

ISSN 1685-6481



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2553

Volume 36 No. 1 January - March 2010



- การพัฒนางานเสริมสร้างสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
กรณีศึกษา : ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
- การสร้างเครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตรายภาคตะวันออก โดยกระบวนการมีส่วนร่วม
- ผลการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอส ฉบับปรับปรุง (Modified PAS Model)
โดยเกษกร ชูมชน
- การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาการยอมรับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศเพื่อเป็นวิธีการในการป้องกันการ
การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- การพัฒนาทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ
- ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนไทยในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า
- อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคอ้วนระยะเฉียบพลัน และอาการปวดที่คงอยู่ ณ เวลา 3 เดือน
ในผู้ป่วยคนไทย ณ สภากาชาดนครราชสีมา



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2553 Volume 36 No. 1 Jan - Mar 2010

สารบา-	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
การพัฒนางานเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กรณีศึกษา: ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	1	The Development of Health Promotion and Disease Prevention and Control Program by using Strategic Route Map: In a case of Hat Asa Subdistrict, Sapphaya District, Chainat Province
สุจิตรา อังคศรีทองกุล และคณะ		Sujitra Unkasrithongkul, et al
การสร้างเครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตรายภาคตะวันออก โดยกระบวนการมีส่วนร่วม	10	Establishing Chemical Management Network in the East of Thailand by Participation Process
หรรษา รักษาคม และคณะ		Hansa Ruksakom, et al
ผลการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอสฉบับปรับปรุง (Modified PAS Model) โดยเภสัชกรชุมชน	19	The Outcomes of Modified PAS Model in Smoking Cessation Service by Community Pharmacist
ศิวรินทร์ ทองวัตร และคณะ		Siwarin Thongwat, et al
การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาการยอมรับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ เพื่อเป็นวิธีการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	32	Focus groups to study the acceptability of male circumcision as a measure to prevent HIV infection among men who have sex with men in Thailand
ธวีรัตน์ เขมณะสิริ และคณะ		Tareerat Chemnasiri, et al



สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
การพัฒนาทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ- <i>เสถียร เชื้อลี</i>	42	Establishment of PHA Registry in Amnatcharoen province, Thailand <i>Sathien Chuelee</i>
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนไทยในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า <i>อภิรมย์ พวงหัตถ์ และคณะ</i>	50	Study of Knowledge, Attitude and Practice of Thai People in Prevention and Control of Rabies <i>Apirom Puanghat, et al</i>
อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน และอาการปวดที่คงอยู่ ณ เวลา 3 เดือนในผู้ป่วยคนไทย ณ สถาบันบำราศนราดูร <i>พรชัย จิระชนากุล</i>	60	Acute zoster pain and postherpetic neuralgia in Thai patients at Bamrasnaradura institute <i>Pornchai Chirachanakul</i>

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none">1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 -12
บรรณาธิการ	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสวัณวัฒน์ นายแพทย์สราวุธ สุวัฒน์พิพะ นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรร นายแพทย์วินัย วุฒิติโรจน์ นายแพทย์จรัสวัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์สมาน พุตระกูล
ผู้จัดการ	นางสาวพรทิพย์ วิริยานนท์
ฝ่ายจัดการ	นางสาวศรีพร ศรีวงศ์พุก นางพรรชา ชุมเกษียร นางสาวทัศนีย์ มุตเมาะ
สำนักงาน	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ผู้ประสานงาน กำหนดออก	นางสาวรุ่งทิภา ธาณี โทร. 0-2590-3225 ปีละ 4 ครั้ง หรือรายสามเดือน : มกราคม - มีนาคม, เมษายน - มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน, ตุลาคม - ธันวาคม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2424-5600

DISEASE CONTROL JOURNAL

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

- Advisors:** Director General, Department of Disease Control
Deputy Director General, Department of Disease Control
Senior Experts, Department of Disease Control
Director of Bureau and Institute, Department of Disease Control
Regional Directors, Offices of Disease Control
- Editor:** Dr. Anupong Chitwarakorn
- Editorial Board:** Dr. Supamit Chunsuttiwat
Dr. Saravuth Suvannadabba
Dr. Suwich Thammapalo
Dr. Krisada Mahotarn
Dr. Pachara Sirivongrangson
Dr. Vinai Vuttivirojana
Dr. Jeeraphat Sirichaisinthop
Dr. Yuthichi Kasetjaroen
Dr. Somkiat Sirirattanapruk
Dr. Saman Futrakul
- Manager:** Ms. Porntip Wiriyanont
- 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

หลักเกณฑ์และคำนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์อภิปราย ประเด็นอภิปราย เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์	บทคัดย่อ	คือกรย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์อภิปราย ประเด็นอภิปราย เอกสารอ้างอิง		
บทความพินิจ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
		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) พร้อมทั้งอภิปท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปให้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	เอกสารอ้างอิง	1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

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

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

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

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ธีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีวิสุวัต, สุรศักดิ์ สมบัติตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเรื้อรังระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อรัง 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; 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. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต ทะรินสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณสน; 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 ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนางานเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

กรณีศึกษา : ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

Development of Health Promotion and Disease Prevention and Control

Program by Using Strategic Route Map: In a Case of Hat Asa Subdistrict,

Sapphaya, District Chainat Province

สุจิตรา อังครศรีทองกุล ศศ.ม. (พัฒนาสังคม)

Sujitra Unkasrithongkul M.A. (Social Development)

วารภรณ์ อึ้งพานิชย์ วท.ม. (สุขศึกษา)

Varaporn Ongpanit M.Sc (Health Education)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

Office of Disease Prevention and Control 2 Saraburi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อหารูปแบบการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือ มีจุดนโยบายให้เกิดการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การค้นหาปัญหาในชุมชน สร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ สร้างแผนที่ปฏิบัติการ และทำแผนงานโครงการ ผู้วิจัย ต้องการแสดงขั้นตอนการดำเนินการและผลงานที่เกิดขึ้น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 - วันที่ 31 กันยายน พ.ศ. 2552 ใน 9 ชุมชน ของตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาเครือข่ายต้นแบบด้วยการมีส่วนร่วมสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ระยะที่ 2 พัฒนาเครือข่าย แกนนำสุขภาพและคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ ให้สามารถสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ระยะที่ 3 พัฒนาแกนนำชุมชนให้มีความรู้และสามารถสร้างแผนงานโครงการ ผลการศึกษา 1) อบต.หาดอาษา มีแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์หลัก 4 ปี (2550-2553) และใช้แผนที่ฉบับปฏิบัติการในภาพรวมเพื่อการพัฒนาของชุมชน 2) เครือข่ายแกนนำสุขภาพและคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล มีการใช้แผนที่ฉบับปฏิบัติการรายประเด็น นำไปสู่การอนุมัติแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ 3) เครือข่ายมีคู่มือการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ทุกชุมชนมีแผนงาน/โครงการและได้รับการอนุมัติงบประมาณจากคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล ปัจจุบัน ตำบลหาดอาษา เป็นพื้นที่ต้นแบบ บุคลากรแกนนำทุกระดับสามารถสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการ แก้ไขปัญหาพื้นที่ได้ด้วยตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน

Abstract

The objective of participatory action research was to develop health promotion and disease prevention and control program by using Strategic Route Map (SRM) at Hat Asa subdistrict, Sapphaya district, Chainat Province. Total 9 communities of Hat Asa subdistrict were included into this study for three years from October 2007 to September 2009. The group process including Mind map, SRM, group relationship and knowledge management were used to design the disease prevention strategic and action plans of local health networks. The implementation was classified into 3 phases. The 1st phase, training the core groups of networks were trained to create a SRM and action plans of Hat Asa subdistrict. The 2nd phase, Second year, the local health networks were trained to use SRM for developing local health strategic and action plan at the

sub-district level. The last phase, the community leaders were trained to build up an action plan in village level. The results revealed that 1. The strategic plan for 4 year periods (2550-2553) of Hat Asa local authority organization including the implementation plan was developed by the participation of all stake holders. The leaders of health network and local health trust fund committee were able to create the action plan by using the SRM. The manual and guideline for using SRM were developed and distributed to all target groups so that all communities were able to develop their own action plans for disease prevention and control and were supported the funding from the local health trust fund committee. Up to now, Hat Asa subdistrict was accepted to be a prototype area of development of disease prevention and control program, with participatory action of health network, by using SRM.

<p>ประเด็นสำคัญ- เสริมสร้างสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์</p>	<p>Keywords Health Promotion, Disease Prevention and control, Strategic Route Map</p>
--	--

บทนำ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ปี 2546 กำหนดให้รัฐบาลจัดทำแผนการบริหารราชการแผ่นดิน⁽¹⁾ แสดงการตัดสินใจและการจัดลำดับความสำคัญในการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และความจำเป็นในการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)⁽²⁾ มุ่งสู่ “สังคมที่เข้มแข็ง มีคุณภาพ” แนวคิด พื้นฐานยังคงยึด “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ให้ความสำคัญกับ “การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกส่วนในสังคม” ในส่วนของการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกส่วนในสังคมนั้น แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือบริหารที่สำคัญในการบริหารจัดการยุทธศาสตร์^(3 4 5 6) ที่ชุมชน ท้องถิ่นและองค์กรสร้างขึ้น หรือมีอยู่แล้วให้เกิดความสำเร็จจะเป็นตัวเชื่อมโยงเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ ขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรท้องถิ่น เข้าหากัน เพื่อให้ทุกฝ่ายทราบบทบาทของตนว่ามีส่วนร่วมใน

ภาพรวมและวัตถุประสงค์เหล่านั้นอย่างไร จากบทบาทขององค์กรในแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลักแต่ละองค์กร จะไปทำแผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model : SLM) เฉพาะส่วนของตนโดยใช้กระบวนการเดียวกันทุกองค์กรลงไปจนถึงการตั้งเป้าหมายและเครื่องชี้วัดปฏิบัติการ^(10 11 12 13) ผลที่ได้จะทำให้การพัฒนาเป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกฝ่าย ทราบว่าจะดำเนินการและร่วมมือประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี (สคร.2) ซึ่งมีภารกิจหลักในการสนับสนุนวิชาการ และถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนพัฒนารูปแบบการจัดการเครือข่ายด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญที่จะนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ในการพัฒนางานของภาคีเครือข่ายดังกล่าว และกระตุ้นให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกที่ดี และมีศรัทธาในการพัฒนา^(4 5 6 7 8) ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อพัฒนาให้มีรูปแบบการจัด

การงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ในพื้นที่แบบมีส่วนร่วมด้วยการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยยกตัวอย่างกรณีของตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550-2552 (วันที่ 1 ตุลาคม 2549 - วันที่ 31 กันยายน 2552) เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจงจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่มีพื้นที่เสี่ยงสูงจากสถานการณ์การเกิดโรคที่เป็นโรคตามนโยบายกรมควบคุมโรคกำหนด และสมัครเข้ากองทุนสุขภาพของจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุข เขต 5 ในความรับผิดชอบของ สคร.2 โดยเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล ดำเนินการในทุกชุมชน รวมทั้งสิ้น 9 ชุมชน ของตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนที่ความคิด (Mind Map)⁽⁸⁾ การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การสร้างกลุ่มสัมพันธ์ และการจัดการความรู้⁽⁹⁾

การดำเนินการแบ่งขั้นตอนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2550 พัฒนาเครือข่ายต้นแบบด้วยการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของอบต.หาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดย

1.1 สร้างทีมวิทยากรกระบวนการ การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยผู้วิจัยอบรมบุคลากรของสคร.2 ให้มีความรู้และมีทักษะสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวในการปฏิบัติงานในพื้นที่

1.2 ศึกษาวิเคราะห์ศักยภาพของพื้นที่ ที่มีความพร้อมที่สนับสนุนงานของสาธารณสุข ในปีที่ผ่านมา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทให้ข้อมูล

1.3 สร้างเครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices : CoPs/Knowledge Network)⁽⁹⁾

ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรในส่วนที่เกี่ยวข้องของ อบต.หาดอาษา ผู้นำชุมชนทั้ง 9 หมู่ ผู้ประกอบการองค์กรเอกชน เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตำรวจ และครูโรงเรียนในพื้นที่จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 40 คน เครือข่ายที่กำหนดร่วมกันเรียนรู้กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของอบต.หาดอาษา ใช้ระยะเวลา 3 วัน ระหว่างวันที่ 18-20 เมษายน 2550 โดยใช้กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 7 ขั้นตอน คือ

(1) ใช้แผนที่ความคิดวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนางานอยู่ดีมีสุขในพื้นที่ อบต.หาดอาษา เป็น 4 มิติ คือ มุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา (ระดับพื้นฐาน) มุมมองเชิงบริหารจัดการ (ระดับกระบวนการจัดการภายใน) มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ระดับภาคี) และมุมมองเชิงคุณค่า (ระดับประชาชน)

(2) กำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination statement) และให้นิยามความหมายด้วยตารางสรุปจุดหมายปลายทาง

(3) สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลัก (SRM) การพัฒนางานของอบต.หาดอาษา ระยะเวลา 4 ปี (ปี2550-2553) ด้วยตาราง 5 ช่อง กำหนดเป้าประสงค์ กลยุทธ์ ตรวจสอบแผนที่ยุทธศาสตร์กับยุทธศาสตร์การพัฒนา พิจารณาความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ในแต่ละระดับ

(4) สร้างแผนที่ฉบับปฏิบัติการปี 2551 (SLM) สร้างกลุ่มภารกิจและกลุ่มงาน จากแผนที่ฉบับปฏิบัติการเพื่อกำหนดผู้จัดการกลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบ

(5) การนิยามวัตถุประสงค์ กำหนดโครงการหรือกิจกรรมสำคัญและเครื่องชี้วัดใช้ตาราง 7 ช่อง ช่วยสร้าง

(6) เครือข่ายนำเสนอนายก อบต. เห็นชอบ

(7) ตรวจสอบแผนงาน/โครงการของ อบต. ให้สอดคล้องกับแผนที่ฉบับปฏิบัติการนำสู่การปฏิบัติ

1.4 สคร.2 สรุปประเมินผลโครงการสรุป

บทเรียนเป็นเรื่องเล่าในพื้นที่ ส่งมอบงาน ติดตาม ประสานงานในพื้นที่ อบต.หาดอาษา 3 ครั้งในช่วง เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2550 โดยให้ความสำคัญ กับปลัด อบต. และนักวิเคราะห์นโยบายและแผนของ อบต. ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบโครงการให้สอดคล้องครอบคลุมตามยุทธศาสตร์ของ อบต.หาดอาษา และจัดเวที ให้เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงาน และ ประกวดผลงานของเครือข่ายจากการสร้างและใช้แผนที่ ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติระดับเขต ในเดือนสิงหาคม 2550

ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2551 พัฒนาเครือข่าย แกนนำสุขภาพ และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพให้ สามารถสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการ แก้ไขปัญหาในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม ดังนี้

2.1 ทีมวิทยากรกระบวนการของ สคร.2 โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรหลัก ให้เครือข่ายสุขภาพและ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพ ของ อบต.หาดอาษา สร้าง และใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหา สุขภาพรายประเด็น เครือข่ายร่วมกันจัดทำแผนที่ฉบับ ปฏิบัติการ (SLM) รายเรื่องที่เป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้อง แก้ไข คือ โรคไข้เลือดออก

2.2 เครือข่ายสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลหาดอาษา และแกนนำสุขภาพ เป็นแกนหลัก ขยายและจัดทำเป็นแผนที่ฉบับปฏิบัติการในหลายเรื่อง เช่น โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โครงการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการตำบลหาดอาษา ร่วมใจ ให้อายุใสไกลเอตส์ และโครงการ To Be Number 1 ตำบล หาดอาษา เป็นต้น

2.3 สคร.2 สรุปบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เครือข่ายนำเสนอผลงาน และประกวดผลงานของเครือข่ายจากการสร้างและ ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติระดับเขต ในช่วงเดือนสิงหาคม 2551

ระยะที่ 3 ปีงบประมาณ 2552 พัฒนาแกนนำ ชุมชน ให้มีความรู้ สามารถสร้างแผนงานโครงการ แก้ไข

ปัญหาในพื้นที่ได้ด้วยตนเอง โดย

3.1 สร้างเครือข่ายงานสุขภาพในระดับเขต จังหวัดและพื้นที่ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคที่ติดต่อทั่วไป โรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน โรคไม่ติดต่อ และโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระบาดวิทยา และด้านท้องถิ่นที่มีความสมัครใจร่วม กิจกรรม กำหนดบทบาทหน้าที่ดำเนินงาน และติดตาม ประเมินผล

3.2 จัดทำคู่มือการสร้างและใช้แผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์สำหรับวิทยากร ใช้ประกอบการดำเนินงาน ในพื้นที่

3.3 สร้างแกนนำชุมชน นำเสนอแนวคิดใน การสนับสนุนงานชุมชน คัดเลือกแกนนำ ครอบคลุมทั้ง 9 ชุมชน กำหนดคุณสมบัติแกนนำที่เป็นที่ยอมรับของ คนส่วนใหญ่ในหมู่บ้าน มีอำนาจในการตัดสินใจ มีความ ตั้งใจทำงาน เป็นผู้เสียสละ มีน้ำใจ สุภาพอ่อนโยน มีเหตุผลรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถปรับ เปลี่ยนแนวคิดวิธีการตามความเหมาะสม เป็น นักประสาน และการพูดโน้มน้าว กำหนดบทบาทของ แกนนำ โดยคณะกรรมการหมู่บ้านเข้ารับการอบรมวิธี การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ชุมชน หาสมาชิกในการร่วมและวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ ในหมู่บ้าน สร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) เขียนโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพรายหมู่บ้าน

3.4 พัฒนาแกนนำ โดยผู้วิจัยและทีมวิทยากร กระบวนการของ สคร.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชัยนาท อบต.หาดอาษา และสถานีอนามัย ตำบล หาดอาษา ร่วมกันพัฒนาแกนนำเครือข่ายให้สามารถ ทำงานอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้าง สุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ในตำบลหาดอาษา ด้วยการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการ สร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการเฝ้า ระวังดูแลสุขภาพกันเองอย่างทั่วถึง

3.5 สร้างกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ภาพที่ดีของ

ชุมชน ด้วยการจัดกิจกรรมสันถวนการสร้างความเป็นกันเอง ความคุ้นเคยให้เกิดความสนุกสนาน การกล้าแสดงออกเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยร่วมทำบุญวันหยุดวันมาฆบูชา ร่วมกันสำรวจชุมชนเพื่อหาทุนและทุกซ์ทางสังคมของแต่ละชุมชน ดำเนินการชุมชนด้วยการฝึกปฏิบัติวิธีการสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ร่วมกัน ในระดับตำบล จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการรายหมู่บ้าน ตามขั้นตอนดังนี้

- (1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ในแต่ละชุมชน
- (2) กำหนดจุดหมายปลายทางและให้นิยามความหมาย
- (3) สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และตรวจสอบความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์
- (4) สร้างแผนที่ฉบับปฏิบัติการ(SLM)
- (5) นิยามวัตถุประสงค์ จัดทำแผนงาน/โครงการ (ตาราง 11 ช่อง)

3.6 จัดเวทีตลาดนัดความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน เรื่องวิธีการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ การจัดทำแผนงานโครงการ และจัดประกวดผลงาน ประเมินผลแผนที่ยุทธศาสตร์ ชุมชนรายหมู่บ้าน การจัดทำแผนงาน/โครงการของชุมชน และสรุปบทเรียน

ผลการศึกษา

1. อบต.หาดอาขามีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลัก 4 ปี (2550-2553) และแผนที่ฉบับปฏิบัติการในภาพรวมเพื่อการพัฒนาของชุมชนอบต.หาดอาขา ตำบลสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (ดังภาพที่1-2)

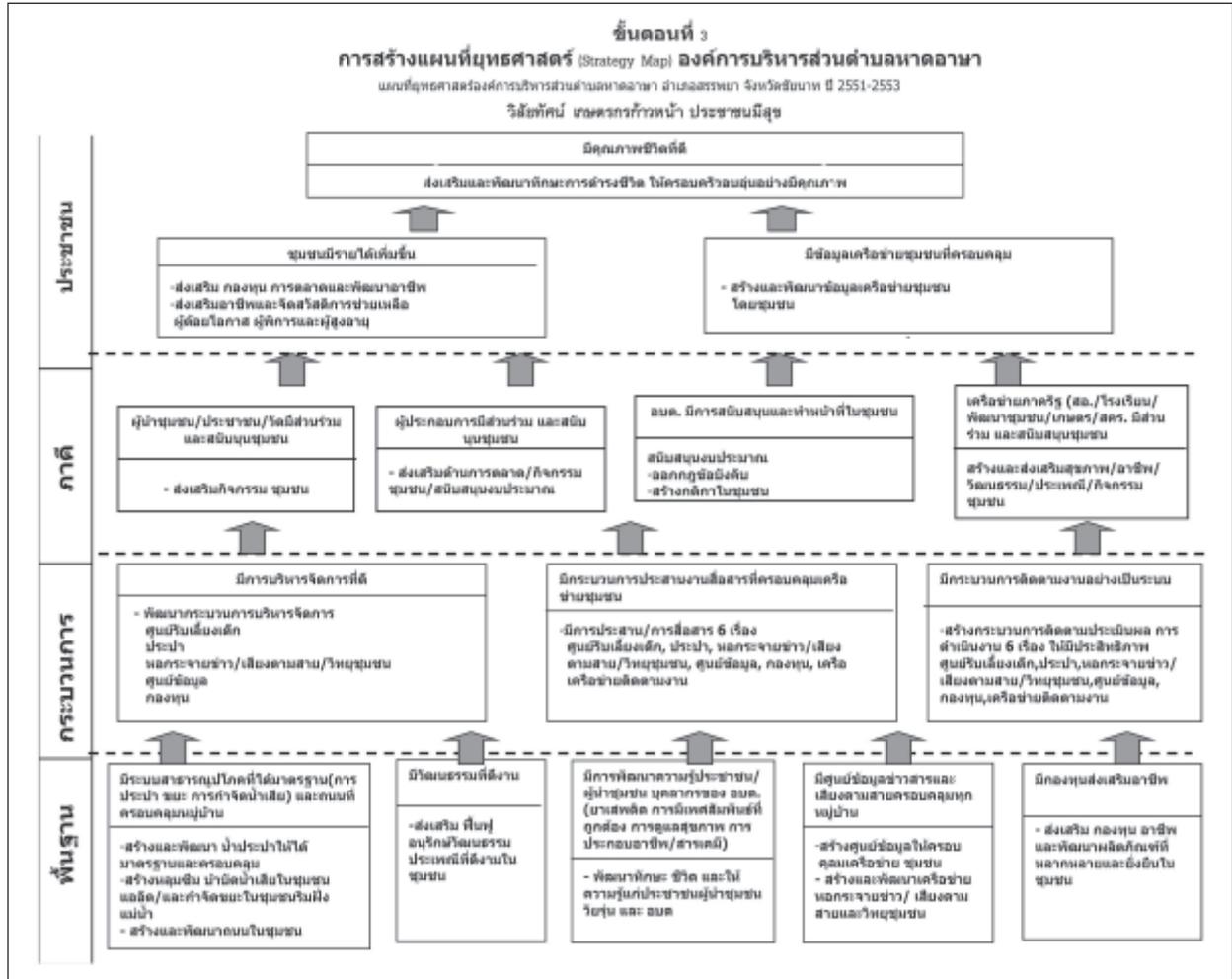
2. อบต.หาดอาขา มีการใช้แผนที่ฉบับปฏิบัติรายประเด็น นำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ (ดังภาพที่ 3-4)

3. เครือข่ายวิทยากรมีคู่มือการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติทุกชุมชนมีแผนงาน/โครงการโดยชุมชนรายหมู่บ้าน ดังนี้

- (หมู่ 1)โครงการป้องกันควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิส
- (หมู่ 2)โครงการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก
- (หมู่ 3)โครงการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก
- (หมู่ 4)โครงการป้องกันควบคุมโรค เบาหวาน ความดัน
- (หมู่ 5)โครงการป้องกันควบคุมโรค โรคเบาหวาน ความดัน
- (หมู่ 6)โครงการป้องกันควบคุมโรค โรคเบาหวาน ความดัน
- (หมู่ 7)โครงการป้องกันควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิส
- (หมู่ 8)โครงการป้องกันควบคุมโรค โรคเบาหวาน ความดัน
- (หมู่ 9)โครงการป้องกันควบคุมโรค โรคเบาหวาน ความดัน

โดยทุกโครงการของชุมชนผ่านการนำเสนอคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลหาดอาขา และได้รับการอนุมัติงบประมาณดำเนินการในกองทุนสุขภาพทุกโครงการ มีแผนปฏิบัติงานสู่การพัฒนาด้วยความร่วมมือของชุมชนและเครือข่าย อบต.หาดอาขา โดยกองทุนสุขภาพ สามารถจัดสรรงบประมาณที่ถูกต้องเหมาะสม มีผู้รับผิดชอบโครงการโดยชุมชน มีการทบทวนแผนทุกปีนำไปสู่การแก้ไขปัญหาพัฒนางานในปีต่อไปอย่างเป็นระบบ

ภาพที่ 1 แสดงแผนที่ยุทธศาสตร์ ออบต.หาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท



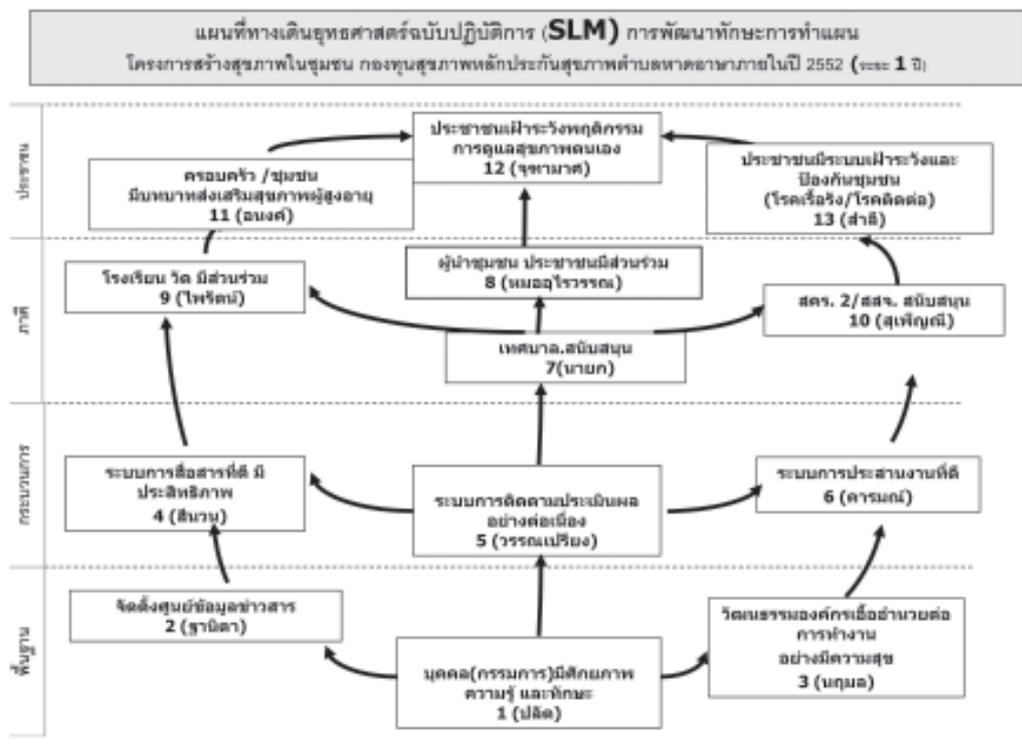
ภาพที่ 2 แสดงแผนที่ฉบับปฏิบัติการของ ออบต.หาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท



ภาพที่ 3 แสดงแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลลาดอาษา



ภาพที่ 4 แสดงแผนยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการในชุมชนกองทุนสุขภาพ ตำบลลาดอาษา



วิจารณ์

การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในพื้นที่ อบต.หาดอาษา ทำให้ทุกคนตอบคำถามได้ว่า "เรากำลังทำอะไรที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับพื้นที่ของเรา" แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้คำตอบว่าสิ่งที่สำคัญสำหรับพื้นที่คืออะไร? เป้าประสงค์สูงสุดทำให้พันธกิจและยุทธศาสตร์ของทุกองค์กรและชุมชนเป็นงานของทุกคน เป็นการเชื่อมโยงเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรท้องถิ่นเข้าหากัน เพื่อให้ทุกฝ่ายทราบว่า ใครมีส่วนในภาพรวมอย่างไร และวัตถุประสงค์เหล่านั้นสอดคล้องกันอย่างไร? ดังนั้นจากแผนที่ยุทธศาสตร์หลัก (SRM) แต่ละองค์กรจะไปพัฒนาแผนที่เฉพาะส่วนของตน ที่เรียกว่าแผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) โดยใช้กระบวนการเดียวกันทุกองค์กร ปัจจัยความสำเร็จของการศึกษารุ่นนี้ อยู่ที่การออกแบบกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เครือข่ายและทีมงานทุกคนมีส่วนร่วมกระบวนการในเป้าหมายเดียวกัน ร่วมสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการพัฒนางานของชุมชนอย่างเป็นระบบ ด้วยการเตรียมความพร้อมที่ดีทำให้เกิดการประสานงานที่ดี การจัดกระบวนการที่ดีมีกลไกการจัดการเครือข่าย ข้อมูลกระบวนการที่เป็นระบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเครือข่าย ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ อยู่ที่จำนวนวิทยากรหลักที่มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ยังมีน้อย และส่วนใหญ่เป็นวิทยากรกระบวนการเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนจึงควรสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) ซึ่งเป็นภาพแสดงองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในเวลาอันสั้น ภายใน 1-2 ปี เป็นภาพรวมที่แสดงว่าการบรรลุวิสัยทัศน์ที่ต้องการ ลำดับความสำคัญสิ่งที่ทุกคนต้องทราบและมีส่วนผลักดันให้สำเร็จ หากจะให้เกิดความยั่งยืนควรพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนการให้สามารถเป็นวิทยากรหลักเพิ่มขึ้นและหากจะมีการดำเนินการในพื้นที่ใหม่ ควรขยายพื้นที่เป้าหมายใน อบต. ที่มีความพร้อม สมัครงบกองทุน

สุขภาพ โดยใช้งบประมาณของ อบต. เน้นบทบาทของประชาชนตามวิสัยทัศน์ให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาท ดูแลสุขภาพของตนเองได้ ปฏิบัติต่อภาวะแวดล้อมประเภทต่างๆ อย่างเหมาะสม ร่วมมือในการดำเนินมาตรการทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์อมร นนทสุต (อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน) ที่ให้ความรู้ผู้วิจัยและให้โอกาสมีส่วนร่วมสร้างเนื้อหาหลักสูตร สามารถเป็นวิทยากรกลางระดับประเทศ เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ในการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้อย่างเป็นระบบ และขอบคุณ เครือข่าย CoPs เครือข่ายสุขภาพแกนนำสุขภาพประชาชนในพื้นที่ อบต.หาดอาษาทุกท่าน ทีมวิทยากรกระบวนการทุกระดับ และคณะทำงาน สคร.2 ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมสร้างสรรค์ผลงานให้สำเร็จตามเป้าหมายนำสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือคำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกา ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี เอ.เอส.พี จำกัด; 2547.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา; 2549.
3. อมร นนทสุต, วิรุณศิริ อารยวงศ์, ประพันธ์ศักดิ์ รัชไชยวรรณ, อะไร หมายความว่าแผนที่ยุทธศาสตร์กับการสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เรดิสันเอชเอ็น; 2549.
4. คู่มือหลักสูตรนวัตกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปฏิบัติการ.

- กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
5. อมร นนทสุด. การบริหารการเปลี่ยนแปลงสู่
เมืองไทยแข็งแรง. วารสารสาธารณสุขปีที่ 14 ฉบับ
ที่ 3 (พฤษภาคม - มิถุนายน) 2548.
 6. อมร นนทสุด. แผนที่ยุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ; 2548.
 7. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การสร้าง
สุขภาพเพื่อเมืองไทยแข็งแรง ยุทธศาสตร์ความ
ร่วมมือ "สร้างสังคม ชุมชนเข้มแข็ง เพื่อสร้าง
สุขภาพ". เอกสารอัดสำเนา. 2548.
 8. อรพินท์ สฟโชคชัย. คู่มือการจัดการประชุมเพื่อ
ระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน : การพัฒนา
หมู่บ้านโดยพลังประชาชน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย
เพื่อพัฒนาประเทศไทย; 2537.
 9. เอนก นาคะบุตร. องค์กรความรู้ในการจัดการ
ทรัพยากรธรรมชาติในเชิงพหุภาคี. กรุงเทพฯ :
สถาบันชุมชน ท้องถิ่นพัฒนา; 2540.
 10. Kaplan R. F. and Norton D. P. Strategy Map:
Converting Intangible Assets into Tangible
Outcomes. Boston. Harvard Business School
Press. 2004.
 11. Anderson R. D. Beyond Scorecard Reporting.
Better Management (Cited 2005 Aug 25)
Available from : <http://www.bettermanagement.com/library>
 12. Parmenter D. The New Thinking on KPIs: Why
you May Be working with the Wrong Measures :
Better Management (cited2005Aug25) Avail-
able from : <http://www.bettermanagement.com/library>
 13. Knowles B. The 5 Simple Steps to Building an
Award-winning Scorecard: Performance
Management (cited 2005 Aug 25) Available
from: [http://www.bettermanagement.com/li-
brary](http://www.bettermanagement.com/library)

The products of the 1st step included conceptual framework and 4 steps of network activities with 5 activities. The 2nd step involved 38 organizations in the workshop and production of manuals for the personnel and the public. Participation building processes such as AIC (Appreciate Influence Control) and FSC (Future Search Conference) technic were applied in the workshop with 93% and 7% of network members at high and middle level of network participation, respectively. For the manual production, 82.6% and 17.4% of the members were at high and middle level of participation, respectively. The 3rd step indicated that the input and the process were good, activities were performed as planned, and the activities were useful and suitable for the problems in the area. In conclusion, the chemical management network in the East of Thailand was built up through the participation process driven by network activities. The key success factors included network coordination, regular activities, network outputs with shared benefits; whereas personnel change and interruption of some activities were main obstacles. The network sustainability, public participation, and application for other public health problems were suggested for the next steps of development.

ประเด็นสำคัญ-

เครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตราย
กระบวนการมีส่วนร่วม

Keywords

Chemical management network, East of Thailand,
Participation process

บทนำ

ภาคตะวันออกของประเทศไทยมีความเติบโตด้านอุตสาหกรรม และเป็นศูนย์กลางการขนส่งสินค้าในระดับประเทศ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นการพัฒนาอุตสาหกรรมในระดับภูมิภาคที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย หรือที่รู้จักทั่วไปในนาม "โครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลด้านตะวันออก (Eastern Seaboard Development Program)"⁽¹⁾ การพัฒนาคุณภาพดังกล่าวเกี่ยวข้องกับวงจรชีวิตของสารเคมีทั้งการนำเข้า การผลิต การใช้การขนส่ง การจัดเก็บและการกำจัดกากของเสียอันตราย^(2 3) มีการศึกษาผลกระทบของสารตัวทำลายอินทรีย์ซึ่งเป็นสารอินทรีย์ระเหยง่ายในเขตตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง พบว่า อันตรายในด้านเหตุรำคาญเนื่องจากกลิ่นรบกวน กากของเสียอันตราย การรั่วไหล การลุกไหม้ การระเบิด และอุบัติเหตุจากการขนส่งสารรวมทั้งโรคพิษของสารทำลายอินทรีย์^(4 6) สารเคมีอันตรายส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งระดับบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น

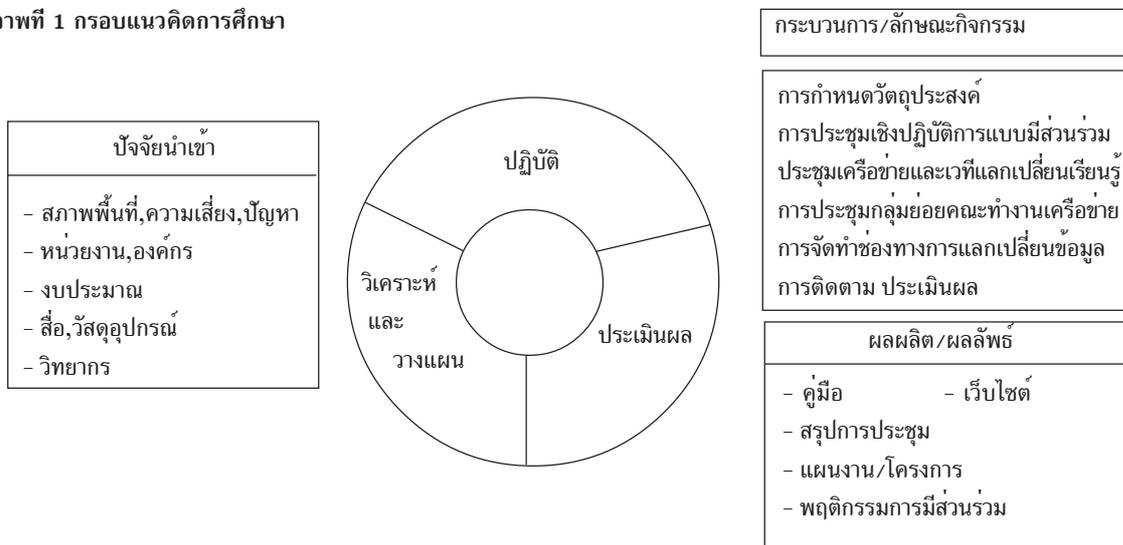
ในการจัดการสารเคมีอันตราย จึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานในระดับสากล มีการหารือร่วมกันในหลายเวทีเพื่อนำไปสู่การจัดการ สารเคมีที่ยั่งยืนและเป็นรูปธรรม ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการระหว่างประเทศว่าด้วยความปลอดภัยด้านสารเคมี (International Program on Chemical Safety: IPCS)⁽⁷⁾ แผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2550-2554) กล่าวถึงมาตรการที่เกี่ยวกับการพัฒนาความร่วมมือ การมีส่วนร่วมการพัฒนาเครือข่าย^(3 8) ในระดับภูมิภาค ยังไม่เคยมีการศึกษาการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการจัดการสารเคมีอันตราย ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาสารเคมีอันตราย และความสำคัญของการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายระหว่างองค์กรต่างๆ จึงทำการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตรายภาคตะวันออกโดยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา (Journey of Development) โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็น

อยู่ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ หัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัยซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ (Collaborative Approach) ระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ⁽⁹⁾

ผลการศึกษาคาดว่าก่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการทำงานตามบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสารเคมีอันตรายอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างวัฒนธรรมใหม่ของการปฏิบัติงานในลักษณะเครือข่ายที่เกิดประโยชน์ต่อการทำงานอย่างแท้จริง โดยการ

สร้างเครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตราย ภาคตะวันออก เป็นการสร้างเครือข่ายในระดับองค์กร ที่ต้องการให้มีความร่วมมือโดยวัดจากประสิทธิผล คือ ผลที่ได้เทียบกับวัตถุประสงค์ของเครือข่าย เป็นเครือข่ายผสมระหว่างเครือข่ายความคิดและเครือข่ายกิจกรรม คือ เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสำเร็จด้านความคิด ความรู้ หรือเทคนิคในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีตามบทบาทหน่วยงาน และเน้นการช่วยเหลือ เกื้อกูลความร่วมมือและการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยมีกรอบแนวคิดการศึกษาดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการและวางแผน 2) ขั้นดำเนินการ และ 3) ขั้นประเมินผล ประชากรศึกษา คือ 9 จังหวัดภาคตะวันออกในเขตรับผิดชอบของหน่วยงานผู้วิจัยคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ปราจีนบุรี จันทบุรี ตราด สระแก้วและนครนายก เลือกแบบเจาะจง 2 จังหวัด คือ จังหวัดชลบุรีและจังหวัดระยองเนื่องจากเป็นเขตนิคมอุตสาหกรรม มีผลกระทบจากอุบัติเหตุสารเคมีและ

สิ่งแวดล้อม รวมถึงมีหน่วยงานที่สำคัญในพื้นที่หลายแห่ง กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสารเคมีอันตราย ตามบทบาทของหน่วยงานระดับจังหวัดและเขตในภาครัฐและภาคเอกชน โดยการส่งหนังสือเชิญและตอบรับการเข้าร่วมกิจกรรมโดยสมัครใจ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน 2549 ถึงเดือนตุลาคม 2550 เก็บข้อมูลโดยการบันทึกกิจกรรม การบันทึกภาพ สรุปการประชุมการติดตามผลการดำเนินงาน แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมกิจกรรมเครือข่าย แบ่งเป็น 5 กิจกรรม คือ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการระดมความคิด วิเคราะห์สภาพปัญหาและการกำหนดกิจกรรม การแก้ปัญหา 2) ประชุมเครือข่ายและติดตามผลการดำเนินงาน

ตามแผน 3) ประชุมเชิงบรรยายและการสรุปทเรียน การซ่อมแผนปฏิบัติการสารเคมี 4) เวทีประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ 5) จัดทำคู่มือทางวิชาการโดยมีหลักในการ ประเมิน ดังนี้ ระดับมาก หมายถึง มีพฤติกรรมในกิจกรรม นั้น มากกว่าร้อยละ 60 ของการปฏิบัติ ปานกลางหมายถึง มีพฤติกรรมในกิจกรรมนั้นร้อยละ 30 ถึง 60 น้อย หมายถึง มีพฤติกรรมในกิจกรรมนั้นน้อยกว่าร้อยละ 30 ไม่มีส่วนร่วม หมายถึง ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าร่วม แต่ไม่แสดงพฤติกรรมใดๆ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณโดยจำนวนและร้อยละ

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการและวางแผนโดย การทบทวนและศึกษาหลักการ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิคการสร้างเครือข่ายทางสังคมและรูปแบบการ มีส่วนร่วมของชุมชน นำมาสร้างกรอบแนวคิดและการ กำหนดลักษณะกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม เครือข่าย นำมาหาข้อสรุปจากการประชุมคณะทำงาน และสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการ 2 ท่าน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการตามแผนในการ กำหนดวัตถุประสงค์และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม เครือข่ายใน 5 ลักษณะกิจกรรม คือ การประชุมเชิง ปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค Appreciate Influence Control, AIC และ future search conference, FSC การจัดประชุม เครือข่าย 3 ครั้ง การติดตามกำกับ แผนการดำเนินงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและการเพิ่มช่องทางการ ติดต่อประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล โดยผู้เชี่ยวชาญ จากมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อประเมิน บริบท สิ่งนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการทั้งหมดใน ภาพรวม โดย ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model เป็นการประเมินประสิทธิผล คือ ผลที่ได้เทียบกับ วัตถุประสงค์

การจัดการสารเคมีอันตราย หมายถึง ด้าน การบริหารจัดการ ด้านวิชาการและด้านปฏิบัติการตาม บทบาทองค์กรที่เกี่ยวข้องในวงจรชีวิตสารเคมี

วงจรชีวิตสารเคมี หมายถึง การนำเข้า การผลิต

การใช้ การขนส่ง การจัดเก็บและการกำจัดกาก ของเสียอันตราย

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการ ประสานงานของบุคคลหรือองค์กรหลายองค์กรที่ต่าง มีทรัพยากร เป้าหมาย วิธีการทำงานของตนเอง โดย องค์กรเหล่านี้จะมาเชื่อมโยงความพยายามและการ ทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ และเป็นรูปธรรม เพื่อปฏิบัติการกิจกรรมกันโดยแต่ละฝ่าย ยังคงปฏิบัติการหลักของตนเองต่อไปอย่างไม่สูญเสีย เอกสิทธิ์

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าร่วม ระดมความคิดวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยน การเล่า ประสบการณ์ การเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาการ อภิปราย การปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง การมีส่วนร่วม ของเครือข่าย หมายถึง การที่สมาชิกของเครือข่ายได้ เข้ามาร่วมกันทำกิจกรรมตามกระบวนการหรือเกิด ผลผลิต การทำกิจกรรมร่วมกัน

ผลการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการและวางแผน

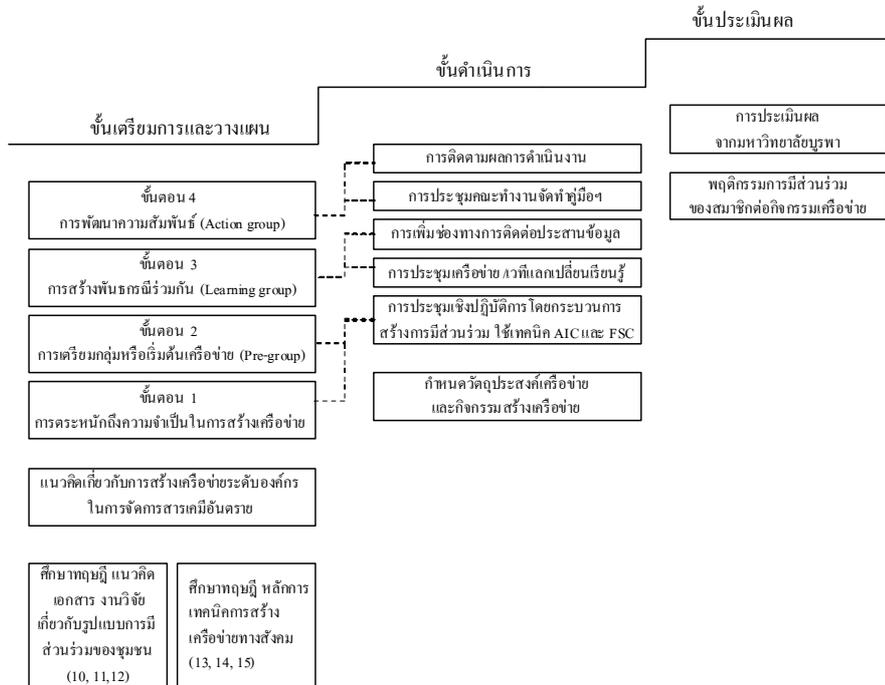
จากการทบทวนและศึกษาหลักการ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิคการสร้างเครือข่ายทางสังคมและ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน นำมาสร้างกรอบ แนวคิด และการกำหนดลักษณะกิจกรรมเพื่อสร้างการมี ส่วนร่วม เครือข่าย ได้กรอบแนวคิดการสร้างเครือข่าย การจัดการสารเคมีอันตราย ภาคตะวันออก ดังภาพที่ 2

2. ขั้นตอนการ

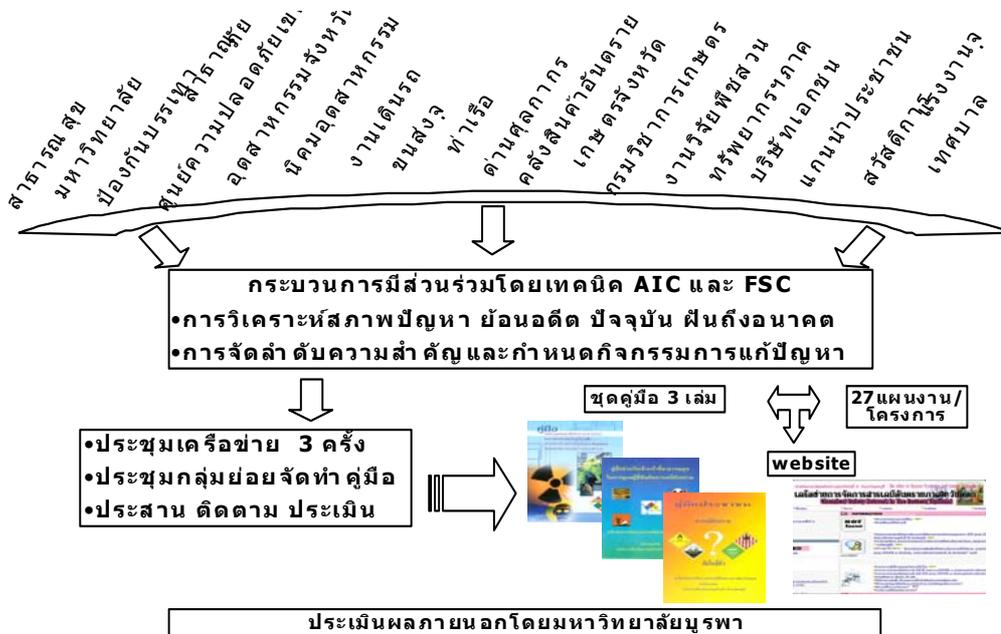
2.1 การศึกษานี้ทำให้เกิดเครือข่ายการจัดการ สารเคมีอันตรายภาคตะวันออก โดยมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน รวม 38 หน่วยงาน เกิดรูปแบบการสร้าง เครือข่ายๆ ที่เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมขับเคลื่อน ผ่านกิจกรรมต่างๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การ ประสานงาน และการสร้างผลงานร่วมกันดังภาพที่ 3

2.2 ผลจากกิจกรรมการสร้างเครือข่ายและ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิก ดังตารางที่ 1

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการสร้างเครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตรายภาคตะวันออก



ภาพที่ 3 รูปแบบกิจกรรมการสร้างเครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตรายภาคตะวันออก



ตารางที่ 1 ร้อยละของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกต่อกิจกรรมการสร้างเครือข่าย

ลำดับ	กิจกรรม	วัน เวลา	จำนวน	พฤติกรรมการมีส่วนร่วม(ร้อยละ)			
				มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1	ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยกระบวนการสร้าง การมีส่วนร่วม โดยเทคนิค AIC และ FSC - การวิเคราะห์สภาพปัญหา - การกำหนดกิจกรรมการแก้ปัญหา	24-26	38 หน่วยงาน	40 (93.0%)	3 (7.0%)	0 (0)	0 (0)
		กรกฎาคม	43 คน				
		2549					
2	ประชุมเครือข่ายและติดตามผลการดำเนินงาน ตามแผนงาน/โครงการ	19 ตุลาคม	31 หน่วยงาน	30 (75%)	7 (17.5%)	3 (7.5%)	0 (0)
		2549	40 คน				
3	ประชุมเชิงบรรยายและการสรุปทเรียน การช่อมแผนปฏิบัติการยสารเคมี	8 พฤษภาคม	28 หน่วยงาน	27 (75%)	5 (13.9%)	4 (11.1%)	0 (0)
		2550	36 คน				
4	ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	25 ตุลาคม	25 หน่วยงาน	25 (80.7%)	3 (9.6%)	2 (6.5%)	1 (3.2%)
		2550	31 คน				
5	จัดทำคู่มือทางวิชาการสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และประชาชน	ตุลาคม 2549	16 หน่วยงาน	19 (82.6%)	4 (17.4%)	0 (0)	0 (0)
		- พฤษภาคม	23 คน				
		2550					

จากตารางที่ 1 กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการโดย กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดยเทคนิค AIC และ FSC พบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในระดับมากที่สุดร้อยละ 93.0 ปานกลางร้อยละ 7.0 กิจกรรมการประชุมเครือข่ายพบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมระดับมากที่สุดร้อยละ 75 ปานกลางร้อยละ 17.5 น้อยร้อยละ 7.5 กิจกรรมประชุมเชิงบรรยายและการสรุปทเรียนฯ พบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมระดับมากที่สุดร้อยละ 75 ปานกลางร้อยละ 13.9 น้อยร้อยละ 11.1 กิจกรรมการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมระดับมากที่สุดร้อยละ 80.7 ปานกลาง ร้อยละ 9.6 น้อยร้อยละ 6.5 ไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 3.2 กิจกรรมการจัดทำคู่มือทางวิชาการสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนพบว่าพฤติกรรม การมีส่วนร่วมระดับมากที่สุดร้อยละ 82.6 ปานกลางร้อยละ 17.4

จากกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการโดย กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดยเทคนิค AIC และ FSC มีการทำกิจกรรมกลุ่มและวิเคราะห์สภาพปัญหา ร่วมกันโดยการย้อนอดีต ปัจจุบัน ฝันถึงอนาคต พบสาเหตุสำคัญ 5 ประการ คือ ขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ขาดงบประมาณ

ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสารเคมีไม่สมบูรณ์ ขาดความจริงจัง ในการตรวจสอบ/การบังคับใช้กฎหมาย และขาด นโยบายที่ชัดเจน พฤติกรรมที่พบเป็นปัญหาของการใช้สารเคมีมากที่สุด ได้แก่ การลักลอบนำเข้า/การรั่วไหล/ การจัดเก็บ/การใช้สารเคมีไม่ถูกต้อง พฤติกรรม การขับขีของคนที่ขับรถบรรทุกสารเคมีไม่ถูกต้อง การกำจัด ขยะพิษและกากของเสียอันตรายไม่ถูกต้อง ไม่มีการ คัดแยก การขนส่งไม่ได้มาตรฐานและไม่มี การแสดง ป้ายสารเคมีอันตราย การจัดลำดับความสำคัญ ของ ปัญหาและกำหนดกิจกรรมการแก้ปัญหา แบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจ การจัดทำ ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเก็บ การใช้สารเคมี การเสริม สร้างการมีส่วนร่วมและกิจกรรมการควบคุมป้องกัน ซึ่งนำมาวางแผนจัดทำแผนงานของแต่ละหน่วยงาน ที่จะดำเนินการในปี 2550 มีจำนวน 27 โครงการ แบ่งเป็นชลบุรี 16 และระยอง 11 โครงการ

ผลจากการจัดประชุมเครือข่าย 3 ครั้งและการ ติดตามกำกับกับการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมของ เครือข่าย พบว่าเป็นไปตามแผน ส่วนแผนงานโครงการ ของแต่ละหน่วยงานที่ดำเนินการในปี 2550 ดำเนินการ ได้จำนวน 23 โครงการ แบ่งเป็น ชลบุรี 16 และระยอง

7 โครงการ เนื่องจากบางโครงการไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและการเปลี่ยนบุคลากรของหน่วยงานนั้น ส่วนผลผลิตจากเครือข่ายคือคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงาน 3 ชุด สำหรับเจ้าหน้าที่กู้ภัยและดับเพลิงขององค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสำหรับประชาชนจัดทำเว็บไซต์ (www.chemicaldpc3.org) เป็นช่องทางแลกเปลี่ยนข้อมูลและกิจกรรมระหว่างเครือข่าย สำหรับข้อเสนอแนะกิจกรรมสำหรับเครือข่ายครั้งต่อไป ได้แก่ ประชุมเครือข่ายทุก 3 เดือน การให้ความรู้ชุมชนในเขตเส้นทางขนส่งและชุมชนอุตสาหกรรม จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ การซ้อมแผนป้องกันภัยและระงับอุบัติเหตุจากสารเคมีแบบบูรณาการ จัดทำข้อมูลสารเคมีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการระงับภัย (GIS) ประชุมเครือข่ายไตรภาคี (ชุมชน รัฐ เอกชน) จัดศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบการจัดการสารเคมี ประเมินผลกิจกรรมจากสมาชิกเครือข่าย พบว่า มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ทำร่วมกันในภาพรวมส่วนใหญ่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.5 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 12.5 และในด้านประโยชน์และการให้ความสำคัญในการทำงานแบบเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 90

3. ชั้นประเมินผล

การประเมินผลภายนอกโดยมหาวิทยาลัยบูรพา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการและเพื่อศึกษาผลที่ได้ทั้งหมดในภาพรวม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model สรุปผลดังนี้ บริบทเด่น 3 ประเด็นคือ 1. เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบหรืออันตรายจากสารเคมี 2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสารเคมีในพื้นที่เข้าร่วมโครงการ 3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย มีแกนหลักในการประสานและจัดกิจกรรมสำหรับเครือข่าย ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากรผู้ประสานงาน วิทยากรกระบวนการเหมาะสม มีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมทั้งภาครัฐและเอกชน การจัดการและวัสดุอุปกรณ์ มีความพร้อมและเหมาะสม ทั้งสื่ออุปกรณ์ เอกสาร การเตรียมกระบวนการ สถานที่

และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง งบประมาณได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ด้านกระบวนการ มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ประเมินทุกขั้นตอน ได้ผลตามเป้าหมาย ปฏิบัติตามแผนงานครบถ้วน ถูกต้อง การประเมินด้านผลผลิต คือ ประเมินประสิทธิผลบรรลุตามวัตถุประสงค์มีการสร้างเครือข่าย และความร่วมมือกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสารเคมีทั้งภาคราชการและเอกชน สรุปภาพรวม พบว่ามีความจำเป็นมากและเหมาะสมกับพื้นที่ ทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลการศึกษารับรู้ตามวัตถุประสงค์ ส่วนข้อเสนอแนะคือควรมีหน่วยงานหลักที่เป็นศูนย์กลางในการจัดการปัญหาจากสารเคมีความชัดเจน และการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

จากตารางที่ 1 พบว่ากิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมฯ และกิจกรรมการจัดทำคู่มือทางวิชาการสำหรับผู้ปฏิบัติงานและประชาชน พบว่าสมาชิกมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ ร้อยละ 93 และ 82.6 ส่วนกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกิจกรรมเดียวที่มีสมาชิกตอบไม่มีส่วนร่วมคิดเป็นร้อยละ 3.2 จะเห็นว่าลักษณะการจัดกิจกรรมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย คือ หากมีการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความตระหนัก การแบ่งกลุ่ม การมอบหมายงาน การปฏิบัติงานร่วมกันจะพบพฤติกรรมมีส่วนร่วมมากกว่าการฟังบรรยายและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับวิทยากรและการกระตุ้นสมาชิกให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในเวทีมากขึ้น ส่วนอุปสรรค คือ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องและความไม่ชัดเจนของบางกิจกรรม ผลสรุปจากการศึกษาการสร้างเครือข่ายจากการรวมองค์กรที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสารเคมี มีการเตรียมกลุ่มโดยการสร้างความตระหนัก สัมพันธภาพและการร่วมวิเคราะห์ปัญหาโดยเทคนิค AIC และ FSC เพื่อให้เกิดกระบวนการ

การมีส่วนร่วม ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา จากนั้นมีการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ผ่านกระบวนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน การสื่อสาร การทำกิจกรรมต่อเนื่อง การสร้างผลผลิตนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งเป็นจุดเด่นและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายสอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล⁽¹⁶⁾ พบว่าเงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเครือข่ายการเรียนรู้ ได้แก่ความสัมพันธ์ทางสังคม การเผชิญกับวิกฤติการณ์ปัญหาาร่วมกัน เรียนรู้ปัญหาและบทเรียน การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน การรวมกลุ่มทำกิจกรรมแก้ปัญหาาร่วมกัน การจัดการกลุ่ม ความสามารถของผู้นำ หรือแม่ข่ายการสื่อสาร การสนับสนุนจากภายนอก ปาน กิมปี⁽¹⁷⁾ ได้ค้นพบว่าวิธีการจัดเครือข่ายการเรียนรู้ที่ประสบผลสำเร็จควรมีการดำเนินการ 2 ลักษณะ คือ การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ได้แก่ การเสริมสร้างกิจกรรมให้มีการแลกเปลี่ยนถ่ายทอดองค์ความรู้ตลอดจนมีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบโดยการวิเคราะห์สภาพและปัญหาทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา ทดลองและสรุปผลการเรียนรู้จนกว่าคนในชุมชนจะสามารถดำเนินการได้เอง พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างคนในกลุ่มในฐานะเป็นสมาชิกองค์กรงานวิจัยของ วิมลลักษณ์ ชูชาติ⁽¹⁸⁾ ได้นำเสนอรูปแบบของกระบวนการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ถึงพัฒนาการของการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ที่ประสบผลสำเร็จ มีพัฒนาการจากเครือข่ายระดับ คน-คน ไปสู่ คน-กลุ่ม และ กลุ่ม-กลุ่ม ซึ่งมีกระบวนการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ได้แก่ 1) การก่อตั้งเริ่มจากการสร้างผู้นำ 2) การ ขยายและการเชื่อมประสาน เน้นการสร้างการรวมกลุ่ม ให้เกิดองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง การร่วมแก้ปัญหาการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีปฏิสัมพันธ์ 3) การดำรงอยู่ เน้นให้สมาชิกของเครือข่ายมีการร่วมกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง กล่าวได้ว่าการสร้างเครือข่ายจำเป็นต้องมีการส่งเสริมอย่างเป็นกระบวนการ คือ การศึกษา เรียนรู้ ในระดับกลุ่ม/ชุมชน การกระตุ้นให้เกิดความสนใจ การเห็นความจำเป็นในการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย

โดยเฉพาะ การเสริมด้านการบริหารจัดการ และการประสานงาน ของ “แกนประสาน” หรือแม่ข่าย การสร้างเครือข่ายเป็น กลยุทธ์หนึ่งในการทำงานที่เป็นรูปแบบของความ ร่วมมือหรือการพึ่งพาอาศัยกันในการทำงานเป็นเทคนิคทางสังคมรูปแบบหนึ่ง^(13,14) สอดคล้องการศึกษาของวินดา⁽¹⁹⁾ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสได้มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ กระบวนการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ชุมชนใน 3 ลักษณะคือการสร้างวิทยากรกระบวนการ จัดตั้งกองทุนรองเท้าบูท การขยายเครือข่าย การมีส่วนร่วมระดับตำบลทำให้เกิดการขับเคลื่อนของการสร้างกิจกรรมป้องกันควบคุมโรค ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย การประเมินผลศักยภาพเครือข่าย และการศึกษาเชิงคุณภาพทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ในมิติของความเข้มแข็งและความยั่งยืนของเครือข่ายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาชิกเครือข่ายจากทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรมและให้ความสำคัญกับการทำงานในลักษณะเครือข่าย ผู้บริหารของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี กรมควบคุมโรคที่ให้คำแนะนำปรึกษา องค์กรอนามัยโลกที่สนับสนุนงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2526.
2. Thailand National Chemicals Management Profile 2005. ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการจัดการสารเคมีของประเทศไทย. [26 เมษายน 2550]; แหล่งข้อมูล: URL; http://ipcs.fda.moph.go.th/e_ipcs/thai/pro-

- file/2005/chap3.htm? 2005= chap3
3. วิชัย สติมัย, ھرรษา รักรัษาคม, ณรงค์ เนตรสวีกา, ชะฎายุทธ ปัทเมม, พูนศักดิ์ ศรีประพัฒน์. รายงานการศึกษาการสร้างควมเข้มแข็งเครือข่ายการจัดการสารเคมีอันตรายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี; 2550.
 4. นลินี ศรีพวง, รัชันกร ชมสวน, สมเกียรติ ทวมแสง. กรณีศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการเฝ้าคุม/การเฝ้าระวังโรค จากการประกอบอาชีพที่สัมผัสกับสารทำลายในอุตสาหกรรมปิโตรเคมีและอุตสาหกรรม รถยนต์. นนทบุรี: กองอาชีพอนามัย กรมอนามัย; 2540.
 5. สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพอนามัยต่อประชากรที่อาศัย อยู่โดยรอบโรงงานอุตสาหกรรมประเภทเคมี ปิโตรเคมี ปิโตรเลียม. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2546.
 6. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. โครงการศึกษาและพัฒนาแนวทางการควบคุมป้องกัน และแก้ไข ปัญหาเหตุรำคาญและอุบัติเหตุจากมลพิษ ในพื้นที่ชายฝั่งทะเล ตะวันออกและนิคมอุตสาหกรรม. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2544.
 7. Thailand Focal Point for IPCS/IFCS. Food and Drug Administration, Thailand. [cited 2007 March 9]; Available from: URL; <http://www2.fda.moph.go.th/ipcs/ipcs/tcsnet.asp>
 8. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการสารเคมี. แผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2550 -2554) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2550.
 9. นิตยา เงินประเสริฐศรี. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2544; 2: 61-62.
 10. เขวฤทธิ จงเกษกรณ์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการ ทรัพยากรน้ำ: กรณีศึกษาชุมชนลุ่มน้ำสะแกกรัง จังหวัดอุทัยธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร ดุษฎีบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.
 11. Cohen J and Uphoff NT. Participation a place in rural development :Seeking Claiify through specificity. World Development 1980: 110-115.
 12. Erwin,W. Participation management: Concept, Theory and implementation. Atlanta: Georgia State University; 1967.
 13. นฤมล นิราทร. การสร้างเครือข่ายการทำงาน: ข้อควรพิจารณาบางประการ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2543.
 14. ปุสดี มอนซอน. สกรรจ์ พรหมศิริ. ญานีกรณ์ธรรมโชติ. ดลทิพย์ พีชผลเจริญ. โครงการวิจัยและพัฒนาชีวิต สาธารณะ-ท้องถิ่นน้อย คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรอบแนวคิดการประเมินศักยภาพเครือข่ายสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2547.
 15. กาญจนา แก้วเทพ. เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพมหานคร:สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา; 2538.
 16. วนิตา วิระกุล. รายงานการประเมินผลการประเมินศักยภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเลปโตสไปโรซิส ระดับตำบล. ขอนแก่น: คลัง นานาวิทยา; 2545.
 17. ปาน กิมปี. การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้การศึกษานอก โรงเรียนเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน. (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
 18. ประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล. เครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบเกษตรกรรมทางเลือกของชุมชน. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2538.
 19. วิมลลักษณ์ ชูชาติ. การนำเสนอรูปแบบของกระบวนการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร ดุษฎีบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.

ผลการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอสฉบับปรับปรุง

(Modified PAS Model) โดยเภสัชกรชุมชน

The Outcomes of Modified PAS Model in Smoking Cessation Service by Community Pharmacist

ศิวรินทร์ ทองวัตร ภ.ม.

Siwarin Thongwat M.pharm

สมชาย สุริยะไกร ภ.ม.

Somchai Suriyakrai M.pharm

หนึ่งฤทัย สุกใส ภ.ม.

Nungruthai Sooksai M.pharm

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอส ฉบับปรับปรุง (Modified PAS model) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาแก่ชุมชนใกล้ร้านยา 2) อภิปรายรูปแบบการให้บริการแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 3) ให้บริการเลิกบุหรี่และ 4) ติดตามผลการเลิกบุหรี่ที่ร้านยา ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษาในชุมชนศูนย์แพทย์มิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมี 15 ชุมชนย่อย สุ่มชุมชนย่อยเพื่อรับบริการ Modified PAS model โดยทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาแก่ชุมชนกลุ่มทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ อภิปรายรูปแบบ การให้บริการ ให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่และติดตามผลการเลิกบุหรี่สัปดาห์ที่ 1 2 3 4 เดือนที่ 2 และ 3 หลังวันเลิกบุหรี่ที่ร้านยา เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่จากชุมชนควบคุมที่สมัครใจ เข้าร่วมการศึกษาและสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์

พบผู้ต้องการรับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยา 22 คน หลังทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในพื้นที่เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจากชุมชนใกล้เคียงจำนวน 46 คน ผลการศึกษาพบว่า การเลิกสูบบุหรี่แบบต่อเนื่อง (Continuous abstinence) การเลิกสูบบุหรี่หลังระยะพ่นฝืน (Prolonged abstinence) และการเลิกบุหรี่ตลอด 28 วัน ก่อนวันประเมินผล (28-day Point prevalence abstinence) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคิดเป็น ร้อยละ 18.2 และ 2.2 ($p = 0.04$) 40.9 และ 8.7 ($p = 0.003$) 50.0 และ 17.4 ($p = 0.005$) ตามลำดับ กลุ่มทดลองพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยาเป็นอย่างมาก จึงสรุปได้ว่า ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับบริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอส ฉบับปรับปรุง มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาโดยเภสัชกรชุมชน

Abstract

The aim of the study was to determine the outcomes of Modified PAS model: a smoking cessation service by community pharmacist. This model is composed of four steps, i.e. 1) active promotion of smoking cessation service in community pharmacy to communities close to community pharmacy 2) discussion the service with smokers willing to quit smoking 3) intensive tobacco-dependence intervention and 4) follow-

up session. A quasi-experimental study was conducted. The setting was Mitraparp medical center community, consisting of 15 subcommunities, in Mueang Khon Kaen district. The Modified PAS model was assigned to intervention communities by simple random sampling. The intervention process was active promotion of smoking cessation service by community pharmacy during first 2 weeks, discussion the service with smokers willing to quit smoking, intensive tobacco-dependence intervention and follow-up weekly for 4 weeks, then every month for 3 months. The control group, smokers in control communities, were followed-up with the same schedule by phone calls. The abstinence rates were compared between two groups.

In intervention group, 22 smokers were willing to quit smoking during the 2-week active promotion period. The 46 smokers from nearby communities were in control group. The continuous abstinence, prolonged abstinence and 28-day point prevalence abstinence rate in intervention and control group were 18.2 % and 2.2 % ($p = 0.04$), 40.9 % and 8.7% ($p = 0.003$), 50.0 % and 17.4 % ($p = 0.005$) respectively. The intervention group expressed strongly satisfaction with smoking cessation service by community pharmacist. In conclusion, this study reveals that abstinence rates in intervention group are significantly greater than control group. In addition, community pharmacists should provide the Modified PAS model to assist smokers willing to quit smoking.

ประเด็นสำคัญ-

บริการเลิกบุหรี่ รูปแบบพีเอเอส
เภสัชกรชุมชน

Keywords

Smoking Cessation Service, Modified PAS Model
Community Pharmacist

บทนำ

ในปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกมากกว่า 1 พันล้านคน⁽¹⁾ และพบว่า 6 ใน 8 สาเหตุการตายสูงสุดทั่วโลก เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2550 ถึง 10.8 ล้านคน⁽²⁾ และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่สามของชายไทย⁽³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าในปีดังกล่าว รัฐบาลจะสูญเสียงบประมาณเพื่อรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 3 โรครวมกัน (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจอุดตันและมะเร็งปอด) ประมาณ 49,430 ล้านบาท⁽⁴⁾

ปีพ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอ นโยบาย MPOWER package เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของยาสูบและลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากยาสูบ นโยบายดังกล่าวประกอบด้วย 6 นโยบายหลักที่สำคัญ

ที่จะช่วยให้ประเทศสมาชิกสามารถบรรลุกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework convention on tobacco control) และหนึ่งในนโยบายหลัก คือ การให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ (Offer help to quit tobacco use)⁽¹⁾ แต่จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับสถานะของการปฏิบัติการลดการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ปี 2551พบว่าผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถซื้อยาอดบุหรี่ได้ แต่การช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่ชาวไทยที่ต้องการเลิกแทบจะไม่มีเลย⁽⁵⁾

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาที่เรียกว่า Pharmacists' action on smoking (PAS model) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยาแบบเฉพาะราย

ประกอบด้วย การให้บริการ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่ในร้านยา 2) เมื่อพบผู้ต้องการเลิกบุหรี่ จึงทำการอภิปรายการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาให้ทราบ 3) สัมภาษณ์และประเมิน เพื่อพิจารณาวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม และ 4) กำหนดวันนัดติดตามผลที่แน่นอน จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการเลิกสูบบุหรี่โดย PAS model กับรูปแบบการให้บริการแบบปกติ ซึ่งทำการศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized control trail) (PAS : n = 265, control = 219) พบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับบริการ PAS model สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่ 12 เดือน จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า รูปแบบดังกล่าวเป็นรูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาที่มีประสิทธิภาพ ในการช่วยผู้มารับบริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ⁽¹⁰⁾

จากการศึกษากิจกรรมและการรับรู้บทบาทการให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรชุมชน พบว่าเภสัชกรชุมชนมีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ ในการควบคุมยาสูบเป็นอย่างมาก ขณะที่ค่าตอบแทนในการให้ความช่วยเหลือ และเวลาไม่ได้เป็นอุปสรรคในการทำงานแต่อย่างใด⁽⁸⁾ อีกทั้งร้านยาเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปและมีความน่าเชื่อถือ⁽⁶⁾ เปิดให้บริการหลายชั่วโมงต่อวัน⁽⁷⁾ ทั้งหมดนี้ล้วนแสดงให้เห็นว่า เภสัชกรชุมชนมีความเหมาะสมและเป็นไปได้อย่างมากในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอุปสรรคที่สำคัญในการให้บริการนั้น คือ การที่ผู้สูบบุหรี่ไม่สนใจรับบริการเลิกบุหรี่ อาจเนื่องจากผู้รับบริการไม่ทราบว่า มีบริการดังกล่าว ในร้านยา และการประชาสัมพันธ์ แจ้งให้ประชาชนทราบถึงบริการดังกล่าวค่อนข้างน้อย^(8, 9)

ทั้งนี้ คทาและคณะ⁽⁹⁾ ได้อภิปรายวิธีแก้ไขอุปสรรคดังกล่าวไว้ว่า เภสัชกรควรเปิดบทบาทในเชิงรุก เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ อันนำไปสู่การเปิดบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่ และเป็นการเพิ่มโอกาสในการดูแลผู้รับบริการที่สูบบุหรี่

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ คณะผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงรูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ PAS model เดิมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนการบริการขั้นตอนแรกด้วยการประชาสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่เชิงรุกในชุมชน และนำอภิปรายรูปแบบการให้บริการในชุมชนแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model นี้ว่ามีผลต่ออัตราการเลิกบุหรี่มากขึ้นน้อยเพียงใด โดย

1. Modified PAS model หมายถึง การให้บริการเลิกสูบบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน โดยเภสัชกรมีบทบาทในการประชาสัมพันธ์ การให้บริการการเลิกสูบบุหรี่เชิงรุกในชุมชน อภิปรายรูปแบบการให้บริการในชุมชนแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่และเชิญชวน เพื่อเข้ารับบริการเลิกสูบบุหรี่ สัมภาษณ์และประเมิน เพื่อพิจารณาวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม และกำหนดวันนัดติดตามผลที่แน่นอน

2. การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) ตั้งแต่วันกำหนดเลิกบุหรี่เป็นระยะเวลา 3 เดือนติดต่อกัน

3. การเลิกสูบบุหรี่หลังระยะผ่อนผัน (Prolonged abstinence) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) หลังระยะผ่อนผัน 2 สัปดาห์ (Grace period) จนครบ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่

4. การเลิกบุหรี่ตลอด 28 วันก่อนวันประเมินผล (28-day Point prevalence abstinence) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) ตลอด 28 วันก่อนวันประเมินผล

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบมีกลุ่มควบคุม

1. ประชากร หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยในเขตเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนศูนย์แพทย์มีตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง

จ.ขอนแก่น ซึ่งประกอบไปด้วย 15 ชุมชนย่อย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีก่อนทำการศึกษา 2) มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และ 3) สามารถอ่านหนังสือได้ ขณะที่เกณฑ์คัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ

1) มีปัญหาหรือบกพร่องในการสื่อสารและ 2) อยู่ระหว่างรับการบำบัดการติดยาสูบ

2.1 กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาล 3,4 หลังศูนย์ราชการ 1,2 ตอนหน้านาง 1,2 และ 3 ซึ่งเป็นชุมชนย่อยของชุมชนศูนย์แพทย์มิตรภาพ และประสงค์จะรับบริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model ณ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน สาขา 1 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2.2 กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาล 1,2 มิตรภาพ พัฒนาเทศบาล เจ้าพ่อเกษมหนองแวงตราซู่ 2 และ 4 ซึ่งเป็นชุมชนย่อยของชุมชน ศูนย์แพทย์มิตรภาพและยินดีเข้าร่วมการศึกษา

2.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาแก่ชุมชนกลุ่มทดลองระหว่างวันที่ 6-19 มิถุนายน 2552 โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 50 คนหรือให้ได้จำนวนมากที่สุด และในระยะเวลาเดียวกันเปิดรับสมัครกลุ่มทดลองที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาไม่เกิน 50 คน

3. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการเลิกบุหรี่ ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2) แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerström test for nicotine dependence; FTND)⁽¹¹⁾ 3) แบบทดสอบท่าไม้คณยังสูบบุหรี่อยู่⁽¹¹⁾ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ การให้บริการเลิกบุหรี่

โดยเภสัชกรชุมชน⁽¹²⁾ 5) อุปกรณ์บันทึกเสียง

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้ 1) แปลแบบสอบถามความพึงพอใจ การให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนของ Kennedy และคณะ⁽¹²⁾ จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 2) ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 3) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดสอบแบบประเมินความพึงพอใจการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนในผู้สูบบุหรี่ที่เคยมารับบริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรร้านยาคุณภาพจำนวน 3 ร้านใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น จำนวน 15 คน และคำนวณ ความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม ทั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

4. การดำเนินการวิจัย

4.1 เภสัชกรผู้ให้บริการเข้ารับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเลิกบุหรี่จากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

4.2 ทำการสุ่มชุมชนที่ได้รับบริการ Modified PAS model (Intervention group) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

4.3 การประชาสัมพันธ์การเลิกบุหรี่ในชุมชนที่ได้รับบริการ Modified PAS model ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หอกระจายข่าวของชุมชน และเปิดโปสเตอร์รณรงค์การเลิกบุหรี่ในชุมชน

4.4 คัดเลือกกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้ 1) ประชุมร่วมกับอสม. เพื่อขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์และเชิญชวนผู้สูบบุหรี่ในชุมชนเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ 2) ประชุมอภิปรายรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่ที่สนใจ เข้ารับบริการเลิกบุหรี่ 2 ครั้ง ครั้งละ 3-4 ชุมชน นาน 15-60 นาที โดยประชุมอภิปรายที่ศาลาชุมชนและ 3) นัดวัน เวลาที่จะมารับบริการ

4.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม โดยขอความร่วมมือจากอสม.ชุมชนควบคุมเพื่อประกาศ

รับสมัครผู้สูบบุหรี่ที่สนใจเข้าร่วมการศึกษา

4.6 การให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model มีขั้นตอนดังนี้ 1) เกสซ์กรสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ 2) ครั้งแรกของการเข้ารับบริการ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ตอบแบบประเมินระดับการติดสารนิโคตินและแบบทดสอบทำไม้คุณยังสูบบุหรี่อยู่⁽¹¹⁾ เพื่อทราบระดับการติดสารนิโคตินและภาวะเสพติดที่ทำให้ยังคงสูบบุหรี่ 3) เกสซ์กรให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) ที่เหมาะสมและร่วมกันกำหนดวันเลิกบุหรี่ (Quit date) 4) กรณีคะแนนการติดนิโคตินสูง ($FTND \geq 7$) ผู้รับบริการจะได้รับคำแนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย 5) แจกแผ่นพับและวีซีดีที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ ซึ่งจัดทำโดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แก่ผู้มารับบริการในครั้งแรกของการมารับบริการ 6) ก่อนกลับเขียนบันทึมนัดติดตามผลครั้งต่อไป โดยจะนัดติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่หลังกำหนดวันเลิกบุหรี่สัปดาห์ที่ 1 2 3 4 เดือนที่ 2 และ 3 ที่ร้านยา กรณีที่ผู้มารับบริการไม่สามารถมาติดตามนัดได้ จะสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ 7) ทุกครั้งที่ผู้มารับบริการมาติดตามนัด เกสซ์กรจะให้กำลังใจเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ต่อไป หากเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ และค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคระหว่างการเลิกบุหรี่ ประเมินการใช้ยาและปัญหาการใช้ยา (กรณีที่ผู้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) แนะนำวิธีแก้ไขปัญหาหากเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ 8) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้รับบริการตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถาม

4.7 การเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดังนี้ 1) อสม. แจงชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้สนใจเข้าร่วมการศึกษาแก่คณะผู้วิจัย 2) สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุมทางโทรศัพท์ 3) กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน แบบทดสอบทำไม้คุณยังสูบบุหรี่อยู่ โดยอสม.เป็นผู้แจกแบบสอบถาม 4) สัมภาษณ์ผลการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ ณ สัปดาห์ที่ 1 2 3 4 เดือนที่

2 และ 3 หลังจากวันที่เก็บข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่แล้ว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม SPSS for window version 17.0 [Serial number 5068054] สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Pearson chi-square test, Fisher's exact test หรือ Mann-Whitney U Test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 68 คนประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 46 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน มีข้อมูลทั่วไปด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.1 ไม่มีโรคประจำตัว ขณะที่กลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 1)

1.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ปริมาณ การสูบบุหรี่ ประเภทบุหรี่ที่สูบ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ ประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่ได้ออย่างน้อย 30 วัน ระดับการ ติดนิโคตินและภาวะเสพติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.7 สูบบุหรี่ ≤ 10 ขณะที่กลุ่มทดลองร้อยละ 50 สูบบุหรี่วันละ 11 - 20 มวน ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ สูบบุหรี่กันกรอง (ตารางที่ 1)

2. ผลการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ด้วยรูปแบบ PAS ฉบับปรับปรุง

2.1 ผลการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ ผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence, Prolonged abstinence และ 28-day Point prevalence abstinence ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 2.2 40.9 และ 8.7 50.0 และ 17.4 ตามลำดับ โดยผลการเลิกสูบบุหรี่ทั้ง 3 แบบในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 46 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 22 คน) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ข้อมูลทั่วไป เพศชาย †	42 (91.3)	19 (86.4)	0.67
อายุ (ปี)			0.80
24	7 (15.2)	5 (22.7)	
25 - 59	33 (71.7)	10 (45.5)	
≥ 60	6 (13.0)	7 (31.8)	
ระดับการศึกษา †			0.56
ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	20 (43.5)	8 (36.4)	
ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	13 (28.3)	9 (40.9)	
ระดับอุดมศึกษา	2 (4.3)	2 (47.4)	
ไม่มีข้อมูล	11 (23.9)	3 (13.6)	
อาชีพ			-
รับจ้างทั่วไป	18 (39.1)	8 (36.4)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 (19.6)	5 (22.7)	
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	4 (8.7)	4 (18.2)	
ข้าราชการเกษียณ	-	3 (13.6)	
นักเรียน/นักศึกษา	1 (2.2)	1 (4.5)	
งานประจำ	14 (30.4)	1 (4.5)	
โรคประจำตัว			0.12
โรคทางระบบต่อมไร้ท่อและ/หรือ	3 (6.5)	4 (18.2)	
โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ ^(a)	3 (6.5)	4 (18.2)	
โรคทางระบบทางเดินหายใจ ^(b)	5 (10.9)	3 (13.6)	
อื่น ๆ ^(c)	35 (76.1)	11 (50.0)	
ไม่มีโรคประจำตัว			
ข้อมูลด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ (มวน/วัน)			0.20
10	27 (58.7)	9 (40.9)	
11 - 20	18 (39.1)	11 (50.0)	
21 - 30	1 (2.2)	2 (9.1)	
ประเภทบุหรี่ที่สูบ †			0.78
บุหรี่กึ่งกรอง	38 (82.6)	17 (77.3)	
บุหรี่มวนเอง	6 (13.0)	3 (13.6)	
ทั้งสองประเภท	2 (4.3)	2 (9.1)	
อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ [#]	18.11 4.57 (d)	17.50 6 (e)	
เคยเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 30 วัน	17 (37.0)	9 (40.9)	0.61
ระดับการติดยาโคติน †			0.75
ต่ำ	19 (41.3)	8 (36.4)	
ปานกลาง	21 (45.7)	9 (40.9)	0.60
สูง	5 (13.0)	5 (22.7)	
ภาวะเสพติดบุหรี่			0.96
ภาวะเสพติดนิโคติน	13 (28.3)	5 (22.7)	
ภาวะเสพติดทางจิตใจ	7 (15.2)	5 (22.7)	
ภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน	11 (23.9)	6 (27.3)	
อื่น ๆ (f)	15 (32.6)	6 (27.3)	

(a) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ ภาวะเสพติด นิโคตินและเสพติดทางจิตใจ, ภาวะเสพติดนิโคตินและ
โรคลิ้นหัวใจ ไชมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตต่ำ; (b) เสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน, ภาวะเสพติดทางจิตใจ
โรคหืด โรคภูมิแพ้; (c) โรคจิตเภท ผิวหนังแพ้ แดด เกาต์ และเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน และเสพติดทั้ง 3 ภาวะ
แผลในกระเพาะอาหาร กรดไหลย้อน ข้ออักเสบรูมาตอยด์ = Fisher's Exact Test; = Pearson Chi-Square Test; # =
ไวรัสตับอักเสบบี; (d) Mean SD; (e) Median ? IQR; (f) Mann-Whitney U Test

ตารางที่ 2 ผลการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเลิกสูบบุหรี่	กลุ่มควบคุม (n = 46) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง † (Continuous abstinence)	1 (2.2)	4 (18.2)	0.04
การเลิกสูบบุหรี่หลังระยะผ่อนผัน (Prolonged abstinence)	4 (8.7)	9 (40.9)	0.003
การเลิกบุหรี่ตลอด 28 วันก่อนวันประเมินผล ‡ (28-day Point prevalence abstinence)	8 (17.4)	11 (50.0)	0.005

† = Fisher's Exact Test; = Pearson Chi-Square Test

ตารางที่ 3 การมาติดตามนัดในกลุ่มทดลอง

จำนวนครั้งที่มาติดตามนัด (ครั้ง)	จำนวน (n = 22)	ร้อยละ
ไม่เคยมาติดตามนัดและมาตามนัด 1-2 ครั้ง ^(g)	6	27.2
4 ^(h)	3	13.6
5 ⁽ⁱ⁾	2	9.1
ครบทั้ง 6	11	50.0

(g) โทรศัพท์เพื่อเตือนวันนัด 3 ครั้งแต่ไม่สามารถติดต่อได้ เนื่องจากหมายเลขโทรศัพท์ถูกระงับสัญญาณหรือไม่มีผู้รับสาย; (h) และ
(i) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ แต่ไม่สะดวกในการมาติดตามนัด

ตารางที่ 4 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ในกลุ่มควบคุม

จำนวนครั้งที่สามารถเก็บข้อมูลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (ครั้ง)	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ
ติดต่อไม่ได้ตั้งแต่ครั้งแรกและติดตามผลได้ 1-2 ครั้ง ^(j)	6	13
4 ^(j)	4	8.7
5 ^(j)	2	4.3
ครบทั้ง 6	34	73.9

(j) โทรศัพท์เพื่อติดตามผลการเลิกบุหรี่ 3 ครั้งแต่ไม่สามารถติดต่อได้ เนื่องจากหมายเลขโทรศัพท์ถูกระงับสัญญาณหรือไม่มีผู้รับสาย

2.2 การมาติดตามนัด ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 มาติดตามนัดครบทั้ง 6 ครั้ง ร้อยละ 13.6 และ 9.1 มาติดตามนัด 4 ครั้งและ 5 ครั้งตามลำดับ และสามารถโทรศัพท์เพื่อเตือนวันนัดและเก็บข้อมูลได้แต่ไม่สะดวกในการมาติดตามนัด (ตารางที่ 3) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สามารถโทรศัพท์เพื่อเก็บข้อมูลครบทั้ง 6 ครั้ง ร้อยละ 73.9 (ตารางที่ 4)

2.3 ความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา มีผู้ตอบแบบสอบถาม 16 คน จากทั้งหมด 22 คนในกลุ่มทดลอง แบบสอบถามมีทั้งหมด 18 ข้อ 16 ใน 18 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 10 คะแนน มีเพียงข้อที่ 1 และ 4 ที่มีคะแนน เฉลี่ยความ พึงพอใจ 9.50 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา

คำถาม	Mean
สื่อหรืออุปกรณ์เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เช่น แผ่นพับ หนังสือ วีซีดี ที่ได้รับแจกจากเภสัชกรมีประโยชน์ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของท่าน	9.50
เภสัชกรทำให้ท่านรู้สึกไว้วางใจ	10.00
ขั้นตอนการบริการเลิกบุหรี่ในร้านยามีความสะดวก รวดเร็ว	10.00
เภสัชกรให้เวลากับท่านเท่าที่ท่านต้องการ	9.50
เภสัชกรมีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือท่าน	10.00
ทุกครั้งที่ท่านมารับบริการเภสัชกรให้บริการท่านด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดี	10.00
เภสัชกรสามารถตอบคำถามของท่านได้	10.00
เภสัชกรมีความสามารถในการอธิบายสิ่งต่างๆให้ท่านเข้าใจได้	10.00
เภสัชกรยินดีรับฟังในสิ่งที่ท่านพูด	10.00
ท่านรู้สึกพอใจต่อการได้รับการแบบเฉพาะรายบุคคล	10.00
ท่านพอใจที่เภสัชกรมีหมายเลขโทรศัพท์เพื่อให้ท่านติดต่อได้ตลอดเวลา	10.00
เวลานัดหมายมีความเหมาะสม	10.00
เภสัชกรทำให้ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด	10.00
ท่านกล้าที่จะถามคำถามกับเภสัชกร	10.00
หลังได้รับการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา ท่านเข้าใจถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่ดีขึ้น	10.00
หลังได้รับการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา ท่านทราบถึงแหล่งข้อมูลให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น	10.00
ท่านจะแนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยา	10.00
ในภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ท่านได้รับจากเภสัชกร	10.00

วิจารณ์

การให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model โดยเภสัชกรชุมชน ได้ถูกพัฒนาในขั้นตอนการประชาสัมพันธ์โดยการประชาสัมพันธ์การ ให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาเชิงรุกแก่ชุมชนใกล้ร้านยาเพื่อ

แก้ไขอุปสรรคการให้บริการที่มีผู้สนใจมารับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาน้อย แม้ว่าจะไม่ทราบขนาดความต้องการเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาของชุมชน แต่เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในขั้นตอนการประชาสัมพันธ์ระหว่าง Modified PAS model กับการศึกษา PAS model ของ

Maguire และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าการศึกษานี้มีประสิทธิภาพมากกว่า โดยมีผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่หลังคณะผู้วิจัยได้ทำการประชาสัมพันธ์จำนวน 22 คน/ 2 สัปดาห์ แต่การศึกษาของ Maguire และคณะ⁽¹⁰⁾ พบผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ประมาณ 17.29 คน/ 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของศุภรักษ์⁽¹⁴⁾ และปิยะรัตน์และคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้นำหลักการประชาสัมพันธ์มาใช้เพื่อส่งเสริมการเข้ารับบริการ เลิกบุหรี่โดยเภสัชกรด้วย โดยศุภรักษ์⁽¹⁴⁾ ได้ทำการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลชุมชนผ่าน อสม.และให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม ขณะที่การศึกษาของปิยะรัตน์และคณะ⁽¹³⁾ ได้ให้เภสัชกรทำการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่เชิงรุกด้วยตนเอง โดยให้เภสัชกรออกหน่วยให้บริการเลิกบุหรี่ในสวนสาธารณะ และห้างสรรพสินค้า ในเขตกทม.และปริมณฑล รวม 9 ครั้ง ซึ่งต่างจาก Modified PAS model ที่ทำการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาผ่านอสม. หอกระจายข่าว และโปสเตอร์รณรงค์การไม่สูบบุหรี่และผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่จะต้องมารับบริการเลิกบุหรี่ที่ร้านยา

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่แก่ประชาชนทั่วไปได้ทราบนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการอภิปรายการประชาสัมพันธ์ การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาของคทา และคณะ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การที่เภสัชกรขอให้ผู้สูบบุหรี่มาขอรับบริการเลิกบุหรี่ อาจทำให้เสียโอกาสที่จะดูแลผู้รับบริการที่สูบบุหรี่หลายๆ รายได้ ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุชุมชน การประชาสัมพันธ์ในการประชุมประจำเดือนของชุมชน การทำบันทึกข้อความการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยา แจกให้หน่วยงาน หรือห้างร้านที่อยู่ใกล้ร้านยาทราบ เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านสู่ประชาชนในวงกว้างยิ่งขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

ด้วยระยะเวลาการศึกษาและงบประมาณที่จำกัด คณะผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างให้ได้จำนวนมากที่สุด แต่กลุ่มละไม่เกิน 50 คน และประชาสัมพันธ์เชิงรุกการให้บริการการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาได้เพียง 1 ชุมชน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีจำนวนตัวอย่างกลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มควบคุม 46 คน

ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว พบว่า มีการนำไปใช้ในการศึกษาของ Quinn⁽¹⁵⁾, Mochizuki และคณะ⁽¹⁶⁾, Philbrick และคณะ⁽¹⁷⁾ ด้วยเช่นกัน

คณะผู้วิจัยรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence และ Prolonged abstinence เนื่องจากการเลิกสูบบุหรี่ลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในระยะยาว และง่ายต่อการแปลผลด้านสุขภาพ⁽¹⁸⁾ และเลือกใช้ 28-day Point prevalence abstinence เพื่อแสดงผลการเลิกบุหรี่ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ อย่างไรก็ตามการใช้ Continuous abstinence เพื่อรายงานผลการเลิกบุหรี่มีข้อดีต่อกว่า Prolonged abstinence อยู่หลายประการกล่าวคือ ไม่เหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จในช่วงแรกของการศึกษา แต่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องในเวลาต่อมาหรือ การบำบัดที่มี Delayed effect⁽²⁰⁾ คือ การบำบัดการติดยาที่ไม่สามารถทำให้ผู้รับบริการคนนั้นๆ เลิกสูบบุหรี่ได้ในช่วงแรก แต่จะทำให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่สำเร็จในเวลาต่อมา นอกจากนี้คณะผู้วิจัยไม่ได้กำหนดปริมาณการสูบบุหรี่ขั้นต่ำประกอบการกำหนดนิยาม Continuous abstinence และ Prolonged abstinence แต่เลือกใช้การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ค่อนข้างเคร่งครัด ประกอบการกำหนดนิยามดังกล่าว เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีทางชีวเคมี (Biochemical verification) และเพื่อป้องกันการเกิดผลลัพธ์ที่สูงกว่าความเป็นจริง (Over estimation) ทั้งนี้ Hughes และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้อภิปรายการนำเกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย ประกอบการกำหนดนิยามการเลิกบุหรี่สำเร็จ ว่าเป็นเกณฑ์ที่

ค่อนข้างเคร่งครัดมากจนเกินไป โดยเฉพาะการนำไปใช้ในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลาสั้นแต่ผลกลับไปสูบบ้างเล็กน้อย ดังนั้น Hughes และคณะ⁽¹⁹⁾ จึงได้กำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้ประกอบการกำหนดนิยาม Continuous abstinence และ Prolonged abstinence นั่นคือ 1) เป็นการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 สูด (Puff) ต่อวัน แต่ไม่เกิน 7 วันติดต่อกันหลังจากเลิกบุหรี่ ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือ 2) สูบบุหรี่อย่างน้อย สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า West และคณะ⁽²¹⁾ ได้กำหนดให้การสูบบุหรี่ไม่เกิน 5 มวนตั้งแต่วันที่เลิกบุหรี่ (Quit date) ถึงวันสุดท้ายของการติดตามผล และยืนยันผลการเลิกบุหรี่ ด้วยวิธีทางชีวเคมีเป็นเกณฑ์ ประกอบนิยามการเลิกบุหรี่สำเร็จ ซึ่งพบการนำเกณฑ์ดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาของปริดา⁽²²⁾ ที่ทำการศึกษาศักยภาพของญาติออกขาวในการเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีมีการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีทางชีวเคมีวิธีใดที่สามารถตรวจยืนยันผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence และ Prolonged abstinence ได้แต่สามารถตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ในระยะสั้นๆ และมีความไวสูงมาก^(19, 20) นอกจากนี้การที่มีงบประมาณการวิจัยที่จำกัดและในจังหวัดขอนแก่นไม่มีห้องปฏิบัติการใดที่สามารถตรวจการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ได้ จึงเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีทางชีวเคมีได้

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในร้านยาคุณภาพ ซึ่งมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลา ทำการร้านและเภสัชกรผู้ให้บริการเป็นผู้ที่ได้รับการอบรม การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แล้ว หากผู้ให้บริการประสงค์ที่จะนำการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model ไปใช้ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงคุณลักษณะที่สำคัญดังกล่าวนี้ด้วย และจากผลการศึกษาพบว่า ผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence, Prolonged abstinence และ 28-day Point prevalence abstinence ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04, 0.003, 0.005$) จึงสรุปได้ว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ ด้วยรูปแบบ Modified PAS model เป็น

รูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ในระยะเวลา 3 เดือน เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาวิจัย ทั้งนี้หากประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่นานขึ้น เช่น 6 หรือ 12 เดือน ผลการเลิกบุหรี่สำเร็จอาจลดลงได้

จากผลการศึกษาของ Maguire และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence ที่ 3 เดือนในกลุ่มทดลองของเท่ากับร้อยละ 27.5 ซึ่งสูงกว่าผลของการศึกษานี้ที่ร้อยละ 18.2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดนิโคตินระดับสูง ในการศึกษาของ Maguire และคณะ⁽¹⁰⁾ เลือกที่จะใช้นิโคตินทดแทนร่วมกับการรับคำปรึกษาเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ชุมชน ขณะที่การศึกษานี้พบผู้ติดนิโคตินระดับสูงในกลุ่มทดลองจำนวน 5 จากทั้งหมด 22 คน และทั้งหมดปฏิเสธการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่

ถึงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จากเภสัชกร เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากราคายาที่ค่อนข้างสูงซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่ายา ในกรณีที่ต้องการใช้จึงทำให้อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องในการศึกษานี้้น้อยกว่าผลการศึกษาของ Maguire และคณะ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นเพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกลไกที่จะทำให้ราคาขายช่วยเลิกบุหรี่ประเภท First-line drug ถูกลงหรือ องค์การเภสัชกรรมซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับรัฐ ควรผลิตยาดังกล่าวในลักษณะ Local made เพื่อทำให้ผู้ติดบุหรี่ที่จำเป็นต้องใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มีทางเลือกและสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพควรครอบคลุมค่ายาช่วยเลิกบุหรี่ด้วย โดยข้อเสนอแนะดังกล่าวนี้เป็นหนึ่งในข้อควรปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการบำบัดการติดบุหรี่ปี 2008 ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²³⁾

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา คณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองที่มาติดตามนัดตั้งแต่นั้น

4 ครั้งขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 16 คน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามซึ่งไม่ได้ทำในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน สาขา 1 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อลด Obsequiousness bias คณะผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลในลักษณะดังกล่าว แทนการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์เนื่องด้วยระยะเวลาการศึกษาที่จำกัด จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงซึ่งน่าจะมาจากการที่เภสัชกรทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไว้วางใจ และความมุ่งมั่น ตั้งใจของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มาตามนัดการรับบริการเลิกบุหรี่ของ Challenger และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่า อายุน้อยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มาตามนัด ซึ่งการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับข้อสรุปดังกล่าว นั่นคือ กลุ่มทดลองที่มีอายุ ≤ 24 ปีจำนวน 5 จากทั้งหมด 6 คน เป็นกลุ่มที่มาตามนัดเพียง 1-2 ครั้งและไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อเก็บข้อมูลได้ ทั้งนี้การไม่สามารถติดต่อได้จะถือว่าเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Intention to treat⁽²¹⁾ อาจเป็นไปได้ว่าการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model อาจไม่เหมาะที่จะนำไปใช้กับผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อย Challenger และคณะ⁽²⁴⁾ ได้แนะนำว่าควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และมีอายุน้อยเพื่อศึกษาสิ่งที่ควรปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการให้บริการเลิกบุหรี่ ซึ่งจะนำไปสู่อัตราการมาตามนัดที่เพิ่มขึ้นและการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ตามมา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษารูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาที่เหมาะสมกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และมีอายุน้อยต่อไปในอนาคต

สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาด้วยรูปแบบพีเอเอส ฉบับปรับปรุง

(Modified PAS model) เป็นรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนที่มีประสิทธิภาพที่สามารถช่วยผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยพบผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการรับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาถึง 22 คน หลังทำการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกเพียง 2 สัปดาห์ ผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence, Prolonged abstinence และ 28-day Point prevalence abstinence ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็น ร้อยละ 18.2 และ 2.2 ($p = 0.04$) 40.9 และ 8.7 ($p = 0.003$) 50.0 และ 17.4 ($p = 0.005$) ตามลำดับ และเป็นรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาที่น่าจะช่วยแก้ไขปัญหาลูกค้าผู้สูบบุหรี่ไม่สนใจรับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาได้

ข้อเสนอแนะ

1) เภสัชกรชุมชนควรมีกลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่แก่ชุมชนที่กว้างและครอบคลุมยิ่งขึ้น 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์ การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านสู่ประชาชนในวงกว้างยิ่งขึ้นเช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกลไกที่จะทำให้อาสาช่วยเลิกบุหรี่ประเภท First-line drug ถูกลงและผลักดันให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมค่าใช้จ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่ อีกทั้งองค์การเภสัชกรรมควรผลิตยาดังกล่าวในลักษณะ Local made เพื่อเป็นทางเลือก และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาของผู้บริโภค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ และ อสม. ชุมชนศูนย์แพทย์มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือแก่คณะผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. MPOWER: A POLICY PACKAGE TO REVERSE THE TOBACCO EPIDEMIC [online] 2008 [cited 2008 Oct 17]. Available from: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปการสำรวจการสูบบุหรี่และดื่มสุราปี 2550 [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 16 ตุลาคม 2551]. จาก: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga50.pdf
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. [ม.ป.ท.]: โรงพิมพ์องค์การส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
- Pongpanich S. A comparative analysis between present and future tobacco related health care cost in Thailand. *J Health Res* 2007; 21(2): 163-71.
- International Resource Center. Tobacco policy status [online] [n.d.] [cited 2008 Oct 17]. Available from: http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/th/Thailand_tob_policy_th.pdf
- Hamilton A. An evaluation of the extended role of the community pharmacist in rural areas of the west of Ireland. *J Soc Admin Pharm* 1998; 15(1): 42-9.
- Blenkinsopp A, Tann J, Platts A, Allen J. Evaluation of feasibility and acceptability of a community pharmacy health promotion scheme - views of users and providers. *Health Educ J* 2002; 61(1) 32-43.
- Thananithisak C, Nimpitakpong P, Nimpitakpong P, Chaiyakunapruk N. Activities and perceptions of pharmacists providing tobacco control services in community pharmacy in Thailand. *Nicotine Tob Res* 2008 May; 10(5): 921-5.
- คทา บัณฑิตานุกูล, ธร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, ปิยะวรรณ เกาไศยนันท์, ชนาพร สรรพานิช, ปิยพร เจริญศุภพงศ์, และคณะ. การรวบรวมและสังเคราะห์บทบาทเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; [2548].
- Maguire TA, McElnay JC, Drummond A. A randomized controlled trail of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction* 2001; 96: 325-31.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่. ใน: บุชบา จินดาประวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาววัฒนทล, ปรีชา มณฑกานติกุล, เนติ สุขสมบุรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริการผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชื่น จำกัด; 2546. 153-75.
- Kennedy DT, Giles JT, Chang ZG, Small RE, Edwards JH. Results of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. *J of Pharm Assoc* 2002; 42(1): 51-6.
- ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, สุชาดา โตพึงพงศ์. การออกหน่วยคัดกรองผู้สูบบุหรี่ : การให้คำปรึกษาอย่างสั้นและส่งต่อโดยเภสัชกรอาสา. *ว. ควบคุมยาสูบ ม.ค.-มิ.ย. 2551*; 2(1): 62-71.
- ศุภรักษ์ ศุภเณม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในชุมชนโดยเภสัชกร. *ว. เภสัชกรรมชุมชน ก.พ. 2552*; 8(42): 37-42.
- Quinn D. Smoking cessation service in a community pharmacy setting [online] 2004 [cite 2010 Feb 22]. Available from: http://www.iccpe.ie/index.cfm/loc/2/pt/0/spid/E2E342_BA-1ED1-4EB0-93EE6E031FB4697C.htm

16. Mochizuki M, Hatsugaya M, Rokujoh E, Arita E, Hashiguchi M, Shimisu N, et al. A randomized controlled study on the effectiveness of community pharmacist' advice for the smoking cessation by nicotine-evaluation at three months after the cessation [Abstract] [serial online]. *Yakugaku Zasshi* 2004; 12(124): 989.
17. Philbrick AM, Newkirk EN, Farris KB, McDanel DL, Horner KE. Effect of a pharmacist managed smoking cessation clinic on quit rates. *Pharmacy Practice* (serial online) 2009 Jul-Sep;7(3):150-6.
18. Velicer WF, Prochaska OJ. A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addict Behav* 2004; 29: 51-60.
19. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 13-25.
20. Ossip-Klein DJ. Classification and assessment of smoking behavior. *Health Psychol* 1986; (Suppl.); 3-11.
21. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction* 2005; 100: 299-303.
22. ปรีดา เบญจนากาศกุล. ประสิทธิภาพของหมัดอกขาวในการเลิกบุหรี่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
23. Fiore MC, Ja?n CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med* 2008 Aug; 35(2): 158-76.
24. Challenger A, Coleman T, Lewis Sarah. Predicting default from smoking cessation treatment following enrolment. *Health Educ J* 007; 66(1): 32-43.

การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาการยอมรับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ
เพื่อเป็นวิธีการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
Focus Groups to Study the Acceptability of Male Circumcision as a Measure
to Prevent HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men in Thailand

ธวีรัตน์ เชนนะสิริ*

Tareerat Chemnasiri*(MA)

รัตน์ เชื้อชวงค์**

Rutt Chuachoowong**(MD,DrPh)

ศุภพร ไชยคำเมา**

Supaporn Chaikummao**(BSc)

พัฒน์นรี อึ้งประเสริฐกุล*

Patnaree Oungprasertgul*(BA)

อัญชลี วรจกรรัตน์*

Anchalee Varangrat*(MA)

ฟริทส วัน กรีนสเวน***

Frits van Griensven****(PhD, MPH)

*ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา สำนักรัฐด้านสาธารณสุข นนทบุรี

* Thailand MOPH-U.S. CDC Collaboration, Nonthaburi

**คลินิกชุมชนสีลม กรุงเทพมหานคร

** Silom Community Clinic, Bangkok

***ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา สำนักรัฐด้านสาธารณสุข

****Thailand MOPH-U.S. CDC Collaboration,

และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ

Nonthaburi and Centers for Disease Control and

สหรัฐอเมริกา

Prevention, USA

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับ ทำความเข้าใจทัศนคติ วัฒนธรรมความชอบ ในการศัลยกรรมและผลข้างเคียงทางด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อเป็นวิธีการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ใช้การสนทนากลุ่มในผู้เข้าร่วม 41 คน เกี่ยวกับภูมิหลัง สถานะการขลิบ ความพึงพอใจและสุขอนามัยทางเพศ ผู้เข้าร่วมต้องมีสัญชาติไทย และอายุ 18 ปีขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรม Atlas.ti 4.2 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการยอมรับการขลิบเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มี 6 สาเหตุด้วยกัน คือ 1) เกิดความไม่มั่นใจว่าการขลิบ จะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ และอาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น 2) เชื่อว่าการขลิบมีผลกระทบต่อทางลบมากกว่าทางบวก 3) เห็นว่าการขลิบจะสามารถป้องกันเฉพาะผู้ที่มึบพบทางเป็นฝ่ายรุกเท่านั้น 4) มองว่าการขลิบมีความสำคัญทางด้านศาสนา มีประโยชน์ในเรื่องของการรักษาความสะอาดส่วนบุคคล และการรักษาความผิดปกติต่างๆ 5) เชื่อว่าตนเองมีทางเลือกอื่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ 6) ไม่มีความรู้เรื่อง ความหลากหลายของรูปแบบของการขลิบ ข้อเสนอแนะคือควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการขลิบมากยิ่งขึ้น สนับสนุนให้ผู้ปกครองเห็นถึงประโยชน์ของการขลิบหากทำในกลุ่มเด็กแรกเกิดไม่เพียงเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่เพื่อสุขอนามัยส่วนบุคคลและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคู่นอน รวมถึงย้ำความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยไม่ว่าจะขลิบหรือไม่ก็ตาม

Abstract

This study investigated the acceptability of male circumcision (MC) as a measure to prevent HIV infection among men who have sex with men (MSM) in Thailand. Six focus group discussions were conducted during November 2007 to February 2008. All 41 participants were recruited. Socio-demographic and sexual behavioral data were collected using a short-questionnaire. Atlas.ti version 4.2 was used in data analysis. It was found that there were 6 barriers to the acceptability of MC as a measure to prevent HIV infection among MSM in Thailand as follows: 1. Participants are concerned about efficacy of MC for HIV prevention, 2. Participants think that benefits of MC might not be worth going through post surgical pain, 3. Participants believe that MC can prevent HIV among MSM who perform insertive role ("top") only during anal sex intercourse, 4. Participants think of MC as a minor surgery for people with phimosis or paraphimosis, as a religious rite, or for personal hygiene, 5. Participants believe that they have other ways to protect themselves from HIV, and 6. Participants are not aware of different circumcision styles. We suggested that appropriate and accurate information of MC should be given to public. MC should be recommended to parents for newborns not only as a HIV preventive tool, but as a general hygienic matter. Condom use campaign should be promoted consistently.

ประเด็นสำคัญ-

การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เอชไอวี สทนทากลุ่ม ประเทศไทย

Keywords

Male circumcision, men who have sex with men, HIV, focus group discussion, Thailand

บทนำ

การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย คือ การตัดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายบางส่วนหรือทั้งหมดออกไปอย่างถาวร โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้สามารถถอดอวัยวะเพศออก เพื่อทำความสะอาดบริเวณส่วนปลายได้ ซึ่งผิวหนังบริเวณนี้จะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรีย เมื่อผสมกับน้ำเมือกจากต่อมต่างๆ ร่วมกับเหงื่อไคล จะสร้างสารที่เรียกว่า Smegma หรือขี้เปือก มีลักษณะเป็นขุยๆ ชาวๆ การที่ไม่สามารถเปิดล้างออกได้ จะทำให้สารดังกล่าวคั่งซึ่งทำให้มีกลิ่นเหม็นและเกิดการติดเชื้อ รวมทั้งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งที่องคชาติ และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งองคชาติส่วนใหญ่ ไม่สามารถถอดหนังออกเพื่อทำความสะอาดได้ การขลิบนั้นเป็นที่รู้จักกันทั่วโลกด้วยเหตุผลทางวัฒนธรรม ศาสนา หรือทางการแพทย์ จากรายงานสถิติพบว่าทั่วโลกมีผู้ชายที่อายุมากกว่า 15 ปี ประมาณ 665 ล้านคน ที่ขลิบ

อวัยวะเพศแล้ว หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ชาย ส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ชาวยิว และชาวอเมริกัน โดยทั่วไป แพทย์จะทำการขลิบให้เฉพาะคนไข้ที่มีความลำบากในการถอดเปิดหรือปิดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ จากรายงานทางการแพทย์ ระบุว่า การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้เนื่องจากผิวหนังด้านในของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายเป็นบริเวณที่มีจำนวนเซลล์รับเชื้อเอชไอวีอยู่มาก และอยู่ในตำแหน่งที่ต้น สามารถฉีกขาด ถลอก ทำให้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ ได้ง่าย การขลิบจะเป็นการลดบริเวณผิวหนังด้านในของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ทำให้ลดพื้นที่รับเชื้อเอชไอวีลงได้ การทำให้ผิวหนังในส่วนที่ไม่โดนหุ้มไว้นั้น หนาตัวขึ้น และแห้งเร็วขึ้นหลังการมีเพศสัมพันธ์ทำให้โอกาสเกิดแผลน้อย และโอกาสติดเชื้อต่างๆลดลงเช่นกัน⁽¹⁾

ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีการเผยแพร่ผล

การศึกษาเรื่องการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายว่าเป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักร่วมเพศ จึงทำให้การขลิบกลายเป็นประเด็นหนึ่งที่ถกเถียงกันเป็นอย่างมากในหมู่นักวิชาการ และบุคลากรทางการแพทย์ ผลจากการศึกษาเชิงทดลองซึ่งมีกลุ่มควบคุมใน 3 ประเทศ พบว่า การขลิบให้ผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ประมาณ ร้อยละ 50-60 กล่าวคือ ในประเทศแอฟริกาใต้ศึกษาในกลุ่มผู้ชายจำนวน 3,274 คน ได้ผลในการป้องกันเชื้อเอชไอวีร้อยละ 61^(2,3) ในประเทศเคนยา ศึกษาผู้ชาย จำนวน 2,784 คน และในประเทศอุกันดา ศึกษาผู้ชาย จำนวน 4,996 คน พบว่า สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 53^(4,5) และร้อยละ 48^(6,7) ตามลำดับ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานั้น แสดงให้เห็นว่าการขลิบสามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการใช้วัคซีนในระดับปานกลางถึงสูง⁽⁸⁻¹³⁾

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส แผลริมอ่อน ทั้งในชายที่ขลิบและหญิงที่เป็นคู่นอนลดความเสี่ยงของมะเร็งองคชาติ และหากขลิบในเด็กทารก ก็จะลดโอกาสการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะในเด็ก และลดอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่เป็นคู่นอนของผู้ชายที่ขลิบ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการขลิบในกลุ่มชายรักร่วมเพศในหลายพื้นที่ของทวีปแอฟริกา แต่ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการขลิบในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเพียงพอในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้นในอนาคตหากประเทศไทยจะมีการศึกษาวิจัยเรื่องการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต่อไป จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาการยอมรับการขลิบ เพื่อทำความเข้าใจทัศนคติ ปัจจัยทางวัฒนธรรม และความชอบในการศัลยกรรมเกี่ยวกับการขลิบให้มากยิ่งขึ้นและผลข้างเคียงทางด้านพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้น

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาแบบติดตามด้านการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติการณ์การป้องกันต่างๆ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร (The Bangkok MSM Cohort Study) ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เริ่มการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ในสถานที่วิจัยคลินิกชุมชนสีลม โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน นอกจากการประเมินความชุก อุบัติการณ์ และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว โครงการฯ ได้ทำการประเมินอัตราการกลับมาติดตาม (follow-up rate) และความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยเชิงป้องกันเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยในระหว่างที่อาสาสมัครกลับมาตามนัด จะมีการศึกษาย่อยในรูปแบบต่างๆ (รวมทั้งการสนทนา กลุ่มนี้) เพื่อดูการยอมรับและความสนใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาทดลองในอนาคต เช่น การขลิบ การใช้สารป้องกันการติดเชื้อ (Microbicide gel) หรือการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure Prophylaxis) รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอมุมมอง ทัศนคติ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการขลิบ เพื่อเป็นวิธีการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวไทย

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น มีการระดมสมองและอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง ผู้เข้าร่วมสามารถสนทนาตามความคิดเห็นของตนเองได้อย่างเปิดเผย⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ การเก็บข้อมูลดำเนินการในกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไปที่มารับบริการที่คลินิกชุมชนสีลม และกลุ่มตัวแทนชุมชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คุณสมบัติของผู้ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม คือ ชายไทย อายุ 18

ปีขึ้นไป เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน และ/หรือ เป็นผู้แทนองค์กรที่ร่วมอยู่ในคณะกรรมการที่ปรึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และยินดีเข้าร่วมการสนทนา โดยพยาบาลวิจัยของคลินิกชุมชนสัมพันธ์ จะเป็นผู้แนะนำโครงการให้แก่อาสาสมัครที่สนใจ ตรวจสอบคุณสมบัติขอความยินยอมด้วยวาจา และขอให้ตอบข้อมูลลงในแบบสอบถามสั้น ๆ เกี่ยวกับลักษณะทางเศรษฐกิจ-สังคม เช่น อายุ การศึกษา ศาสนา บทบาททางเพศ ประสบการณ์การขลิบ ทั้งนี้เพื่อให้องค์ประกอบของแต่ละกลุ่มมีความหลากหลาย เช่น มีทั้งผู้ที่ขลิบแล้ว และยังไม่ขลิบ มีผู้ที่มียาเสพติดเป็น ฝ่ายรับ ฝ่ายรุก และทั้งฝ่ายรับและรุก หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่โครงการจะทำการนัดหมายและให้บัตรนัด ที่ระบุวัน เวลาและสถานที่ในการร่วมสนทนากลุ่ม

ในแต่ละกลุ่มสนทนาจะประกอบไปด้วยผู้เข้าร่วมสนทนาประมาณกลุ่มละ 6-8 คน ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) และผู้จดบันทึกการสนทนา (Note-taker) และมีการบันทึกเสียงการสนทนา การสนทนากลุ่มดำเนินการในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก เช่น ในห้องประชุม และให้มีการใช้ชื่อสมมุติหรือชื่อเล่นแทนการเรียกชื่อจริง ผู้ดำเนินการสนทนาจะเน้นย้ำเรื่อง การรักษาความลับเกี่ยวกับเรื่องที่ได้อภิปรายในกลุ่ม และทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนามั่นใจว่าข้อมูลทั้งหลายจะไม่สามารถโยงไปสู่ตนได้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาให้ข้อมูลที่แท้จริงสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสามารถหยุดการตอบคำถาม และออกจากการสนทนากลุ่มได้เมื่อต้องการ และหากไม่ต้องการให้มีการบันทึกเทปในสิ่งที่สนทนาสามารถขอให้หยุดการบันทึกเสียงได้ ประเด็นในการสนทนากลุ่ม แบ่งออกได้เป็นประเด็นใหญ่ ๆ 4 ประเด็น คือ 1) ความคิดเห็นเรื่องปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และวิธีการลดการติดเชื้อรายใหม่ 2) ประสบการณ์เรื่องการขลิบในกรณีที่เคยขลิบหรือกรณีรู้จักผู้ที่เคยขลิบ 3) ความคิดเห็นเรื่องการขลิบในแง่การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 4) ความคิดเห็นและ

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาในอนาคตเรื่องการขลิบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (รวมถึงความสนใจในการเข้าร่วมโครงการฯ)

การศึกษาครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมการสนทนาทั้งสิ้น 41 คน ใน 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มใช้เวลาในการสนทนา เฉลี่ยประมาณ 2 ชั่วโมง การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เทปบันทึกบทสนทนาประกอบกับบันทึกลายมือจากผู้จดบันทึกการประชุมจะถูกนำมาถอดเป็นข้อความจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Atlas.ti version 4.2 (Scientific Software Development, Berlin) ช่วยในการวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการแจกแจงข้อมูลตามเนื้อหา และจัดกลุ่มความหมาย หาแบบแผนเพื่อให้เชื่อมโยงกับแนวคำถามในการสนทนา

ผลการศึกษา

ผลจากการเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม และมีผู้เข้าร่วมสนทนาจำนวนทั้งสิ้น 41 คน ประกอบด้วยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 5 กลุ่ม และกลุ่มตัวแทนชุมชน 1 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่ขลิบหนึ่งหุ้มปลายอวัยวะเพศแล้ว และยังไม่ขลิบ ผู้ที่มีบทบาทเป็นฝ่ายรับ ฝ่ายรุก และทั้งฝ่ายรับและรุกกระจายไปทุกกลุ่ม ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามลักษณะทางเศรษฐกิจ-สังคม และพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีอายุตั้งแต่ 19 ปี ถึง 50 ปี อายุเฉลี่ย 25.9 ปี ส่วนใหญ่ทำงานอย่างเดียว ร้อยละ 73 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 82.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.2 ระบุตนเองเป็นเพศชาย ร้อยละ 87.8 จัดตนเองอยู่ในประเภทรักร่วมเพศ ร้อยละ 82.9 เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ร้อยละ 73.2 เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีบทบาทเป็นทั้งฝ่ายรุก และฝ่ายรับ ร้อยละ 41.5 และส่วนใหญ่ไม่เคยขลิบ หนึ่งหุ้มปลายอวัยวะเพศ ร้อยละ 68.3

สำหรับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศแล้วมีทั้งสิ้น 13 คน จาก 41 คน ร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่ขลิบเมื่อมีอายุระหว่าง 5-12 ปี ร้อยละ 69.2 โดยพ่อหรือแม่เป็นผู้ตัดสินใจในการขลิบ ร้อยละ 53.8 และด้วยสาเหตุที่มีปัญหาไม่สามารถรูดหนังหุ้มปลายได้และเส้นสองสลิ้งสั้นเกินไป ร้อยละ 53.8

ผลการสนทนากลุ่ม

1. ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการสอบถามความคิดเห็นผู้เข้าร่วมการศึกษา เรื่องปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาใหญ่ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แต่ไม่อยากจะให้มองกลุ่มของตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงเพราะโอกาสที่กลุ่มประชากรอื่นๆ จะติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีเท่าๆ กัน

“ก็แบบว่ามันก็กระจายได้หมดแหละครับไม่ว่าจะเป็นชายรักชาย หญิงรักชาย หรือว่าหญิงรักหญิงมันก็จะมีการแพร่กระจายของเชื้อได้หมดเท่ากันครับ” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 5)

“แล้วก็มีมองอีกมุมด้วยว่า หลายๆ องค์กรณ์ที่ทำงานเยอะเยาะไปหมดแต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมเต็มที่เพราะบางส่วนไม่ได้อยู่ในการทำงานของเราอีกเยอะ โดยส่วนตัวที่ได้ยินมาว่า กลุ่มชายรักชาย อายุหน่อยลงๆ ติดเชื้อมากขึ้นก็น่าจะมีแนวโน้มอะไรบางอย่างที่ทำให้เห็นชัดว่า ยังเป็นปัญหาอยู่” (กลุ่มตัวแทนชุมชน)

2. ความคิดเห็นต่อการขลิบในฐานะรูปแบบหนึ่งในวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นเรื่องการขลิบในฐานะที่เป็นรูปแบบหนึ่งในวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบประเด็นสำคัญๆ 6 ประเด็นดังนี้

2.1 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจ ว่าการขลิบจะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ในขณะที่เดียวกันอาจเป็นการเพิ่มความ

เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น

“ไม่ เพราะอัตราการเสี่ยงก็สูงเพราะว่า ขลิบหรือไม่ขลิบ มันก็เหมือนเดิมเพราะโรคนี้นี้ไม่ใช่ถุงยาง ติด (เอชไอวี) ได้เหมือนกัน คนขลิบมีแผลคนไม่ขลิบมีแผล มันก็ติดได้เหมือนกัน มันน่าจะอยู่ที่แผล อัตราความเสี่ยงเท่ากันทุกคน” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 1)

“ไม่น่าจะเกี่ยว เชื้อโรคก็สามารถเข้าไปแต่ว่า ส่วนหนังหุ้มข้างนอกอีกส่วนแค่มากันไว้ มันก็มีส่วนที่มันเข้าไปได้ ถ้าไม่ใส่ถุงยางโอกาสของคนที่ไม่ขลิบแล้ว น่าจะมีเปอร์เซ็นต์ที่จะติดมากกว่าเพราะส่วนปลายเปิดแล้ว” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 3)

“คิดคล้ายกันนะ ว่าเปิดแล้วมันน่าจะต้านขึ้นคือเพิ่ม สมรรถนะในการป้องกัน (เอชไอวี) มากขึ้น แต่คงจะไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์เพราะเคยเจอน้องที่เป็นหัว (อวัยวะเพศ) ปิดและหัวเค่าเปียกตลอดเวลา ตรงนั้นน่าจะเป็นเยื่อบุอ่อนที่เชื้อสามารถเข้าไปในเยื่อบุอ่อนได้ตลอดเวลา”

2.2 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การขลิบจะส่งผลกระทบต่อทางลบให้กับตนเองมากกว่าทางบวก เช่น สร้างความเจ็บปวด ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง และทำให้อวัยวะเพศเสียรูปทรง ผู้เข้าร่วมการสนทนาส่วนใหญ่จึงเชื่อว่าตนเองไม่จำเป็นต้องขลิบเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“บางคนโรคจิต กลัวอวัยวะจะไม่สวย กลัวทรงมันจะเปลี่ยนรูปไป ตอนโตเราไม่รู้ไงไม่เคยเห็นที่เคยขลิบเป็นอย่างไร ความคิดของคนที่ไม่เคยขลิบจะไม่รู้ไงไม่รู้ว่าจะขลิบแล้วของเราจะเปลี่ยนรูปไปอย่างไร คิดมาก” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 1)

“มันจะเสียรูปเสียทรงรีเปลา คือบางที่ทรงมันอาจจะดีอยู่แล้ว” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 2)

“ฉะนั้นถ้าคุณอยากจะให้ทำก็ต้องการบอกคนที่ เป็นพ่อกับแม่ที่มีลูก แต่จะให้คนที่โตแล้วให้เขาเข้าไปโรงพยาบาล แล้วไปตัดเหมือนไส้ติ่งนะ ถ้าจะแตกแล้ว

คอยตัด” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 3)

2.3 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางส่วน เห็นว่า การขลิบจะสามารถป้องกันเฉพาะผู้ที่มึบเทาบเทาเป็นฝ่ายรุกเท่านั้น หากผู้ที่มีมึบเทาบเทาเป็นฝ่ายรับ หรือทั้งรุกและรับ การขลิบไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

“แสดงว่าคนที่เป็นท้อบ (ฝ่ายรุก) ลีไม่ติดคนที่มาคร่อมนะ คนที่โดนซี่ (ฝ่ายรับ) ก็ติดอยู่ดีเพราะเขาหลังข้างในนี้ แต่คนที่ไปทำเขาลี แล้วคุณขลิบคุณไปเสียบเขา คุณจะติดน้อย คุณก็สนับสนุนให้เกย์กลุ่มนี้ไปเสียบสด (ไม่ใช่ถุงยางอนามัย) นะสิยังงี้ก็ต้องเซฟเซ็กช้อยูดีแหละ” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 3)

“ถ้าไปขลิบคงไม่ เพราะจะเสียบประมาณเสร็จแล้วก็ไม่ได้ใช้ ก็ชั้นไม่ได้ชั้นนี้ (เพราะเป็นฝ่ายรับ) เดี่ยวฝ่ายรุกเขาก็ถามว่า แกทำผม (ขลิบ) ทำไม” (กลุ่มตัวแทนชุมชน)

2.4 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มองว่าการขลิบนั้นมีความสำคัญทางด้านศาสนา และมีประโยชน์ในเรื่องของการรักษาความสะอาดส่วนบุคคลหรือการรักษาความผิดปกติต่างๆ เช่น หนังสืมปลายไม่เปิด (Phimosis) การรูดหนังสืมปลายแล้วติด ไม่สามารถรูดกลับได้ (Paraphimosis) ฯลฯ มากกว่าการขลิบเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“บางคนอาจเป็นโรค ก็ต้องขลิบหนังสืมปลายเยอะเกินไป ต้องถอกออกมา ไม่ใช่ฉี่ไม่ออกคือมันไม่สามารถถลกหนังสืมปลาย เพื่อทำความสะอาดได้” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 1)

“เป็นคนขลิบมาเองคะ ไม่รู้มันเป็ระบบอะไรหรือเปล่าคะ คือ หนังสืมหนาขึ้นเองแล้วมันก็ปิดแล้วบัสสาวะไม่ได้ก็เลยต้องไปหาหมอ” (กลุ่มตัวแทนชุมชน)

2.5 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีทางเลือกอื่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

และเห็นว่าหากตนเองใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ก็สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ จึงคิดว่า การขลิบหนังสืมปลายอวัยวะเพศนั้นไม่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

“พอตีมันมีอย่างอื่นที่สามารถป้องกันได้เหมือนกันที่ดีกว่า ผมว่าเจ็บตัว ถ้าใส่ถุงมันก็ป้องกันก็ใส่ถุงก็ได้เนี่ย ไม่ต้องเจ็บตัวเพราะเราสามารถเลือกได้หลายทาง” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 1)

“ไม่ ๆ เพราะผมใส่ถุงยาง ผมจะขลิบทำไม ก็ผมเซฟเซ็กช้นะ”

“เหมือนผัดตดใส่ตั้งนะครับ มันยังไม่เกิดอะไรขึ้นกับร่างกายตรงนั้น เซฟเซ็กช้ก็ยังเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ดีที่สุดในสถานการณ์ปัจจุบัน ต้องจ่ายเงินผมแสนนึงถึงจะทำ” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 3)

ผู้เข้าร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องความหลากหลายของรูปแบบของการขลิบ (Circumcision style) การขลิบในประเทศจะมีหลากหลายรูปแบบที่สามารถเลือกได้ เช่น แบบ tight / loose แบบ high / low แบบมีเส้นสองสัลหรือไม่มี แบบรูป ตัว V ฯลฯ รูปแบบของการขลิบที่หลากหลายสามารถสร้างความสวยงามของอวัยวะเพศที่แตกต่างกัน

“เราไม่รู้วาลักษณะของการขลิบไปแล้วรูปร่างหน้าตามันเป็นอย่างไร มันมีหลายอย่างเหรอ” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 2)

“ไม่รู้วาวีธิตตสายของเขาเป็นอย่างไร มันต้องเอาออกทั้งเส้นหรือเปล่า ไม่รู้วธีเขาว่าทำยังไงครับไม่รู้เรื่อง กลัวตัดออกมาแล้วมันลือคแล้วอะไร หรือเปล่า” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 3)

“จะให้เลือกอะไร ก็หมอเขาทำให้เขาเลือกอะไรก็เอาอย่างนั้น จะไปรู้เกินหมอทำไม” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 4)

“ตอนแรกคิดไม่ออกเลย แต่พอพูดแล้วเนี่ยพืเห็นภาพเลยเพราะพืเคยเจอ สองสันาเกลียดมากเลย มันปึก...ปึก...ปึก...ภาพออกเลยเพราะเคยเจอ” (กลุ่มตัวแทนชุมชน)

3. ความคิดเห็นต่อการศึกษาในอนาคต เรื่อง

การขลิบในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การศึกษาเรื่องการขลิบในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีประโยชน์หลายประการด้วยกัน คือ

3.1 หากผลการศึกษายืนยันว่า การขลิบสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จริง จะทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการขลิบเป็นตัวเลือกเพิ่มขึ้นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“ก็ต้องมีสิทธิ์ เพราะเป็นการให้ความรู้กับเค้าว่า ถ้าขลิบเสร็จแล้วเป็นการป้องกันอีกวิธีหนึ่ง นอกเหนือจากการใช้ถุงยาง ถ้าสมมุติว่ามันป้องกันได้ 100 เปอร์เซ็นต์ก็ยิ่งต้องมีการให้ข่าวสารข้อมูล แค่อ้อย่าว่า หรือข่าวที่สามารถอ้างอิงได้จากแพทย์อย่างนี้ครับว่า มันสามารถป้องกันเอชไอวีได้ในชายรักชาย แค่นี้ปริมาณการขลิบก็น่าจะเยอะขึ้นแล้วครับ” (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 4)

“ที่สำคัญก็คือพองานนี้ออกมาเราก็มีทางเลือกที่หลากหลายมากขึ้น การป้องกันไม่มีทางเยอะ ถ้าทำให้มีเยอะขึ้นจะทำให้มีโอกาสเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันได้” (กลุ่มตัวแทนชุมชน)

3.2 ผลการวิจัยจะทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความรู้ทางด้านโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันตนเองทางการแพทย์ สุขศึกษา และเพศศึกษามากยิ่งขึ้น

“เราารู้ด้วยว่าการขลิบมันเป็นแบบนี้ ๆ มันช่วยอะไรเราได้บ้าง บางทีเราอาจจะไม่รู้ลึกไปถึงขนาดนั้น”

“มาที่นี้เราก็จะได้ความรู้ว่าต่อไปมีอะไรกับใคร เราต้องระวังแล้ว ไม่ใช่เหมือนเมื่อก่อน จะจึก ๆ กับใครก็ไม่ใช่”

“ตอนนี้เชื่อในกลุ่มเราก็เปอร์เซ็นต์ กรุงเทพก็เปอร์เซ็นต์ เวลาไปที่ยิวต้องระวังตัวอย่างไร ไปมีอะไรกับใครควรป้องกันตัวอย่างไร มันได้รับความรู้มาก ๆ”

(ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 2)

3.3 การศึกษาเรื่องการขลิบเป็นการสะท้อนให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพึงระวังและย้อนคิดถึงพฤติกรรมทางเพศของตนเอง รวมถึงมีการประเมินความเสี่ยงทางเพศของตนเองมากขึ้น

“มันก็เหมือนโครงการที่เข้าอยู่ตอนนี้ ก็เข้าไปแล้วส่วนใหญ่บอกได้ว่าที่ผ่านมา 4 เดือน เราทำอะไรไปบ้าง มองย้อนกลับไปว่าเราเสี่ยงหรือเปล่า ในอดีตเราไม่เคย มองย้อนกลับไป เราได้ประโยชน์ด้วย”

(ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 1)

3.4 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้เข้าร่วมการศึกษารู้สึกมีส่วนร่วม และมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อประโยชน์ของตนเอง และชุมชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

“อย่างน้อย เราก็เป็นกรณีศึกษากรณีหนึ่งที่ทำให้ศึกษาว่าเราก็เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือเปล่า เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ใช่ถึงขนาดเป็นโรคเอดส์นะ เป็นซิฟิลิส หนองใน อะไรก็ตามอย่างน้อยก็ได้ศึกษา ไม่ใช่แค่เอดส์” (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 1)

3.5 การศึกษาเรื่องการขลิบจะเป็นประโยชน์ต่อวงการเอดส์เพื่อค้นหาคำตอบที่ชัดเจน และคำตอบนั้นสามารถนำไปพัฒนาและค้นคว้าหาวิธีการป้องกันอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

“การศึกษานั้นก็จะทำให้มีผลการศึกษาในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น แต่ทัศนคติของคนเพศเดียวกันกับการใช้ถุงยางมันก็เหมือนเดิม ยังกดีที่เอามาตีแผ่แต่คงไม่ได้เปลี่ยนทัศนคติมากนัก” (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มที่ 3)

“ก็คิดว่าน่าจะมึนนะครับเพราะว่า ถ้าเกิดการวิจัยนั้นมันน่าเชื่อถือและใช้อ้างอิงได้เฉพาะในกลุ่มนั้นพอเราทำในกลุ่มนี้ มันอาจจะมึนตัวชี้วัดหรือทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการที่จะเปรียบเทียบในเรื่องเอชไอวีเพิ่มเติมขึ้น นอกจากเรื่องขลิบด้วยซ้ำ” (กลุ่มตัวแทนชุมชน)

วิจารณ์

จากผลการสนทนากลุ่มในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ปัญหาในการยอมรับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มี 6 ประการด้วยกัน คือ 1) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจว่าการขลิบจะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ในขณะเดียวกันอาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น 2) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการขลิบจะส่งผลกระทบต่อทางลบให้กับตนเองมากกว่าทางบวก 3) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางส่วน เห็นว่าการขลิบจะสามารถป้องกันเฉพาะผู้ที่มีบทบาทเป็นฝ่ายรุกเท่านั้น 4) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่มองว่าการขลิบนั้น มีความสำคัญทางด้านศาสนา และมีประโยชน์ในเรื่องของการรักษาความสะอาดส่วนบุคคล หรือการรักษาความผิดปกติต่างๆ 5) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่เชื่อว่าตนเองมีทางเลือกอื่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และ 6) ผู้เข้าร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องความหลากหลายของรูปแบบของการขลิบ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เห็นว่าการขลิบจะช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะในกลุ่มชายที่มีบทบาทเป็นฝ่ายรุกเท่านั้น ซึ่งทั้งสอดคล้องและแตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ โดยการศึกษาในประเทศออสเตรเลียมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการขลิบและบทบาททางเพศกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 63 คน ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ป้องกัน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการขลิบกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่มีความสัมพันธ์ระหว่างบทบาททางเพศกับการติดเชื้อเอชไอวี⁽²⁰⁾ และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเชื้อสายนิกรอยด์และละตินจำนวน 2,245 คน ในพื้นที่ 3 รัฐ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างบทบาททางเพศกับการ

ติดเชื้อเอชไอวี⁽²¹⁾ ซึ่งผลที่ได้ทั้งหลายนั้น ยังเป็นข้อถกเถียงในวงการวิจัย และเป็นที่ถกเถียงในการสนทนากลุ่มของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการศึกษานี้เช่นเดียวกัน

จากการศึกษาความคิดเห็นของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในงาน Gay Pride ปี พ.ศ. 2549 ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 780 คน พบว่า 133 คน ร้อยละ 17 ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ และจาก 133 คน มี 71 คน ร้อยละ 53 ที่ยินยอมขลิบหากสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่มีความกังวลในเรื่องของความเจ็บปวดและการอักเสบของแผลหลังจากการขลิบ⁽²²⁾

ในขณะนี้ ผลการศึกษาเกี่ยวกับการขลิบยังไม่เป็นที่ยืนยันอย่างแน่นอนว่า สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยว่าการขลิบยังไม่สามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอน จึงควรมีการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยต่อไป ดังเช่น ผลการศึกษาประเทศอูกันดา ในกลุ่มชายรักต่างเพศที่มีเชื้อเอชไอวีจำนวน 922 คน พบว่า การขลิบไม่ได้ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีที่มีต่อคู่นอนเพศหญิง และแนะนำว่าการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีถึงแม้ฝ่ายชายจะขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศแล้วก็ตาม⁽²³⁾

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม ได้คัดเลือกมาจากผู้ที่มาใช้บริการที่คลินิกชุมชนสีลม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างมีความรู้และสนใจในสุขภาพของตนเองมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป ข้อมูลที่ได้ อาจจะมีแนวโน้มไปในทางสนับสนุนให้มี การศึกษาเรื่องการขลิบมากกว่าความเป็นจริง การทำการสนทนากลุ่มสามารถก่อให้เกิดการเบี่ยงเบนทิศทางของข้อมูลไปตามอิทธิพลของกลุ่มได้ คำถามบางคำถามเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และบทบาททางเพศ จึงอาจไม่ได้ข้อมูลที่ เป็นความจริง และการสนทนา

กลุ่มเป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ซึ่งอาจไม่ใช่ข้อมูลพฤติกรรมจริงของผู้เข้าร่วมสนทนา

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ควรจะมีการศึกษาเปรียบเทียบ เรื่อง การขลิบในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปเปรียบเทียบกับประเทศแอฟริกา รวมถึงการวิจัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้การศึกษาขยายวงกว้างออกไปมากกว่านี้ ควรสร้างรูปแบบการศึกษาที่มีการเปรียบเทียบทั้งกลุ่มที่ขลิบแล้วและไม่ขลิบ บทบาททางเพศเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ติดตามพฤติกรรมของคู่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเปรียบเทียบผลเลือดของกลุ่มที่ขลิบแล้วกับกลุ่มที่ไม่ขลิบ

4.2 การศึกษาในอนาคต ควรจะเน้นการขลิบในแง่ของสุขอนามัยมากกว่าประโยชน์ในการป้องกันโรคเอดส์ เพราะอาจทำให้เกิดความเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม เช่น อาจทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดน้อยลงและการมีเพศสัมพันธ์มากยิ่งขึ้นในกลุ่มชายที่ขลิบ

4.3 ควรมีการให้ความรู้แก่เด็กหรือผู้ปกครอง ถึงประโยชน์ของการขลิบ โดยการใส่เนื้อหาลงในหลักสูตรการเรียนการสอน เช่น สุขศึกษา เพศศึกษา รวมถึงอาจมีบริการขลิบฟรีในระบบประกันสุขภาพของรัฐ

4.4 หากต้องการส่งเสริมให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายขลิบมากขึ้น จะต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอ และสร้างความมั่นใจให้กับกลุ่ม โดยมีการอธิบายให้แน่ชัดว่าบทบาททางเพศใดเมื่อมีเพศสัมพันธ์จะสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มตัวแทนชุมชน ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เจ้าหน้าที่คลินิกชุมชนสีลม เจ้าหน้าที่จากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพฯ. การขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชาย. เข้าใช้วันที่ 4 มีนาคม 2553; แหล่งข้อมูล: <http://www.bangkokhealth.com/index.php/2009-01-19-03-19-57/173-2009-01-19-08-10-36>.
2. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. PLoS Med 2005; 2: 1112-20.
3. Williams BG, Lloyd-Smith JO, Gouws E, Hankins C, Getz WM, Hargrove J, et al. The potential impact of male circumcision on HIV in Sub-Saharan Africa. PLoS Med 2006; 3: e262.
4. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. Lancet 2007; 369: 643-56.
5. US National Institutes of Health. Adult Male Circumcision Significantly Reduces Risk of Acquiring HIV; 2006. เข้าใช้วันที่ 4 มีนาคม 2553; แหล่งข้อมูล : http://www3.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2006/AMC12_06.htm.
6. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. Lancet 2007; 369: 657-66.
7. Science & Medicine. Routine Male Circumcision Could Reduce a Man's HIV Infection Risk by About 50 Percent, According to Studies Conducted in Kenya, Uganda. เข้าใช้วันที่ 3 กันยายน 2552; แหล่งข้อมูล : http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=41653.

8. Family Health International. Does Circumcision Reduce HIV risks? Network 2001 ; 20(4). เข้าใช้วันที่ 4 มีนาคม 2553; แหล่งข้อมูล : http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v20_4/NWvol20-4malecircumcision.htm.
9. Cohen J. Perspective: AIDS research : Male circumcision thwarts HIV infection. Science 2005; 309: 860.
10. Kebaabetswe P, Lockman S, Mogwe S, Mandevu R, Thior I, Essex M, et al. Male circumcision: an acceptable strategy for HIV prevention in Botswana. Sex Transm Infect 2003; 79 : 214-9.
11. Short RV. The HIV/AIDS pandemic: new ways of preventing infection in men. Reproduction Fertility and Development 2005; 16: 555-9.
12. Bailey RC, Plummer FA, Moses S. Male Circumcision and HIV Prevention: Current knowledge and future research directions. Lancet Infect Dis 2001; 1: 223-1.
13. Tyndall MW, Ronald AR, Agoki E, Malisa W, Bwayo JJ, Ndinya-Achola JO, et al. Increased Risk of Infection with Human Immunodeficiency Virus Type 1 Among Uncircumcised Men Presenting With Genital Ulcer Disease in Kenya. Clin Infect Dis 1996; 23: 449-53.
14. Weiss HA, Thomas SL, Munabi SK, Hayes RJ. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect 2006; 82: 101-10.
15. Centers for Disease Control and Prevention. CDC HIV/AIDS Science Facts: Male circumcision and risk for HIV transmission: implications for the United States, December 2006. เข้าใช้วันที่ 4 มีนาคม 2553; แหล่งข้อมูล: <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/circumcision.htm>.
16. Tobian AAR, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and Syphilis. N Engl J Med. 2009; 360: 1298-309.
17. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE, cNeill ET. Qualitative methods : a field research in sexual and reproductive health. Family Health International; 2002.
18. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตรและศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2549.
19. เบญจฉายอดดำเนิน-แอ็ดติงก์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความและการหาความหมาย. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
20. Grulich AE, Henry O, Clark E, Kippax S, John M. Circumcision and male-to-male sexual transmission of HIV. AIDS 2001; 15 : 1188-1189.
21. Millett GA, Ding H, Lauby J, Flores S, Stueve A, Bingham T, et al. Circumcision status and HIV infection among Black and Latino men who have sex with men in 3 USA cities. J Acquir Immun Defi Syndr 2007; 15(46): 643-650.
22. Begley EB, Jafa K, Voetsch AC, Heffelfinger JD, Borkowf CB, Sullivan PS. Willingness of men who have sex with men (MSM) in the United States to be circumcised as adults to reduce the risk of HIV infection. PLoS ONE 2008; 3(7): e2731.
23. Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, Serwadda D, Watya S, Nalugoda F, et al. Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomized controlled trial. Lancet 2009; 374: 229-37.

การพัฒนาทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ-

Establishment of PHA Registry in Amnatcharoen Province

เสถียร เชื้อลี พย.บ.,รปม.(นโยบายสาธารณะ)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
จังหวัดอุบลราชธานี

Sathien Chuelee. B.N.S., M.P.A.(Public Policy)
Office of Disease Prevention and Control 7th
Ubonratchathani Province.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อเอดส์จังหวัดอำนาจเจริญ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของคณะผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเอดส์ประจำโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดอำนาจเจริญ ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม 2549 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 98 คน โดยใช้แบบสอบถามและทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย PHA Card PHA Register Patient book เป็นเครื่องมือในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเอดส์ เห็นความสำคัญของการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ให้ความร่วมมือเสนอแนะประเด็นที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบทะเบียน และใช้ทะเบียนกับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล ทำให้สามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยได้ครบถ้วน สะดวกต่อการวางแผนให้การดูแลรักษา และตรวจ CD4 และ Viral load ได้อย่างเป็นระบบคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ครบถ้วนตามเวลาที่เหมาะสม และทราบข้อมูลสถานการณ์โรคในพื้นที่ได้เป็นปัจจุบัน การมีข้อมูลที่เป็นระบบ มีระบบรายงานและการประเมินผลการดำเนินงาน ทำให้โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์วางแผนจัดระบบบริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์จึงมีความสำคัญ เห็นควรขยายพื้นที่ดำเนินการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอื่นต่อไป

Abstract

This study was designed for action research. The objective was to implement a PHA Registry in one pilot province, Amnatcharoen, in the Northeastern region of Thailand. It was conducted during May - December 2006 with the collaboration of researchers and health care providers working in PHA clinic, from hospitals in Amnat Charoen province. The study showed the PHA Registry systems, PHA Card, PHA Register and Patient book were very important in PHA care system. The PHA Registry system could be used as a comprehensive data source both for the update of the situation and the follow up of PHAs, for the detection for CD4 and Viral load and was very useful for treatment plans, screening for opportunity infections in PHAs. Many processes from PHA registry system could be used to verify data report and and improvement of clinical services in study areas. Nevertheless, a comprehensive reporting system needs to be established in order to have better data set and expand this project to cover other 7 provinces.

ประเด็นสำคัญ-

ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์
จังหวัดอำนาจเจริญ-

Keywords

HIV/AIDS Registry,
Amnatcharoen Province

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา ข้อมูลปัจจุบัน ณ 1 ธันวาคม 2547 ตามรายงาน 506/1 มีรายงาน ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 348,605 ราย เสียชีวิตแล้ว 84,170 ราย⁽¹⁾ ในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี (จังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร กาฬสินธุ์ สกลนคร มุกดาหาร และนครพนม) พบรายงานจำนวน 20,207 ราย เสียชีวิตแล้ว 3,523 ราย⁽²⁾ การติดต่อที่สำคัญคือ ทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 84.1 จังหวัดอำนาจเจริญเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จากข้อมูลสรุปการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2548 สำนักงานสาธารณสุขอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยสะสม 1,306 ราย เสียชีวิตแล้ว 156 ราย โดยมีประชากรทั้งจังหวัด ประมาณ 300,000 คน

การให้บริการผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมทั่วถึง ตามมาตรฐานโดยทั่วไปจะขึ้นกับช่วงเวลาของผู้รับบริการที่มาโรงพยาบาล และความเห็นของแพทย์ว่าเหมาะสม ในการตรวจคัดกรองสุขภาพและคัดกรองระดับภูมิคุ้มกัน ยังไม่มีทะเบียนในการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการอยู่ในมาตรฐาน เว้นแต่ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับ CD4 < 200 หรือ 250 cell/cu.mm. ที่มีข้อบ่งชี้ต้องรับประทานยาต้านไวรัส⁽³⁾ ผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียน (ตามโครงการ NAPHA) และได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานตามกรอบเวลาที่เหมาะสม จากข้อมูลข้างต้น จึงอาจทำให้การให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยบางรายได้รับยาต้านไวรัสช้า หรือไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ทำการศึกษาการพัฒนาระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ กำกับและติดตามการให้บริการแก่ผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบรายงานประเมินผล โดยศึกษานำร่องในจังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อพัฒนาระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อเอดส์จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของคณะผู้วิจัยกับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดอำนาจเจริญร่วมกัน พัฒนาระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม 2549 โดยมีประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านการรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานอนามัย จำนวน 98 คน โดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็น และความต้องการเกี่ยวกับระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ แบบสำรวจระบบข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล และทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจความคิดเห็นและความต้องการเกี่ยวกับทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์
2. ลงพื้นที่สำรวจระบบข้อมูล ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ (Situation Analysis) ในโรงพยาบาล 7 แห่ง ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2549
3. พัฒนาระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และแบบรายงาน
4. ประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และระบบรายงานที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น
5. จัดอบรมการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจระบบในการใช้ทะเบียนและระบบการส่งต่อข้อมูล
6. ใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล
7. ประเมินผลการใช้ทะเบียน โดยการประเมินผลแบ่งเป็นสองระยะ ในระยะแรกคือประเมิน เมื่อ

สิ้นสุดโครงการ เดือนธันวาคม 2549 และระยะที่
สองหลังจากใช้ทะเบียนแล้ว 6 เดือน

ผลการศึกษา

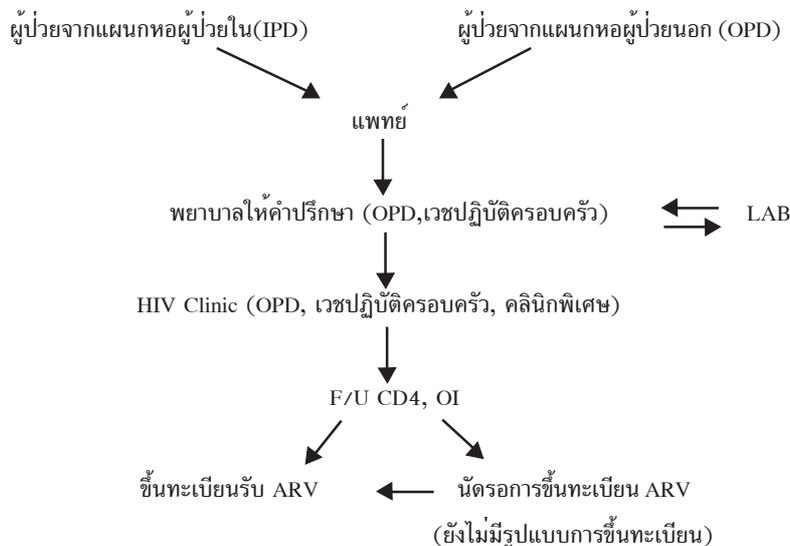
1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
เจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจัดทำทะเบียนผู้ติดเชื้อ
ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ ทั้งหมด 98 คน ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง 57 คน ร้อยละ 58.16 ตำแหน่งพยาบาล
วิชาชีพ 33 คน ร้อยละ 33.67 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข
ชุมชน 30 คน ร้อยละ 30.61 และนักวิชาการสาธารณสุข
19 คน ร้อยละ 19.38 รับผิดชอบเกี่ยวกับงานโรคเอดส์
มา 3-5 ปี จำนวน 47 คน ร้อยละ 47.96 และโรงพยาบาล
ที่เข้าร่วม 7 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง
โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง

2. ระบบข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ใน
โรงพยาบาลจากการศึกษาระบบข้อมูลเอดส์ใน
โรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีเจ้าหน้าที่
รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมเอดส์ แผนกที่
เกี่ยวข้องกับข้อมูลเอดส์ ได้แก่แผนกผู้ป่วยนอก แผนก
ชั้นสูตร แผนกหอผู้ป่วยในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
หรือเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน แผนกให้คำปรึกษา
และแผนกรักษาด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการ
ในโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลทุกแห่ง มีคณะกรรมการ

ด้านการรักษาผู้ป่วยเอดส์มีการประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง
ต่อปี ด้านระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์
พบว่าแผนกผู้ป่วยนอกมีการบันทึกรูปแบบ OPD Card
Program Computer ทะเบียน ให้คำปรึกษา แผนกชั้นสูตร
มีการบันทึกรูปแบบ Program Computer ทะเบียนชั้นสูตร
แผนกเวชกรรมสังคม หรือแผนกเวชปฏิบัติครอบครัว
และชุมชนมีการบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมการรักษา
ด้วยยาต้านไวรัส ทะเบียนให้คำปรึกษา สรุปลักษณะการ
โรคของอำเภอ พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีคลินิก
เฉพาะที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา
ด้วยยาต้านไวรัส และส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.71 ของ
โรงพยาบาลทั้งหมด แผนกเวชปฏิบัติ ครอบครัวและ
ชุมชน รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดระบบดูแลรักษา
พยาบาล และวางแผนนัดติดตามผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน
รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วจะมีการขึ้นทะเบียน
แผนการรักษาพยาบาล มีระบบติดตามนัดทุกโรงพยาบาล
ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับการ
รักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่าเพียงร้อยละ 28.57 ของ
โรงพยาบาลที่มีระบบทะเบียนโดยที่โรงพยาบาลจัดทำ
ขึ้นเอง เช่น ตารางการตรวจ CD4 ตารางนัดผู้ป่วย โดย
ระบบข้อมูลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ดังแผนภูมิ 1

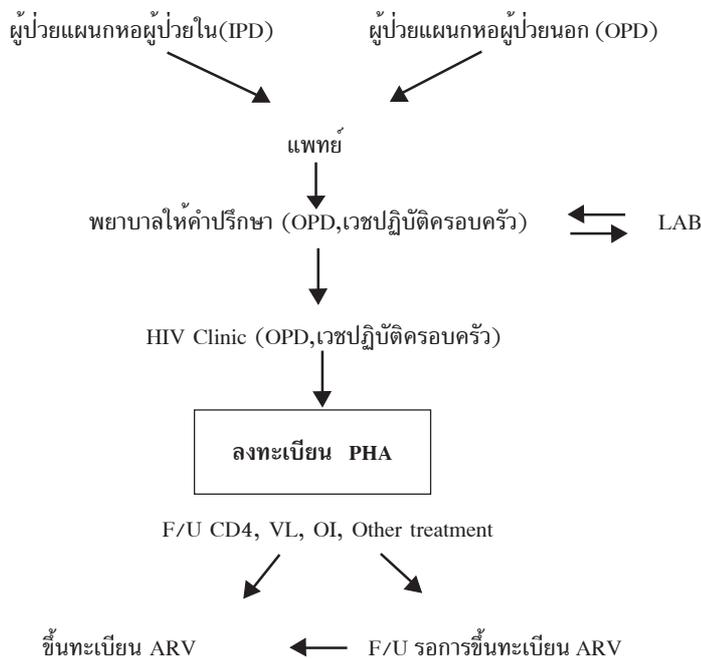
แผนภูมิ 1 แนวทางระบบข้อมูลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ของโรงพยาบาลในจังหวัดอำนาจเจริญ-



3. การพัฒนาทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาในพื้นที่มาประกอบในการพิจารณาพัฒนาทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์เพื่อรองรับการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการให้บริการผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และระบบรายงานของโรงพยาบาล และได้พัฒนาระบบทะเบียนได้แก่ PHA Card PHA

Register สมุดประจำตัวผู้ป่วย ระบบรายงานรอบ 3 เดือน โดยระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์จะใช้ได้ผลดีต้องมีระบบข้อมูลผู้ป่วยจุดเดียว มีแผนกที่รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบข้อมูลผู้ป่วย และมีระบบตรวจสอบความครบถ้วนของการขึ้นทะเบียน การจัดรูปแบบการไหลเวียนข้อมูลดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิ 2 แนวทางการจัดระบบบริการรองรับการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์



4. ผลการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอำนาจเจริญ โดยก่อนการใช้ทะเบียนผู้วิจัยได้มีการอบรมการใช้ทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบผลิตทะเบียนให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วย หลังจากการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์แล้ว นักวิจัยติดตามการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์โดยการนิเทศงานทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี เพื่อประเมินผลการใช้ทะเบียนตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดแนวทางร่วมกันกับผู้ปฏิบัติ และนำข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริงไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นต่อไป โดยแบบรายงานจะ

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ Case finding รอบ 1-3 เดือน และ Cohort Analysis รอบ 6-9 เดือนที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากใช้ทะเบียน พบว่าระบบทะเบียนช่วยผู้ปฏิบัติงานให้มีข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น ทราบสถานการณ์โรค วางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยง่ายขึ้น มีรูปแบบทะเบียนเป็นแนวทางเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบเกี่ยวกับระบบข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ก่อน และหลังการดำเนินงานดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบทะเบียนและข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการใช้ทะเบียน

ก่อนการใช้ทะเบียน	ก่อนการใช้ทะเบียน
การบันทึกข้อมูล -PHA ที่รับยาต้านไวรัสมีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีตารางนัดหมายที่มีมาตรฐาน - PHA ที่ยังไม่รับยาต้านไวรัส ไม่มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไม่มีระบบการขึ้นทะเบียน ใช้บัตรผู้ป่วยนอกในการเก็บข้อมูล หรือใช้สมุดตีเส้นเพื่อบันทึกเอง ยังไม่มีการนัดที่เป็นระบบ	การบันทึกข้อมูล -PHA ที่รับยาต้านไวรัสมีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีตารางนัดหมายที่มีมาตรฐาน - PHA ที่ยังไม่รับยาต้านไวรัส ไม่มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไม่มีระบบการขึ้นทะเบียน ใช้บัตรผู้ป่วยนอกในการเก็บข้อมูล หรือใช้สมุดตีเส้นเพื่อบันทึกเอง ยังไม่มีการนัดที่เป็นระบบ
รูปแบบทะเบียนที่ใช้ -ใช้ OPD Card -ใช้ทะเบียน NAPHA -ใช้สมุดในการตีเส้นสร้างตารางนัดหมายเอง	รูปแบบทะเบียนที่ใช้ -ใช้ OPD Card -ใช้ทะเบียน NAPHA -ใช้สมุดในการตีเส้นสร้างตารางนัดหมายเอง
ข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ -จำนวนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ (PHA) 1,211 ราย - ได้รับยาต้านไวรัส (ARV) 409 ราย (ร้อยละ 33.77) - ยังไม่รับยาต้านไวรัส 802 ราย (ร้อยละ 66.02)	ข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ -จำนวนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ (PHA) 1,211 ราย - ได้รับยาต้านไวรัส (ARV) 409 ราย (ร้อยละ 33.77) - ยังไม่รับยาต้านไวรัส 802 ราย (ร้อยละ 66.02)

จากตารางพบว่าก่อนการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ จะพบว่าการบันทึกข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ระบบการติดตามนัดผู้ป่วยเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพที่จำเป็นยังไม่มีความเป็นแนวทางเดียวกัน โรงพยาบาลมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบทะเบียนเอง แต่มีรูปแบบหลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีระบบรายงานการใช้ทะเบียนจะมีเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส

หลังจากการใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดถูกนำมาขึ้นทะเบียน มี PHA Card ใช้แทนบัตรผู้ป่วยนอกและ PHA Register ในการขึ้นทะเบียนเพื่อการติดตามประเมินผล มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยมีการนัดผู้ป่วยอย่างเป็นระบบทะเบียนที่ใช้เป็นรูปแบบเดียวกัน ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นสามารถบอกสถานการณ์โรคปัจจุบันของพื้นที่

ด้านข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าก่อนการใช้ทะเบียน พบรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์จำนวน 1,211 ราย ได้รับยาต้านไวรัส (ARV)

409 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.77 และหลังจากมีการใช้ทะเบียน พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดจำนวน 613 ราย ได้รับยาต้านไวรัส 421 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.67 ยังไม่รับยาต้านไวรัสจำนวน 192 ราย ร้อยละ 31.33 ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดอำนาจเจริญปัจจุบัน 142 ราย อพยพไปทำงานต่างจังหวัดจำนวน 50 ราย ซึ่งพบว่า หลังจากใช้ทะเบียนจะทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในปัจจุบันมีระบบการติดตามนัดผู้ป่วยเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพที่เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกัน มีระบบทะเบียนเป็นแนวทางเดียวกัน มีระบบรายงานเป็นเครื่องชี้วัดผลการดำเนินงานเพื่อกระตุ้นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์สะดวกต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างอื่น หรือบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผลการดำเนินงานระยะที่ 2 หลังจากใช้ทะเบียน 6 เดือน โดยในการติดตามประเมินผลในระยะที่สองนักวิจัยจะติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนที่ขึ้นทะเบียนในระยะแรกไปอีก 6 เดือน ทั้งนี้เพื่อประเมินมาตรฐานที่เกี่ยวกับการได้รับบริการด้านสุขภาพ โดยผลการดำเนินงานเป็นดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการให้บริการผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน รอบตุลาคม 2549-ธันวาคม 2549 (N = 613)

เป้าหมาย	N	PHAก่อนรับยาต้านไวรัส จำนวน (ร้อยละ)	PHAรับยาต้านไวรัส จำนวน (ร้อยละ)
PHA ได้รับการขึ้นทะเบียน	613(100)	421 (68.67)	192 (31.33)
PHA ได้รับการคัดกรอง CD4 >80%	403(65.74)	300(71.26)	103 (53.64)
PHA ได้รับการคัดกรองหาวัณโรค >90%	613(100)	421 (100)	192 (100)
PHA CD4 < 200	146	121	25
PHA CD4 < 200 ได้รับยา Cotrimoxazole >80%	138(94.52)	115(95.04)	23(92.00)
PHA CD4 < 100	59	48	11
PHA CD4 < 100 ได้รับยา Fluconazole >80%	46(77.96)	37(77.08)	9(81.82)

จากตารางจะพบว่าผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ขึ้นทะเบียนในรอบตุลาคม 2549-ธันวาคม 2549 613 ราย ได้รับการคัดกรองระดับ CD4 ร้อยละ 65.74 คัดกรองหาวัณโรค ร้อยละ 100 กลุ่มที่ระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cell.cu.mm. ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส Cotrimoxazole ร้อยละ 94.52 และระดับ CD4 น้อยกว่า 100 cell.cu.mm. ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส Fluconazole ร้อยละ 77.96 ซึ่งพบว่าการเข้าถึงการตรวจหาระดับ CD4 และการได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส Fluconazole ยังต่ำกว่าระดับตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ซึ่งผลจากการดำเนินงานนี้จะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงผลการปฏิบัติงานเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานและตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นจะเป็นข้อมูลสำคัญให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพัฒนาระบบบริการต่อไป

จากการประเมินความพึงพอใจในการใช้ทะเบียน โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ 15 คน ที่ใช้ทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ใน 7 โรงพยาบาลในจังหวัดอำนาจเจริญพบว่า ร้อยละ 86.66 เห็นว่าระบบทะเบียน PHA Register ช่วยให้การดำเนินงานง่ายขึ้น ช่วยในการวางแผนการรักษา การนัดตรวจ CD4 การคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมีรูปแบบทะเบียนเป็นแนวทางเดียวกัน

วิจารณ์

ระบบข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบข้อมูล

ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์และมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเฉพาะแผนกที่รับผิดชอบได้แก่แผนกผู้ป่วยนอกหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีคณะกรรมการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับยาต้านไวรัส จะถูกขึ้นทะเบียนอย่างเป็นระบบและรับยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสยังไม่มีระบบการขึ้นทะเบียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่างานด้านการรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการยาต้านไวรัส และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงมีระบบทะเบียนผู้ป่วยรองรับเฉพาะผู้ที่มีข้อบ่งชี้และขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัส ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ต้องใช้เจ้าหน้าที่จากสหวิชาชีพของที่มีสุขภาพในสถานพยาบาล จึงส่งผลให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีคณะกรรมการ มีผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล ส่วนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยที่ยังไม่รับยาต้านไวรัสเอดส์จะไม่ถูกนำมาขึ้นทะเบียน ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลมีระบบข้อมูลผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ครบถ้วน การวางแผนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยเหล่านี้ จึงอาจไม่เป็นไปตามมาตรฐานได้ จึงควรมีระบบการขึ้นทะเบียนรองรับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะมีระบบข้อมูลที่สมบูรณ์ สะดวกต่อการวางแผนให้การรักษาพยาบาล และสงเคราะห์ผู้ป่วยระบบทะเบียนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นได้แก่ PHA Card PHA Register Patient book PHA Card จะเป็นไบบันทึกระยะชีวิตของผู้ติดเชื้อ

ผู้ป่วยเอ็ดส์ให้ครอบคลุมมากที่สุด ตั้งแต่ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติเกี่ยวกับการตรวจเลือดและสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งประวัติการได้รับยาต้านไวรัสในอดีต ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และสามารถลงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาในปัจจุบัน และการวางแผนการรักษาต่อไป ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการวันนัดซึ่งในอดีตไม่มีการขึ้นทะเบียนเกี่ยวกับข้อมูลเหล่านี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส การศึกษาครั้งนี้เพื่อลดช่องว่าง โดยให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ทุกคนที่ทราบผลเลือด สามารถถูกนำมาขึ้นทะเบียนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น PHA Card จะสามารถใช้ได้กับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ทั้งหมด ตั้งแต่ผู้ป่วยทราบผลเลือดจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายหรือเสียชีวิต ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างครบถ้วน มีรูปแบบการขึ้นทะเบียนเป็นแนวทางเดียวกัน ทราบข้อมูลผู้ป่วยจริงในพื้นที่ง่ายต่อการนำข้อมูลบันทึกในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์เช่น AIDS OI⁽⁴⁾ โปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วยเอ็ดส์ Disease Management Information System (DMIS for HIV/AIDS)⁽⁵⁾ และโปรแกรม NAPHA

PHA Register จะเป็นสมุดทะเบียน นำข้อมูลที่เป็นบางส่วนของผู้รับบริการมาบันทึก เช่น ข้อมูลการรักษา การตรวจ CD4 Viral load การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในระยะเวลาต่างๆ กัน และวันนัด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการจัดทำรายงานรายไตรมาส การติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่สำคัญของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง เช่น ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง CD4 ทุก 6 เดือน ร้อยละ การคัดกรองวัณโรค ร้อยละของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ผล CD4 น้อยกว่า 100 และ 200 cell/cu.mm ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส⁽⁶⁾ ทั้งนี้การจัดทำระบบรายงาน และการประเมินผลตามตัวชี้วัดจะเป็นรูปแบบใหม่ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ จะมีประโยชน์กับผู้ป่วยและ

สถานพยาบาล กล่าวคือ สถานพยาบาลจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของตนเอง สามารถนำข้อมูลต่างๆ ที่ยังเป็นจุดอ่อนมาพัฒนางานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการต่อไป

การศึกษาพบว่า การใช้ทะเบียนทำให้ทราบข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าระบบการขึ้นทะเบียนกับผู้ป่วยที่ทราบผลการตรวจเลือดทุกราย เจ้าหน้าที่สามารถทราบสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันและจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส และจำนวนที่รับยาต้านไวรัสแล้ว ก่อนที่จะมีการใช้ทะเบียน เดิมการใช้ข้อมูลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ส่วนหนึ่งจะได้จากจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัส และข้อมูลอีกส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสจะได้จากทะเบียนแต่ละโรงพยาบาลพยายามจะพัฒนาขึ้นเองซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ และไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล หรือได้จากสถานการณ์โรคที่รายงานในฐานะข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ถ้าสถานพยาบาลไม่ได้จัดทำระบบการขึ้นทะเบียนจะไม่ทราบจำนวนผู้ป่วยแน่นอน การวางแผนการรักษาและการนัดผู้ป่วยอาจจะไม่ครอบคลุม และอาจล่าช้าในบางกรณี เช่น มักจะพบเสมอว่ามีรายงานผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ที่คัดกรองจากคลินิกมีผลตรวจ CD4 น้อยกว่า 250 cell/cu.mm. มากกว่า ร้อยละ 80⁽⁷⁾ และบางรายก็ต่ำมาก อยู่ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ขณะรับการรักษาวัณโรคได้เพียง 1-2 เดือน ซึ่งยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส การนำผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียนทั้งหมด จะทำให้เจ้าหน้าที่สะดวกในการวางแผนการรักษา เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของผู้ป่วย ตลอดจนการนำข้อมูลที่ไปใช้ประโยชน์อย่างอื่น เช่น งานป้องกันโรค งานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

การใช้ทะเบียนให้เกิดประสิทธิภาพ สถานพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยควรจัดระบบบริการผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ให้ผ่านจุดเดียวโดย มีเจ้าภาพในการรับผิดชอบการขึ้นทะเบียนการจัดระบบบริการ การวางแผนการรักษา การติดตามนัด รวมทั้งการจัดทำรายงานและประเมินผล

การจัดทำระบบรายงาน การนิเทศติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาตัวชี้วัดในการดำเนินงานที่ระดับผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมวางแผนด้วยจะเป็นเครื่องมือวัดผลการดำเนินงานในรอบที่ผ่านมา และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ศึกษามีสำคัญในการพัฒนางาน เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลงได้อาจเป็นเพราะว่า คณะผู้วิจัยมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งตั้งแต่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และผู้บริหารทุกระดับสนับสนุนแนวคิดการศึกษา เห็นว่าจะเกิดประโยชน์กับประชาชน ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ช่วยเสนอแนะนำประสบการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติจริง แลกเปลี่ยนให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบทะเบียน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ผลสมผสานกับงานวันโรคทุก 3 เดือน เพื่อเป็นการติดตามและให้ข้อเสนอแนะพื้นที่
2. ควรขยายการใช้ทะเบียนใช้ทั้งเขต (8 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร สกลนคร มุกดาหาร นครพนม และกาฬสินธุ์) เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของระบบทะเบียนข้อมูล และคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษา นายแพทย์สมศักดิ์ อรรถศิลป์

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นางสาววันเพ็ญ วัฒนอมรเกียรติ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดอำนาจเจริญ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ ปี 2547. กรุงเทพฯ: 2547.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี. สถานการณ์โรคเอดส์ ปี 2547. อุบลราชธานี: 2547, เอกสารอัดสำเนา.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. กรุงเทพฯ : 2547.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้โปรแกรม AIDS OI. กรุงเทพฯ : 2548.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (DMIS for HIV/AIDS). กรุงเทพฯ : 2550,
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติงานโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: 2549.
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี. สรุปผลการดำเนินงาน TB/HIV ปี 2549. อุบลราชธานี: 2549

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนไทย

ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

Knowledge, Attitude and Practice of Thai People in

Prevention and Control of Rabies

อภิรมย์ พวงหัตถ์* วทบ. สพ.บ. สม.

Apirom Puanghat* B.Sc., DVM., MPH.

รัชณี วีระวิทย์เลิศ* สสب. (บริหารสาธารณสุข)

Rachanee Theerawithhayaleri* B.N., B.Sc.

นลินภัทร์ ธนาเจริญรัตน์** วทม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Nalinpat Thanacharoenrat** M.Sc.

*สำนักโรคติดต่อทั่วไป

*Bureau of General Communicable Disease

**ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ** Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บข้อมูลจากประชาชนโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และคน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) รวม 24 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี อ่างทอง สระแก้ว ชลบุรี นครปฐม เพชรบุรี สุรินทร์ ชัยภูมิ หนองคาย ร้อยเอ็ด มุกดาหาร สกลนคร นครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลก ตาก เชียงใหม่ พะเยา นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี สงขลา และพัทลุง จำนวน 5,398 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ และโคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่าครัวเรือนส่วนใหญ่มีการเลี้ยงสุนัขหรือแมว และเลี้ยงสุนัขมากกว่าแมว ส่วนใหญ่เป็นสุนัขที่ขอมมาเลี้ยงและเก็บมาเลี้ยง เพื่อไว้เฝ้าบ้านและเลี้ยงไว้เป็นเพื่อน โดยคนภาคกลางเก็บมาเลี้ยงและเลี้ยงไว้เป็นเพื่อนสูงกว่าภาคอื่น ส่วนใหญ่เลี้ยงแบบปล่อยเป็นอิสระเข้าออกนอกบ้านได้ ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 11.9 ของครัวเรือน มีสมาชิกถูกสัตว์กัด/ข่วน (ส่วนใหญ่เป็นสุนัข) ซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.1 ถูกกัด/ข่วนโดยสัตว์มีเจ้าของ ทั้งของตนเองและของผู้อื่น คนที่ถูกสุนัขกัดไปพบแพทย์ ร้อยละ 75 สำหรับคนที่ไม่ไปพบแพทย์ เพราะคิดว่าแผลเล็กน้อย ไม่น่าติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า และสุนัขที่กัด เช่น ลูกสุนัขไม่น่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า สาเหตุที่เจ้าของสุนัขไม่ได้พาสุนัขไปฉีดวัคซีน เนื่องจากไม่มีหน่วยงานมาให้บริการสัตว์เลี้ยงน้อยกว่า 2 เดือน และจับสัตว์ไม่ได้ นอกจากนี้ พบว่าประชาชนมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสังเกตอาการสุนัขที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้า การรักษาคนที่เป็โรคพิษสุนัขบ้า การปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด และไม่รู้ว่ามีกฎหมายบังคับให้เจ้าของนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ประชาชนที่มีอายุ 76-90 ปี เมื่อถูกสัตว์กัดแล้วไปพบแพทย์น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 25 ประชาชนที่อยู่ในภาคกลาง เมื่อถูกสัตว์กัดแล้วไปพบแพทย์น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น จากผลการศึกษา ควรให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับความรุนแรงโรคพิษสุนัขบ้า คนหรือสัตว์ที่มีอาการของโรคแล้วเสียชีวิตทุกราย การป้องกันโรคโดยสุนัขทุกตัวต้องได้รับการฉีดวัคซีน หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่นำมาทำให้สุนัขกัด กรณีสุนัขขุด ผู้ดูแลต้องใส่ตะกร้อปากและใช้สายจูงสุนัขเมื่อต้องพาออกนอกบ้าน คนที่ถูกสุนัขกัดต้องล้างแผลให้สะอาดด้วยน้ำ และสบู่ แล้วไปพบแพทย์ทุกราย ส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงานที่รับผิดชอบบรรณรงค์ให้นำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีน และให้บริการฉีดวัคซีนกับสุนัขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย

Abstract

This study was a KAP survey. Data were collected by interviewing heads or members of households over 15 years old about prevention and control of rabies in animals and humans. Multistage sampling identified 5,398 interviewers in 24 provinces; Pathum Thani, Ayutthaya, Sara buri, Ang Thong, Sa Kaeo, Chon Buri, Nakhon Pathom, Phetchaburi, Surin, Chaiyaphum, Nong Khai, Roi Et, Mukdahan, Sakon Nakhon, Nakhon Sawan, Phichit, Phitsanulok, Tak, Chiang Mai, Phayao, Nakhon Si Thammarat, Surat Thani, Songkhla, and Phatthalung. Interview data were analyzed, expressed in percentage and tested by Chi-square. The study showed that most households kept dogs or cats, and keeping more dogs than cats. Majority of the households kept dogs for house guarding and as pets. Dogs were kept as pets more in the central region than in other regions. Dogs were mostly left free inside or outside the houses. 11.9% of the households reported a member bitten by a dog or cat in the past one year. Most of these were bitten by dogs and 75% of the victims saw the doctor after the bite. Most of the bites were made by own dogs. For people did not see the doctor after dog bites because they thought that small bites or the bites of baby dogs had low risk of rabies. The reasons for lack of vaccination in dogs and cats included lack of vaccination services, the animals were young (under 2 months), and the animals could not be caught for vaccination. In addition, the people were found to have incorrect knowledge about rabies signs in suspected animals, types of animals that may carry rabies, treatment of rabies patients, management of rabies-risk bites, and existence of the laws that mandate vaccination of owned dogs. Only 25% of people aged 76-90 years old were bitten by animals saw the doctor for treatment. Medical treatment seeking rate was lowest in the central region. The outcome of this study suggested improvement of rabies risk communication with emphases on disease severity, dog vaccination, avoidance of dog bites and proper management of animal bites. Vaccination service for animals should be strengthened.

ประเด็นสำคัญ-

ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ

การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ประชาชนไทย

Keywords

Knowledge, Attitude and Practice,

Prevention and Control of Rabies, Thai People

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมนุษยชาติทั่วโลก โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าไม่ต่ำกว่า 55,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในทวีปแอฟริกา อเมริกาใต้ และเอเชีย โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับในประเทศไทยจากสถิติจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าย้อนหลัง ปี พ.ศ.2544-2551⁽¹⁾ มีรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 181 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในภาคกลาง 91 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 41 ราย

ภาคใต้ 37 ราย และภาคเหนือ 12 ราย โดยภาพรวมภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด ส่วนภาคกลาง และภาคใต้ ลดลงไม่มากนัก สถานการณ์ดังกล่าวแสดงว่าโรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาก คนหรือสัตว์ที่มีอาการของโรคแล้วต้องตายทุกราย สุนัขยังเป็นสัตว์ที่เป็นสาเหตุหลักในการนำโรคพิษสุนัขบ้ามาสู่คนและสัตว์ชนิดอื่น อัตราการได้รับวัคซีนในสุนัขอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเป้าหมายการควบคุมโรค จำนวนผู้เลี้ยงสุนัขมีมากขึ้นและยังมีสุนัขจรจัดจำนวนมาก ทำให้ยากแก่

การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เพราะไม่สามารถจับฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้มากเพียงพอ แต่ยังมีสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากระจายอยู่ทั่วประเทศ และมีผู้ถูกสุนัขกัดปีละจำนวนมาก จากข้อมูลผู้ถูกสุนัขกัดที่มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการสำรวจคนที่ถูกสุนัขกัดแล้วไปพบแพทย์และได้รับการฉีดวัคซีน ประมาณร้อยละ 30 ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าวัคซีน ค่ายา ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาในการประกอบอาชีพ เป็นเงินสูงถึง 1,000 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾ ประชาชนแต่ละพื้นที่ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า บางรายถูกสุนัขหรือแมวที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดแล้วไม่ได้รับการล้างบาดแผล และไม่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างถูกต้อง จากรายงานการสอบสวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า⁽³⁾ พบว่าถูกสุนัขขอยอายุ 1-3 เดือนกัดแล้วไม่ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกัน เนื่องจากไม่คิดว่าลูกสุนัขจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ เช่นเดียวกับที่มีคนเข้าใจผิดคิดว่าโรคนี้เป็นเฉพาะฤดูร้อนเท่านั้น จึงไม่สนใจที่จะไปพบแพทย์เพื่อขอรับการฉีดวัคซีนเมื่อถูกสุนัขกัด ทำให้ยังมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้อย่างต่อเนื่องตลอดมา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บข้อมูลจากประชาชน โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สัมภาษณ์ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และคน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยเลือกพื้นที่ตามเซตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 เขต เพื่อเป็นตัวแทนของประเทศในแต่ละเขตเลือก 2 จังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า หรือหัวสัตว์ได้ผลบวก โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random

Sampling) ทั้งหมด 24 จังหวัด แต่ละจังหวัดสุ่มเลือกอำเภอ จังหวัดละ 5 อำเภอ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย รวมทั้ง 120 อำเภอ ในแต่ละอำเภอสุ่มเลือกตำบล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย รวมทั้ง 120 ตำบล ในแต่ละตำบลสุ่มเลือกหมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย รวมทั้ง 240 หมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านสุ่มตัวอย่างมา ร้อยละ 10 ของจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมดหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 24 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี อ่างทอง สระแก้ว ชลบุรี นครปฐม เพชรบุรี สุรินทร์ ชัยภูมิ หนองคาย ร้อยเอ็ด มุกดาหาร สกลนคร นครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลก ตาก เชียงใหม่ พะเยา นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี สงขลา และพัทลุง จำนวน 5,398 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือหาความตรง ความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำมาใช้จริง ผู้เก็บข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักจุฬารัตน์สัตวและสุขอนามัย 1-9 ที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี เขตละ 2 คน ประกอบด้วยหัวหน้าทีมและผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเพศชายเล็กน้อย กลุ่มอายุ 46-60 ปี มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-45 ปี ผู้ตอบมีสถานภาพเป็นสมาชิกในครอบครัวมากกว่าเป็นหัวหน้าครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 44.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 57.5 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 49.5 การเลี้ยงสุนัข / แมวของครัวเรือน / การฉีดวัคซีน

ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนการเลี้ยงสุนัขหรือแมวในครัวเรือนในแต่ละภาค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ครัวเรือนในทุกภาคเลี้ยงสุนัขมากกว่าแมว

ในภาคเหนือเลี้ยงสุนัขมากกว่าภาคอื่น ภาคใต้เลี้ยงแมว มีจำนวนน้อยกว่าคว่ำเรือนที่เลี้ยงสุนัขหรือแมวในมากกว่าภาคอื่น คว่ำเรือนที่ไม่ได้เลี้ยงสุนัขหรือแมว ทุกภาค(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเลี้ยงสุนัขหรือแมว แสดงเป็นร้อยละของคว่ำเรือนที่เลี้ยง จำแนกตามรายภาค

การเลี้ยงสุนัขหรือแมว	ภาคกลาง n=1,564	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ n=1,298	ภาคเหนือ n=1,271	ภาคใต้ n=1,265	รวม n=5,398	p-value
1. ไม่ได้เลี้ยงสุนัข/แมว	36.7	42.4	24.9	30.6	33.8	0.001
2. เลี้ยงเฉพาะสุนัข	46.4	48.8	54.8	42.1	47.9	0.001
3. เลี้ยงเฉพาะแมว	5.8	3.3	8.7	11.4	7.2	0.001
4. เลี้ยงทั้งสุนัขและแมว	11.2	5.5	11.7	16.0	11.1	0.001

เมื่อพิจารณาแหล่งที่มาของสุนัขหรือแมว จุดประสงค์ที่นำสุนัขหรือแมวมาเลี้ยง ลักษณะการเลี้ยงสุนัขหรือแมว พบว่า ในแต่ละภาคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในทุกภาคมีแหล่งที่มาของสุนัขหรือแมวคล้ายกันคือ ขอมาเลี้ยง รองลงมาเก็บ

มาเลี้ยง เกิดจากแม่สุนัขหรือแมวในบ้าน และซื้อมาเลี้ยง ส่วนใหญ่เลี้ยงไว้เฝ้าบ้าน รองลงมาเลี้ยงไว้เป็นเพื่อน มีบางคว่ำเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลี้ยงเพื่อการค้ามากกว่าภาคอื่นๆ พบว่าทุกภาคส่วนใหญ่เลี้ยงแบบปล่อยเป็นอิสระเข้า-ออกนอกบ้านได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แหล่งที่มา จุดประสงค์ และลักษณะการเลี้ยงสุนัขหรือแมว แสดงเป็นร้อยละของคว่ำเรือนที่เลี้ยงจำแนกตามรายภาค

สุนัขหรือแมวที่เลี้ยง	ภาคกลาง (n=990)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=748)	ภาคเหนือ (n=955)	ภาคใต้ (n=878)	รวม (n=3,571)	p-value
แหล่งที่มาของสุนัขหรือแมว						
1. ซื้อ	11.1	9.0	10.7	9.5	10.1	0.402
2. ขอมาเลี้ยง	56.8	81.8	70.1	62.4	67.0	0.001
3. เก็บมาเลี้ยง	35.2	11.0	21.5	27.9	24.6	0.001
4. เกิดจากแม่สุนัข/แมวในบ้าน	17.0	13.2	15.1	18.1	16.0	0.037
5. อื่น ๆ	8.4	7.9	4.8	9.7	7.6	0.001
จุดประสงค์ที่นำสุนัขหรือแมวมาเลี้ยง						
1. เลี้ยงเพื่อการค้า	0.5	2.8	0.5	0.0	0.9	0.001
2. เลี้ยงไว้เป็นเพื่อน	54.0	38.8	48.6	39.6	45.8	0.001
3. เลี้ยงไว้เฝ้าบ้าน	71.7	77.7	83.7	76.2	77.3	0.001
4. เลี้ยงด้วยเหตุผลอื่น ๆ	7.2	6.7	4.8	11.4	7.5	0.001
ลักษณะการเลี้ยงสุนัขหรือแมว						
1. ปล่อยเป็นอิสระเข้า-ออกนอกบ้านได้	73.2	82.1	83.5	69.0	76.8	0.001
2. เลี้ยงเป็นอิสระอยู่ในรั้วบ้าน/ ล่ามโซ่/ ชังกรง	20.1	3.6	13.6	21.2	15.2	0.001
3. ปล่อยเป็นบางเวลา	13.7	13.0	8.5	20.4	13.8	0.001
4. อื่น ๆ	0.4	2.9	0.3	0.2	0.9	0.001

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ในรอบปีที่ผ่านมามีพบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน การไปพบแพทย์หลังถูกสุนัข/แมวกัด เหตุผลที่ไม่ไปพบแพทย์หลังถูกสุนัข/แมวกัดในแต่ละภาค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ร้อยละ 11.9 ของสมาชิกในครอบครัวเคยถูกสัตว์กัดหรือข่วน ภาคใต้มีสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คนที่ถูกสุนัข

หรือแมวกัดส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ ร้อยละ 75 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือไปพบแพทย์ในสัดส่วนที่มากกว่าภาคอื่นๆ ภาคกลางไปพบแพทย์ต่ำสุด สาเหตุที่ไม่ได้ไปพบแพทย์ ส่วนใหญ่คิดว่าแผลเล็กน้อยไม่น่าติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า และคิดว่าสุนัขที่กัดไม่น่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า เช่น ลูกสุนัข (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การถูกสัตว์กัด/ข่วน ในรอบปีที่ผ่านมา แสดงเป็นร้อยละของครัวเรือนที่เกี่ยวข้องจำแนกตามรายภาค

การถูกสัตว์กัด/ข่วน	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้	รวม	p-value
สมาชิกในครอบครัวถูกสัตว์กัด/ข่วน						
1. ไม่เคย	89.1	91.3	90.8	81.1	88.1	0.001
2. เคย	10.9	8.7	9.2	18.9	11.9	0.001
จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ	1,564	1,298	1,271	1,265	5,398	
สมาชิกที่ถูกกัดไปพบแพทย์หลังถูกสุนัข/แมวกัด						
1. ไป	67.8	83.2	68.4	79.5	75.0	0.001
2. ไม่ไป	32.2	16.8	31.6	20.5	25.0	0.001
จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ	171	113	117	239	640	
เหตุผลที่ไม่ไปพบแพทย์หลังถูกสุนัข/แมวกัด						
1. คิดว่าสัตว์ที่กัดไม่น่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า เช่น ลูกสุนัข	36.4	42.1	29.7	20.4	30.6	0.280
2. คิดว่าแผลเล็กน้อยไม่น่าติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า	38.2	36.8	59.5	55.1	48.1	0.005
3. คิดว่าไม่ใช่ดูร้อนไม่น่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า	0.0	5.3	2.7	4.1	2.5	0.499
4. อื่นๆ	25.5	15.8	8.1	20.4	18.8	0.025
จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ	55	19	37	49	160	

ผลการศึกษาก็เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในสุนัขหรือแมว พบว่าสุนัขหรือแมวที่บ้านได้รับการฉีดวัคซีนทุกตัว และสาเหตุที่สุนัขหรือแมวไม่ได้รับการฉีดวัคซีนในแต่ละภาค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ครัวเรือนที่เลี้ยงสุนัขหรือแมวได้รับการฉีดวัคซีนทุกตัว มีอยู่ร้อยละ 73.4 โดยเฉลี่ย โดยภาคใต้มีสัดส่วนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับ ภาคอื่นๆ สาเหตุที่สุนัข/

แมวไม่ได้รับการฉีดวัคซีน ได้แก่ ไม่มีหน่วยงานมาให้บริการ สัตว์เพิ่งเกิด/อายุน้อยกว่า 2 เดือน และจับสัตว์ไม่ได้ (ตารางที่ 4) สุนัขและแมว ส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนโดยอาสาสมัครมาฉีดวัคซีนให้ถึงบ้าน หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ของรัฐ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สุนัข/แมวนั้น ส่วนใหญ่ได้ รับบริการฟรีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ตารางที่ 4 การฉีดวัคซีนในสุนัขหรือแมว แสดงเป็นร้อยละของครัวเรือนที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามรายภาค

การฉีดวัคซีนในสุนัขหรือแมว	ภาคกลาง (n=991)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=748)	ภาคเหนือ (n=955)	ภาคใต้ (n=878)	รวม (n=3,572)	p-value
สุนัข/แมวที่บ้านได้รับการฉีดวัคซีน ทุกตัวสาเหตุที่สุนัข/แมวไม่ได้รับ การฉีดวัคซีน	79.0	71.8	76.4	65.3	73.4	0.001
1. จับไม่ได้	6.6	5.1	6.1	7.1	6.2	0.399
2. ไม่ทราบวัน/เวลา/ สถานที่ฉีดวัคซีน	2.4	2.1	4.3	4.9	3.5	0.002
3. ต้องเสียเงิน/ค่าใช้จ่ายในการฉีด	1.5	1.5	1.0	3.1	1.8	0.007
4. เพิ่งเกิด/อายุน้อยกว่า 2 เดือน	6.0	10.8	5.9	6.3	7.0	0.001
5. ไม่มีหน่วยงานมาให้บริการ	5.7	8.3	9.3	12.3	8.8	0.001
6. ไม่ต้องการฉีด เพราะ....	0.6	0.5	0.8	0.9	0.7	0.763
7. อื่น ๆ	2.8	2.4	3.5	7.3	4.0	0.001

ตารางที่ 5 สัตว์ที่กัด/ข่วนและการปฏิบัติตนหลังถูกกัด แสดงเป็นร้อยละของครัวเรือนที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามรายภาค

สัตว์ที่กัด/ข่วน และการปฏิบัติตนหลัง ถูกกัด	ภาคกลาง (n=171)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=113)	ภาคเหนือ (n=117)	ภาคใต้ (n=239)	รวม (n=640)	p-value
ชนิดของสัตว์ที่กัด/ข่วน						
1. สุนัข	82.5	93.8	86.3	66.5	79.2	0.001
2. แมว	19.9	6.2	13.7	36.0	22.3	0.001
3. สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่น	0.0	0.0	2.6	3.3	1.7	0.027
ประเภทของสัตว์ที่กัด/ข่วน						
1. สัตว์ไม่มีเจ้าของ	17.0	10.6	19.7	20.5	17.7	0.135
2. สัตว์ที่ครอบครัวยุติแล้ว	48.5	38.1	34.2	46.9	43.4	0.039
3. สัตว์ที่คนอื่นเลี้ยงไว้	35.1	48.7	41.9	32.2	37.7	0.017
4. ไม่ทราบว่าใครเป็นเจ้าของหรือไม่	1.8	2.7	7.7	7.5	5.2	0.020
สาเหตุที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน						
- ไม่มีเหตุโน้มนำให้กัด (Non-Provoked)						
1. สัตว์ดุ	19.3	21.2	32.5	13.0	19.7	0.001
2. สัตว์เขามากัดไม่ทันระวัง	22.2	33.6	19.7	34.3	28.3	0.004
- มีเหตุโน้มนำให้กัด (Provoked)						
1. ทำให้อึดอัดใจ	19.9	13.3	21.4	19.2	18.8	0.402
2. ยั่วยุ หยอกล้อทำให้โกรธ	23.4	13.3	17.9	16.3	18.0	0.136
3. ทำให้อึดอัดใจ เช่น เหยียบ ดึงหาง	11.7	6.2	8.5	15.5	11.6	0.050
4. ไปแย่งสุนัขที่กำลังกัดกัน	3.5	1.8	5.1	5.9	4.4	0.314
5. หวงอาหาร	8.8	6.2	3.4	7.5	6.9	0.336
6. หวงลูก	5.8	4.4	8.5	2.9	5.0	0.133
- สาเหตุอื่นๆ	1.8	3.5	0.9	0.8	1.6	0.250
การดูแลบาดแผลหลังถูกสัตว์กัด/ข่วน						
1. ไม่ทำความสะอาดแผล	20.5	16.8	11.1	6.3	12.8	0.001
2. ล้างด้วยน้ำเปล่า	21.6	9.7	29.1	12.1	17.3	0.001
3. ล้างด้วยน้ำและสบู่	46.2	62.8	52.1	79.1	62.5	0.001
4. ใส่ยาฆ่าเชื้อ เช่น เบตาดีน เป็นต้น	28.7	29.2	26.5	25.5	27.2	0.854
5. อื่น ๆ	4.1	1.8	5.1	2.1	3.1	0.307

ชนิดของสัตว์ที่กัดหรือข่วน และการปฏิบัติตน หลังถูกกัด จากการสอบถามครัวเรือนที่เคยมีผู้ถูก สัตว์กัด หรือข่วน พบว่าชนิดของสัตว์ที่กัด/ข่วน ประเภท ของสัตว์ที่กัด/ข่วน สาเหตุที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน และการ ดูแลบาดแผลหลังถูกสัตว์กัด/ข่วนในแต่ละภาค แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สัตว์ที่กัดหรือข่วนเป็น สุนัขมากกว่าแมว และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่น ๆ สัตว์ที่กัดหรือข่วนในภาคกลางและภาคใต้ ส่วนใหญ่ เป็นสัตว์ที่ครอบครัวยังเลี้ยงไว้ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ส่วนใหญ่เป็นสัตว์ที่คนอื่นเลี้ยงไว้ สาเหตุ ที่ถูกสัตว์กัดหรือข่วน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพราะมีเหตุ โน้มนำทำให้สุนัขกัด ได้แก่ ทำให้สัตว์ตกใจ ยั่วยุหรือ

หยอกล้อทำให้โกรธ หรือเหยียบ ดึงหาง ที่ไม่มีเหตุ โน้มนำให้กัด ได้แก่ สัตว์เข้ามากัดไม่ทันระวัง และสัตว์ดู สำหรับการดูแลบาดแผลหลังถูกสัตว์กัด/ข่วน พบว่า ร้อยละ 62.5 ล้างด้วยน้ำและสบู่ รองลงมาใส่ยาฆ่าเชื้อ เช่น เบตาดีน และล้างด้วยน้ำเปล่าตามลำดับ ร้อยละ 12.8 ที่ไม่ทำความสะอาดแผล โดยภาคกลางไม่ทำความสะอาด แผลมีถึงร้อยละ 20.5 (ตารางที่ 5)

การดำเนินการกับสุนัขหรือแมวที่กัดในแต่ละ ภาค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) พบว่า ภาคใต้ เผ่าดูอาการหลังถูกสุนัขหรือแมวกัดมากกว่าภาคอื่น ภาค เหนือแตกต่างจากภาคอื่น ๆ คือ ไม่ได้ดำเนินการอะไรเลย เมื่อสุนัขหรือแมวกัดสูงถึงร้อยละ 58 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 วิธีการดำเนินการกับสุนัขหรือแมวที่กัด แสดงเป็นร้อยละของครัวเรือนที่ดำเนินการ จำแนกตามรายภาค

การดำเนินการกับสุนัขหรือแมวที่กัด	ภาคกลาง (n=171)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=113)	ภาคเหนือ (n=117)	ภาคใต้ (n=239)	รวม (n=640)	p-value
1. เผ่าดูอาการ	49.1	55.8	38.5	58.6	51.9	0.001
2. ฆ่าทิ้ง ไม่ได้สังตรวจ	2.3	2.7	2.6	3.8	3.0	0.107
3. ตัดหัวสังตรวจหลังสุนัขตาย	1.8	1.8	0.9	3.8	2.3	0.009
4. ไม่ได้ทำอะไร	46.8	38.9	58.1	33.9	42.7	0.006
5. อื่นๆ	0.0	0.9	0.0	0.0	0.2	0.368
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของ ประชาชนในแต่ละภาค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) พบว่า ภาคเหนือมีความรู้น้อยกว่าภาคอื่น ๆ (ตอบถูกน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น) ได้แก่ สัตว์ที่ ทำให้เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 25.8 การแพร่เชื้อ โรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 47.9 การปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์ ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด ร้อยละ 33 การรักษา คนที่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 36 การรับการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งแรกของสุนัข ร้อยละ 50.9 และกำหนดการพาสุนัขไปฉีดวัคซีน ร้อยละ 79 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความรู้ถึงวิธีการติดตาม สังเกตดูอาการ เมื่อสุนัขที่สงสัยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า

มากกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 20.1 แต่มีความรู้เรื่อง กฎหมายบังคับให้เจ้าของสัตว์นำสุนัขไปฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 39.1 สำหรับ ภาคใต้ มีความรู้เรื่องการแพร่เชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 74.8 การปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์ที่สงสัยว่าเป็น โรคพิษสุนัขบ้ากัดร้อยละ 56 และกฎหมายบังคับให้ เจ้าของสัตว์ นำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 55.7 และภาคกลาง มีความรู้ ในเรื่องสัตว์ที่ทำให้เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 44.3 การรักษาคนที่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 49.5 กำหนดการพาสุนัขไปฉีดวัคซีนมากกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 82.9 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า แสดงเป็นร้อยละของครัวเรือนที่มีความรู้ จำแนกตามรายภาค

รายการ	ภาคกลาง (n=1,564)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n=1,298)	ภาคเหนือ (n=1,271)	ภาคใต้ (n=1,265)	รวม (n=5,398)	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับสัตว์ที่ทำให้เป็นโรคพิษสุนัขบ้า	44.3	37.4	25.8	40.9	37.5	0.001
2. ความรู้เรื่องการแพร่เชื้อโรคพิษสุนัขบ้า	64.8	58.3	47.9	74.8	61.6	0.001
3. ความรู้เรื่องการปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด	47.9	46.7	33.0	56.0	46.0	0.001
4. ความรู้เรื่องการรักษาคนที่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้า	49.5	47.6	36.0	41.6	44.0	0.001
5. ความรู้เรื่องการรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งแรกของสุนัข	56.8	59.7	50.9	58.3	56.5	0.001
6. ความรู้เรื่องกำหนดการพาสุนัขไปฉีดวัคซีน	82.9	80.1	79.0	82.0	81.1	0.040
7. ความรู้วิธีการติดตามสังเกตดูอาการเมื่อสุนัขที่สงสัยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า	9.1	20.1	9.4	12.5	12.5	0.001
8. ความรู้เรื่องกฎหมายบังคับให้เจ้าของสัตว์นำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	52.9	39.1	46.5	55.7	48.7	0.001

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ เขต และระยะเวลาที่เฝ้าระวังสัตว์กัด ด้วยการไปพบแพทย์

ปัจจัย	การไปพบแพทย์เมื่อถูกสัตว์กัด			
	ไป	ไม่ไป	รวม	
อายุ (ปี)				$X^2 = 18.922,$ p-value = 0.002
15-30	79(72.5)	30(27.5)	109(100.0)	
31-45	181(75.4)	59(24.6)	240(100.0)	
46-60	146(77.2)	43(22.8)	189(100.0)	
61-75	50(75.8)	16(24.2)	66(100.0)	
76-90	3(25.0)	9(75.0)	12(100.0)	
อื่นๆ	21(87.5)	3(12.5)	24(100.0)	
อาชีพ				$X^2 = 14.501,$ p-value = 0.013
เกษตรกร	227(80.8)	54(19.2)	281(100.0)	
ค้าขาย	64(66.0)	33(34.0)	97(100.0)	
รับจ้างทั่วไป	103(70.5)	43(29.5)	146(100.0)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22(84.6)	4(15.4)	26(100.0)	
พนักงานบริษัท	14(60.9)	9(39.1)	23(100.0)	
อื่นๆ	50(74.6)	17(25.4)	67(100.0)	
ภาค				$X^2 = 14.035,$ p-value = 0.003
กลาง	116(67.8)	55(38.1)	171(100.0)	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	94(83.2)	19(16.8)	113(100.0)	
เหนือ	80(68.4)	37(31.6)	117(100.0)	
ใต้	190(79.5)	49(20.5)	239(100.0)	
ระยะเวลาที่เฝ้าดูอาการสัตว์กัด (วัน)				$X^2 = 7.332,$ p-value = 0.006
< 10	399(73.1)	147(26.9)	546(100.0)	
≥ 10	81(86.2)	13(13.8)	94(100.0)	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปพบแพทย์ หลังถูกสัตว์กัด เมื่อพิจารณาหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ อาชีพ ภาค และระยะเวลาที่เฝ้าระวังสัตว์กัดกับการไปพบแพทย์เมื่อถูกสัตว์กัด พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ประชาชนที่มีอายุ 76-90 ปี เมื่อถูกสัตว์กัดแล้วไปพบแพทย์น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 25 คนที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เมื่อถูกสัตว์กัดแล้วไปพบแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 84.6 และพนักงานบริษัท ไปพบแพทย์น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับอาชีพอื่นๆ ประชาชนที่อยู่ในภาคกลาง เมื่อถูกสัตว์กัดแล้วไปพบแพทย์น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ผู้ถูกสัตว์กัดแล้วมีการเฝ้าดูอาการสัตว์น้อยกว่า 10 วัน ไปพบแพทย์น้อยกว่าคนที่เฝ้าระวังสัตว์กัด 10 วันหรือมากกว่า (ตารางที่ 8)

วิจารณ์

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสังเกตอาการสุนัขที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้า การรักษาคนที่เป็โรคพิษสุนัขบ้า การปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด และไม่รู้ว่ามีกฎหมายบังคับให้เจ้าของนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสอดคล้องกับการศึกษาที่มีก่อนหน้านี้⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่าประชากรในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 13 มีความรู้ในการทำควมสะอาดบาดแผลของผู้ถูกกัด ยังทำไม่ถูกต้องอยู่ในเกณฑ์ที่สูงในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้น⁽⁵⁾ และในจังหวัดปทุมธานีพบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าเพียงร้อยละ 12 ประชาชนไปพบแพทย์เมื่อถูกสุนัขกัดน้อย ทำให้อัตราการควบคุมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพียงร้อยละ 64.16⁽⁶⁾ ส่วนพื้นที่สาธารณสุขเขต 5 พบว่ากลุ่มที่ถูกกัดไปพบแพทย์และได้รับวัคซีน ร้อยละ 74.95⁽⁴⁾ ประชาชนที่ถูกสุนัข/แมวกัด แต่ไม่ได้ไปพบแพทย์ ส่วนใหญ่คิดว่าแผลเล็กน้อยไม่น่าติดเชื้อโรค

พิษสุนัขบ้า และคิดว่าสุนัขหรือแมวที่กัดไม่น่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งไม่ได้พิจารณาประวัติการฉีดวัคซีนสาเหตุที่สุนัข/แมวไม่ได้รับการฉีดวัคซีนคือไม่มีหน่วยงานมาให้บริการ สัตว์อายุน้อยกว่า 2 เดือน และจับสัตว์ไม่ได้ ดังนั้นควรให้ความรู้แก่ประชาชน คนเลี้ยงสุนัข ในเรื่องโรคนี้รักษาไม่ได้ เป็นแล้วเสียชีวิตทุกราย แต่ป้องกันได้โดยการนำสุนัขไปฉีดวัคซีนฯ ตั้งแต่อายุ 2-4 เดือน และฉีดกระตุ้นซ้ำทุกปี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย อายุ อาชีพ ภาค และระยะเวลาที่เฝ้าดูอาการสัตว์กัดกับการไปพบแพทย์เมื่อถูกสัตว์กัด พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) พบว่า อายุอยู่ระหว่าง 76-90 ปี ส่วนใหญ่จะไม่ไปพบแพทย์ อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุมักจะไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่ชอบไปพบแพทย์ แต่คนที่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ส่วนใหญ่ไปพบแพทย์น้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ อาจจะเป็นเพราะมีความรู้ความเข้าใจกับโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง ไม่มีเวลาหยุดงาน หรือลางานได้ยาก สำหรับประชาชนที่อยู่ในภาคกลาง เมื่อถูกสัตว์กัดแล้ว ไปพบแพทย์น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตที่ว่า คนภาคกลางมีพฤติกรรมเสี่ยงกว่าภาคอื่น เช่น เก็บสุนัขมาเลี้ยง เลี้ยงไว้เป็นเพื่อนใกล้ชิดกับคน เลี้ยงปล่อยเป็นอิสระ และการปฏิบัติตนเบื้องต้นหลังถูกสุนัขกัดยังไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้ากักตยอนหลัง 5 ปี ภาคกลางพบผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุด⁽¹⁾ ผู้ถูกสัตว์กัดแล้วมีการเฝ้าดูอาการสัตว์น้อยกว่า 10 วัน ไปพบแพทย์น้อยกว่าคนที่เฝ้าดูอาการสัตว์กัด 10 วันหรือมากกว่า ซึ่งว่าคนที่ติดตามดูอาการสุนัข/แมว 10 วันหรือมากกว่านั้น น่าจะมีความตระหนัก เอาใจใส่ เห็นความสำคัญต่อการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่แล้วจึงไปพบแพทย์มากกว่า ผู้ที่ไม่สนใจติดตามดูอาการสุนัข

ข้อเสนอแนะควรให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับความรุนแรงโรคพิษสุนัขบ้า คนหรือสัตว์ที่มีอาการของโรคแล้วเสียชีวิตทุกราย การป้องกันโรค โดยสุนัขทุกตัวต้องได้รับการฉีดวัคซีน หลีกเลี่ยงพฤติกรรม

ที่โน้มนำทำให้สุนัขกัด เช่น ทำให้สุนัขโกรธ เจ็บ ตกใจ กรณีสุนัขดุ ผู้ดูแลต้องใส่ตะกร้อปากและใช้สายจูงสุนัข เมื่อต้องพาออกนอกบ้าน คนที่ถูกสุนัขกัดต้องล้างแผลให้สะอาดด้วยน้ำ และสบู่แล้วไปพบแพทย์ทุกราย ส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงานที่รับผิดชอบณรงค์ให้นำสุนัขไปฉีดวัคซีน และให้บริการฉีดวัคซีนกับสุนัขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับคำแนะนำอย่างดีจาก นายสัตวแพทย์พลายยังค์ สกกระเศรณี นายแพทย์โสภาสการย์กวินพงศ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร และสัตวแพทย์หญิงวิรงรอง หุ่นสุวรรณ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จากสำนักสุขศาสตร์สัตว์และสุขอนามัยที่ 1-9 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายสัตวแพทย์สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด 24 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี อ่างทอง สระแก้ว ชลบุรี นครปฐม เพชรบุรี ชัยภูมิ สุรินทร์ ร้อยเอ็ด หนองคาย สกลนคร มุกดาหาร นครสวรรค์ สุโขทัย พิษณุโลก ตาก เชียงใหม่ พะเยา สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง ที่ช่วยประสานงานในพื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2544-2551. <http://203.157.15.4/> (online), 23 มกราคม 2551.
2. อภิรมย์ พวงหัตถ์, วิรงรอง หุ่นสุวรรณ. สถานการณ์ โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย. จดหมายเหตุการณ์ แพทย์ 2548; 88(9):1319-1322.
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ กรุงเทพมหานคร, 2548.
4. สุรัชย์ ศิลาวรรณ และคณะ. ศึกษาการจัดการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลังถูกสัตว์กัด ของประชากรในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 13 . สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. 2551.
5. ชัยณรงค์ อภินิหพัฒน์ และคณะ. ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองท้องถิ่นในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ปี 2543. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1 กรุงเทพฯ 2544; 5: 16-17.
6. มนจิรา ถม้งรักษ์สัตว์ และพัชนี ศิริสุนทร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของหัวหน้าครัวเรือน จังหวัดปทุมธานี, 2542.

อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลันและอาการปวดที่คงอยู่

ณ เวลา 3 เดือนในผู้ป่วยคนไทย ณ สถาบันบำราศนราดูร

Acute zoster Pain and Postherpetic Neuralgia in Thai Patients

at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

พรชัย จิระชนากุล พบ.

Pornchai Chirachanakul MD.

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะอาการปวดและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยคนไทยที่มีอาการปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน (acute zoster pain) อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัด ณ เวลา 3 เดือน (postherpetic neuralgia) เป็นการศึกษาแบบ prospective observational study ในผู้ป่วยโรคงูสวัด 54 ราย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550-เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2551 มีกำหนดติดตามผู้ป่วยนาน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 54.9 (SD = 15.4) ปี โดย 32 คน ร้อยละ 59.3 มีภาวะภูมิคุ้มกันปกติ และ 22 คน ร้อยละ 40.7 มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในการศึกษาพบมีผู้ป่วย 8 คน ร้อยละ 14.8 ที่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วยมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือน ของการศึกษา (postherpetic neuralgia) ผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วยมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือน ของการศึกษา (postherpetic neuralgia) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วย อายุน้อยกว่า 65 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) ผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้ป่วยที่มีผื่นงูสวัดรุนแรง (จำนวนรอยโรค >100) มีโอกาสเกิดอาการปวดปลายประสาทอย่างรุนแรงเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีผื่นงูสวัดไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.04$)

Abstract

The objectives were to study 1. about the pain characteristics and risk factors in Thai patients who developed acute zoster pain and 2. the incidence and risk factors of postherpetic neuralgia. This was prospective observational study in 54 cases of herpes zoster at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between June 2007-July 2008. The follow up period was 6 months. It was found that mean age of the cases was 54.9 years. Thirty two cases (59.3%) were immunocompetent status and 22 cases(40.7%) were immunocompromised. In this study we found 8 cases(14.8%) had post herpetic neuralgia and the risk factor was age. Patients who were more than 65 years old had post herpetic pain more than those who were less than 65 years old ($p=0.017$). And also, this study demonstrated that in case of severe herpes zoster(number of lesions >100), acute zoster pain had developed significantly($p=0.04$) compare to mild cases.

ประเด็นสำคัญ-

อาการปวดปลายประสาท โรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

Postherpetic neuralgia, Acute zoster pain
Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

บทนำ

โรคงูสวัดมีสาเหตุจากการกระตุ้น (reactivation) เชื้อไวรัส วาริเซลลา ซอสเตอร์ (varicella zoster virus) ที่แฝงตัวอยู่ที่ปมประสาทของเส้นประสาทสมองและไขสันหลัง⁽¹⁾ ภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกแล้ว เชื้อไวรัสจะถูกกระตุ้นบ่อยครั้งแต่ไม่เกิดโรคเพราะภูมิคุ้มกันชนิดฟิงเซลล์ป้องกันเอาไว้ ในขณะที่เดียวกันอาจจะไปเพิ่มภูมิคุ้มกันให้ร่างกายด้วย⁽²⁾ สาเหตุที่พบบ่อยของการกระตุ้นไวรัสได้แก่ ภาวะภูมิคุ้มกันชนิดฟิงเซลล์ที่ลดลงจาก อายุ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ยาเคมีบำบัด ยาโคติโคสเตียรอยด์ รังสีรักษา และการติดเชื้อ HIV เป็นต้น⁽³⁾ อาการแสดงของโรค มีลักษณะเป็นตุ่มแดง ต่อมาเป็นตุ่มน้ำใส และกลายเป็นสะเก็ดในที่สุด ผื่นนี้จะจัดเรียงตัวเป็นกลุ่ม ๆ ซึ่งจะกระจายเป็นแนวตามเส้นประสาทสมองและเส้นประสาทไขสันหลังที่มาเลี้ยงผิวหนังซีกซ้าย หรือซีกขวาของร่างกาย นอกจากผื่นแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการปวดปลายประสาทร่วมกับ โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ โรคงูสวัดเข้าตา (zoster ophthalmicus) เป็นต้น

สำนักกระบาดวิทยา รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคอีสุกอีใสในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2551 เป็นจำนวน 76,750 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 121.41 รายต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2552 เป็นจำนวน 82,813 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 131.37 รายต่อประชากรแสนคน ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคงูสวัดในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 18,968 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 30.09 รายต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾

เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของประเทศไทยเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยคนไทยมีอาการปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัด (zoster associated pain) ว่าจะมีระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าไร นานที่สุดเท่าไร และค่าเฉลี่ยนานเท่าไร ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ อาจจะเป็นแนวทางในการอธิบายการ

ดำเนินโรคแก่ผู้ป่วยโรคงูสวัดได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะอาการปวดและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยคนไทยที่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน อุบัติการณ์ และปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่คงมีอาการปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัด ณ เวลา 3 เดือน

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ prospective observational study ในผู้ป่วย 54 ราย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550-เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2551 มีกำหนดติดตามอาการ 5 ครั้งดังต่อไปนี้คือ วันแรกที่มารับการตรวจ ถัดมา 7 วัน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคงูสวัดจากแพทย์ผิวหนัง
2. ผู้ป่วยต้องมีสุขภาพแข็งแรงดีมาก่อน ไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป หรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ที่คลินิกโรคผิวหนังได้ตลอดระยะเวลา 6 เดือนของการศึกษา
4. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยโดยสมัครใจ

กิจกรรมในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้แก่ การตรวจร่างกาย และได้รับยาต้านไวรัสสูสวัด acyclovir 800 mg วันละ 5 ครั้ง และยาระงับอาการปวดปลายประสาท(ตารางที่ 1) ตอบแบบสอบถามเรื่องลักษณะอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัด (เฉพาะวันแรก) ความรุนแรงมากที่สุดของอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (worst pain) โดยระบุตาม Likert scale ค่า 0-10 (ค่า 0 หมายถึงไม่ปวด ค่า 10 หมายถึงอาการปวดมากที่สุด)

ตารางที่ 1 ยาระงับอาการปวดปลายประสาทที่ผู้ป่วยได้รับ

ชื่อยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
Tricyclic antidepressants (amitriptyline, nortriptyline)	20	37.0
acetaminophen	18	33.3
NSAIDS	9	16.7
gabapentin	6	11.1
doxepine	3	5.6
Opioids (tramadol)	3	5.6
Capsaicin gel	1	1.8
Vitamin B1-6-12	23	4.3
Combination of medication	15	27.8
none	18	33.3

นิยาม

1. อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน (acute zoster pain) หมายถึง อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดที่ปรากฏอาการไม่เกิน 3 เดือน

2. อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วยคงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือนไปแล้ว (postherpetic neuralgia) หมายถึง อาการปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัดที่ปรากฏอาการนานอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป^(6,7,8)

3. อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดอย่างรุนแรง (severe zoster pain) หมายถึง อาการปวดปลายประสาทที่มีค่าความปวด 8-10 ตาม Likert scale

4. ผื่นงูสวัดรุนแรง (Severe zoster rash) หมายถึง ผื่นงูสวัดที่มีจำนวนรอยโรค ชนิดต่างๆ เช่น discrete macule, papule, vesicle, pustule หรือ crust รวมมากกว่า 100 รอยโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา การรายงานตัวแทนของข้อมูลกรณีที่มีข้อมูลเป็นชนิด continuous variable จะแสดงค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean (SD) ค่ามัธยฐาน (median) และ

ค่าพิสัย (range) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยในกรณีที่เป็นข้อมูลชนิด categorical variable จะทดสอบโดย Chi square test หรือ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามี 54 คน มีอายุเฉลี่ย 54.9 (SD = 15.4) ปี เป็นเพศหญิง 28 คน ร้อยละ 51.9 ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันปกติ 32 คน ร้อยละ 59.3 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส เอช ไอ วี 21 คน ร้อยละ 38.9 และผู้ป่วยมะเร็งกำลังได้รับเคมีบำบัด 1 คน ร้อยละ 1.9

ลักษณะผื่นโรคงูสวัด

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีผื่นงูสวัดมาแล้ว (ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัย)) 4 (1-13) วัน บริเวณที่ตรวจพบผื่นงูสวัด คือส่วนหน้าอก (thoracic) 29 คน ร้อยละ 53.7 ใบหน้า 8 คน ร้อยละ 14.8 ส่วนคอและส่วน บั้นเอว (cervical and lumbar) ส่วนละ 6 คน ร้อยละ 11.1 และส่วนก้นกบ (sacral) 5 คน ร้อยละ 9.3

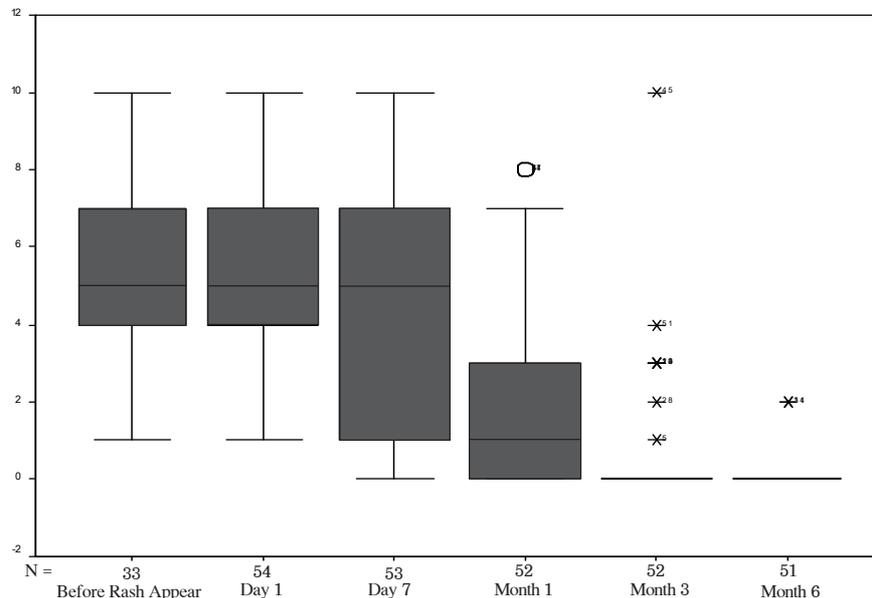
ผู้ป่วย 15 คน ร้อยละ 27.8 มีผื่นงูสวัดเกิดในบริเวณปลายประสาทมากกว่า 1 เส้น (with adjacent dermatome) และ 4 คน ร้อยละ 7.4 มีผื่นงูสวัดรุนแรง (severe zoster rash) การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันแตกต่างกัน (ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะภูมิคุ้ม

กันบกพร่อง) มีโอกาสต่อการมีผื่นงูสวัดเกิดในบริเวณ ปลายประสาทมากกว่า 1 เส้น (with adjacent dermatome) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.95$)(X^2)

อาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัด ลักษณะอาการปวดบริเวณผื่นงูสวัดมีดังนี้ ปวดแสบ ปวดร้อน 32 คน ร้อยละ 59.3 ปวดแปล็บๆ 27 คน ร้อยละ 50 กัดเจ็บ 25 คน ร้อยละ 46.3 คั้นๆ 25 คน

ร้อยละ 46.3 ปวดตื้อๆเป็นจังหวะ 17 คน ร้อยละ 31.5 ปวดตื้อๆ 10 คน ร้อยละ 18.5 ปวดตลอดเวลา 7 คน ร้อยละ 13 ปวดอยู่นานมาก 3 คน ร้อยละ 5.6 ปวดทันทีทันใดและปวดมาก 3 คน ร้อยละ 5.6 ปวดเหมือน ถูกเจาะเป็นรู 2 คน ร้อยละ 3.7 ปวดเหมือนถูกแทง 2 คน ร้อยละ 3.7 ผู้ป่วย 41 คน ร้อยละ 75.9 มีอาการปวดปลายประสาทต่อวันไม่เกิน 6 ชั่วโมง ร้อยละ 91.5 แสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงระดับความรู้สึกรู้สึกปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัด(ค่า 0-10) ในช่วงเวลาติดตามอาการนาน 6 เดือน



*หมายเลขระบุในแต่ละค่าสุดโต่ง (outlier) คือหมายเลขรหัสผู้เข้าร่วมการศึกษา

ในการศึกษานี้พบมีผู้ป่วย 8 คน ร้อยละ 14.8 ที่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วย คงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือน (postherpetic neuralgia)

ปัจจัยเสี่ยงต่างๆกับอาการปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัด

ผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดอาการปวดปลายประสาทเนื่องจาก โรคงูสวัดที่ผู้ป่วยคงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือน ของการศึกษา (postherpetic neuralgia) แตกต่างจาก ผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) (Fisher's Exact Test, 2 sided) แต่มีโอกาสเกิดอาการ

ปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน (acute zoster pain; pain score 8-10) ไม่แตกต่าง จากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ($p= 0.15$)(Fisher's Exact Test, 2 sided)

ผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้ป่วยที่มีผื่นงูสวัด รุนแรง (จำนวนรอยโรค >100) มีโอกาสเกิดอาการปวด ปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน(acute zoster pain) แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีผื่นงูสวัดไม่รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.04$) (Fisher's Exact Test, 2 sided) แต่มีโอกาสเกิดอาการปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วยคงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือนของการศึกษา (postherpetic neuralgia)ไม่

แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีผื่นงูสวัดไม่รุนแรง ($p=0.49$) (Fisher's Exact Test, 2 sided)

ผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดปลายประสาท นำมาก่อนการเกิดผื่นงูสวัด หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน มีโอกาสเกิดอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วยคงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือนของการศึกษา (postherpetic neuralgia) ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดนำมาก่อนผื่นหรือผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน ($p=0.45$ และ 0.66) (Fisher's Exact Test, 2 sided) ตามลำดับ

วิจารณ์

ผู้ป่วย 15 คน ร้อยละ 27.8 มีผื่นงูสวัดเกิดในบริเวณปลายประสาทมากกว่า 1 เส้น (with adjacent dermatome) ซึ่งตรงกับรายงานก่อนหน้านี้⁽⁹⁾

ในการศึกษานี้พบมีผู้ป่วย 8 คน ร้อยละ 14.8 ที่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัด ที่ผู้ป่วยคงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือน ของการศึกษา (post herpetic neuralgia) การรายงานจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการ post herpetic neuralgia นั้นไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาต่างกันได้ทั้งนี้ เพราะการนิยาม post herpetic neuralgia นั้นมีความแตกต่างกัน เช่นกำหนดที่มากกว่า 30 วัน^(10 11) หรือมากกว่า 3-4 เดือน⁽¹²⁾

สำหรับปัจจัยต่างๆ กับอาการปวดปลายประสาท ผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ post herpetic neuralgia ซึ่งตรงกันกับรายงานก่อนหน้านี้⁽⁹⁾ แต่การศึกษานี้ไม่สามารถแสดงว่าการปรากฏอาการปวดที่นำมาก่อน (prodromal pain) อาการปวดที่รุนแรงในระยะเฉียบพลัน (greater acute zoster pain) และผื่นที่เป็นรุนแรง (greater rash severity) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ postherpetic neuralgia ซึ่งเคยมีการรายงานก่อนหน้านี้^(9 12) ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยมีไม่เพียงพอ

สรุป

การศึกษานี้พบผู้ป่วยทุกรายมีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดระยะเฉียบพลัน และมีผู้ป่วย 8 คน ร้อยละ 14.8 ที่มีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วยคงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือน ของการศึกษา (post herpetic neuralgia) มีผู้ป่วยส่วนน้อย ร้อยละ 3.8 ที่คงมีอาการปวดปลายประสาทเนื่องจากโรคงูสวัดเมื่อติดตามครบ 6 เดือน และผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปไม่มีโอกาสเกิดอาการปวดปลายประสาท เนื่องจากโรคงูสวัดที่ผู้ป่วยคงมีอาการปวด ณ เวลา 3 เดือน ของการศึกษา (postherpetic neuralgia) แตกต่างจากผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์พรณี บิดิสุทธิธรรม และคณะภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Herpes zoster. N Engl J Med 2002; 347: 340-6.
2. Thomas SL, Wheeler JG, Hall AJ. Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case-control study. Lancet 2002; 360: 678-82.
3. Gershon AA. Live-attenuated varicella vaccine. Infect Dis Clin North Am 2001; 15:65-81.
4. <http://203.157.15.4/wesr/file/y52/F52493.pdf> นิภาพรณ สฤชดีอภิรักษ์ โรคสุกใส (chicken pox) ปีพ.ศ. 2551. download on 2 Jan 2010
5. <http://203.157.15.4/surdata/506wk/y52/50652.htm> download on 2 Jan 2010
6. Dworkin RH and Portenoy RK. Proposed classi-

- fication of herpes zoster pain. *Lancet* 1994; 343: 1648.
7. Stacey BR, Barrett JA, Whalen E, Phillips KF, Rowbotham MC. Pregabalin for postherpetic neuralgia. *J Pain* 2008; 9 (11): 1006-17.
 8. Coplan PM, Schmader K, Nikas A, Chan ISF, Choo P, Levin MJ, et al. Development of a measure of the burden of pain due to herpes zoster and postherpetic neuralgia for prevention trials: Adaptation of the brief pain inventory. *J of Pain* 2004; 5 (6): 344-56.
 9. Schamader K. Herpes zoster in older adults. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 32: 1481-6.
 10. Chaves SS, Santibanez TA, Gargiullo P, Guris D. Chicken pox exposure and herpes zoster disease incidence in older adults in the US. *Public Health Rep* 2007; 122(2): 155-9.
 11. Cunningham T and Dworkin RH. The management of post herpetic neuralgia. *BMJ* 2000; 321: 778-9.
 12. Schamader K, Gnann Jr. JW, Watson CP. The epidemiological, clinical, pathological rationale for herpes zoster vaccine. *The Journal of Infectious Diseases* 2008; 197: s207-15.



มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทยมอบทุนสนับสนุนงานวิจัย



ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชัย เจริญรัตนกุล
ประธานมูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย
อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรเพื่อสาธารณประโยชน์ที่ไม่แสวงหากำไร ก่อตั้งมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2541 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุนและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านโรคภูมิแพ้ อากาศ มลพิษ ในอากาศ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและภาวะโลกร้อน

มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย ได้จัดสรรทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัยแก่บุคลากรทางการแพทย์, นักวิทยาศาสตร์และนักวิชาการทุกระดับในวงเงินสูงสุดทุนละ 200,000 บาท โดยมีหลักเกณฑ์จัดสรรทุนดังนี้

1. ผู้มีสิทธิขอรับทุนได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และนักวิชาการทุกระดับ
2. ถ้าเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โครงการวิจัยต้องผ่านการอนุมัติของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในหน่วยงานที่จะทำการวิจัยนั้น และถ่ายสำเนาของหนังสืออนุมัติให้คณะกรรมการวิจัย 4 ชุด
3. ผู้เสนอขอรับการจัดสรรงบประมาณมีสิทธิได้รับการพิจารณาปีละหนึ่งครั้ง
4. ถ้าผู้เสนอขอรับทุนได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่นแล้วไม่สามารถขอทุนจากมูลนิธิได้อีก

ผู้สนใจขอรับทุน เขียนโครงการวิจัยในหน้ากระดาษ A4 ความยาวไม่เกิน 8 หน้า พร้อมประวัติของ ผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ส่งมาที่มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย เลขที่ 1281 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์.0-2617-0649 , 081-810-6638 โทรสาร. 0-2617-0649 E-mail address pirom@asthma.or.th