ranks	2.50	7.50	1.491	0.136
Positive Ranks	5.70	28.50		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
คะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ	14	9.21	129.00	3.406	0.0005*
กลุ่มทดลอง	14	19.79	277.00		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
คะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ	14	21.50	301.00	4.503	0.0005*
กลุ่มทดลอง	14	7.50	105.00		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของร็ววรรณ ตู่แก้ว⁽²³⁾ และ อิศารัตน์ หนชัย⁽²⁴⁾ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนการ

จัดการตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$) ดังผลการศึกษาของทัศนีย์ ชันทอง⁽²⁵⁾ และพบว่า โปรแกรมการดูแลตามปกติและโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่างมีผลในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลินได้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.05$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอนัญญา บำรุงพันธุ์⁽²⁶⁾ และจุฑามาส จันทรฉาย⁽²⁷⁾ ซึ่งพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) เช่นเดียวกัน

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด การจัดการตนเอง โดยนำการจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้นำผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ที่ถูกต้อง การปฏิบัติเพื่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการสังเกตภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งเน้นการปฏิบัติตามคู่มืออย่างเคร่งครัดและการกำกับตนเอง⁽²⁸⁾ ร่วมกับการฝึกทักษะการตรวจและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของชนิดและปริมาณอาหาร ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังรับประทานอาหาร เมื่อประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ทำให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่วางไว้

นอกจากนี้การใช้เสริมแรงอย่างต่อเนื่องในโปรแกรม โดยได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัยด้วยวิธีโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าการใช้กระบวนการกำกับตนเองอย่างเข้มข้นและมีความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น จนทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ซึ่งประเมิน

ได้จากค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลสรุปองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่ามี 2 รูปแบบ คือ การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยติดตามอย่างต่อเนื่องและการจัดกิจกรรมการดูแลเฉพาะเรื่อง ได้แก่ ด้านโภชนาการบำบัดการใช้ยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย⁽²⁹⁾

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ภายหลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของรัชวรรณ ตู่แก้ว⁽²⁴⁾ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในระยะติดตาม ต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของพัชร อ่างบุญญา⁽³⁰⁾ ซึ่งพบว่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลงหลังเข้าโปรแกรมจำนวน 22 ราย และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ คงหาญ⁽³¹⁾ ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้มพลองลดลงกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ⁽³²⁾

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ในอนาคตได้ดีกว่าที่ผ่านมาโดยการตั้งเป้าหมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องทำให้สำเร็จ ให้ความสนใจ ให้คุณค่า และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตาม อาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผล ทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม แล้วเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเอง

เป็นผู้กำหนดไว้ และจะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น การจัดการตนเองสำคัญ ได้แก่ ควบคุมสารอาหารคาร์โบไฮเดรต การออกกำลังกายเป็นจังหวะที่ต่อเนื่องนานเกิน 30 นาที การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการจัดการความเครียด ดังนั้นจึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง กว่าก่อนเข้าโปรแกรม

บทสรุป

1. กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 50 ปี อายุตั้งแต่ 45-54 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 42.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.60 มีอาชีพ ร้อยละ 78.60 รายได้เฉลี่ย 5,935 บาทต่อเดือน รายได้มากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 47 ปี อายุตั้งแต่ 55-44 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 57.10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.10 มีอาชีพ ร้อยละ 57.10 รายได้เฉลี่ย 4,800 บาทต่อเดือน รายได้ตั้งแต่ 3,000-6,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.59$, $SD. = 0.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยามีพฤติกรรมควบคุมโรคมากที่สุด ($M = 4.04$, $SD. = 0.71$) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีพฤติกรรมควบคุมโรคด้านอาหาร ($M = 3.70$, $SD. = 0.71$) น้อยที่สุด ($M = 2.71$, $SD. = 0.95$) และระดับฮีโมโกลบิน ($HbA1c$) อยู่ในระดับ ควบคุมได้ ($M = 6.00$, $SD. = 0.73$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรม การควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.75$, $SD. = 0.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ($M = 2.90$,

$SD = 0.68$) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยาน้อยที่สุด ($M = 2.80$, $SD. = 0.82$) และระดับฮีโมโกลบิน ($HbA1c$) ($M = 10.79$, $SD. = 1.53$) อยู่ในระดับควบคุมไม่ได้

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมโรคโดยรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ($HbA1c$) หลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอแนะให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองไปใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมมีขั้นตอนชัดเจน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้ รวมทั้งการใช้เวลาเข้ากลุ่มเพื่อเรียนรู้และฝึกทักษะทั้งนี้การจัดกิจกรรมในโปรแกรมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินการด้วยตนเองก่อน ให้ความสำคัญกับการมารับการรักษาตามนัดและติดตามการดูแลตนเอง และส่วนการศึกษาระดับค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ควรดำเนินการในระยะยาว เช่น ใช้ระยะเวลาศึกษา 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของการจัดการดูแลตนเอง และผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายต้องติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม และบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

จนทำให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standard of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1994;17:1-21.
2. ราม รังสินธุ์, อธิยุทธ สุขุม, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
3. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี 2556;44:145-52.
4. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ ปี 2555 ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เกษตรวิสัย, ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเกษตรวิสัย; 2555.
5. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 2005;293:217-28.
6. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). กรุงเทพมหานคร: โอ-วิทย์; 2553.
7. สุทิน ศรีธัญญาพร. โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
8. สมชาย เกาะคู่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2547;12:134-42.
9. เมตตา ยิ่งชัยภูมิ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดใหญ่ อำเภอชัยใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
10. จิรพงษ์ จริยธกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
11. อนัญญา บำรุงพันธุ์. ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารกองการพยาบาล 2554;38: 42-51.
12. วราภรณ์ ดีเสียง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลและระดับโคเลสเตอรอล ในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
13. ธนาภรณ์ แก้วยก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
14. เสาวลักษณ์ คุณทวี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง และการบริหารกาย-จิตแบบซีกง ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวาน เข้าใจประสาทตา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
15. Kanfer F. "Self-management Methods" in help-

- ing people change: A text book of methods. 3rd ed. New York: Pergamon Press; 1988; p. 283-345.
16. อรณัฐ ศรีสารคาม. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลเท้าในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ผลกับไม่มีผลที่เท้า [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.
17. สำอาง เวียงนนท์. ผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเอง ต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับ ฮิโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
18. ชูณรงค์ สุขประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการจัดการ คุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการ พัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านหนองบัว อำเภอนาหวาย จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
19. Campbell, D. T., Julian C. Stanley. Experimental and quasi-experimental design for research. Boston: Houghton Mifflin; 1969.
20. Kanfer, Schefft. Guiding the process of therapeutic change. Champaign, Illinois: Research Press; 1988; p. 454.
21. พินันทร คงคาเพชร. สถิตินันพาราเมตริก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอรปอเรชั่น จำกัด; 2554.
22. สุวิมล ติรภานันท์. สถิตินันพาราเมตริก (Nonparametric Statistics). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
23. รัชวรรณ ตู่แก้ว. ผลของการส่งเสริมการจัดการ ตนเอง ต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับ ฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด
- ไม่พึ่งอินซูลิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
24. ธิดารัตน์ หนชัย. ผลของการสนับสนุนการจัดการ ตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและอาการ ไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
25. ทศนีย์ ชันทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการ จัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและ ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสภาการพยาบาล 2556; 28:85-99.
26. อนัญญา บำรุงพันธุ์. ผลการใช้รูปแบบการจัดการ ตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น โรงพยาบาล พระปกเกล้า. วารสารกองการพยาบาล 2554;38: 42-51.
27. จุฬามาส จันทรฉาย. โปรแกรมการเรียนรู้เรื่อง เบาหวาน และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรค เบาหวานชนิด ที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสาร สาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555;7:69-83.
28. Kanfer FH, Gaelick-Bays L. Self-management method. In: Kanfer FH, Goldstein A, editor(s). Helping people change: A text book of methods. 4th ed. New York: Pergamom press; 1991. p. 305-60.
29. วันดี ใจแสน. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2551.
30. พิชรี อ่างบุญตา. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการ จัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล

