



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2555

Volume 38 No. 2 April - June 2012



- ความรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพื้นผิวท่อน้ำอวกเสบบริเวณมือในนักศึกษาช่างทำพมทญูองในเขตกรุงเทพมหานคร
- ทลัคสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม
- โครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ในการเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่ในอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ
- ผลกระทบจากอุทกภัยที่มีต่อพนักงานบริการทญูองและบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ผลของการควบคุมโภชนาการต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านสูตรโลพินาเวียร์/รีโนนาเวียร์
- การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของโรงพยาบาลพระสมุทระอภัยยศวาทยานนท์
- การควบคุมคุณภาพของร่าคาญ โดยใช้ Novaluron ในหลอดน้ำซัง
- อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพผลกรณีอำเภอเมืองจังหวัดยโสธร
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2555 Volume 38 No. 1 Apr - Jun 2012

สารบา-	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือในนักศึกษาช่างทำผมหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร ปิยะ แซ่จ้ง และคณะ	77	Prevalence and Associated Factors of Hand Contact Dermatitis in Female Hairdresser Students in Bangkok <i>Piya Saejung, et al</i>
หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม ทัศนีย์ มนุ-พาณิชย์ และคณะ	87	Development of the Training Course of Caring for TB Patients in Social Welfare Office <i>Tassanee Manoonpanich, et al</i>
โครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ	97	Development of the Extension Phase of National Antiretroviral Access for People with HIV/AIDS to Reach Uninsured and Limited Rights Patients <i>Sombat Thanprasertsuk, et al</i>
ผลกระทบจากอุทกภัยที่มีต่อพนักงานบริการหญิง และบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์ และคณะ	109	Flooding Impact on Female Sex Workers and HIV and STI Prevention Services <i>Cheewanan Lertpiriyasuwat, et al</i>
ผลของการควบคุมโภชนาการต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านสูตรโลพินาเวียร์/รีโทนาเวียร์ วิศัลย์ มूलศาสตร์ และคณะ	121	Diet and Dyslipidemia in HIV Infected Pediatric Patients who Received Lopinavir/ritonavir (LPV/r) <i>Visal Moolasart, et al</i>



สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมิน คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ของ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ ทิพวรรณ คูศิริวิเชียร	129	HIVQUAL-T Program to Access Quality of Care among HIV Patients at Prasamutjedee Sawattayanon Hospital <i>Tippawan Koosiriwichian</i>
การควบคุมลูกน้ำยุงรำคาญ- โดยใช้ Novaluron ในแหล่งน้ำขัง เสียงธรรมวิมล โรจนฤทัย และคณะ	138	<i>Culex spp.</i> Mosquito Larva Control by Applying Novaluron in Polluted Water <i>Siangdhamvimol Rojruthai, et al</i>
อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อการ ป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ กรณี อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง	147	Empowerment of Disease Control at District level for the Effective Disease Prevention and Control: Case of Muang District, Yasothon Province <i>Pongsawat Rattanasang</i>
ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สมพร พงศ์ชู และคณะ	157	Effects of Pain Management Protocol on Pain Perception of Persons With Post-Operative Abdominal Surgery <i>Sompron Phongchoo, et al</i>

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ 3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 -12
บรรณาธิการ	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ นายแพทย์สุวิธ ธรรมปาโล นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ นายแพทย์วินัย วุฒติโรจน์ นายแพทย์จิรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ยุทธธิชัย เกษตรเจริญ- นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์สมาน พุตระกูล
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน
ฝ่ายจัดการ	นางสาวศรีพร ศรีวงศ์พัก นางพรรษา ชุมเกษียร นางสาวทัศนีย์ มุดเมาะ
สำนักงาน	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งทิวา ธาณี โทร. 0-2590-3225
กำหนดออก	ปีละ 4 ครั้ง หรือรายสามเดือน : มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน, ตุลาคม – ธันวาคม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2424-5600

DISEASE CONTROL JOURNAL

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

Advisors: *Director General, Department of Disease Control*
Deputy Director General, Department of Disease Control
Senior Experts, Department of Disease Control
Director of Bureau and Institute, Department of Disease Control
Regional Directors, Offices of Disease Control

Editor: *Dr. Anupong Chitwarakorn*

Editorial Board: *Dr. Supamit Chunsuttiwat*
Dr. Suwich Thammapalo
Dr. Krisada Mahotarn
Dr. Pachara Sirivongrangson
Dr. Vinai Vuttivirojana
Dr. Jeeraphat Sirichaisinthop
Dr. Yuthichi Kasetjaroen
Dr. Somkiat Sirirattanapruk
Dr. Saman Futrakul

Manager: *Director of Planning Division*

Management Department: *Ms. Sriporn Sriwongpook*
Ms. Pansa Choomkasien
Ms. Tassanee Mudmoe

Editor Office: *Planing Division,*
Department of Disease Control
Ministry of Public Health
Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000,
Tel. 0-2590-3897

Contract Person: *Ms. Rungtiwa Thanee*
Tel 0-2590-3225

Publishment Quarterly: *Quarterly issued per year: January-March, April-June,*
July-September, October-December

Printing: *Printed at the Printing House of the Argicutral Cooperatives of*
Thailand, Bangkok, Tel. 0-2424-5600

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรคยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์สถิติการประจักษ์ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์	บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ- เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ- ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถิติการประจักษ์ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญ-ของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพินิจวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรงพบใหม่ หรือเรื่องที่นำสนใจที่ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

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

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

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

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

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

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ธีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สมบัติตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

2. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต ทะรินสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ; 2533. น. 115-20

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ตัดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาของพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาของพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ

ในนักศึกษาช่างทำผมหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร

Prevalence and Associated Factors of Hand Contact Dermatitis in
Female Hairdresser Students in Bangkok

ปิยะ แซ่จ้ง* พ.บ.

Piya Saejung* M.D.

สุนทร ศุภพงษ์** พ.บ., วท.บ., วท.ม.

Soontorn Supapong** M.D., B.Sc., M.Sc.

(อาชีวเวชศาสตร์), ประด.

(Occupational Medicine), Ph.D.

*สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

*Bureau of Occupational and Environmental Diseases

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

**Preventive and Social Medicine

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

นักศึกษาช่างทำผมจัดเป็นต้นกล้าอาชีพช่างทำผม ต้องเรียนกระบวนการสระผม เปลี่ยนสีผม ตัดผม ฟอกสีผม และยืดผม จึงต้องสัมผัสกับสารเคมีต่างๆ ทำให้เกิดโรคที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคผื่นผิวหนังอักเสบ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาช่างทำผมหญิงในสถาบันสอนทำผมรัฐบาล 12 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครที่เรียนหลักสูตร สระ-ตัด-เปลี่ยนสีผมมาแล้ว 2 เดือน โดยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2554 โดยใช้แบบสอบถาม และตรวจร่างกายบริเวณมือโดยแพทย์ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 250 คน คิดเป็นอัตราเข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 100 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ เท่ากับร้อยละ 22.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ประวัติภูมิแพ้ ภูมิแพ้ในครอบครัว ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร หลักสูตรการเรียนตัดผมที่ > 20 ชั่วโมง และการสัมผัสสบู่ออกจากการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยอื่น เช่น โรคประจำตัว ประวัติแพ้โลหะ ชนิดของถุงมือ การใช้ถุงมือ ระยะเวลาที่ใส่ถุงมือ และความถี่ในการล้างมือ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการตัดผมมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ ควรใส่ถุงมือทุกครั้ง ไม่แนะนำให้ใส่ถุงมืออย่างในกระบวนการตัดผม ควรล้างมือด้วยสบู่หลังสัมผัสสารเคมี สถาบันการศึกษาควรให้ความรู้เกี่ยวกับผื่นผิวหนังอักเสบ การปฏิบัติงานที่ถูกต้อง การรักษาเบื้องต้น และการป้องกันที่ถูกต้องแก่นักศึกษาช่างทำผม รวมไปถึงการเฝ้าระวังผื่นผิวหนังอักเสบ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมาก มีประวัติภูมิแพ้ หอบหืด ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร หรือประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว เพราะคนกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ บริเวณมือสูง

Abstract

Hairdresser trainees study process included shampooing, coloring, curling, bleaching, and straightening. They were exposed to many chemicals causing of multiple diseases, especially contact dermatitis. The

aim of this study were to determine the prevalence and associated factors of hand contact dermatitis. A cross-sectional descriptive study was conducted during March to April, 2011. Sample was 250 female hairdresser trainees in 12 government hairdressing training centers in Bangkok who studied hairdressing program for 2 months, aged > 15 years. Data was collected by questionnaire, and physical examination. Participation rate was 100%. The results showed that the prevalence of hand dermatitis was 22.4%. Factors which were statistical significantly associated with hand dermatitis were age, history of atopy, family history of atopy, rubber and food allergic history, length of hair curling study > 20 hours, and soap exposure. However, underlying disease, metal allergic history, glove type, glove used, duration of glove used and hand washing frequency were not showed relation with hand dermatitis.

In conclusion, this study showed that hair curling was high risk of contact dermatitis. Hairdresser trainees should always use glove, should not use rubber glove in hair curling process, and should wash hand with soap after chemical expose. Academies should educate in contact dermatitis, working process, basic treatment, and prevention to hairdresser trainees. Moreover, surveillance of hand contact dermatitis in hairdresser trainees who were aged, history of atopy, asthma, family history of atopy, rubber and food allergic history because this group was high risk of hand contact dermatitis.

ประเด็นสำคัญ-

ความชุก

ผื่นผิวหนังอักเสบ

นักศึกษาช่างทำผม

Keywords

Prevalence

Contact dermatitis

Hairdresser student

บทนำ

นักศึกษาช่างทำผม เป็นบุคลากรที่จะเป็นช่างทำผมในอนาคต ระหว่างการศึกษาดังกล่าวต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามหลากหลายชนิด โดยเฉพาะในภาคปฏิบัติ ได้แก่ การสระผม ตัดผม เปลี่ยนสีผม ฟอกสีผม และยัดผม นักศึกษาเหล่านี้ต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่างๆ เป็นครั้งแรก ได้แก่ น้ำยาเปลี่ยนสีผม น้ำยาดัดผม น้ำยาฟอกสีผม น้ำยายัดผม สบู่ แชมพู ครีมนวดผม ผงซักฟอก เชื้อรา แบคทีเรีย ไวรัส ในอุปกรณ์ทำผม และการล้างมือบ่อยๆ จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาผื่นผิวหนังอักเสบ โดยเฉพาะบริเวณมือซึ่งมีการสัมผัสกับสารเหล่านี้มากที่สุด จากข้อมูลสถิติการเกิดโรคจากการทำงานในประเทศไทย ปี 2550(1) พบว่าโรคผิวหนังจากการทำงาน พบมากเป็นอันดับ 2 ของโรคจากการทำงาน ร้อยละ 30 และสถิติโรค

ผิวหนังจากการทำงานปี 2550(2) จากสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าช่างทำผมเป็นอาชีพที่พบปัญหาโรคผิวหนังเป็นอันดับ 3 (รองจาก อาชีพก่อสร้าง และ อุตสาหกรรม อิเล็กทรอนิกส์) การศึกษาผื่นผิวหนังอักเสบในนักศึกษาช่างทำผมน่าจะสามารถแยกชนิดสารเคมีที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่า เพราะนักศึกษาช่างทำผมสัมผัสสารเคมีในแต่ละหลักสูตรต่างกัน ชนิดสารเคมีที่น้อยกว่า แตกต่างกับช่างทำผมซึ่งทำงานหลายหน้าที่ใน 1 วัน เช่น เปลี่ยนสีผม ย้อมผม สระผม ตัดผม ซึ่งทำให้มีโอกาสสัมผัสสารเคมี หรือสารก่อระคายเคืองหลายชนิดทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบได้ แม้ว่าผื่นผิวหนังอักเสบจะไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ก็ทำให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปฏิบัติงานได้ลำบากขึ้น ก่อความรำคาญ เป็นที่น่ารังเกียจ และคุณภาพชีวิตลดลงได้

ผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือที่พบบ่อย(3, 4) คือผื่นผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารภายนอก (contact dermatitis) ได้แก่ ผื่นระคายเคือง (Irritant Contact Dermatitis)(3) ผื่นแพ้สัมผัส (Allergic Contact Dermatitis)(3) และ ลมพิษจากการสัมผัส (Contact Urticaria)(3) ผื่นผิวหนังอักเสบทั้ง 3 ชนิด เกิดจากการสัมผัสสารก่อการระคายเคือง สารก่อภูมิแพ้ เช่น น้ำกรดต่าง แชมพู ผงซักฟอก น้ำยาดัดผม น้ำยาเปลี่ยนสีผม น้ำยายืดผม มักมีอาการ แดง บวม เป็นตุ่มนูน (papule) ตุ่มน้ำ (vesicle) หรือขึ้นเป็น ตุ่มลมพิษ หรืออาจมีอาการทางระบบอื่นร่วมด้วย เช่น น้ำมูก หายใจไม่ออก

ความชุกของการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบในประเทศไทยสวีเดน ปี 1996 พบอุบัติการณ์ผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ 23.8 ราย ต่อ ช่างทำผมพันคน ต่อปี มีความชุกผื่นผิวหนังอักเสบในช่างทำผมร้อยละ 18

ความชุกในกลุ่มควบคุมร้อยละ 12.1(5) ประเทศฟินแลนด์ ปี 1998 มีความชุกผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือในช่างทำผมร้อยละ 16.9 พบว่าเป็นผื่นผิวหนังอักเสบจากการทำงานร้อยละ 2.8(6) ส่วนในนักศึกษาช่างทำผม พบการศึกษาในเยอรมันปี 1993 นักศึกษาช่างทำผม 859 คน หลังจากเรียน 8 สัปดาห์ พบว่ามีความชุก ผื่นผิวหนังอักเสบในนักศึกษาช่างทำผมร้อยละ 38.2(7) และผลการศึกษาลำดับที่ 1 พบว่าสาเหตุของผื่นผิวหนังมาจาก แอมโมเนียมเปอร์ซัลเฟต พาราฟีนิลีนไดเอมีน (Paraphenylenediamine) และยางธรรมชาติ (Natural rubber latex)(13)

สารเคมีที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำผม ได้แก่ ผลิตภัณฑ์หลากหลายชนิด เช่น แชมพู น้ำยาเปลี่ยนสีผม น้ำยาดัดผม น้ำยายืดผม และน้ำยาฟอกสีผม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สารเคมีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำผมและผลต่อสุขภาพ(8)

ชื่อสาร	ผลต่อสุขภาพ
สบู่หรือสบู่เหลว	ระคายเคืองผิวหนังและเยื่อเมือก แสบตา น้ำตาไหล
- Glycerin	ระคายเคืองผิวหนัง
- Lauric acid	ระคายเคืองผิวหนัง เยื่อเมือกทางเดินหายใจส่วนบน และเยื่อเมือก
- Potassium hydroxide	ระคายเคืองผิวหนังเล็กน้อย
- Myristic acid	
แชมพู ⁽⁹⁾	
- Zinc pyrithione	ระคายเคืองผิวหนัง เยื่อเมือก ปาก คอและจมูก
- Fragrance	ผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นแพ้สัมผัส
- Quaternium 15	ผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นแพ้สัมผัส
น้ำยาดัดผม	
- Hydrogen peroxide ⁽¹⁰⁾	มีฤทธิ์เป็นด่างรุนแรง ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่น
- Glyceryl monothioglycolate ^(11, 12)	ระคายเคือง ระคายเคืองตา
- Ammonium thioglycolate	มีรายงานการพบผื่นแพ้สัมผัสในช่างทำผม 2 คน ⁽¹⁰⁾
น้ำยาเปลี่ยนสีผม ⁽¹³⁾	ผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นแพ้สัมผัส และผื่นระคายเคือง
- p-Phenylene diamine (PPD)	ผื่นแดง แสบร้อน ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นแพ้สัมผัส
- p-Toluene diamine (PTD)	ระคายเคืองผิวหนังและตา
- Ammonia hydroxide	ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบทั้งชนิดผื่นแพ้สัมผัส
น้ำยาฟอกสีผม	และผื่นระคายเคือง
- Hydrogen peroxide	ระคายเคืองทั้งต่อระบบทางเดินหายใจและตา อาจมีน้ำตา
- Ammonium persulfate	น้ำมูกไหล ไอ
น้ำยายืดผม	
- Sodium hydroxide	ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นระคายเคือง
- Calcium Hydroxide	ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นระคายเคืองและผื่นแพ้สัมผัส
	ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นระคายเคือง
	ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบชนิดผื่นระคายเคือง

สถาบันสอนทำผม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ รัฐบาลและเอกชน ซึ่งสถาบันสอนทำผมรัฐบาล ได้แก่ วิทยาลัยสารพัดช่าง และศูนย์ฝึกอาชีพ เป็นสถาบันที่สอนหลักสูตรวิชาชีพระยะสั้น มีหลักสูตรคล้ายกัน คือ ระยะสั้นประมาณ 150 ชั่วโมง หรือ ประมาณ 2 เดือน ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาในวัยทำงานและไม่เคยทำผมมาก่อน สอนแบบเป็นกลุ่ม ส่วนสถาบันสอนทำผมเอกชน มีหลักสูตรที่หลากหลาย ระยะเวลาการเรียนแต่ละหลักสูตรไม่เท่ากัน มีทั้งนักศึกษาในวัยทำงานและช่างทำผม ที่มาเรียนเพิ่มเติม ส่วนใหญ่สอนแบบตัวต่อตัว จำนวนนักศึกษาไม่แน่นอน

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา ช่วงเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นักศึกษาช่างทำผมทั้งในสถาบันสอนทำผมรัฐบาล 12 แห่ง ที่เรียนหลักสูตร สระ-ตัด-เปลี่ยนสีผมมาแล้ว 2 เดือน โดยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีเป็นต้นไป โดยทำการศึกษาในนักศึกษาช่างทำผมทั้งทั้งหมดในสถาบันการศึกษาทั้ง 12 แห่ง ได้เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2554 - เมษายน 2554 โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง และการตรวจร่างกายบริเวณมือโดยแพทย์ประจำบ้านอาชีวเวชศาสตร์ซึ่งได้รับประกาศนียบัตรอบรมระยะสั้นโรคผิวหนังจากสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย และสัมภาษณ์อาจารย์หรือผู้บริหารโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล หลักสูตรการเรียน แบบสอบถามได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามโรคผิวหนังจากการทำงาน Nordic Occupational Skin Questionnaire (NOSQ-2002/LONG)(14) โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงคำถามให้เหมาะสมกับผื่นผิวหนังอักเสบ และลักษณะการปฏิบัติงานของนักศึกษา เพื่อวินิจฉัยโรคผื่นผิวหนังอักเสบ และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การวินิจฉัยผื่นผิวหนังอักเสบ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติหรือผลการตรวจร่างกายบริเวณมือ หลังการศึกษา 2 เดือน ถ้ามีผื่นดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ชนิดได้แก่ ผื่นแดง(Erythema) ตุ่มน้ำ

(Vesicle) น้ำเหลืองซึม(Serum Oozing) สะเก็ด(Scale) มีรอยแตก(Fissure) ตุ่มแดง(Papule) ผื่นนูนแดงเป็นปื้น(Itchy wheals or hives) ให้วินิจฉัยว่าเป็นผื่นผิวหนังอักเสบ(15) หรือถ้ามีผื่นดังที่ได้กล่าวถึงด้านบน 1 ชนิด และมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ อาการคัน(Itching) อาการแสบ(Burning) อาการเจ็บเมื่อถูกกด(Tenderness) อาการปวดหรือเจ็บปวด(Aching or Pain) ก็วินิจฉัยว่าเป็นผื่นผิวหนังอักเสบเช่นกัน(15)

วิเคราะห์หาความชุกผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ เป็นอัตราส่วนร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เข้าศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยจากการปฏิบัติงาน และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม โดยตัวแปรเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ในรูปแบบของค่าความถี่ อัตราส่วนร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ วิเคราะห์ในรูปแบบของค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือในนักศึกษาช่างทำผมทั้งโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จากสถาบันสอนทำผมรัฐบาล 12 แห่ง จำนวน 250 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 33.5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.8 อายุต่ำสุดของผู้เข้าร่วมศึกษา คืออายุ 15 ปี และอายุมากที่สุด คืออายุ 66 ปี ข้อมูลด้านโรคประจำตัวพบว่า ผู้เข้าร่วมศึกษามีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.6 เมื่อสอบถามถึงประวัติการเป็นโรคภูมิแพ้ พบว่ามีประวัติผื่นผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ หอบหืด ภูมิแพ้ทางจมูกและเยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ พบประวัติภูมิแพ้ทางจมูกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมา คือประวัติผื่นผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 49.2 และเยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 47.2 ตามลำดับ ส่วนประวัติการเป็นภูมิแพ้ในครอบครัว พบร้อยละ 28 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเคยมีประวัติการแพ้โลหะ พบร้อยละ 52 ส่วนประวัติการแพ้ยาง พบร้อยละ

24.8 และประวัติการแพ้อาหารพบร้อยละ 22.4 รายละเอียดทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มศึกษา

ลักษณะ	จำนวน(ร้อยละ)
โรคประจำตัว(n=250)	54(21.6)
ประวัติผื่นผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้(n=250)	123(49.2)
ประวัติหอบหืด(n=250)	31(12.4)
ประวัติภูมิแพทางจมูก(n=250)	142(56.8)
ประวัติเยื่อตาอักเสบจากภูมิแพ้(n=250)	118(47.2)
ประวัติการแพ้โลหะ(n=250)	130(52)
ประวัติการแพยาง(n=250)	62(24.8)
ประวัติการแพ้อาหาร(n=250)	56(22.4)
ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว (n=250)	70(28.0)

หลักสูตรสระ-ตัด-เปลี่ยนสีผม ได้แบ่งตามลักษณะงานได้แก่ สระผม ตัดผม เปลี่ยนสีผม และยัดผม โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการปฏิบัติงานดังนี้ สระผมเฉลี่ย 17.6 ชั่วโมง ตัดผมเฉลี่ย 23.2 ชั่วโมง เปลี่ยนสีผมเฉลี่ย 20.9 ชั่วโมง ยัดผมเฉลี่ย 32.4 ชั่วโมง เมื่อสอบถามเกี่ยวกับชนิดของถุงมือพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ทั้งถุงมือยางและถุงมือพลาสติก คิดเป็นร้อยละ 76 ผู้ที่ใช้ถุงมือยางเพียงอย่างเดียวร้อยละ 24 การใช้ถุงมือในการปฏิบัติงาน พบว่าไม่ใช้ถุงมือคิดเป็นร้อยละ 16

ส่วนใหญ่ใช้ถุงมือน้อยกว่า 5 คู่ต่อวันคิดเป็นร้อยละ 81.2 มีเพียงร้อยละ 2.8 ที่ใช้ถุงมือตั้งแต่ 5 คู่ต่อวันขึ้นไป ส่วนระยะเวลาที่ใส่ถุงมือ พบว่าส่วนใหญ่ใส่ถุงมือน้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อครั้งคิดเป็นร้อยละ 86.7 ใส่ถุงมือตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 13.3 จำนวนครั้งในการล้างมือต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ล้างมือน้อยกว่า 6 ครั้งต่อวันคิดเป็นร้อยละ 65.2 โดยมีการล้างมือเฉลี่ย 5.7 ครั้งต่อวัน รายละเอียดทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ข้อมูลระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหลักสูตรสระ-ตัด-เปลี่ยนสีผม

ปัจจัย	ลักษณะ	จำนวน(ร้อยละ)
กระบวนกรสระผม(n=250)	- สระผม < 20 ชั่วโมง	86(34.4)
	- สระผม ≥ 20 ชั่วโมง	164(65.6)
กระบวนกรตัดผม(n=250)	- ตัดผม < 20 ชั่วโมง	48(19.2)
	- ตัดผม ≥ 20 ชั่วโมง	202(80.8)
กระบวนกรเปลี่ยนสีผม(n=250)	- เปลี่ยนสีผม < 20 ชั่วโมง	51(20.4)
	- เปลี่ยนสีผม ≥ 20 ชั่วโมง	199(79.6)
กระบวนกรยัดผม(n=250)	- ยัดผม < 20 ชั่วโมง	26(10.4)
	- ยัดผม ≥ 20 ชั่วโมง	224(89.6)

ตารางที่ 4 ข้อมูลการใช้ถุงมือและการล้างมือ

ปัจจัย	ลักษณะ	จำนวน(ร้อยละ)
ชนิดของถุงมือ(n=250)	- ถุงมือยาง	86(34.4)
	- ทั้งถุงมือยางและถุงมือพลาสติก	164(65.6)
การใช้ถุงมือในการปฏิบัติงาน(n=250)	- ไม่ใช้	
	- ใช้ < 5 คู่ต่อวัน	48(19.2)
	- ใช้ ≥ 5 คู่ต่อวัน	202(80.8)
ระยะเวลาที่ใส่ถุงมือ(n=210)	- น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	
	- ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป	51(20.4)
จำนวนครั้งในการล้างมือต่อวัน(n=250)	- < 6 ครั้ง	199(79.6)
	- 6-10 ครั้ง	
	- > 10 ครั้ง	26(10.4)
	Mean=5.7, SD=4.91, Min=1, Max=60	224(89.6)

จากแบบสอบถามพบผื่นผิวหนังบริเวณมือ ทั้งหมด 34 คน(ร้อยละ 13.6) โดยพบลักษณะผื่นดังนี้ พบผื่นตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปร้อยละ 35.3 มีผื่นแดงร้อยละ 26.4 ผื่นแห้งร้อยละ 26.4 ตุ่มน้ำร้อยละ 5.95 เป็นสะเก็ด ร้อยละ 5.95 ผู้ที่มีอาการรวมกับผื่นมีทั้งหมด 34 คน ร้อยละ 13.6 โดยพบอาการคันมากที่สุด ร้อยละ 55.9 มีอาการตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปร้อยละ 23.5 อาการแสบ ร้อยละ 14.7 และไม่มีอาการร้อยละ 5.9 ข้อมูลการตรวจ

ร่างกายบริเวณมือ ตรวจพบผื่นทั้งหมด 57 คน ร้อยละ 22.8 เมื่อจำแนกตามชนิดผื่น ส่วนใหญ่พบผื่นตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปร้อยละ 57.9 รองลงมาคือ ผื่นแห้ง (Dry Skin) ตุ่มน้ำ(Vesicles) และสะเก็ด(Scales) ส่วนลักษณะ ผิดปกติอื่นๆคือ มีลักษณะผื่นปกติที่เล็บมีปื้นสีขาว และเล็บเป็นสีเหลือง ซึ่งไม่เข้ากับผื่นผิวหนังอักเสบ ร้อยละเอ็ดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลลักษณะผื่นของประชากรกลุ่มศึกษา

ปัจจัย	ลักษณะ	จำนวน(ร้อยละ)
ลักษณะผื่นที่พบจากแบบสอบถาม (n=34)	- ผื่นแดง	9(26.4)
	- ตุ่มน้ำ	2(5.95)
	- สะเก็ด	2(5.95)
	- ผื่นแห้ง	9(26.4)
	- พบผื่นตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป	12(35.3)
อาการที่พบร่วมกับผื่น (n=34)	- ไม่มีอาการ	2(5.9)
	- คัน	19(55.9)
	- แสบ	5(14.7)
	- มีอาการตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป	8(23.5)
ผลการตรวจร่างกายบริเวณมือ(n=57)	- ตุ่มน้ำ(Vesicles)	1(1.75)
	- สะเก็ด (Scales)	1(1.75)
	- ผื่นแห้ง (Dry Skin)	21(36.85)
	- พบผื่นตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป	33(57.9)
	- ลักษณะผิดปกติอื่นๆ	1(1.75)

ความชุกผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ วินิจฉัย โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามร่วมกับการตรวจร่างกาย บริเวณมือ พบว่ามีผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ จำนวน

56 คน คิดเป็นความชุกของการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ บริเวณมือ ร้อยละ 22.4

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

เกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ ได้ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square พบว่า อายุ ประวัติภูมิแพ้ทางจมูก ประวัติเยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ ประวัติหอบหืด ประวัติผื่นผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ ประวัติการแพ้ยาง ประวัติการแพ้อาหาร ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตัดผม และการสัมผัสสบู่หรือสบู่เหลวระหว่างปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมืออย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้โลหะ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสระผม เปลี่ยนสีผม ยืดผม ชนิดของถุงมือ การนำถุงมือมาใช้ซ้ำ การใช้ถุงมือ ระยะเวลาที่ใส่ถุงมือ จำนวนครั้งในการล้างมือต่อวัน การสัมผัสสารเคมีระหว่างปฏิบัติงาน ได้แก่ ผงซักฟอก แชมพู ครีมนวดผม น้ำยาดัดผม น้ำยาเปลี่ยนสีผม น้ำยาฟอกสีผม น้ำยายืดผม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ

ปัจจัย	ลักษณะ	จำนวน	จำนวนคนที่เกิดผื่นผิวหนังอักเสบ	
			จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ(n=250)	- ≤ 20 ปี	17	4(23.5)	0.03*
	- 21-30 ปี	84	20(23.8)	
	- 31-40ปี	97	13(13.4)	
	- 41-50ปี	42	15(35.7)	
	- ≥ 51 ปี	10	4(40)	
ประวัติภูมิแพ้ทางจมูก(n=250)	- เคย	142	43(30.3)	0.001*
ประวัติเยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้(n=250)	- เคย	118	41(34.7)	<0.001*
ประวัติหอบหืด(n=250)	- เคย	31	12(38.7)	0.02*
ประวัติผื่นผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้(n=250)	- เคย	132	42(34.1)	<0.001*
ประวัติการแพ้ยาง(n=250)	- เคย	62	24(38.7)	<0.001*
ประวัติการแพ้อาหาร(n=250)	- เคย	56	23(41.1)	<0.001*
ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว(n=250)	- เคย	70	27(38.6)	<0.001*
ระยะเวลาในการะบวนการตัดผม(n=250)	- ตัดผม < 20 ชั่วโมง	48	8(6.3)	0.003*
	- ตัดผม ≥ 20 ชั่วโมง	202	53(26.2)	
	- ไม่สัมผัส	59	20(33.9)	
	- สัมผัส <5 ครั้งต่อสัปดาห์	100	10(10)	
	- สัมผัส ≥ 5 ครั้งต่อสัปดาห์	91	28(30.8)	
การสัมผัสสบู่ สบู่เหลว(n=250)	- สัมผัส <5 ครั้งต่อสัปดาห์	100	10(10)	0.001*
	- สัมผัส ≥ 5 ครั้งต่อสัปดาห์	91	28(30.8)	

หมายเหตุ * = มีนัยสำคัญ-ทางสถิติ ($p<0.05$)

วิจารณ์

จากข้อมูลความชุกของการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ หลังศึกษาหลักสูตรสระ-ตัด-เปลี่ยนสีผม 2 เดือน พบว่ามีจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 22.4 ซึ่งมีความชุกที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Uter W และคณะ(7) ซึ่งได้ศึกษาความชุกผื่นผิวหนังอักเสบของนักศึกษาช่างทำผมจำนวน 859 คนในประเทศเยอรมัน หลังจากเรียน 8 สัปดาห์ พบความชุกร้อยละ 38.2 ซึ่งสาเหตุที่พบความชุกต่ำกว่าอาจเกิดจากผลของ Healthy Worker Effect คือผู้ที่มีความผิดปกติ

อาจเลิกเรียนหลักสูตรนี้หรือเปลี่ยนหลักสูตรการศึกษา ก่อนที่จะเรียนจบ จึงเป็นเหตุให้ความชุกของการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือในนักศึกษาช่างทำผมหญิงต่ำกว่าความเป็นจริงได้ รวมไปถึงความแตกต่างของคำจำกัดความที่ใช้ในการวินิจฉัยอาการผื่นผื่น การเก็บข้อมูล เชื้อชาติ ชนิดของสารเคมีที่แตกต่างกัน และความรุนแรงของสารเคมี ทำให้พบความชุกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมืออย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ โดยพบความชุกสูงในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี และ กลุ่มอายุ 41-50 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผื่นผิวหนังอักเสบโดยพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นความทนทานของผิวหนังต่อสารก่อระคายเคืองลดลง(16-18)

ประวัติภูมิแพ้ ได้แก่ เยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ หอบหืด และผื่นผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ รวมทั้งประวัติแพ้ยาง ประวัติแพ้อาหาร ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมืออย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน Gothenburg พบว่าคนที่มียาแพ้ผิวหนังอักเสบในวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ-ที่ทำให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ และมีอัตราความชุกสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า(19)

ลักษณะการปฏิบัติงาน แบ่งเป็น 4 กระบวนการ พบว่ากระบวนการตัดผมมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบอย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการตัดผม มีสารเคมีที่ก่อให้เกิดผื่นผิวหนังอักเสบได้มากกว่ากระบวนการอื่นๆ น้ำยาดัดผม ประกอบด้วยสารเคมีทั้งกรดและด่าง ยิ่งกว่านั้น Glycerol monothioglycolate ในน้ำยาดัดผมสามารถผ่านถุงมือยางได้(8) จึงทำให้ไม่สามารถป้องกันโดยการใส่ถุงมือยางได้ ควรใช้ถุงมือ Vinyl หรือถุงมือ Nitrile จะช่วยป้องกันได้ดีกว่า

การสัมผัสสารเคมีและความถี่ในการสัมผัสสารเคมี พบว่าการสัมผัสสบู่หรือสบู่เหลวมีความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มที่ไม่สัมผัสสบู่หรือสบู่เหลวมีความชุกในการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบสูงสุด อาจเกิดจากการใช้สบู่เป็นการใช้เพื่อล้างมือหลังจากการใช้แชมพู น้ำยาดัดผม น้ำยาเปลี่ยนสีผมหรือน้ำยายืดผม เพื่อลดการสัมผัสสารเคมี ดังนั้นกลุ่มที่ไม่ใช้สบู่จึงอาจมีสารเคมีตกค้างได้มากกว่า ทำให้พบว่าเกิดผื่นผิวหนังอักเสบมากกว่า

จำนวนครั้งในการล้างมือต่อวัน พบว่าในกลุ่มที่ล้างมือมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน มีความชุกของผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Erin M และคณะ(20) ซึ่งพบว่า

ผู้ที่ล้างมือบ่อยครั้งในแต่ละวัน มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ อาจเป็นเพราะปัจจัยกวนที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมด้วย เช่น จำนวนครั้งในการปฏิบัติงานต่อวัน และจำนวนครั้งในการสัมผัสสารเคมีแต่ละชนิด จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์

ชนิดของถุงมือ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ อาจเป็นเพราะปัจจัยกวนได้แก่ ระยะเวลาการใส่ถุงมือ และการใส่ถุงมือ แยกตามชนิดสารเคมีที่สัมผัส ซึ่งไม่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์

การใช้ถุงมือในการปฏิบัติงาน ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ อาจเป็นเพราะปัจจัยกวน เช่น การใส่ถุงมือแยกตามชนิดสารเคมีที่สัมผัส และการสัมผัสสารเคมีหลายชนิดพร้อมกัน ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ ระยะเวลาในการใส่ถุงมือแต่ละครั้ง จากการศึกษาของ Jungbauer F และคณะ(21) พบว่าคนที่ใส่ถุงมือมากกว่า 2 ชั่วโมงจะทำให้มืออับชื้นเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังได้ง่าย แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการใส่ถุงมือกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ อาจเป็นเพราะปัจจัยกวน เช่น ชนิดสารเคมีที่สัมผัส ชนิดถุงมือ การนำถุงมือมาใช้ซ้ำ ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ เพื่อให้ทราบถึงผู้ป่วยรายใหม่ และลดอคติรวมถึงข้อจำกัดที่เกิดจากการศึกษาแบบ Cross-sectional study ควรให้ความรู้เกี่ยวกับผื่นผิวหนังอักเสบ การปฏิบัติงานที่ถูกต้อง การรักษาเบื้องต้น และการป้องกันที่ถูกต้องแก่นักศึกษาช่างทำผม กระบวนการตัดผมมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบ ควรใส่ถุงมือทุกครั้ง ไม่แนะนำให้ใส่ถุงมือยางในกระบวนการตัดผม ควรล้างมือด้วย

สบู่หลังสัมผัสสารเคมี ส่วนสถาบันการศึกษาควรเฝ้าระวังผื่นผิวหนังอักเสบแก่นักศึกษาที่เข้าเรียนหลักสูตรนี้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมาก มีประวัติภูมิแพ้ หอบหืด มีประวัติแพ้ยาง แพ้อาหาร หรือประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัว เพราะคนกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือสูง ควรมีการคัดกรองนักศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยง แต่ไม่ใช้การคัดนักเรียนออกจากการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ สุนทร ศุภพงษ์ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ ประวิตร อัครวานนท์ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ พรชัย สิทธิศรีณย์กุล และดร.แพทย์หญิง จันทนา ผดุงทศ ที่ได้กรุณาดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ในการจัดทำวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน, ประเทศไทย. สถิติการเกิดโรคจากการทำงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2550. 2008
- สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. สถิติโรคผิวหนังจากการทำงานปี พ.ศ. 2550. 2008
- สุวิรากร โอภาสวงศ์. โรคผิวหนังเหตุอาชีพ. In: สมชัย บวรกิตติ โยธิน เบ-จวัง ปฐุม, สวรรค์ป-าเลิศ editors. ตำราอาชีพเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส เค การพิมพ์; 2542. p. 448-62
- Mahbub MUC, Howard IM. Occupational Skin disorder. In: LaDou J, editor. Current occupational and environmental medicine. 4th ed: McGraw-Hill Companies, Inc; 2007. p.296-7
- Lind ML, Albin M, Brisman J, Diab KK, Lillienberg L, Mikoczy Z, et al. Incidence of hand eczema in female Swedish hairdressers. Occupational and environmental medicine 2007; 64(3): 191-5
- Leino T, Tammilehto L, Hytönen M, Sala E, Paakkulainen H, Kanerva L. Occupational skin and respiratory diseases among hairdressers. Scandinavian journal of work, environment & health 1998; 24(5): 398-406
- Uter W, Gefeller O, Schwanitz H. Occupational dermatitis in hairdressing apprentices. Early-onset irritant skin damage. Current problems in dermatology 1995; 23: 49-55
- Occupational dermatitis. In: Rietschel RL, Fowler JF, Fisher AA, editors. Fisher's Contact Dermatitis. 5th ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 441-2
- Black MM, Russell BF. Shampoo dermatitis in apprentice hairdressers. Occupational Medicine 1973; 23(4): 120-4
- Aguire A, Zabala R, Galdeano CS, Landa N, Diaz-Perez JL. Positive patch tests to hydrogen peroxide in 2 cases. Contact Dermatitis 1994; 30(2): 113
- Warshawski L, Mitchell J, Storrs FJ. Allergic contact dermatitis from glyceryl monothioglycolate in hairdressers. Contact Dermatitis 1981; 7(6): 351-2
- Storrs FJ. Permanent wave contact dermatitis: contact allergy to glyceryl monothioglycolate. Journal of the American Academy of Dermatology 1984; 11(1): 74-85
- Moursiden H, Faber O. Penetration of protective gloves by allergens and irritants. Transactions of the St John's Hospital Dermatological Society

- 1973; 59(2): 230-4
14. Susitaival P, Flyvholm MA, Meding B, Kanerva L, Lindberg M, Svensson, et al. Nordic Occupational Skin Questionnaire (NOSQ-2002): a new tool for surveying occupational skin diseases and exposure. *Contact Dermatitis* 2003; 49(2): 70-6
 15. Crawford GH, Katz KA, Ellis E, James WD. Use of aromatherapy products and increased risk of hand dermatitis in massage therapists. *Archives of Dermatology*. 2004; 140(8): 991-6
 16. Gok CL. Irritant contact dermatitis. In: English JSC, editor. *A Color Handbook of Occupational Dermatology*: Manson Publishing Ltd; 1998. p. 21
 17. Frosch P. Cutaneous irritation. *Textbook on contact dermatitis* 1995; 2: 28-61
 18. Malten K. Thoughts on irritant contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1981; 7(5): 238-47
 19. Meding B. Epidemiology of hand eczema in an industrial city. *Acta dermato-venereologica Supplementum* 1990; 153: 1-43
 20. Warshaw EM, Ahmed RL, Belsito DV, DeLeo VA, Fowler JF, Maibach HI, et al. Contact dermatitis of the hands: cross-sectional analyses of North American Contact Dermatitis Group Data, 1994-2004. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007; 57(2): 301-14
 21. Jungbauer F, Van Der Harst J, Schuttelaar M, Groothoff J, Coenraads P. Characteristics of wet work in the cleaning industry. *Contact Dermatitis*. 2004; 51(3): 131-4

หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม

Development of the Training Course of Caring for TB Patients in Social Welfare Office

ทัศนีย์ มนู-พานิชย์ ศศ.ม.

Tassanee Manoonpanich M.A.

(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

(Medical and Health Social Sciences)

กา-จนา ไชยแข็ง ศศ.บ (ศึกษาศาสตร์)

Karnjana Jaikaeng B.A (Education)

สำนักวัณโรค

Bureau of Tuberculosis

บทคัดย่อ

สำนักวัณโรคเล็งเห็นถึงความสำคัญ-ของบทบาทพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม ในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่มีหน้าที่ดูแลผู้ให้บริการอย่างใกล้ชิด และสนับสนุนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพให้ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการป้องกันและดูแลผู้ให้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรค สำนักวัณโรคจึงได้ดำเนินการส่งแบบสำรวจความต้องการการฝึกอบรมไปยังหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุและคนไร้ที่พึ่ง จำนวน 36 แห่งทั่วประเทศ โดยทำการสำรวจในกลุ่มตัวแทนพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลที่ทำงานด้านสุขภาพ ผลการสำรวจพบว่าพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลประเมินว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการป้องกันการแพร่กระจายโรค ร้อยละ 79.4 และ 80.6 ตามลำดับ โดยพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแล ร้อยละ 96.2 สนใจเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค จากผลการสำรวจความต้องการการฝึกอบรมดังกล่าวข้างต้น สำนักวัณโรคจึงได้พัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้หน่วยงานวิชาการที่เป็นผู้จัดอบรมใช้เป็นหลักสูตรในการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมให้มีความรู้ และทักษะในการป้องกันและดูแลผู้ให้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งจะช่วยให้พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลมีทักษะในการคัดกรองอาการนำสงสัยวัณโรคปอด ทำให้ผู้ให้บริการได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างทันท่วงที มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ให้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรคให้มีกำลังใจในการกินยาอย่างต่อเนื่อง จนหาย กระบวนการพัฒนาหลักสูตรฯ เริ่มด้วยการจัดประชุมเพื่อพัฒนา (ร่าง) หลักสูตรฯ โดยเนื้อหาหรือรายละเอียดหลักสูตรมาจากหัวข้อที่พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลต้องการได้รับการอบรมประกอบด้วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันตนเอง การดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการกินยา เป็นต้น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทดลอง (ร่าง) หลักสูตรฯ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับแก้ (ร่าง) หลักสูตรฯ และเผยแพร่หลักสูตรฯ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินการทดลอง (ร่าง) หลักสูตรฯ พบว่าเมื่อเสร็จสิ้นการอบรมผู้รับการอบรมตอบแบบประเมินความรู้หลังเข้ารับการอบรม (Post-test) ได้คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.5 คะแนน และมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม หน่วยงานวิชาการที่เป็นผู้จัดอบรมควรมีการจัดฝึกอบรมและการติดตามผลการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาให้พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องเป็นการป้องกันไม่ให้ความรู้ที่มีอยู่เดิมสูญหายไป

Abstract

Bureau of Tuberculosis aimed to develop training course for care takers who had the responsibility to take care elderly in Social Welfare Office. The self assessment on the questionnaires from 36 Social Welfare offices showed that care takers did not have enough knowledge of TB for caring TB patients and also TB

prevention. Most care takers preferred to attend TB training course (96.2 %).

The purpose of this training course was for persons who have responsibility to conduct the training to care takers both on TB knowledge and skill for prevention and caring TB patients. The process of the development started with series of consultation meeting from the experts. In the trying out of the course, trainee, all of care takers had a high average scoring at 8.5 (out of 9). The attitude of caring TB Patients was also remarkable improved. In conclusion, this training course was developed and should be implemented.

ประเด็นสำคัญ-

หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
หน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม

Keywords

Course of caring for TB Patients
Social Welfare office

บทนำ

ปีพ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลเป็นปี-หาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์-หาความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ⁽¹⁾ ส่งผลให้เกิดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานหยุดยั้งวัณโรค (Stop TB Strategies) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมวัณโรค ได้นำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามแม้ระยะเวลาจะผ่านมารวม 20 ปีแล้ววัณโรคยังคงเป็นปี-หาสาธารณสุขที่สำคัญ-ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 8.8 ล้านคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 1.4 ล้านคน สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย มีอัตราความชุกวัณโรค 163 ต่อแสนประชากร อุบัติการณ์วัณโรค 137 ต่อแสนประชากร เป็นผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ 66 ต่อแสนประชากร อัตราเสียชีวิต 19 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

ปัจจุบันกลุ่มประชากรที่กำลังเป็นปี-หาต่อการควบคุมวัณโรคทั้งในระดับโลก และระดับประเทศคือกลุ่มผู้สูงอายุโดย พบในประเทศที่กำลังพัฒนาและในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประชากรผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาคิดเป็นร้อยละ 12 ในจำนวนนี้พบว่ามี

ผู้สูงอายุป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 22⁽³⁾ และร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นวัณโรคพบว่าเป็นวัณโรคปอด⁽⁴⁾ และเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราเสียชีวิตสูงถึง 6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรอื่น⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทย อัตราป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุพบร้อยละ 21.5 และอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 36⁽⁶⁾

เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากอยู่ในวัยที่มีภาวะภูมิต้านทานโรคต่ำ อาการที่แสดงในกลุ่มนี้ไม่ชัดเจน ประกอบกับด้วยวัยที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย ไม่อยากกินอาหาร ความจำไม่ดี ปี-หาเรื่องการสื่อสาร บังคับเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถบอกอาการที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การวินิจฉัยโรคล่าช้า (delay diagnosis) เมื่อตรวจพบว่าเป็นวัณโรค ระยะการดำเนินของโรคได้ดำเนินไปมากแล้ว ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการหนักประกอบกับโรคประจำตัวอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต⁽⁷⁾ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่อาศัยอยู่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม เป็นอีกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค 5-50 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในช่วงอายุเดียวกัน⁽⁸⁾ ในประเทศไทย การ

ดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุและคนไร้ที่พึ่งขาดการดำเนินการอย่างเป็นระบบ สำนักวัณโรคจึงได้มีการค้นหาความชุกของวัณโรคโดยการเอกซเรย์ปอดเคลื่อนที่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการกับผู้สูงอายุจำนวน 14 แห่ง พบว่ามีผู้ใช้บริการป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 0.69 และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มสาธิตบริการวัณโรคสำนักวัณโรคเกี่ยวกับอัตราการป่วยในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง พบว่ามีผู้ใช้บริการป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 1.7 สำนักวัณโรคเล็งเห็นถึงความสำคัญ-ของบทบาทผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่มีหน้าที่ดูแลผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิดและเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพมากที่สุด เพราะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ-ในการเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ได้รับการพัฒนา ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการป้องกัน และดูแลผู้ใช้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรค จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมโดย มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้หน่วยงานวิชาการที่เป็นผู้จัดอบรมใช้เป็นหลักสูตรในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมให้มีความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลผู้ใช้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการคัดกรองอาการนำสงสัยวัณโรคปอด มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ใช้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรค ให้มีกำลังใจในการกินยาอย่างต่อเนื่องจนหาย นอกจากนี้การฝึกอบรมยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะนำไปสู่การควบคุมวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม ให้มีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การสำรวจความต้องการการอบรมความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม

1.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคิดข้อคำถามในแบบสำรวจความต้องการการอบรมความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมเพื่อใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงหรือผู้ดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการอบรมความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และป-หาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของผู้เลี้ยงหรือผู้ดูแล แบบสำรวจดังกล่าวประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ

โดยคำถามในแบบสำรวจนี้มีลักษณะของคำถามที่เป็นคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เลี้ยงหรือผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นที่มีต่อข้อคำถามในแบบสำรวจ

1.2 ขอรับคำแนะนำจากผู้อำนวยการส่วนมาตรฐานการจัดบริการสวัสดิการสังคม ผู้แทนส่วนช่วยเหลือผู้ประสบปี-หาทางสังคม และผู้แทนส่วนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (หน่วยฝึกอบรม) ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ-ในการทำงานกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม ณ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เกี่ยวกับการดำเนินงานจัดทำเนื้อหาหลักสูตรฯ ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและความต้องการของผู้เลี้ยงหรือผู้ดูแล

1.3 ส่งแบบสำรวจความต้องการการอบรมความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม โดยมีกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ในการสำรวจ คือ ผู้เลี้ยงหรือ ผู้ดูแลที่ได้รับมอบหมายหรือรับผิดชอบดูแลทางด้านสุขภาพ* ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมรวมทั้งสิ้นจำนวน 36 แห่งทั่วประเทศ แยกตามสังกัดได้ดังนี้

1.3.1 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ประกอบด้วย

“ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม

ผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น ยะลา เชียงใหม่ กรุงเทพฯ ชลบุรี บุรีรัมย์ ภูเก็ต พระนครศรีอยุธยา สงขลา นครพนม และลำปาง

"สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งจำนวน 11 แห่งในจังหวัดนนทบุรี เพชรบุรี ปทุมธานี (มี 2 แห่ง) สระบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช พิษณุโลก ศรีสะเกษ ประจวบคีรีขันธ์ และเชียงใหม่"

1.3.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่งในจังหวัดกรุงเทพฯ นครราชสีมา (มี 2 แห่ง) เชียงใหม่ นครสวรรค์ จันทบุรี ชุมพร มหาสารคาม นครปฐม (มี 2 แห่ง) ตรัง ลพบุรี และกา-จนบุรี

* พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลที่ได้รับมอบหมายหรือรับผิดชอบดูแล ทางด้านสุขภาพ หมายถึง พี่เลี้ยงที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่ช่วยพยาบาลเบื้องต้น เช่น พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ หรือไปรับยาแทนผู้สูงอายุ กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถไปรับยาเองได้)

2. การพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม

2.1 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรฯ ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ อาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และบุคลากรในกรมควบคุมโรค โดยคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรฯ มีลักษณะของความเป็นสหวิชาชีพ

2.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา (ร่าง) หลักสูตรฯ จำนวน 4 ครั้ง โดยนำผลสำรวจความต้องการการอบรมความรู้เรื่องโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมมาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนา (ร่าง) หลักสูตรฯ

2.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทดลอง (ร่าง) หลักสูตรฯ เมื่อวันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมเดอะ รอยัล เจมส์ ๒๐๐๐ จังหวัดนครปฐม สำหรับกลุ่มเป้าหมายในการประชุมครั้งนี้คือ พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแล โดยมีหน่วยงานตอบรับเข้าร่วมประชุมจำนวน 8 หน่วยงาน รวมจำนวนพี่เลี้ยง หรือผู้ดูแลที่เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 16 คน ประกอบด้วย สถานสงเคราะห์

คนชราเฉลิมราชกุมารี จังหวัดกา-จนบุรี สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพฯ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ วาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งกุ่มสะแก จังหวัดเพชรบุรี สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งหิรัญ-บุรี จังหวัด ปทุมธานี และสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งทับทิม จังหวัดสระบุรี

2.4 ประเมินผลการฝึกอบรมด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

2.4.1 การให้ผู้รับการอบรมทำแบบประเมินความรู้ก่อน-หลังเข้ารับการอบรม ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

2.4.2 การให้ผู้รับการอบรมทำแบบประเมินทัศนคติก่อน-หลังเข้ารับการอบรม ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

2.4.3 การสัมภาษณ์กลุ่ม (small group) เพื่อประเมินผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทดลอง (ร่าง) หลักสูตรฯ

2.4.4 การเปิดโอกาสให้ผู้รับการอบรมแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับการอบรมเมื่อสิ้นสุดการอบรม

2.5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับแก้ (ร่าง) หลักสูตรฯ โดยนำผลการดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทดลอง (ร่าง) หลักสูตรฯ ซึ่งได้จากการสังเกตของคณะทำงานฯ ผลการตอบแบบประเมินความรู้ก่อน - หลังเข้ารับการอบรม และการสัมภาษณ์กลุ่ม (small group) ในกลุ่มผู้รับการอบรมเพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการปรับแก้ (ร่าง) หลักสูตรฯ

2.6 เผยแพร่หลักสูตรฯ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12

ผลการศึกษา

1. การสำรวจความต้องการการการอบรมความรู้ เรื่องวัณโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=164)	ร้อยละ
เพศ (n=157)		
ชาย	49	31.2
หญิง	108	68.8
อายุ (n=156)		
20-29 ปี	19	12.2
30-39 ปี	60	38.5
40-49 ปี	52	33.3
50-59 ปี	25	16.0
ตำแหน่ง (n=146)		
พี่เลี้ยงทั่วไป	90	61.6
พี่เลี้ยงที่รับผิดชอบหรือดูแลด้านสุขภาพ	56	38.4
การศึกษา (n=160)		
ประถมศึกษา	9	5.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	23.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	72	45.0
ปวส./อนุปริญญา	21	13.1
ปริญญาตรี	21	13.1

จากตารางที่ 1 พบว่าพี่เลี้ยง หรือผู้ดูแลตอบ (ร้อยละ 38.5) มีตำแหน่งเป็นพี่เลี้ยงทั่วไปร้อยละ 61.6 แบบสำรวจกลับมาทั้งสิ้น 164 ราย พบว่าเป็นเพศ หญิงร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 45.0

ตารางที่ 2 การดำเนินการของพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลด้านสุขภาพ

การดำเนินการของพี่เลี้ยงด้านสุขภาพ	จำนวน (N=164)	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกับพี่เลี้ยงคนอื่น (n=161)		
มี	128	79.5
ไม่มี	33	20.5
ลักษณะของการมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกับพี่เลี้ยงคนอื่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=128)		
ให้คำแนะนำเป็นรายคน เมื่อมีผู้ป่วย	96	75.0
ให้คำแนะนำเป็นรายคน เมื่อมีพี่เลี้ยงเข้ามาใหม่	74	57.8
ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ	41	32.0
หาเอกสาร แผนพับ ความรู้ให้อ่าน	36	28.1
การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (n=164)		
เคย	123	75.0
ไม่เคย	41	25.0
จากกลุ่มผู้ที่เคยดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นมีปฏิกิริยาต้านการดูแล (n=123)		
มี	70	56.9
ไม่มี	39	31.7
ไม่ตอบ	14	11.4

จากตารางที่ 2 พบว่าพี่เลี้ยงด้านสุขภาพให้คำแนะนำ เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกับพี่เลี้ยงคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 79.5 โดยเป็นลักษณะการให้คำแนะนำ ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

เป็นรายคน เมื่อมีผู้ป่วยร้อยละ 75.0 พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลร้อยละ 75.0 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 56.9 มีเป้าหมายด้านการดูแล

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	จำนวน (N=164)	ร้อยละ
ประเภทของแหล่งความรู้ที่ได้รับ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ) (n=163)		
แพทย์/พยาบาลที่โรงพยาบาล	95	58.3
พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลจากหน่วยงานของตนเอง	87	53.4
ความรู้เดิมที่เรียนมา	51	31.3
สื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ อินเทอร์เน็ต	93	57.1
อื่นๆ เช่น จากเจ้าหน้าที่การรับการอบรม ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ	8	4.9
ความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (n=155)		
เพียงพอ	32	20.6
ไม่เพียงพอ	123	79.4
ความรู้เพียงพอในการป้องกันการแพร่กระจายโรค (n=155)		
เพียงพอ	30	19.4
ไม่เพียงพอ	125	80.6
ในผู้ที่คิดว่ามีความรู้ไม่เพียงพอนั้นคิดว่าความรู้ที่ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=123)		
การสังเกตอาการสงสัยวัณโรค	85	69.1
การติดต่อของโรค	91	73.9
การดูแล รักษาผู้ป่วยวัณโรค(การกินยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการ แพ้ยา การเก็บเสมหะเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม)	97	78.9
อื่นๆ เช่น (ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การป้องกันตนเองและผู้อื่นใกล้ชิด)	9	7.3

จากตารางที่ 3 ผู้ดูแลร้อยละ 58.3 ได้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากแพทย์หรือพยาบาลที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 79.4 ของผู้ดูแลประเมินว่าตนเองยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 80.6 มีความรู้ไม่เพียงพอในการป้องกันการแพร่

กระจายโรค ร้อยละ 78.9 ต้องการได้รับการอบรมเพิ่มเติมคือการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค(การกินยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการแพ้ยา การเก็บเสมหะเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม)

ตารางที่ 4 การอบรมและถ่ายทอดความรู้เรื่องวัณโรค

การอบรมและถ่ายทอดความรู้เรื่องวัณโรค	จำนวน (N=164)	ร้อยละ
ความสนใจในการเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค (n=159)		
สนใจ	153	96.2
ไม่สนใจ	6	3.8
ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เรื่องวัณโรค (n=149)		
ได้	142	95.3
ไม่ได้	7	4.7
ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่อง (ตอบมากกว่า 1 ข้อ) (n=164)		
เข้ารับการอบรม	108	65.9
สื่อ	14	8.5
อื่นๆ (เช่น งบประมาณ สนับสนุนวัสดุ การจัดห้องแยกโรค และให้มี การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น)	18	10.9

จากตารางที่ 4 ผู้ดูแลร้อยละ 96.2 สนใจเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค โดยร้อยละ 95.3 ประเมินว่าตนมีความสามารถในการถ่ายทอด (ให้คำแนะนำ) ความรู้เรื่องวัณโรคแก่เพื่อนร่วมงานได้ ผู้ดูแลร้อยละ 65.9 ประเมินว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่องคือการได้เข้ารับการอบรม

2. การจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม

คณะทำงานได้นำผลสำรวจความต้องการการอบรมความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม และผลการประเมินการทดลอง (ร่าง) หลักสูตรฯ มาปรับแก้เนื้อหา หรือหัวข้อหลักสูตรฯ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับการอบรม โดยขอบเขตและรายละเอียดที่สำคัญ-ของหลักสูตรฯ มีดังนี้

1. ลักษณะของหลักสูตร

เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยเป็นหลักสูตรที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เน้นการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การแบ่งกลุ่มระดมสมอง การทำกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การแสดงบทบาทสมมติเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

2. รายละเอียดหลักสูตร

2.1 ระยะเวลาการฝึกอบรมจำนวน 2 วัน

2.2 เนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วย 5 แผนการสอน ดังนี้

แผนการสอนที่ 1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับการอบรม

แผนการสอนที่ 2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด

แผนการสอนที่ 3 การดูแลเรื่องการกินยาวัณโรค

แผนการสอนที่ 4 การเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานโดยการแสดงบทบาทสมมติ

แผนการสอนที่ 5 เสี่ยงสะท้อนของผู้รับ

การอบรม

2.3 กระบวนการฝึกอบรม

2.3.1 การบรรยาย

2.3.2 การอภิปรายแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็น

2.3.3 การสอนสาธิต

2.3.4 การแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ

ระดมสมอง

2.4 สื่อประกอบการสอน

2.4.1 สื่อวีดิทัศน์

2.4.2 สไลด์นำเสนอ (Power point)

2.4.3 ใบงาน

2.4.4 ใบความรู้

2.4.5 แบบบันทึกการส่งต่อเมื่อมีผู้มี

อาการน่าสงสัยวัณโรคปอด

2.5 การประเมินผลการเข้ารับการอบรม

2.5.1 แบบประเมินความรู้ก่อน-หลัง

เข้ารับการอบรม

2.5.2 แบบประเมินทัศนคติก่อน-

หลังเข้ารับการอบรม

2.5.3 การเปิดโอกาสให้ผู้รับการอบรมแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับการอบรมเมื่อสิ้นสุดการอบรม

3. องค์ประกอบในการจัดอบรม

3.1 จำนวนผู้รับการอบรมไม่ควรเกิน 20 คน

3.2 คุณสมบัติผู้รับการอบรม เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม โดยควรมีคุณสมบัติดังนี้

3.2.1 มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด (กรณีที่หน่วยงานไม่มีผู้ป่วยวัณโรคปอด ควรเป็นผู้ดูแลที่หน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ)

3.2.2 สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปแนะนำแก่ผู้ดูแลท่านอื่นได้

3.3 ลักษณะของวิทยากร ควรมีการดำเนิน

งานสอนเป็นทีม โดยควรมีลักษณะดังนี้

3.3.1 ประกอบด้วยสหวิชาชีพ คือ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ เกษีกร นักวิชาการ

3.3.2 มีความรู้ และประสบการณ์ในการทำงานด้านวัณโรค

3.3.3 มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ ให้มีเนื้อหาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

4. การติดตามผลการเข้ารับการอบรม

ผู้จัดอบรมควรมีการติดตามผลการเข้ารับการอบรมว่าผู้รับการอบรม สามารถนำความรู้ที่ได้กลับไปใช้ปฏิบัติงานได้จริงในหน่วยงานหลังจากเสร็จสิ้นการอบรมประมาณ 6 เดือน และควรดำเนินการในลักษณะของทีมสหวิชาชีพ

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้รับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะ ที่ถูกต้องในการคัดกรองอาการนำสงสัยวัณโรคปอด เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างทันที่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลผู้ใช้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรคให้กินยาอย่างต่อเนื่องจนหาย

วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทย ยังไม่มีหน่วยงานใดจัดทำหลักสูตรเพื่อดำเนินการฝึกอบรมให้กับกลุ่มพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม จึงอาจกล่าวได้หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมที่สำนักวัณโรคได้ พัฒนาขึ้นมาจึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shobita Rajagopalan, Thomas T. Yoshikawa⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่าองค์ประกอบหนึ่งที่จะนำไปสู่การควบคุมวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมให้มีประสิทธิภาพนั้นประกอบด้วย การเฝ้าระวัง (surveillance) การแยกผู้ป่วย (containment) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (assessment) และการให้ความรู้

(education)

เนื่องจากผู้ใช้บริการในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุและคนไร้ที่พึ่ง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ หรือผู้มีปัญหาทางจิต ซึ่งมีปัญหาด้านการสื่อสาร การแจ้งอาการป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการกินยาเมื่อป่วยเป็นวัณโรค ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรฯ ดังกล่าวจึงเป็นการให้ ความรู้แก่พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลในหัวข้ออาการนำสงสัยวัณโรคปอด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด การดูแลให้ผู้ใช้บริการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการกินยา ตลอดจนการดูแลสุขภาพทั่วของผู้ใช้บริการที่ป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งจะช่วยให้พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติงานได้จริงซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว (early diagnosis) ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้บริการในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม การดำเนินการจัดหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม ได้มีการดำเนินการตามกระบวนการฝึกอบรมตามที่ฯ- สวัสดิ์สาส์⁽¹¹⁾ ได้กล่าวไว้ว่ากระบวนการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การหาความจำเป็นในการฝึกอบรม การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม การจัดการฝึกอบรม การประเมินผลและติดตามผลการฝึกอบรม

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาหลักสูตรฯ ดังกล่าวนี้นี้ ได้มีการเริ่มต้นกระบวนการด้วยการสำรวจหาความต้องการการอบรมความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม เพราะการสำรวจหาความต้องการการอบรมของผู้รับการอบรม หรือที่เรียกว่าการหาความจำเป็นในการฝึกอบรมนั้นมีประโยชน์คือ เป็นเครื่องมือที่ทำให้ได้ข้อมูลซึ่งมีความต้องการที่แท้จริงของผู้รับการอบรมหรือหน่วยงานทำให้สามารถกำหนด แผนงาน หรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับการอบรม หรือหน่วยงาน⁽¹²⁾ ซึ่งจากผลสำรวจความต้องการ การอบรมความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ดูแลในหน่วยงานที่ให้บริการ

ด้านสวัสดิการสังคมพบว่าพี่เลี้ยง หรือผู้ดูแลร้อยละ 96.2 สนใจเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค และร้อยละ 65.9 ประเมินว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่องคือ การได้เข้ารับการอบรม โดยผู้ดูแลประเมินว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการป้องกันการแพร่กระจายโรคร้อยละ 79.4 และ 80.6 ตามลำดับ⁽⁹⁾ ประโยชน์ของการหาความจำเป็นในการฝึกอบรมดังกล่าวข้างต้นทำให้การดำเนินการจัดทำหลักสูตรฯ ได้บรรจุเนื้อหาหรือหัวข้อตามความต้องการของพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาหลักสูตรฯ โดยเนื้อหาหรือหัวข้อในหลักสูตรประกอบด้วย การป้องกันการแพร่กระจายโรค การป้องกันตนเอง การดูแลการกินยาอย่างต่อเนื่อง อาการน่าสงสัยวัณโรคปอด อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการกินยา ซึ่งมีเนื้อหารายละเอียด และกระบวนการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับกลุ่มพี่เลี้ยง หรือผู้ดูแลซึ่งอยู่ในช่วงวัยกลางคนคือตั้งแต่อายุ 30-39 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ดังนั้น การจัดทำหลักสูตรฯ จึงเน้นกระบวนการฝึกอบรมที่เป็น การแบ่งกลุ่มระดมสมองมากกว่าการบรรยายเนื้อหาที่ เน้นด้านวิชาการ การสอดแทรกกิจกรรมสนทนาการเชิง วิชาการ เช่น การสอนสาธิตการล้างมือที่ถูกต้อง เพื่อ เสริมสร้างให้ผู้รับการอบรมมีสุขอนามัยที่ดี ซึ่งเป็น หลักการที่สำคัญ-ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ กระบวนการฝึกอบรมดังกล่าวทำให้ผู้รับการอบรม ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย และได้เรียนรู้เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ วัณโรค การฝึกแสดงความคิดเห็นผ่านกิจกรรมการแบ่ง กลุ่มระดมสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ-โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การศึกษาด้านวิชาการตลอดจนแนวทางการพัฒนาหลักสูตรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะการดำเนินการป้องกันแก้ไข-หา วัณโรค นั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกกระทรวงในการเป็นอาสาสมัครดูแลป้องกัน

ทำให้การพัฒนาบุคลากรเกิดการบูรณาการร่วมกัน

2. คณะทำงานในการพัฒนาหลักสูตรฯ นั้นควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพและบุคลากรจากหน่วยงานที่จะนำหลักสูตรฯ ไปใช้เพื่อให้หลักสูตรฯตอบสนอง ความต้องการทั้งตัวผู้รับการอบรมและทั้งหน่วยงานที่นำหลักสูตรฯ นี้ไปขยายการดำเนินงานต่อตติกรรมของ หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้าน สวัสดิการสังคมที่ได้ใช้-บุคลากรจากกรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์เข้าร่วมเป็นคณะทำงานด้วย

3. การพัฒนาหลักสูตรฯ ควรดำเนินการให้ ครบกระบวนการของการจัดทำหลักสูตรฯ คือควรเริ่มต้นด้วยการหาความจำเป็นในการฝึกอบรม เพื่อนำข้อมูล มาจัดทำหลักสูตรฯ และดำเนินการฝึกอบรม ตลอดจน ประเมินผลและติดตามผลการฝึกอบรมทุกครั้ง เพราะ ที่ผ่านมามีการจัดทำหลักสูตรฯ หรือการฝึกอบรมมักเป็น การดำเนินการที่อยู่บนพื้นฐาน ความต้องการของ หน่วยงานของผู้จัดการอบรม และมีลักษณะที่เร่งรีบผลิต หลักสูตรฯ ออกมาโดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้น กับผู้รับการอบรมนั้นคือ เนื้อหาไม่สอดคล้องกับ ความ ต้องการของผู้รับการอบรม

4. การจัดการฝึกอบรมหรือการพัฒนา หลักสูตรใด ๆ ก็ตามนั้น ควรให้ผู้รับการอบรมเข้ามามี ส่วนร่วมในการกำหนดเนื้อหาหรือหัวข้อวิชาเพื่อให้การ ฝึกอบรมนั้นประสบความสำเร็จและสอดคล้องตรง กับความต้องการของผู้รับการอบรมมากที่สุด

5. การพัฒนาการฝึกอบรมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย วัณโรคนั้น ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกัน ไม่ให้ความรู้ที่มีอยู่เดิมสูญ-หายไป

6. ผู้จัดการอบรมควรนำความรู้ด้านสุขภาพอื่น หรือป-หาด้านสุขภาพอื่นที่พบใน หน่วยงานที่ให้บริการ ด้านสวัสดิการสังคมสอดแทรกไปกับการฝึกอบรมด้วย เพราะโรคแต่ละโรคย่อมมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน เช่น ในหลักสูตรฯ นี้ได้สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแล สุขอนามัย การสอนสาธิตการล้างมือที่ถูกต้อง หรือกรณี

ที่ผู้จัดการอบรมจัดการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรให้วิทยากรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.พ.-พัชรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อ.ดร. มธุรส ทิพย์มงคลกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนายแพทย์ พรชนก รัตนติลล ญ ภูเก็ต ที่ให้คำปรึกษา และขอแนะนำในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคมด้วยดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการดำเนินงานควบคุม วัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.
2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทยปีงบประมาณ 2551. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์; 2554.
3. Surveillance Reports, 2001. In: Lauri Thrupp, Suzanne Bradley, Philip Smith, Andrew Simor, Nelson Gantz, Kent Crossley et.al., Tuberculosis Prevention and Control in Long-Term-Care Facilities for Older Adults. Infection Control and Hospital Epidemiology 2004; 25: 1097-1108.
4. Nagami PH, Yoshikawa TT. Tuberculosis in the geriatric patient. In: Lauri Thrupp, Suzanne Bradley, Philip Smith, Andrew Simor, Nelson Gantz, Kent Crossley et.al., Tuberculosis Prevention and Control in Long-Term-Care Facilities for Older Adults. Infection Control and Hospital Epidemiology 2004; 25: 1097-1108.
5. Teale C, Goldman and JM, Pearson SB. The association of age with the presentation and outcome of tuberculosis: a five year survey. In: Rita Sood. The Problem of Geriatric Tuberculosis. Journal of Indian Academy of clinical Medicine; 5: 156-162.
6. ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ของโรควัณโรค. http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/y54/tad_TB_54.rtf. เข้าถึงวันที่ 23 พฤษภาคม 2555
7. Rita Sood. The Problem of Geriatric Tuberculosis. Journal of Indian Academy of clinical Medicine; 5 : 156-162.
8. Lauri Thrupp, Suzanne Bradley, Philip Smith, Andrew Simor, Nelson Gantz, Kent Crossley et.al., Tuberculosis Prevention and Control in Long-Term-Care Facilities for Older Adults. Infection Control and Hospital Epidemiology 2004; 25: 1097-1108.
9. ทศนีย์ มนุ-พาณิชย์, วิลาวัลย์ แดงสะอาด, สิริลักษณ์ บัวเย็น, สุรัสวดี กลิ่นชั้น, สนจิตร์ พงษ์พานิช และ อรรรัตน์ พองพรหม. รายงานผลการดำเนินการติดตามโครงการสืบสานพระเมตตาดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากวัณโรค. 2552. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์.
10. Shobita Rajagopalan, Thomas T. Yoshikawa. Tuberculosis in Long-Term-Care Facilities. Infection Control and Hospital Epidemiology 2000; 21: 611-615.
11. ชา- สวัสดิ์สาลี. คู่มือนักฝึกอบรมมืออาชีพ: การจัดการฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ. สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สวัสดิการสำนักงาน ก.พ. 2539.
12. สุวิมล ว่องวาณิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

โครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ในการเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ

National Antiretroviral Access for People with HIV/AIDS, the Extension Phase to Reach Uninsured and Limited Rights Patients

สมบัติ แทนประเสริฐสุข พ.บ., ส.ม.*

Sombat Thanprasertsuk M.D., M.P.H.*

สัชชัย ชาสสมบัติ พ.บ. บธ.ม.**

Sanchai Chasombat M.D., E.M.B.A.**

พรทิพย์ ยุktanนท์ วท.บ. (พยาบาล)

Pornthip Yuktanon B.Sc. (Nursing),

วท.ม. (จิตวิทยา)***

M.Sc. (Psychiatry) ***

ณัฐพร กองสกุลไกร ภ.บ.***

Nattaporn Kongsakunkrai B.Pharm.***

กมล เกษธรรม วท.บ.***

Kamol Kesthom B.Sc.***

* กรมควบคุมโรค

* Department of Disease Control

** สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

** Emergency Medical Institute of Thailand

*** สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

*** Bureau of AIDS, TB and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้เริ่มโครงการจัดบริการยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ (ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนข้ามชาติมาตั้งแต่ปี 2549 โดยได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากกองทุนโลกฯ และมีเป้าหมายผู้ป่วย 2,000 ราย ผลการดำเนินงานจากเดือน ตุลาคม 2549 - กันยายน 2554 พบมีผู้ป่วยสะสมในโครงการฯ 6,148 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 4,414 ราย (ร้อยละ 71.8) และเป็นผู้ป่วยคนไทย 1,734 ราย (ร้อยละ 28.2) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 51.82 มีระดับซีดี 4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/มม³ และร้อยละ 68.4 ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ส่วนผู้ป่วยคนไทย ร้อยละ 37.77 มีระดับซีดี 4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/มม³ และร้อยละ 30.8 ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน

ในเดือนกันยายน 2554 มีผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษา 3,051 ราย (ร้อยละ 49.6 ของผู้ป่วยสะสม) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 2,834 ราย (ร้อยละ 64.2 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสะสม) และเป็นผู้ป่วยคนไทย 217 ราย (ร้อยละ 12.5 ของผู้ป่วยคนไทยสะสม) โดยผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่ 1 จำนวน 2,564 ราย (ร้อยละ 90.5 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย) ส่วนผู้ป่วยคนไทย ได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่ 1 จำนวน 165 ราย (ร้อยละ 76.0 ของผู้ป่วยคนไทย)

การบริการยาต้านไวรัสตามโครงการฯ เป็นบริการสุขภาพในเชิงมนุษยธรรม เพื่อลดความเจ็บป่วย และการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บั-หาและความท้าทาย รวมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการฯ ที่สำคัญได้แก่

(1) ความยั่งยืนของโครงการฯ เนื่องจากการสนับสนุนทุนจากกองทุนโลกฯ กำลังจะสิ้นสุดในปี 2557 ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาหาแนวทางเสริมสร้างความยั่งยืนของการบริการต่อไป

(2) ควรมีการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบริการ และจัดทำเป็นแผนงานเพื่อ

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้จัดบริการได้ครอบคลุม

(3) ผู้ป่วยคนไทยขอรับบริการจากโครงการฯ เพราะอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสิทธิ หรือ กังวลในการสูญเสียความลับจากบริการตามสิทธิปกติ ผลจากการทำความเข้าใจทำให้ผู้ป่วยคนไทยกลับไปใช้สิทธิของตนได้เป็นจำนวนมาก และ

(4) การออกจากโครงการฯ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

Abstract

Thailand initiated a project to provide ART to people with HIV/AIDS who were un-insured and with limited rights, mostly non-Thai immigrants, in 2006. The project was partially supported by the Global Fund with a target of 2,000 cases. From October 2006 to September 2011, there were 6,148 cases cumulatively received service for the project. Of these, 4,414 cases (71.8 %) were non-Thai targeted patients, and 1,734 (28.2 %) were Thais. At enrollment, 51.82 % of targeted and 37.77 % of Thai patients had CD4 cell count equal to or less than 200 cell/mm³. 68.4 % of targeted and 37.77 % of Thai patients had never received ART before. In September 2011, there were 2,834 targeted cases (64.2 % of cumulative targeted patients) and 217 cases of Thais (12.5 % of cumulative Thai patients) actively participated in the project. Number of cases treated with first-line regimen among targeted and Thai patients were 2,564 (90.5 %) and 165 (76.0 %) respectively.

ART services provided in this project had been developed based on humanitarian reason in order to reduce morbidity and mortality related to HIV and AIDS. Challenges and recommendations for future development included:

(1) Financial support from GFATM would end in 2014, therefore, the provision of sustainable ART service for this targeted patient should be developed.

(2) For future plan, attempt to estimate number of needed cases should be made in order to request sufficient resources to implement project.

(3) Thai patients were enrolled due to gap during changes in health insurance scheme or fear of losing confidentiality, however, with explanation on the objective of the project, almost Thai cases had been referred out.

(4) Since there had been a number of losses to follow up, there should be a study to identify more appropriate means to retain cases for long-term treatment programme.

ประเด็นสำคัญ-	Keywords
ระบบบริการการดูแลรักษา เอชไอวี/เอดส์	<i>Development of the Extension Phase, HIV/AIDS</i>
การเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิ	<i>Uninsured and Limited Rights Patients</i>

บทนำ

การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยเป็น
ป-หาที่มีความรุนแรงสูง จากการคาดประมาณของ

คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย⁽¹⁾ ได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.
2553 มีผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรับการรักษาด้วยยา
ต้านไวรัส ประมาณ 280,000 ราย และนับจากปี 2554

เป็นต้นไป จะมีผู้ติดเชื้อที่ทยอยป่วยและต้องการยาต้านไวรัสปีละประมาณ 20,000-30,000 รายไปอีกอย่างน้อย 5 ปี กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มให้บริการยาต้านไวรัส แก่ผู้ป่วยเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535⁽²⁾ และได้มีการพัฒนาโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสมาเป็นลำดับ จนในปี พ.ศ. 2544 ก็ได้เริ่มการดำเนินโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to ART for People with HIV and AIDS, NAPHA)⁽³⁾ ทำให้เกิดบริการที่ครอบคลุมผู้ป่วยเอดส์อย่างกว้างขวางและทั่วถึง กระทั่งในปี พ.ศ. 2547 การบริการยาต้านไวรัสเอดส์ก็ได้ถูกบรรจุเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนไทย สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และนับจนถึงเดือนกันยายน 2552 มีผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนไทยได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการหลักประกันสุขภาพภาครัฐในทุกระบบ รวมทั้งจากโครงการวิจัยต่างๆ แล้วทั้งสิ้น 216,118 ราย หรือร้อยละ 75.8 ของผู้ป่วยที่ต้องการยาต้านไวรัส⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มียกสิทธิในการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากโครงการหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย หรือเป็นผู้ที่ยังไม่มีสัญชาติไทย ประกอบด้วยแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันให้เข้าเมืองและสามารถทำงานได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่เข้าเมืองมาโดยไม่ผ่านกระบวนการตรวจคนเข้าเมืองอย่างถูกต้อง (แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม) ผู้หนีภัยสงครามจากประเทศเพื่อนบ้าน กลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่ไม่มีสัญชาติไทยตามกฎหมาย และอื่นๆ กล่าวได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization of Migration, IOM)⁽⁵⁾ แจ้งว่า ในปี 2552 มีแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

เฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทย 3 ประเทศ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา ประมาณ 2,000,000 คน นอกจากนี้ สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Thailand) ได้รายงานว่ามีผู้หนีภัยสงคราม ประมาณ 102,000 คน และผู้ลี้ภัยอีก 9,000 คนในที่พักพิงชั่วคราวตามชายแดน⁽⁶⁾ กลุ่มคนเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับคนไทย แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเต็มที่ เมื่อเทียบกับประชากรไทย หากพิจารณาเฉพาะปี-หาค่าการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ สำนักกระบาดวิทยา⁽⁷⁾ ได้รายงานผลการเฝ้าระวังในปี 2551 พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในภาพรวม ร้อยละ 0.94 ซึ่งให้เห็นถึงระดับของปี-หาค่าการติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีขนาดสูงไม่น้อยกว่าคนไทยทั่วไป จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดบริการยาต้านไวรัส ให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ใช่คนไทยเหล่านี้

ในปี 2549 กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ (National Antiretroviral Access for People with HIV/AIDS, the Extension Phase (NAPHA Extension)) โดยได้ปรับปรุงโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับทุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์วัณโรค และมาลาเรีย (กองทุนโลก) ตามโครงการรอบที่ 1⁽⁸⁾ ซึ่งมีระยะเวลาดังตั้งปี 2546 ถึง 2551 การปรับปรุงนี้ เกิดขึ้นในปีที่ 3 ของโครงการรอบที่ 1 โดยกรมควบคุมโรคได้อนุมัติ เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2549⁽⁹⁾ ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของโครงการ NAPHA Extension ต่อมากองทุนโลก ได้อนุมัติงบประมาณสนับสนุนโครงการนี้ โดยเป็นส่วนหนึ่งภายใต้โครงการรอบ Rolling Continuation Channel (RCC)

ซึ่งมีกำหนดระยะเวลา 6 ปี นับตั้งแต่ ปี 2552-2557⁽⁹⁾ ทั้งนี้ โครงการได้กำหนดเป้าหมายให้การบริการด้วยยาต้านไวรัส ในช่วง 3 ปีแรกเป็นจำนวน 2,000 ราย

รายงานการศึกษาล่าสุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลการพัฒนาโครงการบริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ (โครงการ NAPHA Extension (โครงการฯ)) รวมทั้งได้นำเสนอแนวทางการดำเนินงาน ผลของโครงการฯ และยังได้อภิปรายวิเคราะห์สภาพปัญหาและบทเรียนในการดำเนินงาน ตลอดจนประเด็นท้าทายในด้านต่างๆ พร้อมทั้งได้เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานระยะต่อไป อนึ่งเนื่องจากมีผู้ป่วยคนไทยที่ขอรับบริการจากโครงการฯ ด้วยจำนวนหนึ่ง ดังนั้นในการนำเสนอผลของโครงการฯ จึงได้นำเสนอข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยคนไทยไว้ด้วย

วิธีการดำเนินโครงการ

แบ่งตามลักษณะของกิจกรรม เป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้

1. การพัฒนาโครงสร้างการบริหาร และการดำเนินโครงการ
2. การสำรวจความพร้อมของหน่วยบริการ และการสมัครเข้าร่วมโครงการ
3. การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ
4. การพัฒนาระบบบริการ
5. การพัฒนาระบบข้อมูล

โดยมีข้อมูลการพัฒนาและการดำเนินงานของแต่ละกลุ่มกิจกรรมดังนี้

1. การพัฒนาโครงสร้างการบริหาร และการดำเนินโครงการฯ

หน่วยงานที่เข้าร่วมได้แก่ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) เป็นหน่วยบริหาร ประสานงาน พัฒนาระบบ และประมวลผลข้อมูลในส่วนกลาง และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) เป็นหน่วยบริการ ประสาน และ พัฒนาระบบในระดับเขต โดยมีกองควบคุมโรคเอดส์

สำนักอนามัย กทม. (หรือกองควบคุม โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กทม. ในปัจจุบัน) ทำหน้าที่นี้ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพฯ สำหรับการดำเนินงานในระดับจังหวัด ได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่มีโรงพยาบาลในพื้นที่ร่วมเป็นหน่วยบริการ ให้เข้าร่วมโครงการฯ โดยมีบทบาทในการประสานงาน พัฒนาระบบ และประมวลผลข้อมูลในระดับจังหวัด สำนักงานบริหารโครงการ กองทุนโลกฯ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานบริหารงบประมาณจากทุนซึ่งได้รับจากกองทุนโลกฯ พิจารณาจัดสรรงบประมาณ ให้แก่ สอวพ. เพื่อดำเนินงานตามโครงการฯ ซึ่งได้รับอนุมัติจากกรมควบคุมโรคเป็นรายปี หน่วยบริการได้แก่ โรงพยาบาลที่ให้บริการยาต้านไวรัส เอดส์และบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ และสมัครเข้าร่วมโครงการ NAPHA Extension

ในการจัดบริการ ได้รับความร่วมมือจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิรักไทย ที่ได้ทำงานกับเครือข่ายผู้ใช้แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นเป้าหมายของโครงการฯ ในด้านการประสานส่งต่อผู้ป่วย การช่วยเหลือในด้านอาสาสมัครสื่อสารกับผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2. การสำรวจความพร้อมของหน่วยบริการ และการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ

ในปี 2550 สอวพ. ได้สำรวจความคิดเห็นของโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อยู่แล้วมากกว่า 900 แห่ง โดยแจ้งข้อมูลรายละเอียดวิธีการดำเนินงานของโครงการฯ พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ผลพบว่า มีโรงพยาบาลประมาณ 600 แห่งที่สมัครเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานจริง มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยและได้จัดบริการนับจนถึงเดือนกันยายน 2554 รวม 464 โรงพยาบาล และเฉพาะในเดือนกันยายน 2554 มีโรงพยาบาลที่จัดบริการให้ผู้ป่วยในโครงการฯ 402 โรงพยาบาล

3. การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานโครงการร่วมกัน และสามารถจัดบริการต่างๆ ตามที่กำหนด สอวพ. ได้จัดการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการฯ และพัฒนาบุคลากร เป็นประจำทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ในระดับเขต สคร. ยังได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาวิธีการดำเนินงานการประสานงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น ต่างๆ ปีละ 1 ครั้ง

4. การพัฒนาระบบบริการ

ในการพัฒนาระบบบริการ ภายใต้โครงการ NAPHA Extension นี้ สามารถแบ่งเป็นระบบด้านต่างๆ ได้ดังนี้

4.1 ระบบบริหารจัดการยา และน้ำยา ตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านเอชไอวี โครงการฯ ให้บริการยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน และสูตรทางเลือก รวมทั้ง น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับการติดตามการดูแลรักษา โดยมีการจัดซื้อยาต้านไวรัส และ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแผนและด้วยวิธีการการจัดซื้อที่กองทุนโลกฯ และกรมควบคุมโรค อนุมัติ

4.2 การพัฒนาบริการในโครงการฯ ประกอบด้วย

(1) การสนับสนุนการดำเนินงานค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย (Mobile Population VCT (MPVCT))

โครงการฯ สนับสนุนการค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมาย ภายใต้กรอบงานการค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย โดยสนับสนุนงบประมาณแก่ สคร. และโรงพยาบาล ให้จัดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจ การเข้ารับบริการในกลุ่มเป้าหมาย

(2) การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในโครงการฯ ส่วนใหญ่ไม่ใช่คนไทย จึงอาจมีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสาร สอวพ. ได้จัดทำสื่อให้ความรู้ต่างๆ เพื่อให้

กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทายต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และการป้องกัน เช่น แผ่นพับ "คุยกันเรื่อง...เอดส์" และภาพพลิก "คุยกันเรื่อง...เอดส์" เป็นต้น ซึ่งสื่อเหล่านี้ได้แปลเป็นภาษาพม่า และ กัมพูชา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจได้

(3) การพัฒนาระบบบริการ

ก. ข้อกำหนดสำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ

โครงการฯ มีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพจำนวน 2,000 ราย ข้อกำหนดทั่วไปสำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก ด้านการดูแลสุขภาพ ปีที่ 6 ระยะ RCC⁽¹⁰⁾ มีดังนี้

1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ประสงค์เข้ารับบริการ และลงนามสมัครเข้ารับบริการกับหน่วยบริการ

2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งผู้ใหญ่-และเด็กที่จะได้รับการประเมินความพร้อมในการกินยาต้านไวรัส และสามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

3) เกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ หรือมีอาการทางคลินิก โดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 และผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มม³ แม้จะไม่มีอาการทางคลินิก ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 สูงกว่า 200 เซลล์/มม³ ยังไม่ให้อาต้านไวรัสและแนะนำให้ติดตามอาการ และตรวจระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4

ข. บริการยาต้านไวรัส

สูตรยาแนะนำสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ จำแนกได้เป็นสูตรยาพื้นฐาน (first-line regimen หรือ สูตรแรก) มีองค์ประกอบของยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาในกลุ่ม Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม Non-nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor 1 ชนิด (2 NRTIs +

1 NNRTI) และสูตรทางเลือก ใช้ในกรณีเชื้อเอชไอวี ต่อยาสู่ตรพื้นฐาน มื้อองค์ประกอบของยาต้านไวรัสได้แก่ ยาในกลุ่ม NRTI 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม Protease Inhibitor (2 NRTIs + PIs)

การพิจารณาเลือกสูตรยาในโครงการฯ ได้รับคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญ- และผู้แทนจากหน่วยงานระดับเขต และหน่วยบริการ โดยเป็นสูตรยาที่รับประทานง่าย และให้มีผลข้างเคียงน้อย เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้อย่างต่อเนื่อง (adherence) นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนายาในสูตรยาที่ใช้ให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสระดับชาติเป็นระยะด้วย

ค. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการฯ จะได้รับการติดตามด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการใน 4 รายการดังนี้

- การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) จำนวน 2 ครั้ง/ปี ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการฯ
- การตรวจหาปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 จำนวน 2 ครั้ง/ปี ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการฯ
- การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) จำนวน 2 ครั้ง/ปี หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว
- การตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส (HIV Drug Resistance Genotyping Test) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี viral load > 2,000 copies/มม³ จำนวน 1 ครั้ง/ปี คาดว่า จะมีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่เข้าข่ายจะต้องตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส

ง. การบริการปรึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการฯ ทุกรายจะได้รับบริการปรึกษา (Counseling) ประกอบด้วย บริการปรึกษาเรื่องโรค การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การติดตามการรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการดูแลรักษาจิตใจ

5. การพัฒนาระบบข้อมูล

การจัดเก็บข้อมูลของโครงการฯ ในช่วงแรก ดำเนินการโดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการดูแลรักษาด้วยมือ (manual) และรวบรวมข้อมูลในเดือนนั้นๆ จัดส่งให้ สสจ. เพื่อประมวลผลเป็นข้อมูลรวมระดับจังหวัด แล้วจัดส่งให้ สคร. เพื่อประมวลผลเป็นข้อมูลรวมระดับเขต จากนั้นจัดส่งให้ สอวพ. ตามลำดับ

ต่อมาในปี 2552 ได้มีการปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ ด้วยโปรแกรม NAPHA EXTENSION⁽¹¹⁾ หน่วยบริการสามารถจัดส่งโดยแนบแฟ้มข้อมูลผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ส่งให้กับ สสจ. สคร. และกองควบคุมโรคเอดส์ กทม. เพื่อประมวลผลในระดับพื้นที่และจัดส่งให้กับ สอวพ. จนกระทั่งในปัจจุบันหน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NAPHA EXTENSION ออนไลน์ โดยหน่วยงานบริหารโครงการฯ ในแต่ละระดับสามารถดูข้อมูลของหน่วยบริการภายใต้การประสานงานหน่วยงานนั้นๆ ได้

ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการจัดเก็บข้อมูลเป็นการบันทึกลงในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์นั้น โรงพยาบาลได้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้วย

ผลการดำเนินงาน

นับตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ NAPHA Extension ในปี 2549 จนถึง เดือนกันยายน 2554 มีผู้ป่วยสะสมในโครงการฯ ทั้งสิ้น 6,148 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ) 4,414 ราย (ร้อยละ 71.8) และเป็นผู้ป่วยคนไทย แต่มาขอรับบริการ ภายใต้โครงการฯ ด้วยเหตุผลความจำเป็นต่างๆ จำนวน 1,734 ราย (ร้อยละ 28.2)

เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ เมื่อแรกเริ่มของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เป็นเพศชาย 2,031 ราย (ร้อยละ 46.01) และเพศหญิง 2,383 ราย (ร้อยละ 53.99) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-44 ปี จำนวน 3,803 ราย (ร้อยละ 86.16) มีผู้ป่วยที่ได้ตรวจ

ระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 จำนวน 3,426 ราย (ร้อยละ 77.62) ผลการตรวจพบว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 เซล/มม³ จำนวน 2,287 ราย (ร้อยละ 51.81) และค่าเฉลี่ยผลการตรวจเท่ากับ 197.10 ± 222.40 เซล/มม³

ส่วนผู้ป่วยคนไทย เป็นเพศชาย 1,086 ราย ร้อยละ 62.63 และเพศหญิง 648 ราย (ร้อยละ 37.37) ส่วนให้-มีอายุอยู่ระหว่าง 15-44 ปี จำนวน 1,394 ราย (ร้อยละ 80.39) มีผู้ป่วยที่ได้ตรวจระดับ เม็ดเลือดขาว

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโครงการ NAPHA Extension ตามปัจจัยต่าง ๆ เมื่อแรกรับ จำแนกระหว่างผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ กับ ผู้ป่วยคนไทย ต.ค. 2549 - ก.ย. 2554

ปัจจัย	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (4,414 ราย)	ผู้ป่วยคนไทย (1,734 ราย)
เพศ - ชาย	2,031 (46.01 %)	1,086 (62.63 %)
- หญิง	2,383 (53.99 %)	648 (37.37 %)
กลุ่มอายุ		
0 - 4 ปี	40 (0.91 %)	4 (0.23 %)
5 - 14 ปี	136 (3.08 %)	46 (2.65 %)
15 - 44 ปี	3,803 (86.16 %)	1,394 (80.39 %)
≥ 45 ปี	435 (9.86 %)	290 (16.72 %)
ระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 (เซล/มม ³)		
≤ 50	1,015 (23.00 %)	269 (15.51 %)
51 - 100	481 (10.90 %)	122 (7.04 %)
101 - 200	791 (17.92 %)	264 (15.22 %)
201 - 350	520 (11.78 %)	313 (18.05 %)
351 - 500	296 (6.71 %)	230 (13.26 %)
> 501	323 (7.32 %)	246 (14.19 %)
ไม่ทราบ/ไม่ได้ตรวจ	988 (22.38 %)	290 (16.72 %)
ค่าเฉลี่ย (Mean ± SD)	197.10±222.40	285.76±251.67
ประวัติการเคยได้รับการรักษา		
- ไม่เคย	3019 (68.40 %)	534 (30.80 %)
- เคยรับยาต้านไวรัส		
- เพื่อการรักษา	463 (10.49 %)	714 (41.18 %)
- เพื่อการป้องกันจากแม่สู่ลูก	121 (2.74 %)	16 (0.92 %)
- อื่น ๆ	811 (18.37 %)	470 (27.10 %)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัด ในการเข้าถึงสิทธิของระบบประกันสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายเป็นคนต่างด้าวที่มีหลักฐานการเข้าเมือง 1,279 ราย (ร้อยละ 28.98) เป็นคนต่างด้าวที่ไม่มี

ซีดี 4 จำนวน 1,444 ราย (ร้อยละ 83.27) ผลการตรวจ พบว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 ต่ำกว่า หรือ เท่ากับ 200 เซล/มม³ จำนวน 655 ราย (ร้อยละ 37.77) ค่าเฉลี่ยผลการตรวจเท่ากับ 285.76 ± 251.67 เซล/มม³

ในด้านประวัติการรักษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม เป้าหมาย ไม่เคยรับยาต้านไวรัสมาก่อน 3,019 ราย (ร้อยละ 68.4) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยคนไทย ไม่เคยรับยา ต้านไวรัสมาก่อน 534 ราย (ร้อยละ 30.80)

หลักฐานการเข้าเมือง 1,262 ราย (ร้อยละ 28.59) เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีหลักประกันสุขภาพ 864 ราย (ร้อยละ 19.57) เป็นคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ไม่มี สิทธิหรือการพิสูจน์สิทธิ 857 ราย (ร้อยละ 19.42)

ผู้เสียชีวิต 45 ราย (ร้อยละ 1.02) และอื่นๆ 107 ราย ร้อยละ 2.42

ผู้ป่วยเหล่านี้มีรายงานว่า มาจากประเทศพม่า จำนวน 2,310 ราย (ร้อยละ 52.33) เป็นคนไทยที่รอการพิสูจน์สัญชาติ 845 ราย (ร้อยละ 19.14) ลาว 414 ราย (ร้อยละ 9.38) กัมพูชา 303 ราย (ร้อยละ 6.86) ประเทศอื่นๆ 62 ราย (ร้อยละ 1.40) และเป็นผู้ที่ไม่ทราบ หรือไม่สามารถระบุสัญชาติได้ 480 ราย (ร้อยละ 10.87)

ส่วนผู้ป่วยคนไทย มีข้อมูลว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 827 ราย (ร้อยละ 47.69) ระบบประกันสังคม จำนวน 593 ราย (ร้อยละ 34.20) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวน 218 ราย (ร้อยละ 12.57) และอื่นๆ 96 ราย (ร้อยละ 5.54)

จากจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดในโครงการฯ มีผู้ป่วยที่ยังคงรับยาอยู่ในเดือนกันยายน 2554 จำนวน 3,051 ราย ร้อยละ 49.6 ของผู้ป่วยสะสม ในจำนวนนี้ ตารางที่ 2 สาเหตุที่ผู้ป่วยในโครงการ NAPHA Extension ออกจากโครงการฯ จำแนกตามผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กับผู้ป่วยคนไทย

ตค 2549 - กย 2554

สาเหตุที่ออกจากโครงการฯ	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (1,658 ราย)	ผู้ป่วยคนไทย (1,524 ราย)
- ไม่มารับการติดตามการรักษาตามนัด	680 (41.0 %)	130 (8.5 %)
- ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น	612 (36.9 %)	1,228 (80.5 %)
- หยุดการรักษา	133 (8.0 %)	114 (7.5 %)
* รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	29 ราย	7 ราย
* ขอดอนตัวเอง	21 ราย	61 ราย
* มีอาการข้างเคียง	13 ราย	2 ราย
* การรักษาล้มเหลว	2 ราย	2 ราย
* อื่น ๆ	68 ราย	42 ราย
- เสียชีวิต	233 (14.1 %)	52 (3.4 %)
* สาเหตุจากเอดส์	192 ราย	45 ราย
* สาเหตุไม่เกี่ยวกับเอดส์	41 ราย	7 ราย

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาใหม่ เป็นรายไตรมาส ตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่รับยาต่อเนื่อง มาก่อน และรับไว้เป็นผู้ป่วยในโครงการฯ 134 ราย

เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 2,834 ราย (ร้อยละ 64.2) ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสะสม และมีผู้ป่วยที่ออกจากโครงการฯ 1,658 ราย (ร้อยละ 37.6) ในจำนวนผู้ป่วยที่เคยออกจากโครงการฯ ไป มี 78 ราย ที่กลับมาเข้าโครงการฯ ใหม่ สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยออกจากโครงการฯ ที่พบมากที่สุดและได้รายงานไว้ ได้แก่ ไม่มารับการติดตามการรักษาตามนัด 680 ราย (ร้อยละ 41.0 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ออกจากโครงการฯ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยคนไทย มีผู้ป่วยที่ยังรับยา อยู่ในเดือนกันยายน 2554 จำนวน 217 ราย (ร้อยละ 12.5 ของผู้ป่วยคนไทยสะสม) และมีผู้ป่วยที่ออกจากโครงการฯ ด้วยสาเหตุต่างๆ จำนวน 1,524 ราย (ร้อยละ 87.9) ในจำนวน ผู้ป่วยที่เคยออกจากโครงการฯ ไป มี 7 ราย ที่ได้กลับ มาเข้ารับการรักษาในโครงการฯ ใหม่ สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยออกจากโครงการฯ ที่ได้รายงานไว้มากที่สุด ได้แก่ ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น 1,228 ราย (ร้อยละ 80.5 ของกลุ่มผู้ป่วยคนไทยที่ออกจากโครงการฯ) (ตารางที่ 2)

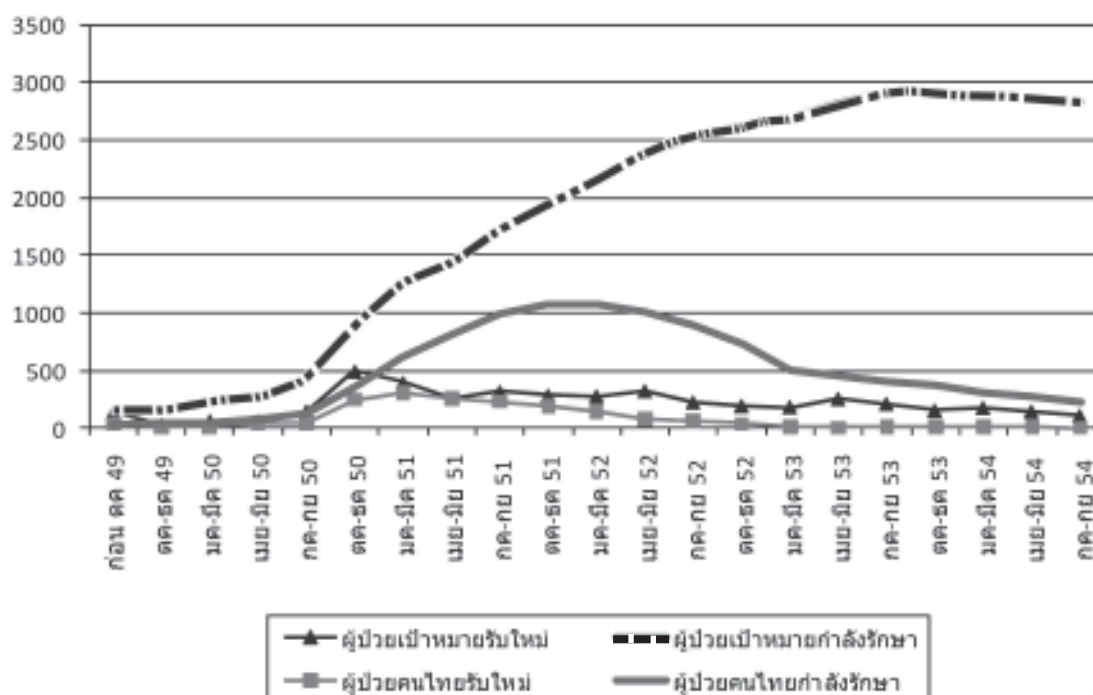
ในไตรมาสถัดไประหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2549 มีผู้ป่วยรายใหม่ 25 ราย ต่อจากนั้น จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นตามลำดับในไตรมาสต่อๆ มา จนมีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายรับใหม่สูงสุดในไตรมาสระหว่างเดือน ตุลาคม-

ธันวาคม 2550 จำนวน 495 ราย แล้วค่อยๆ ลดลง (รูปที่ 1)

ในขณะเดียวกัน แต่ละไตรมาสก็มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายออกจากโครงการฯ ด้วยสาเหตุต่างๆ ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในแต่ละไตรมาส (ณ เวลาลิ้นสุดไตรมาส) พบว่า ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษามีจำนวนสูงสุดในไตรมาสระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2553 เท่ากับ 2,923 ราย หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในไตรมาสต่อๆ มา จึงค่อยมีแนวโน้มลดลง

ส่วนผู้ป่วยคนไทย พบว่า เมื่อเริ่มต้น โครงการฯ ในเดือนตุลาคม 2549 มีผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องมาก่อน 33 ราย หลังจากนั้น ผู้ป่วยคนไทย รับใหม่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนมีมากที่สุด ในไตรมาสระหว่าง เดือน มกราคม-มีนาคม 2551 เท่ากับ 309 ราย จากนั้นจึงลดลง เมื่อวิเคราะห์ผู้ป่วยคนไทยที่กำลังได้รับการรักษาในแต่ละไตรมาส พบจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในไตรมาสระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2552 เท่ากับ 1,068 ราย หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลง จนกระทั่งในไตรมาสระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2554 มีผู้ป่วยคนไทยในโครงการฯ 217 ราย

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับเข้าโครงการ และจำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในแต่ละไตรมาส โครงการ NAPHA Extension จำแนกตามผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และผู้ป่วยคนไทย ตค 2549 - กย 2554



วิจารณ์

การดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension นี้ ถือได้ว่าเป็นความริเริ่มของประเทศไทยที่สอดคล้องและตอบสนองต่อมติของสมัชชาอนามัยโลก⁽¹²⁾ ในประเด็นสุขภาพของผู้ย้ายถิ่น (Health of migrants) จากการประชุมครั้งที่ 61 เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2551

ซึ่งได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนให้ประชากรที่เป็นผู้อพยพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ในการดำเนินงานของประเทศไทยตามโครงการฯ นี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในส่วน

ของค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานบางส่วนจากกองทุนโลกฯ โดยบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานในการจัดบริการหน่วยงานในประเทศไทยเป็นผู้สนับสนุน

ผลการดำเนินงาน ตลอดระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 ถึงกันยายน 2554 ได้แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในโครงการฯ สามารถจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มีที่มาหลากหลายได้ดี และถือได้ว่าการดำเนินงานของโครงการฯ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นสำคัญ-ซึ่งสมควรได้รับการพิจารณาเพื่อสรุปบทเรียน และมีประเด็นความท้าทายที่ควรได้รับการพิจารณาปรับปรุงให้การดำเนินงานด้านต่างๆ ของโครงการฯ มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. การดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension ได้ให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายซึ่งส่วนใหญ่-ไม่ใช่คนไทย และมาจากหลายชาติ ผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในสถานะที่เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ แม้จะมีผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนและได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพ แต่ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติดังกล่าวในปัจจุบัน ก็ไม่ได้ครอบคลุมบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์แต่อย่างใด จากลักษณะดังกล่าวจึงถือได้ว่า โครงการฯ นี้ได้จัดบริการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เข้าไม่ถึงบริการยาต้านไวรัส หากขาดซึ่งบริการเหล่านี้ ผู้ป่วยอาจต้องเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ จะครบกำหนดสิ้นสุด ในปี 2557 และโอกาสที่ประเทศไทยจะได้รับทุนสนับสนุนต่อเนื่อง น่าจะลดลงเพราะข้อจำกัดด้านงบประมาณของกองทุนโลกฯ และฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพิจารณาหาแนวทางที่ชัดเจน และยั่งยืนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายยังคงเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าว ควรครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องให้ครบถ้วน เช่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ การตรวจและรักษาโรคติดเชื้อและโรคฉวยโอกาสต่างๆ เป็นต้น

2. ในการจัดบริการของโครงการฯ พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบริการมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนด โดยพบว่า จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2,000 ราย แต่มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายรับบริการสะสมถึง 4,414 ราย และมีผู้ป่วยที่กำลังรับบริการในเดือนกันยายน 2554 จำนวน 2,834 ราย การที่มีผู้ป่วยมากกว่าเป้าหมาย ทำให้ต้องมีการปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการ โดยในระยะแรกของการดำเนินงานสามารถนำทรัพยากร ส่วนที่คงค้างจากโครงการ NAPHA มาใช้ได้ แต่ในระยะยาวจะมีข้อจำกัดอย่างมาก และจะส่งผลให้เกิดปัญหาในการรับผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งจะเป็นปี-หาที่รุนแรง

มีข้อสังเกตว่า การที่จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายรายใหม่มีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงไตรมาสละ 100-200 ราย ในช่วงปี 2554 นั้น โดยข้อเท็จจริงแล้วมีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ต้องการเข้ารับบริการมากกว่านี้ แต่หน่วยบริการไม่สามารถรับผู้ป่วยรายใหม่ที่มีมากเข้าสู่โครงการฯ ได้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องยาต้านไวรัสที่ไม่เพียงพอ ปี-หานี้ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการฯ อยู่แล้ว กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าโครงการฯ ได้

แนวทางการแก้ไขได้แก่ การคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แล้วนำไปกำหนดเป็นเป้าหมายบริการในโครงการฯ ในระยะต่อไป และจัดทำเป็นแผนงานซึ่งจะช่วยทำให้ได้งบประมาณ และทรัพยากรที่เพียงพอต่อการจัดบริการ

3. ผลจากการดำเนินงานพบว่า มีผู้ป่วยคนไทยที่ขอเข้ารับบริการจากโครงการฯ เป็นจำนวนมาก ในประเด็นนี้ พบว่าโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการขอรับบริการโดยกลุ่มผู้ป่วยคนไทยได้ สาเหตุของการขอรับบริการส่วนใหญ่-เป็นเพราะผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในช่วงระยะของการเปลี่ยนแปลงสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล หรือประสบปี-หาในการเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพของตน เช่น เป็นผู้ต้องขัง

ในเรือนจำซึ่งยังไม่มีบริการยาด้านไวรัส ส่วนสาเหตุที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่งคือการเกรงว่าการเข้ารับบริการยาด้านไวรัสตามสิทธิปกติอาจจะเกิดการสูญเสียความลับ

ในประเด็นผู้ป่วยคนไทยในโครงการฯ นี้ หน่วยงานบริหารโครงการฯ ได้ทำความเข้าใจกับโรงพยาบาล ให้สื่อสารกับผู้ป่วยคนไทย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อวัตถุประสงค์ของโครงการฯ รวมทั้งขอความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยคนไทยไปรับบริการตามสิทธิของตนเอง ซึ่งผลการขอความร่วมมือก็ประสบความสำเร็จ โดยจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยคนไทยลดลงจากที่เคยสูงถึงมากกว่า 1,000 ราย ในปี 2552 เหลือเพียง 217 ราย ในไตรมาสระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2554

4. การออกจากโครงการฯ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าในระยะเวลา 5 ปีที่วิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายออกจากโครงการฯ 1,658 ราย (ร้อยละ 37.6 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสะสม) แม้ว่าหน่วยบริการจะได้ให้ข้อมูล และจัดบริการปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการรับประทายยาต่อเนื่องแล้วก็ตาม การออกจากโครงการฯ ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีความสำคัญ-เพราะไม่มีข้อมูลว่า ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่ใดหรือไม่ และจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยามากน้อยเท่าใด

การออกจากโครงการฯ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายแตกต่างจากผู้ป่วยคนไทย ซึ่งส่วนใหญ่ออกจากโครงการฯ โดยการส่งต่อ (ร้อยละ 80.5 ของผู้ป่วยคนไทยที่ออกจากโครงการฯ) และคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยคนไทยที่ออกจากโครงการฯ สามารถเข้ารับบริการยาด้านไวรัสจากโรงพยาบาลต่างๆ ตามสิทธิของตนเองได้

ดังนั้น แนวทางหนึ่งในการพัฒนาโครงการฯ ในระยะต่อไป จึงได้แก่ การศึกษาหาวิธีการที่เหมาะสมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรพัฒนาช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำและข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สามารถรับบริการยาด้านไวรัสได้อย่างถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริหารโครงการฯ ทุกระดับ และในหน่วยบริการทุกแห่งที่ได้จัดบริการยาด้านไวรัสและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ จนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับบริการที่จำเป็นและทำให้กลับมามีสุขภาพดี นอกจากนี้ขอขอบคุณ นายสมสกุล วงษ์เสริมศรี เจ้าหน้าที่โปรแกรมเมอร์ โครงการ NAPHA Extension ที่ได้ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลบางส่วนที่ได้นำมาใช้ประกอบการจัดทำรายงานผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2005). The Asian Epidemic Model (AEM). Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025. Family Health International (FHI) and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. 2008 ISBN: 978-974-314-141-1
2. Thanprasertsuk S, Lertpiriyasuwat C, Chasombat S. Developing a National Antiretroviral Programme for People with HIV/AIDS: The Experience of Thailand. In AIDS in Asia: the challenge ahead. Editor, Jai P Narain, New Delhi. SAGE Publications India Pvt. 2004: 312-322.
3. Chasombat S, Lertpiriyasuwat C, Thanprasertsuk S, Suebsaeng L, Lo Y R. The National Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2006 Jul; 37(4): 704-15
4. เพชรศรี ศิริรินทร์ พัชา เบ-จรัตน์ภรณ์ อรทัย หรุเจริญ-พาณิชย์ และ พรทิพย์ เข้มเงิน. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิ-ว่าด้วย

- พันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย, มกราคม 2551 - ธันวาคม 2552. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์. 2553 ISBN 978-974-297-922-5
5. Sciortino, R., and Punpuing, S. International Migration in Thailand 2009. Bangkok: International Organization for Migration; International Labour Organization; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; United Nations Development Programme; United Nations Development Fund for Women; United Nations Population Fund; United Nations High Commissioner for Refugees; World Health Organization; United Nations Children's Fund; World Bank; United Nations Country Team in Thailand, 2009.
 6. UNHCR Thailand. <http://www.unhcr.or.th/th/node/3>. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2554
 7. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ประเทศไทย รอบที่ 26 (มิถุนายน 2551). http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110407_34092086.pdf สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2554
 8. โครงการ GF รอบที่ 1 และ RCC <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/THA-102-G01-H-00> สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2554
 9. หนังสือ กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ สธ 0424.4/7/GF 2195 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2549 เรื่อง ขออนุมัติโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ปีที่ 3 (1 ตุลาคม 2548 - 30 กันยายน 2549) และแผนดำเนินงานโครงการ
 10. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงาน การให้บริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก ด้านการดูแลรักษา ปีที่ 6 ระยะ RCC. 2552
 11. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน NAPHA EXTENSION Software. 2552
 12. Sixty-First World Health Assembly. Health of migrants. WHA61.17, Agenda item 11.9, 24 May 2008.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลกระทบจากอุทกภัยที่มีต่อพนักงานบริการหญิงและบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Flooding Impact on Female Sex Workers and HIV and STI Prevention Services

ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พ.บ., ส.ม.

Cheewanan Lertpiriyasuwat M.D., M.P.H.

ยุพิน ชินสงวนเกียรติ สส.บ.

Yupin Chinsa-nguankiet B.S.W.

วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ พย.บ., วท.ม

Wipada Maharatanaviroj B.N.S, M.Sc.

(ระบาดวิทยา)

(Epidemiology)

ฉวีวรรณ คล้ายนาค วท.บ.(จิตวิทยาสังคม),

Chaweewan Klainak B.Sc. (Social Psychology),

ส.บ., กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา)

B.P.H., M.Ed.(Educational Psychology)

อัมพร ศรีสำรวล ศษ.บ.(สุขศึกษา),

Amporn Srisamruat B.Ed. (Health Education),

กศ.ม.(สุขศึกษา)

M.Ed.(Health Education)

ศิริพร ไผ่สุข วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)

Siriphon Faisook B.Sc.(Public Health)

จุฬามาศ มากกุ-ชร วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)

Juthamat Makkunchorn B.Sc.(Public Health)

พิชพันธ์ พงษ์สกุล วท.บ. (เทคโนโลยีชีวภาพ)

Pichpun Pongsakul B.Sc. (Biotechnology)

วท.ม.(เทคโนโลยีชีวภาพ)

M.Sc. (Biotechnology)

สุวนีย์ ไหมสุวรรณ พย.บ.

Suwanee Maisuwan B.N.S.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bureau of AIDS, TB and STIs

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้ประสบปัญหาอุทกภัยในพื้นที่หลายจังหวัดระหว่างเดือนกันยายน 2554 ถึงเดือนธันวาคม 2554 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ศึกษาผลกระทบจากอุทกภัยที่มีต่อพนักงานบริการหญิงและบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อใช้ข้อมูลจากการศึกษาประกอบการพัฒนาแนวทางจัดบริการป้องกันโรคที่ครอบคลุมสำหรับสถานการณ์อุทกภัยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในพื้นที่ 5 จังหวัดที่ประสบอุทกภัย ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี และ กรุงเทพมหานคร โดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มพนักงานบริการหญิง และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้บริการด้านการจัดการบริการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ และกลุ่มผู้แทนจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับกลุ่มพนักงานบริการ 1 คนต่อจังหวัด กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเลือกอย่างเจาะจง และเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนธันวาคม 2554-เดือนมกราคม 2555 ซึ่งเป็นช่วงหลังจากที่ระดับน้ำท่วมลดลงแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป และข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า มีพนักงานบริการหญิงเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 39 คน มีผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ให้บริการจากหน่วยบริการสาธารณสุข 11 คน และผู้แทนจากองค์กรเอกชน 6 คน ผลจากอุทกภัยทำให้สถานบริการหลายแห่งต้องปิดบริการ บางแห่งที่ยังคงเปิดให้บริการได้ส่วนใน-มีจำนวนลูกค้าลดลง เนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก ในขณะที่สถานบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงที่น้ำไม่ท่วม มีจำนวนลูกค้ามารับบริการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าพนักงานบริการบางคนย้ายกลับต่างจังหวัด

บางคนย้ายสถานที่บริการ บางคนเปลี่ยนไปทำงานเป็นพนักงานบริการอิสระ พนักงานบริการส่วนใหญ่ - ตอบว่ามีถุงยางอนามัยใช้ และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง องค์กรเอกชนบางแห่งไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ และมีหน่วยบริการสาธารณสุขหนึ่งแห่งที่คลังถุงยางอนามัยได้รับความเสียหาย การให้บริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงมีบริการในทุกจังหวัด แต่จำนวนผู้มารับบริการลดลง มีหนึ่งพื้นที่มีรายงานว่ามีการติดเชื้อมองในเพิ่มขึ้นหลังน้ำท่วม ในภาวะอุทกภัยยังมีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนถุงยางอนามัยให้แก่พนักงานบริการอย่างเพียงพอ ในสถานบริการทุกแห่งที่ยังเปิดให้บริการ ทั้งในพื้นที่ที่น้ำท่วม และพื้นที่ที่น้ำไม่ท่วม และทำให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถหาและเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่าย นอกจากนี้การจัดบริการคลินิกตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เคลื่อนที่ หรือการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นในพื้นที่ที่การคมนาคมไม่สะดวก

Abstract

Thailand faced with serious flood in many provinces during September 2011–December 2011. Bureau of AIDS, TB and STIs conducted a study to assess impact from flood among female sex workers (FSWs) and HIV and STI prevention services in order to use the results for developing a guideline to prepare comprehensive prevention services for the floods that may happen again in the future. Design of the study was cross sectional. Data were collected in 5 flooded-provinces, namely Nakorn Sawan, Lopburi, Ayutthaya, Nonthaburi and Bangkok, during December 2011–January 2012 which was around a month after flood. In order to gather qualitative data, focus group discussion was conducted among FSWs, and in-depth interview was applied among STI service providers and HIV counselors and NGO representatives. Samples were selected purposively. Data were analyzed using a content analysis method. Thirty-nine FSWs attended focus group discussions. Eleven health providers and 6 NGO representatives were interviewed. Impact from flood included closing of several sex establishments. Most of those continued open sex establishments report to have declined number of clients due to inconvenient travelling. However, sex establishments located in non-flood area reported increasing number of clients. It is noted that, during flood period, some SWs moved to other provinces or new establishments and some direct SWs transformed to work as freelance. Most of SWs answered that they had sufficient condoms and used condoms regularly. Some NGOs couldn't run their activities. One condom inventory of public health service was damaged. STI clinics were still capable to provide service in all provinces but number of clients was remarkably reduced. There was a report of increased gonorrhea incidence after flood in one province.

In flooding situation, there is still a need to support condoms for SW in all sex establishments which can carry on their service, both in areas with and without flood. To effectively enhance HIV and STI prevention, condom should be made widely available and accessible to the public. In addition, mobile STI clinic service or referral system of patient may be necessary in areas with inconvenient transportation.

ประเด็นสำคัญ-

ผลกระทบจากอุทกภัย พนักงานบริการหญิง

การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Keywords

Flooding impact, Female sex workers,

HIV and STI prevention

บทนำ

ระหว่างเดือนกันยายน 2554 ถึงเดือนธันวาคม 2554 ประเทศไทยได้ประสบปัญหาอุทกภัยในพื้นที่หลายจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคกลางได้รับผลกระทบรุนแรง เนื่องจากน้ำท่วมสูง และมีระยะเวลานานกว่า 2 เดือน ประชาชนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนในบางพื้นที่ต้องหยุดชะงักเนื่องจากบางพื้นที่การคมนาคมถูกตัดขาด รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขบางแห่งไม่สามารถให้บริการได้ บางแห่งต้องย้ายจุดให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถมารับบริการได้สะดวก ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษา รักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดอุปกรณ์ในการป้องกันสุขภาพ ดังตัวอย่างในบางประเทศที่เคยประสบปัญหาอุทกภัย ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลที่ทำการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้รับความเสียหาย ประวัติการรักษาผู้ป่วยเป็ยกันน้ำ จึงไม่สามารถติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาได้⁽¹⁾ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการสุขภาพในการติดตามและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์อุทกภัย⁽²⁾ และได้ดำเนินการประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการให้บริการหรือจัดส่งยาต้านไวรัสเอชไอวีให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ สำหรับเรื่องการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น สอวพ. ได้มีการสนับสนุนลงนามมัยให้แก่หน่วยงานและศูนย์พักพิงที่ขอรับการสนับสนุน แต่ประเทศไทยยังขาดข้อมูลที่เพียงพอของปัญหาและผลกระทบจากอุทกภัยที่มีต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วงภาวะน้ำท่วม จึงทำให้ไม่สามารถวางแผนการทำงาน การสนับสนุนทรัพยากรหรือกำหนดแนวทางการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคที่ชัดเจนได้

ถึงแม้ที่ผ่านมาจะมีหน่วยงานระหว่างประเทศและองค์กรเอกชนได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้านโรคเอดส์ในภาวะฉุกเฉิน⁽⁴⁾ ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาจากประสบการณ์และกรณีศึกษาในประเทศต่างๆ ประเทศไทยซึ่งมีภูมิประเทศ บริบทสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ อาจจะไม่สามารถนำข้อเสนอแนะในแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้ทั้งหมด ในการนี้ สอวพ. จึงได้ทำการศึกษาผลกระทบจากอุทกภัยที่มีต่อพนักงานบริการหิ และบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นการศึกษาผลกระทบต่อนักงานบริการในด้านการทำงานบริการและการดูแลสุขภาพในช่วงน้ำท่วม และผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรเอกชนในพื้นที่ที่ประสบปัญหาอุทกภัย ซึ่งอาจมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนามาตรการ/แนวทางในการจัดบริการป้องกันและดูแลรักษาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ครอบคลุม และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และแนวทางในการให้ความช่วยเหลือกลุ่มพนักงานบริการในภาวะอุทกภัยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ในกลุ่มเป้าหมายสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหิ กลุ่มผู้ให้บริการด้านการจัดบริการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ และกลุ่มผู้แทนจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่กับกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานอยู่ใน 5 จังหวัดที่ประสบอุทกภัย โดยมีการคัดเลือกพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีน้ำท่วมหรืออยู่ใกล้กับพื้นที่ที่มีน้ำท่วม และมีคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตั้งอยู่ได้แก่ อำเภอมืองจังหวัดนครสวรรค์ อำเภอมือง จังหวัดลพบุรี อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อำเภอมือง

จังหวัดนนทบุรี และ เขตมีนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้มีการเก็บข้อมูล พนักงานบริการอิสระที่ทำงานบริเวณสนามหลวง พนักงานบริการที่เป็นเครือข่ายของมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) ซึ่งมีที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดใกล้เคียงที่ประสบอุทกภัย เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมร่วมด้วย

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้คัดเลือกและประสานกลุ่มตัวอย่างให้วิธีการเก็บข้อมูลใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มพนักงานบริการ จังหวัดละประมาณ 6-8 คน โดยใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้างในการสนทนา ซึ่งประเด็นคำถามเกี่ยวกับ ผลกระทบต่อที่อยู่อาศัย การทำงานบริการ สุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้บริการด้านการจัดบริการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ 2 คนต่อจังหวัด และกลุ่มผู้แทนจากองค์กรพัฒนาเอกชน 1 คนต่อจังหวัด โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งประเด็นคำถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของหน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรเอกชน

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่าง 14 ธันวาคม 2554 ถึง 30 มกราคม 2555 โดยจะทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ หลังจากทีระดับน้ำท่วมลดแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะถูกนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่

1) กลุ่มพนักงานบริการหญิง มีพนักงานบริการเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 39 คน มีอายุเฉลี่ย 39.2 ปี (SD 10.9) อายุอยู่ระหว่าง 19 ปี-60 ปี ทำงานที่คาราโอเกะ 12 คน ร้านนวดแผนโบราณ/อาบอบนวด 8 คน ผับ/บาร์ 6 คน ร้านนวด และคาราโอเกะ 3 คน โรงแรมที่มีการขายบริการทางเพศ 2 คน สำนักค้าประเวณี 1 คน และทำงานบริการอิสระที่สวนสาธารณะ 7 คน มีระยะเวลาการทำงานบริการอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 15 ปี พนักงานบริการเกือบทุกคนมีภาระที่ต้องดูแล มีเพียง 1 คนที่ดูแลตนเอง ไม่มีภาระ มี 33 คน (ร้อยละ 84.6 ของพนักงานบริการทั้งหมด) มีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู จำนวน 1-6 คน ซึ่งบุตรมีอายุอยู่ระหว่าง 3 ปี ถึง 25 ปี มีพนักงานบริการ 19 คน (ร้อยละ 48.7 ของพนักงานบริการทั้งหมด) ต้องส่งเงิน ให้พ่อแม่ และ-าติ ตั้งแต่ 4,000 - 10,000 บาท/เดือน

2) กลุ่มผู้แทนองค์กรเอกชน (องค์กรฯ) มีผู้แทนจากองค์กรฯถูกสัมภาษณ์จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้แทนจากสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) ศูนย์องค์กรร่วม เพียงหวัง กำลังใจ โรงพยาบาลหนองม่วง SWING สมาคมส่งเสริมการพัฒนาสังคมพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และมูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (EMPOWER) องค์กรฯเหล่านี้มีกิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มพนักงานบริการ (ชาย หญิง หรือ สาวประเภทสอง) มีบางองค์กรฯดูแลพนักงานบริการทั้งที่เป็นคนไทยและไม่ใช่คนไทย ได้แก่ อบรมแกนนำ เผยแพร่ความรู้ เรื่องสุขภาพ เรื่องสิทธิการใช้ถุงยางอนามัย ทักษะการสื่อสาร ให้บริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น รมรงค์ประชาสัมพันธ์ เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ส่งต่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล เสริมสร้างกำลังใจ พัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อในการกินยาต้านไวรัส ดูแลป้องกันการขาดยา ส่งเสริมสนับสนุน ให้ได้รับการศึกษา ช่วยสร้างอาชีพ

3) กลุ่มผู้ให้บริการด้านการจัดบริการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ มีผู้ให้บริการถูกสัมภาษณ์จำนวน 11 คน แบ่งเป็น นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน เจ้าพนักงาน

สาธารณสุข 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 3 คน พยาบาล 3 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล 5 คน (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลท่าม่วง โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า) คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เรนโบว์คลินิก) ของสคร. 8 จำนวน 4 คน ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร 1 คน และ สสจ.นนทบุรี 1 คน

ผลกระทบของอุทกภัยที่มีต่อพนักงานบริการและงานป้องกันควบคุมโรคในด้านต่างๆมีดังนี้

ผลกระทบที่อยู่อาศัยของพนักงานบริการ

พนักงานบริการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านมีบางส่วนอาศัยอยู่หอพักหรือโรงแรมหรือสถานบริการ มีพนักงานบริการ 32 คน (ร้อยละ 82.1 ของพนักงานบริการทั้งหมด) มีที่อยู่อาศัยถูกน้ำท่วม นาน 18-90 วัน และมี 7 คน (ร้อยละ 17.9 ของพนักงานบริการทั้งหมด) พักอาศัยที่สถานบริการซึ่งน้ำไม่ท่วม แต่บริเวณพื้นที่รอบๆ สถานบริการน้ำท่วม ในจำนวนคนเหล่านี้ มีบางคนยังอาศัยอยู่ที่เดิมแต่ย้ายขึ้นไปอยู่ที่ชั้นสูงของบ้านหรือโรงแรม ซึ่งมีบางคนออกไปไหนไม่ได้เลย ต้องรอคนเข้ามาช่วยเหลือ มีบางคนย้ายไปอาศัยอยู่โรงแรมซึ่งเจ้าของสถานบริการเป็นคนจัดการให้หรือย้ายไปอยู่เองหรือต้องเช่าบ้านอยู่ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเดือนละประมาณ 2,000 - 3,000 บาท บางคนย้ายกลับบ้านต่างอำเภอ หรือต่างจังหวัดนานประมาณ 1-2 เดือน เมื่อน้ำลดก็กลับมา และมี 2 คน ไปอาศัยอยู่ที่ศูนย์พักพิงโดย 1 คนย้ายไปอยู่พร้อมครอบครัว แต่ไปอยู่คนเดียวเพื่อรอกลับบ้านที่ต่างจังหวัด และอีก 1 คน ย้ายไปอยู่เพียง 3 วัน แต่อยู่ไม่ได้ เพราะมีคนอาศัยอยู่จำนวนมากห้องน้ำไม่สะดวก

จากการสอบถามพนักงานบริการ 2 คน ที่เคยเข้าไปอาศัยอยู่ในศูนย์พักพิง พนักงานบริการ 1 คน ให้ข้อมูลว่า ในช่วงที่พักอาศัยอยู่ศูนย์พักพิง ยังไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้บริการด้านสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่สื่่อมวลชนต่างๆเข้ามาแจกถุงยังชีพ

ไม่มีบริการถุงยางอนามัย หรือยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งน่าจะมีถุงยางอนามัย เพราะสามารถนำมาเป่าลมทำเป็นเสื้อชูชีพลอยน้ำได้แทนห่วงยาง ส่วนอีกหนึ่งราย ไม่ทราบ เนื่องจากเข้าไปอยู่เพียงวันเดียว

ผลกระทบต่อการทำงานบริการของพนักงานบริการ

ผู้แทนองค์กรฯให้ข้อมูลว่า มีสามจังหวัดที่น้ำท่วมมาก มีสถานบริการประมาณ 50 แห่งในแต่ละจังหวัด (มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนสถานบริการทั้งหมดในพื้นที่) ที่ต้องปิดบริการ และมีพนักงานบริการประมาณร้อยละ 80-90 ของจำนวนพนักงานบริการทั้งหมดในพื้นที่ได้รับผลกระทบ

สถานบริการของพนักงานบริการ ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 21 คน (ร้อยละ 53.8 ของพนักงานบริการที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหมด) ถูกน้ำท่วมนาน 20-40 วัน อีก 18 คนน้ำไม่ท่วมสถานบริการ แต่ท่วมเฉพาะพื้นที่รอบนอก ในช่วงน้ำท่วมมีพนักงานบริการจำนวน 22 คน (ร้อยละ 57.9 ของพนักงานบริการที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหมด) ที่ยังสามารถทำงานบริการได้ เนื่องจากบางสถานบริการยังเปิดบริการได้ เพราะน้ำท่วมชั้นล่าง จึงย้ายไปทำงานชั้นบน บางแห่งย้ายพนักงานบริการไปทำงานที่อื่น เช่น ไปเช่าโรงแรมอื่น ส่วนพนักงานบริการที่เหลืต้องหยุดทำงาน เนื่องจากสถานบริการปิดร้าน ที่อยู่อาศัยน้ำท่วม การเดินทางไม่สะดวก บางคนไม่มีลูกค้า เพราะส่วนใหญ่ลูกค้าเป็นชาวต่างชาติ ช่วงที่ไม่ได้ทำงาน ใช้เงินเก็บที่มีอยู่ มีบางคนต้องยืมเงินจากเจ้าของสถานบริการและจะทำงานใช้หนี้ภายหลัง มีบางคนที่มีลูกค้าประจำโอนเงินมาช่วยเหลือในช่วงที่น้ำท่วม

ผลกระทบต่อจำนวนลูกค้าพบว่า พนักงานบริการในพื้นที่สี่จังหวัดที่ยังทำงานได้ ให้ข้อมูลว่า ในช่วงน้ำท่วมจำนวนลูกค้าลดลง เช่น ก่อนน้ำท่วมมีจำนวนลูกค้าอยู่ในช่วง 2-8 รายต่อวัน ช่วงน้ำท่วมลดลงเหลือประมาณ 1 ใน 3 บางคนมีจำนวนลูกค้าลดลงร้อยละ 50 บางคนมีลูกค้าเหลือเพียง 1-2 รายต่อวัน บางคนช่วงก่อนน้ำท่วม มีประมาณ 20 คน/วัน ระหว่างน้ำท่วมลดลงเหลือ 5-6 คน/วัน บางคนไม่มี

ลูกค้าชาวต่างชาติเลย เพราะลูกค้าเดินทางลำบาก เช่น ลูกค้าบางคนต้องจอดรถมอเตอร์ไซด์ตรงจุดที่น้ำไม่ท่วม แล้วเดินลุยน้ำเข้ามาในสถานบริการ หรือต้องนั่งเรือรับจ้างมา ลูกค้าบางคนบอกว่าหนีครอบครัวมาลำบาก ไม่มีรถมา แต่พนักงานบริการต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ต้องเช่าแท็กซี่หรือจ้างเรือเข้ามาส่งที่สถานบริการ มีเพียงหนึ่งจังหวัด ที่สถานบริการของพนักงานบริการน้ำไม่ท่วม แต่บริเวณพื้นที่รอบนอกน้ำท่วม ได้ให้ข้อมูลว่าจำนวนลูกค้าในช่วงก่อนน้ำท่วมและระหว่างน้ำท่วมไม่แตกต่างกัน

ผู้แทนองค์กรฯได้ให้ข้อมูลว่า มีจังหวัดหนึ่งที่มีสถานบริการหนึ่งแห่งเป็นตึก ที่ชั้นสองเป็นห้องเช่าที่มีพนักงานบริการเช่าพักอาศัยและเป็นที่ให้บริการทางเพศ มีจำนวนลูกค้าเพิ่มขึ้นในช่วงน้ำท่วม โดยในช่วงเวลาปกติพนักงานหนึ่งคนมีลูกค้า 7-8 คนต่อวัน ค่าบริการครั้งละ 300 บาท ในช่วงน้ำท่วมมีลูกค้าเพิ่มขึ้นเป็น 18-19 คนต่อวัน ทั้งที่มีการดับไฟฟ้าและผู้อยู่อาศัยใช้เทียนไขเพื่อให้แสงสว่าง และมีอีกจังหวัดหนึ่งที่พบว่า ในพื้นที่อำเภอที่น้ำไม่ท่วม พนักงานบริการมีลูกค้าที่ย้ายจากที่อื่นมาพักอาศัยในบริเวณนี้มารับบริการจำนวนมาก

วิธีติดต่อลูกค้าในช่วงน้ำท่วมจะใช้โทรศัพท์ ลูกค้าประจำจะโทรศัพท์มาหา หรือพนักงานบริการโทรศัพท์ไปหาลูกค้า หรือลูกค้ามาหาที่สถานบริการเอง บางคนลุยน้ำเข้ามา บางคนนั่งเรือโดยสาร หรือพนักงานบริการออกไปหาลูกค้าข้างนอก โดยการโดยสารเรือรับจ้าง บางคนมีลูกค้าประจำโทรศัพท์มาถามความเป็นอยู่ และส่งข้อความห่วงใยทางโทรศัพท์มือถือ

สำหรับช่วงหลังน้ำท่วม พนักงานบริการบางจังหวัดให้ข้อมูลว่า จำนวนลูกค้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนน้ำท่วม อาจเป็นเพราะไม่ได้มาเที่ยวตอนน้ำท่วม บางจังหวัดบอกว่า จำนวนลูกค้าลดลง อาจเป็นเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมบ้าน จึงไม่มาเที่ยว บางจังหวัดบอกว่า จำนวนลูกค้าเท่าเดิม

สำหรับประเภทของลูกค้า ส่วนไท-ไม่แตกต่างกัน ระหว่างก่อนน้ำท่วม ช่วงน้ำท่วม และหลัง

น้ำท่วม ลูกค้าเป็นคนทุกกลุ่ม มีทั้งวัยทำงาน เช่น พ่อค้า ข้าราชการ ตำรวจ ครู วัยรุ่น และกลุ่มผู้สูงอายุ พนักงานบริการบางจังหวัดให้ข้อมูลว่า จำนวนลูกค้าที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงานมีจำนวนเท่าๆกันที่แตกต่างกัน คือในช่วงระหว่างน้ำท่วม มีลูกค้าเป็นพวกที่มอสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัย ผู้ให้บริการที่คลินิกบางจังหวัดให้ข้อมูลว่า ในช่วงน้ำท่วม มีวัยรุ่นมาขอรับถุงยางอนามัยจำนวนมาก อาจเป็นเพราะอยู่ในช่วงสถานศึกษาปิดเรียน

ไม่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของค่าบริการระหว่างก่อนน้ำท่วม ช่วงน้ำท่วม และหลังน้ำท่วม ในพื้นที่ทั้งห้าจังหวัด ราคาค่าบริการชั่วโมงละ 300-1,000 บาท หรือครั้งละ 100-2,000 บาท และมีรายได้ส่วนหนึ่งต้องแบ่งให้เจ้าของสถานบริการด้วย เช่น ราคาค่าบริการครั้งละ 500 บาท ต้องจ่ายให้เจ้าของ 100 บาท หรือค่าบริการ 2,000 บาท จ่ายให้เจ้าของ 400 บาท หรือต้องจ่ายให้เจ้าของครึ่งหนึ่งของราคาค่าบริการ มีพนักงานบริการจำนวน 1 คน ที่บอกว่า ในช่วงน้ำท่วมทางสถานบริการได้จัดโปรโมชั่นแจกฟรีเหล้า ลดราคาส่วนผสมเหล้า และมีหนึ่งจังหวัดที่พนักงานบริการอิสระบางคนให้ข้อมูลว่า มีการเปลี่ยนแปลงของราคาเล็กน้อย มีการลดราคาค่าบริการให้ลูกค้าบางคน

ในระหว่างน้ำท่วมจำนวนพนักงานบริการลดลงประมาณร้อยละ 25-50 เนื่องจากย้ายกลับบ้านต่างจังหวัด หรือย้ายไปอาศัยที่อื่นที่น้ำไม่ท่วม หลังน้ำท่วมก็กลับมาทำงาน หรือย้ายสถานที่ทำงาน มีบางส่วนที่เปลี่ยนไปเป็นพนักงานบริการอิสระ เนื่องจากสถานบริการน้ำท่วม มีพนักงานบริการบางคนหารายได้เสริม เช่น ขายของริมถนน พายเรือรับจ้างช่วงที่น้ำท่วม นวดแผนโบราณ บางคนไปเรียนหัตถกรรม งานฝีมือเพื่อไปทำในช่วงว่างที่อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน พนักงานบริการที่มาร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า ไม่มีพนักงานบริการที่ไม่เคยเห็นหน้าจากที่อื่นเข้ามาในพื้นที่ แต่มีข้อมูลจากผู้แทนองค์กรฯที่ให้ข้อมูลว่า มีจังหวัดหนึ่งในช่วงน้ำท่วม มีพนักงานโรงงานประมาณ 100 คน

ที่ไม่มีงานทำ เนื่องจากโรงงานน้ำท่วม ได้มาทำงานเป็นพนักงานบริการแทน และมีจังหวัดหนึ่งที่ช่วงหลังน้ำท่วม พบว่า มีพนักงานบริการรายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นคนที่ย้ายมาจากต่างจังหวัด หรือเป็นชาวต่างชาติ

การใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการ

พนักงานบริการส่วนใหญ่-ให้ข้อมูลว่า ในช่วงน้ำท่วมมีถุงยางอนามัยเพียงพอ เนื่องจากได้รับแจกถุงยางอนามัยจากคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (คลินิก) หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชนและเครือข่ายพนักงานบริการตั้งแต่ช่วงก่อนน้ำท่วม และระหว่างน้ำท่วม มีบางหน่วยงานแจกถุงยางอนามัยพร้อมกับถุงยังชีพ มีพนักงานบริการส่วนหนึ่งที่ให้ข้อมูลว่า ถุงยางอนามัยไม่เพียงพอ ถึงแม้จะได้รับแจกบ้าง บางคนซื้อถุงยางอนามัยใช้เอง ส่วนใหญ่-ของพนักงานบริการที่ยังทำงานในช่วงน้ำท่วมตอบว่า ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และมีบางคนตอบว่าใช้บางครั้ง เช่น จะไม่ใช้กับลูกค้าบางคน ที่คบกันมานาน และมั่นใจว่าลูกค้าไม่มีคู่นอนคนอื่น มีบางคนตอบว่า มีฟลัดถุงยางอนามัยแจก เนื่องจากถุงยางอนามัยมีขนาดเล็กเกินไป

ผลกระทบต่อสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของพนักงานบริการ

สำหรับเรื่องปัญหาสุขภาพ มีพนักงานบริการบางคนมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะคนที่มีอายุเกิน 45 ปี เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไมเกรน โรคหัวใจโต ลำไส้อุดตัน เลือดจาง โรคปวดหลัง โรคคอพอก ภูมิแพ้ โรคหอบหืด บางคนรับการรักษาที่สถานพยาบาล บางคนไม่เคยหาหมอ ซ้ำยากินเองตลอด บางคนไม่ไปสถานพยาบาล เพราะไม่มีบัตร และมีพนักงานบริการ 1 คนที่ต้องกินยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ ให้ข้อมูลว่า ในช่วงน้ำท่วมไม่ขาดยา เนื่องจากได้ซื้อยาเก็บไว้แล้ว

พนักงานบริการให้ข้อมูลว่า ช่วงน้ำท่วมมีความเครียดความกังวลในเรื่องการเดินทางที่ลำบากขึ้น ค่าโดยสารขึ้นราคา หอาหารลำบาก ไม่มีลูกค้า ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เงินไม่พอใช้จ่าย กังวลว่าของในบ้านจะเสียหาย เกรงใจที่ต้องไปอาศัย-าติอยู่ ในช่วงหลังน้ำท่วม

บางคนมีความกังวลเพิ่มขึ้น ในเรื่องของที่เสียหายเนื่องจากน้ำท่วม เรื่องเงิน หนี้สิน เรื่องการทำความสะอาดบ้าน บางคนมีความเครียดลดลง เนื่องจากพยายามทำใจ พูดคุยกับเพื่อนฝูงมากขึ้น

ในระหว่างน้ำท่วม ไม่มีพนักงานบริการที่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือกำลังรับประทานยาอยู่ พนักงานบริการที่มีนัดตรวจที่คลินิกก็สามารถไปตามนัดที่คลินิกได้ เนื่องจากคลินิกยังเปิดบริการตามปกติ มีเพียงพนักงาน 1 คน ที่ไม่สามารถไปตามนัดนาน 2 เดือน ถึงแม้โรงพยาบาลยังเปิดบริการตามปกติ เนื่องจากเดินทางไปไม่สะดวก และหลังน้ำลดก็ไปตรวจตามปกติแล้ว ในช่วงหลังน้ำท่วม พนักงานบริการทุกคนในจังหวัดที่มีนัดตรวจ ได้ไปตรวจที่คลินิกตามนัด ส่วนใหญ่-พนักงานบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา ยกเว้นบางสถานพยาบาลที่เก็บเงินค่ายารักษาโรค เช่น ยาเหน็บช่องคลอด

สำหรับเรื่องการถูกระทำรุนแรงทางเพศ ในช่วงน้ำท่วม มีข้อมูลว่า มีเพื่อนพนักงานบริการจังหวัดหนึ่งโดนซ้อม ถูกรุมโทรมในสวนสาธารณะ โดยพวกพี่เมาประมาณ 10 กว่าคน ในช่วงน้ำท่วมเวลาประมาณ 2 ทุ่ม ชาวบ้านที่มาพบช่วยพาส่งโรงพยาบาล ผู้แทนองค์กรให้ข้อมูลว่า เคยมีพนักงานบริการถูกลอกให้ออกไปให้บริการข้างนอกสถานบริการ แต่เมื่อไปแล้ว กลับมีคนมารออยู่หลายคน และเคยมีลูกค้า 2 คนทำร้ายร่างกายพนักงานบริการ โดยการทุบตี ตบตี การจับหัวโขกกำแพง ทางสถานบริการทำการช่วยเหลือโดยการแจ้งความดำเนินคดี และการดูแลรักษาสภาพจิตใจของพนักงาน สำหรับในช่วงปกติที่น้ำไม่ท่วม มีพนักงานบริการจังหวัดหนึ่งเคยมีเพื่อนข้างห้องถูกลูกค้าจับโขกศีรษะ และมีพนักงานบริการอีกจังหวัดหนึ่งเคยถูกเบียดค่าตัว ขณะที่ออกไปกับลูกค้าข้างนอก พนักงานบริการไม่กล้าต่อสู้ และไม่สามารถไปแจ้งความได้ เพราะอาชีพพนักงานบริการผิดกฎหมาย จึงไม่กล้าไป

ผลกระทบต่อการทำงานขององค์กรภาคเอกชน

มีเพียงสองจังหวัดที่มีน้ำท่วมสถานที่ตั้งขององค์กรฯ ทำให้บางองค์กรต้องหยุดกิจกรรมทั้งหมดชั่วคราวประมาณ 1 เดือน หลังน้ำท่วมจึงให้บริการตามปกติ โดยการไปเยี่ยมสถานบริการ บางองค์กรยังดำเนินงานได้บางส่วน เช่น มีคนโทรศัพท์เข้ามาขอรับถุงยางอนามัย ให้ความรู้เรื่องการป้องกัน

สำหรับองค์กรฯที่น้ำไม่ท่วม สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น มีการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการให้ความรู้ แจกถุงยางอนามัย และบางองค์กรฯได้มีการจัดกิจกรรมที่เป็นการช่วยเหลือพนักงานบริการที่ประสบภัยจากสภาวะน้ำท่วม เช่น SWING ได้ตั้งเป็นศูนย์พักพิงให้กับพนักงานบริการ มีการทำอาหารเลี้ยงทั้งในช่วงเช้า กลางวัน และเย็น โดยมีพนักงานบริการเข้ามารับประทานอาหารประมาณ 30 คน ในระหว่างทานอาหาร ได้มีการให้ความรู้ คำปรึกษา ร่วมด้วย มีการเข้าบ้านให้พนักงานบริการที่ประสบปัญหา ในเรื่องที่อยู่อาศัย มีการจัดทำถุงยังชีพไปร่วมช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย และ EMPOWER ได้มีการแจกถุงยังชีพให้พนักงานบริการ

สำหรับคลังเก็บถุงยางอนามัยและสื่อให้ความรู้ รวมถึงการสนับสนุนถุงยางอนามัยให้แก่พนักงานบริการนั้น ไม่มีผลกระทบจากน้ำท่วม เนื่องจากบางองค์กรฯได้นำถุงยางอนามัยไปให้สถานบริการเป็นจำนวนมากในช่วงก่อนที่น้ำจะท่วม ซึ่งคาดว่าเพียงพอในการใช้ บางองค์กรฯมีการเตรียมพร้อม โดยชนถุงยางอนามัยและสื่อขึ้นไปเก็บไว้บริเวณชั้น 2 ก่อนเกิดเหตุการณ์น้ำท่วม บางองค์กรฯได้มีการแจกถุงยางอนามัย โดยใส่ลงไปพร้อมกับถุงยังชีพ

ผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ทั้ง 5 จังหวัดมีบริการคลินิกฯ ซึ่งสามารถเปิดให้บริการได้ในช่วงน้ำท่วม ในจำนวนนี้มีหนึ่งจังหวัดที่มีหนึ่งคลินิกต้องปิดบริการ แต่ยังมีอีกหนึ่งคลินิกในจังหวัดนั้นที่ยังเปิดบริการได้ มีบางจังหวัดที่บริเวณรอบๆโรงพยาบาลน้ำท่วม แต่คลินิกในโรงพยาบาลน้ำไม่ท่วม มีจังหวัดหนึ่งที่คลินิกต้อง ปิดบริการไปนาน

4 วัน เพราะเจ้าหน้าที่คลินิกฯหยุดงานไปดูแลบ้านช่วงน้ำท่วม มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมจำนวน 15 คน ในจำนวนนี้มี 6 คน ที่มีที่อยู่อาศัยน้ำท่วม จึงต้องย้ายมาพักอาศัยที่คลินิกฯ การเดินทางมาที่คลินิกฯไม่สะดวก บางคนต้องใช้เส้นทางเดินทางที่อ้อมกว่าเดิม บางคนต้องโดยสารรถตู้ หรือเรือ หรือบางคนพายเรือมาทำงาน หรือขึ้นรถรับส่งของทหารมาทำงาน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะมาถึงที่ทำงาน มี 1 คนย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด มี 1 คน ต้องหยุดทำงานไป 4 วัน เพื่อดูแลบ้าน

ไม่มีความเสียหายต่อวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ยาของคลินิกฯในช่วงน้ำท่วม เนื่องจากส่วนใหญ่-คลินิกฯน้ำไม่ท่วม สำหรับโรงพยาบาลที่น้ำท่วม ก็สามารถขนย้ายของขึ้นที่สูงได้ทัน ไม่มีป-หาขาดยา เนื่องจากบางจังหวัดได้จ่ายยาต้านไวรัสให้กับคนใช้ล่วงหน้าเป็นเดือน บางจังหวัดมีการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อนำยาไปให้คนไข้ด้วย บางจังหวัดมีการเบิกยาไว้ล่วงหน้าสำหรับคลังถุงยางอนามัยส่วนใหญ่-ไม่ได้รับความเสียหาย ยกเว้นคลังถุงยางอนามัยเพียงหนึ่งแห่งที่ถูkn้ำท่วมบางส่วน เพราะขนย้ายไม่ทัน และถุงยางอนามัยมีเพียงพอให้บริการในทุกจังหวัด

การมารับบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชนทั่วไปและพนักงานบริการที่คลินิกฯในช่วงน้ำท่วม มีป-หาอุปสรรค ทำให้จำนวนผู้มารับบริการลดลง เนื่องจากการเดินทางมารับบริการไม่สะดวก ค่าเรือราคาแพงขึ้น เช่น บริเวณรอบๆคลินิกฯน้ำไม่ท่วม จึงมีแม่ค้านำของมาวางขายขวางช่องทางการจราจร ทำให้เหลือช่องจราจรเพียงช่องเดียวเท่านั้น เช่น บางคลินิกฯระหว่างน้ำท่วมไม่มีประชาชนมาตรวจคลินิกฯแห่งหนึ่งก่อนและหลังน้ำท่วมมีพนักงานบริการมารับบริการ 30 -40 คน/สัปดาห์ ระหว่างน้ำท่วมลดเหลือ 10 คน/ สัปดาห์ และเจ้าหน้าที่ของคลินิกฯแห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหนองในเพิ่มจำนวนมากขึ้นในช่วงหลังน้ำท่วม โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน

ในช่วงน้ำท่วมมี 2 คลินิกฯ ที่ให้ข้อมูลว่า

มีคนมาขอรับถุงยางอนามัยที่คลินิกจำนวนมากวกวาก่อนน้ำท่วม เช่น คลินิกแห่งหนึ่ง ในช่วงน้ำท่วมมีคนมาขอรับถุงยางอนามัยจำนวนมากกวากปกติ 3-4 เท่า ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น นักเรียน และมีพนักงานบริการบางระหว่างน้ำท่วม ได้แจกถุงยางอนามัยประมาณ 100 ชิ้น/วัน หลังน้ำท่วม 50-60 ชิ้น/วัน และมี 3 คลินิกที่ในช่วงน้ำท่วมมีคนมาขอรับถุงยางอนามัยที่คลินิกจำนวนน้อยลงกวาก่อนน้ำท่วม เช่น บางคลินิกระหว่างน้ำท่วมไม่มีคนมาขอรับถุงยางอนามัย คลินิกแห่งหนึ่งในช่วงก่อนน้ำท่วมมีจำนวนผู้มารับถุงยางอนามัย 43 คน/2 สัปดาห์ ระหว่างน้ำท่วม มี 11 คน/2 สัปดาห์ หลังน้ำท่วม มี 19 คน/2 สัปดาห์

ผลกระทบต่อการจัดการบริการการศึกษาด้านเอดส์

ในช่วงน้ำท่วมมีผู้มารับบริการการศึกษาด้านเอดส์และเจาะเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) จำนวนน้อยลงในพื้นที่ 4 จังหวัด เช่น จังหวัดหนึ่ง ในช่วงก่อนและหลังน้ำท่วม มีผู้มารับบริการ 35 คน/สัปดาห์ ระหว่างน้ำท่วมไม่มีคนมารับบริการ อีกจังหวัดหนึ่ง ก่อนน้ำท่วมมีพนักงานบริการมาตรวจตามนัด 4 คน/สัปดาห์ ระหว่างน้ำท่วมและหลังน้ำท่วมมี 2 คน/สัปดาห์ มาตรวจเพราะมีพฤติกรรมเสี่ยงและมาตรวจตามนัด อีกจังหวัดหนึ่ง ก่อนและหลังน้ำท่วมมีคนมาตรวจ 5-10 คน/วัน ระหว่างน้ำท่วม 1-2 คน/วัน สาเหตุที่มีคนมารับบริการน้อยลง เพราะแพทย์โทรเลื่อนนัดคนไข้

สิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและช่วยเหลือ

พนักงานบริการต้องการการช่วยเหลือหลังน้ำท่วม ได้แก่ ความช่วยเหลือในเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย เรื่องเงิน อยากได้ทุนประกอบอาชีพ เรื่องค่าชุดเซยความเสียหาย และอยากให้หน่วยงานเคลื่อนที่ ที่ให้ความรู้และตรวจรักษาโรค เช่น การตรวจภายใน การตรวจมะเร็งปากมดลูก การให้บริการตรวจเลือด เพราะบางครั้งพนักงานบริการจะไม่กล้าไปตรวจที่คลินิก อยากให้แจกถุงยางอนามัยให้มากขึ้น โดยเฉพาะถุงยางอนามัยขนาด 52 มิลลิเมตร และ 54 มิลลิเมตร และสารหล่อลื่น เพราะที่ได้รับแจกขนาด 49 มิลลิเมตร

มีขนาดเล็กเกินไป ทำให้ถุงยางอนามัยแตกขณะมีเพศสัมพันธ์ มีพนักงานบริการบางคนตอบว่า ไม่ต้องการความช่วยเหลืออะไร เพราะมีองค์กรฯ และเครือข่ายพนักงานบริการให้การดูแลอยู่แล้ว และในครั้งหน้าอยากให้มีการแจ้งสถานการณ์น้ำท่วมล่วงหน้า ตามความเป็นจริง และให้เข้าไปช่วยเหลือ ให้ถุงยังชีพในพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลด้วย ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่า ต้องการสนับสนุนถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น แผ่นพับให้ความรู้ที่พกพาสะดวก อยากให้มีการใส่ถุงยางอนามัยในถุงยังชีพ ต้องการบุคลากรมาช่วยเหลือในการให้บริการในช่วงน้ำท่วม เพราะมีเจ้าหน้าที่น้อยและบางคนที่อยู่อาศัยได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมด้วย ต้องการทีมงาน หรือหน่วยงานที่มาช่วยพร้อมทั้งให้ความรู้ ความชำนาญ อุปกรณ์ฯ และพาหนะ เพื่อจะได้ช่วยประชาชนได้ทันที การช่วยเหลือด้านจิตใจ เพราะส่วนใหญ่จะมีความเครียด ต้องให้กำลังใจทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ ต้องการอุปกรณ์ป้องกันในภาชนะน้ำท่วม เช่น ชุดเปลี่ยน เพราะเจ้าหน้าที่ต้องดูแลประชาชนด้วย และต้องการถุงยังชีพสำหรับแจกให้พนักงานบริการด้วย เพราะได้รับไม่เพียงพอ

ผู้แทนองค์กรฯ อยากให้มีงบประมาณ สำหรับองค์กรเอกชนในการดำเนินงาน เช่น ค่ารถ ค่าพาหนะ ค่าเดินทางในพื้นที่ และค่าโทรศัพท์ เพราะทุกวันนี้ถูกตัดงบประมาณลง ไม่มีเงินในการดำเนินงาน อยากได้รับการพัฒนาความรู้เพิ่มเติม อยากให้ภาครัฐ เข้ามามีส่วนช่วยเหลือกลุ่มพนักงานบริการให้มากขึ้น ทั้งในเรื่องอาหาร ที่พัก น้ำดื่ม และยารักษาโรค โดยเฉพาะในส่วนของยาต้านไวรัส เนื่องจากช่วงน้ำท่วม พนักงานบริการไม่สามารถหาขายได้ เนื่องจากสถานที่ที่รับยาเดิมปิดเนื่องจากน้ำท่วม ทางองค์กรฯ ต้องหาทางไปซื้อยามาให้พนักงานบริการเอง อยากให้มีการใส่ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นลงในถุงยังชีพ ประมาณ 4-5 ชิ้น/ถุง

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ในพื้นที่ที่ประสบอุทกภัย ถึงแม้ว่าจะมีสถานบริการหลายแห่งต้องปิดบริการ ทำให้มีพนักงานบริการย้ายกลับต่างจังหวัด

แต่การขายบริการทางเพศยังคงมีอยู่ มีการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการไปบ้าง กล่าวคือ พนักงานบริการบางคนมีการย้ายสถานที่บริการโดยไปเช่าโรงแรมในพื้นที่น้ำไม่ท่วม มีการโทรศัพท์นัดกับลูกค้าประจำ และมีพนักงานบริการนั่งเรือรับจ้างออกไปให้บริการที่บ้านลูกค้าที่อยู่เฝ้าบ้านน้ำท่วม พนักงานบริการตรงเปลี่ยนเป็นพนักงานบริการอิสระ สำหรับสถานบริการที่น้ำไม่ท่วม แต่บริเวณรอบๆ น้ำท่วม ก็ยังคงเปิดให้บริการต่อไปได้ ส่วนให้-จำนวนลูกค้าลดลง เนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก ลูกค้าที่ยังมารับบริการบางคนต้องเดินลุยน้ำเข้ามา บางคนนั่งเรือมา มีลูกค้าที่เป็นอาสาสมัครจากนอกพื้นที่ที่เข้ามาช่วยเหลือในพื้นที่น้ำท่วมด้วย และเป็นที่น่าสังเกตว่า สถานบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้ เคียงที่น้ำไม่ท่วม มีจำนวนลูกค้ามารับบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ส่วนหนึ่ง ลูกค้าเป็นคนที่อยู่พวยมาจากพื้นที่น้ำท่วมและมาอาศัยอยู่ในบริเวณนี้ นอกจากนี้ ในบางพื้นที่ที่น้ำท่วม โรงงานปิด มีพนักงานโรงงานไปทำงานขายบริการในพื้นที่น้ำไม่ท่วม

บางสถานบริการที่เป็นโรงแรม ซึ่งน้ำไม่ท่วม มีจำนวนลูกค้ามากกว่าปกติ อาจเป็นเพราะว่า สถานบริการแหล่งอื่นต้องปิดบริการ และมีพนักงานบริการย้ายกลับบ้านต่างจังหวัด ทำให้จำนวนแหล่งให้บริการลดลง หรืออาจเป็นเพราะมีปัจจัยอะไรบางอย่างที่ส่งผลให้มีจำนวนลูกค้าเพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่ามีพนักงานบริการส่วนให้- ตอบว่ามีถุงยางอนามัยใช้ และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรเอกชน ได้ให้ข้อมูลว่ามีถุงยางอนามัยเพียงพอ และยังคงเปิดให้บริการถุงยางอนามัยในช่วงที่น้ำท่วมอยู่ แต่ยังพบว่าในหนึ่งพื้นที่มีรายงานว่า มีสถานการณ์การติดเชื้อหนองในเพิ่มขึ้นในช่วงหลังน้ำท่วม สะท้อนได้ว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงน้ำท่วมยังคงอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะการกระจายถุงยางอนามัยยังไม่สามารถ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ ใช้ได้อย่างเพียงพอในทุกกลุ่มเป้าหมาย และมีพนักงานบริการบางคนย้ายที่ทำงาน หรือกลุ่ม

เป้าหมายไม่สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ เช่น ปี-หาการเดินทางมารับบริการไม่สะดวก ร้านสะดวกซื้อปิดบริการ เป็นต้น

การให้บริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเปิดบริการได้ตามปกติในทุกจังหวัด แต่เป็นการดำเนินงานแบบตั้งรับเท่านั้น ซึ่งพบว่าจำนวนผู้มารับบริการลดลง อาจเนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก การดำเนินงานเชิงรุกขององค์กรเอกชนบางแห่ง ในด้านการป้องกันโรคไม่สามารถทำได้ในพื้นที่น้ำท่วม ประกอบกับผลการสำรวจในช่วงน้ำท่วม ของสำนักอนามัยเจริญ-พันธุ์ กรมอนามัย พบว่า มีร้อยละ 10.9 ของหญิงวัยเจริญ-พันธุ์ มีอาการแสดงทางระบบสืบพันธุ์ เช่น ตกขาวมีกลิ่นหรือสีผิดปกติ คันอวัยวะเพศ มีแผลหรือตุ่มใส และในจำนวนนี้มีร้อยละ 57 ไม่ได้เข้ารับการรักษา เนื่องจาก การเดินทางไม่สะดวก สถานบริการสุขภาพปิด และเขินอาย และจากการสำรวจใน 19 ศูนย์พักพิง พบว่า มีร้อยละ 84 ของศูนย์พักพิงที่ไม่มีบริการวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และถุงยางอนามัยให้บริการ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา และอาจเกิดการแพร่ของโรคไปยังผู้อื่นได้ เช่นเดียวกันกับข้อมูลที่พบในต่างประเทศ⁽⁵⁾ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมในแคมป์ที่มีผู้พวยพหนีภัยจากน้ำท่วมมาอาศัยอยู่ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพราะผู้พวยพไม่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นได้ และไม่มีถุงยางอนามัยให้บริการ

จากผลการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ในภาวะอุทกภัย ยังมีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนถุงยางอนามัยให้แก่พนักงานบริการอย่างเพียงพอ ในสถานบริการทุกแห่งที่ยังเปิดให้บริการ ทั้งในพื้นที่น้ำท่วม และพื้นที่ใกล้เคียงที่น้ำไม่ท่วมด้วย ควรสำรวจความเสียหายของคลังเก็บถุงยางอนามัย ควรมีจุดบริการถุงยางอนามัยหลายแห่งที่ประชาชนทุกกลุ่มรับรู้ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย⁽⁴⁾ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ควรให้ข้อมูลความรู้ด้านการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน⁽⁴⁾ ผ่านการประชาสัมพันธ์สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ หรือการทำงานเชิงรุกในสถานบริการ

โดยเฉพาะที่มีพนักงานบริการรายใหม่ นอกจากนี้ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่ายอื่นเพื่อสามารถให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอ็ดส์ได้อย่างครอบคลุมในทุกพื้นที่ เช่น จัดบริการคลินิกเคลื่อนที่ หรือมีบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และถุงยางอนามัย และสื่อให้ความรู้ บุคลากรไปกับจุดบริการของหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ รวมถึงในบริเวณศูนย์พักพิงหรือมีระบบส่งต่อผู้ที่สงสัยว่ามีอาการป่วยของโรคไปรับบริการที่คลินิก หรืออาจพิจารณาแจกจ่ายถุงยางอนามัยไปพร้อมกับถุงยังชีพ โดยเฉพาะที่แจกให้กับกลุ่มพนักงานบริการ แต่ทั้งนี้ต้องมีการทำความเข้าใจกับชุมชนและสังคมด้วย เพื่อไม่ให้มองการแจกถุงยางอนามัยในแง่ลบ

พนักงานบริการเกือบทุกคนมีภาระต้องเลี้ยงดูครอบครัว ฐานะยากจน บางคนมีโรคประจำตัวภาวะอุทกภัยครั้งนี้ ทำให้พนักงานบริการได้รับผลกระทบอย่างมาก มีภาวะเครียดสูง โดยเฉพาะปะหารายได้ไม่พอใช้จ่าย ถึงแม้จะมีหน่วยงานมูลนิธิบางแห่งเข้ามาช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัย และเลี้ยงอาหาร แต่ก็ยังไม่เพียงพอ หน่วยงานต่างๆ ควรเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งด้านปัจจัยพื้นฐาน ด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น มีการสร้างอาชีพเสริม มีกองทุนเงินกู้ยืม เป็นต้น รวมถึงควรมีการจัดทำแผนการทำงาน ระยะยาวที่จะลดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเปราะบางในประชาชนกลุ่มนี้⁽⁶⁾

สำหรับเหตุการณ์การถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ในภาวะอุทกภัยนั้น เกิดเหตุการณ์บ้างเหมือนกับในภาวะปกติที่เคยมีการสำรวจ⁽⁷⁾ พบว่าร้อยละ 20 ของพนักงานบริการหิงที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับลูกค้า ถูกบังคับหรือไม่เต็มใจ และเกือบร้อยละ 15 ของพนักงานบริการหิงอิสระ ที่บอกว่าไม่มีใครที่จะขอความช่วยเหลือได้ เมื่อเกิดปะหารในการทำงาน อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ที่พบนี้ไม่สูงเท่ากับที่พบในต่างประเทศ เช่น ประเทศเคนยา⁽⁸⁾ ซึ่งพบปะหารเรื่องการกระทำรุนแรงต่อเพศตรงข้าม การถูก

กระทำรุนแรงทางเพศในผู้หญิง เมื่อเกิดเหตุการณ์ความแข็งแรง หรือ อุทกภัย หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ ดังนั้นควรมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มาร้องทุกข์ และจัดระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาและสนับสนุนด้านสังคมจิตใจ รวมถึงควรมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความพร้อมในการให้บริการในประเด็นนี้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ศร. สสจ. โรงพยาบาล องค์การเอกชน และสถานบริการในพื้นที่ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ช่วยประสานงาน และทำให้การศึกษาในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ และขอขอบคุณนายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. IRIN. BURKINA FASO: Floods shut down hospital, HIV reference lab. <http://www.irinnews.org/report/86047/BURKINA-FASO-Floods-shut-down-hospital-HIV-reference-lab>. เข้าดูเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2555.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการสุขภาพในการติดตาม และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์อุทกภัยปี 2554. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเรดิเอชั่นจำกัด, 2555.
3. Yang Dingdu. NGOs rescue flood victims with HIV in Thailand. http://news.xinhuanet.com/english2010/indepth/2011-11/30/c_131279350.htm. เข้าดูเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2555.
4. Inter-Agency Standing Committee. Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc>.

- เข้าดูเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2554.
5. IRIN. NAMIBIA: Floods interrupted AIDS services-report. <http://www.plusnews.org/report/85185/NAMIBIA-Floods-interrupted-AIDS-Services-report>. เข้าดูเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2555.
6. Oxfam. Ready or Not: Pakistan's resilience to disasters one year on from the floods. <http://www.oxfam.org.nz/resources/onlinereports/bp150-ready-not-pakistan-resilience-disasters-floods-260711-en.pdf>. เข้าดูเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2555.
7. อารีย์ พรหมโม้, ดุสิตา พึ่งสำรา-, สร้างค์จันทร์แย้ม. เช็กส์กับสุขภาพทางเพศในพนักงานบริการท-ง. ใน: มิตี "เพศ" ในประชากรและสังคม. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอดิสัน เพรส โปรดักส์ จำกัด, มิถุนายน 2551.
8. International Organization for Migration. Improving HIV preparedness and response in emergencies. http://nairobi.iom.int/news/item/download/121_c361526c383b9ccb7fd27a20f5a03f96. เข้าดูเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2555.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของการควบคุมโภชนาการต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านสูตรโลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์

Diet and Dyslipidemia in HIV Infected Pediatric Patients who Received Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

วิศัลย์ มูลศาสตร์ พบ., วว.กุมารเวชศาสตร์

Visal Moolasart, M.D., Dip. Board of Pediatric

กุมารแพทย์โรคติดเชื้อ

Thai subboard of Pediatric Infectious Diseases

ลัดดาวัลย์ กลิ่นมัลย์

Laddawan Klinmalai

เจริ-สุข อัครพิพิธ ปพส., พย.ม

Jarurnsook Ausavapit, B.Sc.(Nursing), M.N.S

รัชну เจริ-พัคตร์ ภบ., ภบบ.

Ratchanu Charoenpak, PharD

สมถวิล อัมพรอารีกุล ปพส., พย.ม

Somtavil Ampornarekul, B.Sc.(Nursing), M.N.S

นภา จิระคุณ พบ., วว.กุมารเวชศาสตร์

Napha Chiraguna, M.D., Dip. Board of Pediatric

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการควบคุมโภชนาการอย่างเคร่งครัดสามารถลดการเพิ่มระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านสูตรโลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 ม.ค.2550 ถึง 31 ธ.ค. 2553 ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอายุน้อยกว่า 18 ปี มียา LPV/r ในสูตรยาต้านไวรัส ข้อมูลระดับไขมันจากเวชระเบียนก่อนการเปลี่ยนสูตรยาที่มี LPV/r หลังเริ่มใช้ LPV/r ก่อน intervention และ หลัง intervention ตามลำดับ ผู้ป่วยเด็กในโครงการ 62 ราย ระดับ cholesterol ก่อนและหลัง intervention เท่ากับ 200.19 ± 49.03 mg/dl และ 204.00 ± 67.40 mg/dl ตามลำดับ เปรียบเทียบระดับ cholesterol ก่อนและหลัง intervention พบเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.615$) ระดับ triglyceride ก่อนและหลัง intervention เท่ากับ 162.58 ± 88.75 mg/dl และ 150.05 ± 71.23 mg/dl ตามลำดับ เปรียบเทียบระดับ triglyceride ก่อนและหลัง intervention พบลดลงหลังทำ intervention โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.140$) ระดับ cholesterol ก่อนและหลังใช้ LPV/r เท่ากับ 189.44 ± 48.76 mg/dl และ 200.19 ± 49.03 mg/dl ตามลำดับ เปรียบเทียบระดับ cholesterol พบหลังใช้ LPV/r เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.039$) เปรียบเทียบระดับ triglyceride ก่อนและหลังเริ่ม LPV/r พบระดับ triglyceride หลังใช้ LPV/r เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.583$) สรุปการควบคุมโภชนาการอย่างเคร่งครัดสามารถลดระดับไขมันในเลือดผิดปกติของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา LPV/r

Abstract

This retrospective cohort study was design to evaluate whether tight diet control (intervention) can reduce dyslipidemia in HIV infected pediatric patients who received Lopinavir/ritonavir (LPV/r) from 1 Jan 2007 to 31 Dec 2010. There were 62 patients. Inclusion criteria were patient under 18 year old and LPV/r-base therapy. Lipids measurements was done before and after initial LPV/r therapy and another lipids measurements was done after intervention, collected from medical record. Mean cholesterol level

before and after intervention were observed (200.19 ± 49.03 vs 204.00 ± 67.40 mg/dl, $p = 0.615$). Mean triglyceride level before and after intervention were observed (162.58 ± 88.75 vs 150.05 ± 71.23 mg/dl, $p = 0.140$). Mean cholesterol level before and after LPV/r-base therapy were observed (189.44 ± 48.76 vs 200.19 ± 49.03 mg/dl, $p = 0.039$). Mean triglyceride level before and after LPV/r-base therapy were not difference ($p = 0.583$). Conclusion tight diet control can reduce dyslipidemia in HIV infected pediatric patients who received LPV/r.

ประเด็นสำคัญ-

ไขมันผิดปกติ เด็กติดเชื้อเอชไอวี
ยาโลพินาเวียร์/รีโทนาเวียร์

Keywords

Dyslipidemia, children with HIV infection,
Lopinavir/ritonavir

บทนำ

ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่นิยมในประเทศไทยเป็นสูตรยาผสมประกอบไปด้วยยา 3 ชนิดขึ้นไปเรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ยาสูตรแรก หรือสูตรพื้นฐานที่เลือกใช้มักประกอบด้วยยาในกลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม Non- Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI) อีก 1 ชนิด การเปลี่ยนสูตรยาจะทำเมื่อเกิดการรักษาล้มเหลวซึ่งในปัจจุบันหมายถึง การรักษาล้มเหลวทางไวรัส (virological failure) เท่านั้น⁽¹⁾ ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรที่สองโดยทั่วไปจะมียากลุ่ม Protease inhibitor (PI) รวมอยู่ด้วย ซึ่งในเด็กทุกสูตรยาจะมี ritonavir เป็นองค์ประกอบในการใช้ยา ritonavir ผู้ป่วยมักจะพบปัญหาเรื่องการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง (hypercholesterolemia และ/หรือ hypertriglyceridemia) ได้⁽²⁾

ไขมันในร่างกายแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ โคเลสเตอรอล (Cholesterol), ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) ฟอสโฟลิปิด (Phospholipid) และกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) เช่น lipoprotein ชนิดต่างๆ โดยปกติไขมันจะถูกขนส่งไปส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยอาศัยพาหะที่สำคัญ-คือ ไลโปโปรตีน ไลโปโปรตีนที่สำคัญ-สองตัวได้แก่ ได้แก่ HDL (High density lipoprotein) และ LDL (Low density lipo-

protein) ทั้งสองมีองค์ประกอบเป็น cholesterol ทำหน้าที่ในการขนส่งไขมัน โดย HDL จะขนส่งไขมันไปกำจัดที่ตับ ถ้ามีระดับสูงจะส่งผลดี แต่ LDL ทำหน้าที่ขนส่ง cholesterol ไปตามกระแสเลือดถึงอวัยวะต่างๆ และสามารถจับกับเซลล์ของกล้ามเนื้อหลอดเลือดแดงได้ ซึ่งเป็นสาเหตุของการสะสม cholesterol ในเส้นเลือดมากขึ้น การมีระดับไขมันในเลือดที่สูงจะส่งผลต่อการสะสมของ cholesterol ในเส้นเลือดโดย LDL ได้ และจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น⁽³⁾ ปี-หาระดับไขมันผิดปกติในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเกิดได้ทั้งจากตัวโรคเอง และจากการใช้ยาต้านไวรัส โดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีก่อนการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอาจมีระดับไขมันผิดปกติแล้ว เช่น Chantry และคณะพบว่าในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีถึงร้อยละ 30 ที่มีระดับ HDL ผิดปกติ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบเพียงร้อยละ 4 ที่มีระดับ HDL ผิดปกติ⁽⁴⁾ หลายๆ แห่งพบระดับ cholesterol สูงขึ้นก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี^(5,6,7) ในผู้ใหญ่ที่ยังไม่ได้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในช่วงแรกจะพบการลดลงของ HDL ตามด้วยการลดลงของ LDL และการเพิ่มขึ้นของ triglyceride⁽⁸⁾ และจากการศึกษาของ Sellmeyer DE และคณะ⁽⁹⁾ พบระดับ LDL และ triglyceride เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาในเด็กติดเชื้อเอชไอวี ประเทศอังกฤษ

กลุ่มที่มีอาการของเอชไอวีน้อยถึง ปานกลาง อายุเฉลี่ย 7.1 ปี พบว่ามีระดับไขมันปกติ⁽¹⁰⁾ และระดับยาในกระแสเลือดไม่เกี่ยวกับระดับไขมันที่เพิ่มขึ้น เช่น ระดับยา lopinavir หรือ ritonavir ในกระแสเลือดสูง ไม่ส่งผลให้ระดับไขมันเพิ่มขึ้น⁽¹¹⁾ ในปัจจุบันมีหลักฐานมากมายว่ายาต้านไวรัสเอชไอวีมีผลต่อระดับไขมัน เช่น ในเด็กหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีพบความชุกของระดับ cholesterol สูงระดับเปอร์เซ็นต์ที่ 95 ถึงร้อยละ 13- 27⁽¹²⁾ ถือว่าสูงกว่าปกติมาก หลายการศึกษาพบว่ายาต้านไวรัสเอชไอวีโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Lopinavir/ritonavir (LPV/r) มีผลต่อระดับไขมัน เช่น การศึกษาของ Galindo MJ และคณะ⁽¹³⁾ หลังใช้ LPV/r 1 ปี พบระดับ cholesterol สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ ระดับ triglyceride เพิ่มขึ้นเช่นกันแต่ไม่มีนัยสำคัญ-ทางสถิติ การศึกษาในอดีตที่สถาบันบำราศนราดูรของ รุณี สุนทรขจิตและคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการใช้ PI โดยมี LPV/r เป็นส่วนให้-มีภาวะไขมันสูงกว่ากลุ่มใช้ 2NRTIs/NNRTI เกือบ 9 เท่า

จากรายงานข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อเอชไอวีและการใช้ยา LPV/r มีผลต่อระดับไขมันทั้ง cholesterol และ triglyceride ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต จำเป็นต้องมีแนวทางป้องกันภาวะไขมันผิดปกติในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และหรือที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เช่น แนวทางการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อลดผลไขมัน การใช้ยาลดไขมัน รวมถึงการออกกำลังกายช่วยลดภาวะไขมันผิดปกติได้^(15,16) ในปี พ.ศ. 2552 ทีมสหวิชาชีพของสถาบันบำราศนราดูร ประกอบไปด้วย แพทย์ นักโภชนาการ พยาบาล เภสัชกร ได้เริ่มขบวนการแนะนำและควบคุมทางโภชนาการอย่างเคร่งครัด (intervention) เพื่อควบคุมการเกิดสภาวะไขมันสูงในเลือดของผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ โดยการแนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การสำรวจพฤติกรรมติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการไม่ทำตามคำแนะนำ มีการประเมินติดตามภาวะ cholesterol และ triglyceride ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ intervention ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 - 2553

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะหย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 1 มกราคม 2550 ถึง 31 ธันวาคม 2553 โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

กลุ่มประชากรศึกษาใช้เกณฑ์คัดเลือกคือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอายุน้อยกว่า 18 ปี มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูรและได้รับยา LPV/r ในสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษาได้แก่ ผู้ที่ได้รับยาลดไขมัน และผู้ป่วยที่ติดตามระดับ cholesterol และ triglyceride ไม่ครบ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนก่อนการเปลี่ยนสูตรยาที่มี LPV/r และหลังเริ่มใช้ LPV/r 1 ปี และ 3 ปี ตามลำดับ (ไม่นำค่า cholesterol และ triglyceride หลังเริ่มใช้ LPV/r 2 ปี พ.ศ. 2552 มาวิเคราะห์เนื่องจากเป็นปีที่ทำ intervention) ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ระดับ CD4 viral load น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับ cholesterol และ triglyceride สถิติที่ใช้วิเคราะห์ Paired t-tests เปรียบเทียบข้อมูลแบบต่อเนื่อง เช่น ระดับไขมันก่อนและหลังการใช้ intervention ใช้สถิติร้อยละ และ chi square สำหรับข้อมูลแบบไม่ต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กในโครงการ 62 ราย อายุเฉลี่ย 13.90 ± 8.17 ปี มีเพศชาย 35 คน คิดเป็นร้อยละ 56 พบระดับ BMI เฉลี่ย 15.26 ± 2.45 kg/m² ระดับ CD4 median(range) เท่ากับ 595 (18- 2332) cells/ UI, ระดับ Viral load median(range) เท่ากับ 3,915 (40- 785,000) copies/ml กลุ่มที่มี Adherence มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 พบ 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 77 กลุ่มรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี (Status) พบ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 และมีผู้ใช้ PI ตัวเดียว 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 58 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย 62 ราย ก่อนได้รับยา LPV/r

ข้อมูล	จำนวน 62 ราย
อายุ (ปี) mean±SD	13.90±8.17
เพศ ชาย	35 (ร้อยละ 56)
หญิง	27 (ร้อยละ 44)
BMI (kg/m ²) mean±SD	15.26±2.45
CD4 cells/ U1 median(range)	595 (18- 2332)
Viral load copies/ml median(range)	3,915 (40- 785,000)
Adherence มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	48 (ร้อยละ 77)
Status	51 (ร้อยละ 82)
Single Boosted PI	36 (ร้อยละ 58)

ผลเปรียบเทียบระดับ cholesterol และ triglyceride ก่อนเริ่ม LPV/r (พ.ศ.2550) และหลังเริ่ม LPV/r 1 ปี (พ.ศ.2551)

ระดับ cholesterol ก่อนใช้ LPV/r เท่ากับ 189.44±48.76 mg/dl หลังใช้ LPV/r 1 ปี เท่ากับ 200.19±49.03 mg/dl เปรียบเทียบระดับ cholesterol ก่อนและหลังเริ่ม LPV/r พบว่าระดับ cholesterol หลังใช้ LPV/r 1 ปี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับ cholesterol และ triglyceride ก่อนเริ่ม LPV/r (พ.ศ.2550) และหลังเริ่ม LPV/r 1 ปี (พ.ศ.2551)

	ก่อนเริ่ม LPV/r (พ.ศ.2550) ผู้ป่วย 62 ราย	หลังเริ่ม LPV/r 1 ปี (พ.ศ.2551) ผู้ป่วย 62 ราย	Paired t-test Differences	Sig (2-tailed)
cholesterol mg/dl mean ±SD	189.44±48.76	200.19±49.03	เปรียบเทียบระดับ cholesterol ก่อนและหลังเริ่ม LPV/r $t = -2.105$	.039
triglyceride mg/dl mean±SD	155.68±67.87	162.58±88.75	เปรียบเทียบระดับ triglyceride ก่อนและหลังเริ่ม LPV/r $t = -.552$	.583

ผลเปรียบเทียบระดับ cholesterol และ triglyceride ก่อนเริ่ม intervention (พ.ศ.2551) และหลัง intervention 1 ปี (พ.ศ.2553)

(p= 0.039) ตามตารางที่ 2

ระดับ triglyceride ก่อนใช้ LPV/r เท่ากับ 155.68±67.87 mg/dl หลังใช้ LPV/r 1 ปี เท่ากับ 162.58±88.75 mg/dl เปรียบเทียบระดับ triglyceride ก่อนและหลังเริ่ม LPV/r พบว่าระดับ triglyceride หลังใช้ LPV/r 1 ปี เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ-ทางสถิติ (p= 0.583) ตามตารางที่ 2

ขบวนการแนะนำและควบคุมทางโภชนาการอย่างเคร่งครัด (intervention) ของสถาบันบำราศนราดูร ประกอบไปด้วย 1.การประเมินภาวะโภชนาการ

(Nutrition Assessment) ได้แก่ การประเมินค่าไขมัน cholesterol และ triglyceride อยู่ในระดับใดเกินเกณฑ์หรือไม่ ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้ผู้ป่วยบันทึกการบริโภคอาหาร 3 วันก่อนมาตรวจ สอบถามเพื่อคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับ ประเมินการออกกำลังกาย ประเมินสภาพความเป็นอยู่ เศรษฐฐานะ หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อปรับเปลี่ยนวิธี หรืออาหารที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล แต่ยังคงได้สารอาหารเท่าเดิม หรือใกล้เคียงจากเดิมมากที่สุด 2. การวินิจฉัยและสรุปปัญหาทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) ทำเป็นรายบุคคล จึงสามารถวางแผนทางให้ความรู้ที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล 3. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ (Nutrition intervention) ได้แก่ แนะนำการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เน้นหลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น 4. การประเมินและติดตามผลทางด้านโภชนาการ (Nutrition Monitoring and Evaluation) ตารางที่ 3

ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตามนัด จะมีการสอบถามความรู้ และทำแบบทดสอบ เพื่อประเมินผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องที่ให้คำแนะนำ ไปหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจ ในครั้งต่อไปอาจ ทบทวนความรู้เพียงอย่างเดียว^(17,18,19)

ระดับ cholesterol ก่อน intervention เท่ากับ 200.19 ± 49.03 mg/dl หลังใช้ intervention 1 ปี เท่ากับ 204.00 ± 67.40 mg/dl เปรียบเทียบระดับ cholesterol ก่อนและหลัง intervention พบว่าระดับ cholesterol หลังใช้ intervention เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.615$) ตามตารางที่ 3

ระดับ triglyceride ก่อน intervention เท่ากับ 162.58 ± 88.75 mg/dl หลังใช้ intervention 1 ปี เท่ากับ 150.05 ± 71.23 mg/dl เปรียบเทียบระดับ triglyceride ก่อนและหลัง intervention พบว่าระดับ triglyceride หลังใช้ intervention ลดลงจากก่อนเริ่ม intervention โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.140$) ตาม

ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับ cholesterol และ triglyceride ก่อนเริ่ม intervention (พ.ศ.2551) และหลัง intervention 1 ปี (พ.ศ.2553)

	ก่อน intervention (พ.ศ.2551) ผู้ป่วย 62 ราย	หลัง intervention 1 ปี (พ.ศ.2553) ผู้ป่วย 62 ราย	Paired t-test Differences	Sig (2-tailed)
Cholesterol mg/dl mean $\pm$ SD	200.19 $\pm$ 49.03	204.00 $\pm$ 67.40	เปรียบเทียบระดับ cholesterol ก่อนและหลัง intervention $t = -.506$	.615
triglyceride mg/dl mean $\pm$ SD	162.58 $\pm$ 88.75	150.05 $\pm$ 71.23	เปรียบเทียบระดับ triglyceride ก่อนและหลัง intervention $t = 1.496$	.140

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าภายหลังใช้กระบวนการแนะนำ และควบคุมทางโภชนาการอย่างเคร่งครัด (intervention) พบว่าระดับ cholesterol และ triglyceride ไม่เพิ่มขึ้น ถือว่าเป็นผลดีต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานสูตร

ยาต้านไวรัสที่มี LPV/r เป็นองค์ประกอบอย่างยิ่งเพราะ หากเราไม่มีมาตรการใดๆ ระดับไขมันน่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rhoads MP และคณะแนะนำ Intervention strategies เช่น ควบคุม อาหาร ออกกำลังกาย การเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวี⁽¹⁰⁾ เพื่อ

ลดการเพิ่มขึ้นของระดับไขมัน เพราะในการติดตามการใช้ LPV/r ในระยะยาวพบระดับไขมันจะสูงขึ้นตลอด โดยระดับ non-HDL เช่นพวก LDL เพิ่มขึ้น 16.62 mg (0.43 millimoles) ต่อปี ในช่วง 1 ปีแรก และ 30.93 mg (0.8 millimoles) ต่อปี ในช่วงมากกว่า 4 ปีหลังได้รับยา LPV/r, จากผลการศึกษาของ Moyle GJ และคณะ⁽²⁰⁾ สนับสนุนให้ Intervention โดยเน้นที่การควบคุมทางโภชนาการเป็นหลักเหมือนกัน ผลการศึกษาพบว่าการควบคุมอาหารและการใช้ยา pravastatin เปรียบเทียบกับการควบคุมอาหารอย่างเดียวในเวลา 6 เดือนพบระดับ cholesterol ลดลงในกลุ่มควบคุมอาหารและการใช้ยา pravastatin มากกว่าแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.051$) ผลของ triglyceride ก็ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาของ Miller J และคณะ⁽²¹⁾ เปรียบเทียบ Intervention ระหว่างใช้โภชนาการอาหารไขมันอิ่มตัวต่ำอย่างเดียวกับการใช้ยา gemfibrozil 600 mg 2 ครั้งต่อวันร่วมกับโภชนาการอาหารไขมันอิ่มตัวต่ำในผู้ป่วยกินยา PI ที่มี triglyceride สูง พบว่าระดับ triglyceride ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ดีระดับไขมันที่ไม่ขึ้นหลัง intervention ของสถาบันบำราศนราดูร อาจเกิดจากปัจจัยอื่นได้ เช่น การขึ้นของระดับไขมันมักจะพบในปีแรกหลังเริ่มใช้ยา LPV/r⁽²²⁾ ปีต่อไปอาจไม่เพิ่ม นอกจากขบวนการแนะนำและควบคุมทางโภชนาการยังมีอีกหลายแนวทางที่ลดระดับไขมัน เช่น การเปลี่ยนยาจาก LPV/r ไปใช้ยากลุ่มอื่น เช่น จากการศึกษาของ Strehlau R และ คณะ⁽²³⁾ พบว่ากลุ่มเด็กที่เคยใช้ LPV/r มาก่อน เปลี่ยนไปใช้ Nevirapine (NVP) มีระดับ HDL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Total cholesterol/HDL และ triglyceride จะมีระดับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเปลี่ยนมาใช้ NVP 31 เดือน ในทางปฏิบัติประเทศไทยยากที่จะใช้วิธีนี้เพราะสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มี NVP เป็นองค์ประกอบ เป็นสูตรแรกหรือเบื้องต้นในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมีการติดต่อยา NVP จึงเปลี่ยนไปใช้สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มี LPV/r

เป็นองค์ประกอบ หากมีปฏิกิริยาเรื่องไขมันจึงไม่สามารถย้อนกลับมาใช้ยา NVP ได้ อีกแนวทางหนึ่งคือลดการใช้ double boosted PI นอกจากนี้การใช้ยาลดไขมัน สามารถลดภาวะ hypertriglyceridaemia และ hypercholesterolaemia ในผู้ป่วยที่ใช้ LPV/r เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิด coronary heart disease ได้⁽²⁴⁾

การศึกษานี้พบว่าระดับ cholesterol หลังใช้ LPV/r 1 ปี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.039$) ขณะที่ระดับ triglyceride หลังใช้ LPV/r 1 ปี เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.583$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Galindo MJ และคณะ⁽¹³⁾ ในผู้ใหญ่พบว่าระดับ cholesterol หลังใช้ LPV/r 1 ปี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$) ขณะที่ระดับ triglyceride หลังใช้ LPV/r 1 ปี เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.070$)

การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ความแตกต่างระดับไขมันของ double boosted PI (LPV/r ร่วมกับ PI ตัวอื่น เช่น Indinavir หรือ saquinavir) และ single boosted PI (LPV/r ตัวเดียว) เพราะ LPV/r เป็นตัวที่มีผลต่อไขมันมากกว่า Indinavir และ saquinavir ขณะเดียวกันก่อนหน้านี้สถาบันบำราศนราดูรมีการศึกษาระดับไขมันในเด็กพบว่า double boosted PI มีระดับไขมันในเลือดไม่แตกต่างจาก single boosted PI ($P=0.379$)⁽¹⁴⁾

การศึกษานี้มีข้อจำกัด 1) เป็นการศึกษาย้อนหลังไม่สามารถควบคุมปัจจัยบางอย่างได้ เช่นการเลือกใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี adherence และการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี 2) ไม่ได้ติดตามระดับ HDL และ LDL ซึ่งถือเป็นไขมันที่พยากรณ์ความเสี่ยง การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) จำนวนผู้ป่วยที่เข้าในเกณฑ์การศึกษามีจำนวนน้อย

สรุป

การรักษาด้วยยา LPV/r สัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับ cholesterol และ triglycerides ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยควรตรวจระดับ cholesterol และ triglycerides ก่อนการรักษาและในระหว่างการรักษา

รวมถึงการปรับแนวทางการใช้ชีวิต การรับประทาน
อาหาร การออกกำลังกาย และการเลือกใช้ยาต้านไวรัส
เอชไอวีที่เหมาะสม ทั้งหมดช่วยลดภาวะไขมันผิดปกติได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุทัศน์
โชติชนะพันธ์ที่ให้คำแนะนำทางสถิติ ขอขอบคุณ
กุมารแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม
สถาบันบำราศนราดูรและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ
อย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- 1 ประพันธ์ ภานุภาค, มนุ-ลีเชวงวงศ์, ทวีทรัพย์
ศิริประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิตย์, วิชัย เตชะสาธิต,
อัจฉรา อีร์รัตน์กุล, และคณะ, บรรณาธิการ.
แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วย
ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี
พ.ศ.2553. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัส
สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย;
กันยายน 2553.
- 2 Tassiopoulos K, Williams PL, Seage GR, III,
Crain M, Oleske J, Farley J. Association of hy-
percholesterolemia incidence with antiretroviral
treatment, including protease inhibitors, among
perinatally HIV-infected children. *J Acquir Im-
mune Defic Syndr.* 2008; 47: 607-614.
- 3 ไขมันในเลือด Cholesterol , triglyceride , HDL ,
LDL Available at <http://www.thai labonline.com/lab-cholesterol.htm>.
- 4 Chantry CJ, Hughes MD, Alvero C et al. Lipid
and glucose alterations in HIV-infected children
beginning or changing antiretroviral therapy. *Pe-
diatrics.* 2008; 122: e129-e138.
- 5 Rhoads MP, Smith CJ, Tudor-Williams G, et
al. Effects of highly active antiretroviral therapy
on paediatric metabolite levels. *HIV Med.* 2006;
7: 16-24.
- 6 Cheseaux JJ, Jotterand V, Aebi C, et al. Hyper-
lipidemia in HIV-infected children treated with
protease inhibitors: relevance for cardiovascular
diseases. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;
30: 288-293.
- 7 Carter RJ, Wiener J, Abrams EJ, et al.
Dyslipidemia among perinatally HIV-infected
children enrolled in the PACTS-HOPE cohort,
1999-2004: a longitudinal analysis. *J Acquir
Immune Defic Syndr.* 2006; 41: 453-460.
- 8 Grunfeld C, Feingold KR. Metabolic disturbances
and wasting in the acquired immunodeficiency
syndrome. *N Engl J Med.* 1992; 327: 329-
337.
- 9 Sellmeyer DE, Grunfeld C. Endocrine and meta-
bolic disturbances in human immunodeficiency
virus infection and the acquired immune defi-
ciency syndrome. *Endocr Rev.* 1996; 17: 518-
532.
- 10 Rhoads MP, Lanigan J, Smith CJ, Lyall EG.
Effect of Specific ART Drugs on Lipid Changes
and the Need for Lipid Management in Children
With HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;
57: 404-412.
- 11 Bierman WF, van Vonderen MG, Veldkamp AI,
Burger DM, Danner SA, Reiss P, et al. The
lopinavir/ritonavir-associated rise in lipids is not
related to lopinavir or ritonavir plasma concen-
tration. *Antivir Ther.* 2011; 16(5): 647-55.
- 12 Farley J, Gona P, Crain M, et al. Prevalence of
elevated cholesterol and associated risk factors
among perinatally HIV-infected children (4-
19years old) in Pediatric AIDS Clinical Trials
Group 219C. *J Acquir Immune Defic Syndr.*
2005; 38: 480-487.

- 13 Galindo MJ, Verdejo J, Gonzalez-Muñoz M, Ferrer A, Polo R. Metabolic changes in protease inhibitor-naïve patients treated for 1 year with lopinavir/ritonavir. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 Aug 15;48(5):628-9.
- 14 รุจน์ สุทธขจิต, ดวงมณี สุวรรณมาศ, รัชณี เชื้อเทศ, บุษกร สันติสุขลาภผล, นฤภัค บุ-ฤทธิภัทร์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารควบคุมโรค*. 2551; 34: ?
- 15 Calza L, Manfredi R, Chiodo F. Hyperlipidaemia in patients with HIV-1 infection receiving highly active antiretroviral therapy: epidemiology, pathogenesis, clinical course and management. *Int J Antimicrob Agents*. 2003; 22: 89-99.
- 16 Miller TL, Somarriba G, Kinnamon DD, et al. The effect of a structured exercise program on nutrition and fitness outcomes in human immunodeficiency virus-infected children. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2010; 26: 313-319.
- 17 กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2543. โภชนาการดี ชีวิตมีสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2 . เจริ-พาณิชย์, กรุงเทพฯ.
- 18 เดวิด แอลคาตซ์ และเดบรา แอล. กอร์ดอน. 2550. ลดโคเลสเตอรอลใน 12 สัปดาห์. แปลโดย กิจจา ฤทธิขจร, เกศกานดา จตุรงค์โชค, สุมาลี ตันตาศณี, แสงโสม บุญยศศักดิ์ และอรวีร์ วิริยะธนานนท์. พิมพ์ครั้งที่ 4. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, กรุงเทพฯ.
- 19 ชนิตา ปิไชติการ. 2552. "โภชนบำบัด เพื่อลดไขมันและเบาหวาน" เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องโภชนบำบัดเพื่อลดไขมันและเบาหวาน, นนทบุรี (อัสสัม).
- 20 Malvestutto CD, Aberg JA .Management of dyslipidemia in HIV-infected patients. *Clin Lipidol*. 2011 August ; 6(4): 447-462.
- 21 Miller J, Brown D, Amin J, et al. A randomized, double-blind study of gemfibrozil for the treatment of protease inhibitor-associated hypertriglyceridaemia. *AIDS*. 2002; 16(16): 2195-2200.
- 22 Magenta L, Dell-Kuster S, Richter W.O, Young J, Hasse B, Flepp M, et al. Lipid and Lipoprotein Profile in HIV-Infected Patients Treated with Lopinavir/Ritonavir as a Component of the First Combination Antiretroviral Therapy. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2011; 27(5): 525-33.
- 23 Strehlau R, Coovadia A, Abrams EJ, Martens L, Arpadi S, Meyers T, et al. Lipid Profiles in Young HIV-infected Children Initiating and Changing Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011 Nov 30.
- 24 Croxtall JD, Perry CM. Lopinavir/Ritonavir: a review of its use in the management of HIV-1 infection. *Drugs*. 2010; 70(14): 1885-915.

การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/
เอดส์ ของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

HIVQUAL-T Program to Access Quality of Care among HIV Patients at
Prasamutjedee Sawattayanon Hospital

ทิพวรรณ คูศิริวิเชียร วท.บ., พบ., DTM&H .

Tippawan Koosiriwichian. B.Sc., MD.,DTM&H

โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

Prasamutjedee Sawattayanon Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ เพื่อใช้โปรแกรม HIVQUAL-T version 5.0 ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อเสนอกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่อง ศึกษาโดยการประเมินความครบถ้วนของข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ จากการบันทึกข้อมูลใน NAPHA โปรแกรม และในเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2552 - 30 กันยายน พ.ศ. 2553 ผลการศึกษาพบข้อมูลครบถ้วน เป็นปัจจุบัน จากข้อมูลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการเป็นเพศชาย จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 53.48 เป็นเพศหญิง จำนวน 87 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.53 และผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และได้รับสิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำข้อมูลมาประเมินคุณภาพโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T พบว่าร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้รับการตรวจ CD4 baseline คิดเป็นร้อยละ 4.5 และร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 คิดเป็น ร้อยละ 79.5 การส่งตรวจ viral load ในผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสนานมากกว่า 6 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 100 การได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปรกติในผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีข้อบ่งชี้ และการได้รับยาป้องกันเชื้อรา Cryptococcosis ปรกติในผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ คิดเป็น ร้อยละ 100 ค่าร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด และร้อยละของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ที่ 94.4 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมออยู่ที่ 94.5 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองซีฟิไลสคิดเป็น 95.5 ร้อยละ ของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับข้อมูลแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย 97.3

Abstract

The objectives of this study were 1) to explore the completeness of HIV/AIDS patients care data-bases in Prasamutjedee Sawattayanono Hospitals, 2) to assess quality of care in HIV/AIDS patients by the HIVQUAL-T program version 5.0 in HIV/AIDS patients, based on the guidelines of National Health Security Office for HIV/AIDS management, and 3) to propose a strategy for the continuous improvement of quality of care in HIV/AIDS patients. The study assessed the completeness of HIV/AIDS patient's data in the NAPHA program and medical record from community hospitals during October 2006 to September

2007. The results showed updated and completed data which covered all 12 indicators. There were 187 HIV/AIDS patients including 87 females and 100 males. All of them received ARV drugs. After assessing quality of care by HIVQUAL-T, 4.5 % of patients had CD4 for baseline, 79.5% of patients had CD4 counts checked at least twice a year, 100% patients had viral load monitored once a year. For OI prophylaxis, 100% of patients received PCP and Cryptococcosis prophylaxis. 94.4% of patients with TB received TB treatment. 95.5 % of patients had a VDRL test for syphilis screening and 94.4 % of female HIV/AIDS patients received PAP smear screening. The results of overall quality assessments were reviewed by the representative of ARV team in Prasamutjedee Sawattayanon Hospitals to propose a strategy to improve quality of care of the HIV/AIDS patients. They proposed to have the individual patient record form that gathered all HIV care data. They also proposed the systematic management of quality of care assessment, to encourage HIV/AIDS patients to participate in quality assessment monitoring, and continuous quality of care

assessment by the ARV team.

ประเด็นสำคัญ-

โปรแกรม HIVQUAL-T

การดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์

โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์

Keywords

HIVQUAL-T program,

Care among HIV patients,

Prasamutjedee Sawattayanon Hospital

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยล่าสุด มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 366,945 คน เสียชีวิตและ 97,179 คน⁽¹⁾ พบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส⁽²⁾ การให้บริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทยมีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างถ้วนหน้า และได้ขยายขอบเขตการให้บริการอย่างกว้างขวางตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 เป็นต้นมา จึงทำให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลรักษาภายใต้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการดูแลในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์

ภายใต้กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน 108,806 คน⁽³⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มาอย่างต่อเนื่องและมุ่งให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการคุณภาพอย่างทัดเทียม โดยพัฒนาระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน การดูแลรักษายังมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล แต่ละระดับขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายส่วนทั้งในเรื่องนโยบายของโรงพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะของบุคลากร นอกจากนั้นกระแสเรียกร้องการให้บริการให้เท่าเทียม และได้มาตรฐานถือเป็นกระแสหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพในยุคที่ต้องมีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุข จึงต้องจัดให้บริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานเพื่อเป็นหลักประกันความเชื่อถือและไว้วางใจในการบริการที่ประชาชนควรได้รับ รวมทั้งโรคเอดส์เป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อไป-หาสิทธิมนุษยชน อันเนื่องจากทัศนคติ ความรังเกียจ การตีตราจากสังคม และการไม่เข้าใจต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก

ปี-หาเอดส์

ในขณะเดียวกันการเรียกร้องสิทธิการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน รวมทั้งสิทธิเรื่องเอดส์เริ่มมีมากขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการคุ้มครองทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานที่เหมาะสมกับทรัพยากรศักยภาพและสิทธิที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พึงได้รับ⁽⁵⁾

สำหรับในประเทศไทยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยา มี 10 ชนิด ได้แก่ AZT, ddC, ddI, d4T, 3TC, nevirapin, efaviren, saquinavir, zidovudine, zalcitabine, didanosine และ zalcitabine ซึ่งเป็นยาในบี-ซียาหลักแห่งชาติ 2 ชนิด คือ AZT และ ddI GPO-Vir (จีพีโอเวียร์) เป็นยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม ด้วยยาที่ประกอบด้วย 3 ชนิด คือ เนวิราพิน, ลามิวูดีน, สตาเวดิน จะใช้ได้ผลดีสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ใดๆ มาก่อน ในขณะเดียวกันวิวัฒนาการของการรักษาดีขึ้น ยาดีขึ้น มีประสิทธิภาพขึ้น ปลอดภัยขึ้น องค์การเภสัชกรรมเป็นกลไกสำคัญในการผลิตยา generic ในประเทศไทยทำให้การรักษาด้วยยาสูตรมาตรฐานไม่เกิน 1,400 บาท/เดือน (ปัจจุบันไม่เกิน 1,000 บาท/เดือน)⁽⁷⁾ ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการผลิตยาต้านไวรัสโดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผลทำให้ราคายาถูกลง ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันมีราคาลดลงมากเหลือประมาณวันละ 40-60 บาทต่อวัน และมีแนวโน้มว่าราคาของยาต้านไวรัสเอดส์จะลดลงเรื่อย ๆ ทำให้การรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีความคุ้มค่ามากขึ้น⁽⁸⁾

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทางด้านการแพทย์ สำหรับหน่วยบริการในประเทศไทยใช้ชื่อว่า HIVQUAL-T ตั้งแต่ปี 2546 โดยมีหลักการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการเพื่อการรับรองคุณภาพต่อมาในปี.ศ.2550 ได้เกิดความร่วมมือกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกิจกรรมในการทำ

ร่วมกันคือ การพัฒนาเครื่องมือสำเร็จรูปเพื่อช่วยวัดผลการปฏิบัติงานบริการที่ได้มีการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (nap database) ทำการศึกษาโดยการประเมินมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้การประเมินผลข้อมูล ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T เวอร์ชัน 5 โปรแกรม HIVQUAL-T ได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานโปรแกรม microsoft access version 2000 โดยเริ่มแรกได้มีการนำมาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นรุ่น 1.0,1.3,2.0, 3.0,4.0 และ 4.5 ตามลำดับ ได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้ใช้โปรแกรมสมบูรณ์แบบยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ต่างจนออกมาเป็นรุ่น 5.3 โดยมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ เช่น มีคำอธิบายตัวชี้วัดต่างๆ บนรายงานการแสดงผลในรูปแบบของตาราง excel การโอนข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลอื่นๆ เช่น ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลในรูปแบบตาราง excel และฐานข้อมูล nap เป็นต้น และการเพิ่มค่าความเชื่อมั่นให้สูงกว่าต้องการที่ระดับ ร้อยละ 90 หรือร้อยละ 95 โดยยังยึดต้นแบบเดิมไว้เพื่อให้ใช้งานได้ง่ายและสะดวกต่อผู้ใช้งาน⁽⁹⁾ ซึ่งได้แบ่งกลุ่มตัวชี้วัดออกเป็น 5 กลุ่มดังต่อไปนี้

1. การติดตามระดับ CD4
2. การติดตามหลังการกินยาต้านไวรัส
3. การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
4. การคัดกรองโรคร่วม
5. การส่งเสริมสุขภาพ

การพัฒนางานของศูนย์เฉลิมพระเกียรติ อําเภอมะนัง

1. มีคณะทำงานและผู้ดำเนินการประกอบด้วย
 - คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ
 - เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขอําเภอพระสมุทรเจดีย์
 - กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มศรัทธาสัมพันธ์ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ

- ศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

2. จัดให้มีบริการดูแลสุขภาพ และติดตาม
เยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส
โดยกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)

3. ติดตามเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
และครอบครัวที่มีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ หรือช่วยเหลือ
ตัวเองไม่ได้

4. จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำกลุ่ม
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลสุขภาพ
เป็นผู้นำ เป็นแบบอย่างของกลุ่มในการดูแลสุขภาพและ
หาแนวทางร่วมกันในการดำเนินการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี เพื่อสร้างให้เกิดการช่วยเหลือและการดูแลกัน
ภายในกลุ่ม

5. จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องพฤติกรรม
เสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัวใน
กลุ่มหนึ่งตั้งครรภ์และครอบครัว

6. สรุปผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง

7. ประเมินผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน
ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T

เนื่องจากปริมาณงานและข้อจำกัดทางด้าน
ทรัพยากร รวมทั้งการมุ่งความสนใจเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการ
รักษาด้วยยาต้านไวรัส อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลครบถ้วนตาม
มาตรฐาน จึงควรที่จะมีการสร้างระบบพัฒนาคุณภาพ
การดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประเมินคุณภาพใน
การให้บริการต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์

- เพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการของ
ศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอำเภอ
พระสมุทรเจดีย์ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประเภทกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยชาย	100	53.48
ผู้ป่วยหญิง	87	46.52

- เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำไป
ปรับการให้บริการของศูนย์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีอำเภอพระสมุทรเจดีย์ให้ได้คุณภาพมากยิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
(Descriptive Research) โดยประเมินคุณภาพการดูแล
รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จากเวชระเบียน
ทะเบียนแฟ้มประวัติ(OPD) ทะเบียน ATC 1. ของผู้รับ
บริการในศูนย์เฉลิมพระเกียรติอำเภอพระสมุทรเจดีย์
จากประชากรทั้งหมดจำนวน 187 รายเป็นเพศชาย
100 คน เพศหญิง 87 คน นำมาสุ่มตัวอย่างจาก
โปรแกรม HIVQual-T version 5.3 แบบสุ่มตัวอย่าง
อัตราไม่คืน ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)
ทั้งรายใหม่และรายเก่า ทั้งที่อยู่ในเกณฑ์กักกันยาต้าน
ไวรัสและไม่อยู่ในเกณฑ์กักกันยาต้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่วันที่
1 ตุลาคม 2552 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2553 บันทึก
ตัวชีวิตโดยการกำหนดตัวชีวิต เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1.
การติดตาม CD-4 2. การติดตาม ARV 3. การ ป้องกัน
OI 4. การคัดกรองโรคร่วม, 5.การส่งเสริมสุขภาพ และ
ผู้ป่วยรายใหม่ โดยมีตัวชีวิตหลัก 12 ตัวชีวิต และ
ตัวชีวิตทางเลือก 45 ตัวชีวิต ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล
ด้วยตนเอง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม HIVQual-
T version 5.3

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการเป็น
เพศชาย จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 53.48
เพศหญิง จำนวน 87 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.52 โดยคิด
เป็นสัดส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1.15 : 1

รวม
187 100.0
2. ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผลการประเมินตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด พบว่า

ตัวชี้วัดที่ 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการตรวจ CD-4 Baseline ร้อยละ 4.5 ตัวชี้วัดที่ 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตาม ระดับ CD-4 ทุก 6 เดือน ร้อยละ 79.5 ตัวชี้วัดที่ 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาที่ต้านไวรัส นานมากกว่า 6 เดือนได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 100 ตัวชี้วัดที่ 5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug เลิกซึ่งมี 45 ตัวชี้วัด โดแสดงในตารางที่ 3

Adherence อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 94.5 ตัวชี้วัดที่ 6. ค่ามรรยฐานของระดับ CD-4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมินคิดเป็น 131 ตัวชี้วัดที่ 7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ ร้อยละ 100 ตัวชี้วัดที่ 8. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ ร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 9. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด ร้อยละ 94.4 ตัวชี้วัดที่ 10. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 11. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 94.40 ตัวชี้วัดที่ 12. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลคำแนะนำ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ร้อยละ 97.73 (ดังแสดงในตารางที่ 2) สำหรับตัวชี้วัดทาง

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดหลักในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (n ¹)	n (n ¹)	ร้อยละ (%)
1.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการตรวจ CD-4 Baseline	22	1	4.5
2.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD-4 ทุก 6 เดือน	73	58	79.5
3.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัส	74	74	100
4.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส นานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป	73	73	100
5.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอ	73	69	94.5
6.	ค่ามรรยฐานของระดับ CD-4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมิน			131
7.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ	28	28	100
8.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ	11	11	100
9.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด	72	68	94.4
10.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส	22	21	95.5
11.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	36	34	94.4
12.	ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับข้อมูลคำแนะนำ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย	74	72	97.3
	Constant			

ผู้ ไข้ เอดส์	ตัวชี้วัดทางเลือก (KPI)	N (n ¹)	n (n ¹)	ร้อยละ (%)
1.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ CD-4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน	74	73	98.6
1.2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ CD-4 > 350 cell/mm3 และไม่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ CD-4 ทุก 6 เดือน			NA
2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือน ได้รับการตรวจ VL	4	3	75
3.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลประเมิน Drug Adherence > 95%	73	73	100
4.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมิน ได้รับการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ก่อนการรักษา	21	21	100
5.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม SGPT	73	0	0
6.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตาม SGPT ผิดปกติ ได้รับการดูแล	3	3	100
7.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มียา ARV ได้รับการตรวจติดตาม lipid profile	73	71	97.3
8.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจติดตาม lipid profile ผิดปกติ ได้รับการดูแล	5	4	80
9.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม CBC	73	57	78.1
10.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังจากได้รับยาต้านไวรัส ที่มีผลการตรวจติดตาม CBC ผิดปกติ ได้รับการรักษา			NA
11.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม FBS	73	2	2.7
12.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจติดตาม FBS ผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษา	1	0	0
12.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม Creatinine (Cr)	73	0	0
12.2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลตรวจติดตาม Creatinine ผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษา			NA
13.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีปริมาณไวรัสมากกว่า 2,000 Copies/ml ได้รับการตรวจ Drug Resistance			NA
13.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีผลการรักษาล้มเหลว	73	2	2.7
13.2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ตรวจพบการดื้อยาได้รับการเปลี่ยนสูตรยา	2	2	100
14.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ทุติยภูมิ			NA
15.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มียาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์			NA
16.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ทุติยภูมิ			NA
17.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์			NA
18.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคสมองอักเสบจาก Toxoplasmosis ทุติยภูมิ			NA

ต่อตารางที่ 3 ตัวชี้วัดทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดทางเลือก (KPI)	N (n ¹)	n (n ¹)	ร้อยละ (%)
19.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการป้องกันโรคสมองอักเสบจากToxoplasmosis ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์			NA
20.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการป้องกันโรค MAC ทุติยภูมิ			NA
21.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการป้องกันโรค MAC ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์			NA
22.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอดจากการคัดกรองได้รับการรักษา			NA
22.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค	21	21	100
23.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	74	68	91.9
24.	ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการคัดกรองอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	8	8	100
25.	ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อซิฟิลิส	8	8	100
26.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจซิฟิลิสเป็นผลบวกได้รับการรักษา			NA
27.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองในได้รับการรักษา			NA
28.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม	1	1	100
29.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4< 100 cells/mm ³ ได้รับการตรวจหรือส่งต่อเพื่อคัดกรอง CMV Retinitis	10	9	90
30.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจพบ CMV Retinitis ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ			NA
31.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	22	21	95.5
32.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการดูแลการรักษาหรือส่งต่อ			NA
33.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี			NA
34.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการติดตามการรักษาหรือส่งต่อ			NA
35.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่	74	73	98.6
36.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินการใช้สารเสพติด	74	73	98.6
37.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน	74	72	97.3
38.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้รับการปรึกษาหรือส่งต่อในปีที่ประเมิน	11	11	100
39.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลหรือการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง	74	73	98.6
40.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลหรือการให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส	74	73	98.6
41.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ ในปีประเมินที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	29	29	100
42.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการเปิดเผยเลือดกับคู่นอนประจำ	2	2	100
43.	คู่นอนประจำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ทราบผลเลือด ได้รับการตรวจเลือดเอชไอวี	4	4	100
44.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีคู่นอนประจำ ในปีประเมินได้รับการแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว	29	29	100
45.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวในปีประเมินที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	7	7	100

ตารางที่ 3
ตัวชี้วัดทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วิจารณ์

จากการศึกษาประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T version 5.3 (NAP) ศูนย์เฉลิมพระเกียรติอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2553 ผู้วิจัยได้พบประเด็นสำคัญ-ที่ควรนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

จากตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัดพบว่าตัวชี้วัดในตัวชี้วัดที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจ CD4 Baseline ทำได้เพียงร้อยละ 4.5 และในตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน ทำได้ร้อยละ 79.5 จากการประเมินในที่ทำงานด้าน ARV พบว่าปัจจัยหลักคือการสร้างความตระหนักให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องของการติดตามผล CD4 ทำให้เมื่อมีอาการดีขึ้นหลังจากกินยาจะไม่ค่อยให้ความสำคัญ-กับการตรวจติดตามผล สาเหตุอีกอย่างคือการที่โรงพยาบาลไม่สามารถตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการได้เอง ต้องมีการส่งไปตรวจที่สถาบันบำราศนราดูรทุกเดือน ทำให้บางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มาช้ากว่าเวลานัดอาจเจาะเลือดไม่ทันทำให้ต้องรอนัดใหม่ในเดือนต่อไป รวมไปถึงการที่ผู้รับผิดชอบในการติดตามมีเพียงคนเดียว ทำให้บางครั้งอาจทำให้ระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาภรณ์ กั--าคำและคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งทำการศึกษาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ พบว่าการตรวจติดตามระดับ CD4 เป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่ง HIVQUAL-T ให้ความสำคัญ-โดยการตรวจวัดระดับ CD4 ควรได้รับการตรวจติดตาม 2 ครั้ง/ปี ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละ 33.3 ได้รับการตรวจติดตาม CD4 2 ครั้ง/ปี ซึ่งในทางปฏิบัติในคลินิกโรคเอดส์จะมีการนัดผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามระดับ CD4 อย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือนหลัง

จากได้รับยา ปัจจัยหลักที่อาจเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตาม CD4 2 ครั้ง /ปี อยู่ในเกณฑ์แต่ยังสูงกว่าการศึกษาในประเทศเอธิโอเปียที่พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้ง หลังรับยา 6 เดือนหรือ 2 ครั้ง/ปีพบเพียงร้อยละ 20.8⁽¹¹⁾ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่-เมื่อรับประทานยาต้านไวรัส จะมีสุขภาพที่ดีขึ้นจึงเริ่มออกไปทำงานที่ต่างจังหวัด ทำให้บางครั้งขาดนัดตรวจเลือด ซึ่งเมื่อขาดนัดแล้วรอบของการเจาะเลือดจะเลื่อนออกไป สอดคล้องกับการวิจัยของชนิษฐา วลีสพงษ์⁽¹²⁾ เรื่องการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตาม CD4 ปีละครั้ง ร้อยละ 37.4 และได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 43.5 สาเหตุจากจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์และมีระบบการบันทึกที่ไม่มีการสนับสนุนฐานข้อมูลเอชไอวี /เอดส์ แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนมีทีมยาต้านไวรัสที่จะดูแลผู้ป่วยเอชไอวี เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ทำงานสำหรับผู้ป่วยที่คัดกรอง โดยทั่วไปเป็นผู้รับผิดชอบในการทบทวนและตรวจสอบ CD4 โดยมีเจ้าหน้าที่เพียงหนึ่งคนที่จะทำงานนี้ ดังนั้นระบบจึงไม่มีประสิทธิภาพ การขาดระบบการติดตามการทดสอบในห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

ตัวชี้วัดหลักที่ทำได้ดีคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ที่ร้อยละ 94.4 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สูงเนื่องจากทีมที่เข้ามาช่วยในการจัดคลินิก ARV ส่วนหนึ่งมาจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีการนัดหมายวันที่แน่นอนและจัดให้มีการตรวจพร้อมกันในวันเดียว ซึ่งต่างจากการวิจัยของ ชนิษฐา วลีสพงษ์ การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผู้ป่วยหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียง ร้อยละ 10.87 ส่วนในตัวชี้วัดทางเลือกซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่มีปัญหาในเรื่องของความสมบูรณ์ของข้อมูลเนื่องจากต้องมี

การโอนข้อมูลจากโปรแกรมNAPHA EXTENSION ในช่วงแรกเนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่มีจำนวนมากแต่มีผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลคนเดียวทำให้ข้อมูลบางตัวผิดพลาดในตัวเลขทางเลือกจึงไม่สามารถแปลผลข้อมูลได้ขอเสนอแนะ

1. ผลการประเมินคุณภาพการติดตามรักษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์อยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตามยังมีส่วนที่ยังต้องปรับปรุงคุณภาพในเรื่องของการตรวจติดตามผล CD4 ที่ยังต่ำกว่า 50 percentile ควรมีการทำวิจัยในเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง รวมไปถึงมีการทำงานเชิงคุณภาพโดยปรับให้คนไข้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ปรับไบนัด ให้ผู้ป่วยสามารถดูวันนัดเจาะเลือดครั้งต่อไปได้ รวมถึงการจดบันทึกการนัดหมายในการส่งตรวจ CD4 ของผู้ป่วย ก่อนถึงวันนัดจะมีการโทรติดตามผู้ป่วยเพื่อยืนยันการเข้ารับการตรวจ

2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วยหญิงอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อผู้หญิงที่เข้าเกณฑ์ต้องตรวจคัดกรองจึงพร้อมที่จะตรวจคัดกรองรวมไปถึงการให้ความรู้ในเรื่องของการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

3. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่องศูนย์เฉลิมพระเกียรติออกเยี่ยมผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ โดยทีมที่เป็นแกนนำผู้ติดเชื้อจะประชุมเพื่อคัดเลือกผู้ที่จะลงเยี่ยมในแต่ละครั้ง แต่ยังขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องจึงควรมีการวางแผนการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลร่วมกับองค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย ,2553
2. ขนิษฐา วลีพงษ์. การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์ ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2551
3. พิระมณ นิงสานนท์. คุณภาพดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศในประเทศไทย. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553. www.CQIHIV.com(25 กรกฎาคม 2554)
4. วินัย สวัสดิ์วร .คุณภาพดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศในประเทศไทย. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2553. www.CQIHIV.com (25 กรกฎาคม 2554)
5. จิตรลดา อุทัยพิบูลย์. คู่มือการใช้โปรแกรม HIVQUAL-Tสำหรับพัฒนาคุณภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์, 2553.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. มาตรฐานกรมควบคุมโรคต้านโรคเอดส์สำหรับสถานบริการสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ มหานคร โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2553.
7. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุลและคณะ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2: กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ,2544.
8. http://www.trcarc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=62
9. <http://hivliveplus.blogspot.com/2009/08/human-immunodeficiency-virus-hiv-20-50.html>
10. จุฬารัตน์ กั--คำและคณะ . คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. การประชุมวิชาการ The 4th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2012 "Pharmacy Profession in Harmony". คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หน้า 61-71
11. Alemaychu YK, Bushen OY, Muluneh AT. Evaluation of HIV/AIDS clinical care quality: the case of a referral hospital in North West Ethiopia. Int J Qual Health Care. 2009; 21: 356-62
12. ขนิษฐา วลีพงษ์. การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์ ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2551

การควบคุมลูกน้ำยุงรำคาญ โดยใช้ Novaluron ในแหล่งน้ำขัง

Culex spp. Mosquito Larva Control by Applying Novaluron in Polluted Water

เสียงธรรมวิมล โรจน์ฤทธิ์* วท.บ. (จุลชีววิทยา)	Siangdhamvimol Rojruthai* B.Sc. (Microbiology)
รุจิรา กลั่นเรืองแสง* วท.บ. (สุขศึกษา)	Rujira Klunreaungsang* B.Sc. (Health Education)
สุวรรณ อติชัยมนตรี* กศ.ม. (สุขศึกษา)	Suwan Adisaimontri* M.Ed. (Health Education)
ยุทธนา สามัง** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)	Yudthana Samung** M.Sc. (Public Health)
บุญณภัสสร บุ-จุน*** รป.ม.	Bunputsorn Bunjun*** M.P.A.
(นโยบายสาธารณะและการบริหารโครงการ)	(Public Policy and Project Management)
ชุบ เลิศวิธ***	Chub Leardvitee***
*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ	*Office of Disease Prevention and control 1, Bangkok
**ภาควิชากีฏวิทยาการแพทย์	**Department of Medical Entomology,
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล	Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University
***เทศบาลเมืองเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	***Sena Municipality, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

บทคัดย่อ

ความชุกชุมยุงรำคาญในเขตเทศบาลเมืองเสนายังคงสูงอยู่มาก แม้จะมีการพ่นสารเคมีกำจัดยุงแล้ว เนื่องจากยังมีน้ำเน่าขังบริเวณใต้ถุนบ้านซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงรำคาญอยู่ทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จึงทำการศึกษาการใช้สาร Novaluron เพื่อควบคุมลูกน้ำยุงรำคาญในแหล่งน้ำเน่าขังบริเวณบ้านพักอาศัย หลังฉีดพ่นสารดังกล่าวขนาดปริมาณสารออกฤทธิ์ 10 มิลลิกรัม/ตารางเมตร สามารถลดความชุกชุมลูกน้ำยุงรำคาญระยะ 2 - 4 และตัวไม่ได้อายุละ 50 ภายใน 24 ชั่วโมง และมีฤทธิ์ตกค้างในการยับยั้งการลอกคราบของลูกน้ำในแหล่งน้ำขังไม่ให้เกิดระยะยุงตัวเต็มวัยนาน 4 สัปดาห์ การใช้สาร Novaluron ฉีดพ่นในแหล่งน้ำเน่าขัง เป็นวิธีการทางเลือกหนึ่งในการควบคุมลูกน้ำยุงรำคาญ แม้ว่าสารนี้มีความปลอดภัยต่อสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม แต่มีผลต่อสัตว์จำพวกครัสเตเชียน เช่น ปู กุ้ง ไรน้ำ และตัวอ่อนแมลงอื่นๆ ที่ไม่ต้องการกำจัด เป็นต้น

Abstract

The *Culex* spp. mosquito density in Sena municipality was still so high even the space spraying was carried out because mosquito breeding place, polluted water was abundant. The Office of Disease Prevention and Control 1, Bangkok applied Novaluron to control *Culex* spp. mosquitoes larvae. After treated with 10 mg. (a.i.) Novaluron /m² in polluted water, the 2nd - 4th instar larvae and pupae were reduced to 50% in 24 hours and inhibit of emergence effect was persisted for 4 weeks. Novaluron was an alternative method to control *Culex* spp. mosquitoes larvae. However, even through this substance was safe to mammals and environmental friendliness but it had an inhibit effect to chitin sheet development in some animals such as crabs, shrimps, water fleas and non-target immature stages of aquatic insects, etc

ประเด็นสำคัญ-	Keywords
โนวาโลรอน สารยับยั้งการลอกคราบ	Novaluron, Insect growth regulator,
การควบคุมลูกน้ำยุงรำคาญ	<i>Culex</i> spp. larvae Control

บทนำ

เนื่องจากเทศบาลเมืองเสนาได้รับเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญจากยุงกลางคืนรบกวน แม้ว่าได้วางแผนออกพ่นสารเคมีกำจัดยุงอย่างต่อเนื่อง แต่ความชุกชุมของยุงรำคาญ-ไม่ลดลง⁽¹⁾ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ได้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าวทำการสำรวจสภาพแวดล้อมในเขตเทศบาล ซึ่งลักษณะเป็นชุมชนเมืองขนาดเล็ก บริเวณที่พื้กออาศัยพบว่ามีน้ำทิ้งจากบ้านเรือนท่วมขังบริเวณใต้ถุนซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงรำคาญอยู่ทั่วไป จึงแนะนำให้เทศบาลเมืองเสนา ดำเนินการควบคุมลูกน้ำควบคู่กับการพ่นสารเคมีกำจัดยุง โดยเลือกสาร Novaluron ซึ่งมีผลการศึกษาของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยืนยันว่าให้ผลดีในการกำจัดลูกน้ำในแหล่งน้ำสกปรกมาใช้ควบคุมลูกน้ำในพื้นที่นี้ Novaluron มีชื่อเรียกทางเคมีตามระบบ IUPAC: (+)-1-[3-chloro-4-(1,1,2-trifluoro-2-trifluoromethoxyethoxy)phenyl]-3-(2,6-difluorobenzoyl)urea และสูตรทางเคมี: $C_{17}H_{10}ClF_5N_2O_4$ จากรายงานของ FAO/WHO ปี 2003 ระบุว่าสารชนิดนี้สามารถกำจัดศัตรูพืชได้หลากหลายชนิด จึงมีการใช้อย่างกว้างขวางในแปลงปลูกพืชจำพวกฝ้าย ถั่วเหลือง ข้าวโพด ไม้ผล พืชตระกูลส้ม มันฝรั่ง และพืชผัก ส่วนการนำมาใช้กำจัดลูกน้ำยังอยู่ระหว่างการประเมินโดย WHOPEs⁽³⁾ Novaluron เป็นสารสังเคราะห์ในกลุ่ม Insect-growth regulator (IGR) มีคุณสมบัติการระเหยเป็นไอและละลายน้ำได้น้อย มีความคงตัวดีในน้ำที่อุณหภูมิ 25°C ระดับ pH 5 - 7 หากระดับ pH ต่ำหรือสูงกว่าจะสลายตัวอย่างช้าๆ Novaluron มีพิษน้อยต่อสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม นก ปลา ไส้เดือน แมลงตัวเต็มวัย และพืชน้ำ การออกฤทธิ์ต่อแมลงเป้าหมายจะยับยั้งการสร้างสารไคติน (Chitin synthesis inhibitors) ทำให้ตัวอ่อนของแมลงตายในขณะลอกคราบ^(4,5) ผลการศึกษาภาคสนามในประเทศไทยโดย Mulla และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าการควบคุมยุงลาย *Ae. aegypti* ในโอ่งดินเผาโดยใช้ความเข้มข้น 0.5-1 มิลลิกรัม/ลิตร สามารถยับยั้งการลอกคราบเป็นยุงได้

ร้อยละ 86-96 นานถึง 190 วัน หากใช้ความเข้มข้นที่ต่ำลง 10-20 ไมโครกรัม/ลิตร ก็สามารถยับยั้งการลอกคราบเป็นยุงได้ร้อยละ 80-100 นานประมาณ 60 วัน⁽⁶⁾ ส่วนยุงรำคาญ-การใช้ Novaluron 10 มิลลิกรัม/1 ตารางเมตร สามารถควบคุมลูกน้ำยุงรำคาญ-ได้นาน 3-7 สัปดาห์⁽⁷⁾ ปี 2006 WHOPEs แนะนำให้ใช้ Novaluron ควบคุมลูกน้ำยุงโดยกำหนดปริมาณสารออกฤทธิ์ที่ใช้ควบคุมลูกน้ำเท่ากับ 10-100 กรัม/เฮกตาร์⁽⁸⁾ ซึ่งสามารถนำใช้ได้อย่างปลอดภัยเพราะยังไม่พบสิ่งบ่งชี้ว่าสาร Novaluron ทำให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรมเป็นสารก่อมะเร็งหรือมีผลต่อการเจริญ-พัฒนาการของมนุษย์⁽⁹⁾ เนื่องจากสารเคมีชนิดนี้ยังมีข้อมูลการศึกษาภาคสนามในประเทศไทยน้อย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จึงทำการศึกษาการใช้สาร Novaluron ในแหล่งน้ำเน่าขังบริเวณบ้านพักอาศัยเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน 2553 เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการนี้ควบคุมลูกน้ำในแหล่งน้ำขังบริเวณบ้านพักอาศัยอย่างเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงทดลองภาคสนาม ชนิดกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้การวัดผลหลายช่วงเวลาก่อนและหลังการทดลอง (Non - Equivalent Control Group Pretest - Posttest Time Series Design) โดยเลือกที่จะทำการศึกษาในพื้นที่เทศบาลเมืองเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีพื้นที่ประมาณ 1.2 ตารางกิโลเมตร ประชากรจำนวน 4,338 คน บ้านที่อยู่อาศัย จำนวน 1,326 หลังคาเรือน สภาพพื้นที่เป็นชุมชนเมืองประกอบด้วยพื้นที่พื้กออาศัย 210 ไร่ พื้นที่พาณิชย์กรรม 130 ไร่ พื้นที่ตั้งหน่วยงานรัฐและสถานศึกษา 75 ไร่ พื้นที่ว่าง 85 ไร่⁽²⁾ เนื่องจากประสบปัญหา-ยุงรำคาญ-มีความชุกชุมสูงและยังมีแหล่งน้ำขังเป็นที่เพาะพันธุ์ของยุงรำคาญ-จำนวนมาก

การคัดเลือกพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม

โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจงในพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นแหล่งน้ำขังใต้ถุนบ้านตลอดทั้งปี มีรูปร่างขนาดที่ใกล้เคียงกัน และตั้งอยู่ไม่ห่างไกลกันมากนักภายในเขตเทศบาลเมืองเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เครื่องมือในการศึกษา สารเคมีที่ใช้ Novaluron 10% w/v EC เครื่องพ่นสารเคมีที่ใช้เป็นชนิดพ่นฝอยละเอียด (ULV) แบบสเปพายหลังนำมาดัดแปลงโดยถอดหัวพ่นออกจึงมีอัตราการพ่นเฉลี่ย 12 ลิตร/ชั่วโมง และเก็บตัวอย่างลูกน้ำโดยใช้กระบายตักน้ำ

ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 15 เซนติเมตร ความจุ 1.2 ลิตร ต่อตัวยาว 1.5 เมตร

วิธีการศึกษา มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สำรวจแหล่งน้ำขังใต้ถุนบ้านพื้นที่ที่ทดลองใช้สาร Novaluron และพื้นที่ควบคุม ซึ่งไม่ได้ฉีดพ่นสารดังกล่าวในเทศบาลเมืองเสนาเขต ข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยทำการวัดขนาดพื้นที่และความลึกของน้ำ เพื่อคำนวณหาขนาดพื้นที่และระดับความลึกเฉลี่ยของแหล่งน้ำขัง ดังภาพ 1

ภาพ 1 บนการสำรวจขนาดและความลึกเฉลี่ยของพื้นที่น้ำขังใต้ถุนบ้านในเขตชุมชนเทศบาลเมืองเสนาเขต ข ล่างการฉีดพ่นสารละลายเจือจางที่เตรียมเสร็จลงบนพื้นผิวน้ำขังใต้ถุนบ้าน



2. สำรวจความชุกชุมของลูกน้ำในแหล่งน้ำขังใต้ถุนบ้านบริเวณพื้นที่ที่ทดลอง และพื้นที่ควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 (ก่อนจะฉีดพ่นสาร Novaluron 2 ซม.) โดยใช้กระบายตักน้ำสุ้มเก็บตัวอย่างให้ทั่วพื้นผิวน้ำทุกด้าน ด้วยวิธีจ้วงตักน้ำขึ้นมานับจำนวนลูกน้ำหาค่าเฉลี่ยจำนวนตัวต่อจ้วง และนำตัวอย่างลูกน้ำที่

นับเสร็จพร้อมกับน้ำจากแหล่งน้ำทั้ง 2 แห่งกลับมาเลี้ยงต่อที่ห้องปฏิบัติการเป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ให้ลูกน้ำเจริญ-เข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัย นับจำนวนยุงที่ลอกคราบออกมาจากตัวโม่งและจำแนกชนิด โดยใช้กุ-แจยุงเพศเมีย^(10,11) ดังภาพ 2

ภาพ 2 บนการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงในแหล่งน้ำขัง ล้างพบลูกน้ำและลูกน้ำ *Lutzia fuscana* กำลังกินเหยื่อ

3. ผสมสาร Novaluron กับน้ำประปาในถังผสมสารเคมีแล้วใช้ไม้พายคนให้เข้ากัน จากนั้นจึงเทผ่านกรวยกรองลงในถังบรรจุสารเคมีของเครื่องพ่นก่อนจะฉีดพ่นลงบนผิวน้ำให้ทั่วบริเวณแหล่งน้ำขังด้วยอัตราการใช้ Novaluron 10% w/v ปริมาตร 1 มิลลิลิตร/10 ตารางเมตร

4. สำรวจความชุกชุมลูกน้ำในพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมหลังจากฉีดพ่นสาร Novaluron ไปแล้ว 24 ชั่วโมง และสำรวจทุกๆสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 - 14 โดยดำเนินการเช่นเดียวกับการสำรวจในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

5. หาข้อมูลปริมาณน้ำฝนและอุณหภูมิในพื้นที่ระหว่างทำการศึกษาทางอินเตอร์เน็ตจากกรมอุตุนิยมวิทยา สังเกตการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในระหว่างที่ปฏิบัติงาน เช่น สภาพแหล่งน้ำขัง ปลาในน้ำ พืชน้ำ ต้นไม้ที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำขัง

การวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลการเก็บตัวอย่างลูกน้ำในแต่ละสัปดาห์เปรียบเทียบกับช่วงก่อนและหลังการใช้สาร Novaluron ในพื้นที่ทดลอง และในช่วงเวลาเดียวกันในพื้นที่ควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ เป็นต้น

ผลการศึกษา

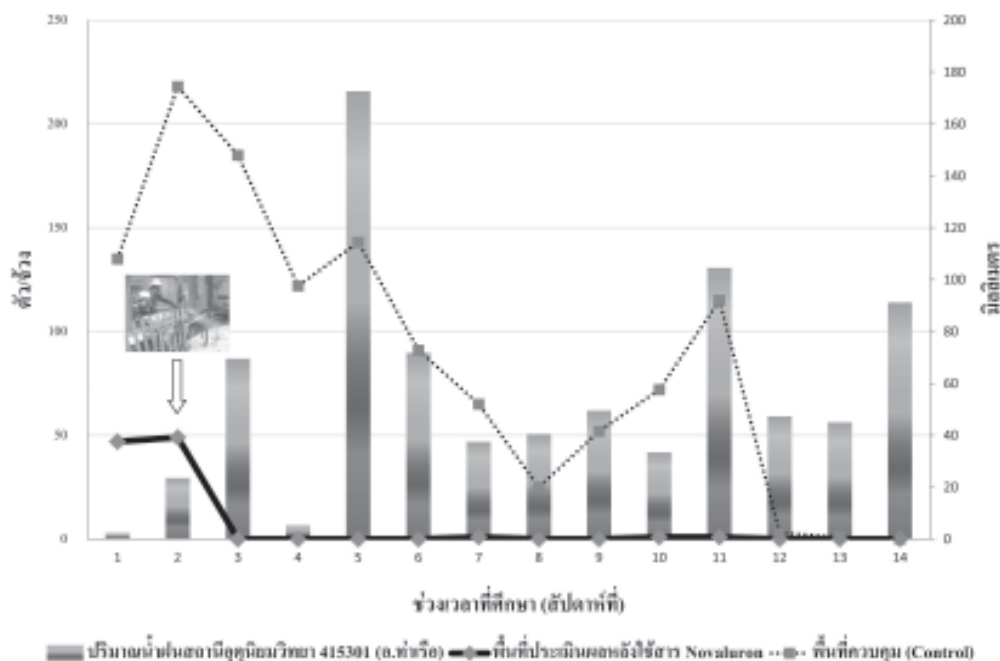
1. แหล่งน้ำขังพื้นที่ทดลองใช้สาร Novaluron มีเนื้อที่ 436 ตารางเมตร ระดับน้ำลึกเฉลี่ย 59 เซนติเมตร การสำรวจโดยใช้กระบวยตักน้ำจ้วงตักลูกน้ำบริเวณจุดสุ่มตัวอย่าง 10 จุด (จุดละ 1 จ้วง) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 (ก่อนฉีดพ่น 2 ชม.) ความชุกชุมลูกน้ำระยะ 2 - 4 และตัวโม่่งเฉลี่ย 47 และ 49 ตัว/จ้วงตามลำดับ หลังฉีดพ่นสาร Novaluron 10% w/v ปริมาตร 44 มิลลิลิตรผสมน้ำ 10 ลิตรลงในแหล่งน้ำขัง (ปริมาณสารออกฤทธิ์เท่ากับ 10 มิลลิกรัม/ตารางเมตร) ความชุกชุมของลูกน้ำลดลงถึงร้อยละ 50 ภายใน 24 ชม. และมีความชุกชุมต่ำตลอดระยะเวลาติดตามผลการศึกษาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 - 11 (รวม 9 สัปดาห์) ในขณะที่แหล่งน้ำขังพื้นที่ควบคุม มีเนื้อที่ 171 ตร.ม. ระดับน้ำลึกเฉลี่ย 40 ซม. การสำรวจโดยใช้กระบวยตักน้ำจ้วงตักลูกน้ำบริเวณจุดสุ่มตัวอย่าง 4 จุด (จุดละ 1 จ้วง) ความชุกชุมของลูกน้ำยุงรำคาญ-ระยะ 2-4 และตัวโม่่งในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เท่ากับ 135 และ 218 ตัว/จ้วงตามลำดับ และช่วงเวลาติดตามผลการศึกษาใน

ตาราง 1 ผลการสำรวจความชุกชุมลูกน้ำและการเจริญ-พัฒนาของตัวอย่างลูกน้ำเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัยตลอดช่วงเวลาที่ประเมินผล
การใช้สาร Novaluron ควบคุมลูกน้ำยุง *Culex quinquefasciatus*

ช่วงเวลา (สัปดาห์ที่)	ความชุกชุมลูกน้ำในแหล่งน้ำขัง				ลูกน้ำจากพื้นที่ศึกษาสามารถ เจริญพัฒนาเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัยได้	
	ระยะ 2-4 และตัวโม่่ง (ตัว/จัวง)		ระยะ 1 (พบ/ไม่พบ)		พื้นที่ประเมิน	พื้นที่ควบคุม
	พื้นที่ประเมิน	พื้นที่ควบคุม	พื้นที่ประเมิน	พื้นที่ควบคุม		
1	47	135	พบ	พบ	ใช่	ใช่
2	49	218	พบ	พบ	ใช่	ใช่
หลังพ่นสาร Novaluron 24 ชม.	24	92	พบ	พบ	ใช่	ใช่
3	0	185	พบ	พบ	ไม่ใช่	ใช่
4	0	122	ไม่พบ	พบ	ไม่ใช่	ใช่
5	0	143	ไม่พบ	พบ	ไม่ใช่	ใช่
6	0	91	พบ	พบ	ไม่ใช่	ใช่
7	1	65	ไม่พบ	พบ	ใช่	ใช่
8	0	25	พบ	พบ	ใช่	ใช่
9	0	52	พบ	พบ	ใช่	ใช่
10	1	72	ไม่พบ	พบ	ใช่	ใช่
11	1	115	พบ	พบ	ใช่	ใช่
12	0	3	พบ	ไม่พบ	ใช่	ใช่
13	0	1	ไม่พบ	ไม่พบ	-	ใช่
14	0	0	ไม่พบ	ไม่พบ	-	-

สัปดาห์ที่ 3 - 11 (รวม 9 สัปดาห์) ความชุกชุมลูกน้ำยุง เนื่องจากฝนตกชุก ต่อเนื่องมาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 ทำให้
ระยะ 2-4 และตัวโม่่งมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ ส่วน ระดับน้ำในแหล่งน้ำขังสูงขึ้นมากและไหลล้นออกไปภายนอก
สัปดาห์ที่ 12 - 14 ความชุกชุมลูกน้ำทั้งในส่วนของ ดังตาราง 1 และ กราฟ 1
พื้นที่ที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมอยู่ในระดับต่ำมาก

กราฟ 1 ความชุกชุมของลูกน้ำยุง *Culex quinquefasciatus* และปริมาณน้ำรายสัปดาห์



2. ตัวอย่างลูกน้ำจากพื้นที่ทดลองสัปดาห์ที่ 1 และ 2 การลอกคราบของลูกน้ำเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัยเป็นไปตามปกติ แต่หลังจากฉีดพ่นสาร Novaluron ไปแล้วในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 (หลังฉีดพ่น 1 และ 4 สัปดาห์) พบว่าลูกน้ำระยะ 1 ที่เลี้ยงไว้ตายก่อนจะลอกคราบเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัย แต่เมื่อเวลาผ่านสัปดาห์ที่ 6 แล้วการลอกคราบของลูกน้ำเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัยก็เกิดขึ้นตามปกติ ยุงทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นเพศผู้ 549 ตัว ส่วนเพศเมียเป็นยุง *Cx. quinquefasciatus* จำนวน 551 ตัว ร้อยละ

99.82 และยุง *Cx. vishnui* จำนวน 1 ตัว ร้อยละ 0.18 ในขณะที่ตัวอย่างลูกน้ำจากพื้นที่ควบคุมที่นำมาเลี้ยงในห้องปฏิบัติการสามารถลอกคราบเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัยได้ตามปกติ ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษายุงทั้งหมด ที่เกิดมาเป็นเพศผู้ 2,153 ตัว ส่วนเพศเมียเป็นยุง *Cx. quinquefasciatus* จำนวน 2,192 ตัว ร้อยละ 99.86 และยุง *Lt. fuscana* จำนวน 3 ตัว ร้อยละ 0.14 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ผลการเพาะเลี้ยงตัวอย่างลูกน้ำที่เก็บมาจากพื้นที่ศึกษาในห้องปฏิบัติการตลอดช่วงเวลาที่ประเมินผลการใช้สาร Novaluron ควบคุมลูกน้ำยุง *Culex quinquefasciatus*

ช่วงเวลา (สัปดาห์ที่)	พื้นที่ประเมิน			พื้นที่ควบคุม		
	ระยะ 2 - 4	ระยะตัวโม่ง	ยุงที่ลอกคราบ (ตัว)	ระยะ 2 - 4	ระยะตัวโม่ง	ยุงที่ลอกคราบ (ตัว)
1	355	111	289	429	119	380
2	380	112	492	813	60	631
หลังพ่นสาร	186	53	72	315	54	369
Novaluron 24 ชม.						
3	0	0	0	680	61	415
4	0	0	0	324	162	340
5	0	0	0	455	115	508
6	1	0	0	354	11	319
7	10	0	5	202	59	244
8	0	0	0	62	36	80
9	4	0	4	205	4	209
10	10	0	7	253	34	263
11	9	0	9	448	11	289
12	1	1	2	11	1	11
13	0	0	0	4	0	4
14	0	0	0	0	0	0

3. สภาพภูมิอากาศที่อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา หลังฉีดพ่นสาร Novaluron ในพื้นที่ทดลองเริ่มมีฝนตกตั้งแต่ต้นเดือนกรกฎาคม 2553 แต่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงต้องใช้ข้อมูลจากสถานีฝนพระนครศรีอยุธยา 415301 (อำเภอท่าเรือ) ที่อยู่ใกล้เคียงมาวิเคราะห์แทน ตลอดช่วงเวลาศึกษามีฝนตกอย่างต่อเนื่องในปริมาณที่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์ หากสัปดาห์ใดมีปริมาณน้ำฝนมากจะส่งผลให้ความชุกชุมลูกน้ำบริเวณพื้นที่ควบคุมลดลงในสัปดาห์ถัดไป หากสัปดาห์ใดปริมาณน้ำฝนน้อยก็จะส่งผลกลับกัน ส่วนอุณหภูมิอากาศวัดที่สถานีเดียวกันมีแนวโน้มลดลงช้าๆ

อย่างต่อเนื่องจากสัปดาห์ที่ 2 อุณหภูมิสูงสุด 38.0°C ต่ำสุด 23.7°C ถึงสัปดาห์ที่ 14 อุณหภูมิสูงสุด 33.5°C ต่ำสุด 21.8°C ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของสภาพอากาศในรอบปีตั้งแต่ช่วงต้นฤดูฝนเข้าสู่ช่วงปลายฤดูฝน

4. จากการสังเกตในระหว่างที่ศึกษาไม่พบการเปลี่ยนแปลงผิดปกติเกิดขึ้นกับปลา (ปลาช่อน ปลาทอม) พืชน้ำอย่างเช่น แหน วัชพืช ไม้พุ่ม หรือไม้ยืนต้นบริเวณแหล่งน้ำขังใต้ถุนบ้านในพื้นที่ทดลองใช้สาร Novaluron ควบคุมลูกน้ำ และพื้นที่ควบคุม แต่พบการเปลี่ยนแปลงของความขุ่นและปริมาณน้ำที่เพิ่มขึ้น ในแหล่งน้ำขัง

ทั้งสองแห่งเพราะมีฝนตกชุกต่อเนื่องหลังจากฉีดพ่นสาร Novaluron ไปจนกระทั่งสิ้นสุดระยะเวลาทำการศึกษารวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม จากประชาชนที่พักอาศัยอยู่บริเวณพื้นที่ทั้งสองแห่งว่าช่วงที่มีฝนตกหนักระดับน้ำที่ขังอยู่ใต้อาคารบ้านจะเพิ่มสูงขึ้น และไหลล้นออกไปตามทางระบายน้ำ

วิจารณ์

แหล่งน้ำขังใต้อาคารบ้านบริเวณพื้นที่ฉีดพ่นสาร Novaluron มีขนาดไม่กว้างพื้นที่ที่ควบคุม 2.4 ไร่ และระยะทางห่างกันไม่เกิน 200 เมตร ลักษณะเป็นพื้นที่ต่ำทั้งคู่จึงเป็นที่รวมของน้ำทั้งจากอาคาร บ้านเรือน ซึ่งไหลมาตามทางระบายน้ำด้านหนึ่ง เมื่อน้ำเพิ่มสูงได้ระดับจึงจะไหลออกไปตามทางระบายน้ำอีกด้านหนึ่ง จึงเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงรำคาญ การสำรวจครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็น *Cx. quinquefasciatus* ซึ่งยุงชนิดนี้เป็นพาหะนำโรคเท้าช้างชนิด *Wuchereria bancrofti* ในประเทศเมียนมาร์⁽¹²⁾ และนำโรค West Nile virus ในทวีปอเมริกาเหนือ⁽¹³⁾ มีนิสัยชอบกินทั้งเลือดคนและสัตว์ มักหากินในเวลากลางคืนทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ในเวลากลางวันบางส่วนจะเกาะพักภายในบ้านตามมุมอับในช่อง สิ่งปกคลุม ท่อระบายน้ำ บางส่วนเกาะพักนอกบ้านตามพุ่มไม้ โพรงไม้ในป่า⁽⁴⁾ แหล่งเพาะพันธุ์ชอบวางไข่ในน้ำที่มีอินทรีย์สารสูงประเภทน้ำที่จากชุมชน ท่อระบายน้ำ แอ่งรับน้ำโสโครก บ่อสิ่งปฏิกูล แหล่งน้ำเสียที่พบได้ทั่วไปในเขตชุมชนเมือง และยังสามารถเพาะพันธุ์ในภาชนะซึ่งน้ำรอบๆบ้าน เช่น โอ่งน้ำ กระป๋องที่ไม่ใช้ และยางรถยนต์⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ ส่วนลูกน้ำยุงชนิดอื่นๆ ที่ตรวจพบมีจำนวนน้อยมากได้แก่ *Cx. vishnui* เป็นยุงพาหะนำโรค West Nile virus ในประเทศอินเดีย⁽¹⁸⁾ และ *Lt. fuscana* ระยะยุงตัวเต็มวัยชอบกินเลือดสัตว์ปีก มากกว่าเลือดคน ในสภาพธรรมชาติระยะลูกน้ำจะล่าลูกน้ำและแมลงชนิดอื่นกินเป็นอาหาร (Pre-dation) พบได้น้อยจึงไม่มีผลต่อการลดลงของลูกน้ำยุงอื่นๆ ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ การฉีดพ่นสาร Novaluron ลงบนพื้นผิวน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างทั่วถึง โดยควบคุมปริมาณสารออกฤทธิ์เท่ากับ 10 มิลลิกรัม/ตารางเมตร

สามารถลดความชุกชุมลูกน้ำ *Cx. quinquefasciatus* ระยะ 2 - 4 และตัวโม่ลงได้ร้อยละ 50 ภายใน 24 ชั่วโมง และมีฤทธิ์ตกค้างในการยับยั้งการลอกคราบของลูกน้ำในแหล่งน้ำขังไม่ให้เจริญเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัยนาน 4 สัปดาห์ และยังส่งผลต่อการควบคุมลูกน้ำให้อยู่ในระดับต่ำอย่างต่อเนื่องต่อไปอีก 5 สัปดาห์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Apiwat และคณะ⁽⁷⁾ ที่ใช้สาร Novaluron ควบคุมลูกน้ำ *Cx. quinquefasciatus* ในแหล่งน้ำขังทำให้มีความชุกชุมอยู่ในระดับต่ำได้นาน 3 - 7 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ มีปัจจัยแทรกซ้อนคือ น้ำฝนพัดพาลูกน้ำยุงรำคาญส่วนหนึ่งออกไปทุกครั้งที่ฝนตกหนัก จึงทำให้ความชุกชุมลูกน้ำทั้งในพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมลดลง การศึกษาประเมินผลการใช้สาร Novaluron ในครั้งนี้ไม่พบความผิดปกติเกิดขึ้นกับปลา และพืชน้ำใน พื้นที่ศึกษาเป็นไปตามข้อสรุปขององค์การอนามัยโลก และรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมา^(5,7) แต่ยังคงคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตบางชนิดที่ไม่ต้องการกำจัด (non-target organism) คือ เป็นพิษต่อสัตว์ที่มีเปลือกแข็งหุ้ม (Crustacean) จำพวก กุ้ง ปู ไส้เดือน แมลงตัวอื่นๆ ที่ไม่ต้องการกำจัด และสัตว์ไม่มีกระดูกสันหลังในน้ำ^(4,5)

สรุปผล

การใช้สาร Novaluron ฉีดพ่นควบคุมลูกน้ำ *Cx. quinquefasciatus* ในแหล่งน้ำขังใต้อาคารบ้าน สามารถลดความชุกชุมลูกน้ำระยะ 2-4 และตัวโม่ลงได้ร้อยละ 50 ภายใน 24 ชั่วโมง และมีฤทธิ์ตกค้างในการยับยั้งการลอกคราบของลูกน้ำในแหล่งน้ำขังไม่ให้เจริญเข้าสู่ระยะยุงตัวเต็มวัยนาน 4 สัปดาห์ จึงถือเป็นมาตรการที่ได้ผลดี

ข้อเสนอแนะ

สาร Novaluron สามารถนำมาใช้ในการกำจัดลูกน้ำในแหล่งน้ำขังซึ่งมีสภาพเป็นน้ำเสีย หรือน้ำสกปรกได้ดี มีฤทธิ์ตกค้างนาน แต่เป็นอันตรายต่อตัวอ่อนแมลงชนิดอื่นๆ สัตว์จำพวก กุ้ง ปู และไรน้ำด้วย หากใช้

อย่างไม่ระมัดระวังจะส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหารในระบบนิเวศได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ในแหล่งน้ำธรรมชาติ รวมทั้งการปนเปื้อนในแหล่งน้ำธรรมชาติ การใช้สารยับยั้งการเจริญ-เพื่อกำจัดลูกน้ำในแหล่งน้ำซึ่งควรพิจารณาเป็นทางเลือกสุดท้ายเมื่อไม่สามารถใช้วิธีการอื่นซึ่งเป็นวิธีการจัดการอย่างถาวร วิธีการทางกายภาพ เช่น การปรับสภาพแวดล้อมให้ไม่เกิดแหล่งน้ำขังด้วยการกลบ ถม พื้นที่ที่เป็นหลุม เป็นบ่อ เป็นแอ่งรับน้ำ หรือปรับปรุงระบบทางระบายน้ำ หรือวิธีการทางชีวภาพ เช่น การปล่อยปลาผิวน้ำขนาดเล็ก เป็นต้น

การศึกษานี้ควบคุมปริมาณสารออกฤทธิ์เท่ากับ 100 กรัม/เฮกตาร์ ซึ่งเป็นปริมาณสูงสุดที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้กับน้ำเสีย หรือเพื่อกำจัดลูกน้ำในแหล่งน้ำได้นาน สำหรับแหล่งน้ำที่ไม่ใช้น้ำเสียหรือไม่ต้องการให้มีฤทธิ์ตกค้างนานก็สามารถลดขนาดปริมาณสารออกฤทธิ์ลงได้แต่ให้อยู่ภายในอัตราที่กำหนดไว้ คือ 10-100 กรัม/เฮกตาร์ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการควบคุมลูกน้ำเมื่อใช้ในขนาดแตกต่างกันกับลักษณะแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่แตกต่างกันเพื่อกำหนดอัตราการใช้ที่เหมาะสมในแต่ละกรณี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ที่สนับสนุนการวิจัย สำหรับด้านข้อมูลวิชาการได้รับคำปรึกษาจาก ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน อาจารย์ภาควิชากีฏวิทยาการแพทย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูลปริมาณน้ำฝนและอุณหภูมิอากาศรายวันได้รับการสนับสนุนจากคุณสมควร ช่างเฒ่า เจ้าพนักงานอุตุนิยมวิทยาชำนาญงานศูนย์ ภูมิอากาศ สำนักพัฒนาอุตุนิยมวิทยา กรมอุตุนิยมวิทยา การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือร่วมแรงอย่างแข็งขันจากพนักงานของกลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ทุกคนที่ปฏิบัติงานในภาคสนามและในห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานเทศบาลเมืองเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เทศบาลเมืองเสนา (ข้อมูลสภาพทั่วไป โครงสร้างพื้นฐานและสาธารณูปโภค) [Internet]. กรุงเทพฯ: สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย; [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2555]. [7 หน้า]. จาก: <http://www.nmt.or.th/ayuthaya/sena/default.aspx>
3. WHO Specifications and Evaluations for Public Health Pesticides NOVALURON [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2009 Mar 30]; p. 11-27. Available from: http://www.who.int/whoes/quality/en/Novaluron_evaluation_Dec_2004.pdf
4. Rozendaal JA. Vector control, Methods for use by individuals and communities. [place unknown]: World Health Organization Geneva; 1997. 397 p.
5. World Health Organization. Report of the eighth WHOPES working group meeting. WHO/CDS/WHOPES/ 2005.10. 2005.
6. Mulla MS, Thavara U, Tawatsin A, Chompoonsri J, Zaim M, Su T. Laboratory and field evaluation of Novaluron a new Acylurea Insect Growth Regulator against *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae). J Vector Ecol 2003; 28(2):241-54.
7. Tawatsin A, Thavara U, Bhakdeenuan P, Chompoonsri J, Siriyasatien P, Asavadachanukorn P, et al. Field evaluation of Novaluron, a chitin synthesis inhibitor laticide, against mosquito larvae in polluted water in urban areas of Bangkok, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2007 May;38(3):434-41.
8. WHO Pesticide evaluation scheme (WHOPES). Pesticides and their application, for the control of vectors and pests of public health importance [Internet]. 6th ed. [Geneva]: Department of Con-

- trol of Neglected Tropical Diseases (WHOPES); WHO/CDS/NTD/WHOPES/GCDPP/2006.1. Chapter 3, Mosquitoes; [cited 2007 Mar 3]; p. 22-37. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_CDS_NTD_WHOPES_GCDPP_2006.1_eng.pdf
9. World Health Organization. Novaluron in Drinking-water: Use for vector control in drinking-water Sources and containers. Background document for development of WHO Guidelines for drinking-water quality [Internet]. [Geneva]: WHO/HSE/AMR/08.03/11. [cited 2009 Mar 30]; p. 1-6. Available from: http://www.who.int/water_sanitation_health/gdwqrevision/novaluron_2add_feb2008.pdf
 10. Rattanakul R, Harrison BA, Panthusiri P, Coleman RE. Illustrated keys to the mosquitoes of Thailand I. background; geographic distribution; list of genera, subgenera, and species; and a key to the genera. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005;36 suppl 1:1-80.
 11. Rattanakul R, Harbach RE, Harrison BA, Panthusiri P, Jones JW, Coleman RE. Illustrated keys to the mosquitoes of Thailand II. Genera *Culex* and *Lutzia*. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005;36 suppl 2:1-97.
 12. World Health Organization. Lymphatic filariasis: the disease and its control. Fifth report of the WHO Expert Committee on Filariasis. WHO Technical Report Series 821. Geneva: WHO, 1992.
 13. Michael JT, David JD, Michael RS, Monica LO, Theodore GA, Jamie AB. An update on the potential of North American Mosquitoes (Diptera: Culicidae) to transmit West Nile virus. J Med Entomol [Internet]. 2005 Jan [cited 2012 Mar 16]; 42(1):57-62. Available from: <http://www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA434597>
 14. De Meillon B, Paing M, Sebastian A, Khan ZH. Outdoor resting in *Culex pipiens fatigans* in Rangoon, Burma. Bull WHO [Internet]. 1976 [cited 2012 Mar 19];36(1):67-73.
 15. De Meillon B, Hayashi S, Sebastian A. Infection and reinfection of *Culex pipiens fatigans* with *Wuchereria bancrofti* and the loss of mature larvae in blood-feeding. Bull WHO [Internet]. 1976 [cited 2012 Mar 19]; 36(1): 81-90.
 16. De Meillon B, Grab B, Sebastian A. Evaluation of *Wuchereria bancrofti* infection in *Culex pipiens fatigans* in Rangoon, Burma. Bull WHO [Internet]. 1976 [cited 2012 Mar 19]; 36(1): 91-100.
 17. Goddard J. Physician's Guide to arthropods of medical importance. 3rd ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2000. 403 p.
 18. Paramasivan R, Mishra AC, Mourya DT. West Nile virus: the Indian scenario. Indian J Med Res [Internet]. 2003 Sep [cited 2012 Mar 16];118:101-8. Available from: <http://repository.ias.ac.in/19924/1/314.pdf>
 19. Clements AN. The biology of mosquitoes. 2 vols. London: Chapman & Hall Press; 1996. 441 p.
 20. Bram RA. Contribution to the mosquito fauna of Southeast Asia II: The genus *Culex* in Thailand (Diptera: Culicidae). Contrib Amer Ent Inst. 1967; 2(1): 1-292.

อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Empowerment of Disease Control at District level for the Effective

Disease Prevention and Control: Case of Muang District, Yasothon Province

พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง พบ.

Pongsawat Rattanasang M.D.

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ค.)

Doctor of Public health (Dr.PH)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

Yasothon Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบงานอำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก และวัณโรคของอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและงานระบาดวิทยา 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้และการมีส่วนร่วม และแบบประเมินคุณลักษณะอำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบงานนโยบายอำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน โรคไข้เลือดออกมีอัตราการป่วยสูงอย่างต่อเนื่องและวัณโรคมีอัตราการตายสูงเช่นกัน ในขณะที่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน การวางแผนและงบประมาณทำโดยหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น ความครอบคลุมและความทันเวลาในการรายงานโรคติดต่อที่สำคัญ-ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการพัฒนาระบบงาน 4 ระบบคือ 1) ระบบการบริหารจัดการ 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) ระบบระบาดวิทยา และ 4) นวัตกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองลดลง ในช่วงเวลาเดียวกันจาก 98.38 เป็น 24.59 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยวัณโรคได้รับการกำกับการกินยาโดย อสม.ร้อยละ 99.1 ทำให้อัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบายนี้อยู่ที่ความร่วมมือของทุกภาคส่วนและสมควรขยายแนวคิดเพื่อการดำเนินงานในพื้นที่อื่นต่อไป

Abstract

This study aimed to develop the process of the empowerment of disease control at district level towards to decrease the burden of Dengue hemorrhagic fever (DHF) and Tuberculosis (TB) in Muang District, Yasothon Province. The data was collected from the health personnel involving disease surveillance and control and the persons who response on disease surveillance and control in community by using the questionnaires, knowledge and participation assessment form and the empowerment of disease control at district level assessment form. The quantitative data was analyzed by using percentage, means and standard deviations and Paired t-test while the content analysis was used for the qualitative data. The results revealed that before implementation, DHF and TB had been increasing. The process of participation of network in district was not established while the prevention and disease control activities were planed and performed by health personnel only. The surveillance system as the coverage and timeliness of disease report was under the standard. This

study developed and strengthened the process of the empowerment of disease control at district level in 4 systems: 1) the administration system 2) participatory social network 3) the surveillance and response system and 4) the prevention and control innovation by community. This implementation affected to reduction of DHF incidence from 98.38 to 24.59/100,000 population, and 99.1 % of TB patients received medication from village health volunteers, so that success rate in treatment was increased. The participation of communities and network organizations in district was the key of success in this implementation and this should be shared to learn and applied to carried out in the other areas.

ประเด็นสำคัญ-

อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

Keywords

จังหวัดยโสธร Disease control at district level, Yasothon Province

บทนำ

ในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย "อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน" โดยใช้อำเภอเป็นจุดเชื่อมโยงการบริหารจัดการทรัพยากรในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างรวดเร็วทันสถานการณ์ โดยกำหนดคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2) มีระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอที่ดี 3) มีการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 4) มีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม 5) มีผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญ⁽¹⁾ อำเภอเมืองยโสธร พบอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ- มากกว่าอำเภออื่นๆในจังหวัดยโสธร เช่นโรคไข้เลือดออก มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2551-53 เท่ากับ 47.89, 74.58 และ 84.57 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽²⁾ และวัณโรค พบอัตราการตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2551-2553 อัตราการตายของผู้ป่วยเท่ากับ 4.8 6.59 และ 8.88 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽³⁾ ประกอบกับอำเภอเมืองเป็นอำเภอขนาดใหญ่ดูแลประชากรประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัดยโสธร ลักษณะประชากรก็มีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งวิถีชีวิตแบบสังคมเมือง และแบบชนบทซึ่งยากต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อดังกล่าว โดยใช้การทำงานแบบปกติ(routine style) จาก

สภาพปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวคิดและพัฒนากระบวนการทำงานขับเคลื่อนนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อนำไปสู่การลดปัญหาของโรคไข้เลือดออก และโรควัณโรค ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งสู่การปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแบบยั่งยืนของจังหวัดยโสธร โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การเลือกพื้นที่ศึกษา เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มสูงขึ้น

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

- 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลยโสธร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งจำนวน 102 คน
- 2) กลุ่มแกนนำในชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ครู และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข. จำนวน 152 คน

วิธีการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท และสภาพการณ์การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

และงานระบาดวิทยาของอำเภอเมือง โดยการสัมภาษณ์ สาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา พร้อมทั้งทดสอบความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ทดสอบความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย SRRT ตำบลทั้งหมด รวมทั้งประเมินคุณลักษณะอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งของอำเภอเมืองก่อนดำเนินการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ตามผลการศึกษา ในระยะที่ 1 และตามกรอบแนวคิดดังรูปภาพที่ 1



รูปที่ 1 แนวคิดการพัฒนาต่างๆ นำไปสู่ การเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรค

2.1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

2.1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคระดับจังหวัด (CD Board) และมอบ นโยบายโดยผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร

2.1.2 ประชุมมอบนโยบายไปยัง เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ทุก รพสต.ที่ผ่าน web conference

2.1.3 พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง โดยเฉพาะเรื่องระบบระบาดที่ดี โดยจัดอบรมสมาชิกทีม SRRT ใหม่ รวมทั้งจัดอบรมเครือข่าย SRRT ระดับตำบล แบบมีส่วนร่วม จำนวน 560 คน โดยสร้างกระบวนการ เรียนรู้ให้ทุกอำเภอ ฝึกสถานการณ์สมมติการแจ้งข่าว การรายงาน และการสอบสวนควบคุมโรคและแสดง สถานการณ์สมมติบนเวที

2.2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2.2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

ซึ่งมีนายอำเภอเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน ส่วนระดับ ตำบลให้นายกองคการบริหารส่วนตำบลเป็นผู้นำใน การขับเคลื่อนซึ่งประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน และ ท้องถิ่น โดยให้มีการประชุมอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

2.2.2 จัดให้มีการลงนาม (MOU)

เพื่อก้าวไปสู่อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนใน ตำบลทุกตำบล โดยนายอำเภอเมืองยโสธร และนาย กองคการบริหารส่วนตำบลทุกแห่งร่วมลงนาม

2.2.3 มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วน โดยจัดเวทีเพื่อกำหนดเป้าหมายและ แผนปฏิบัติการป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วมโดยการ ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์(SRM)โดยการพัฒนา ต่อจากบริบทและนโยบายเดิมของนายอำเภอเมืองยโสธร คือนโยบาย 5 ร่วมคือ "ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วม ดำเนินการ ร่วมประเมินผล และ ร่วมรับผิดชอบ"

2.2.4 การระดมทรัพยากรจากทุกภาค ส่วน โดยได้มีการระดมทุนใน 3 กองทุนหลัก ได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนสาธารณสุขมูลฐาน และ กองทุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในปี 2554 สามารถระดมทุน รวม 9,518,972 บาท ซึ่งเป็น งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุม โรคไข้เลือดออก และโรคฉี่หนู จำนวน 5,427,190 บาทคิดเป็นร้อยละ 57.5 ของจำนวนเงินทั้งหมด

2.3 การพัฒนาระบบระบาดวิทยา

2.3.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข โดยการอบรมฟื้นฟูการใช้โปรแกรม R506 ทบทวน เวชระเบียน การลงรหัสโรค อบรมการสอบสวน และ ควบคุมโรคให้แก่ทีม SRRT อำเภอ และ SRRT โซน พร้อมทั้งจัดประกวดการเขียนรายงานสอบสวนโรค

สำหรับเครือข่าย SRRT ระดับตำบล และ พัฒนาศักยภาพทีม SRRT เครือข่ายตำบล

เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน ของทีม SRRT เครือข่ายตำบล ด้วยหลักสูตรเร็ว รายงานเร็ว ควบคุมเร็ว

2.3.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เผื่อระวังทางระบาดวิทยาระดับอำเภอ ทั้งในศูนย์ระบาด

วิทยา โรงพยาบาลโสธรโดย

- สร้างระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในหมู่บ้านโดย อสม. คุ่มละ 1 คน

- พัฒนาระบบการรายงานโรคติดต่อเพื่อให้ทันเวลา และครอบคลุม โดยการเปลี่ยนระบบส่งรายงาน 506 จากสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็น ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลโสธร สถานีอนามัยทุกแห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน ใช้โปรแกรม R 506 ซึ่งสามารถรับข้อมูลจาก JHCIS และประมวลผลรายงานทางระบาดวิทยาได้

- จัดระบบการสื่อสารระหว่างหน่วยงานให้เกิดความรวดเร็ว เช่น จัดทำสมุดโทรศัพท์ของสมาชิก SRRT , พัฒนาให้ทุก รพสต.สามารถใช้ wave conference, SMS และจัดทำ Website ส่งรายงาน

- พัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการติดตามและประเมินผลงาน ได้แก่ ระบบติดตามความครอบคลุมการส่งรายงาน 506 ระบบ GIS และโปรแกรม KPI Management Cockpit

2.4 พัฒนานวัตกรรมการป้องกันควบคุมโรคโดยการจัดเวทีประกวด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชน ซึ่งพบว่าเกิดนวัตกรรมที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และโรคฉี่หนูที่สอดคล้องกับปี-หา และบริบทชุมชนหลายอย่างเช่น ธนาคารปลากะตัก, ยโสธร 3-3-1 ปราบไข้เลือดออก, การบายศรีรับขวัญ-ผู้ป่วยวัณโรค, การป้อนยาวัณโรคโดยชุมชนมีส่วนร่วม, การพัฒนาถุงผ้าช่วยกินยาของผู้ป่วยวัณโรคทุกคน

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยการวัดความรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และโรคฉี่หนูของภาคีเครือข่าย รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานตามคุณลักษณะ 5 ด้านของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง แบบยั่งยืนของอำเภอเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร ซึ่งใช้ศึกษาสภาพการณ์การป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในระยะที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ นโยบายการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และงานระบาดวิทยาและการประสานความร่วมมือ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนด้านวิชาการทรัพยากร งบประมาณ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

2) แบบสอบถาม มี 2 ชุดคือ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อและงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานไข้เลือดออกและวัณโรคของ อสม. อบต. และแกนนำชุมชน

3) แบบประเมินคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง

4) แบบบันทึกรายงานการสอบสวนโรค

5) แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย

6) แบบแนวทางการประชุมแบบอภิปรายกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรม Epi Info 2003 version 3.5.1 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ทีม SRRT ตำบล ความรู้และการมีส่วนร่วมของ อสม. ก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1.สภาพการณ์ ก่อนการดำเนินการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

จากการศึกษาสภาพการณ์ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคก่อนการพัฒนา พบว่าอำเภอ

เมืองมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงอย่างต่อเนื่อง จากปี 2551-2553 เท่ากับ 47.89, 74.58 และ 84.57 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ส่วนโรคฉี่หนู พบอัตราป่วยตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2551-2553 อัตราการตายของผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 4.8 6.59 และ 8.88 ตามลำดับ และพบว่าอำเภอ ยังไม่มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหรือ ภัยสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ระบบระบาดวิทยายังไม่ผ่านมาตรฐานความ ครอบคลุม และความทันเวลาในการรายงานโรคติดต่อ ที่สำคัญต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด มีจำนวนสถานบริการ ที่ส่งรายงานระบาดวิทยาทันเวลา จำนวน 16 แห่ง จาก 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 69.57 เท่านั้น การวางแผน และงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดต่อยังเป็นบทบาทหน้าที่หลักของหน่วยงาน สาธารณสุข

2. ผลการพัฒนาเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่ ทีม SRRT ตำบลและการมีส่วนร่วมของ อสม. ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI of mean diff.	P-value
ความรู้เจ้าหน้าที่ ก่อนดำเนินงาน (n=102)	8.4	1.9	3.6	3.0 - 4.2	<0.001
หลังดำเนินงาน (n=102)	12.0	2.1			
ความรู้ทีม SRRT ตำบล ก่อนดำเนินงาน (n=131)	14.6	3.6	2.5	1.8 - 3.2	<0.001
หลังดำเนินงาน (n=131)	17.1	2.2			
ความรู้ อสม. ก่อนดำเนินงาน (n=132)	15.6	9.7	2.7	0.1 - 5.3	<0.001
หลังดำเนินงาน (n=132)	18.3	12.0			
การมีส่วนร่วมของ อสม. ก่อนดำเนินงาน (n=132)	12.0	3.9	5.3	3.8 - 6.7	<0.001
หลังดำเนินงาน (n=132)	17.3	7.5			

2.3 การพัฒนาระบบระบาดวิทยา
หลังการพัฒนาระบบระบาดวิทยาที่ดีโดย การพัฒนาคน และพัฒนาระบบพบว่าความครอบคลุม

2.1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

2.1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคระดับจังหวัด (CD Board) และมอบ นโยบายโดยผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร

2.1.2 ประชุมมอบนโยบายไป ยังเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ทุก รพสต.ที่ผ่าน web conference

2.2. การพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วม ในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่ และเครือข่าย SRRT ระดับตำบล

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยความรู้ของเจ้าหน้าที่ หลังการพัฒนาเพิ่มสูงขึ้น 3.6 คะแนน (ร้อยละ 95 CI: 3.0 - 4.2 , $P < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความรู้ทีม SRRT ตำบลหลังการพัฒนาสูงขึ้น 2.5 คะแนน (ร้อยละ 95 CI: 1.8 - 3.2, $P < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความรู้ อสม.หลังการ พัฒนาสูงขึ้น 2.7 คะแนน (ร้อยละ 95 CI: 0.1 - 5.3, $P < 0.001$)และค่าเฉลี่ยความรู้การมีส่วนร่วมของ อสม. หลังการพัฒนาสูงขึ้น 5.3 คะแนน (ร้อยละ 95 CI: 3.8 - 6.7, $P < 0.001$) ตารางที่ 1

และความทันเวลาของการส่งรายงาน 506 จาก เดือนกุมภาพันธ์- พฤษภาคม 2554 ของอำเภอเมือง ยโสธรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รายละเอียด ดังตารางที่ 2 และ3

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละความครอบคลุมในการส่งรายงาน R 506 จำแนกรายเดือน ปี 2554

จำนวน สถานพยาบาล	เดือน					จำนวนสถานบริการ ที่มีความครอบคลุม ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.		
23 ร้อยละ	16 69.57	20 86.96	19 82.61	22 95.65	22 95.65	19	82.61

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละความทันเวลาในการส่งรายงาน R 506 จำแนกรายเดือน ปี 2554

จำนวน สถานพยาบาล	เดือน					จำนวนสถานบริการ ที่มีความครอบคลุม ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.		
23 ร้อยละ	14 60.87	18 78.26	19 82.61	20 86.96	20 86.96	19	82.61

2.4 การพัฒนานวัตกรรม

2.4.1 การป้องกันควบคุมโรค
ไข้เลือดออก โดยกระบวนการขับเคลื่อนนโยบาย
ที่เข้มแข็งจริงจังในระดับจังหวัด ได้กระตุ้นให้เกิด
ความเข้มข้น ในการทำงานของชุมชนมากขึ้นอย่างเห็น
ได้ชัด ชุมชนเกิดการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกัน
ควบคุมโรคไข้เลือดออกตามบริบทของภูมิปัญญา-ของ
ตนเอง เช่น ใช้ปลากะตักกำจัดยุงลายที่บ่อปลาที่มี
ระบบการจัดหาน้ำ และแจกจ่ายให้กับประชาชน
อย่างเป็นระบบ การใช้ธงสีต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชน
หมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน และการเสริมสร้างศักยภาพของ
ชุมชนให้มีความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลาย
โดยการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายแบบไขว่ต่าบลของทีม
SRRT

นอกจากนี้ยังเกิดนวัตกรรมการพัฒนาระบบ
ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกให้มีความ
รวดเร็ว มากขึ้นได้มีการกำหนดมาตรการ “ยโสธร 3-
3-1 ปราบไข้เลือดออก” โดย 3 ตัวแรกคือให้
โรงพยาบาลยโสธรรายงาน ผู้ป่วยไข้เลือดออกไปที่
ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอภายใน 3 ชั่วโมง ส่วน 3 ตัวที่ 2
คือศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ แจ้งไปยัง อสม.ที่รับผิดชอบบ้าน

ผู้ป่วยและให้อสม.นั้นไปฉีดยากันยุงที่บ้านผู้ป่วย (Knock
down) เพื่อกำจัดยุงตัวแก่ที่มีเชื้อ รวมทั้งกำจัดลูกน้ำ
ยุงลายที่บ้านผู้ป่วยให้หมดทันที พร้อมให้อสม.รายงาน
ผลการดำเนินงานดังกล่าวกลับมายังศูนย์ระบาดภายใน
3 ชั่วโมง และ 1 หมายถึงการให้ชุมชนพื้นเคมี
กำจัดยุงในรัศมี 100 เมตรภายใน 1 วันหลังได้รับรายงาน

2.4.2 การป้องกัน และควบคุมโรคโควิด
จากการขับเคลื่อนนโยบายอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็ง
อย่างจริงจัง ภายใต้การนำของนายอำเภอทำให้
อำเภอเมืองเกิดการพัฒนาระบบการมีพี่เลี้ยงกำกับ
การกักกัน(DOT)โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยได้เปลี่ยน
ผู้ป้อนยาผู้ป่วยวัณโรค (DOT Watcher) จาก-ติเป็น
การป้อนโดยชุมชนคือ ผู้ให้-บ้าน อสม. และ อบต.
ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้
บางพื้นที่ยังมีการประยุกต์ใช้วัฒนธรรมอีสานพื้นบ้าน
มาเสริมสร้างขวัญ-กำลังใจให้ผู้ป่วยวัณโรค โดยการบายศรี
รับขวัญ-หลังจากที่ผู้ป่วยกลับมาจากโรงพยาบาล
เพื่อกินยาต่อในชุมชน มีการพัฒนาถุงผ้าช่วยกินยาของ
ผู้ป่วยวัณโรคทุกคน

2.5 การเพิ่มประสิทธิภาพผลการป้องกัน
ควบคุมโรค

ผลการขับเคลื่อนนโยบายอำเภอควบคุมโรค
เข้มแข็งแบบ ยั่งยืนอย่างเข้มข้นจริงจังกะระดับอำเภอ
โดยการนำของนายอำเภอเมือง โดยการทำ MOU ส่งผล
สะท้อนไปยังตำบล และระดับชุมชนทุกแห่ง ก่อให้เกิด
การพัฒนานวัตกรรมในระดับชุมชนซึ่งส่งผลต่อการ
ป้องกันและควบคุมโรคดังนี้

ใช้เลือดออก

เครือข่ายตำบลที่แต่งตั้งขึ้นจาก
นโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ทำให้ชุมชน
เกิดการตื่นตัว ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอย่างมาก
ซึ่งส่งผลให้ค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายมีแนวโน้ม
ลดลงเรื่อย ๆ และลดลงจนต่ำกว่าค่ามาตรฐาน รายละเอียด

2.5.1 การป้องกันควบคุมโรค ตามรูปที่ 2

รูปที่ 2 แสดงร้อยละของบ้านและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายจำแนกรายเดือน อำเภอเมืองยโสธร
เปรียบเทียบปี 2553-54



นวัตกรรมการพัฒนากระบวนการ
ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกให้มีความรวดเร็วมากขึ้น
ในข้อ 2.4.1นี้ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของ
อำเภอเมืองลดลงมากกว่าเป้าหมาย โดยพบว่าผู้ป่วยและ
ผู้ที่มีอาการสงสัย โรคไข้เลือดออกสะสม ตั้งแต่วันที่

1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2554 มีจำนวน
32 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 24.59 ต่อประชากรแสนคน
อัตราป่วยรายเดือนมีค่า ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง
5 ปี และค่า Target (ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง
5 ปี) และยังต่ำกว่าปี 2552 และ ปี 2553 ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนปี พ.ศ. 2552-2554 อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีและเป้าหมายของปี 2554



เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีและเป้าหมายของปี 2554

2.5.2 การป้องกัน และควบคุมโรควัณโรค

อัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคลดลงในภาพรวมของอำเภอ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกประเภท ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา (DOTS) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 โดยผลการวิจัยพบว่าในปีงบประมาณ 2554 (มกราคม - ธันวาคม 2554)

พบผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 109 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด 101 เป็นวัณโรคใหม่เสมหะบวก 76 ราย และเป็นวัณโรคปอดเสมหะลบ 25 ราย ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายมีผู้กำกับการกินยา โดย มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้กำกับการกินยาจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.00 และมีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้กำกับการกินยา 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.00 รวมมีผู้กำกับการกินยาทุกราย ซึ่งส่งผลให้อัตราการขาดยาผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 2.7 รายละเอียด ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคแยกตามวิธีการดูแล อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ปี 2554

ชนิดของวัณโรค	ทั้งหมด	การกินยาโดยมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา (DOT)				กินยาเอง
		จนท.	อสม.	ผู้นำชุมชน	-าติ	
1.ผู้ป่วยเสมหะบวก(M+)	76	1	75	0	0	0
2.ผู้ป่วยเสมหะลบ(M-)	25	0	25	0	0	0
3.ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด(EP)	8	0	0	0	8	0
รวม	109	1	100	0	8	0

ตารางที่ 5 แสดงผลการรักษาหายเมื่อสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค (Success Rate) อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ปี 2554

งวดที่	การประเมินการรักษา (จำนวน/ร้อยละ)					Success Rate (ร้อยละ)
	ประเมิน	ตาย	ขาดยา	ล้มเหลว	รักษาหาย	
2/54 (ม.ค.54-มี.ค.54)	27	2/7.4	1/3.7	1/3.7	24	88.9
3/54 (เม.ย.54-มิ.ย.54)	25	1/4.0	1/4.0	0	23	92.0
4/54 (ก.ค.54-ก.ย.54)	20	0	0	1/5.0	19	95.0
รวม	72	3/4.16	1/2.7	2/2.7	66	91.7

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่านโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของกรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นใหม่ในปี 2554 สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก และโรควัณโรคได้ โดยกระบวนการพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวนี้ ได้ดำเนินการภายใต้ 4 ระบบหลักคือ 1) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) การพัฒนาระบบระบาดวิทยา และ 4) การพัฒนานวัตกรรมป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน ทั้งนี้ทุกกระบวนการ ต้อง

อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอและในระดับชุมชน จึงจะส่งผลให้ชุมชนทุกตำบลเกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคไข้เลือดออก และโรควัณโรค เกิดเครือข่าย SRRT ตำบลโดยการมีนายกเทศบาล และนายก อบต. เป็นหลักในการดำเนินงาน และเกิดเครือข่ายการเฝ้าระวังควบคุมโรคในระดับหมู่บ้านโดย อสม.ทุกคนในหมู่บ้านส่งผลให้เกิดความรวดเร็วในการตรวจจับการระบาดของโรคในชุมชน ทำให้ "รู้เร็ว แจ้งเร็ว และควบคุมโรคเร็ว" เกิดนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก เช่นการใช้ปลากระดี่ในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย จนเกิด

ธนาคารปลากระตี่ มีการใช้ปฏิบัติการ 3-3-1 ในการควบคุมการระบาดเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงมากกว่าร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี เป็นไปตามตัวชี้วัดกำหนด ส่วนในงานวันโรคนั้นพบว่า การวิจัยส่งผลให้เกิดการพัฒนาผู้กำกับกับการกินยา ของผู้ป่วยจากเดิมซึ่งเกือบทั้งหมดเป็น-าติหรือผู้ป่วยกินยาเอง เปลี่ยนมาเป็น อสม. เป็นผู้บ่นยาร้อยละ 99.1 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถกินยาได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวันโรคลดลงจากร้อยละ 3.7 เป็นร้อยละ 2.7 เป็นไปตามตัวชี้วัดกำหนดเช่นกัน

อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวจะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างจริงจัง จนมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคได้นั้น หัวใจสำคัญคือการสร้างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ทั้งนี้ต้องริเริ่มสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์-หา การตัดสินใจเลือก-หา และลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไข-หาต่างๆ ร่วมกันสอดคล้องกับ Cohen and Uphoff⁽⁴⁾ ที่ได้จำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาออกเป็นระบบ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) คือการกำหนดความต้องการและจัดลำดับความสำคัญ- ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจปฏิบัติการ เลือกที่จะจัดทำโครงการต่างๆ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) เป็นการเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) เป็นการกระจายแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านบวก-ลบ ทางด้านวัตถุ ทางด้านสังคม หรือประโยชน์ส่วนบุคคล ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ (Evaluation) เป็นการควบคุมตรวจสอบการดำเนินการกิจกรรมทั้งหมด

สิ่งที่สำคัญ-คือ ความเห็น ความชอบ ความคาดหวัง จะมีอิทธิพลต่างๆที่จะสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชนจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ-ที่สุดในการขับเคลื่อนนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งให้เกิดความยั่งยืน โดยต้องส่งเสริมให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมแห่งเต็มที่ในทุกขั้นตอนคือ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมแก้ไข-หา ร่วมประเมินผล ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรับผลของการพัฒนา ซึ่งจะเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันเชื่อมั่นในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพหรือพลังความรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน หรืองานพัฒนาต่างๆ (Sense of Belonging) สามารถดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายได้สำเร็จ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆอย่างไม่หยุดยั้ง

นอกจากนี้ "อำเภอ" ยังเป็นหน่วยการปกครองในลำดับรองมาจากจังหวัด ซึ่งเป็นศูนย์รวมการบริหารทรัพยากรจากส่วนภูมิภาคสู่ท้องถิ่น ในการดำเนินงานของหน่วยงานราชการต่างๆของพื้นที่ ดังนั้นจึงเป็นหน่วยที่มีศักยภาพอย่างเต็มที่ในการจัดการกับ-หาของพื้นที่ สามารถตัดสินใจ และระดมทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการแก้ไข-หา และการจัดบริการได้มากที่สุด⁽⁵⁾ รวมทั้งควบคุมการจัดการกับ-หาต่างๆ ทั้ง-หาโรคติดต่อที่สำคัญ-และ-หาอื่นๆด้วย และเป็นหน่วยที่เชื่อมโยงใกล้ชิดกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีทั้งงบประมาณทรัพยากร อำนาจหน้าที่ตามกฎหมายการกระจายอำนาจให้เป็นหน่วยที่ต้องบริการต่างๆ รวมทั้งการสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในระดับชุมชนให้กับประชาชน แต่ทั้งนี้อำเภอต้องสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งรัฐ เอกชนและประชาชนต้องเน้นให้ท้องถิ่นและประชาชนมีบทบาทในการแก้ไข-หาโรค และภัยสุขภาพในพื้นที่ตนเอง อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิผลต่อป้องกันและควบคุมโรค และภัยสุขภาพด้านอื่นๆของประชาชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายอำเภอควบคุม

โรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ที่จะทำให้เกิดผลในการป้องกัน และควบคุมโรคได้นั้นต้องดำเนินดังนี้

1. การพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องสร้างกระบวนการให้ผู้นำหรือผู้บริหาร เห็นความสำคัญ-ของนโยบายดังกล่าว โดยในระดับจังหวัดต้องขับเคลื่อนโดยผู้ว่าราชการจังหวัด จึงจะสามารถดึงเอานายอำเภอ มาเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนในระดับอำเภอได้

2. การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนซึ่งถือเป็นตัวเชื่อมหลักของการนำนโยบายไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

3. การพัฒนาระบบระบาดวิทยาซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ-ของนโยบายนั้น ต้องมีการดำเนินการใน 2 ส่วน คือการพัฒนาคนให้มีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญ-ของงานระบาด และการพัฒนาระบบซึ่งจะช่วยกำกับติดตามการทำงานของนักระบาดวิทยาให้เกิดความรวดเร็วทันเวลา และควบคุมในการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค

4. การพัฒนานวัตกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน เป็นกระบวนการสุดท้ายที่จะมีผลต่อการป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชนอย่างแท้จริง โดยชุมชนต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แกนนำ และประชาชนเกิดการพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคที่สอดคล้องกับภูมิปัญญา และบริบทของพื้นที่จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานระดับกรม ควรผลักดันนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ให้เป็นตัวชี้วัดการรับรองผลการปฏิบัติงานของผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด เพื่อช่วยผลักดันให้สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ช่วยสนับสนุนทีมวิทยากรด้านการพัฒนาระบบระบาดวิทยา และทีมพี่เลี้ยงในการอบรม และสร้างความเข้าใจหลักการ และแนวคิดในการดำเนินงานอำเภอป้องกันและควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อีกทั้งได้ช่วยเป็นทีมประเมิน อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ซึ่งถือเป็นการประเมินจากบุคคลภายนอก ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้มีความถูกต้อง และเที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งของบุคลากร กรมควบคุมโรค. เอกสารอัดสำเนา ; 2554.
2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดยโสธร. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร. (เอกสารอัดสำเนา) ; 2553.
3. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดยโสธร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (เอกสารอัดสำเนา) ; 2552.
4. Cohen,J.M.and Uphoff,N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implememtation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies,Cornell University ; 1981.
5. ปธาน สุวรรณมงคล. การกระจายอำนาจ:แนวคิดและประสบการณ์จากเอเชีย. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร ; 2554.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวด
ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

Effects of Pain Management Protocol on Pain Perception of Persons With
Post-Operative Abdominal Surgery

สมพร พงศ์ชู* พย.ม.

Sompron Phongchoo* RN, MNS.

พัชรีย์ ศรีธ-รัตน์* พย.บ.

Patcharee Sritunyarat*RN,BNS.

ปิยะวดี ฉาโสง* พย.บ., วท.ม (จิตวิทยา)

Piyawadee Chathaisong*RN,MNS.

นิตยา สอนพรหม* พย.บ.

Nittaya Sornprom, RN* BNS.

จิราภรณ์ พันธุ์จับสิงห์* พย.บ.

Jiraaporn Phanjousing* RN,BNS.

มนพร ชาทิขันธ์** พย.ม.

Manaporn Chatchumni** RN, MNS.

*สถาบันบำราศนราดูร

*Bumrasnaradura Infectious Disease Institute

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**School of Nursing, Rangsit University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Concurrent Cohort) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด (Evidence- based Protocol) ต่อการรับรู้ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ของสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 30 ราย ซึ่งได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติปกติของหอผู้ป่วยและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด จำนวน 30 ราย ที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นระยะเวลา 7 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยายโดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน⁽²⁾ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติตามตัวแปรด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t -test และ Chi-Square (χ^2)⁽³⁾ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวดในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ Mann- Whitney U -test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีระดับความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเฉพาะระดับความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง โดยมีค่าเฉลี่ยความปวดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติที่ ($p=.008$, $p=.04$ ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรทดสอบการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องนี้ซ้ำในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันและกลุ่มอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ความปวดของกลุ่มตัวอย่าง โดยควบคุมความสม่ำเสมอของ

การใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้คุณภาพการวิจัยดีขึ้น เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศต่อไป

Abstract

This concurrent cohort aimed to investigate the effects of the evidence-based pain management protocol on pain perceptions of patients with post-operative abdominal surgery. This was data collected retrospectively in one group (n=30) during October 1, 2010- January 31, 2011 received usual nursing care and prospectively in experimental group (n=30) during February 1, - May 31, 2011 received education knowledge to patients intervention study. Descriptive Statistics were used to analyze subjects' characteristics. Independent t test and Fisher's Exact-test were used to test the differences between the 2 groups regarding age, and religion, marital status, occupation respectively. Mann-Whitney U test was used to test the difference of pain perception at 24, 48, and 72 hours of the 2 groups

Result showed that pain perception score at 24 and 48 hours post-surgery of the prospective group were significantly lower than that of the comparison group ($\bar{X} = 1.97$, $SD=2.39$, $p=.008$, $\bar{X} = 3.01$, $SD=2.63$, $p=.04$ respectively). Nevertheless there was no significant difference at the 72 hours. It was suggested that future clinical study should be replicated in a similar population by improving dose and intensity of the program in order to confirming the effectiveness of this evidence-based protocol.

ประเด็นสำคัญ-

การจัดการความปวด
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

Keywords

Pain Management,
Patients With Post-Operative Abdominal Surgery

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย แพทย์อาจจะต้องตัดอวัยวะสำคัญ-บางส่วนออกไป และ/หรือการทำผ่าตัดแก้ไขเพื่อให้อวัยวะนั้นคงทำหน้าที่ได้ การผ่าตัดช่องท้องต้องใช้ระยะเวลานานในการทำผ่าตัด และจำเป็นต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป⁽¹⁾ ซึ่งภาวะหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือความปวดเป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจของแต่ละคน จากการศึกษาพบว่าความปวดมีผลกระทบต่อร่างกาย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระดับของแคทีโคลามีน ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้

หลอดเลือดแดงหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงแผลผ่าตัดลดลงระดับความดันออกซิเจนบริเวณใต้ผิวหนังลดลง⁽²⁾ เป็นผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแผลมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิดกกังวล เบื่อหน่ายหรือซึมเศร้าตามมาได้⁽³⁾ ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่-เป็นความปวดชนิดเฉียบพลันซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจากกระบวนการรักษา ที่ศัลยแพทย์ต้องใช้มีดกรีดผ่านผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อต่างๆ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจะทำให้เนื้อเยื่อร่างกายมีความชอกช้ำมากขึ้น⁽⁴⁾

ความปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผู้ประสบกับความปวดจึงสามารถบอกถึงความรู้สึกของความทุกข์ทรมานจากความปวดได้⁽⁵⁾ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะประสบกับความปวดระดับรุนแรง จำนวนร้อยละ 40-70 และประสบกับความเจ็บปวดระดับปานกลางร้อยละ 80^(6,7) ความปวดหลังผ่าตัดจะรุนแรงมากในระยะ 12-36 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำจากการที่เนื้อเยื่อต่างๆ ถูกทำลาย ซึ่งเป็นการกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด⁽⁸⁾ ความปวดจะเพิ่มมากขึ้นหลังการผ่าตัดเมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวและความปวดยังส่งผลถึงการฟื้นฟูสภาพปกติ การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ผิดปกติ เช่น ระบบการหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น การจับตัวของเลือดและการคั่งของของเหลวในระบบการไหลเวียนเลือดเพิ่มระยะเวลาของความปวด⁽⁹⁾ นอกจากนี้การปวดยังนำมาซึ่งความไม่สบาย และทำให้ความสามารถของร่างกายลดลง และยังมีผลกระทบต่อสุขภาวะทางกาย ทางจิต และสังคมของผู้ป่วยเช่นกัน อาการปวดมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายในหลายระบบ ผ่านกลไกการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นหรือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดอย่างรุนแรงเฉียบพลัน ก็จะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะช็อกได้ และอาการปวดมีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวไม่ดี เกิดอาการท้องอืด และท้องผูก^(10,11) ส่งผลให้การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยยาวนานขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของครอบครัวตามมาได้

การทบทวนเวชระเบียนของผู้วิจัย พบว่า การจัดการความปวดของพยาบาลส่วนใหญ่ จะมีการประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical Rating Scale และลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้อง

คล้อยกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 30^(12, 13, 14) ร้องจกว่าผู้ป่วยจะร้องขอยาบรรเทาอาการปวด และ/หรือการรอตตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด ร่วมกับระบบการบันทึกที่สะท้อนการปฏิบัติการดูแลรักษาในด้านการจัดการความปวด ทั้งการใช้ยา ร่วมกับการไม่ใช้ยา ยังไม่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จากสถานการณ์ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ สถาบันบำราศนราดูร รับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ในระยะเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2553 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด 3 ลำดับแรก¹⁵ คือ การผ่าตัดมดลูก (TAH with BSO) การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (Cholecystectomy) และการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ (Appendectomy) ตามลำดับ จากการประเมินโดยใช้ Numeric Rating Scale หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระดับความปวดจะอยู่ในช่วง 8-10 ผ่าตัดไส้ติ่ง จะอยู่ประมาณ 6-8 และเมื่อหลังผ่าตัด 48-72 ชั่วโมง ระดับความปวดจะค่อยๆ ลดลง อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะท้องอืด จาก Paralytic ileus ระดับความปวดจะยังไม่ลดลง เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้เป็นระบบ และให้มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้กรอบแนวคิดจากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง คือ วัชรภรณ์ หอมดอก และคณะ⁽¹⁵⁾ สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และของ Li- Ying Lin⁽¹⁶⁾ ทำการวิจัยแบบเชิงทดลอง เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการผ่าตัดช่องท้องต่อความกังวลและ ความปวดหลังผ่าตัด (Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการผ่าตัด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองได้รับ

ประสบการณ์มีความวิตกกังวลลดลง และมีอาการปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับการรับรู้ความปวดต่ำกว่า 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และต่ำกว่าระดับความปวดสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การรับรู้ความปวดจะเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากการเปลี่ยนท่าการหายใจลึก ๆ และการไอ และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ กลุ่มทดลองมีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม มีผลทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านใน 1-5 วันหลังผ่าตัด ผู้วิจัยเสนอแนะว่าการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไป ซึ่งจากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องดังกล่าวผู้วิจัย จึงนำมาดัดแปลง และปรับปรุงให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท และสถานการณ์ของหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันบำราศนราดูร เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความปวดใน 24, 48, 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Concurrent Cohort) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด (Evidence-based Protocol) ต่อการรับรู้ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ของสถาบันบำราศนราดูร

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory Laparotomy) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของสถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้(1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดำเนินการศัลยกรรมของสถาบันบำราศนราดูร และได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory Laparotomy) ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

ก่อนการใช้แนวปฏิบัติและในช่วงระยะเวลา 3 เดือน หลังการใช้แนวปฏิบัติ(2) อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง(3) เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารกันได้ มีสติสัมปชัญญะ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองระบบการมองเห็น การได้ยินปกติ สามารถอ่านออกเขียนได้(4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง(1) ผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (Retrospective group) จะมีจำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553-31 มกราคม 2554 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง(2) ผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติ (Prospective group) จะมีจำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2554 - 31 พฤษภาคม 2554 ที่ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องโดยมีแผนการดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างวิจัยดังนี้

กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลเดิมที่ใช้อยู่ในหน่วยงานและใช้แนวปฏิบัติเดิมเป็นระยะเวลา 4 เดือนก่อนเริ่มการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด

กลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด เพื่อใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นระยะเวลา 3 เดือนประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง ซึ่งดัดแปลงจากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง คือ วัชรภรณ์ หอมดอก และคณะ⁽¹⁵⁾ สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และของ Li- Ying Lin⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด: การเตรียมทางด้านร่างกาย
1) จากการซักประวัติประเมินสมรรถนะแรกรับ
2) การเตรียมด้านอื่นๆ เช่น ใบเซ็นต์ยอนย้อมผิวหนังบริเวณผ่าตัด งดอาหารและน้ำ 8 ชม. การสวนอุจจาระ

การได้รับยาก่อนผ่าตัดตามการรักษาของแพทย์ ทางด้านจิตใจ 1) อธิบายการถูกรบกวนจากการตรวจ V/S หลังผ่าตัด 2) อธิบายการถามอาการปวดว่าความรุนแรงอาการปวดมี 1- 10 พร้อมให้ดูใบ scale 10 คือปวดมากที่สุด 5 ตรงกลาง ขณะนี้ปวดเท่าใด 3) จัดให้นอนท่าที่สบายหนุนหมอน 1 ใบ หรือนอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย 20-30 องศา งอเข่าเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อขาตึงและหน้าท้องผ่อนคลาย 4) ให้ผู้ป่วยวางมือ 2 ข้างหรือ ประสานกันบนแผลผ่าตัด เพื่อช่วยประคองแผล หรือใช้ หมอนหรือผ้าห่มวางบนแผลผ่าตัด โดยใช้มือ 2 ข้าง พยุงหมอนหรือผ้าห่มจะช่วยลดการสั่นสะเทือนของแผล 5) ฝึกการหายใจโดยใช้มือข้างหนึ่งวางที่หน้าอก มืออีก ข้างวางที่ใต้ลิ้นปี่ให้หายใจเข้าทางจมูก โดยนับในใจ หนึ่ง...สอง...สาม...แล้วหายใจออกทางปากช้าๆ นับในใจ หนึ่ง...สอง...สาม...มุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้าออก และคุมจังหวะการหายใจให้สม่ำเสมอ ควรทำอย่างน้อย 5-10 ครั้ง ทุก 2 ชม. ในท่านอนหงาย หรือนอนตะแคง และ 6) การเบี่ยงเบนความสนใจจาก ความรู้สึกเจ็บปวดหรือความวิตกกังวลไปสู่ผู้อื่น เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับผู้อื่น

ระยะผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเสร็จจะส่งผู้ป่วยเข้าดูแลในห้องพักฟื้นจนรู้สึกดีขึ้น จึงส่งกลับหอผู้ป่วย ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก 1) ประเมินระดับความปวด ทุก 2 ชั่วโมง และทุก 5-30 นาที หลังได้รับยาฉีด และยารับประทาน 8 -1 ชั่วโมง ให้ยาาระงับความปวด เมื่อระดับความปวด ณ 5, 2) ให้นอนหัวสูง 20-30 องศา งอเข่า จะอยู่ในท่านอนหงายหรือนอนตะแคงก็ได้ 3) ให้หายใจเข้าทางจมูก นับ หนึ่ง...สอง...สาม...หายใจออกทางปากช้าๆ นับ หนึ่ง...สอง...สาม...ทำ 5-10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง และ 4) การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับผู้อื่น

ระยะหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง 1) ประเมินระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง และทุก 5-30 นาที หลังได้รับ

ยาฉีด และยารับประทาน 8 -1 ชั่วโมง ให้ยาาระงับความปวด เมื่อระดับความปวด ณ 5 2) ให้นอนหัวสูง 20-30 องศา งอเข่า จะอยู่ในท่านอนหงายหรือนอนตะแคงก็ได้ 3) ให้หายใจเข้าทางจมูก นับ หนึ่ง...สอง...สาม...หายใจออกทางปากช้าๆ นับ หนึ่ง...สอง...สาม...ทำ 5-10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง และ 4) การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับผู้อื่น

ระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง 1) ประเมินระดับความปวด ทุก 6 ชั่วโมง และยารับประทาน 8 -1 ชั่วโมง ให้ยาาระงับความปวด เมื่อระดับความปวด ณ 5, 2) ให้นอนหัวสูง 20-30 องศา งอเข่า จะอยู่ในท่านอนหงายหรือนอนตะแคงก็ได้ 3) ให้หายใจเข้าทางจมูก นับ หนึ่ง...สอง...สาม...หายใจออกทางปากช้าๆ นับ หนึ่ง...สอง...สาม...ทำ 5-10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง และ 4) การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับผู้อื่น

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการทำผ่าตัด/การผ่าตัด วันที่ Admit วันที่ทำผ่าตัด วันที่จำหน่าย (2) แบบบันทึกการรับรู้ความปวดแผลหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นเครื่องมือสำหรับให้ผู้ป่วยประเมินระดับการรับรู้ความปวดแผลหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้มาตรวัดความปวด ที่มีลักษณะเป็นคะแนนความปวดและแบบวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า 0 หมายถึง ไม่มีความปวด และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุด จากนั้นให้ผู้ป่วยจุดลงบนเส้นตรงนั้น ตรงที่ผู้ป่วยคิดว่าประมาณความปวดตอนนั้นๆ แล้วนำมาเทียบกับตัวเลข จากการศึกษพบว่ามาตรวัดความปวดด้วยสายตา มีความเที่ยงของเครื่องมือที่เพียงพอต่อการวัดระดับความรุนแรงของความปวดเฉียบพลัน⁽¹⁷⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด (Evidence-based Protocol) ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่านและพยาบาลอาวุโสที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอีก 1 ท่าน และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายหลังได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันบำราศนราดูร หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับวิธีการและขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอม โดยผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธและหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการให้การรักษายาบาล ในกลุ่มนี้ภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ทำการประเมินผลของใช้แนวปฏิบัติ เมื่อเก็บข้อมูลครบ 7 เดือน ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมทั้งสองกลุ่มจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย และใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลโดย(1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติตามตัวแปรด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Chi-Square(c^2) (3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวดในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Mann-Whitney U-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นไปตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30

รายและกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย

กลุ่มทดลอง คือ หลังการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 ราย มีอายุระหว่าง 17-72 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 47.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.58) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 ราย ร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ 27 ราย ร้อยละ 90 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 16 ราย ร้อยละ 53.33 การศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี จำนวน 13 ราย ร้อยละ 43.33 เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดจำนวน 17 ราย ร้อยละ 56.66 สาเหตุส่วนใหญ่ของการผ่าตัดช่องท้องมาจากโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง 26 ราย ร้อยละ 86.66 เช่น การผ่าตัดมดลูก (TAH with BSO) การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (Cholecystectomy) การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ (Appendectomy) เป็นต้น

ก่อนใช้แนวปฏิบัติ เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย ซึ่งมีอายุระหว่าง 22-54 ปี มีอายุเฉลี่ย 32.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.08) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 29 ราย ร้อยละ 96.66 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ 16 ราย ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 33.33 มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี จำนวน 15 ราย ร้อยละ 50 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน 23 ราย ร้อยละ 76.6 สาเหตุส่วนใหญ่ของการผ่าตัดช่องท้องมาจากโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง 30 ราย เช่น การผ่าตัดมดลูก (TAH with BSO) การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (Cholecystectomy) การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ (Appendectomy) เป็นต้น

เมื่อทดสอบความแตกต่างปัจจัยด้านบุคคลเกี่ยวกับ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และอาชีพพบว่าไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล

กลุ่มทดลอง เป็นโรคที่ต้องทำการผ่าตัดที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง จำนวน 26 ราย ร้อยละ 86.66 ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องจากแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม จำนวน 12 ราย ร้อยละ 40 และสูตินรีเวช 18 ราย ร้อยละ 60 ได้รับการผ่าตัด/ด้านสรีระใช้วิธีการผ่าตัด

แบบ Transverse จำนวน 4 ราย ร้อยละ 13.33 แบบ Midline จำนวน 26 ราย ร้อยละ 86.66 และได้รับยา าระงับความรู้สึกชนิด General Anesthesia ส่วนใหญ่ใช้เวลา ในการผ่าตัดมากกว่า 60 นาที จำนวน 22 ราย ร้อยละ 73.33 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย คะแนนความปวด ก่อนการทดลองเท่ากับ 1.93 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.79)

กลุ่มควบคุม เป็นโรคที่ต้องทำการผ่าตัดที่ไม่ใช่ โรคมะเร็ง จำนวน 30 ราย ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จากแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม จำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.66 และสูตินรีเวช 28 ราย ร้อยละ 93.33 ได้รับการผ่าตัด/ด้านศีรษะใช้วิธีการผ่าตัดแบบ Transverse จำนวน 13 ราย ร้อยละ 43.33 แบบ Midline จำนวน 17 ราย ร้อยละ 56.66 และได้รับยา าระงับความรู้สึกชนิด General Anesthesia ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัด น้อยกว่า 60 นาที จำนวน 26 ราย ร้อยละ 86.66 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งหมดมีค่าเฉลี่ย คะแนนความปวด ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.48)

เมื่อทดสอบความแตกต่างปัจจัยด้านการ รักษาพยาบาล เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด/ด้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวดในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มก่อนและ หลังใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U-test

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง n =30	กลุ่มควบคุม n =30	Mann-Whitney U-test	p-value
	X ±SD	X±SD		
24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด	1.97±2.39	3.01±2.63	301	.008
Mean Ranks	26.87	34.13		
Sum of Rank	806.00	1024.00		
48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด	0.32± 0.75	0.45±0.45	428	.63
Mean Ranks	29.77	31.23		
Sum of Rank	893.00	937.00		
72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด	0.00±0.00	0.16 ±0.42	390	.04
Mean Ranks	28.50	32.50		
Sum of Rank	855.00	975.00		

ศีรษะใช้วิธีการผ่าตัด ระยะเวลาในการทำผ่าตัด และ คะแนนความปวดก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ ($p = .040$, $p = .010$, $p = .002$, $p = .000$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ตอบคำถามและทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

ตอบคำถามหลักของการวิจัย "การใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีผลต่อระดับการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหรือไม่ อย่างไร" และสมมุติฐานการวิจัย "ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแตกต่างกัน"

ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มทดลองที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีระดับความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเฉพาะระดับความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงโดยมีค่าเฉลี่ยอันดับความปวดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติที่ ($p = .008$, $p = .04$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

วิจารณ์

โดยรวมการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด มีผลต่อระดับความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่าคะแนนของความปวดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์⁽¹⁸⁾ ศึกษาผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การระงับปวดหลังผ่าตัดต่อการบรรเทาความเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในสถาบัน บำราศนราศูรโดยใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพ Quality framework ของโดนาปีเตียน ในคุณภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ในวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะด้านกระบวนการ ได้แก่ ส่วนประกอบต่าง ๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ คือผลของการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อการบรรเทาปวด ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความเจ็บปวด ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ห่อผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัด พักฟื้นและหลังผ่าตัด การที่พยาบาลเข้าไปพูดคุยซักถามอาการปวดตามเวลาที่กำหนด น่าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการจัดการความปวดกับผู้ป่วย จากการที่วิสัญญีพยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและมีบางส่วนให้ความไม่แน่ใจอาจมีผลมาจากความไม่ชัดเจนของรายละเอียดในข้อปฏิบัติ ควรมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างระบบของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่ห่อผู้ป่วย จึงส่งผลให้หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง พบว่าคะแนนของความปวดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนาระบบการดูแล จากผลการ

วิจัยครั้งนี้ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดต้องทั้งจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องทั้งสถาบันบาราศนราศูร ดังนั้นการนำขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดต้องทั้งนี้ไปใช้น่าจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องทั้งซึ่งการนำไปใช้ในแหล่งอื่นสามารถดัดแปลงขั้นตอนหรือวิธีการในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดต้องทั้งตามกรอบแนวคิดวิจัย

2. ด้านการวิจัย ควรทดสอบการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดต้องทั้งนี้ซ้ำในกลุ่มเดิมที่มีลักษณะคล้ายกันและกลุ่มอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ความปวดของกลุ่มตัวอย่าง โดยควบคุมความสม่ำเสมอของการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้คุณภาพการวิจัยดีขึ้น เพื่อให้สามารถนำมาใช้ทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณ นพ. ปรีชา ตันธนาธิป ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราศูร คุณ.พรศิริ เรือนสว่าง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันบาราศนราศูร ที่อนุ-าให้เก็บข้อมูลในการทำวิจัยในสถาบันบาราศนราศูร ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ วิจัยได้แก่ ผศ.ดร. อำภพร นามวงศ์พรหม คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารอ้างอิง

1. ไสว นรสาร. ความรู้สึกไม่แน่นอนนอนการประเมินตัดสินใจและการเผชิญ-ป-หาในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริ-ามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ให้-. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
2. Bonica, J.J., & Loeser, J.D. History of pain concepts and therapies. In J.D. Loeser (Ed.), Bonica's management of care. (5th ed.). Philadelphia:

- Lippincott Williams & Wilkins 2001; 1-16.
3. ลีรินทร์ ศาสตานุรักษ์, การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2546; 25(1). 11-16.
 4. มยุลี สำรา-าติ และนันทา เล็กสวัสดิ์. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2541.
 5. McCaffery. M. Pain. Clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby; 1989.
 6. Warfield, C.A., & Kahn, C.H. Acute pain management: Program in U.S. Hospital and Experiences Attitudes among U.S. adults. Anesthesiology, 1995.
 7. Ashburn, A.M., & Ready, B.I. Postoperative pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott W.B. Saunders 2001; 765-779.
 8. Good, M. Acute Pain: Complementary Health and Pain Management. In Fitzpatrick (Vol. Ed). Annual Review of Nursing Research. New York: Springer Publishing Company, 1999; 17: 107-132.
 9. พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน และคณะ. ความปวด (Pain). ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัททิมส์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2547.
 10. Cousins , M., & Power, I. Acute and Postoperative pain In P.D. Wall & R. Mellzack (Eds.), Textbook of pain 4th ed. Edinburgh: Livingstone. 1999; 447-491.
 11. Cochran, J., & Ganong,L.H., A comparison of Nurses and Patients Perceptions of Intensive Care Unit Stressors. Journal of Advanced Nursing 1989; 14: 1038-1043.
 12. Seers, K., Alexander, J.N., Fawcett, & Runciman, P.J. Nursing practice: Hospital and Home - the adult. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987; 615-635.
 13. ลักษมี ชา-เวช. Postoperative pain management. ใน นครชัย เผื่อนปฐม (บรรณาธิการ), Clinical Practice Guideline. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอ เอส พรินติ้งเฮาส์; 2546; 97-121.
 14. สถิติกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการทำผ่าตัด ในระยะเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2553. 2553
 15. วัชรภรณ์ หอมดอก และคณะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริ-ามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่-). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
 16. Li Ying Lin. Abdominal Surgery, Pain and Anxiety: preoperative nursing Intervention. Department of Nursing, Veterans General Hospital: Kaohsiung City: Taiwan; 2004.
 17. Bijur,P.E. et al. Reliability of Visual Analogue Scale for Measurement of Acute pain. Academic Emergency Medicine 2001; 8(12): 1153-1157.
 18. มนัสนันท์ ศิริกุลเวโรจน์. ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การระงับปวด หลังผ่าตัดต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในสถาบันบำราศนราดูร. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2553; 4 (2): 82-97.