



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 35 ที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2552

Volume 35 No. 4 October - December 2009



- สภาพและปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว
- พฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร
- การสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้ใช้แรงงานกลุ่มก่อสร้างในประเทศไทย พ.ศ. 2552
- การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีต่อต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2552
- ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอนิคมมะปราง จังหวัดพิษณุโลก
- กาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลันในประเทศไทย



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค. 2552 Volume 35 No. 3 Oct - Dec 2009

สารบา-	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
สภาพและป-หการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ของแรงงานต่างด้าว	213	Situation and Problem of Access to Public Health Service of Migrant Workers in Songkhla Province
สุดี จารุพันธ์ และคณะ		Sudee Jaruphandh, et al
พฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัด กำแพงเพชร	225	Self-care Behaviors and Complications of Diabetes Mellitus Patients in Kamphaeng Phet Province
ลออศรี จารุวัฒน์		Laorsri Jaruwat
การสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้ใช้แรงงานกลุ่มก่อสร้าง ในประเทศไทย พ.ศ. 2552	235	Health Data Survey of Construction Workers in Thailand in 2009
วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์ และคณะ		Wiwat Ekburanawat, et al
การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยา ต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2552	246	Surveillance of HIV-1 Antiretroviral Drug Resistant Strains in Thailand in 2009
สุรพล เกษะเรียนอุดม		Surapol Kohreanudom



สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ เด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพ มหานคร และปริมณฑล	258	Variables Related to Self-Care Behavior of HIV- Infected Children and Youth at Government Hospitals in Bangkok and Its Environs
สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร และคณะ		Suleemas Angsukiattitavorn, et al
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก	267	Factors Related to Premature Sex Among Junior High School Students in Noenmaprang District, Phitsanulok
รัชนิษฐา บัวชื่น		Rachanitta Buacheun
ภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้มองอักเสบเฉียบใน ประชากรไทย	276	Seroprevalence of Immunity against Japanese Encephalitis in Thai population
พรศักดิ์ อยู่เจริญ- และคณะ		Pornsak Yoocharoan, et al
ดรรชนี	285	Index

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ 3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 -12
บรรณาธิการ	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ นายแพทย์สราวุธ สุวัฒน์พิพะ นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ นายแพทย์วินัย วุฒิติโรจน์ นายแพทย์จิรพัฒน์ ศิริชัยสินธ์พ นายแพทย์ยุทธิชัย เกษตรเจริญ นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ นายแพทย์สมาน พุตระกูล
ผู้จัดการ	นางสาวพรทิพย์ วิริยานนท์
ฝ่ายจัดการ	นางสาวศรีพร ศรีวงศ์พุก นางพรรชา ชุมเกษียร นางสาวทัศนีย์ มุตเมะ
สำนักงาน	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งทิวา ธาณี โทร. 0-2590-3225
กำหนดออก	ปีละ 4 ครั้ง หรือรายสามเดือน : มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน, ตุลาคม – ธันวาคม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2424-5600

DISEASE CONTROL JOURNAL

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

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

Editor: Dr. Anupong Chitwarakorn

Editorial Board: Dr. Supamit Chunsuttiwat
Dr. Saravuth Suvannadabba
Dr. Suwich Thammaphalo
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

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

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

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

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

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

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

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

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

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

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

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่องการเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแนวคูเวอร์ 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 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สภาพและปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว

Situation and Problem of Access to Public Health Service of Migrant Workers in Songkhla Province

สุดี จารุพันธ์* ส.บ.,ร.ป.ม.

Sudee Jaruphandh* B.P.H.,MPA

จิรเนาว์ ทศศรี** พยด.

Jeranoun Thassri** Phd.

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

*Songkhla Provincial Health Office

**มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**Prince of Songkla University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และปัญหา ข้อเสนอแนะ ต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวจำนวน 759 คน ในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยเก็บข้อมูลเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2550 ด้วยเครื่องมือแบบ สัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือแจกแจงความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดลง และการทำหมันทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง ร้อยละ 72.46 และ 69.43 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายที่ถูกต้องเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง ดังนี้ (1) ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร (2) ตีมน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว และ (3) ทำความสะอาดปาก และฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 36.94 28.10 และ 27.31 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ามีความรู้ การดูแลสุขภาพ ร้อยละ 40.3 จากสาเหตุต่าง ๆ คือ ทำงานหนัก งานหนัก และเวลาทำงานไม่แน่นอน ร้อยละ 40.92 27.72 21.78 ตามลำดับ สำหรับปัญหาการเข้ารับบริการสาธารณสุข ได้แก่ การไม่ทราบขั้นตอนการรับบริการ และไม่สามารถสื่อสาร/พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจ ร้อยละ 60.05 และ 46.50 ส่วนข้อเสนอแนะที่อยากให้ ปรับปรุงบริการสาธารณสุข คือ ให้มีล่ามอยู่ประจำ ร้อยละ 64.43 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เช่น การปรับรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหาการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ต้องการ ประสานงานกับนายจ้าง การลดขั้นตอนบริการให้เอื้อต่อการเข้ารับบริการรวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐและสร้างเครือข่ายหรืออาสาสมัครในการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว

Abstract

This study aimed to explore viewpoints, beliefs and practices about health, health care service, problem and recommendation toward health care services among foreign labors in Sadao District, Songkhla Province. The data were collected through interviewing form and questionnaire during January to April 2007. The obtained data were analyzed using descriptive statistics: frequency and percentage. The results found that most of our subjects have correct viewpoints or beliefs toward physical health care: (1) having multi-partners may cause to HIV infection and other sexually transmitted diseases (93.02%), (2) performing annual health

checking is a manner to improve health care (92.36%), and (3) exercise is good for health (92.09%). Whereas, they had incorrect beliefs on two items: using condom during having sexual intercourse reduced sexual satisfaction (72.46%) and sterilization caused unhealthy (69.43%). About their practices toward routine/daily health, the study revealed that (1) washing hands every time before having meals (36.94%), (2) drinking fresh and clean water 6-8 glasses per day (28.10%) and (3) washing mouth and brushing teeth every time after meals (27.31%). Forty percents of them had problems for caring themselves because of late-night working (40.92%), hard working (27.72%) and uncertainty of working time (21.78%). The problems for accessing to health care services were that they had not sufficient knowledge about the steps of getting services (60.05%) and unclear communication with health care providers (46.50%). Their recommendations for improving health care services among foreign labor were having translator (64.43%). This study's results might be useful for improving health care service system among foreign labors which was appropriate for both clients and providers, for example, determining activities and contents for providing the correct health promotion and prevention, coordinating with their employers and reducing steps of services that appropriate for accessing to services, including public relation for accessing to governmental health care facilities and building networks or volunteers in health care among foreign labors.

ประเด็นสำคัญ-

จังหวัดสงขลา

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข แรงงานต่างด้าว

Keywords

Songkhla Province

Access public health service, migrant workers

บทนำ

ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชีย ทำให้ขาดแคลนแรงงานในหลายประเภท เป็นแรงผลักดันให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นของแรงงานจากชาติต่างๆ เข้ามายังประเทศไทยจากข้อมูลผลการตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2548 พบว่า มีผู้มาตรวจสุขภาพจำนวน 884,917 คน คิดเป็นร้อยละ 44.09 ของผู้มาตรวจสุขภาพทั้งหมด ผลการตรวจสุขภาพ พบโรคที่ต้องติดตามรักษา(ได้แก่ วัณโรค เหาซัง เริ้น ชิฟิลิส มาลาเรียและโรคพยาธิลำไส้) ร้อยละ 1.25 และโรคที่ต้องห้ามมิให้ทำงาน(ได้แก่ วัณโรคระยะ ติดต่อก การใช้สารเสพติด ชิฟิลิสในระยะที่ 3 และติดเชื้อ เอชไอวี) ร้อยละ 0.07⁽¹⁾ อีกทั้งแรงงานต่างด้าวจะอยู่ไม่ค่อยถาวร สามารถรวมกลุ่มและสลายย้ายถิ่นอย่างรวดเร็วมีทั้งที่อยู่เป็นชุมชนแออัด และอยู่กันอย่างกระจัดกระจาย การจัดระบบบริการสาธารณสุขในกลุ่มแรงงานต่างด้าว จึงต้องมีความ

ยืดหยุ่นและเข้าใจบริบท รวมถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

จังหวัดสงขลา มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก ข้อมูลจากสำนักงานจัดหางานจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2549 พบว่า แรงงานต่างด้าวจำนวน 49,535 คน มีการขึ้นทะเบียนอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยเพียง ร้อยละ 22.21 โดยแรงงานต่างด้าวร้อยละ 20 ของแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดอยู่ในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งที่สำคัญทางเศรษฐกิจ มีธุรกิจสถานบันเทิง โรงงานอุตสาหกรรม การแปรรูปสินค้าและพื้นที่ภาคเกษตรกรรม ทำให้มีแรงงานต่างด้าวเดินทางเข้ามาทำงานจำนวนมาก เกิดปัญหาด้านสาธารณสุข ได้แก่ ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัญหาการวางแผนครอบครัว และอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาโรคติดต่อ ได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคเอดส์ โรคอุจจาระร่วงและโรคที่เป็นปัญหาใหม่ เป็นต้น

ข้อมูลรายงานสรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปีกลุ่มแรงงานต่างด้าวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 - 2550 พบว่าแรงงานต่างด้าวที่มาตรวจสุขภาพตรวจพบโรคติดต่อ ได้แก่ วัณโรค เหาซัง และซิฟิลิส มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 2.48 3.04 และ 3.20 ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง และป้องกันควบคุมไม่ให้แพร่กระจายโรคไปยังผู้อื่น ดังนั้นการทราบข้อมูลสถานะสุขภาพที่เป็นจริงและถูกต้อง รวมทั้งบริบทและวัฒนธรรมของแรงงานต่างด้าว เป็นสิ่งจำเป็นต่อการวางแผนกำหนดกลยุทธ์มาตรการการดำเนินงาน และแนวทางการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมต่อไป การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสถานะสุขภาพและปัญหาต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว

วัสดุและวิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานต่างด้าวในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากแรงงานต่างด้าวที่ทำงานอยู่ในภาคการเกษตรและอุตสาหกรรม จำนวน 759 คน ระยะเวลาที่ศึกษา พฤศจิกายน 2549 - พฤษภาคม 2551

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึกชนิดกึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบวัตถุประสงค์และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนปัญหาในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ข้อเสนอแนะ และประเด็น

สนทนากลุ่ม

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม มาสร้างเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน (1. ข้อมูลทั่วไป 2. ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 4. สถานะสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 5. ปัญหาต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข และข้อเสนอแนะการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกแรงงานต่างด้าว ตามแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างและสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 4-6 คน จำนวน 3 กลุ่ม ส่วนที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ใช้แบบสอบถาม โดยประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว(อสต.) ขึ้นแบบสอบถาม และให้อาสาสมัครสาธารณสุข แรงงานต่างด้าวร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล ในช่วงเดือนเมษายน 2550 วิเคราะห์ข้อมูล 1. ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังนี้ (1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์ (2) ค้นหาประเด็นสำคัญ (3) สรุปผล (4) ทบทวนผลที่ได้ และ (5) นำมาใช้สร้างเป็น แบบสอบถาม 2. ข้อมูลแบบสอบถาม ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เพศชาย ร้อยละ 58.9 อายุ 20 - 29 ปี ร้อยละ 62.19 สถานภาพโสด ร้อยละ 58.10 สัญชาติพม่า ร้อยละ 39.26 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.91 อาชีพ อุตสาหกรรม ร้อยละ 69.83 มีหลักประกันสุขภาพแบบประกันสังคม ร้อยละ 43.87 บัตร 30 บาท ร้อยละ 42.03 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สั-ชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ และหลักประกันสุขภาพ

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ N=759 100.00		
ชาย	447	58.89
หญิง	312	41.11
อายุ (ปี) min 16 ปี max 55 ปี x = 25.60 SD 6.558	N=759	100.00
<20	110	14.49
20 - 29	472	62.19
30 - 39	147	19.37
40 - 49	21	2.77
50 - 60	9	1.19
สถานภาพสมรสN=759 100.00		
โสด	441	58.10
คู่	288	37.94
หม้าย , หย่า , ร้าง	30	3.95
สัญชาติ N=759 100.00		
พม่า	298	39.26
ลาว	136	17.92
กัมพูชา	151	19.89
มอญ	159	20.95
อื่น (กระเหรี่ยง จีนฮ่อ,ไทยใหญ่,ไทยลื้อ)	15	1.98
ศาสนา N=759 100.00		
พุทธ	693	91.30
คริสต์	4	0.53
อิสลาม	62	8.17
การศึกษา N=759 100.00		
ประถมศึกษา	394	51.91
มัธยมศึกษา	202	26.61
อาชีวศึกษา	63	8.30
มหาวิทยาลัย	21	2.77
ไม่ได้เรียน	63	8.30
อื่น ๆ	16	2.11
อาชีพ N=759 100.00		
เกษตรกรรม (ทำสวน)	229	30.17
อุตสาหกรรม	530	69.83
หลักประกันสุขภาพที่มี N=759	100.00	
ประกันสังคม	333	43.87
บัตรประกันสุขภาพฯ(บัตร 30 บาท)	319	42.03
ไม่มี	95	12.52
อื่น ๆ	12	1.58

ความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

1. การให้ความหมายของการมีสุขภาพดี และเจ็บป่วย การมีสุขภาพดี หมายถึง มีความสบาย ทั้งร่างกาย และจิตใจรวมทั้งมีความสุขกับการทำงาน ดังคำกล่าวของแรงงานต่างด้าวที่ว่า “คนสบายดี ใจก็สบาย ทำอะไรก็มีความสุข” ส่วนการเจ็บป่วย หมายถึง การไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย มึนหัว ปวดเมื่อย เหงื่อออก กินไม่ได้ และใจหดหู่ นอกจากนี้ยังรวมถึงการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเด็นของตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมต่างๆ ดังนี้ ตัวเอง หมายถึง ต้องมีการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ด้วยการพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ทำงานหนักเกินไป รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์และอาศัยอยู่ในบริเวณที่ที่ไม่แออัด หรือการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี บุคคลที่เกี่ยวข้อง หมายถึง บุคคลที่มีส่วนและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ล่าม ที่นับเป็นผู้ให้ความช่วยเหลืออย่างมาก เมื่อต้องไปติดต่อหรือรับการรักษาจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีเพื่อนและนายจ้างที่มีส่วนสนับสนุน หรือเป็นอุปสรรคต่อการรับการรักษา เช่น กรณีต้องออกทำงานในเรือและประสบอุบัติเหตุ หากอาการยังไม่รุนแรง ส่วนใหญ่จะมียาที่ใช้ประจำก็คือ ยาแก้ไอ - ลดปวด เท่านั้น และความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม หมายถึง มีความเชื่อว่าการได้ทำบุญ ให้ทาน กราบไหว้บรรพบุรุษ ย่อมทำให้ร่างกายแข็งแรง ดังแรงงานต่างด้าวที่มาจากทางภาคใต้ของพม่า ใช้คำว่า “โยหย่า” หรือ “ผีบรรพบุรุษ” มีส่วนต่อการเป็นอยู่ โดยหากไม่ได้ไหว้ผีบรรพบุรุษ ความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นทันที ฉะนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงมีการส่งเงินที่หาได้กลับไปยังบ้านเมือง เพื่อให้ญาติพี่น้องได้ใช้จ่ายในพิธีการกราบไหว้ผีบรรพบุรุษ หรือทำพิธีแก้บนกับสิ่งที่ได้ขอ(บนบาน)ไว้ อันจะส่งผลต่อการอยู่ดี กินดี และสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงตามมา อนึ่งสำหรับบางคน

ที่ไม่ได้ส่งเงินกลับไปไหว้ผีบรรพบุรุษ ก็อาจสามารถไหว้ผีบรรพบุรุษในประเทศไทยได้เช่นเดียวกัน

3. ความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนี้ 3.1.1 ความคิดและความเชื่อที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายที่ถูกต้อง ได้แก่ (1) การมีเพศสัมพันธ์กับหลายๆ คน อาจทำให้เป็นโรคเอดส์และกามโรคได้ (2) การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น และ (3) การออกกำลังกายมีผลดีต่อสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 93.02 92.36 92.09 ตามลำดับ นอกจากนี้ ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องได้แก่ (1) หากดูแลที่อยู่อาศัยและบริเวณรอบ ๆ ให้สะอาดสามารถป้องกันโรค และทำให้ไม่เจ็บป่วย (2) หากจิตใจแจ่มใส ย่อมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง และ (3) เชื่อว่าระบบการให้บริการทางสุขภาพว่าสามารถแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยได้ คิดเป็น ร้อยละ 93.02 86.43 83.00 ตามลำดับ 3.1.2 ความคิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง มี 2 ประเด็น ได้แก่การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดลงและการทำหมันทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง คิดเป็น ร้อยละ 72.46 69.43 ตามลำดับ ดังตาราง 2

4. การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนี้ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายที่ถูกต้องเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง ได้แก่ (1) ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร (2) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว และ (3) ทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 36.94 28.10 และ 27.31 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายที่ถูกต้อง แต่ไม่มีการปฏิบัติเลยจนถึงปฏิบัติเป็นบางครั้งในเรื่องดังนี้ (1) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (2) นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง (3) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ คิดเป็น ร้อยละ 52.77 27.57 และ 20.18 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม

ที่ต้องเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง ในเรื่องดังนี้ (1)ไม่ ว่าง มักไปทำบุญ คิดเป็นร้อยละ 44.20 44.06 และ
 สิบบุหรืหรือดื่มเหล้าเพื่อผ่อนคลายความเครียด (2) 41.16 ตามลำดับ ดังตาราง 3
 เมื่อมีปัญหา มักพูดคุยกับคนที่สนิท และ (3) เมื่อมีเวลา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เชื่อ		เชื่อ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย				
1 หากดูแลสุขภาพตัวเองสม่ำเสมอ ย่อมทำให้ไม่เจ็บป่วย	119	15.68	640	84.32
2 การออกกำลังกายมีผลดีต่อสุขภาพ	60	7.91	699	92.09
3 หากเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาดย่อมทำให้ไม่ท้องเสีย	74	9.75	685	90.25
4 การมีเพศสัมพันธ์กับหลาย ๆ คนอาจทำให้เป็นโรคเอดส์และกามโรคได้	53	6.98	706	93.02
5 การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	58	7.64	701	92.36
6 หากเจ็บป่วย ท่านสามารถดูแลรักษาตัวเอง	453	59.68	306	40.32
7 การทำหมันทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง	232	30.57	527	69.43
ด้านจิตวิ--าณและสิ่งแวดล้อม				
8 หากจิตใจแจ่มใส ย่อมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง	103	13.57	656	86.43
9 เชื่อว่าบาปบุญที่ทำ ย่อมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง	190	25.03	569	74.97
10 หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านสามารถวินิจฉัยความผิดปกตินั้นได้เอง	348	45.85	411	54.15
11 เชื่อว่าในระบบการให้บริการทางสุขภาพจะสามารถแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยได้	129	17.00	630	83.00
12 หากดูแลที่อยู่อาศัยและบริเวณรอบ ๆ ให้สะอาดสามารถ				
ป้องกันโรคและทำให้ไม่เจ็บป่วย	53	6.98	706	93.02
13 การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดลง	209	27.54	550	72.46
14 สมุนไพรรักษาโรคเอดส์ให้หายได้	586	77.21	173	22.79

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ n=758				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านร่างกาย					
1 รับประทานอาหารเป็นเวลา	16.23	29.68	44.72	8.44	0.92
2 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ	6.20	22.96	43.27	24.27	3.30
3 รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ	7.12	15.70	24.54	36.28	16.36
4 ทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง	27.31	23.75	38.52	8.58	1.85
5 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว	28.10	28.23	29.55	12.14	1.98
6 ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร	36.94	29.82	23.48	8.58	1.19
7 นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	10.42	31.79	37.60	17.15	3.03
8 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	8.05	13.85	25.33	36.15	16.62
ด้านจิตวิ--าณและสิ่งแวดล้อม					
9 มักหาเวลาว่างเพื่อพักผ่อนทางจิตใจ	10.69	18.60	40.37	23.35	6.99
10 สิบบุหรืหรือดื่มเหล้าเพื่อผ่อนคลายความเครียด	3.56	8.58	17.28	26.39	44.20
11 ไปเที่ยวสถานบันเทิงเพื่อผ่อนคลายความเครียด	3.96	6.99	15.96	20.71	52.37
12 เมื่อมีปัญหาไม่คุยกับมาคิด	8.71	17.41	38.92	24.27	10.69
13 เมื่อมีปัญหา มักพูดคุยกับคนที่สนิท	19.13	24.93	34.96	19.00	1.98
14 เมื่อมีปัญหา มักชอบเก็บไว้คนเดียว	4.88	13.98	25.46	36.54	19.13
15 เมื่อมีเวลาว่าง มักไปทำบุญ	20.84	20.32	32.59	18.47	7.78

สภาวะสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าสุขภาพแข็งแรง และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ร้อยละ 88.27 และ 67.06 ตามลำดับ สำหรับประวัติการเจ็บป่วยตั้งแต่ย้ายเข้ามาอาศัยในอำเภอนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 61.26 ส่วนที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค/อาการต่างๆ ได้แก่ ไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 40.14 ปวดศีรษะ/อ่อนเพลีย/ปวดเมื่อย ร้อยละ

15.49 อย่างไรก็ตามในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ร้อยละ 40.3 มีปัญหาการดูแลสุขภาพ เนื่องจากทำงานหนัก งานหนัก และ เวลาทำงานไม่แน่นอน ร้อยละ 40.92 27.72 21.78 ตามลำดับ แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตัวเอง ร้อยละ 67.19 ด้วยเหตุผลที่ว่ามียาจากบ้านเกิดติดตัวมาด้วย ร้อยละ 81.09 ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ สภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

สภาวะสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ลักษณะสุขภาพปัจจุบัน	N=759	100.00
แข็งแรงดี	670	88.27
เจ็บป่วย	89	11.73
โรคที่เจ็บป่วย	N=26	100.00
- ปวดศีรษะ, ไข้	8	30.77
- ปวดท้อง, ปวดประจำเดือน, ท้องผูก	11	42.31
- อ่อนเพลีย, หนาวมีดงาย	3	11.54
- เครียด	3	11.54
- อุบัติเหตุ	1	3.85
สาเหตุการเจ็บป่วย	N=21	100.00
- พักผ่อนไม่เพียงพอ, นอนไม่หลับ	10	47.62
- ดื่มเหล้า, สูบบุหรี่, กินมาก, กินเผ็ด เปรี้ยว	6	28.57
- ทำงานไม่เป็นเวลา, กินไม่เป็นเวลา	4	19.05
- ความประมาท	1	4.76
ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	N=759	100.00
ไม่มี	509	67.06
มี	250	32.94
สาเหตุเนื่องจาก	N=250	100.00
- อดนอนไม่มีเวลาพักผ่อน	167	67.34
- สูบบุหรี่	39	15.73
- กินเหล้า	29	11.69
- กินยา	2	0.81
- อื่น ๆ	11	4.44
การเจ็บป่วย เมื่อมาอาศัยในอำเภอนี้	N=759	100.00
ไม่เคย	465	61.26
เคย	294	38.74
โรค/ อาการที่เจ็บป่วย	N=142	100.00
- ผากครรภ์/คุมกำเนิด	9	6.34
- โรคมาลาเรีย, อีสุกอีใส, ตาแดง	4	2.82
- ไข้หวัด, ไข้หวัดใหญ่	57	40.14
- ปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย, ปวดเมื่อย	22	15.49
- ปวดท้อง, ท้องเสีย, ภาวะอาหาร, อาเจียน	19	13.38
- อุบัติเหตุ	11	7.75
- อื่น ๆ เช่น เจ็บหน้าอก, ผ่าตัด, ลมพิษ, ปวดฟัน	20	14.08

(ต่อ)ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ สภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

สภาวะสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วย	N=294	100.00
- รักษาเอง	33	11.22
- ไปโรงพยาบาล	164	55.78
- ไปคลินิกแพทย์	45	15.31
- ซื้อยามากินเอง	60	20.41
- อื่น ๆ	47	15.99
การมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	N=759	100.00
ไม่มี	453	59.7
มี	306	40.3
กรณีมีปัญหาสุขภาพ มีสาเหตุมาจาก	N=303	100.00
- งานหนัก	84	27.72
- ทำงานดึก	124	40.92
- เวลาทำงานไม่แน่นอน	66	21.78
- มีปัญหาครอบครัว	15	4.95
- อื่น ๆ	14	4.62
ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตัวเอง	N=759	100.00
ไม่มั่นใจ	249	23.81
มั่นใจ	510	67.19
เหตุผลที่มั่นใจ N=476 100.00		
- มียาจากบ้านเกิดติดตัวมาด้วย	386	81.09
- อื่น ๆ	90	18.91

ปัญหา และข้อเสนอแนะต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว

1. ปัญหาต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านเจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาด้านเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง และเป็นประจำทุกครั้ง ในเรื่องต่างๆ ดังนี้ (1) ต้องมีการแสดงท่าทางประกอบ เมื่อติดต่อกับเจ้าหน้าที่ (2) การแปลความหมายกับเจ้าหน้าที่ไม่ตรงกัน (3) การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจ คิดเป็น ร้อยละ 39.84 35.09 และ 29.68 ตามลำดับ เนื่องจากแรงงานต่างด้าวมีภาษาที่ใช้แตกต่างกัน ฉะนั้นเมื่อไปรับบริการสาธารณสุข ทำให้ไม่เข้าใจความหมายของเจ้าหน้าที่ ในทำนองเดียวกัน แพทย์และพยาบาลก็ไม่อยากรักษาเนื่องจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจ ใช้กันคนละภาษา ทำให้การให้บริการอาจไม่ตรงกับปัญหา และหรือโรคที่เจ็บป่วย ดังตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง กล่าวว่า “เมื่อเจ็บป่วย และไปรักษา

ที่โรงพยาบาล หลังจากได้รับประทานยา อาการไม่หาย แต่ถ้าไปคลินิก แพทย์จะพยายามทำความเข้าใจ แม้จะพูดกันไม่รู้เรื่อง เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาล รวมทั้งยาที่ได้รับมารับประทาน จะช่วยให้อาการดังกล่าวหายไป” ซึ่งในที่นี้ผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบยาที่ได้รับ ในขณะที่มีอาการเหมือนกัน แต่ผลการรักษาไม่เหมือนกัน 2)ด้านการให้บริการและสื่อ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการให้บริการและสื่อ บ่อยครั้งและเป็นประจำ ทุกครั้งในเรื่อง ดังนี้ (1) บริการมีหลายขั้นตอน (2) แต่ละขั้นตอนของการใช้บริการยุ่งยาก (3) บริการที่ได้รับไม่เป็นมิตร เมื่อเปรียบเทียบกับคนไทย คิดเป็น ร้อยละ 61.87 36.15 21.90 ตามลำดับ ซึ่งการบริการที่ได้รับผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบกับคนไทยที่ไปใช้บริการสาธารณสุข และเห็นว่ามีความแตกต่างกัน โดยเจ้าหน้าที่บางคนพูดตะคอกใส่ และหรือพูดเป็นภาษาไทย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถฟังรู้เรื่อง เช่น “ทำไม

ต้องรักษาให้ด้วย” เป็นต้น 3) ด้านเวลา กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านเวลา บ่อยครั้งและเป็นประจำทุกครั้งที่ในเรื่อง ดังนี้ (1) ใช้เวลาในการเดินทางมากกว่าจะถึงสถานบริการ (2) เวลาที่ รพ.ให้บริการไม่ตรงกับช่วงหยุดงาน (3) ต้องรอนานกว่าจะได้รับบริการคิดเป็น ร้อยละ 47.76

41.42 37.86 ตามลำดับ เนื่องจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข เช่น จากโรงพยาบาล ทำให้เสียเวลานานเป็นวัน ส่งผลต่อรายได้ที่นายจ้างหักค่าแรงในวันนั้นๆ แต่ถ้าไปคลินิก จะใช้เวลาน้อยกว่า ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อค่าแรง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ป้-หาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อคำถาม	ความถี่ของป้-หา (n=758)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านเจ้าหน้าที่					
1 การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจ	15.44	14.25	23.61	25.33	21.37
2 การแปลความหมายกับเจ้าหน้าที่ไม่ตรงกัน	12.14	22.96	21.24	26.25	17.41
3 ต้องมีการแสดงท่าทางประกอบเมื่อติดต่อกับเจ้าหน้าที่	12.80	27.04	22.96	22.82	14.38
4 การมีล่ามช่วยติดต่อกับเจ้าหน้าที่ช่วยให้สะดวกและรวดเร็ว	38.39	20.45	15.57	15.83	9.76
ด้านบริการ					
5 การมีป้ายสื่อภาษาที่เข้าใจช่วยให้สะดวกและรวดเร็วต่อการใช้บริการ	32.19	31.93	18.73	12.93	4.22
6 บริการมีหลายขั้นตอน 24.93 36.94	19.13	16.62	2.37		
7 แต่ละขั้นตอนของการใช้บริการยุ่งยาก	11.74	24.41	35.36	21.24	7.26
8 เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	6.86	17.68	36.02	24.41	15.04
9 เจ้าหน้าที่ไม่สนใจในการให้บริการ	4.35	13.46	33.64	26.91	21.64
10 บริการที่ได้รับไม่เป็นมิตร เมื่อเปรียบเทียบกับคนไทย	7.26	14.64	34.30	33.77	10.03
11 บริการที่ได้รับไม่ตรงกับความต้องการที่เป็นจริง	7.26	14.64	34.30	33.77	10.03
ด้านเวลา					
12 เสียเวลาในการใช้บริการ	5.54	10.82	25.33	27.70	30.61
13 ใช้เวลาในการเดินทางมากกว่าจะถึงสถานบริการ	14.12	17.41	25.33	30.74	12.40
14 แต่ละขั้นตอนของการใช้บริการต้องใช้เวลามาก	10.03	31.40	42.35	20.05	9.37
15 เวลาที่รพ.ให้บริการไม่ตรงกับช่วงหยุดงาน	14.64	20.05	37.34	21.24	6.73
16 ต้องรอนานกว่าจะได้รับบริการ	21.77	25.99	24.54	18.21	9.50

2. ข้อเสนอแนะต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข ที่จะต้องติดต่อ เช่น ห้องบัตร ห้องสิทธิ ห้อง ตรวจเลือด มีดังนี้ (1) ให้มีล่ามอยู่ประจำ (2) มีแพทย์/พยาบาล ห้องรับยา คิดเป็น ร้อยละ 64.43 40.97 และ 39.00 ที่เป็นคนต่างด้าว และ (3) มีป้ายบอกทาง หรือห้อง ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการสาธารณสุขของรัฐ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	N=759	
มีแพทย์/พยาบาลที่เป็นคนต่างด้าว	311	40.97
มีล่ามอยู่ประจำ	489	64.43
มีป้ายบอกทางหรือห้องที่ต้องติดต่อ เช่น ห้อง บัตร ห้องสิทธิ ห้องตรวจเลือด ห้องรับยา	296	39.00
มีเอกสารประชาสัมพันธ์บริการ	258	33.99
อื่นๆ	44	5.80

วิจารณ์

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุ 20 - 29 ปี สถานภาพโสด สัญชาติพม่า นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพปัจจุบันเป็นพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม และมีหลักประกันสุขภาพแบบประกันสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสำมะโนประชากรแรงงานต่างด้าวของศุภกิจและคณะ⁽³⁾ ในเรื่องอายุและสถานภาพ คือ ส่วนใหญ่ อายุ 21-30 ปี และสถานภาพโสด แต่แตกต่างกันในเรื่อง เพศ สัญชาติ และระดับการศึกษา คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สัญชาติพม่า และการศึกษาระดับอาชีวและอุดมศึกษา

2. ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่า แรงงานต่างด้าวให้ความหมายของ คำว่า “สุขภาพ” ในทำนองเดียวกัน ความหมายขององค์กรอนามัยโลก นั่นคือ สภาวะแห่งความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ส่วนคำว่า “เจ็บป่วย” ก็อยู่ในทำนองเดียวกัน นั่นก็คือ มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมต่างกันตรงที่เป็นภาวะตรงกันข้ามเท่านั้น ซึ่งหมายถึงความไม่สมบูรณ์แข็งแรง ดังตัวอย่างคำกล่าวของแรงงานต่างด้าวคนหนึ่งว่า “สุขภาพเป็นความสบายใจ จิตใจดี ร่างกายก็แข็งแรงด้วย” ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของแรงงานต่างด้าวพบว่า คำนึงถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอก เช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพของคนไทยโดยทั่วไป⁽⁴⁾ สำหรับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง พบว่า แรงงานต่างด้าว มีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของแรงงานต่างด้าวคนหนึ่งว่า “ควรตรวจสุขภาพทุกปี จะได้รับและดูแลตัวเอง” ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้แรงงานต่างด้าวมารตรวจสุขภาพก่อนต่อไปอนุญาตทำงานทุกคน โดยสถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ดำเนินการตรวจสุขภาพและออกใบรับรองแพทย์ นอกจากนี้มีความคิด ความเชื่อว่า การออกกำลังกายมีผลดีต่อสุขภาพ

ดังตัวอย่างคำกล่าวว่า “การดูแลร่างกายให้แข็งแรง ต้องพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ” และความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับหลายๆ คนว่าทำให้เป็นโรคเอดส์และกามโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการแก้ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้แรงงานต่างด้าวตระหนักถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง พบว่า มีความคิด ความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดลง และการทำหมันทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง ซึ่งความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวนี้พบได้ในคนไทยเช่นเดียวกัน อันจะส่งผลทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และเสี่ยงต่อแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ สอดคล้องกับการรายงานผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาที่พบว่า ชิฟิลิสระยะที่ 3 และการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾ สำหรับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พบว่า มีการปฏิบัติที่ถูกต้องและปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้งได้แก่ การล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว และการทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นหลักปฏิบัติในชีวิตประจำวันของคนทั่วไป ไปที่จะต้องดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ นอกจากนี้แรงงานต่างด้าวพยายามดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ โดยให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และการพักผ่อน ส่วนด้านจิตใจ มีความเชื่อนับถือนิยม ประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาคล้ายคนไทย ในเรื่องการทำบุญการไหว้บรรพบุรุษ

3. สภาวะสุขภาพของแรงงานต่างด้าว พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินตนเองมีสุขภาพแข็งแรง เนื่องจากแรงงานต่างด้าวที่ศึกษาเป็นชนกลุ่มวัยทำงาน มีอายุ 20-29 ปี ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และไม่มีประวัติการเจ็บป่วย สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่วนกรณีมีปัญหาสุขภาพมีสาเหตุจากทำงานหนัก งานหนักและ

เวลาทำงานไม่แน่นอน ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ที่ประกอบอาชีพทำสวนยางพารา ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก⁽⁵⁾

4. ปัญหาและข้อเสนอแนะต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว พบว่ามีปัญหาเรื่องการไม่ทราบขั้นตอนการรับบริการ และไม่สามารถสื่อสาร/พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจ ซึ่งจะเป็นอุปสรรคของแรงงานต่างด้าวต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของการติดต่อสื่อสาร ที่ยอมรับว่าเป็นปัญหาของแรงงานต่างด้าวที่อื่นๆ ด้วย เช่น ประเทศญี่ปุ่น⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความรู้สึกที่แตกต่างระหว่างคนไทยกับคนต่างด้าว ดังผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งพูดว่า “การให้บริการไม่เหมือนกันกับคนไทย” หรืออีกรายหนึ่งพูดว่า “แพทย์หรือพยาบาลบางคนไม่อยากจะให้การรักษา” เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นไปในทำนองเดียวกับการวิจัยอื่นๆ เช่น แรงงานต่างชาติ และมีติสุภาพกับนโยบายการจัดการของรัฐบาลไทยที่มีข้อเสนอสำคัญประการหนึ่ง คือ “การปรับแก้ฐานคติของคนไทยที่มองแรงงานข้ามชาติอย่างไม่ไว้วางใจ และเพ่งโทษว่าแรงงานข้ามชาติอาจนำผลร้ายนานาประการมาสู่สังคมไทย จนก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาตินานารูปแบบ โดยต้องมีมุมมองใหม่ว่าแรงงานข้ามชาติก็คือมนุษย์คนหนึ่ง ควรได้รับการปฏิบัติในบ้านเราอย่างเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จะทำให้การแก้ปัญหาเชิงรุกของรัฐบาลไทยในเรื่องนี้ยั่งยืนยิ่งขึ้น และเป็นคุณต่อสังคมโดยรวมด้วย”⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะหนึ่งที่สำคัญจากแรงงานต่างด้าว คือ การมีผู้ช่วยติดต่อสื่อสารหรือล่ามในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การสื่อสารที่ไม่รู้เรื่อง หรือไม่เข้าใจนับเป็นอุปสรรคสำคัญของการเข้ารับบริการสาธารณสุขมานานหลายปีมาแล้ว และมีบางพื้นที่พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการมีล่ามการสร้างอาสาสมัครต่างชาติ(อสต) หรือพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต) เป็นต้น ดังตัวอย่างโรงพยาบาลสังขละบุรีได้จ้างผู้ช่วย

ติดต่อสื่อสารเอง หรือบางโรงพยาบาลร่วมมือกับองค์กรเอกชน เช่น แม่สอด สมุทรสาคร และระยอง ซึ่งวิธีดังกล่าวนี้มีความเห็นสอดคล้องว่าเป็นผลดีต่อการทำงานและต่อสุขภาพของแรงงาน⁽⁷⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตระหนักถึงความต้องการของแรงงานต่างด้าว⁽⁸⁾ นอกจากนี้ แรงงานต่างด้าวยังมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุง บริการสาธารณสุขของรัฐ โดยการให้มีป้ายที่แสดงทิศทางไปห้องตรวจต่างๆ และป้ายที่แสดงขั้นตอนการรับบริการจะทำให้แรงงานต่างด้าวสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกขึ้นและลดความวิตกกังวลจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันในระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการให้บริการ 1.1) พัฒนาสื่อและรูปแบบการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพตนเอง 1.2) ควรมีการสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยการพัฒนาอาสาสมัครที่มาจากแรงงานต่างด้าวและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทความเชื่อและวัฒนธรรมของแรงงานต่างด้าวอย่างต่อเนื่อง 1.3) สถานบริการสาธารณสุข ควรมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่ในชุมชน หรือจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขพื้นฐานในชุมชนที่มีแรงงานต่างด้าว

2. ด้านการวิจัย 2.1) ควรมีการสำรวจในมุมมองของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกลุ่มอื่นๆ กับแรงงานต่างด้าว เช่น ญาติพี่น้อง นายจ้าง ล่ามหรือผู้ที่มีส่วนช่วยติดต่อสื่อสารตลอดจนบุคลากรของสาธารณสุข 2.2) ให้มีการสนับสนุนและส่งเสริมการทำวิจัยในเชิงคุณภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมโรคของกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อลดปัญหาโรคต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคนไทย รวมทั้งคุณภาพต่อสังคมโดยรวม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และทีมงานเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูล ผู้ที่มีส่วนร่วมระดมความคิด จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเตา โรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ และล่ามในการสื่อสารแปลข้อมูลจากศูนย์อภิบาล ผู้เดินทางทะเล (บ้านสุขสันต์) ขอขอบคุณกองทุนโลกที่สนับสนุนงบประมาณผ่านกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในโครงการจัดระบบบริการสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าวภายใต้โครงการพามิตร (PHAMIT) จังหวัดสงขลา

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานระบบบริการสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว ปี 2548-2549 เฉพาะจังหวัดน่านร่องภายใต้โครงการ พามิตร (PHAMIT). บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2548.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. รายงานสรุปผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว; 2550(เอกสารอัดสำเนา)
3. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. คนนอกกรอบคิดขอขายแดน จังหวัดตาก เรียงร้อย...จากการทำงาน 18 MAY 2006.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตาก; 2549.
4. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติ๊กและคณะ. พฤติกรรมสุขภาพ:ปัญหา ตัวกำหนดและทิศทาง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
5. นงนุช จตุราบัณฑิตและคณะ.สภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของแรงงาน พม่าอพยพในกลุ่มการผลิตยางพาราในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549; 15: 594-605.
6. Kozuki Y, Kennedy MG, Tsai J H-C. Relational experiences of partnered Joyances immigrant women with affect disorders . Journal of Advanced Nursing 2006 ; 53(5): 513-523.
7. กฤตยา อาชวนิจกุล, พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในการจัดการปัญหาสิทธิสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ.นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
8. Sungurova Y, Johnsson S-E, Sundquist J. East-West health divide and east-west migration :Self-reported health of immigrants from Eastern Europe and the former Soviet Union in Sweden. Scandinavian Journal of Public Health 2006; 34: 217-221.

พฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จังหวัดกำแพงเพชร

Self-care Behaviors and Complications of Diabetes Mellitus Patients in

Kamphaeng Phet Province

ลออศรี จารูวัฒน์ พย.ม.

Laorsri Jaruwat M.N.S.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

Kamphaeng Phet Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดกำแพงเพชร ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่าง แบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และโรคแทรกซ้อน ทำการเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ ถดถอยพหุ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิง และเพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.2 และ 88.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับดี ร้อยละ 50.7 และ 54.5 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.6 และ 49.2 และพบในระดับต่ำ ร้อยละ 0.7 และ 2.6 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ในเพศหญิง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน และการสนับสนุนจากสังคม ส่วนในเพศชาย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และอายุ ส่วนความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าเพศหญิง เพศชาย คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 29.5 และ 25.9 การเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าเพศหญิง และเพศชาย เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 49.7 และ 49.1 ตามลำดับ

Abstract

The objectives of this survey research was to delineate knowledge on Diabetes Mellitus (DM) including self-care behaviors, the factors influencing to self-care behaviors, ability to control blood sugar and complications from DM in Kamphaeng Phet. Four hundred of DM patients with the age of equal or more than 15 years were sampled by systematic random sampling from DM patients who attended at Out Patients Department (OPD) of government hospitals in Kamphaeng Phet. Data collecting was carried out by using questionnaires, blood sugar and complication records during June - August 2009. Data was analyzed by descriptive statistics and multiple regression model. The results revealed that the majority (86.2 and 88.4 percent) of female and male patients knew DM well. About 50.7 and 54.5 percent of male and female patients had self-care behaviors at moderate level and 48.6 and 49.2 percent of them had their behaviors at good level while only 0.7 and 2.6 percent of them had their behaviors at low level. The factors which had positive influencing to self-care behaviors at statistically significant ($P\text{-value} < 0.05$), in female were knowledge on DM and social supporting while in male were knowledge on DM and their age. For ability to

control blood sugar, 29.5 and 25.9 percent of female and male patients were unable to control blood sugar. Regarding the complication, half of female and male patients had complications from DM.

ประเด็นสำคัญ-

โรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง
จังหวัดกำแพงเพชร

Keywords

Diabetes mellitus, self-care behavior,
Kamphaeng Phet Province

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะโรคจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนและความพิการหลังจากการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด การตัดเท้าหรือขา⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกรายงานไว้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2548 ประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 71⁽²⁾ ในประเทศพัฒนาแล้ว จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 170 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน⁽³⁾ ปี พ.ศ. 2550 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 246 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 380 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และนอกจากนี้ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 3.2 ล้านคนต่อปี

ประเทศไทย จากการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในปี พ.ศ. 2550 ของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ใน 46 จังหวัดพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวม 714,892 ราย มีอัตราป่วยในแต่ละจังหวัด ประมาณ 391 - 6,720 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 144,917 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.3 ทั้งนี้ พบภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดงมากที่สุด 54,062 ราย ร้อยละ 37.3 รองลงมา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน อื่นๆ 33,981 ราย ร้อยละ 23.5 ภาวะแทรกซ้อน ทางไต 18,949 ราย ร้อยละ 13.1⁽⁴⁾ จังหวัดกำแพงเพชร ในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 14,769 คน คิดเป็นอัตราป่วย 2,034.3 ต่อประชากรแสนคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม

โรคเบาหวาน สามารถป้องกันและควบคุมได้หากมีกระบวนการจัดการที่ดี ตัวผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยช่วยกัน ก็จะเป็นกุญแจสำคัญที่จะลดปัญหาของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนได้⁽⁶⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบในการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานเพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดกำแพงเพชร โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดกำแพงเพชร 11 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 334 เตียง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง จำนวน 3 แห่ง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 400 คน (คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane⁽⁷⁾)

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง
 N = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดกำแพงเพชรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
 e = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้กำหนดให้ = 0.05

$$= \frac{14,769}{1 + 14,769 (0.05)^2}$$

$$= 389.4$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 390 คน เป็นอย่างน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน

การสุ่มตัวอย่าง ได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในแต่ละโรงพยาบาลตามขนาดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัดโดยค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ของทุกแบบสอบถาม ได้มากกว่า 0.70 นอกจากนี้ได้ใช้แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดและโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย

3. การเก็บข้อมูล (เพิ่มรายละเอียด) ซึ่งได้ข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย (OPD card) และหรือจากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนจากการเกิดโรคเบาหวาน ทำการเก็บข้อมูลในเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2552

4. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ for Windows (Version 15) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis)

นิยามศัพท์

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลการป่วยด้วยโรคเบาหวานด้วยตัวเอง ในเรื่องการบริโภคอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาล

2. ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึงผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวัดจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ซึ่งได้จากการตรวจหาระดับน้ำตาลจากการมาพบแพทย์ครั้งล่าสุด และแบ่งระดับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดออกเป็น 3 ระดับ คือ

คุมได้ดี คือผลการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 คุมได้พอใช้ คือผลการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด 120 - 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 คุมไม่ได้ คือผลการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ผลการศึกษา

ลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 35.5 มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป รองลงมา ร้อยละ 32.2 24.5 และ 7.8 มีอายุ 50 - 59 ปี 40 - 49 ปี และมีอายุน้อยกว่า 40 ปี ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 55.1 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ในเรื่องอาชีพนั้น พบว่า ร้อยละ 36.5 มีอาชีพ เกษตรกรรม รองลงมา ช่วยเหลืองานในครอบครัว ร้อยละ 27.0 และรับจ้าง ร้อยละ 19.2 เป็นต้น สำหรับ รายได้ต่อเดือน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5,596.3 บาท พบว่า ร้อยละ 47.0 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาทเพียง ร้อยละ 8.5 เท่านั้น ทั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.8 มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.2 เป็นผู้ที่มีบุตรประกันสุขภาพ ส่วนระยะเวลาการป่วย

เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 6 ปี พบว่า ร้อยละ 57.5 ป่วยมานานน้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 30.0 นาน 6-10 ปีและ ร้อยละ 12.5 ป่วยมากกว่า 10 ปี

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า เพศหญิง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 12.8 มีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับต่ำเพียง ร้อยละ 1.0 ส่วนเพศชาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับดี เช่นกัน รองลงมา ร้อยละ 11.6 มีความรู้ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ในภาพรวมพบว่า ร้อยละ 86.7 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 12.5 และ 0.8 มีความรู้ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจำแนกรายประเด็น พบว่าส่วนใหญ่ทั้งในเพศหญิง เพศชาย และภาพรวม มากกว่า ร้อยละ 85.0 เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ยกเว้นในเรื่องผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดื่มเหล้า กาแฟและสูบบุหรี่ได้เหมือนคนที่ไม่เป็นเบาหวาน ทั้งในเพศหญิง เพศชาย และภาพรวม (ร้อยละ 70.8 74.1 และ 71.8) ตามลำดับ และเรื่องผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารมื้อละมาก ๆ ในกลุ่มผู้หญิง (ร้อยละ 79.2)

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 38.9 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 35.8 และ 25.3 ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง และต่ำตามลำดับ ในเพศชาย พบว่า ร้อยละ 38.4 ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 35.7 และ 25.9 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และต่ำตามลำดับ ทั้งนี้ ในภาพรวม พบว่า ร้อยละ 38.0 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 36.5 และ 25.5 ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง และต่ำตามลำดับ เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายประเด็น พบว่าส่วนใหญ่ทั้งในเพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม มากกว่า ร้อยละ 61.0 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นประจำในเรื่องเวลาเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง

จะคอยดูแลตลอดเวลา ไม่สบายใจสามารถปรับตัวทุกซักับสมาชิกในบ้านและญาติพี่น้องได้ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำอาหารและเมื่อถึงวันนัดพบแพทย์ญาติจะคอยเตือนหรือพามาตรวจเสมอ ส่วนการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือพูดคุยเวลาไม่สบายใจกับเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน และชักชวนไปออกกำลังกายในหมู่บ้าน ทั้งในเพศหญิง เพศชาย และภาพรวม ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำน้อยกว่า ร้อยละ 57.0

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ทั้งในเพศหญิง เพศชาย และภาพรวม ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 46.4 และ 49.0 ตามลำดับ รองลงมาได้รับในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 45.6 และ 40.0 ตามลำดับ ส่วนในระดับมาก พบร้อยละ 12.2 8.0 และ 11.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งในเพศหญิง เพศชาย และภาพรวมในแต่ละแหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ / พยาบาล / บุคลากรทางสาธารณสุขมากที่สุด คือพบว่าได้รับมาก ร้อยละ 50.0 49.1 และ 49.8 ตามลำดับ ส่วนการได้รับข่าวสารจากวิทยุ / โทรทัศน์ เพื่อนบ้าน / เพื่อนที่เป็นโรคเดียวกัน และจากหนังสือ / เอกสาร / แผ่นพับ / แผ่นโปสเตอร์ต่าง ๆ พบว่าได้รับมากในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.3 - 52.7 ส่วนการได้รับข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าได้รับน้อยถึงไม่เคยได้รับมากกว่า ร้อยละ 51.0 ทั้งใน 3 กลุ่มดังกล่าว

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ทั้งในเพศหญิง เพศชาย และภาพรวม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.7 54.5 และ 51.8 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.6 42.9 และ 47.0 และพบในระดับต่ำ ร้อยละ 0.7 2.6 และ 1.2 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ พบมีพฤติกรรม ดังนี้คือ

การบริโภคอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พบว่า เพศหญิง และเพศชาย และในภาพรวม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.9 - 71.9 มีการปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละวัน

รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่มีกากและเส้นใยมาก และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ส่วนการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และรับประทานอาหารที่มีรสหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.9-79.9 มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ทั้งเพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม นอกจากนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.6-93.8 พบว่าไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ในเพศหญิง เพศชาย และในภาพรวมตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามในเพศชาย ก็พบว่า ร้อยละ 33.9 มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์นาน ๆ ครั้ง

การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 44.6 - 49.7 ทั้งเพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งในเรื่องการออกกำลังกายเป็นประจำสัปดาห์ละ 3 - 4 วัน ครั้งละ 15-30 นาที และเมื่อเกิดความเครียด มีวิธีการลดความเครียด และร้อยละ 33.7 - 43.8 มีการปฏิบัติเป็นประจำในเรื่องดังกล่าว ส่วนในเรื่องนอนหลับสนิท อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 50.3 ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 46.5 ส่วนเพศชาย และภาพรวมมีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 59.8 และ 50.3 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 36.6 และ 46.5 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 71.4 - 95.1 ทั้งเพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม มีการปฏิบัติเป็นประจำในเรื่องเมื่อออกนอกบ้าน สวมรองเท้า ทำการตรวจบริเวณนิ้วเท้าและฝ่าเท้าว่าเป็นแผลหรือไม่ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองปฏิบัติ ตัวอย่างเคร่งครัดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเมื่อเกิดอาการผิดปกติที่รุนแรงรีบไปพบแพทย์ทันทีตามลำดับ และในเรื่องบริหารปลายเท้า โดยการยื่นเขย่งปลายเท้าหรือกระดกปลายเท้าขึ้นลง พบว่า ทั้งเพศหญิง เพศชาย และใน

ภาพรวมมีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 58.7 49.1 และ 56.0 ตามลำดับ

การรักษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม ร้อยละ 90.2 - 96.9 มีการปฏิบัติเป็นประจำในเรื่องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และมาตรวจตามแพทย์นัด ส่วนในเรื่องเมื่ออาการดีขึ้นจะหยุดยาเอง และเมื่อสัมผัสรับประทานยา จะเพิ่มปริมาณยาเองในมือต่อไปโดยไม่ปรึกษาแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม ร้อยละ 75.9 - 84.4 ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้ในเรื่องการตรวจตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม ร้อยละ 57.1 - 60.9 ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเพศหญิง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนในกลุ่มเพศชาย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) รายละเอียด ดังตาราง 1 โดยมีสมการถดถอยพหุ ดังนี้คือ

Behavior (เพศหญิง) = $22.260 + 0.771$ knowledge + 0.227 social support + 0.111 information - 0.001 income - 0.004 age + sick time 0.055

Behavior (เพศชาย) = $17.006 + 0.770$ knowledge + 0.222 social support + 0.086 information + 0.001 income + 0.077 age + sick time 0.071

ตาราง 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเพศหญิง และเพศชาย

ตัวแปร	ค่า β	
	เพศหญิง	เพศชาย
ปัจจัยนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนน)	0.771**	0.770**
ปัจจัยเสริม การสนับสนุนทางสังคม (คะแนน)	0.227**	
ปัจจัยรวม อายุ (ปี)		0.077*
ตัวคงที่	22.260**	17.066**
R2	0.165	0.173
SE	3.738	3.992
n	288	112

หมายเหตุ * P-value < 0.05 ** P-value < 0.01

ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าเพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พอใช้ ร้อยละ 49.3 52.7 และ 50.2 ตามลำดับ รองลงมาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 29.5 25.9 และ 28.5 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่ามีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 21.2 21.4 และ 21.3 ตามลำดับ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า เพศหญิง เพศชาย และภาพรวม เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 49.7 49.1 และ

49.5 ตามลำดับ ทั้งนี้ ทั้งเพศหญิง เพศชาย และภาพรวม พบภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง ร้อยละ 40.3 42.9 และ 41.0 ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 10.8 6.3 และ 9.5 และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 10.8 6.3 และ 9.5 ตามลำดับ ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางตา และภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะ ทั้งใน 3 กลุ่ม พบ น้อยกว่า ร้อยละ 5.3 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของเพศหญิง เพศชาย และภาพรวม

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	เพศหญิง (n = 288)	เพศชาย (n = 112)	รวม (n = 400)
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	100.0	100.0	100.0
มีภาวะแทรกซ้อน (มีได้มากกว่า 1 อย่าง)	50.3	50.9	50.5
ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง	49.7	49.1	49.5
ภาวะแทรกซ้อนทางไต	40.3	42.9	41.0
ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท	10.1	9.8	10.0
ภาวะแทรกซ้อนทางตา	10.8	6.3	9.5
ภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะ	5.2	2.7	4.5
	0.3	0.9	0.5

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร เพศหญิง เพศชาย และในภาพรวม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.4 57.1 และ 53.0 มีพฤติกรรม

การดูแลตนเองที่ถูกต้องในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

(พบในภาพรวมถึง ร้อยละ 87.2) ทำให้การรับรู้ เข้าใจ ถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การบริโภคอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ และการรักษา ยาบาลเป็นไปได้อย่างยาก นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ ยังได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคดังกล่าว อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้จากการที่ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ต่ำถึงปานกลาง ผลที่ตามมาคือ ทำให้ผู้ป่วยเพศหญิง เกิดภาวะแทรกซ้อนถึง ร้อยละ 49.7 และเพศชาย ร้อยละ 49.1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค เบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมและอายุ

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และอธิบายความสัมพันธ์ ดังกล่าวได้ดังนี้คือ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค เบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเพศหญิงและ เพศชาย หมายความว่า ผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายที่มี ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองที่ถูกต้อง ส่วนผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หรือมีความรู้ต่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ ถูกต้อง หรือถูกต้องน้อย ทั้งนี้ การมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะทำให้รู้ว่าต้องปฏิบัติตัว อย่างไรกับโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้เกิดการปฏิบัติในการ ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zimbardo, et al.⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า การมีความรู้จะก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และนำไปสู่การปฏิบัติในที่สุด และแนวคิดของ Becker, et al.⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ความรู้ เรื่องโรคและประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค สอดคล้องกับ การศึกษาของ เกษุรีย์ พันธุ์เขียน⁽¹⁰⁾ พบว่า ความรู้

เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเรวัต เพชรมีศรี⁽¹¹⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค เบาหวาน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค เบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ในกลุ่มเพศหญิงที่ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน บ้านให้การสนับสนุนต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้นมากขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวความคิดของ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender⁽¹²⁾ ที่สรุปว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคล รวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผน การดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคลากรสาธารณสุข จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพ และแนวคิด PRECEDE Framework⁽¹³⁾ ที่สรุป ว่าผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจาก การแสดงพฤติกรรม อาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการ แสดงพฤติกรรมได้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของสุมาลี เชื้อพันธ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าการสนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติได้ร้อยละ 71 นอกจากนี้ จรรยา ธัญนอม⁽¹⁵⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมศักดิ์ พึ่งเศรษฐี⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุน จากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และสุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ⁽¹⁷⁾ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองและครอบครัว

อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเพศชาย

หมายความว่า ผู้ป่วยชายที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้ อายุของบุคคลเป็นสิ่งที่บ่งถึงความมีวุฒิภาวะมากขึ้น ทำให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพ ของตนเอง การยอมรับและรับผิดชอบก็จะกระทำเพื่อ ตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก หรือวัยที่อายุน้อยกว่า สอดคล้อง กับการศึกษาของ สมศักดิ์ พึ่งเศรษฐ์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ บุคลากร ในสถาบันบำราศนราดูร วัฒนศักดิ์ ลอยใหม่⁽¹⁸⁾ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสุปราณี สูงแข็ง⁽¹⁹⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การ ดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรดำเนินนโยบายในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้มี ความเข้มข้นขึ้น เพราะจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรค เบาหวานส่วนใหญ่มียังมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องในระดับปานกลางถึงต่ำ มีความสามารถในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์พอใช้ถึงต่ำเป็น ส่วนใหญ่ และนอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิด ภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 49 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูง

2. ควรส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วยโรค เบาหวาน และครอบครัว ตลอดจนสร้างกระแสสังคม ในการดูแลตนเอง และให้ครอบครัวช่วยดูแลเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนครอบครัวได้ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผล ในเชิงปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรส่งเสริมความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ

ในจังหวัดกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง ดังนี้

- 1.1 การบริโภคอาหารและการหลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ควรปรับปรุง ในเรื่องการรับประทานอาหารในแต่ละวันให้ครบ 5 หมู่ และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ และ นอกจากนี้ ในเพศชายควรส่งเสริมให้มีการงดสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

- 1.2 การออกกำลังกาย และการดูแล สุขภาพ ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ควรปรับปรุงในเรื่อง การออกกำลังกายเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 - 4 วัน ครั้งละ 15-30 นาที นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน การลดความเครียด และการบริหารปลาย เท้าโดยการยืดเหยียดปลายเท้าหรือกระดกปลายเท้าขึ้นลง

- 1.3 การรักษาพยาบาล พบว่า ทั้งเพศ หญิง และเพศชาย ควรปรับปรุงในเรื่องการไปตรวจตา กับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ควรป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวาน และป้องกันไม่ให้ภาวะแทรกซ้อนที่เป็น อยู่เป็นเพิ่มมากขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคเบาหวาน ทั้งในเพศ หญิงและเพศชาย

3. ควรให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่านแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

4. ควรส่งเสริมให้ครอบครัว ญาติพี่น้องหรือ เพื่อนบ้านให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่ม มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในเพศหญิง พบว่าการสนับ หนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น และมีผลต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้ใน การส่งเสริมสนับสนุนดังกล่าว ควรมุ่งเน้นไปที่เพื่อนบ้าน เพราะพบว่า เพื่อนบ้านยังให้การสนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ นานๆ ครั้ง ถึงไม่เคยเลย

5. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานใน กลุ่มที่ยังมีความรู้ต่ำหรือ ปานกลางเพิ่มมากขึ้น เพราะ

จากผลการศึกษาพบว่า ทั้งในเพศหญิง และเพศชาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

6. ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง ส่วนในกลุ่มคุมได้พอใช้ ก็ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเพิ่มมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ณัฐพร วงศ์ศุทธิภากร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้ให้การสนับสนุนในการวิจัย ขอขอบพระคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขานครสวรรค์ ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยและขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ปจรรย์ ผลประเสริฐ ที่ได้ให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. (online) Available URL: http://epid.Moph.go.th/weekly/w_2548/Weekly48_homepage/wk_48_47/wk48_47_3.html. (วันที่ค้นข้อมูล : 1 กรกฎาคม 2551). 2551.
2. อุตุนิ สิงหวินท์. นวัตกรรมใหม่ในการรักษาแผลในผู้ป่วยเบาหวาน. (online) Available URL: http://www.phyathai.com/phyathai/service_center_heart_p2_stemcell01.php. (วันที่ค้นข้อมูล : 1 กรกฎาคม 2551). 2551.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2549. รายงานการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือดปี 2548.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ปัญหาเบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. (online) Available URL: <http://www.tncd.reducerisk.com/cms/index.php?option>. 2549. (วันที่ค้นข้อมูล : 15 มิถุนายน 2551). 2551.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. สถิติสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ปี 2551. 2551.
6. วินัย สวัสดิ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551. (online) Available URL: http://www.diabassothai.org/news_detail.php?news_id=142. (วันที่ค้นข้อมูล : 25 กันยายน 2552) 2551.
7. Yamane, Taro. Statistics: An Introductory Analysis. 3 rd ed. Tokyo: Herper International Edition. 1967.
8. Zimbardo Philip G., Ebbes, Ebbesen and Christina Muslach. Influencing Attitude and Changing Behavior. London: Addison Wesley Publishing Company. 1977.
9. Becker et al. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." Health Education Monographs. 1974.
10. เกตุรีย์ พันธุ์เขียน. พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. 2549.
11. เรวัต เพชรมีศรี. ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนกะแตะ. สุราษฎร์ธานี: รายงานวิจัย. 2549.
12. Pender NJ. Health Promoting in Nursing Practice. 2nd ed. U.S.A.: Appleton & Lange. 1987.
13. Green LW, et al. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. California: Mayfield Publishing. 1980.
14. สุมาลี เชื้อพันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา. 2550.

15. จรรยา ธิญ์น้อม. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2549.
16. สมศักดิ์ พึ่งเศรษฐ์ดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2548.
17. สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2546.
18. วัฒนศักดิ์ ลอยไหม. ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไชยา. สุราษฎร์ธานี: รายงานวิจัย. 2546.
19. สุปราณี สูงแข็ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุดรธานี. สารนิพนธ์มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2542.

การสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้ใช้แรงงานกลุ่มก่อสร้างในประเทศไทย พ.ศ. 2552

Health Data Survey of Construction Workers in Thailand in 2009

วิวัฒน์ เอกบูรณวัฒน์* พบ.

Wiwat Ekburanawat* M.D.

สุทธิพัฒน์ วงศ์วิทย์โชติ** พบ.

Suttipat Wongvitvichot** M.D.

จิราพร เงินแจ่ม*** วท.บ.

Chiraporn Ngernchaem*** B.Sc.

*รพ.นพรัตนราชธานี

*Nopparat Rajathanee Hospital.

**จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Chulalongkorn University

***กรมควบคุมโรค

***Department of Disease Control

บทคัดย่อ

แรงงานที่ทำงานในกิจการก่อสร้างเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ที่มีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคนทั่วประเทศ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ ในปัจจุบันกลับยังมีอยู่ไม่มากนัก การสำรวจข้อมูลสุขภาพในครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างชาวไทย สำหรับใช้ประโยชน์ในการวางแผนป้องกันการประสบอันตรายและเจ็บป่วยของแรงงานก่อสร้างในอนาคต โดยสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในคนงานก่อสร้างจำนวน 96 คน ที่ทำงานในจังหวัด นครปฐม สงขลา ขอนแก่น และระยอง พบว่าแรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.4 มีรายได้ต่ำและเป็นแรงงานนอกระบบมีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี อายุงานเฉลี่ย 12.9 ปี ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี มีอัตราการดื่มสุรา และสูบบุหรี่สูง ร้อยละ 77.1 และ 66.7 ตามลำดับ ต้องทำงานสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจำนวนมากทั้งด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ มีความเครียดสูง ร้อยละ 58.3 มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูง (ถูกของมีคมบาด ร้อยละ 31.2 เหยียบของมีคม ร้อยละ 22.9 เป็นต้น) และมีความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานหลายอย่าง เคืองตาหรือตาแดง ร้อยละ 70.8 ผื่นคัน ร้อยละ 60.4 เป็นต้น จากข้อมูลที่พบชี้ให้เห็นว่าการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้โดยองค์กรทางด้านสาธารณสุขและองค์กรทางด้านแรงงาน จำเป็นต้องมีการพัฒนามากขึ้นในอนาคต

Abstract

Construction workers were large group of workers, estimated of more than 1 million in Thailand, but health data were still limited. This cross sectional survey study aimed to gather general health information of this group of workers to improve health and safety care plans in the future. We surveyed 96 workers who worked in Nakhon Pathom, Songkla, Khon Kean and Rayong provinces. We found 83.3% of construction workers were male, 69.4% were graduated from primary schools low incomes and worked as informal workers. Their average age was 43.4 years. Their average working time was 12.9 years. Their health profiles were not well, high rates of alcoholic consumption and tobacco smoking (77.1 and 66.7% respectively). They exposed to various kind of occupational hazards, high rates of stress, high rates of work-related illness and injury. We concluded that it was important for health and labor organizations to increase concern about health problems of construction workers.

ประเด็นสำคัญ-

Keywords

พฤติกรรมสุขภาพ แรงงานก่อสร้าง

Health behavior, construction worker

บทนำ

“งานก่อสร้าง” หมายความว่า การประกอบกิจการเกี่ยวกับการสร้างสิ่งก่อสร้างทุกชนิด เช่น อาคาร บ้านเรือน ถนน อุโมงค์ ท่าเรือ ทางรถไฟ สะพาน เป็นต้น รวมถึงการต่อเติม ซ่อมแซม ซ่อมบำรุง ดัดแปลง เคลื่อนย้าย หรือรื้อถอนทำลาย สิ่งก่อสร้างต่างๆ เหล่านี้ด้วย⁽¹⁾ งานก่อสร้างเป็นกิจกรรมเก่าแก่ของมนุษย์ที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ⁽²⁾ แม้ในปัจจุบันนี้ก็ยังเป็นกิจกรรมที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาความเจริญ และระบบเศรษฐกิจของประเทศ⁽³⁾ ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีผู้ประกอบการ กิจการก่อสร้างอยู่ถึงกว่า 2 หมื่นราย มูลค่าของกิจการรวมกว่า 3 แสนล้านบาท⁽⁴⁾ และมีความเสี่ยงสูงที่คนงานที่ทำงานอยู่ในกิจการประเภทนี้มากกว่า 1 ล้านคน⁽⁵⁾

สำหรับในด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานก่อสร้างนั้น มักพบว่ากิจการก่อสร้างเป็นประเภทกิจการที่มีการประสบอันตราย เจ็บป่วย และเสียชีวิต จากการดำเนินงานสูงที่สุด^(3, 6) ข้อมูลจากสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานของกองทุนเงินทดแทน พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ซึ่งเกิดจากการทำงานในกิจการก่อสร้างคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานทั้งหมด และมีการเสียชีวิตจากกิจการก่อสร้างคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของการเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานทั้งหมด ซึ่งจัดเป็นกิจการที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด⁽⁷⁾

แม้ว่าจะมีแรงงานที่ทำงานอยู่ในกิจการประเภทนี้เป็นจำนวนมาก และมีอัตราการประสบอันตราย และเจ็บป่วยสูง แต่ข้อมูลความเสี่ยงทางด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานในกลุ่มนี้ กลับยังมีอยู่อย่างจำกัด ในอดีตเคยมีการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงานก่อสร้างในบางประเด็นไว้ เช่น ความต้องการและสภาพความเป็นอยู่⁽⁸⁾ สภาพจิตใจ⁽⁹⁾ และการดูแลสุขภาพพออนามัยของตนเอง⁽¹⁰⁾ แต่การศึกษาถึงปัญหาทางสุขภาพ พฤติกรรมทางสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพในงาน ยังไม่เคยมีการศึกษาไว้อย่างชัดเจนมาก่อน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีความต้องการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้แรงงานกลุ่มก่อสร้างเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนป้องกัน ลดอัตราการประสบอันตรายและเจ็บป่วยในแรงงานกลุ่มนี้ในอนาคต เนื่องจากผู้ใช้แรงงานกลุ่มก่อสร้าง จัดว่าเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาความเจริญของประเทศ การทำให้คนงานมีสุขภาพดี ประสบอันตรายและเจ็บป่วยน้อยลง จะเป็นการช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้⁽³⁾ โดย “แรงงานกลุ่มก่อสร้าง” ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่ทำงานอยู่ในกิจการก่อสร้างทั้งหมดที่เป็นคนไทยในทุกตำแหน่งงานทุกหน้าที่ ซึ่งได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานก่อสร้างไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบแรงงานในระบบ หรือแรงงานนอกระบบก็ตาม ส่วนคำว่า “แรงงานนอกระบบ” สำหรับในการศึกษาวิจัยนี้ ใช้นิยามตามนิยามของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม⁽¹¹⁾ ซึ่งหมายความว่าแรงงานชาวไทยที่มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี ซึ่งไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองสุขภาพตามกฎหมายแรงงานสวัสดิการราชการ หรือสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ แต่ยังคงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ทำการสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2552 ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เลือกเฉพาะกลุ่มแรงงานที่เป็นคนไทยทั้งหมด ติดต่อกับกลุ่มแรงงานเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มแรงงานแล้ว จะทำการเก็บข้อมูลขนาดของกิจการ จังหวัดที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และลักษณะงานที่ทำของกลุ่มแรงงานไว้ ทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลจากคนงานทั้งหมดทุกคนที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

การสัมภาษณ์ข้อมูลจากคนงานแต่ละราย ใช้แบบสอบถามที่กลุ่มผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของแบบสอบถามโดยแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์จำนวน 1 ท่าน และ

นักวิชาการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจำนวน 1 ท่าน ใช้การสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (Face to face interview) กับคนงานทุกรายที่ทำการศึกษา

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของคนงาน ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับรายละเอียดหน้าที่การทำงาน ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 4 เกี่ยวกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพที่สัมผัสในขณะทำงาน ส่วนที่ 5 เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน และส่วนที่ 6 เกี่ยวกับอาการหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษา

แรงงานก่อสร้างที่ทำการสำรวจมีจำนวนทั้งสิ้น 96 คน มาจากกลุ่มแรงงานทั้งหมด 4 กลุ่ม คือ กลุ่มแรงงานก่อสร้างโรงกรองน้ำในจังหวัดนครปฐมจำนวน 15 คน ร้อยละ 15.6 กลุ่มแรงงานก่อสร้างสถานีอนามัยในจังหวัดสงขลาจำนวน 29 คน ร้อยละ 30.2 กลุ่มแรงงานก่อสร้างบ้านในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 44 คน ร้อยละ 45.8 และกลุ่มแรงงานก่อสร้างอาคารจอดรถในจังหวัดระยองจำนวน 8 คน ร้อยละ 8.4

คนงานที่ศึกษาเป็นเพศชาย 80 คน ร้อยละ 83.3 และเพศหญิง 16 คน ร้อยละ 16.7 มีคนงานในทุกช่วงวัย ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยชรา อายุเฉลี่ย 43.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.8 ปี, พิสัย 18 - 64 ปี) ส่วนใหญ่แต่งงานแล้วและจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคอีสาน 50 คน ร้อยละ 52.1 ภาคใต้ 30 คน ร้อยละ 31.2 ภาคกลาง 8 คน ร้อยละ 8.3 ภาค ตะวันออก 5 คน ร้อยละ 5.2 และภาคเหนือ 3 คน ร้อยละ 3.1 เมื่อพิจารณาสถานที่ทำงานปัจจุบันกับภูมิลำเนาของคนงาน พบว่ามีคนงานที่ไม่ได้ทำงานอยู่ในภูมิลำเนาของตนเอง 12 คน ร้อยละ 12.5 ซึ่งคนงานที่ไม่ได้ทำงานในภูมิภาคของตนเอง เป็นคนงานจากภาคอีสานมากที่สุด 7 คน ร้อยละ 7.3 คนงานเกือบทั้งหมดเป็นแรงงานนอกระบบ ที่ทำงานโดยไม่มีสัญญาจ้างงาน มีรายได้ต่อวันเฉลี่ย 262.8 บาท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 132.1 บาท พิสัย 100 - 1,100 บาท) รายละเอียดข้อมูลทั่วไป

ของกลุ่มคนงานที่ศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มแรงงานก่อสร้างที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไป (n=96)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	80	83.3
หญิง	16	16.7
อายุ		
18 - 29	13	13.5
30 - 39	23	24.0
40 - 49	26	27.1
50 - 59	27	28.1
≥ 60	7	7.3
สถานภาพสมรส		
โสด	19	19.8
คู่	72	75.0
หม้าย / หย่าร้าง	5	5.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.0
ประถม	57	59.4
มัธยมต้น	19	19.8
มัธยมปลาย / อาชีวศึกษา	16	16.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	3.1
ลักษณะการทำงาน		
นอกระบบ	83	86.5
ในระบบ	9	9.4
เจ้าของกิจการ	4	4.2
รายได้ต่อวัน (บาท)		
≤ 199	10	10.4
200 - 249	30	31.2
250 - 299	25	26.0
≥ 300	31	32.3

ข้อมูลตำแหน่งงานของกลุ่มแรงงานที่ศึกษา เมื่อพิจารณาตามชื่ออาชีพ (Job titles) ที่คนงานแจ้งแก่ผู้สัมภาษณ์ พบว่าเป็นช่างไม้จำนวนมากที่สุดถึง 22 คน ร้อยละ 22.9 รองลงมาคือช่างปูนจำนวน 19 คน ร้อยละ 19.8 กรรมกร 17 คน ร้อยละ 17.8 ช่างไฟฟ้า 15 คน ร้อยละ 15.7 ช่างเชื่อมโลหะ 6 คน ร้อยละ 6.2 วิศวกร หรือไฟร์แมน 4 คน ร้อยละ 4.2 ช่างทาสี 4 คน ร้อยละ 4.2 ช่างประปา 3 คน ร้อยละ 3.1 ช่างทำผ้า 3 คน ร้อยละ 3.1 ช่างปักกระเบื้อง 1 คน ร้อยละ 1.0 คนขับรถบรรทุกขนวัสดุ ก่อสร้าง 1 คน ร้อยละ 1.0 และพนักงานในสำนักงาน ก่อสร้าง 1 คน ร้อยละ 1.0

เมื่อสอบถามรายละเอียดการทำงานในขั้นตอนต่างๆ ของการก่อสร้าง (Job descriptions) พบว่าคนงานส่วนใหญ่ต้องทำงานในหลายขั้นตอนของการก่อสร้าง ลักษณะงานที่ทำบางงานไม่ตรงตามชื่ออาชีพ เช่น มีคนงานที่ระบุว่าตนเองทำงานหลักเป็นช่างไม้จำนวน 22 คน แต่มี คนงานที่ต้องทำงานเลื่อยไม้หรือไสไม้ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของงานทั้งหมดถึง 41 คน ร้อยละ 42.7 หรือมีคนงานที่ระบุว่าตนเองเป็นช่างปูนจำนวน 19 คน แต่มี คนงานที่ต้องเทปูนลาดพื้นกับเทปูนหล่อเสา หรือคาน จำนวนถึง 43 คน ร้อยละ 44.8 และ 42 คน ร้อยละ 43.8 ตามลำดับ รายละเอียดของตำแหน่งงานหลัก และการทำงานในขั้นตอนย่อยต่างๆ ของคนงาน แสดงดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลตำแหน่งงานและรายละเอียดการทำงานของกลุ่มแรงงานก่อสร้างที่ศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับงาน (n = 96)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ตำแหน่งงานหลัก		
ช่างไม้	22	22.9
ช่างปูน	19	19.8
กรรมกร	17	17.8
ช่างไฟฟ้า	15	15.7
ช่างเชื่อมโลหะ	6	6.2
วิศวกร / โฟร์แมน	4	4.2
ช่างทาสี	4	4.2
ช่างประปา	3	3.1
ช่างทำผ้า	3	3.1
ช่างปุกระเบื้อง	1	1.0
ขับรถบรรทุก	1	1.0
งานสำนักงาน	1	1.0
รายละเอียดงานชนิดต่างๆ		
ชุดหลุมเสา	44	45.8
เทปูนลาดพื้น	43	44.8
เทปูนหล่อเสา / คาน	42	43.8
เลื่อยไม้ / ไสไม้	41	42.7
ตีผนัง	39	40.1
ใส่ประตู / หน้าต่าง	36	37.5
ตัดเหล็ก / ตัดเหล็ก / ผูกเหล็ก	36	37.5
ก่ออิฐ	35	36.5
เชื่อมเหล็ก	34	35.4
ตีฝ้าเพดาน	33	34.4
ปุกระเบื้อง	32	33.3

(ต่อ) ตารางที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับงาน (n = 96)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
รายละเอียดงานชนิดต่างๆ		
ทาสี	31	32.3
ติดตั้งระบบประปา	26	27.1
รื้อถอนอาคาร	25	26.0
มุงหลังคา	21	21.9
ติดตั้งระบบไฟฟ้า	15	15.6
ควบคุมเครื่องจักรกล	5	5.2

หากพิจารณาให้ผู้ที่มีตำแหน่งงานหลักเป็นช่างไม้ ช่างปูน กรรมกร และช่างทาสี จัดว่าเป็นแรงงานไร้ฝีมือ (Unskilled workers) และตำแหน่งงานอื่นๆ ที่เหลือจัดอยู่ในกลุ่มแรงงานมีฝีมือ (skilled workers) จะพบว่า แรงงานเพศหญิงจำนวน 16 คนนั้น ส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือจำนวนถึง 12 คน โดยเป็นกรรมกร 10 คน และเป็นช่างปูน 2 คน แตกต่างจากแรงงานชายซึ่งจะมีทั้งแรงงานไร้ฝีมือและแรงงานมีฝีมือ

คนงานกลุ่มที่ทำการศึกษามีอายุงานเฉลี่ย 12.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.7 ปี พิสัย 1 เดือน - 48 ปี) ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.8 ชั่วโมง พิสัย 5 - 14 ชั่วโมงต่อวัน) จำนวนชั่วโมงหยุดพักในแต่ละวันเฉลี่ย 1.1 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.2 ชั่วโมง พิสัย 1 - 2 ชั่วโมงต่อวัน) จำนวนวันหยุดต่อเดือนเฉลี่ย 5 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.6 วัน พิสัยตั้งแต่ไม่มีวันหยุดงานจนถึงหยุด 12 วันต่อเดือน) คนงานจำนวน 38 คน ร้อยละ 39.6 ต้องทำงานล่วงเวลาในบางวัน คนงานเกือบทั้งหมดจำนวน 95 คน ร้อยละ 99.0 ทำงานในกะกลางวันเพียงอย่างเดียว มีคนงานเพียง 1 คนเท่านั้น ที่ต้องทำงานสลับกะกลางคืนด้วย ร้อยละ 1.0

คนงานจำนวน 43 คน ร้อยละ 44.8 ทำอาชีพอื่นร่วมกับอาชีพก่อสร้างด้วย ซึ่งแบ่งเป็นงานในภาคเกษตรกรรม 31 คน ร้อยละ 32.3 ภาคบริการ 8 คน ร้อยละ 8.3 และภาคอุตสาหกรรม 4 คน ร้อยละ 4.2 คนงาน จำนวน 72 คน ร้อยละ 75 เคยทำอาชีพอื่นมาก่อน ทำงานก่อสร้าง ซึ่งส่วนใหญ่งานเดิมจะเป็นงานในภาคเกษตรกรรม จำนวน 50 คน ร้อยละ 52.1

เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสุขภาพของแรงงานก่อสร้าง สอบถามพบว่า มีโรคประจำตัวอยู่ถึง 33 คน ร้อยละ 34.4 ในจำนวนนี้ 9 คน มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 9.4 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคปวดหลัง จำนวน 14 คน ร้อยละ 14.6 รองลงมาคือ โรคภูมิแพ้ 7 คน ร้อยละ 7.3 โรคเบาหวาน 6 คน ร้อยละ 6.3 โรคตา 5 คน ร้อยละ 5.2 โรคความดันโลหิตสูง 4 คน ร้อยละ 4.2 และโรคหอบหืด 3 คน ร้อยละ 3.1 คนงานจำนวน 19 คน ร้อยละ 19.8 รายงานว่ากินยาชนิดใดชนิดหนึ่งอยู่เป็นประจำ ดังนี้ กินยาแก้ปวด 5 คน ร้อยละ 5.2 ยาโรคเบาหวาน 5 คน ร้อยละ 5.2 ยาแก้แพ้ 3 คน ร้อยละ 3.1 ยาลดความดันโลหิต 3 คน ร้อยละ 3.1 ยาคลายเครียด 1 คน ร้อยละ 1.0 ยาบำรุงตับ 1 คน ร้อยละ 1.0 และยารักษาโรคผิวหนัง 1 คน ร้อยละ 1.0

มีคนที่ดื่มสุรามีจำนวนมากถึง 74 คน ร้อยละ 77.1 ในจำนวนนี้มี 16 คน ร้อยละ 16.7 ที่ดื่มมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ อัตราการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง มีคนที่สูบบุหรี่จำนวนถึง 64 คน ร้อยละ 66.7 ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ มีผู้ที่สูบบ่อยกว่า 10 มวนต่อวันมากถึง 39 คน ร้อยละ 40.6 และมีผู้ที่สูบนานมากกว่า 10 ปีถึง 47 คน ร้อยละ 49.0 มีผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังเพื่อช่วยให้มีแรงทำงาน 38 คน ร้อยละ 39.6 ดื่มน้ำกาแฟด้วยเหตุผลเดียวกัน 64 คน ร้อยละ 66.7 หากจัดว่าบุหรี่ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง และกาแฟเป็นสารกระตุ้นที่ช่วยในการทำงานแล้ว จะพบว่ามีคนงานก่อสร้างเพียง 12 ราย เท่านั้น ที่ไม่ได้ใช้สารกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่งเหล่านี้เลย ซึ่งคนงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึง 7 คน เพศชาย เพียง 5 คน

คนงานส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด เป็นจำนวนถึง 72 คน ร้อยละ 75.0 ใช้สิทธิประกันสังคม 7 คน ร้อยละ 7.3 ใช้สิทธิเบิกการของคูสมรสหรือบุตร 3 คน ร้อยละ 3.1 และมีผู้ที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองหรือไม่ทราบสิทธิด้านสุขภาพของตนเองจำนวนถึง 14 คน ร้อยละ 14.6 ในเรื่องสถานที่ที่ไปรับการรักษาเมื่อป่วยเป็นแห่งแรก พบว่าคนงานไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐมากที่สุด 74 คน ร้อยละ 77.1 รองลงมาคือ ซื้อยากินเอง 11 คน ร้อยละ 11.5 ไปรักษาที่คลินิกเอกชน 10 คน ร้อยละ 10.4 และไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน 1 คน (1.0 %) รายละเอียด ข้อมูลปัจจัย

ทางด้านสุขภาพของคนงานก่อสร้าง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางสุขภาพอนามัยของแรงงานกลุ่มก่อสร้างที่ศึกษา

ปัจจัยทางสุขภาพ (n = 96)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
โรคประจำตัว		
ปวดหลัง	14	14.6
ภูมิแพ้	7	7.3
เบาหวาน	6	6.3
โรคตา / สายตาไม่ดี	5	5.2
ความดันโลหิตสูง	4	4.2
หอบหืด	3	3.1
โรคหู / การได้ยินไม่ดี	2	2.1
โรคพิษสุราเรื้อรัง	1	1.0
ผื่นแพ้เรื้อรัง	1	1.0
กินยาประจำ	19	19.8
ดื่มสุรา	74	77.1
สูบบุหรี่	64	66.7
ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง	38	39.6
ดื่มกาแฟ	64	66.7
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพแห่งชาติ	72	75.0
จ่ายเงินเอง / ไม่ทราบสิทธิตนเอง	14	14.6
ประกันสังคม	7	7.3
สิทธิเบิกการของคูสมรส / บุตร	3	3.1
สถานที่ที่ไปทำการรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
โรงพยาบาลของรัฐ	74	77.1
ซื้อยากินเอง	11	11.5
คลินิกเอกชน	10	10.4
โรงพยาบาลเอกชน	1	1.0

ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ ที่คนงานรับรู้ได้ว่าตนเองได้รับสัมผัสขณะทำงาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า คนงานส่วนใหญ่ได้รับสิ่งคุกคามหลายอย่างในการทำงาน ครอบคลุมทุกกลุ่มของสิ่งคุกคาม ในด้านกายภาพ คนงานมากกว่าครึ่งต้องทำงานในที่อากาศร้อน ตากแดด เสียงดัง และได้รับแรงสั่นสะเทือนจากเครื่องจักรที่ใช้ เช่นเดียว

กับสิ่งคุกคามทางด้านเคมี คนงานมากกว่าครึ่งรายงาน ว่าได้รับสัมผัสฝุ่นไม้ ฝุ่นปูนซีเมนต์ ฝุ่นซีเมนต์เปียก ไอระเหยจากตัวทำละลาย และฝุ่นจากการรื้อถอนอาคาร ซึ่งอาจมีแร่ใยหินปนเปื้อนอยู่ คนงานบางส่วนได้รับ ไอจากการเชื่อมโลหะในการทำงานด้วย สิ่งคุกคามทางด้านชีวภาพที่เป็นปัญหา พบได้บ่อยคือ มียุงในบริเวณ ที่ทำงาน และบางส่วนรายงานว่ามีสัตว์พิษ เช่น งู ตะขาบ แมงป่อง ในที่ทำงาน สำหรับสิ่งคุกคามทางด้านจิตสังคม ที่พบคือ คนงานมากกว่าครึ่งรู้สึกลำบากที่ต้องย้าย สถานที่ทำงานบ่อยๆ บางส่วนรู้สึกว่าการที่ทำงานมีปริมาณ มากเกินไป แต่มีคนงานเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่รู้สึกว่า หิวหน่งงาน และเพื่อนร่วมงานไม่ให้ความร่วมมือ สิ่งคุกคามทางด้านชีวกลศาสตร์ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยมาก คนงานเกือบทั้งหมด รายงานว่าต้องทำงานก้มหลัง บิดเอว และยกของหนักมากกว่าครึ่ง ต้องนั่งยองๆ หรือคุกเข่านานๆ ยกมือในท่าค้ำไว้เหนือศีรษะนานๆ และทำงานบนที่สูง

ในด้านความปลอดภัยในการทำงาน คนงาน จำนวน 64 คน ร้อยละ 66.7 ไม่เคยได้รับการอบรมวิธีการทำงานจากสถานประกอบการของตนเอง จำนวน 44 คน ร้อยละ 45.8 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน คนงานจำนวน 88 คน ร้อยละ 91.7 ใส่อุปกรณ์ป้องกัน อันตรายส่วนบุคคลอย่างน้อย 1 ชนิดขณะทำงาน โดย 35 คน ร้อยละ 36.5 ใช้หมวก นิรภัย 73 คน ร้อยละ 76.0 ใช้เสื้อแขนยาว 14 คน ร้อยละ 14.6 ใช้หน้ากากกรอง 46 คน ร้อยละ 47.9 ใช้ผ้าปิดจมูก 71 คน ร้อยละ 74.0 ใส่ถุงมือ 27 คน ร้อยละ 28.1 ใส่แว่นตานิรภัย 33 คน ร้อยละ 34.4 ใส่รองเท้านิรภัย และ 2 คน ร้อยละ 2.2 ใส่อุปกรณ์ ป้องกันเสียงดัง มีคนงานจำนวน 8 คน ที่รายงานว่า ไม่เคยใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลชนิดใด ๆ เลยขณะทำงาน คนงานเหล่านี้ มีตำแหน่งงานเป็น กรรมกร 3 คน ช่างทาสี 2 คน ช่างปูน 1 คน ช่างทำผ้า 1 คน และวิศวกร 1 คน

ในคนงานกลุ่มที่ทำการสำรวจครั้งนี้ ไม่มี รายใดเลยที่เคยสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุเนื่องจากการ ทำงานก่อสร้าง เมื่อสอบถามถึงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ ถูกของ มีคมบาดหรือทิ่มแทงเป็นแผล รองลงมาคือเหยียบ ของมีคม ถูกของหล่นใส่ศีรษะ ถูกไฟฟ้าดูด และตกจาก

ที่สูง โดยรวมแล้วมีคนงานถึง 46 คน (ร้อยละ 47.9) ที่ประสบอุบัติเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งในการทำงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รายละเอียดการประสบอุบัติเหตุ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลสิ่งคุกคามต่อสุขภาพที่แรงงาน กลุ่มก่อสร้างสัมผัส

สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ (n = 96)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ด้านกายภาพ		
ทำงานกลางแจ้ง	92	95.8
ทำงานในที่อากาศร้อน	93	96.9
ทำงานในที่เสียงดัง	84	87.5
ใช้เครื่องจักรที่มีแรงสั่นสะเทือน	67	69.8
ด้านเคมี		
ฝุ่นปูนซีเมนต์	78	81.3
ฝุ่นซีเมนต์เปียก	70	72.9
ฝุ่นไม้	68	70.8
ไอจากการเชื่อม / บัดกรีโลหะ	41	42.7
ไอระเหยจาก กาว สี ทินเนอร์	62	64.6
ฝุ่นจากการรื้อถอนฝ้าเพดาน / หลังคา	66	68.8
ด้านชีวภาพ		
บริเวณก่อสร้างมียุง	84	87.5
บริเวณก่อสร้างมีสัตว์พิษ เช่น งู	43	44.8
ตะขาบ		
ด้านจิตใจ		
รู้สึกลำบากที่ต้องย้ายที่ทำงานบ่อย	53	55.2
รู้สึกว่างานที่ทำงานมีปริมาณมากเกินไป	37	38.5
รู้สึกว่าหิวหน่ง / เพื่อนร่วมงานไม่ให้ความร่วมมือ	14	14.6
ความช่วยเหลือ		
ด้านชีวกลศาสตร์		
ก้มหลังและบิดเอว	84	87.5
ยกของหนัก	81	84.4
นั่งยองๆ หรือคุกเข่านานๆ	69	71.9
ยกมือค้ำไว้เหนือศีรษะ	65	67.7
ทำงานบนที่สูง	59	61.5
การประสบอุบัติเหตุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
ถูกของมีคมบาด / ทิ่มแทงเป็นแผล	30	31.2
เหยียบของมีคม	22	22.9
ถูกของหล่นใส่	20	20.8
ถูกไฟฟ้าดูด	12	12.5
ตกจากที่สูง	6	6.2

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเคยมีอาการเจ็บป่วยใดบ้างตั้งแต่เข้ามาทำงานก่อสร้าง พบว่าคนงานก่อสร้างทุกคนรายงานว่า ตนเองมีอาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 อย่างตั้งแต่เข้ามาทำงาน อาการที่คนงานรายงานว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วยมากที่สุด คือ เื่องตาหรือตาแดง อาการที่พบบ่อยรองลงมา คือ มีผื่นคัน เครียดจากการทำงาน เศษวัสดุกระเด็นเข้าตา และเวียนศีรษะ อาการที่พบได้บ้างคือ ชาปลายนิ้วมือ เหนื่อยง่ายเวลาออกแรง หน้ามืดหรือเป็นลมจากอากาศร้อน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หูอื้อหรือมีเสียงในหู ปวดตาล้ามองแสงเชื่อม แขนงอก ไอเรื้อรัง ผื่นคันเรื้อรัง และการได้ยินเสียงลดลง รายละเอียดอาการเจ็บป่วยของคนงานก่อสร้างดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลอาการหรือความเจ็บป่วยของแรงงานกลุ่มก่อสร้างที่ศึกษา

อาการเจ็บป่วย (n = 96)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เื่องตา / ตาแดง	68	70.8
ผื่นคัน	58	60.4
รู้สึกเครียดจากการทำงาน	56	58.3
เศษวัสดุกระเด็นเข้าตา	53	55.2
เวียนศีรษะ มึนงง	52	54.2
ชาปลายนิ้วมือ	46	47.9
เหนื่อยง่ายเวลาออกแรง	42	43.8
หน้ามืด เป็นลม หรือวูบจากอากาศร้อน	42	43.8
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	41	42.7
หูอื้อ / มีเสียงวิ้ง ๆ ในหู	31	32.3
ปวดตาล้ามองแสงเชื่อม	30	31.2
แขนงอก	29	30.2
ไอเรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์	18	18.8
ผื่นเรื้อรังขึ้นนานกว่า 1 เดือน	13	13.5
การได้ยินเสียงลดลง	9	9.4

การหาความสัมพันธ์ของสิ่งคุกคามที่สัมผัสกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งคุกคามต่อสุขภาพบางชนิดกับอาการเจ็บป่วยของคนงานดังนี้ การสัมผัสปูนซีเมนต์เปียกกับอาการผื่นแพ้ ($p < 0.001$) การสัมผัสฝุ่นปูนซีเมนต์กับอาการผื่นแพ้ ($p = 0.02$) การสัมผัสไอระเหยจากกาบ สี ทินเนอร์ กับอาการแน่นหน้าอก ($p = 0.04$) และการทำงานก้มหลังและบิดเอวกับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ($p = 0.05$)

วิจารณ์

จากการศึกษาข้อมูลในครั้งนี้ พบว่าคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา สถานภาพโสดหรือคู่ มีการหย่าร้างน้อย มีอายุกระจายอยู่ในทุกช่วงอายุเท่า ๆ กัน ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ คนงานบางส่วนมีอายุเลยวัยเกษียณแล้ว รายได้เฉลี่ยของคนงานใกล้เคียงกับอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ⁽¹²⁾ และเกือบทั้งหมดเป็นแรงงานนอกระบบ ลักษณะทั่วไปเช่นนี้เป็นลักษณะที่พบได้ทั่วโลก⁽³⁾ ยกเว้นในบางประเทศที่จะพบสัดส่วนของแรงงานก่อสร้างในระบบมาก เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย⁽¹³⁾ สาเหตุอาจเนื่องจากการดำเนินงานในรูปแบบบริษัทเป็นหลักและมีการทำสัญญาการจ้างงาน ชัดเจน

ปัจจุบันคนงานก่อสร้างหญิงมีจำนวนมากขึ้น และคนงานหญิงส่วนใหญ่ มักถูกจัดให้ทำงานไร้ฝีมือ เช่น งานแบกหาม⁽²⁾ ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าคนงานหญิงทำงานเป็นไร้ฝีมือเป็นส่วนมากเช่นกัน เมื่อคนงานหญิงที่มีสรีระแข็งแรงน้อยกว่าคนงานชาย ต้องมาทำงานที่ใช้กำลังมาก โดยไม่มีการปรับสภาพงานให้เหมาะสม เพศก่อน โอกาสเกิดโรคเรื้อรังทางกระดูกและกล้ามเนื้อจะมากขึ้นได้ ในการสำรวจครั้งนี้ไม่พบการใช้แรงงานเด็ก แต่มีแรงงานสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) อยู่ประมาณร้อยละ 10 แรงงานสูงอายุเหล่านี้ทำงานอยู่ในกิจการก่อสร้างซึ่งเป็นกิจการที่มีความอันตรายสูงสุด และป็นงานที่ต้องใช้พลังกำลังมาก ด้วยสรีระวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปของคนสูงอายุ เช่น มวลของกล้ามเนื้อที่ลดลง การทรงตัวที่ไม่ดี การมองเห็นและการได้ยินที่ลดลง อาจทำให้เสี่ยงต่อโรคและอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น

การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาข้อมูลของคนงานก่อสร้างที่เป็นคนไทยเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมถึงคนงานต่างด้าว ซึ่งเป็นแรงงานกลุ่มพิเศษอีกกลุ่มหนึ่งที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในปัจจุบันเช่นกัน⁽¹⁴⁾ ไม่เพียงเฉพาะแต่ในประเทศไทย แต่แรงงานต่างด้าวในกิจการก่อสร้างพบได้ในประเทศที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจสูงทั่วโลก⁽¹³⁾ โดยทั่วไปแรงงานต่างด้าวมักมีความเป็นอยู่พื้นฐาน สิทธิ และสวัสดิการ ต่ำกว่าแรงงานเจ้าของประเทศ การศึกษา

เพิ่มเติมถึงปัญหาของแรงงานก่อสร้างที่เป็นคนต่างด้าวในประเทศไทย อาจช่วยให้เข้าใจปัญหาของแรงงานต่างด้าวในภาพรวมมากขึ้น

จากข้อมูลตำแหน่งงานพบว่า การทำงานก่อสร้างมีขั้นตอนจำนวนมาก และมีอาชีพที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศไทย อาชีพ ช่างไม้ ช่างปูน ช่างก่ออิฐ ช่างทาสี และกรรมกร จะไม่มีการแยกกันอย่างชัดเจนเหมือนในต่างประเทศ เนื่องจากประเทศไทยผู้ที่ทำงานไม้ ผสมปูน เทปูน โบกปูน ก่ออิฐ ทาสี และแบกหาม มักจะเป็นคนคนเดียวกัน หรือกลุ่มเดียวกันหมด ซึ่งจัดเป็นแรงงานกลุ่มไร้ฝีมือในกิจการก่อสร้างต่างจากบางประเทศ ซึ่งช่างไม้ (carpenter) ช่างปูน (plasterer) ช่างก่ออิฐ (bricklayer) ช่างก่อตึก (mason) และกรรมกร (labor) จะมีการแยกหน้าที่กันอย่างชัดเจนในบางประเทศ เช่น ฝรั่งเศส อาชีพช่างไม้อาชีพเดียวยังแยกความเชี่ยวชาญ ได้เป็นหลายแขนง และมีชื่อเรียกต่างกันอีกด้วย เช่น “carpenter” หมายถึง ช่างไม้ที่ทำโครงสร้างของบ้าน “joiner” หมายถึง ช่างไม้ที่ทำหน้าที่ใส่ประตูและหน้าต่าง ส่วน “cabinet maker” หมายถึง ช่างไม้ที่ทำเฉพาะตู้ไม้ เป็นต้น⁽¹⁵⁾ ลักษณะการทำงานหลายหน้าที่ในคนเดียวของแรงงานก่อสร้างไร้ฝีมือในประเทศไทยนี้ ทำให้โอกาสการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพเกิดได้หลากหลายกว่าคนที่ทำงานเดียว และทำให้การประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคาม (exposure assessment) ในคนงานกลุ่มนี้จะประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามจากชื่ออาชีพ (job titles) เพียงอย่างเดียวไม่ได้ แต่ต้องพิจารณาถึงรายละเอียดการทำงานทั้งหมด (job descriptions) ด้วย⁽¹⁶⁾

ส่วนอาชีพ ช่างไฟฟ้า ช่างประปา ช่างเชื่อม ช่างทำผ้า และช่างปูกระเบื้อง จากการสำรวจในครั้งนี้พบว่าคนงานที่ทำงานเหล่านี้มักจะทำงานเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นงานใช้ฝีมือซึ่งมีลักษณะงานที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะด้านในการทำ

คนงานส่วนใหญ่ทำงานมานาน มีอายุงานเฉลี่ยถึง 12.9 ปี บางส่วนทำงานในภาคเกษตรกรรมร่วมด้วย คนงานบางส่วนทำงานก่อสร้างอย่างเดียว แต่เคยทำงานในภาคเกษตรกรรมมาก่อน สาเหตุที่พบลักษณะเช่นนี้ คาดว่า เกิดจากรายได้ จากการทำงานก่อสร้างดีกว่า

รายได้จากการทำงานในภาคเกษตรกรรม คนงานส่วนน้อยบางส่วนทำงานโดยไม่มียวันหยุด และบางส่วนต้องทำงานล่วงเวลา การทำงานโดยจำนวนชั่วโมง การทำงานยาวนานต่อเนื่องกันเช่นนี้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนงาน และอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจากการทำงานได้ง่าย⁽¹⁷⁾

ข้อมูลทางด้านสุขภาพของคนงาน พบว่ามีโรคประจำตัวอยู่ถึงหนึ่งในสาม ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดก็คือโรคปวดหลัง สาเหตุหนึ่งอาจมาจากการทำงานในท่าทางที่ไม่ถูกต้องตามหลักชีวกลศาสตร์⁽¹⁸⁾ เช่น ยกของหนักเกินกำลัง ก้มหลังและบิดเอวขณะทำงาน การหาความสัมพันธ์ของสิ่งคุกคามที่สัมผัสกับอาการที่เกิดขึ้น พบความสัมพันธ์ของการทำงานก้มหลังและบิดเอว กับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนว่าคนงานก่อสร้างที่ต้องทำงานในท่าทางที่ผิดหลักชีวกลศาสตร์ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคทางกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง

คนงานเกือบร้อยละ 20 กินยาประจำอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ ยาที่กินมากที่สุดคือยาแก้ปวด คาดว่าเป็นผลมาจากอาการปวดกล้ามเนื้อซึ่งเป็นกันมาก การที่คนงานบางส่วนกินยาแก้ปวด ยาคลายเครียด หรือยาคลายกล้ามเนื้อบางชนิด อาจทำให้เกิดอาการง่วงนอนขณะทำงาน บุคลากรทางสาธารณสุขจึงควรให้ความรู้แก่คนงานทุกครั้งที่มีการจ่ายยาที่ทำให้ง่วงนอนเพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

คนงานมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ บางส่วนดื่มสุราและสูบบุหรี่มานาน เป็นปริมาณมาก บ่งบอกว่าการส่งเสริมสุขภาพในแรงงานกลุ่มนี้ยังมีไม่มากนัก และอาจเนื่องจากงานต้องใช้กำลังกายมาก คนงานเกือบทั้งหมดจึงจำเป็นต้องใช้สารกระตุ้นอย่างใด อย่างหนึ่งในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นบูทรีกาเฟ หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง

ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าคนงานส่วนใหญ่ สามารถเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติได้เกือบทั้งหมด แต่หากทำการสนับสนุนให้ได้รับสิทธิสวัสดิการด้านอื่นๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพได้ เช่น กรณีคลอดบุตร กรณีชราภาพ จะช่วยเป็นหลักประกันชีวิตให้แก่คนกลุ่มนี้ได้มากขึ้น และเนื่องจากการ

ทำงานก่อสร้างต้องย้ายสถานที่ทำงานบ่อย แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมอนุญาตให้เลือกสถานพยาบาลตามสิทธิได้เพียงปีละครั้ง หรือถ้าจะเปลี่ยนโรงพยาบาลก็ทำได้อย่างยากลำบาก ต้องใช้ขั้นตอนมาก ครอบคลุมเวลาทำงานของผู้มีรายได้น้อย ทำให้การสำรวจครั้งนี้พบว่าคนงานประมาณร้อยละ 20 เลือกที่จะไปใช้บริการคลินิกเอกชนหรือซื้อยากินเองมากกว่า คนงานจึงต้องเสียเงินค่ารักษาพยาบาลทั้งที่มีสิทธิประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้การลดข้อจำกัดในการเลือกสถานพยาบาล ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่ต้องทำงานย้ายสถานที่ไปเรื่อย ๆ เช่นกลุ่มคนงานก่อสร้างนี้ จะทำให้แรงงานได้เข้าถึงการรักษาตามสิทธิของตนเองมากขึ้น ในรายที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก็จะมีโอกาสรับยาต่อเนื่องได้มากขึ้น

ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ พบว่าคนงานก่อสร้างสัมผัสสิ่งคุกคามจำนวนมาก ทั้งด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ ชีวกลศาสตร์ และจิตสังคม การสนับสนุนให้มีการพัฒนาทางด้านอาชีวอนามัยของสถานประกอบการ จะมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยลดโรคจากการทำงานที่จะเกิดขึ้นได้ การศึกษารายละเอียดของการสัมผัสสิ่งคุกคามแต่ละชนิด ว่ามีระยะเวลาการสัมผัสความเข้มข้นในการสัมผัส และความถี่ในการสัมผัสมากเพียงใด จะช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหามากขึ้น

ในเรื่องเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน พบว่าคนงานประสบอุบัติเหตุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงเกือบร้อยละ 50 ซึ่งจัดว่าเป็นอัตราการประสบอุบัติเหตุที่สูงมาก เมื่อเทียบกับอัตราการประสบอุบัติเหตุที่รายงานโดยกองทุนเงินทดแทน⁽⁷⁾ ในเรื่องการอบรมความปลอดภัย ปัจจุบันมีการอบรมในคนงานเพียงส่วนน้อยเท่านั้น และคนงานบางส่วนไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขณะทำงาน แม้ว่าปัจจุบันจะมีกฎหมายบังคับในเรื่องความปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างแล้วก็ตาม⁽¹⁾ แต่การพัฒนาในแง่การปฏิบัติจริงยังต้องทำการส่งเสริมอีกมาก ในกลุ่มศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ที่สูญเสียอวัยวะจากการทำงานก่อสร้างเลย แม้ว่าสถิติจากกองทุนเงินทดแทนจะแสดงชัดเจนว่า งานก่อสร้างเป็นกิจการที่มีผู้ประสบอุบัติเหตุสูงที่สุด⁽⁷⁾ สาเหตุ

ที่ไม่พบอาจเกิดจากกลุ่มที่ศึกษาไม่มีการประสบอันตรายถึงขั้นเสียอวัยวะจริง หรืออาจเกิดจากมี Healthy workers effect⁽¹⁹⁾ คือคนงานที่สูญเสียอวัยวะไม่สามารถทำงานก่อสร้างต่อไปได้จึงต้องเลิกทำงานไป ทำให้สำรวจพบแต่คนงานที่ไม่เคยประสบอันตรายสูญเสียอวัยวะ

คนงานก่อสร้างทั้งหมดรายงานว่าตนเองมีอาการผิดปกติทางร่างกายอย่างน้อย 1 อย่างตั้งแต่เข้ามาทำงานก่อสร้าง ในจำนวนอาการที่คนงานแจ้งว่าเป็นทั้งหมด ที่พบบ่อยที่สุดคืออาการทางตา ได้แก่ อาการเคืองตาหรือตาแดง เศษวัสดุกระเด็นเข้าตา และบางส่วนเคยปวดตาจากการมองแสงเชื่อม อาการที่เกิดขึ้นที่ตานี้ เป็นอาการที่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด การออกแบบลักษณะการทำงาน ให้เกิดฝุ่นน้อยลง การแนะนำให้คนงานใส่แว่นตาป้องกันฝุ่นขณะทำงาน จะช่วยลดอาการเคืองตาเนื่องจากฝุ่นเข้าตาได้ การใส่หน้ากากกรองแสงเชื่อมขณะทำงานเชื่อม หรือดูเพื่อนทำงานเชื่อม จะช่วยลดอาการปวดตาจากการมองแสงเชื่อมได้ กรณีของเศษวัสดุกระเด็นเข้าตาซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงจนถึงขั้นตาบอด การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุชนิดนี้เพิ่มเติม เช่นชนิดของวัสดุที่กระเด็นเข้าตา กลไกการเกิดจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนป้องกันต่อไปในอนาคต⁽²⁰⁾ การใส่แว่นตานิรภัย เพื่อป้องกันการกระเด็นของเศษวัสดุ เป็นส่วนหนึ่งที่จะสามารถป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นได้⁽²¹⁾

อาการที่พบบ่อยรองลงมาคือ อาการผื่นคัน ซึ่งสัมพันธ์กับการสัมผัสปูนซีเมนต์เปียก และฝุ่นปูนซีเมนต์ การให้ความรู้เลือกใช้เทคนิคการผสมที่ไม่ต้องสัมผัสกับปูนโดยตรง การใส่ถุงมือป้องกันการจับที่ล้างมือให้แกคนงาน จะเป็นส่วนช่วยให้เกิดผื่นลดลงได้ อาการเครียดจากการทำงาน พบในอัตราที่สูงกว่าครึ่งของจำนวนคนงานทั้งหมด แสดงถึงการทำงานที่มีความกดดัน ส่วนหนึ่งอาจมาจากการเร่งงานสภาพดินฟ้าอากาศ ที่มีผลต่อการทำงานแต่ควบคุมไม่ได้ เศรษฐฐานะของคนงานที่ยากจน ปัญหาขาดแรงสนับสนุนเนื่องจากอยู่ห่างไกลครอบครัว ไปจนถึงความเป็นอยู่พื้นฐานที่ไม่ดี คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่นอนพักอยู่ในพื้นที่ก่อสร้างในเพิงซึ่งสร้างจากสังกะสี มีความเป็นส่วนตัวน้อย และไม่ค่อยมีเครื่องอำนวยความสะดวกใดๆ

ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ล้วนแต่เป็นเหตุสนับสนุนให้คนงานเกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น⁽³⁾

ข้อจำกัดในการแปลผลอาการเจ็บป่วยของคนงานก่อสร้างในการศึกษาครั้งนี้ คืออาการที่แสดงเป็นอาการที่คนงานรายงานด้วยตนเองตามแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีความลำเอียงในการให้ข้อมูลได้สูงเนื่องจากเป็นความเห็นส่วนบุคคล (Subjective) การศึกษาที่ทำการวัดด้วยวิธีที่มีเกณฑ์ชัดเจน (objective) จะช่วยให้ข้อมูลความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจของคนงานก่อสร้างที่พบน่าเชื่อถือมากขึ้น

การหาความสัมพันธ์ในการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ กับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายกรณีคือ การสัมผัสปูนซีเมนต์เปียกกับอาการผื่นแพ้ การสัมผัสฝุ่นปูนกับอาการผื่นแพ้ การสัมผัสไอระเหยจากกาว สี ทินเนอร์กับอาการแน่นหน้าอก และการทำงานก้มหลังและบิดเอวกับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความสัมพันธ์เหล่านี้ช่วยสนับสนุนว่าสิ่งคุกคามต่างๆ อาจมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติขึ้นในคนงานก่อสร้างจริง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดของรูปแบบการศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถแสดงความเป็นสาเหตุได้ชัดเจน การศึกษาในรูปแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) เพิ่มเติมในอนาคต จะช่วยแสดงความสัมพันธ์ความเป็นสาเหตุ หรือไม่เป็นสาเหตุของการสัมผัสสิ่งคุกคามชนิดต่างๆ กับอาการผิดปกติของคนงานก่อสร้างได้

สรุป

แรงงานก่อสร้างในประเทศไทย ปัจจุบันมีปัญหาก็เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพอยู่มาก ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี มีการติดสุราและบุหรี่ในอัตราที่สูง ต้องทำงานสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจำนวนมาก มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูง มีความเครียดสูง มีความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานหลายอย่าง และส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับสวัสดิการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน การให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสวัสดิการและ

ความเป็นอยู่ของแรงงานกลุ่มนี้โดยองค์กรทางด้านสาธารณสุข องค์กรทางด้านแรงงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จำเป็นต้องมีการพัฒนาในอนาคต การศึกษาปัญหาต่างๆ โดยละเอียดควรมีการจัดทำเพิ่มเติม เพื่อนำข้อมูลปัญหาที่ได้มาพัฒนางานป้องกันความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงานที่จะเกิดขึ้นแก่ประชากรแรงงานกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพลกุล และคุณเพ็ญศรี อนันตกุลนที ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยชี้แนะให้ความคิดเห็น และตรวจทานแบบสอบถามให้แก่คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มอาชีวอนามัยในแรงงานนอกระบบ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่คณะผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 125 ตอนที่ 110 ก. กฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานก่อสร้าง พ.ศ. 2551. กระทรวงแรงงาน 2551.
2. Felton JS. The construction industry: Its occupational health and safety experience and needs. In: McCunney RJ, ed. A practical approach to occupational and environmental medicine. 3rd ed. PA: Lippincott Williams & Wilkins 2003: 662 - 89.
3. Weeks JL. Health and safety hazards in the construction industry. In: Stellman JM, ed. ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 4th ed. Geneva: International Labour Office 1998.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอุตสาหกรรมก่อสร้าง พ.ศ. 2547. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2552]; แหล่งที่มา: <http://service.>

- nso.go.th/nso/nsopublish/service/const47_ind/construct.pdf
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2551. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2552]; แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/laborOutExc51.pdf>
 6. Snashall D. Occupational health in the construction industry. *Scand J Work Environ Health*. 2005; 31 Suppl 2: 5-10.
 7. กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. สถิติงานประกันสังคม พ.ศ. 2551. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม 2551.
 8. ศิริชัย มุ่งวิริยะ. การศึกษาสภาพและความต้องการของคนงานก่อสร้างในงานก่อสร้างประเภทอาคารสูง เขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.); 2542.
 9. มนตรี นามมงคล, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, ลัดดาวัลย์ พิบุลย์ศรี, สุนทรี สุริยา. ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อสุขภาพจิตแรงงานก่อสร้าง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2537.
 10. พรรคริน ลังกาพินธุ์. การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้างศึกษาเฉพาะกรณี: ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลราชวิถี [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.
 11. กลุ่มงานอาชีวอนามัยในแรงงานนอกระบบ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ. นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2552.
 12. กระทรวงแรงงาน. อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2551. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2552]; แหล่งที่มา: http://www.mol.go.th/statistic_01.html
 13. Roto P. Preventive health services in construction. In: Stellman JM, ed. *ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. 4th ed. Geneva: International Labour Office 1998.
 14. สมาคมอุตสาหกรรมก่อสร้างไทย. ข่าวทั่วไป - ถกหอการค้าจี้รัฐแก้แรงงานปี 52 เร่งกระทรวงขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2552]; แหล่งที่มา: http://www.tca.or.th/html/news_detail.asp?Lang=&id=3097&category_id=1
 15. International Agency for Research on Cancer (IARC). *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans Vol.62, Wood dust and formaldehyde*. Lyon 1995.
 16. Nieuwenhuijsen MJ. *Exposure assessment in occupational and environmental epidemiology*. Oxford: Oxford university press 2003.
 17. Dong X. Long workhours, work scheduling and work-related injuries among construction workers in the United States. *Scand J Work Environ Health*. 2005 Oct; 31(5): 329-35.
 18. Hartmann B, Fleischer AG. Physical load exposure at construction sites. *Scand J Work Environ Health*. 2005; 31 Suppl 2: 88-95.
 19. Li CY, Sung FC. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occup Med (Lond)*. 1999 May; 49(4): 225-9.
 20. Dannenberg AL, Parver LM, Brechner RJ, Khoo L. Penetration eye injuries in the workplace. The National Eye Trauma System Registry. *Arch Ophthalmol*. 1992 Jun; 110(6): 843-8.
 21. Blais BR. Basic principles of occupational ophthalmology. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. *Duane's Ophthalmology*. MD: Lippincott Williams & Wilkins 2006.

การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2552

Surveillance of HIV-1 Antiretroviral Drug Resistant Strains in Thailand in 2009

สุรพล เกษเรียนอุดม วท.ม. (พันธุศาสตร์)

Surapol Kohreanudom M.Sc. (Genetics)

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bureau of AIDS, Tuberculosis and STIs

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสครั้งนี้ ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาต้านไวรัสมานานมากกว่า 6 เดือน 398 ราย และ กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยา 96 ราย รวม 495 ราย ใน 21 จังหวัดจากทุกภาคของประเทศไทย ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่กินยาต้านไวรัสสูตร GPO-VIR ร้อยละ 61.1 เมื่อตรวจหาปริมาณไวรัสในตัวอย่างพลาสมาของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามี 124 ราย ที่มีปริมาณไวรัสในพลาสมา $> 1,000$ copies/ml ในจำนวนนี้ 93 ราย เป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยา และได้ตรวจการกลายพันธุ์ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสต่อไปในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 112 ราย ซึ่งตรวจพบการกลายพันธุ์ในตำแหน่งต่างๆ บนยีน Reverse transcriptase (RT) และ Protease โดยเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาต้านไวรัส 21 ราย และไม่ได้กินยาต้านไวรัส 91 ราย ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส 21 ราย ตำแหน่งการกลายพันธุ์ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม NRTIs ที่พบความถี่สูงสุดคือ M184V/I ร้อยละ 81.0 และพบการดื้อยา 3TC /FTC สูงสุด 17 ราย ส่วนตำแหน่งการกลายพันธุ์ชนิด Thymidine analogue-associated mutations (TAMs) 6 ตำแหน่งมีความถี่ดังนี้ M41L ร้อยละ 14.3 D67N ร้อยละ 28.6 K70R ร้อยละ 9.5 L210W (ตรวจไม่พบ) T215Y/F ร้อยละ 52.4 และ K219R ร้อยละ 33.3 ส่วนตำแหน่งการกลายพันธุ์ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม NNRTIs พบความถี่ดังนี้ A98G ร้อยละ 9.5 K101Q/E ร้อยละ 9.5 K103N ร้อยละ 23.8 V108I ร้อยละ 4.8 Y181C/I ร้อยละ 52.4 และ G190A/S ร้อยละ 33.3 และพบการดื้อยา NVP และ EFV 20 และ 10 ราย ตามลำดับ การกลายพันธุ์ส่งผลต่อการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม PIs พบได้หลายตำแหน่งในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสทั้ง 21 ราย แต่มี เพียง 2 ราย ที่พบการดื้อยาต้านไวรัสในกลุ่ม PIs คือดื้อยา IDV และ APV/FPV 1 ราย และดื้อยา SQV/r 1 ราย สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส 91 ราย พบความถี่ของตำแหน่งการกลายพันธุ์ในตำแหน่งต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม NRTIs และ NNRTIs เพียงร้อยละ 1.1-3.3 และมีการดื้อยา 3TC/FTC NVP และ EFV เพียง 1 5 และ 3 ราย ตามลำดับ มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส เพียง 1 ราย ที่พบการกลายพันธุ์ ส่งผลต่อการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม PIs คือดื้อยา IDV และ APV/FPV โดยสรุป การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสในครั้งนี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถพบเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส ร้อยละ 5.3 (21/398) โดยพบได้สูงสุดในกลุ่มที่กินยาต้านไวรัส นาน > 6 เดือน -1 ปี ร้อยละ 9.1 (7/77) ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส พบเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส ร้อยละ 6.25 (6/96)

Abstract

In this study, surveillance of HIV-1 antiretroviral drug resistant strain was conducted on 398 HIV infected/AIDS patients receiving ART for more than 6 months and 96 ART-naïve patients recruited from 21 provinces in all parts of Thailand. Most of the ART treated patients were treated with GPO-VIR (61.17%). All 495 patients were assessed for plasma HIV-1 viral load level and 124 patients (31 treated and 93 ART-naïve) showed HIV-1 viral load > 1,000 copies/ml that were further analyzed for HIV-1 antiretroviral drug resistance by genotyping assay. In ART-experienced group, 21 patients, the highest frequency of NRTIs resistant mutations was M184V/I (81.0%) that associated with resistance to 3TC/FTC in 17 patients. Thymidine analogue-associated mutations (TAMs) were M41L (14.3%), D67N (28.6%), K70R (9.5%), L210W (0%), T215Y/F (52.4%) and K219R (33.3%). Mutations that associated with NNRTIs resistance were A98G (9.5%), K101Q/E (9.5%), K103N (23.8%), V108I (4.8%), Y181C/I (52.4%) and G190A/S (33.3%) and resistance to NVP and EFV were found in 20 and 10 patients respectively. PIs-associated mutations were found in all 21 ART experienced patients but only 2 patients were resistant to PIs (one resist to IDV and APV/FPV and another one resist to SQV/r). In ART-naïve group, 91 patients, the frequency of NRTIs and NNRTIs resistant mutations were only 1.1-3.3% that associated with resistance to 3TC/FTC, NVP and EFV in 1, 5 and 3 patients respectively. Only one naïve patient had PIs-associated mutations that associated with resistance to IDV and APV/FPV. In conclusion, the percentage of HIV-1 antiretroviral drug resistant strains was 5.3 % (21/398) in ART-experienced group with highest rate of 9.1% (7/77) in patients treated for >6 months-1 year while 6.25% (6/96) was found in ART-naïve group.

ประเด็นสำคัญ-

การเฝ้าระวัง การดื้อยา
ยาต้านไวรัส

Keywords

Surveillance, drug resistance,
Antiretroviral drugs

บทนำ

ในประเทศไทยมีการคาดการณ์ตัวเลขผู้ติดเชื้อ human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) และผู้ป่วยเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ได้คาดการณ์ตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ.2548 ว่าน่าจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ สะสมประมาณ 1,092,327 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 50,620 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสมประมาณ 551,505 ราย และเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ และต้องการดูแลรักษา จำนวน 540,822 ราย และในจำนวนนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ ประมาณ 18,172 ราย

และคาดว่าในปี พ.ศ.2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ สะสมประมาณ 1,109,000 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 53,400 ราย คาดว่า จะมีผู้เสียชีวิต ประมาณ 600,600 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ต้องการรักษาพยาบาลประมาณ 508,300 ราย เป็น ผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 17,000 ราย⁽¹⁾ และจากรายงาน สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (30 กันยายน พ.ศ. 2552) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รายงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 357,407 ราย และมีผู้เสียชีวิต 95,793 ราย กลุ่มอายุ ที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 44 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด ร้อยละ 24.84

รองลงมาอายุ 25 - 29 ปี 35 - 39 ปี และ 40 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.08 17.72 และ 10.10 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.42 แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าเดิม⁽²⁾ สาเหตุหลักของการระบาด โดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ จึงเป็นโรคที่รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคเริ่มให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ พ.ศ. 2534 เป็นต้นมาและมีการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ในระยะแรกยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นแบบต้องรับประทาน สามชนิดพร้อมกันและมีราคาแพง จึงสามารถให้บริการผู้ป่วยเอดส์ได้จำนวนน้อย ต่อมาองค์การเภสัชกรรม สามารถรวมสูตรยาทั้งสามชนิดบรรจุเป็นเม็ดเดียว ประกอบด้วย d4T + 3TC + NVP และผลิตรออกมาใช้ชื่อว่า GPO-VIR ซึ่งสะดวกกับผู้ป่วยในการรับประทานยาได้ผลดี และมีราคาถูกที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับยาต้านไวรัสสูตรอื่น⁽³⁾ และนอกจากสูตรยา GPO-VIR แล้ว ปัจจุบันยังสามารถพัฒนายาต้านไวรัสชนิดอื่นได้อีกหลายชนิด ทำให้ราคายาต้านไวรัสถูกลง สามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยเอดส์ได้เป็นจำนวนมากขึ้น ในปีงบประมาณ 2547 รัฐบาลมีนโยบายขยายการให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยเอดส์จำนวน 50,000 ราย⁽⁴⁾ จึงได้มีการขยายโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับ ผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for PHA : NAPHA) เป็นโครงการระดับประเทศ และนำเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพในปี 2548 ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โครงการประสบผลสำเร็จและเกิด ประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย มีหลายปัจจัยตั้งแต่เรื่องของการวางระบบการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วย การกำหนดสูตรยามาตรฐานที่เหมาะสม มีตัวยาที่ผลิตได้เอง

ในประเทศ การติดตามภาวะแทรกซ้อนของยา และการติดตามการดื้อยาต้านไวรัส แต่ปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งอีกอย่างหนึ่งคือ การติดตามการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง และการส่งเสริมการกินยาอย่างสม่ำเสมอ (Treatment Adherence) ซึ่งผู้ป่วยเอดส์จะต้องกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ ไปตลอดชีวิต เพื่อลดให้เชื้อไวรัสในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำที่สุด คงอยู่ในระดับในระดับต่ำไปยาวนานที่สุด และไม่ให้เกิดการดื้อยาของเชื้อไวรัส ยิ่งไปกว่านั้น ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ต้องการความสม่ำเสมอในการกินยามากกว่า ร้อยละ 95 จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการกด การแบ่งตัวของเชื้อได้ในระดับที่แพทย์ต้องการ และผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดโอกาสของการแพร่เชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่นได้ ในทางตรงข้ามผลเสียของการกินยาไม่สม่ำเสมอ (Non adherence) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านพร้อมกัน ผลกระทบจะเกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วยเอง คือ เกิดภาวะเชื้อดื้อยาอย่างรวดเร็ว ทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาในสูตรที่มีราคาแพงขึ้นกว่าเดิมมาก หรือบางครั้งอาจจะไม่มีสูตรยาที่สามารถรักษาได้ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อระบบสาธารณสุขโดยรวม คือ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ชนิดเชื้อดื้อยาจะไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาสูตรพื้นฐานได้ จะต้องเริ่มรักษาด้วยยาราคาแพงและอาจมีผลข้างเคียง ในปัจจุบันจึงมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะเข้าสู่ระยะเอดส์จำนวนมากกว่า 100,000 คน จะได้รับยาต้านไวรัสนี้ทุกคน จากการรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงทะเบียนอยู่ในระบบ จำนวน 188,747 ราย ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 96,405 ราย (ข้อมูลถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2552)⁽⁵⁾ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ด้วยการตรวจหาปริมาณไวรัส (HIV-1 viral load) และปริมาณเซลล์ (CD4 cell) เป็นระยะ รวมทั้งการตรวจหาเชื้อดื้อยาด้วย เนื่องจากเชื้อเอชไอวีเป็นไวรัส

ในกลุ่ม Retroviruses มีการกลายพันธุ์สูง จึงเกิดสายพันธุ์ดื้อยาได้ง่าย หรือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เกิดการขาดยา (poor adherence) การดื้อยาไม่เต็ม หรือประสิทธิภาพของยาไม่เพียงพอ (Lack of potency of the regimen) หรือ รับประทานยาอื่นที่มีการรบกวนระดับของยาต้านไวรัส (Drug Interaction) ซึ่งส่งผลให้ระดับยาต้านไวรัสไม่เพียงพอ ที่จะยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสทำให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสได้ และจะเป็นปัญหาต่อการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ดื้อยาต้านไวรัสและการระบาดของเชื้อดังกล่าว ต่อไป การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระบบหลักประกันสุขภาพ และมีปริมาณไวรัสเพิ่มขึ้นโดยตรวจหาการกลายพันธุ์ของยีน pol ของเชื้อเอชไอวี

2. เพื่อตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่รับประทานยาต้านไวรัส

3. เพื่อเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ เผยแพร่ ข้อมูลการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสที่ระบาดในไทย เพื่อนำไปใช้ทางระบาดวิทยาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนในการป้องกันการระบาด การวางแผนติดตามและรักษาโรคเอดส์ในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส และไม่ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัส

ประชากรตัวอย่าง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 398 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ได้รักษาด้วยยา

ต้านไวรัส จำนวน 96 ราย รวมทั้งสิ้น 495 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส มานานอย่างน้อย 6 เดือน และที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง น่าน แพร่ กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ นครพนม อุบลราชธานี สระบุรี ราชบุรี ระยอง ประจวบคีรีขันธ์ นครศรีธรรมราช กระบี่ ตรัง และสตูล พร้อมทั้งเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม โดยในแบบสอบถามจะมีส่วนของประวัติผู้ป่วย และข้อมูลเบื้องต้นการกินยาต้านไวรัส

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เก็บรวบรวมเลือดตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโครงการ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยเจาะเก็บเลือดตัวอย่างใส่ในหลอดเก็บเลือดสำเร็จรูป สู่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็ง K3EDTA จำนวน 6 มิลลิลิตร 1 หลอด นำไปแยกพลาสมาเพื่อตรวจหาปริมาณไวรัสเอชไอวี (HIV-1 Viral Load) และตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวี เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำมาวิเคราะห์ตำแหน่งยีนของเชื้อไวรัสเอชไอวีที่เกิดการกลายพันธุ์ และเป็นสาเหตุของการเกิดเชื้อไวรัสดื้อยาต้านไวรัส

วิธีการตรวจหาปริมาณไวรัส (HIV-1 Viral load)

ทำการตรวจหาปริมาณไวรัส (HIV-1 Viral load) โดยวิธี COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan HIV-1 Test ซึ่งมีช่วงของการตรวจปริมาณไวรัส 48-10,000,000 copies/ml

วิธีการตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัส

ตัวอย่างพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปริมาณไวรัส > 1,000 copies/ml จะทำการตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัสด้วยวิธี Truegene

HIV-1 Genotypic drug resistant testing ต่อไป

ผลการศึกษา

1. จำนวนและข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย ที่กินต้านไวรัสเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส ใน 21 จังหวัด จากทุกภาคของประเทศไทย คือ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง น่าน แพร่ กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ นครพนม อุบลราชธานี สระบุรี ราชบุรี ระยอง ประจวบคีรีขันธ์ นครศรีธรรมราช กระบี่ ตรัง และ

สตูล และเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งในแบบสอบถามจะมีส่วนของประวัติผู้ป่วย และข้อมูลเบื้องต้นของการกินยาต้านไวรัส สำหรับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละจังหวัด (ตารางที่ 1)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 495 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนใกล้เคียงกัน มีช่วงอายุตั้งแต่ 2- > 50 ปี โดยส่วนใหญ่ มีอายุในช่วง 36-50 ปี (ร้อยละ 54.3) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่กินยาต้านไวรัสสูตรยา GPO-VIR (ร้อยละ 61.1) สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส มีจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 19.4) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส และไม่ได้กินยา ในจังหวัดต่าง ๆ ที่เก็บรวบรวมเลือดตัวอย่าง เพื่อการศึกษาในครั้งนี้

จังหวัด	โรงพยาบาล	จำนวน (ราย)
เชียงใหม่	สันป่าตอง	13
เชียงใหม่	ฝาง	25
เชียงราย	แม่สรวย	18
เชียงราย	แม่สาย	20
ลำพูน	ลำพูน	27
ลำปาง	ลำปาง	30
น่าน	น่าน	25
แพร่	แพร่	17
กำแพงเพชร	กำแพงเพชร	25
เพชรบูรณ์	หล่มสัก	25
ขอนแก่น	ชุมแพ	20
กาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์	14
ชัยภูมิ	ชัยภูมิ	25
นครพนม	นครพนม	21
อุบลราชธานี	วารินชำราบ	5
สระบุรี	สระบุรี	25
ราชบุรี	ราชบุรี	30
ระยอง	ระยอง	24
ประจวบคีรีขันธ์	ประจวบคีรีขันธ์	20
นครศรีธรรมราช	ปากพนัง	23
กระบี่	กระบี่	25
ตรัง	ตรัง	14
สตูล	สตูล	24
รวม		495

ตารางที่ 2 สรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส และไม่ได้กินยา

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	227	45.9
หญิง	263	53.1
ไม่ทราบข้อมูล	5	1
ช่วงอายุ		
2-15 ปี	6	1.2
16-25 ปี	11	2.2
26-35 ปี	163	32.9
36-50 ปี	269	54.3
> 50 ปี	37	7.5
ไม่ทราบข้อมูล	9	1.8
สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้		
สูตร GPO-VIR	243	61.1
สูตร GPO-VIR Z	52	13.1
สูตรอื่นๆ ที่ไม่มี PIs	85	21.3
สูตรอื่นๆ ที่มี PIs	13	3.3
ไม่ทราบข้อมูล	5	1.2
ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส		
> 6 เดือน - 1 ปี	77	15.6
> 1-2 ปี	120	24.2
> 2-3 ปี	83	16.8
> 3 ปี	118	23.8
ไม่ได้กินยา	96	19.4

2. ผลการตรวจหาปริมาณไวรัส

เมื่อทำการตรวจหาปริมาณไวรัส (HIV-1 Viral load) ในตัวอย่างพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 495 ราย พบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 334 ราย มีปริมาณไวรัสในพลาสมา < 50 copies/ml และ 37 ราย มีปริมาณไวรัสในพลาสมา ระหว่าง 50-1,000

copies/ml และมีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 124 ราย ที่มีปริมาณไวรัสในพลาสมา > 1,000 copies/ml โดยส่วนใหญ่ (93 ราย) เป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส ผลการตรวจหาปริมาณไวรัสของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการกินยาต้านไวรัสและตามปริมาณ CD4+ T cells (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจหาปริมาณไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส และไม่ได้กินยา จำแนกตามระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส และปริมาณ CD4+ T cells

การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย	HIV-1 Viral load		
	< 50 copies/ml	50-1,000 copies/ml.	> 1,000 copies/ml.
ตามระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส			
> 6 เดือน - 1 ปี	61	7	9
> 1-2 ปี	97	12	11
> 2-3 ปี	70	8	5
> 3 ปี	106	6	6
ไม่ได้กินยา	0	4	93
รวม	334	37	124
ตามปริมาณ CD4+ T cells (cells/?l)			
< 200	84	13	33
200-400	133	6	48
> 400	103	15	25
ไม่ทราบข้อมูล	14	3	18
รวม	334	37	124

3. ผลการตรวจหาตำแหน่งการกลายพันธุ์และการดื้อยาต้านไวรัส

เมื่อนำตัวอย่างพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 124 ราย ที่มีปริมาณไวรัส > 1,000 copies/ml มาตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัสโดยวิธี Trugene HIV-1 Genotypic drug resistant testing สามารถตรวจพบการกลายพันธุ์ในตำแหน่งต่างๆ บนยีน Reverse transcriptase (RT) และ Protease ในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 112 ราย เป็นของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส 21 ราย และเป็นของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส 91 ราย นำมาหาความถี่ของตำแหน่งการกลายพันธุ์ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) และ Non nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) (ตารางที่ 4) พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส 21 ราย ตำแหน่งการกลายพันธุ์ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม NRTIs ที่พบความถี่สูงสุดคือ M184V/I ร้อยละ 81.0 และตำแหน่งการกลายพันธุ์ชนิด Thymidine analogue-associated mutations (TAMs) 6 ตำแหน่งมีความถี่ดังนี้ M41L ร้อยละ 14.3 D67N ร้อยละ 28.6 K70R ร้อยละ 9.5 L210W (ตรวจไม่พบ)

T215Y/F ร้อยละ 52.4 และ K219R ร้อยละ 33.3 ส่วนตำแหน่งการกลายพันธุ์ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม NNRTIs พบ ความถี่ดังนี้ A98G ร้อยละ 9.5 K101Q/E ร้อยละ 9.5 K103N ร้อยละ 23.8 V108I ร้อยละ 4.8 Y181C/I ร้อยละ 52.4 และ G190A/S ร้อยละ 33.3 ส่วนในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส 91 ราย พบความถี่ของตำแหน่งการกลายพันธุ์ในตำแหน่งต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสกลุ่ม NRTIs และ NNRTIs เพียง ร้อยละ 1.1-3.3 เท่านั้น

การแปลผลจากตำแหน่งการกลายพันธุ์ที่ตรวจพบต่อการเกิดการดื้อยาต้านไวรัสแต่ละชนิด ตาม Algorithm ของวิธี Truegene ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส การดื้อยาต้านไวรัสในกลุ่ม NRTIs พบการดื้อยา 3TC /FTC สูงสุด 17 ราย รองลงมาพบการดื้อยา d4T/ABC และ ddI/TDF ตามลำดับ ส่วนการดื้อยาต้านไวรัสในกลุ่ม NNRTIs พบการดื้อยา NVP 20 ราย และ EFV 10 ราย สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยา การดื้อยาต้านไวรัสในกลุ่ม NRTIs พบการดื้อยา 3TC/FTC เพียง 1 ราย และการดื้อยาต้านไวรัสในกลุ่ม NNRTIs พบการดื้อยา NVP และ EFV จำนวน 5 และ 3 ราย ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความถี่ของตำแหน่งการกลายพันธุ์บนยีน Reverse transcriptase (RT) ของเชื้อเอชไอวี ที่ส่งผลให้เกิดการติดต่อยาด้านไวรัสกลุ่ม NRTIs และ NNRTIs ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาด้านไวรัส 21 ราย และ ไม่ได้กินยา 91 ราย

Mutation to NRTIs	ความถี่ (ร้อยละ)		Mutation to NNRTIs	ความถี่ (ร้อยละ)	
	กลุ่มที่กินยา	กลุ่มที่ไม่ได้กินยา		กลุ่มที่กินยา	กลุ่มที่ไม่ได้กินยา
M41L	3 (14.3)	2 (2.2)	A98G	2 (9.5)	0
A62V	2 (9.5)	1 (1.1)	K101Q/E	2 (9.5)	1 (1.1)
K65R	1 (4.8)	0	K103N	5 (23.8)	3 (3.3)
D67N	6 (28.6)	1 (1.1)	V106A	1 (4.8)	0
T69N	1 (4.8)	1 (1.1)	V108I	4 (19.0)	0
K70R	2 (9.5)	0	Y181I/C	11 (52.4)	2 (2.2)
L74V	1 (4.8)	0	G190A/S	7 (33.3)	0
V75I/M	7 (33.3)	0			
F77L	0	1 (1.1)			
V118I	0	0			
V179D/E	3 (14.3)	1 (1.1)			
M184V/I	17 (81.0)	1 (1.1)			
H208Y	2 (9.5)	2 (2.2)			
T215F	11 (52.4)	0			
K219R	7 (33.3)	0			
M230L	2 (9.5)	0			

ตารางที่ 5 ผลการตรวจหาการติดต่อยาด้านไวรัสแต่ละชนิดในกลุ่ม NRTIs และ NNRTIs ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาด้านไวรัส 21 ราย และ ไม่ได้กินยา 91 ราย

การติดต่อยา ด้านไวรัส	ยาด้านไวรัสในกลุ่ม NRTIs						ยาด้านไวรัส ในกลุ่ม NNRTIs	
	AZT	ddI	3TC, FTC	d4T	ABC	TDF	NVP	EFV
กลุ่มที่กินยา								
Resistance	0	1	17	3	3	1	20	10
Possible resistance	7	2	0	6	2	3	0	10
No Evidence of resistance	14	18	4	12	16	17	1	1
กลุ่มที่ไม่ได้กินยา								
Resistance	0	0	1	0	0	0	5	3
Possible resistance	1	0	0	1	1	1	0	2
No Evidence of resistance	90	91	90	90	90	90	86	86

สำหรับการกลายพันธุ์บนยีน Protease พบได้หลายตำแหน่ง ทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาด้านไวรัส และไม่ได้กินยา ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาด้านไวรัส ตำแหน่งการกลายพันธุ์ที่พบได้บ่อยและ

มากแต่ไม่ส่งผลให้เกิดการดื้อยา คือตำแหน่ง M36I/V H69K และ L89M พบได้ ร้อยละ 85.7 72.0 และ 80.9 ตามลำดับ เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาด้านไวรัส พบได้ ร้อยละ 93.4 92.3 และ

92.3 ตามลำดับ

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส 2 ราย ที่ตรวจพบการกลายพันธุ์บนยีน Protease ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อต่อยาต้านไวรัสกลุ่ม Protease inhibitors (PIs) คือ พบการกลายพันธุ์ในตำแหน่ง I13V K20R M36I I54V H69K V82M L89M ซึ่งดื้อต่อยา IDV และ

APV/FPV และพบการกลายพันธุ์ในตำแหน่ง L10I I13V G16E M36I G48V H69K L89M ซึ่งดื้อต่อยา SQV/r สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยา 1 ราย พบการกลายพันธุ์ในตำแหน่ง I13V G16E K20M M36I M46I H69K และมีการดื้อต่อยา IDV และ APV/FPV (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ตำแหน่งการกลายพันธุ์บนยีน Protease (Pr) ของเชื้อเอชไอวี ที่ส่งผลให้เกิดการดื้อต่อยาต้านไวรัสในกลุ่ม PIs ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาต้านไวรัส 2 ราย และ ไม่ได้กินยา 1 ราย

No.	การกินยาต้านไวรัส	ตำแหน่งการกลายพันธุ์บนยีน Protease	การดื้อยาต้านไวรัสในกลุ่ม PIs
1	กินยา	I13V, K20R, M36I, I54V, H69K, V82M, L89M	IDV และ APV/FPV
2	กินยา	L10I, I13V, G16E, M36I, G48V, H69K, L89M	SQV/r
3	ไม่ได้กินยา	I13V, G16E, K20M, M36I, M46I, H69K	IDV และ APV/FPV

ผลการตรวจหาการดื้อต่อยาต้านไวรัส แต่ละกลุ่ม สรุปได้ดังในตารางที่ 7 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาต้านไวรัส 21 ราย เกิดเชื้อเอชไอวีดื้อต่อยาต้านไวรัส ทั้งในกลุ่ม NRTIs+NNRTIs 17 ราย ดื้อต่อยาต้านไวรัสเฉพาะกลุ่ม NNRTIs 2 ราย ดื้อต่อยาต้าน

ไวรัสกลุ่ม NRTIs+PIs 1 ราย และ ดื้อต่อยาต้านไวรัสเฉพาะกลุ่ม PIs 1 ราย สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยา 91 ราย มีการดื้อต่อยาต้านไวรัสกลุ่ม NRTIs+NNRTIs 1 ราย ดื้อต่อยาต้านไวรัสเฉพาะกลุ่ม NNRTIs 4 ราย และดื้อต่อยาต้านไวรัสเฉพาะกลุ่ม PIs 1 ราย

ตารางที่ 7 ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ดื้อต่อยาต้านไวรัสแต่ละกลุ่ม ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาต้านไวรัส 21 ราย และไม่ได้กินยา 91 ราย

การดื้อยาต้านไวรัสแต่ละกลุ่ม	กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส	กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส
ดื้อต่อยากลุ่ม NRTIs+ NNRTIs	17	1
ดื้อต่อยากลุ่ม NNRTIs	2	4
ดื้อต่อยากลุ่ม NNRTIs+PIs	1	0
ดื้อต่อยากลุ่ม PIs	1	1
ไม่มีการดื้อยา	0	85
รวม	21	91

เมื่อคำนวณค่าร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 21 ราย ที่เกิดเชื้อเอชไอวีดื้อต่อยาต้านไวรัส ตามระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส โดยเทียบกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสในระยะเวลาเดียวกัน พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส > 6 เดือน - 1 ปี พบมีเชื้อเอชไอวีดื้อต่อยาต้านไวรัสสูงสุด ร้อยละ 9.1 (7/77) กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย

เอดส์ที่กินยาต้านไวรัส > 1-2 ปี > 2-3 ปี และ > 3 ปี พบเชื้อเอชไอวีดื้อต่อยาต้านไวรัสใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 4.2 4.8 และ 4.2 ตามลำดับ โดยเฉลี่ย กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส พบเชื้อเอชไอวีดื้อต่อยาต้านไวรัส ร้อยละ 5.3 (21/398) เทียบกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส พบว่ามีเชื้อเอชไอวีดื้อต่อยาต้านไวรัส ร้อยละ 6.25 (6/96) และ

เมื่อรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งที่กินยาต้านไวรัส และไม่ได้กินยา พบเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่พบเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส เมื่อจำแนกกลุ่มตามระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส และกลุ่มที่ไม่ได้กินยา

ระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส	จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่พบเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส	ค่าร้อยละ ของกลุ่มที่กินยาต้านไวรัส ในระยะเวลาเดียวกัน และกลุ่มที่ไม่ได้กินยา
> 6 เดือน -1 ปี	7	9.1 (7/77)
> 1-2 ปี	5	4.2 (5/120)
> 2-3 ปี	4	4.8 (4/83)
> 3 ปี	5	4.2 (5/118)
รวม	21	5.3 (21/398)
ไม่ได้กินยา	6	6.25(6/96)
รวมทั้งหมด	27	5.45 (27/495)

วิจารณ์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบ Highly active antiretroviral therapy (HAART) สามารถช่วยลดการดำเนินโรคของผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสจะทำให้ปริมาณไวรัสในพลาสมา (HIV-1 Viral load) ลดลงอย่างรวดเร็ว และจำนวน CD4++T cells ในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เสมอในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์บางราย แม้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะสามารถกดปริมาณไวรัสในพลาสมา ให้ลดต่ำลงจนตรวจไม่ได้ แต่ก็ยังคงมีระดับ CD4+ T cells ที่ต่ำอยู่ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์บางราย ประสบความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยยังคงมีปริมาณไวรัสที่สูงอยู่ไม่ว่าจะมีระดับ CD4+ T cells ที่ต่ำหรือเพิ่มสูงขึ้นก็ตาม⁽⁶⁾

การล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เกิดได้จาก สาเหตุหลายประการ เช่น การกินยาต้านไวรัส ไม่สม่ำเสมอ เกิดการขาดยา (poor adherence) การดูดซึมยาไม่ดี หรือประสิทธิภาพของยาไม่เพียงพอ (Lack of potency of the regimen) หรือรับประทานยา อันที่ มีการรบกวน ระดับของยาต้านไวรัส (Drug Interaction) ซึ่งส่งผลให้ระดับยาต้านไวรัสไม่เพียงพอ ที่จะยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส ทำให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัสได้ และเกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวีเองที่ส่งผลให้เกิดการดื้อต่อยาต้านไวรัส

ที่ใช้รักษาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ช่วยติดตาม ประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นอกจากการตรวจนับจำนวน CD4+ T cells และการตรวจหาปริมาณไวรัสแล้ว จึงจำเป็นต้องมีการตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัสไปด้วย โดยเฉพาะในรายที่ พบว่ามีปริมาณไวรัสสูงเพิ่มขึ้น หรือมีหลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่า มีการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ในปัจจุบันในประเทศไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสได้หลายชนิด และมีราคาถูกลงมาก ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวนมากสามารถเข้าสู่ระบบบริการ ยาต้านไวรัสได้อย่างทั่วถึง ในปี 2547 มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ถึง 50,000 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มากถึง 180,000 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานอย่างแพร่หลายนี้ อาจก่อให้เกิดปัญหาสำคัญตามมา คือ การเกิดการดื้อยาต้านไวรัสในผู้ป่วยบางราย และสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสนี้ไปให้ผู้อื่นได้ และคาดว่าในอนาคตอันใกล้นี้ เชื้อเอชไอวี สายพันธุ์ดื้อยาอาจจะกลายเป็นปัญหาที่สำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในแต่ละ

ภูมิภาคของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูล การกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสที่แพร่ ระบาดในประเทศไทย สำหรับนำไปใช้ในทางระบาดวิทยา วางแนวทางในการป้องกันการระบาด และวางแผน ติดตามการรักษาโรคเอดส์ในประเทศไทยได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป

การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อ เอชไอวีในการศึกษาครั้งนี้ ได้เก็บเลือดตัวอย่างจาก ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสและไม่ได้กินยา จำนวนทั้งสิ้น 495 ราย ใน 21 จังหวัด จากทุกภาคของ ประเทศไทย มีช่วงอายุตั้งแต่ 2- >50 ปี โดยส่วนใหญ่ มีอายุในช่วง 36-50 ปี ร้อยละ 54.3 ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่กินยาต้านไวรัสสูตร GPO-VIR ร้อยละ 61.1 ผลการตรวจหาปริมาณไวรัส ในตัวอย่างพลาสมาของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด พบว่ามี 124 ราย ที่มีปริมาณไวรัสในพลาสมา > 1,000 copies/ml โดยส่วนใหญ่ (93 ราย) เป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส พบการกลายพันธุ์บนยีน RT ของเชื้อเอชไอวี 21 ราย ซึ่งพบการกลายพันธุ์ในตำแหน่ง M184V/I ได้มากที่สุดร้อยละ 81.0 ส่งผลให้เกิดการดื้อต่อยา 3TC/FTC มากที่สุดในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส 17 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ในปีพ.ศ. 2550-2551 ร้อยละ 97.1 และการศึกษา อื่นๆ^(7,8,9) การกลายพันธุ์ที่ส่งผลต่อการดื้อยา Thymidine analogues หรือ TAMs 6 ตำแหน่ง พบว่า M41L ร้อยละ 14.3 D67N ร้อยละ 28.6 K70R ร้อยละ 9.5 L210W (ตรวจไม่พบ) และ K219R ร้อยละ 33.3 พบความถี่ลดลง ยกเว้น T215Y/F ร้อยละ 52.4 พบได้สูงขึ้น เมื่อเทียบกับศึกษาของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ในปีพ.ศ. 2550-2551 (M41L D67N K70R L210W T215F และ K219R มีความถี่ร้อยละ 22.8 34.3 14.3 11.4 31.4 และ 20.0 ตามลำดับ)

การกลายพันธุ์ที่ส่งผลต่อการดื้อยาต้าน ไวรัสกลุ่ม NNRTIs ตรวจพบตำแหน่งการกลายพันธุ์ตาม

ลำดับความถี่ ดังนี้ Y181I/C ร้อยละ 52.4 G190A/S ร้อยละ 33.3 K103N ร้อยละ 23.8 V108I ร้อยละ 19.0 A98G ร้อยละ 9.5 K101Q/E ร้อยละ 9.5 และ V106A ร้อยละ 4.8 ตำแหน่ง

การกลายพันธุ์ Y181C, K103N ที่หากเกิด เพียงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งจะส่งผลให้เกิดการ ดื้อยาในกลุ่ม NNRTIs ได้ทั้งกลุ่ม พบได้สูงเป็นอันดับต้นๆ และพบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส 21 ราย เกิดไวรัสเอชไอวีดื้อยา NVP และ EVF จำนวน 20 และ 10 รายตามลำดับ

สำหรับในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้ กินยาต้านไวรัส 91 ราย พบความถี่ของตำแหน่ง การ กลายพันธุ์ในตำแหน่งต่างๆ ที่ส่งผลให้เชื้อเอชไอวีดื้อ ต่อยาต้านไวรัสกลุ่ม NRTIs และ NNRTIs เพียงร้อยละ 1.1-3.3 เท่านั้น และมีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีเชื้อ เอชไอวีดื้อยา 3TC/FTC NVP และ EVF เพียง 1 5 และ 3 รายตามลำดับ

การกลายพันธุ์ในส่วนของยีน Protease ตรวจพบได้หลายตำแหน่ง ทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ที่กินยาต้านไวรัส และไม่ได้กินยา ส่วนใหญ่พบการ กลายพันธุ์ในตำแหน่งที่ไม่ส่งผลให้เกิดการดื้อยา (ตำแหน่ง M36I, H69K และ L89M) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ที่กินยาต้านไวรัส พบเชื้อไวรัสเอชไอวีดื้อยา ต้านไวรัสกลุ่ม PIs 2 ราย คือ ดื้อยา IDV และ APV/ FPV 1 ราย และดื้อยา SQV/r อีก 1 ราย ซึ่งมี ประวัติการใช้ยา SQV มาก่อน ส่วนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส พบเชื้อไวรัสเอชไอวีดื้อยา IDV และ APV/FPV 1 ราย

โดยสรุปจากการศึกษาเฝ้าระวังการระบาดเชื้อ เอชไอวีที่ดื้อยาต้านไวรัส ในครั้งนี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส มีอัตราการเกิดเชื้อเอชไอวี ดื้อต่อยาต้านไวรัส เฉลี่ยร้อยละ 5.3 (21/398) โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสนาน > 6 เดือน -1 ปี พบการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส ได้สูงสุดร้อยละ 9.1 (7/77) ส่วนใหญ่เกิดเชื้อเอชไอวี ดื้อยาต้านไวรัส ทั้งในกลุ่ม NRTIs และ NNRTIs ส่วน กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส พบการ เกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส ร้อยละ 6.25 (6/96) การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีใน

กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส และกลุ่มที่ไม่ได้กินยา เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมีการใช้ยาต้านไวรัสอย่างกว้างขวาง มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากกว่า 180,000 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งจำนวนจะเพิ่มขึ้นตลอด และต้องมีการใช้ยาต้านไวรัสต่อเนื่องตลอดไป การเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานที่มีราคาถูก จะทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นสูตรอื่นที่เหมาะสม ซึ่งจะมีราคาสูงขึ้นมาก ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณอย่างมาก หากอัตราการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสเกิดขึ้นสูงต่อเนื่องทุกปี จะทำให้มีงบประมาณ ไม่เพียงพอในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ และครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย จะทำให้ได้ข้อมูลการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัส ที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนรองรับ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสในอนาคต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้งบประมาณที่มีอยู่จำกัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้ให้คำแนะนำและการสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่างๆ ที่ช่วยในการเก็บข้อมูล ทำให้การศึกษานี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020. Bangkok: Kamsana printing Press, 2001:27.
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2552. <http://203.157.15.4/index.php?page=5061>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545.
4. Cohen J. Thailand do-it-yourself therapy. Science 2003; 301:1662.
5. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปภาพรวมการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระดับประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2552 ถึง 31 กรกฎาคม 2552. <http://www.nhso.go.th>.
6. Schechter M, Suely Hiromi Tuboi SH. Discordant immunological and virological responses to antiretroviral therapy. J Antimicrob Chemother 2006; 58: 506–510.
7. Sutthent R, Arworn D, Surapol Kaoriangudom S, et al. HIV-1 drug resistance in Thailand: Before and after National Access to Antiretroviral Program. J Clin Virol 2005; 34:272–276.
8. วสันต์ จันทราทิตย์. บทที่ 3 การระบาดของเชื้อเอชไอวี และการติดตามอุบัติการณ์การเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสในประเทศไทย ด้วยเทคนิคอณูชีววิทยา และชีวสารสนเทศ. ในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา ชีวสารสนเทศ และ เภสัชพันธุศาสตร์. บริษัทกราฟฟิค ฮัท จำกัด 2550.
9. สุรพล เกาะเรียนอุดม. การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้รับประทานยาต้านไวรัสในประเทศไทย. วารสารกรมควบคุมโรค 2552; 35(1): 23–30.

**ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี
ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
Variables Related to Self-Care Behavior of HIV-Infected Children and Youth at
Government Hospitals in Bangkok and Its Environs**

สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร* วท.ม.

Suleemas Angsukiattitavorn* B.N.S., M.S

ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร** ค.ม.

Laddawan Kasemnet** M.Ed

ประทีป จินน์** ค.ม.

Prateep Jinng** M.Ed

*สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

*Behavioral Science Institute

**มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**Srinakharinwirot University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมาย 2 ประการ คือ 1) ศึกษาอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี จากปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เจตนาต่อพฤติกรรม การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง ความรับผิดชอบต่อนตนเอง และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การควบคุมทางสังคม 2) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ เด็กและเยาวชนอายุ 13 - 24 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และสถาบันบำราศนราดูร จำนวนทั้งสิ้น 155 คน แบ่งเป็นเด็กอายุ 13 - 18 ปี จำนวน 129 คน และเยาวชนอายุ 19 - 24 ปี จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 8 ตอน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว และแบบสอบถามตามตัวแปรที่ศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาค่าสถิติพื้นฐาน สถิติทดสอบที่การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เจตนาต่อพฤติกรรม ความรับผิดชอบต่อนตนเอง และการควบคุมทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็ก และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ 67.8

2. ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยภายใน คือเจตนาต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง ความรับผิดชอบต่อนตนเอง และตัวแปรปัจจัยภายนอกคือการสนับสนุนทางสังคม การควบคุมทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

The purposes of this study were 1) to determine internal variables in term of intention, perceived behavior control, actual behavior control and self-responsibility and external variables of social support and

social control in prediction of self – care behavior of HIV-infected children and youth receiving HIV care at government hospitals located in Bangkok and its environs, and 2) to examine the interaction between those internal and external variables related to self – care behavior of HIV – infected children and youth receiving HIV care at government hospitals in Bangkok and its environs. The sample group consisted of 155 HIV – infected children and youth, who were 13 – 24 years; 129 children aged 13 – 18 years and 26 youth aged 19 – 24 years. All of them were aware of their HIV-infected status and receiving antiretroviral treatment at infectious clinic in three large government hospitals: Siriraj Hospital, Queen Sirikit National Institute of Children Health and Bumras-Naradure Institute. Data collection was conducted by using 8-item instrument to gather information on personal characteristics and to assess research topics regarding variables. Statistical analysis employed descriptive statistics, t – test, one – way analysis of variance, stepwise multiple regression analysis and two – way analysis of variance. The research finding revealed the following:

1. Variables regarding intention, perceived behavior control, self – responsibility and social control could predict the self – care behavior of HIV – infected children and youth for 67.8%
2. Non interaction between internal variables regarding intention, perceived behavior control, actual behavior control and self-responsibility and external variables including social support and social control which may affect the self – care behavior of HIV – infected children and youth.

ประเด็นสำคัญ- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เด็กและเยาวชน เอชไอวี	Keywords <i>Self-care Behavior</i> <i>Children and Youth, HIV</i>
---	--

บทนำ

เชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ (Acquire Immune Deficiency Syndrome: AIDS) ก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสาธารณสุขของประเทศไทยมาเป็นเวลานานกว่า 20 ปี แต่ด้วยความพยายามที่จะหาทางยับยั้งปัญหาที่เกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี วงการสาธารณสุขจึงศึกษาวิจัยจนพบยาต้านไวรัส (Anti Retro Viral Drug: ARV) ในปีพุทธศักราช 2530 แม้ประสิทธิภาพของยายังไม่สามารถกำจัด หรือทำลายเชื้อเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายของผู้ติดเชื้อได้แต่ก็สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุที่ยืนยาว เจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น แต่การเติบโตมาพร้อมกับความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา

ต้านไวรัส นานกว่า 10 ปี อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาและหากวัยรุ่นเหล่านี้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ดีในด้านอื่นร่วมด้วย ผลที่ตามมาคือร่างกายไม่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในร่างกายได้จึงเกิดโรคแทรกซ้อนจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งแพทย์อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาเพื่อทำให้ร่างกายสามารถควบคุมไวรัสได้อีกครั้ง แม้ปัจจุบันชนิดของยาต้านไวรัสมีให้เลือกใช้มากขึ้นแต่ก็ยังมีราคาแพงจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปี 2549 รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของการกินยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อโครงการติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนเงิน 141,000 บาท⁽¹⁾ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเชื้อดื้อยาต้านไวรัส และ

ป้องกันภาวะเจ็บป่วยแทรกซ้อนอื่นที่นำมาซึ่งความสูญเสีย จากการ ศึกษาของชวินันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และคณะ⁽²⁾ ประมาณการค่าใช้จ่ายการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี 2549 คาดว่าต้อง ใช้งบประมาณเกือบ 4.5 พันล้านบาท

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก ปลายปีพุทธศักราช 2546 พบว่ามีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี และป่วยเป็นโรคเอดส์ที่อายุต่ำกว่า 15 ปีประมาณ 2.1 - 2.9 ล้านคน โดยเฉลี่ยทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณวันละ 6,000 คน สำหรับประเทศไทยปลายปี พุทธศักราช 2548 คณะผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ในประเทศไทย ได้ประมาณการเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์มีประมาณ 50,620 คน และองค์การโลกเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ประมาณการจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่ในปี 2549 มีจำนวน 16,000 ราย โดยมีเด็กอย่างน้อย 6,000 รายขึ้นไปที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการเข้าถึงการรักษาในระดับชาติ⁽³⁾ จากข้อมูลดังกล่าว สามารถยืนยันได้ว่ายังมีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นทุกปี และหลายคนมีสุขภาพแข็งแรงเนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกาย (CD4) มีปริมาณมากสามารถต่อสู้กับเชื้อไวรัสในร่างกายได้ดี อย่างไรก็ตามการได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพแข็งแรงได้ในระยะเวลายาวนาน หากแต่สิ่งจำเป็นอีกอย่างคือต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ติดเชื้อในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อนำไปเป็นแนวทางวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีให้มีสุขภาพแข็งแรง ลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐซึ่งเกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสให้กับผู้ติดเชื้อโดยงบประมาณดังกล่าวสามารถนำมาจัดกิจกรรมอื่นเพื่อส่งเสริม

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ดีขึ้นเป็นลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสัมพันธ์ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation Research) กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) จำนวน ร้อยละ 60 ของประชากร คือเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 13 - 24 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันบำราศนราดูร กำหนดขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างต้องทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 254 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลด้านชีวสังคม และตัวแปรที่ศึกษาจำนวน 8 ตอน ซึ่งผู้วิจัยสร้างตามแนวทฤษฎีและนิยามของตัวแปรที่ศึกษา หาค่าความเที่ยงตรงผ่านผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 50 คนในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตากสิน และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (1951) เท่ากับ .9031

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two Way Analysis of Variance) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษา

เด็กและเยาวชนที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.1 ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบันคือมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 63.2 รายได้ในครัวเรือนเฉลี่ย 8,000 - 10,000 บาท ต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับจำนวนนับของเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ (CD4 count) อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.6 และพบว่าในกลุ่มเด็กมี CD4 count อยู่ในระดับปกติ แต่ใน

กลุ่มเยาวชนมี CD4 count อยู่ในระดับบกพร่องมาก เมื่อเทียบจากเกณฑ์การแบ่งระดับจำนวนนับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ขององค์การอนามัยโลก⁽⁴⁾

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีเจตนาต่อพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความรับผิดชอบต่อนตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การควบคุมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของคะแนนจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี (N = 155)

ตัวแปรที่ศึกษา	Min	Max	$\bar{X}$	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	2.63	5.00	3.89	ปานกลาง
ตัวแปรปัจจัยภายใน				
เจตนาต่อพฤติกรรม	2.75	4.88	3.88	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	2.50	5.00	3.91	ปานกลาง
ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง	1.50	5.00	4.11	มาก
ความรับผิดชอบต่อนตนเอง	2.71	5.00	3.82	ปานกลาง
ตัวแปรปัจจัยภายนอก				
การสนับสนุนทางสังคม	1.83	5.00	3.69	ปานกลาง
การควบคุมทางสังคม	2.17	5.00	3.80	ปานกลาง

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยภายใน และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยภายใน ตัวแปรปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1	1	.565**	.775**	.625**	.644**	.457**	.548**
2		1	.618**	.370**	.396**	.323**	.293**
3			1	.697**	.598**	.500**	.534**
4				1	.630**	.474**	.555**
5					1	.354**	.432**
6						1	.534**
7							1

** คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2 เจตนาต่อพฤติกรรม

3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

4 ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง

5 ความรับผิดชอบต่อนตนเอง

6 การสนับสนุนทางสังคม

7 การควบคุมทางสังคม

การวิจัยครั้งนี้พบว่า เจตนาต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความรับผิดชอบตนเอง และการควบคุมทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 67.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 โดยตัวแปรที่เข้า

ทำนายตัวแรกคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ($\beta = .457$) ลำดับที่สองคือความรับผิดชอบตนเอง ($\beta = .248$) ลำดับที่สามคือ การควบคุมทางสังคม ($\beta = .157$) และลำดับที่สี่คือ เจตนาต่อพฤติกรรม ($\beta = .138$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความรับผิดชอบตนเอง การควบคุมทางสังคม และเจตนาต่อพฤติกรรม ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	b	SE.b	β	t	p
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	.491	.078	.457	6.309*	.000
ความรับผิดชอบตนเอง .236	.056	.248	4.217*	.000	
การควบคุมทางสังคม .123 .044	.157	2.811*	.006		
เจตนาต่อพฤติกรรม .158 .068	.138	2.339*	.021		

R² = .678 R² adjust = .669 F = 78.829** p = .000 a = -1.451

*ค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยภายนอก และตัวแปรปัจจัยภายในต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชน ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่พบปฏิสัมพันธ์

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการทำนายการเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าตัวแปรปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ เจตนาต่อพฤติกรรมรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความรับผิดชอบตนเอง ร่วมกับตัวแปรปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ การควบคุมทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 67.8 โดยพิจารณาความสัมพันธ์แต่ละตัวแปรต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีรายละเอียด ดังนี้

เจตนาต่อพฤติกรรมนั้นหมายถึงความตั้งใจหรือความต้องการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ดังนั้นเจตนาต่อพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลสุขภาพ ตนเองจึงเป็นความตั้งใจที่จะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยหากเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะกระทำก็จะมี ความพยายามในการกระทำพฤติกรรม แม้จะมีอุปสรรคบ้างแต่เมื่อมีความตั้งใจสูง ความพยายามที่จะฟันฝ่าอุปสรรคก็จะสูงด้วย และถ้าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้น ๆ อยู่ภายใต้การควบคุมของพวกเขาเอง ความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองก็จะมีมากยิ่งขึ้น เช่น เด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนเองโดยการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ พวกเขาจะพยายามหาวิธีการที่จะทำให้สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ หรือหาอุปกรณ์ช่วยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับที่ไอเซน(Ajzen.)^(5,6) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของเจตนา กับพฤติกรรมในทฤษฎีพฤติกรรมตาม

เห็นว่าเจตนาจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ชัดเจนหากพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ โพธิ์วัน⁽⁷⁾ เกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อการเล่นกีฬาและการศึกษา ของเนจาด์และคณะ⁽⁸⁾ เรื่องการทำนายพฤติกรรมควบคุมการบริโภคอาหาร สำหรับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นความเชื่อภายในของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ง่ายหรือยากเมื่อพิจารณาพร้อมกับองค์ประกอบ ปัจจัยแวดล้อมเช่นโอกาสและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมซึ่งปัจจัยต่าง ๆ นั้นได้มาจากการสอบถามความเชื่อเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองเช่นการออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพแข็งแรง หากเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีพิจารณาว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านนั้น ๆ เป็นพฤติกรรมที่ง่ายและเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมปัจจัยในการเกิดพฤติกรรมนั้นได้ ก็จะเกิดความเชื่อมั่นสูงว่าตนเอง สามารถจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และมีกำลังใจ นำไปสู่การกระทำพฤติกรรม เช่น การแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการบรรเทาอาการเจ็บป่วย หากเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีเชื่อว่า การกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จะช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ แต่ขณะเดียวกันพวกเขาก็พิจารณาว่าการกินยาให้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ นั้นอาจจะทำได้ไม่ง่ายและไม่ยาก พวกเขาก็จะมีความเชื่อมั่นในระดับปานกลางว่าสามารถทำพฤติกรรมได้ซึ่งอาจจะต้องมีปัจจัยในด้านอื่น ๆ เข้ามาร่วมในการสร้างความเชื่อมั่นให้เพิ่มขึ้นเช่นการให้กำลังใจจากแพทย์ในการรับประทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ จะเห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอร์เทส⁽⁹⁾ เรื่องการนำทฤษฎีพฤติกรรมตาม แผนมาใช้อธิบายพฤติกรรมขาดการรักษาย่างต่อเนื่องของผู้ติด

แอลกอฮอล์ และการศึกษาของเจนนิงส์-ดอสเซอร์⁽¹⁰⁾ เรื่องการทำนายพฤติกรรมการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกของหญิงเชื้อสายแอฟริกัน-อเมริกัน และละติน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในคลินิกจึงควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนโดยการจัดกิจกรรมให้มีกรลงมือปฏิบัติ ดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อสะท้อนการรับรู้ ความง่ายของการเกิดพฤติกรรมเช่น การฝึกตัดยา แขนงยา และจัดยาด้วยตนเอง

สำหรับความรับผิดชอบต่อนอนั้นเป็นการตัดสินใจที่จะเลือกกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยพิจารณาจากปทัสถานของสังคมประกอบกับเป้าหมายของตนเอง นั่นคือหากเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรับผิดชอบต่อนอน เมื่อจะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พวกเขาจะคำนึงถึงความต้องการของตน และความต้องการของผู้อื่น ซึ่งบางโอกาสอาจจะขัดแย้งกับความพึงพอใจของตนเองแต่พวกเขาเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมที่เป็นความต้องการของสังคมหรือผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งมีความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายสามารถควบคุมเชื้อไวรัสได้โดยไม่เกิดเชื้อดื้อยา จึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสจะต้องมีความรับผิดชอบต่อนอนสูงในการรับประทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาเพื่อคงระดับยาในกระแสเลือดให้ควบคุมไวรัสและป้องกันไม่ให้เกิดการปรับตัวของไวรัสที่ต่อต้านยาด้วย แต่สำหรับเด็กในความเป็นจริงบางครั้งผู้ดูแลอาจดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษจากการที่คิดว่าเด็กเจ็บป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ทำให้พัฒนาการด้านความรับผิดชอบต่อนอนของเด็กไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควรนำมาซึ่งผลด้านลบต่อตัวเด็กเอง เช่นเรื่องความรับผิดชอบในการกินยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาเด็กจะรอให้ผู้ดูแลเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยาโดยไม่ยอมดูเวลาเองซึ่งอาจทำให้กินยาได้ไม่ตรงเวลา หากผู้ดูแลติดธุระไม่ได้เตือนเด็กในเวลานั้น ดังนั้น

จึงควรมีการหาแนวทางการจัดกิจกรรมทั้งในคลินิก ตลอดจนถึงที่บ้านของเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาให้เด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความ รับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น

ส่วนการควบคุมทางสังคมเป็นวิธีการที่เด็ก และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการปฏิบัติจากสังคม ในการควบคุมให้พวกเขาปฏิบัติตามความคาดหวัง ของสังคม ซึ่งอาจเป็นวิธีการชักจูง ตำหนิ ชมเชย หรือให้ของรางวัล เมื่อเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการควบคุมทางสังคมเช่นได้รับคำชมเชยจาก แพทย์และเจ้าหน้าที่ในคลินิกเรื่องการรับประทานยา ต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลา เด็กและเยาวชน ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นภายในว่า พฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นเป็นพฤติกรรมที่สังคมต้องการ จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลาสอดคล้องกับงานวิจัย ของเลวิส และบัดเตอร์ฟิลด์⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่องการควบคุม ทางสังคม โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อ พฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส และการศึกษาของ ทูคเคอร์ เอลเลียต และคลีน⁽¹²⁾ เรื่องเกี่ยวกับการควบคุม ทางสังคมของพฤติกรรม สุขภาพ:ความสอดคล้องกับ บุคลิกภาพ 2 แบบ การนำการควบคุมทางสังคมมา ประยุกต์ใช้ส่วนหนึ่งอาจจะทำได้โดยผ่านกิจกรรม ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนรับรู้และตระหนักถึงความ คาดหวังของสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของพวกเขา เพื่อจะได้แสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะสมาชิก คนหนึ่งในสังคมได้เหมาะสมต่อไป ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ควรกล่าวชมเชยให้กำลังใจเพื่อให้เด็กและเยาวชน ที่ติดเชื้อเอชไอวีคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ดี หรือตกเตือน พุดคุยให้กำลังใจสำหรับเด็กและเยาวชน ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องปรับปรุงพฤติกรรม

สำหรับการไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ตัวบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี อาจเป็นเพราะว่าเมื่อเด็กและเยาวชน มี ปัจจัยภายในตัวบุคคลตัวใดตัวหนึ่งสูง เช่น มีเจตนาต่อ

พฤติกรรมสูง จะทำให้เด็กและเยาวชนมีความพยายาม ที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่มาก ประกอบกับถ้าบุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองดีจะทำให้มีความยืนยาวในชีวิตของผู้แสดง พฤติกรรมเองจากเหตุผลทั้ง 2 ประการจึงทำให้ระดับ การเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยสอดคล้องกับ ที่สวอน สุทธิเลิศอรุณ⁽¹³⁾ กล่าวไว้ว่าโดยธรรมชาติของ มนุษย์ ส่วนใหญ่มีพลังจิตที่เข้มแข็งและมีเหตุผลในการ ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ แต่ถ้าไม่สามารถ ควบคุมได้ก็จะถูกควบคุมจากภายนอก ซึ่งปัจจัย ภายนอกมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับของ พฤติกรรมเมื่อบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้เช่น เกิดความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยาต้านไวรัส ให้สม่ำเสมอมาเป็นระยะเวลานานหรือผู้ติดเชื้อที่มี การดูแลสุขภาพตนเองดีมากมาตลอดทำให้มีสุขภาพ ที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยเลยจึงคิดว่าตนเองมีสุขภาพ แข็งแรงโดยธรรมชาติไม่ได้เกิดจากการที่ตนเองมี พฤติกรรมเหมาะสม ดังนั้นบางครั้งจึงละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ในกรณีดังกล่าวนี้พิจารณาได้ว่าปัจจัย ภายในในตัวบุคคลนั้นเริ่มไม่สามารถควบคุมระดับการเกิด พฤติกรรมได้ จึงต้องมีการควบคุมจากภายนอก ตัวบุคคลเข้ามาช่วยในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีคงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับ ที่ต่อไปเช่น การตกเตือน การชักชวน หรือให้กำลังใจ จากทีมแพทย์ หรือญาติ

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยเพียงบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป อาจมีการขยายการศึกษา ตัวแปรที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชัดเจน ครอบคลุม ในการนำไปใช้พัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้มากขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำกรอบแนวคิดเชิง สังคมมาประยุกต์ สำหรับการศึกษารอบต่อไปอาจนำ กรอบแนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์สุขภาพมาศึกษาเพิ่มเติม

หรือขยายกรอบตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพ เช่น ความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองมาเป็นตัวแปรในการศึกษา

นอกจากการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมแล้ว ตัวแปรปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้คือการควบคุมทางสังคม ซึ่งมีหลายรูปแบบ ดังนั้นควรมีการศึกษารูปแบบของการควบคุมทางสังคมที่เหมาะสมกับแต่ละวัยเพื่อให้การควบคุมทางสังคมได้ถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด

สรุป

เมื่อพิจารณาตามทัศนะของนักจิตวิทยา กลุ่มปัญญานิยมที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการที่มนุษย์เป็นผู้ผลิตข้อมูลโดยการสัมผัสสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดการเลือกสรรข้อมูลบางอย่างจากสิ่งเร้ามาจัดกระทำภายในตัวบุคคลใหม่ เช่น การตีความ การรับรู้เมื่อเลือกสรรข้อมูลและจัดกระทำใหม่แล้วมนุษย์จึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ดังนั้นเจตนาต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อนตนเองร่วมกับการควบคุมทางสังคมจึงเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วย โรคเอดส์ เยาวชนและผู้ใหญ่ในประเทศไทย. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 2547
2. ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, สัณชัย ชาสมบัติ และพีรมนิงสานนท์. การประมาณการค่าใช้จ่ายชุดบริการยาต้านรีโทรไวรัสในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2549 - 2553. วารสารโรคเอดส์. 2549; 19(1): 35-47.
3. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). (2006). AIDS epidemic update. Geneva, UNAIDS, WHO.
4. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก. กรุงเทพฯ: ประชาชน.
5. Ajzen, I. (2006). Theory Planned Behavior. Retrieved August 27, 2006. from www.people.umass.edu/ajzen/tpbrefs.html.
6. Ajzen, I. & Fishbein, M. Understanding Attitude and Predicting Social Behavior. 1980. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
7. ศิริวรรณ โพธิ์วัน. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตนาในการกระทำพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อการเล่นกีฬา และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อการเล่นกีฬาของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตร วิชาการศึกษาชั้นสูง วิทยาลัยพลศึกษาในเขตภาคกลาง ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. ปรินญา นินพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2546
8. Nejad, L.M.; Wertherim, E.H.; & Greenwood, K.M. Predicting dieting behavior by using, modifying, and extending the theory of planned behavior. In Journal of Applied Social Psychology. 2004; 34: 2099- 2131
9. Cortes, Tomas M. A 1st application of the theory of planned behavior to explain the abandonment of treatment by dependent alcoholics. In Revista de Psicologia General Aplicada. 2001; 54: 389- 405. Retrieved August 27, 2006, from www.people.umass.edu/ajzen/tpbrefs.html

10. Jennings – Dozier, K. Predicting intentions to obtain a Pap smear among African American and Latina women: testing the theory of planned behavior. In Nursing Research. 1999; 48: 198 – 205. Retrieved August 27, 2006, from www.people.umass.edu/aizen/tpbrefs.html
11. Lewis, Megan A.; & Butterfield, Rita M. Social Control in Marital Relationships: Effect of One's Partner on Health Behaviors. In Journal of Applied Social Psychology. 2007; 37: 298–319.
12. Tucker Joan S.; Elliott Marc N. and Klein David J. Social Control of Health Behavior: Associations With Conscientiousness and Neuroticism. Retrieved July 14, 2007 from <http://psp.sagepub.com>
13. สงวน สุทธิเลิศอรุณ. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตนเอง. กรุงเทพฯ: อักษรวิพัฒน์. 2545

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

**Factors Related to Premature Sex Among Junior High School Students
in Noenmaprang District in Phitsanulok**

รัชนิฐตา บัวชื่น สบ., สม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Rachanitta Buacheun B.Ph., M.Ph.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

The Office of Disease Prevention and Control 9th

บทคัดย่อ

จุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเนินมะปราง โดยสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2550 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ในอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 424 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางเพศกับตัวแปรต่างๆ ด้วยสถิติไคสแคว์ ที่ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ผลการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือการมีคูรัก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม การดูสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และการอ่านหนังสือกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ นักเรียนร้อยละ 9.7 เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยพบในโรงเรียนมัธยมศึกษา ร้อยละ 12 และโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ร้อยละ 7.2 ในจำนวนนี้เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ยที่นักเรียนเริ่มมีเพศสัมพันธ์คือ 14 ปี ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรัก ในกลุ่มนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์พบว่า ร้อยละ 18.2 เคยตั้งครรภ์ และในจำนวนนี้ร้อยละ 28.6 เคยทำแท้ง ผลการสำรวจทักษะชีวิตด้านพุทธานุภาพหรือความรู้พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับที่ต้องปรับปรุง ในด้านจิตพิสัยพบว่า ระดับเจตคติทางเพศภาพรวมอยู่ในระดับสูง สำหรับด้านทักษะพิสัยพบว่าทักษะรวมทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการอบรมเลี้ยงดู เจตคติทางเพศโดยรวม เจตคติทางเพศด้านการมีคูรัก การปฏิบัติตัวต่อคนรัก ความรู้สึกทางเพศ ความอยากรู้อยากเห็นทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความรู้สึกผิดในเรื่องเพศ การคุมกำเนิดและการทำแท้ง ทักษะพิสัยด้านการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะพิสัยรวมทุกด้าน และพฤติกรรมเสี่ยงทุกด้าน

Abstract

The objectives of this research were to study sexual behavior risks and factors induced to having sex, live skills in protecting having inappropriate sex and to study related factors leading to sexual behavior of junior high school student of Noenmaprang District, Phitsanulok

The study was conducted by quantitative survey on 424 junior high school students (Matayom 1-3) in Noen Maprang District, Phitsanulok, the academic year 2007, by using self-administrated questionnaire 95% of confident level. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics Chi-square test. The

survey results indicated that the risk behaviors exposed to sexual activities among the students were having a lover, alcoholic beverage intake, watching and reading pornography. About 9.7% of the sample reported experiencing sexual activities, 12% from normal high school and 7.2% from extended opportunity high school and male were higher than female. The average age of having first sexual experience was 14. The majority of the students had sex with their lovers. Among those with sexual experience, 18.2% ever had pregnancy of which 28.6% reported having abortion. The majority of students exhibited the cognitive domain of life skills in the level that needed improvement. On the contrary, the affective and psychomotor domains were in high levels. Factors implicitly of relating to premature sexual behavior statistics were caring style in family, general attitude towards sex, attitude toward having lovers, behavior towards lover, passion of sex, curiosity about sex, having premature sexual behavior, feel guilty about sex, contraception and abortion, problem-solving and decision making skills, emotion and stress management skills, general psychomotor skills and other related risk factors.

ประเด็นสำคัญ-

พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ นักเรียนมัธยมต้น
จังหวัดพิษณุโลก

Keywords

Sexual behaviors, Junior high school students,
Pitsanulok Province

บทนำ

วัยรุ่นเป็นประชากรกลุ่มที่ได้รับความสนใจและห่วงใยในระดับประเทศ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างวัยเด็ก และวัยรุ่นผู้ใหญ่ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์เร่าร้อน รุนแรง เปลี่ยนแปลงได้ง่าย และขาดการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งเรียกว่า "วัยพายุบูแคม" ^(1,2) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์มากที่สุด ต่อมาเพศเริ่มทำงาน ทำให้วัยรุ่นมีความต้องการสิ่งใหม่ๆ ⁽³⁾ อยากรู้ อยากเห็นในเรื่องเพศมาก จนถึงขั้นอยากทดลองมีเพศสัมพันธ์ และผลักดันให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ได้ ⁽⁴⁾ ปัจจุบันมีสื่อเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นจำนวนมาก เช่น นิตยสาร ภาพยนตร์ ทีวี สื่อทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น โดยเพื่อนมีอิทธิพลชักชวนอ่านหนังสือ หรือดูสื่อสิ่งเร้าอารมณ์ทางเพศมากที่สุด ทำให้เกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรตามมา ⁽³⁾ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น

การตั้งครรภ์นอกสมรส การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทำแท้งผิดกฎหมาย ประมาทกันไว้ในแต่ละปีสตรีวัยรุ่นในประเทศที่กำลังพัฒนาได้รับการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยราว 2 ล้านคน และร้อยละ 33.33 ของกลุ่มสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง ⁽⁵⁾ ในประเทศไทย พบการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก ร้อยละ 11.8 ในปี 2544 เป็น ร้อยละ 13.5 ในปี 2548 ⁽⁶⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของต่างประเทศที่พบประมาณร้อยละ 12.50 ⁽⁵⁾ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นยังพบภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดทั้งภาวะแทรกซ้อนในทารกมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังถือเป็นโศกนาฏกรรมของสังคม เนื่องจากวัยรุ่นคนนั้นจะสูญเสียโอกาสในการดำเนินชีวิตเหมือนวัยรุ่นปกติทั่วไปที่พึงได้รับ

จังหวัดพิษณุโลก พบการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.89 ⁽⁷⁾ สำหรับอำเภอเนินมะปรางพบการคลอดของมารดาวัยรุ่น

ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ในปีงบประมาณ 2548 คิดเป็นร้อยละ 21.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับระดับจังหวัด แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับประเทศจะเห็นได้ว่ามีอัตราการคลอดในกลุ่มนี้สูงกว่าเกือบ 2 เท่า โดยอายุต่ำสุดที่พบการตั้งครรภ์คือ 14 ปี เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการตั้งครรภ์กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่าเป็นกลุ่มอายุ 14 - 15 ปี ร้อยละ 9.84 ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยจัดทำโครงการค่ายทักษะชีวิตวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องมา 3 ปี ของอำเภอเนินมะปราง โดยการคัดเลือกเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงมาเข้าค่าย เพื่อให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากการมีเพศสัมพันธ์ ผลปรากฏว่าไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ยังคงพบการตั้งครรภ์ในนักเรียน และต้องออกจากระบบการศึกษาไปจากการประเมินผลค่ายทักษะชีวิตพบว่าสาเหตุที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จส่วนหนึ่ง คือ ไม่ทราบข้อมูลสภาพปัญหาของนักเรียนสำหรับนำมาวางแผนแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ซึ่งที่ผ่านมาอำเภอเนินมะปรางยังไม่เคยมีการสำรวจข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมทางเพศ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเนินมะปราง โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเนินมะปราง
2. เพื่อศึกษาทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเนินมะปรางกับตัวแปรด้านเพศ ลักษณะการเลี้ยงดู ลักษณะการอยู่อาศัย ความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ ทักษะพิสัย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2550 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 3 แห่ง และโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จำนวน 15 แห่ง ในอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก นักเรียนทั้งหมด 2,227 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane⁽⁸⁾ ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความแม่นยำของการประมาณผิดพลาดไม่เกิน 0.05 ค่าความคลาดเคลื่อนได้ 340 ราย

กลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาดำเนินการเลือกแตกต่างกัน คือโรงเรียนมัธยมศึกษา ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงทั้ง 3 โรงเรียน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สุ่มห้องเรียนตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย และใช้นักเรียนทั้งหมดของห้องเรียนที่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มจับฉลากห้องเรียนของแต่ละระดับชั้น ๆ ละ 1 ห้อง ต่อครั้ง จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ ซึ่งสุ่มระดับชั้นละ 2 ครั้ง ได้ระดับชั้นละ 2 ห้อง รวมเป็น 6 ห้อง

โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยมีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ คือ

- ขั้นที่ 1 จัดทำบัญชีรายชื่อโรงเรียนขยายโอกาสแยกเป็นรายตำบล ทั้งหมด 6 ตำบล 15 โรงเรียน
- ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ร้อยละ 30 ได้ 2 ตำบล มีโรงเรียน 9 โรงเรียน
- ขั้นที่ 3 สุ่มโรงเรียนตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ร้อยละ 30 ได้จำนวน 3 โรงเรียน
- ขั้นที่ 4 จัดทำฉลากห้องเรียนแยกเป็นระดับชั้นทั้ง 3 โรงเรียน และสุ่มห้องเรียนตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ใช้นักเรียนทั้งหมดของห้องเรียนที่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มจับฉลากห้องเรียนของแต่ละระดับชั้น ๆ ละ 1 ห้อง ต่อครั้ง จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่าง

ครบตามจำนวนที่ต้องการ ซึ่งสุ่มระดับชั้นละ 3 ครั้ง คน โดยเป็นนักเรียนของโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน
ได้ระดับชั้นละ 3 ห้อง รวมเป็น 9 ห้อง 217 คน และโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ จำนวน 424 จำนวน 207 คน

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียนและกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นรายชั้นและประเภทโรงเรียน

ลำดับ	ประเภทโรงเรียน	โรงเรียน (โรงเรียน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)			
			ชั้น ม.1	ชั้น ม.2	ชั้น ม.3	รวม
1.	มัธยมศึกษา	3	61	93	63	217
2.	ขยายโอกาสทางการศึกษา	3	74	60	73	207
	รวม	6	135	153	136	424

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ ศิรินาถ
ป้อมวงศ์⁽⁹⁾ รัตนา ดอกแก้ว⁽⁴⁾ และสุธีรา ราชภูรินทร์⁽¹⁰⁾
ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ข้อมูลด้านเพศ
ระดับชั้น ประเภทของโรงเรียน ความสัมพันธ์กับครู และ
เพื่อน การรับรู้บทลงโทษของโรงเรียน การได้รับการ
อบรมเลี้ยงดูจากผู้ปกครอง การพักอาศัย และแหล่ง
ความรู้เรื่องเพศศึกษา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องเพศ
ศึกษา จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติทางเพศ
จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม
ทางเพศ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบวัดทักษะในการ
ป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เป็นแบบวัดทักษะ
ชีวิตครอบคลุมองค์ประกอบด้านทักษะพิสัย จำนวน 22
ข้อ

ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจ สอบความ
ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หาอำนาจ จำแนก
(Discrimination) ในส่วนแบบทดสอบความรู้มีค่าอำนาจ
จำแนกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.00 ถึง ร้อยละ 81.82 หาค่า
ความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coeffi-
cient)⁽¹¹⁾ พบว่าแบบสอบถามเจตคติทางเพศ และ
ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค = 0.66 และ 0.71 ตามลำดับ
ทำการเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2550
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติ
ไคสแควร์ (Chi-square)

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง
การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนชายกับนักเรียนหญิง
โดยสมัครใจ หรือตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา และโรงเรียนขยาย
โอกาสทางการศึกษา ซึ่งครอบคลุมประเด็นด้านความถี่
ของการมีเพศสัมพันธ์(จำนวนครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์)
การเปลี่ยนคู่นอน (จำนวนคู่นอน ที่เป็นเพศตรงข้าม)

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์
หมายถึง พฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ มี
9 ด้าน ได้แก่ การมีคูรักร การมีนัดเพียงลำพังกับเพื่อน
ต่างเพศ เทียบกลางคืนกับเพศตรงข้าม การดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ การอ่านหนังสือกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ
การดูสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การแต่งเนื้อต้องตัวกับ
เพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว การจูบกับคูรักร และการชกต่อย
ตบตี เพื่อแย่งคนรัก

3. ทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถชั้น

พื้นฐานของบุคคลในการปรับตัว และเลือกทางเดินชีวิตที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาต่างๆที่อยู่รอบตัวและเตรียมพร้อมสำหรับในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการถ่ายทอดประสบการณ์ด้วยการฝึกฝนอบรม องค์ประกอบทักษะชีวิตแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ทักษะชีวิตด้านพุทธิพิสัย หรือความรู้ ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึง ความรู้ด้านเพศศึกษาได้แก่ ความรู้ด้านการคุมกำเนิด การตั้งครรรภ์และการคลอด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.2 ทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย หรือเจตคติ ซึ่งในงานวิจัยนี้คือเจตคติทางเพศ หมายถึง ความรู้สึก ความนึกคิดที่ได้จากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของนักเรียน ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางเพศ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่แสดงออกมาซึ่งครอบคลุมเรื่อง การมีครรภ์ การปฏิบัติตนต่อคนรักความรู้สึกทางเพศ ความอยากรู้อยากเห็นทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความรู้สึกผิดในเรื่องเพศ การคุมกำเนิด และการทำแท้ง

3.3 ทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย หมายถึง ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร ทักษะในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหา รวมทั้งทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
3. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
4. ทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 เพศชาย ร้อยละ 47.1 เป็นนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.2 และโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ร้อยละ 48.8 ด้านการได้รับการอบรมเลี้ยงดู นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบให้ความรักความอบอุ่น ร้อยละ 47.9 รองลงมา คือ ยอมรับความคิดเห็นและให้ความช่วยเหลือตามโอกาส ร้อยละ 29.7 ด้านการพักอาศัย พบว่า ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 72.6 ความสัมพันธ์กับครูส่วนใหญ่ปรึกษาหารือ ขอคำแนะนำได้เสมอ ร้อยละ 74.1 ความสัมพันธ์กับเพื่อน พบว่าส่วนใหญ่เข้ากับเพื่อนได้ ร้อยละ 80.7 แหล่งที่ได้รับความรู้เรื่องเพศ ส่วนใหญ่ได้จากครู อาจารย์ ร้อยละ 50.9 รองลงมา คือ โทรทัศน์ วิทยู ร้อยละ 41.3 ด้านการรับรู้บทลงโทษของโรงเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม พบว่าส่วนใหญ่ไม่รับรู้ ร้อยละ 64.2 และนักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการลงโทษเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 96.5 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

พฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมการมีคูรัก ซึ่งพบสูงสุดร้อยละ 52.6 รองลงมา คือ การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ผสม ดูสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และอ่านหนังสือกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ ร้อยละ 34.0, 30.9 และ 23.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อแยกตามเพศพบว่าเพศชาย เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12.3 ของเพศชายทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย โดยเพศหญิงพบว่า มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.2 ของเพศหญิงทั้งหมด ราย

ละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแยกตามเพศ

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	เพศหญิง (คน)	ร้อยละ	เพศชาย (คน)	ร้อยละ	รวม (คน)	ร้อยละ
เคย	16	7.2	25	12.3	41	9.7
ไม่เคย	205	92.8	178	87.7	383	90.3
รวม	221	100	203	100	424	100

เมื่อแยกตามระดับชั้น พบว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์สูงสุด 21 คน ร้อยละ 13.7 รองลงมา คือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 17 คน ร้อยละ 12.5 ส่วนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์น้อยที่สุด จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.2 เมื่อแยกตามประเภทโรงเรียน พบว่า นักเรียนของโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีเพศสัมพันธ์ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 12 สูงกว่านักเรียนของโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ซึ่งพบจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2

จากกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมมีการมีเพศสัมพันธ์ พบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยที่สุด คือ 9 ปี มากที่สุด คือ 16 ปี ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่อริ ร้อยละ 70.7 รองลงมาคือ เพื่อนต่างโรงเรียน และเพื่อนโรงเรียนเดียวกัน ร้อยละ 14.6 9.8 ตามลำดับ ส่วนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับผู้ขายบริการทางเพศพบ 1 คน ร้อยละ 2.4 จำนวนคู่นอนทั้งหมดในปัจจุบันส่วนใหญ่พบว่าไม่มีคู่นอนแล้ว เท่ากับที่มีคู่นอน 1 คน ร้อยละ 41.5 รองลงมา คือมีคู่นอน 2 คน 4 คน และมากกว่า 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.8 4.9 และ 2.4 ตามลำดับ ด้านความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 19.5 มีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งกับคู่อริมากที่สุด ร้อยละ 61 ในการมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือใช้เป็นบางครั้ง และไม่ใช้ ร้อยละ 26.8 และ 24.4 ตามลำดับ ด้านการคุมกำเนิด

ส่วนใหญ่พบว่า นักเรียนหรือคู่อริไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 70.7 ส่วนที่คุมกำเนิด ร้อยละ 29.3 พบว่าส่วนใหญ่คุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 38 รองลงมาคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และใช้วิธีหลังข้างนอก ร้อยละ 21 และ 17 ตามลำดับ และพบว่าคู่อริ หรือตนเองเคยตั้งครรภ์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 และเคยทำแท้ง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6

ทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

1. ทักษะชีวิตด้านพุทธานุภาพหรือความรู้ จากการทดสอบความรู้เรื่องเพศศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 32.1 รองลงมา คือ ระดับดีมาก พอใช้ และดี ร้อยละ 31.1, 24.1 และ 12.7 ตามลำดับ โดยมีความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับพอใช้ และต้องปรับปรุงในด้านการคุมกำเนิดมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์และการคลอด ตามลำดับ

2. ทักษะชีวิตด้านจิตพิสัยหรือเจตคติ จากการศึกษาพบว่า เจตคติด้านการมีครรภ์ การคุมกำเนิด และการทำแท้งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเจตคติด้านการปฏิบัติต่อคนรัก ความรู้สึกทางเพศ ความอยากรู้ อยากเห็น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความรู้สึกผิด ในเรื่องเพศอยู่ในระดับสูงซึ่งถ้าดูในภาพรวมเจตคติทางเพศของนักเรียนก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน แสดงว่านักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ

3. ทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย จากการประเมินทักษะพิสัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร

การตัดสินใจแก้ไขปัญา และด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่า นักเรียนมีทักษะพิสัยด้านการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.8 78.8 และ 66.7 ตามลำดับ และ ทักษะรวมทุกด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง ร้อยละ 71.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 และไม่พบนักเรียนมีทักษะพิสัยในระดับต่ำเลย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

เมื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

อย่างมีนัยสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การได้รับการอบรมเลี้ยงดู เจตคติทางเพศโดยรวม เจตคติทางเพศด้านการมีครรภ์ การปฏิบัติตัวต่อคนรัก ความรู้สึกทางเพศ ความอยากรู้อยากเห็นทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความรู้สึกผิดในเรื่องเพศ ด้านการคุมกำเนิด และการทำแท้ง พฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 9 ด้าน ทักษะพิสัยด้านการตัดสินใจและแก้ไขปัญา ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และทักษะพิสัยรวมทุกด้าน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสถิติที่ ระดับ 0.05 คือ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะพิสัยด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (N= 41) กับตัวแปรด้านต่าง ๆ

ตัวแปร	X ²	p-value
เพศ	3.120	0.077
การได้รับการอบรมเลี้ยงดู	17.754	0.003
ลักษณะการอยู่อาศัย	1.566	0.457
ระดับความรู้เรื่องเพศศึกษา	4.823	0.185
ระดับเจตคติทางเพศ	13.965	0.002
ระดับเจตคติทางเพศด้านการมีครรภ์	12.020	0.002
ระดับเจตคติทางเพศด้านการปฏิบัติตัวต่อคนรัก	16.176	0.001
ระดับเจตคติทางเพศด้านความรู้สึกทางเพศ	9.444	0.024
ระดับเจตคติทางเพศด้านความอยากรู้อยากเห็น	11.621	0.003
ระดับเจตคติทางเพศด้านการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร	17.905	<0.001
ระดับเจตคติทางเพศด้านความรู้สึกผิดในเรื่องเพศ	6.734	0.034
ระดับเจตคติทางเพศด้านการคุมกำเนิดและการทำแท้ง	10.694	0.005
พฤติกรรมเสี่ยงการเคยมีคูรัก	19.551	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ	44.805	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงเที่ยวกลางคืนกับเพศตรงข้าม	44.644	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสม	12.222	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงอ่านหนังสือกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ	11.039	0.001
พฤติกรรมเสี่ยงดูสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ	22.356	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงถูกเนื้อต้องตัวกับเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว	35.514	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงจูบกับคูรัก	94.795	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงชกต่อยหรือตบตีกันเพื่อแย่งคนรัก	7.057	0.008
ทักษะพิสัยด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร	2.788	0.248
ทักษะพิสัยด้านการตัดสินใจและแก้ไขปัญา	11.492	0.003
ทักษะพิสัยด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	8.177	0.017
ทักษะรวมทุกด้าน	11.450	0.001

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 9.7 ซึ่งเท่ากับการศึกษาของบังอร เทพเทียน และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 9.7 แต่ต่ำกว่าการศึกษาของวรรณ ทิพย์วารีรัมย์⁽¹³⁾ พบว่านักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ 7 คน จากจำนวน 16 คน ด้านเพศ พบว่าเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของบังอร เทพเทียน และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 13.1 ซึ่งสูงกว่าเพศหญิง 1.96 เท่า และการศึกษาของวัชร เอี่ยมศรีมุก⁽⁵⁾ ที่พบว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกัน อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยที่สุด คือ 9 ปี แตกต่างจากการศึกษาของวรรณ ทิพย์วารีรัมย์⁽¹³⁾ ที่พบนักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกขณะที่เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อายุประมาณ 10-11 ปี ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรัก สอดคล้องกับการศึกษาของบังอร เทพเทียนและคณะ⁽¹²⁾ นิรล นวลจัน⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของประภาส บารมี⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรักหรือแฟน

จากการศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 9.7 เป็นสภาพปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12.3 เพศหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.2 เป็นอัตราที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ต้องดำเนินการทั้งในกลุ่มเพศหญิง และเพศชายไปพร้อม ๆ กัน โดยจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะเพศ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด (ร้อยละ 13.7) อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14 ปี อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยที่สุด คือ 9 ปี แสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาควรดำเนินการตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา

ช่วงชั้นที่ 2 (ป.4-6) และ ควรดำเนินการอย่างเข้มข้นในช่วงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรักมากที่สุด (ร้อยละ 70.7) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ คือ การมีคูรัก มากที่สุด (ร้อยละ 52.6) ดังนั้นควรมีการสอนทักษะชีวิต เน้นในเรื่องการปฏิบัติตนกับคนรักเป็นสำคัญ เพื่อให้นักเรียนปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม ในด้านการคุมกำเนิดพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 70.7 และด้านการตั้งครรถ์ พบว่าคูรักหรือตนเองเคยตั้งครรถ์ ร้อยละ 18.2 แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มปัญหาการตั้งครรถ์ที่ไม่พึงประสงค์ น่าจะรุนแรงมากขึ้น และปัญหาที่ตามมา คือ การทำแท้ง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ คือนักเรียนเคยทำแท้งร้อยละ 28.6 นอกจากนี้ยังพบว่าบางส่วนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับผู้ขายบริการทางเพศ (ร้อยละ 2.4) การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ไม่ใช่ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 24.4) แสดงให้เห็นว่าบางส่วนยังมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ และไม่เห็นความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย อาจทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อหาสาเหตุที่นักเรียนไม่สามารถปฏิบัติตนเหมาะสมในเรื่องเพศได้ เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว
2. เนื่องจากปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน แนวทางการแก้ไขปัญหาคควรใช้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู แกนนำชุมชน เครือข่ายผู้ปกครอง แกนนำนักเรียน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อความต่อเนื่อง และยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา
3. ควรมีการศึกษารูปแบบการเพิ่มทักษะชีวิตที่เหมาะสมกับวัยรุ่นในปัจจุบัน เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ลดปัญหาการตั้งครรถ์ไม่พึงประสงค์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป
4. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือการวัดทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่ดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ขวัญศิริกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเนินมะปราง ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒนะ, ดร.อังคณาพร สอน่าย, ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเรือน แก้วกังวาน. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิต ทุกช่วงวัย . กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.
- สุโขทัยธรรมาธิราช, มหาวิทยาลัย. พฤติกรรมวัยรุ่น. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2540.
- ธามนิจ โคตรวิบูลย์. ความคิดเห็นของวัยรุ่นที่มีต่อความสัมพันธ์ทางเพศก่อนการสมรสของวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6. ปรินญา นีพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2540.
- รัตนา ดอกแก้ว. ผลของการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดแพร่. ปรินญา นีพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
- วัชร เยี่ยมรัมย์กุล. ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษา และมัธยมศึกษา. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด; ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์; 2543.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก. เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th/> (วันที่ค้นข้อมูล 11 มกราคม 2552); 2550.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3; 2543.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2543.
- ศิรินาถ ป้อมวงศ์. การศึกษาเจตคติทางเพศและพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 5 ในเขตการศึกษา 7. ปรินญา นีพนธ์ กศ.ม. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2537.
- สุธีรา ราชภูรินทร์. การพัฒนาเครื่องมือวัดทักษะชีวิต เกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. ปรินญา นีพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2547.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักในการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือในการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด; 2530.
- บังอร เทพเทียน, ปิยนันท์ ตระกูลพงษ์, ปรีดา ตาสี, สุภัทรา อินทร์ไพบูลย์. การเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. เข้าถึงได้จาก <http://www.aihd.mahidol.ac.th/pdf/vol5no1/1.%20Sexual%20behavior%20surveillance.pdf/> (วันที่ค้นข้อมูล : 25 พฤศจิกายน 2552); 2549.
- วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้นในจังหวัดพิษณุโลก. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์; 2546.
- นิรุตต นวลจัน. พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก; ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์; 2545.
- ประภาส บาร์มี. พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ตำบลบ้านกลาง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก; ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์; 2547.

ภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้มองอักเสบเจอีในประชากรไทย

Seroprevalence of Immunity against Japanese Encephalitis in Thai population

พรศักดิ์ อยู่เจริญ พบ., สม.*

อัจฉริยา อนุกุลพิพัฒน์ วทบ., วทม.**

สุรภี อนันตปรีชา วทบ., Certificate of Virology**

ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ พบ., สม.*

*สำนักโรคติดต่อทั่วไป

กรมควบคุมโรค

**สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

Pornsak Yoocharoan MD., MPH.*

Atchareeya A-neugoolpipat Bsc., Msc**

Surapee Anantapreecha Bsc., Certificate of Virology**

Piyanit Tharmaphornpilas MD., MPH.*

*Bureau of General Communicable Disease

Department of Disease Control

**National Institute of Health,

Department of Medical Sciences

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้มองอักเสบเจอี โดยใช้ตัวอย่างน้ำเหลือง ซึ่งเก็บรวบรวมจากประชากรใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทยในปี 2547 พบความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่ระดับ Geometric mean titre (GMT) >1:10 ซึ่งสามารถป้องกันโรคได้โดยรวมเป็นร้อยละ 75 โดยความชุกในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีเป็นร้อยละ 32 กลุ่มเด็กอายุ 2-9 ปีเป็นร้อยละ 69 แต่ลดต่ำลงเป็นร้อยละ 61 ในกลุ่มอายุ 10-15 ปี และสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่มากขึ้น เป็นร้อยละ 77 ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี ส่วนความชุกในกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 40 ปีขึ้นไปมีมากกว่าร้อยละ 90 ค่าเฉลี่ย GMT รายกลุ่มอายุ มีแนวโน้มสอดคล้องกับความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคได้ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับวัคซีนครบ 2 และ 3 เข็ม มีภูมิคุ้มกันซึ่งสามารถป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจอีได้ เป็น ร้อยละ 65 และ 84 ตามลำดับ แนวโน้มความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ สะท้อนให้เห็นสถานะในประเทศไทย ว่ามีโรคไข้มองอักเสบเจอีชุกชุมมากในอดีต และยังคงมีโรคอยู่ในพื้นที่ในปัจจุบัน สำหรับการให้บริการวัคซีนแม้จะช่วยให้ระดับภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ในเด็กสูงขึ้น แต่ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งอาจเกิดจากความครอบคลุมวัคซีนต่ำ หรือปัญหาในการบริการในพื้นที่ ที่อาจทำให้ประสิทธิภาพวัคซีนลดลง

Abstract

Serum samples collected from people living in 4 regions of Thailand in 2004 were tested for markers of immunity against Japanese Encephalitis. The overall prevalence of protective immunity (PRNT geometric mean titre >1:10) was 75%. The prevalence among children aged less than 2 years was 32% and in children aged 2-9 years was 69%. The prevalence decreased to 61% in children aged 10-15 years and gradually increased to 77% in age group 25-29 years. More than 90% of adult aged more than 40 years had protective immunity. Geometric mean titres by age group had increasing trend, similar to the trend of prevalence of protective immunity. Among children less than 5 years old who had received 2 and 3 doses vaccination, 65% and 84% respectively showed protective immunity. Increasing prevalence of protective immu-

nity by age suggested endemicity of the Japanese Encephalitis infections in Thailand in the past which might have continued until recent years. Although Japanese Encephalitis vaccination has helped increase the prevalence of protective immunity in children, the proportion of immune population is still lower than the level expected. The shortfall may due to low vaccine coverage or vaccine effectiveness in the field.

ประเด็นสำคัญ-

ไขสมองอักเสบ ความสำเร็จของระดับภูมิคุ้มกัน

Keywords

Japanese Encephalitis, seroprevalence

บทนำ

โรคไขสมองอักเสบ เกิดจากเชื้อไวรัส Japanese Encephalitis เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศในแถบทวีปเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และก่อให้เกิดความพิการที่ถาวรในเด็ก รองจากโรคโปลิโอที่มีการระบาดในอดีต⁽¹⁾ มียุงรำคาญชนิด *Culex Tritaeniorhynchus* เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ⁽²⁾ มีหมู และนกน้ำบางชนิด เป็นสัตว์รังโรคที่สำคัญ⁽³⁾ พบอัตราการอุบัติการณ์ของโรค ประมาณ 10-100 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ ลักษณะอาการของโรค จะมีไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก มีอาการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ชี้น้ หมดสติ โดยผู้ที่ติดเชื้อไวรัสนี้ จะมีอาการแสดงประมาณ 1 ใน 250 ของผู้ที่ติดเชื้อทั้งหมด^(5,6) มีอัตราป่วยตายประมาณหนึ่งในสาม และผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต พบว่ามีอัตราความพิการสูงถึงร้อยละ 40⁽⁷⁾

ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไขสมองอักเสบในจังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศ⁽⁸⁾ โดยเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดใกล้เคียงในปี พ.ศ. 2512 มีผู้ป่วยจำนวน 685 ราย ส่งผลให้มีผู้ป่วยเสียชีวิต และพิการเป็นจำนวนมาก หลังจากนั้นพบโรคนี้ได้มากขึ้นในหลายพื้นที่ จึงนับได้ว่าโรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามโรคไขสมองอักเสบ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

มีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถสร้างภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ร้อยละ 80-100 และสามารถป้องกันโรคในพื้นที่ได้มากกว่าร้อยละ 80-95⁽⁴⁾ ประเทศไทยได้นำวัคซีนป้องกันโรคไขสมองอักเสบเจ็ดชนิดเชื้อตายที่ผลิตในสมองหนู มาให้บริการในเด็กอายุ 18-24 เดือน จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1-2 สัปดาห์ ใน 8 จังหวัดภาคเหนือ ตั้งแต่ปี 2533⁽¹⁰⁾ ต่อมาได้ขยายจำนวนจังหวัดเพิ่มมากขึ้น ตามลำดับ และขยายเป็น 28 จังหวัด ในปี 2536 ต่อมาในปี 2543 ได้พิจารณาให้วัคซีนเด็กทุกคนทั่วประเทศ ส่วนการให้วัคซีนกระตุ้นอีก 1 ครั้งในเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน ได้เริ่มต้นใน 28 จังหวัดแรกในปี 2540 และขยายเพิ่มเติมจนทั่วทั้งประเทศในปี 2544 (รายละเอียดการให้บริการวัคซีนไขสมองอักเสบในตารางที่ 1)

ในปี 2547-2548 กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง การประเมินผลกระทบการให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ และภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบบี เอ บี และซี ในประชากรไทย⁽¹¹⁾ จึงได้นำตัวอย่างน้ำเหลืองจากโครงการดังกล่าวมาใช้ในการศึกษานี้ เพื่อทราบความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคไขสมองอักเสบได้ ในประชากรกลุ่มอายุต่างๆ และในประชากรที่ได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ตารางที่ 1 จังหวัดที่ได้ดำเนินการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอีกแบบปี 2553 - ปี 2553

ตารางที่ 1 จังหวัดที่ได้ดำเนินการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอีกแบบปี 2553 - ปี 2553 (ข้อมูลจากแบบปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคประจำปี 2520-2553 : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค)

จังหวัด	ปี 33 18-24 เดือน เริ่ม 8 จังหวัด	ปี 34 18-24 เดือน รวมเป็น 17 จังหวัด	ปี 35 18-24 เดือน รวมเป็น 21 จังหวัด	ปี 36 18-24 เดือน รวมเป็น 28 จังหวัด	ปี 37 18-24 เดือน รวมเป็น 28 จังหวัด	ปี 38 18-24 เดือน รวมเป็น 28 จังหวัด	ปี 39 18-24 เดือน รวมเป็น 28 จังหวัด	ปี 40 18-24 เดือน รวมเป็น 34 จังหวัด	ปี 41 18-24 เดือน รวมเป็น 34 จังหวัด	ปี 42 18-24 เดือน รวมเป็น 34 จังหวัด
1 เชียงใหม่	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 เชียงราย	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 พะเยา	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 ลำปาง	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 แม่ฮ่องสอน	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6 พิจิตร	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 นครสวรรค์	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 สุโขทัย	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9 เพชรบูรณ์	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10 ลำปาง	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11 น่าน	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12 อุตรดิตถ์	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13 กำแพงเพชร	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14 ลพบุรี	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15 อุทัยธานี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16 สระบุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17 สิงห์บุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18 สกลนคร	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19 ปทุมธานี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20 ตาก	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21 สระบุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22 นครปฐม	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23 อุบลราชธานี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
24 ร้อยเอ็ด	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
25 นครราชสีมา	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
26 ยโสธร	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27 เลย	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
28 ศรีสะเกษ	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
29 นครราชสีมา	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
30 สิงห์บุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
31 นครราชสีมา	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
32 ปราจีนบุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
33 รามบุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
34 กาญจนบุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
35 สุรินทร์	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
36 บุรีรัมย์	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
37 อุบลราชธานี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
38 ชลบุรี	-	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ x = เริ่ม 18-24 เดือน ปี 2 เริ่มแรก เริ่มแรกเริ่มที่ 2 ปี 3 ปี 4 ปี 5 ปี 6 ปี 7 ปี 8 ปี 9 ปี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

กลุ่มตัวอย่างนำเหลืองที่ใช้ในการศึกษา

ตัวอย่างนำเหลืองที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้จากการสุ่มเลือกตัวอย่างในคลังตัวอย่างนำเหลืองที่คงเหลือจากโครงการประเมินผลกระทบการให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ และภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบบี เอ บี และซี ในประชากรไทย ซึ่งตัวอย่างนำเหลืองทั้งหมดได้ถูกเก็บรวบรวมไว้ในปี 2547 เป็นตัวอย่างนำเหลืองที่เก็บจากเด็กที่มารับการบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี และประชาชนกลุ่มอายุอื่นที่มารับตรวจรักษาด้วยโรคเฉียบพลันในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน (2-3 แห่งต่อจังหวัด) ในจังหวัดเชียงราย อุตรดิตถ์ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ที่มีสุขภาพโดยรวมในเกณฑ์ดี ไม่มีโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 1 เดือน ใน 1 ปีที่ผ่านมาไม่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และไม่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ หรือโรคระบบภูมิคุ้มกันอื่นๆ ตัวอย่างนำเหลืองในคลังมีจำนวน 6,213 ตัวอย่าง ถูกเก็บไว้ในอุณหภูมิ -70 องศาเซลเซียส ที่ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสตับอักเสบบี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สำหรับการศึกษาได้สุ่มเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างอิสระในแต่ละกลุ่มอายุและ ภูมิภาค (simple random stratified sampling) ทั้งสิ้น 1,332 ตัวอย่าง กลุ่มอายุที่ใช้ในการสุ่มเลือกคือ กลุ่มอายุ 0-4 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-39 40-49 และ 50 ปีขึ้นไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ใช้วิธี Plaque Reduction Neutralization As-

say (50% PRNT) โดยห้องปฏิบัติการฝ่ายอาชีวไวรัส สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตามวิธีของ Raharjo E⁽¹²⁾ และ Yamada KI⁽¹³⁾ โดยการทดสอบนี้ค่าของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉียบได้ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1:10

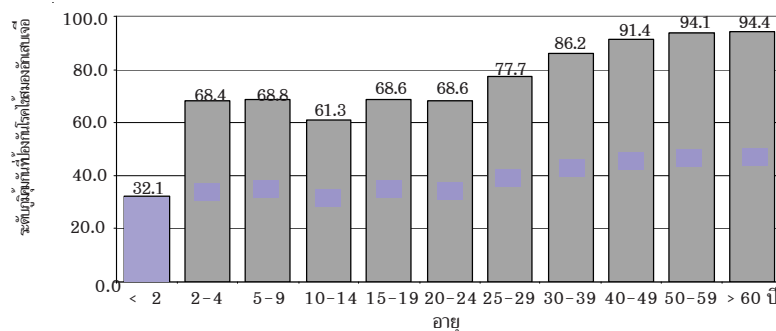
การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยใช้สัดส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย Geometric mean titre (GMT) การวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วน ใช้ Chi-square test (p=0.05) สำหรับกลุ่มอายุที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้ปรับแยกกลุ่มอายุ 0-4 ปี ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย (0-2 ปี และ 2-4 ปี) เพื่อให้สอดคล้องกับอายุที่ควรได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ผลการศึกษา

จากตัวอย่างนำเหลืองที่สุ่มเลือกได้จำนวน 1,332 ตัวอย่าง มีตัวอย่างนำเหลืองเพียงพอ ในการตรวจจำนวน 1,218 ตัวอย่าง พบความชุกเฉลี่ยของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉียบได้ในตัวอย่างรวมทุกกลุ่มอายุคิดเป็นร้อยละ 74.7 (910/1,218) เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุต่างๆ พบมีความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคได้ในแต่ละกลุ่มอายุ ได้แก่ อายุ 0-2 ปี ร้อยละ 32.1 อายุ 2-4 ปี ร้อยละ 68.4 อายุ 5-9 ปี ร้อยละ 68.8 อายุ 10-14 ปี ร้อยละ 61.3 อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 68.6 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 68.6 อายุ 25-29 ปี ร้อยละ 77.7 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 86.2 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 91.4 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 94.1 อายุ > 60 ปี ร้อยละ 94.4 และกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 90 ตามลำดับ (รูปที่ 1)

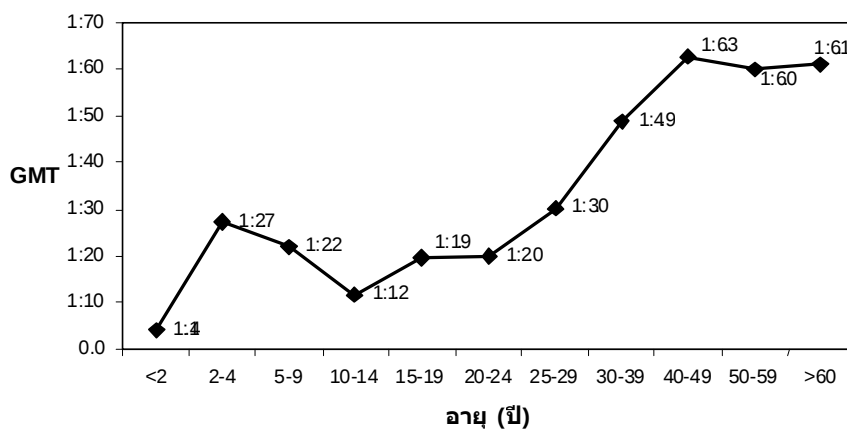
รูปที่ 1 : ความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉียบได้ จำแนกตามกลุ่มอายุ (จำนวน 1,218 ตัวอย่าง)



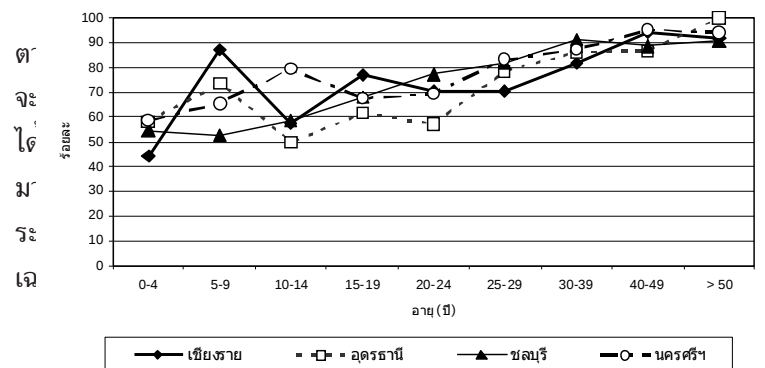
ค่าเฉลี่ย GMT รายกลุ่มอายุ พบแนวโน้มสอดคล้องกับความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคได้ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมากในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี คืออยู่ที่ระดับ 1:4 และเพิ่มสูงขึ้นในช่วงอายุ 2 - 4 ปี เป็น 1:27 ซึ่งน่าจะเกิดจากการได้รับวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เมื่ออายุ 18 เดือน และ 2 ปี 6

เดือน หลังจากนั้นลดต่ำเหลือ 1:11 ในช่วงอายุ 10-14 ปี ในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ จนถึงระดับ 1:60 ในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มอายุนี้ได้รับการติดเชื้อตามธรรมชาติ และอาจได้รับการติดเชื้อกระตุ้นภูมิคุ้มกันซ้ำหลายครั้ง (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 Geometric mean titre (GMT) ของระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้สมองอักเสบเจอี จำแนกตามกลุ่มอายุ



ความชุกเฉลี่ยของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอีได้ในแต่ละภูมิภาค ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.54$) ความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 72.9 - 77.6 โดยจังหวัด นครศรีธรรมราชมีความชุกสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.6 รองลงมาคือจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 74.6 จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 73.4 และจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 71.6



รูปที่ 3 ความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอีได้ จำแนกตามกลุ่มอายุ ในแต่ละจังหวัด

ในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งสามารถตรวจสอบประวัติการรับวัคซีนไข้มองอักเสบจากสมุดสุขภาพได้จำนวน 40 คน พบเด็กได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มจำนวน 19 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 84 มีภูมิคุ้มกัน

ที่สามารถป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉียบได้ ส่วนเด็กที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 17 คน ร้อยละ 65 มีภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉียบได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉียบได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, จำแนกตามวัคซีนไข้มองอักเสบเฉียบที่ได้รับ

วิจารณ์

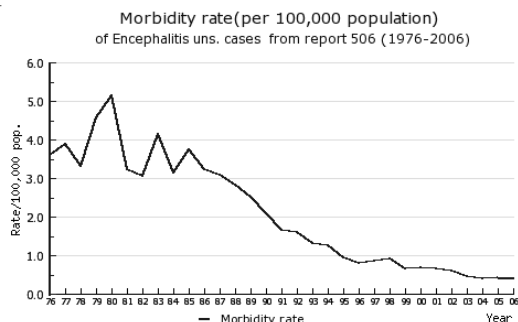
สถานการณ์ของโรคไข้มองอักเสบพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ จากการดำเนินการเฝ้าระวังโรคมาตั้งแต่ปี 2519-2549⁽¹⁴⁾ พบว่ารายงานอัตราป่วยไข้มองอักเสบที่ไม่ได้จำแนกสาเหตุมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากประมาณ 3-4 ต่อแสนประชากรในช่วงปี 2520-2530 เหลือต่ำกว่า 1 ต่อแสนประชากรตั้งแต่ปี 2538 ดังแสดงในรูปที่ 4 และพบอัตราป่วยตายลดลงจากร้อยละ 27 ในปี 2519 เหลือเพียงร้อยละ 5 ในปี 2549 ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน และคุณภาพที่ดีขึ้น ส่วนการตรวจหา

เชื้อไวรัสไข้มองอักเสบเฉียบ โดยห้องปฏิบัติการฝ่ายอาชีวเวชศาสตร์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในตัวอย่างน้ำเหลืองและน้ำไขสันหลังของผู้ป่วยไข้มองอักเสบจากสภามหาวิทยาลัยการแพทย์ทั้งในภาครัฐและเอกชนปี 2531-2546

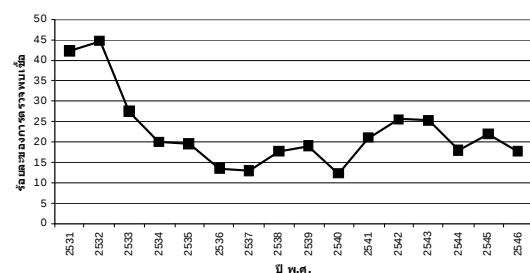
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสไข้มองอักเสบเฉียบ	ร้อยละเด็กที่มีภูมิคุ้มกันป้องกันโรคได้
ประมาณ 200-800 ตัวอย่าง ตรวจพบ IgM antibody ต่อเชื้อไวรัสเฉียบ ในอัตราค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2546 เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 20 (15-25)1	0
จากช่วงปี 2531-2532 ซึ่งอยู่ในช่วงร้อยละ 42-45	100
	65
	84

(รูปที่ 5)

รูปที่ 4 อัตราป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคไข้มองอักเสบที่ไม่ได้จำแนกสาเหตุ ตามระบบรายงานเฝ้าระวังโรคสำนักโรคบาตวิทยา, 2519-2549



รูปที่ 5 อัตราการตรวจพบ IgM antibody ต่อเชื้อไวรัสเฉียบในผู้ป่วยไข้มองอักเสบ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2531-2546



ทั้งนี้เมื่อนำข้อมูลทั้งสองส่วนข้างต้น มาเปรียบเทียบกับแผนการให้บริการวัคซีนไข้มองอีกเสบเจอีของประเทศไทย ซึ่งเริ่มในกลุ่ม 17 จังหวัดภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นเขตที่มีการระบาดของโรครุนแรงตั้งแต่ปี 2533-2534 จะเห็นได้ว่าการบริการวัคซีนได้เริ่มหลังจาก อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลงแล้ว ซึ่งการลดลงของโรคในระยนั้น อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการป้องกันโรคของประชาชน อย่างไรก็ตามหลังเริ่มการบริการวัคซีนแล้ว อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงคาดว่าวัคซีนน่าจะยังเป็นปัจจัยสำคัญในการลดลงของโรคจนถึงระดับต่ำในปัจจุบัน

การศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี อยู่ที่ร้อยละ 32 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 68 และ 69 ในช่วงอายุ 2-4 ปี และ 5-9 ปี จากนั้นลดลงเหลือร้อยละ 61 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี เป็นข้อมูลที่สอดคล้องกันกับการให้บริการวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งได้ดำเนินการทั่วประเทศมาประมาณ 5 ปีในขณะนั้น (นับถึงปี 2547) โดยให้วัคซีน 2 ครั้งเมื่อเด็กอายุ 18 เดือน และให้กระตุ้นอีก 1 ครั้งเมื่อเด็กอายุ 30 เดือน โดยการศึกษาความครอบคลุมการให้วัคซีนไข้มองอีกเสบเจอีในปี 2546 พบความครอบคลุมวัคซีน 2 เข็ม เท่ากับร้อยละ 87.4 และความครอบคลุมวัคซีนครบ 3 เข็ม เท่ากับร้อยละ 62.1⁽¹⁵⁾ ซึ่งยังเป็นอัตราความครอบคลุม ที่ยังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 90 อยู่ โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนครั้งที่ 3 เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีภูมิคุ้มกันโรคที่สูงและยาวนานขึ้นในการป้องกันโรค ส่งผลให้สัดส่วนเด็กที่มีภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคไข้มองอีกเสบเจอีได้ยังต่ำอยู่

เมื่อพิจารณาเฉพาะจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นจังหวัดที่ให้บริการวัคซีนมาตั้งแต่ปี 2533 ก็พบว่าแม้ว่าความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ในกลุ่มเด็กอายุ 5-9 ปีจะสูงเกือบร้อยละ 90 แต่ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี ก็อยู่ในเกณฑ์ไม่แตกต่างจากจังหวัดอื่น ซึ่งอาจต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมว่าปัญหา

เกิดจากการได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน หรือจากการที่ระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงหลังการได้รับวัคซีนครั้งสุดท้ายเมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน ซึ่งหากเป็นสาเหตุประการหลังอาจต้องพิจารณาให้วัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกันซ้ำอีก

ผลวิเคราะห์ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีประวัติการได้รับวัคซีนชัดเจน จำนวน 40 คนในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าร้อยละ 65 ของเด็กที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม และร้อยละ 84 ของเด็กกลุ่มที่ได้รับวัคซีน 3 เข็ม เท่านั้นที่มีภูมิคุ้มกันในระดับที่ป้องกันโรคได้ต่ำกว่าค่าประสิทธิภาพวัคซีนที่เคยทำการทดลองในประเทศไทยในอดีต ซึ่งพบประสิทธิภาพวัคซีนมากกว่าร้อยละ 90^(16,17) จึงควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความแตกต่างดังกล่าวขึ้น เช่น การฉีดวัคซีนน้อยกว่าปริมาณที่กำหนดการฉีดผิดตำแหน่ง ระยะห่างระหว่างโดสสั้นเกินไป การเก็บรักษา และขนส่งวัคซีนที่อุณหภูมิสูงหรือต่ำกว่ากำหนด การใช้วัคซีนที่เหลืออายุใช้งานสั้น หรืออาจเป็นได้ว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นเป็นจากการกระตุ้นภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติซึ่งพบในอดีตมากกว่าในปัจจุบัน เป็นต้น

สำหรับความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ในกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งเกิดก่อนการให้บริการวัคซีนในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุสูงกว่า 40 ปี ซึ่งเกินกว่าร้อยละ 90 และลดหลั่นลงเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มอายุที่ลดลง แสดงว่าในประเทศไทยมีโรคชุกชุมมากในอดีต และยังคงมีโรคอยู่ในพื้นที่ แต่มีแนวโน้มลดต่ำลงในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะเป็นผลเนื่องมาจากในประเทศไทยยังมีพาหะนำโรคชุกชุมอยู่ แม้ว่าแหล่งเพาะพันธุ์ยุงรำคาญที่สำคัญส่วนหนึ่งเช่น พื้นที่นาจะลดลงอย่างมาก สภาพและพื้นที่ป่าทึบโตรมและลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยังมีการใช้ยาฆ่าแมลงในพื้นที่ทำการเกษตร และในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นก็ตาม

แม้ไม่เคยมีรายงานการศึกษากวาระภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้มองอีกเสบเจอีในประเทศไทย หลังการให้วัคซีนไข้มองอีกเสบเจอีในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาก่อน การศึกษากวาระภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้มองอีกเสบเจอีในประเทศได้หวนเมื่อปี 2541 ก็รายงาน

ผลการศึกษาในลักษณะเดียวกันกับการศึกษานี้ คือ ความชุกของระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคของประชากรกลุ่มอายุที่ได้รับวัคซีนภายในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ โดยเฉพาะที่อยู่ในเขตเมือง อยู่ในระดับต่ำกว่าในประชากรกลุ่มอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคที่มาจากการติดเชื้อตามธรรมชาติมาก และมีแนวโน้มต้องให้วัคซีนเข็มกระตุ้น เพื่อรักษาระดับภูมิคุ้มกันเป็นระยะ ๆ⁽¹⁸⁾ ซึ่งในขณะนั้นประเทศได้หันเลือกใช้วัคซีนกระตุ้น 2 เข็ม ซึ่งมากกว่าไทย 1 เข็ม

อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไข้มองอักเสบเฉียบในประเทศไทย ควรมีการเร่งรัดการเพิ่มระดับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนให้สูงขึ้น และควรมีการติดตามประเมินผลระบบการบริหารจัดการวัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็นที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งกระบวนการให้บริการวัคซีนที่ถูกต้องได้มาตรฐาน เพื่อให้วัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในเด็กที่ได้รับวัคซีนให้มีระดับที่สูงเพียงพอในการป้องกันโรค นอกจากนี้อาจต้องมีการศึกษาภาวะการติดเชื้อไวรัสไข้มองอักเสบเฉียบในสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรคที่มีความสำคัญได้ในอนาคต

ข้อจำกัด

วิธีการเก็บตัวอย่างน้ำเหลืองโดยใช้โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนเป็นจุดดำเนินการ อาจทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่อย่างแท้จริง อาจได้ประชากรที่อยู่ในเขตเมือง ใกล้ที่ตั้งของโรงพยาบาลในสัดส่วนสูงกว่าปกติ

การเปรียบเทียบรายงานผู้ป่วยไข้มองอักเสบจากระบบรายงานเฝ้าระวังโรคกับความชุกของระดับภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ในประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ในการศึกษาทำได้ยาก เนื่องจากการรายงานผู้ป่วยไข้มองอักเสบในระบบรายงานเฝ้าระวังโรค เป็นการรายงานตามลักษณะทางคลินิก และส่วนใหญ่ไม่ระบุเชื้อก่อโรค

การให้บริการวัคซีนไข้มองอักเสบเฉียบใน

พื้นที่ทั้ง 4 จังหวัดแตกต่างกัน บางพื้นที่ใช้วัคซีนมากกว่า 10 ปี แต่ในบางพื้นที่ใช้มาประมาณ 4-5 ปีเท่านั้น และไม่ทราบความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนที่แท้จริงในระดับจังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.นพ.ยง ภูววรรณ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโครงการประเมินผลกระทบ การให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ และภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบ เอ บี และซี ในประเทศไทย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตัวอย่าง น้ำเหลืองที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ฝ่ายอาชีวไวรัส สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ในการตรวจตัวอย่างน้ำเหลือง ศ.คลินิก (พิเศษ) พญ.สุจิตรา นิมนานิตย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. Halstead SB, Jacobson J. Japanese encephalitis. *Adv Virus Res.* 2003; 61: 103-138.
2. Rosen L. The natural history of Japanese encephalitis virus. *Annu Rev Microbiol.* 1986; 40:395-414.
3. Soman RS, Rodrigues FM, Guttikar SN, Guru PY. Experimental viraemia and transmission of Japanese encephalitis virus by mosquitoes in ardeid birds. *Indian J Med Res* 66:709-718, 1977.
4. WHO position paper: Japanese encephalitis vaccines, *Weekly Epidemiological Record* 1998. 73:337-344.
5. Halstead SB, Grosz CR. Subclinical Japanese encephalitis. I. Infection of Americans with limited residence in Korea. *Am J Hyg.* 1962; 75:190-201.

6. Gajana A, Thenmozhi V, Samuel PP, Reuben R. A community-based study of subclinical flavivirus infections in children in an area of Tamil Nadu, India, where Japanese encephalitis is endemic. Bull World Health Organization. 1995; 73: 237-244.
7. American Academy of Pediatrics. Arboviruses : In Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Disease. 26th ed. Elk grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003: 200-205.
8. Grossman RA, Edelman R, Willhight M, Pantuwatana S, Udomsakdi S. Study of Japanese encephalitis virus in Chiang Mai Valley, Thailand. Am J Epidemiol. 1973; 98: 133-149.
9. Chunsuttiwat S, Warachi P. Japanese encephalitis in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1995; 26(S3): 43-46.
10. Rojanasuphot S, Nachiangmai P, Sriaggrawalong A, Nimmannitya S. Implimentation of simultaneous Japanese encephalitis vaccine in the expanded program of immunization of infants. Mosq Borne Dis Bull. 1992; 9: 86-92.
11. Chongsrisawat V, Yoocharoen P, Theamboonlers A, Tharmaphornpilas P, Warinsathien P, Sinlaparatsamee S, Paupunwatana S, et al. Hepatitis B seroprevalence in Thailand: 12 years after hepatitis B vaccine integration into the national expanded programme on immunization. Trop Med Int Health. 2006; 11: 1496-502.
12. Raharjo E, Tadano M, Okamoto Y, Okuno Y. Development of a micro-neutralization test for chikungunya virus. Biken J 1986; 29: 27-30.
13. Yamada KI., Takasaki T., Nawa M. and Kurane I. Virus isolation as one of the diagnosis methods for dengue virus infection. J Clinical Virol 2002; 24: 203-9.
14. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานเฝ้าระวังโรคไข้สมองอักเสบ. จาก URL :<http://203.157.15.4/surdata/disease.php?dcontent=graph&ds=28> , ข้อมูล ณ.วันที่ 27 พฤษภาคม 2552.
15. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปลิโอในการณรงค์ พ.ศ.2546. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547. 64-65.
16. Nimmannitya S, Hutamai S, Kalayanaroos S, Rojanasuphot S. A field study on Nakayama and Beijing strains of Japanese encephalitis vaccine. Southeast Asia J Trop Med Public Health 1995; 26: 689-693.
17. Rojanasuphot S, Charoensuk O, Ungchusak K, Sriaggrawalong A, Panthumachinda B. A field trial of inactivated mouse brain Japanese encephalitis vaccine produced in Thailand. Mosquito Borne Dis Bull 1991; 8: 11-16.
18. Tseng HF, Tan HF, Chang CK, Huang WL, Ho WC. Seroepidemiology study of Japanese encephalitis neutralizing antibodies in southern Taiwan: A comparative study between urban city and country townships. Am J Infect Control 2003; 31: 435-40.

ดรรชนีชื่อเรื่อง

วารสารควบคุมโรค ปีที่ 35 พ.ศ. 2552

ชื่อเรื่อง	เล่มที่	หน้า
การควบคุมสุนัขและโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เทศบาลนครนครศรีธรรมราช	1	58
การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของสถานบริการสาธารณสุขตามตัวชี้วัดของ UNGASS	2	100
การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้รับประทานยาต้านไวรัสในประเทศไทย	1	23
การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2552	4	246
การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคปอดบวมในเด็ก	3	187
การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	1	1
การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ในกลุ่มทหารประจำการในค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดนครนายก วันที่ 14 พฤศจิกายน-28ธันวาคม 2550	3	206
การศึกษาการติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกของยุงลายในพื้นที่แหล่งแพร่โรค	2	145
การศึกษาความไวต่อสารที่มีฟอสของลูกน้ำยุงลายบ้านในจังหวัดสมุทรสาคร	3	195
การศึกษาผู้ป่วยที่ถูกงูแมวเซากัดในโรงพยาบาลพระพุทธบาท ปี 2549 - 2551	1	66
การสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้ใช้แรงงานกลุ่มก่อสร้างในประเทศไทย พ.ศ. 2552	4	235
ความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส 1 % ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายบ้านในอำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท	3	200
ความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก	1	39
ความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มของอัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ ที่เป็นจริงในประเทศไทย ในระยะเวลา 14 ปี หลังกำจัด โรคเรื้อนสำเร็จ (ปี 2537 - 2550)	2	124
ความสามารถในการดักยุงของปี๊บดักยุง 4 แบบ ในจังหวัดเพชรบูรณ์	2	138
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร	3	176
ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการตรวจรักษา ในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล	4	258
บทบาทของโรงพยาบาลในการสนับสนุนโครงการบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของชุมชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล	3	169

ชื่อเรื่อง	เล่มที่	หน้า
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก	4	267
ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชาชน จังหวัดกำแพงเพชร	2	79
พฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร	4	225
พฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร	2	114
พื้นฐานทางทฤษฎีของแนวคิดการจัดการภาครัฐกับการยกระดับศักยภาพการบริหาร ในหน่วยงานควบคุมโรค	3	159
ภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้มองอีกแง่ในประชากรไทย	4	276
มาตรการทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2551	1	31
ระดับคุณภาพงานในคลินิกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2549	1	47
ราชประชาสมาสัย 50 ปีแห่งการสนองพระราชปณิธาน	3	151
สถานการณ์การวิจัยและพัฒนาวัคซีนในประเทศไทย พ.ศ.2551	1	11
สถานะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเขตสาธารณสุขที่ 14 พ.ศ. 2551	1	72
สภาพและปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว	4	213
อุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัส HPV ชนิด High-Risk ในสตรีจากโครงการตรวจหาเชื้อไวรัสมะเร็งปากมดลูก เพื่อเฉลิมพระเกียรติฯ	2	89

Title Index
Disease Control Journal, Volume 35, Year 2009

Title	Number	Page
Assessment of Service Activities Delivered to STI Case by Public Health Settings: An UNGASS Indicator Based Study	2	100
Dengue Virus infection of Aedes Mosquitoes in Hyperendemic Area of DF/DHF	2	145
Development of a Model for Public Information and Education on Prevention and Control of Childhood Pneumonia	3	187
Development of a Model of Participation for the Local Administrative Organization for Disease Prevention and Health Hazard Control	1	1
Dogs and Rabies Control in Nakhon Srithammarat Municipal Area	1	58
Factors Related to Premature Sex Among Junior High School Students in Noenmaprang District, Phitsanulok	4	267
Health Data Survey of Construction Workers in Thailand in 2009	4	235
Knowledge and Behavior of Care-Taker on Prevention of Diarrhoeal Disease in Children	1	39
Leptospirosis Outbreak at Military Camp in Nakhonnayok: 14 Nov-28 Dec 2007	3	206
Mental Health Status and Related Factors among Grade 8 Secondary School Students in Public Health Region 14 in 2008	1	72
Patients with Russell's Viper Bite in Praphutthabat Hospital 2006 - 2008	1	66
Persistence of Temephos 1% Sand Granule Against Aedes aegypti L. Larvae in Amphoe Hankha, Chainat Province	3	200
Prevalence of HPV-HR Infection among Females in "The programme Of Cervical Cancer Screening and Viral test for The Diamond Jubilee, the 60th Anniversary Celebrations of His Majesty the King's Accession to the Throne "	2	89
Public Management Concepts: Implication for Capacity Building for Disease Control Organizations	3	159
Quality Assessment of Immunization Practice at Clinics in 2006	1	47
Quality of Life of HIV/ADS Patients receiving HAART at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute	3	176

Title	Number	Page
Relationship between Secular Trends of Prevalence Rate and Detection Rate of New Cases of Leprosy in Thailand during the 14 years Post Elimination of Leprosy (1994 – 2007)	2	124
Risk Factors and Factors Related to Risk Behaviors Regarding to Hypertension and Diabetes Mellitus of People in Kamphaeng Phet Province	2	79
Self-care Behaviors and Complications of Diabetes Mellitus Patients, Kamphaeng Phet Province	4	225
Seroprevalence of immunity against Japanese Encephalitis in Thai population	4	276
Sexual Behaviors of HIV/AIDS Patients in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute	2	114
Situation and problem to access public health service of migrant workers in Songkhla Province	4	213
Situation of Vaccine Research and Development in Thailand in 2008	1	11
Social Measure Influencing Familial Securities of HIV Patients in Nongbualamphu in 2008	1	31
Surveillance of HIV-1 Antiretroviral Drug Resistant Strains in Thailand	1	23
Surveillance of HIV-1 Antiretroviral Drug Resistant Strains in Thailand in 2009	4	246
The Role of Hospitals in Supporting the Community Project for Stroke Patient Services in Greater Bangkok	3	169
The Study on Susceptibility to Temephos 1% sg of Aedes aegypti L. Larvae in Samutsakhon Province	3	195
The Study on Trapping Capacity of 4 Types of Mosquito Traps	2	138
Variables Related to Self-Care Behavior of HIV-Infected Children and Youth at Government Hospitals in Bangkok and Its Environs	4	258

ดัชนีผู้เขียน
วารสารควบคุมโรค ปีที่ 35 พ.ศ. 2552

ชื่อ		เล่มที่	หน้า	ชื่อ		เล่มที่	หน้า
กรรณิกา	จันทร์หนองไทร	2	145	พรรณเกษม	แผ่พร	3	195
กรุณา	ลัมเจริญ	2	114	พรรณเกษม	แผ่พร	3	200
กรุณา	ลัมเจริญ	3	176	พรศักดิ์	อยู่เจริญ	4	276
กอบกาญจน์	กาญจน์โนภาส	2	145	พอพิศ	วรินทร์เสถียร	1	47
เกรียงศักดิ์	เจตนะจิตร	3	200	เพ็ญศรี	สวัสดิ์เจริญยิ่ง	2	100
เกรียงศักดิ์	ชื่อเลื่อม	3	169	มณฑาทิพย์	ศรีวรรณ	2	89
งามตา	ราชกรม	2	89	รัชนิษฐา	บัวชื่น	4	267
จริยนาฏธ	แก้ว	3	206	รัชนี้	ธีระวิทย์เลิศ	1	39
จรุง	เมืองชนะ	1	11	ลออศรี	จารุวัฒน์	4	225
จรูญ	ปิยะวารารณ	3	151	ลออศรี	จารุวัฒน์	2	79
จันทกานต์	วลัยเสถียร	1	72	ลัดดาวัลย์	เกษมเนตร	4	258
จินตนา	ซูเกียรติศิริ	1	66	วราลักษณ์	ตั้งคณะกุล	3	206
จิราพร	เงินแจ่ม	4	235	วัชร	สาริบุตร	3	187
จิราพร	ชมพิกุล	3	169	วิชัย	สติมัย	2	145
จิรเนาว์	ทศศรี	4	213	วิภาวี	จำปาเงิน	2	145
ฉลวย	เสรีกิจ	2	124	วิวัฒน์	เอกบุรณะวัฒน์	4	235
ชวลิต	แก้วก	2	138	ศิริรัตน์	เดชะธวัช	1	11
ดารินทร์	อารีโชคชัย	3	206	สมชัย	หลกภิชาติ	2	89
ดิเรก	สุดแดน	3	206	สมชาย	รุ่งตระกูลชัย	2	124
ดุษฎิ	อายุวัฒน์	1	31	สมนึก	เลิศสุโกวณิชัย	3	187
ดุสิต	โพธิ์ทอง	2	138	สมศักดิ์	นาคกลั่นกุล	1	1
ณอมจิตต์	ดวงตะวัน	3	176	สังคม	ศุภรัตน์กุล	1	31
ทวีศักดิ์	ทองบุ	2	138	สีใส	ยี่สุนแสง	2	138
ธีรศักดิ์	ชักนำ	3	206	สุกัญญา	จงถาวรสถิตย์	1	39
ธีระ	รามสุด	2	124	สุดี	จารุพันธ์	4	213
นคร	เปรมศรี	1	11	สุทธิพัฒน์	วงศ์วิทย์โชติ	4	235
นงเยาว์	สมเดช	2	145	สุนันทา	สีโท	3	187
นพราชย์	อินทองคำ	1	58	สุรพล	เกาะเรียนอุดม	1	23
นัยนา	จิโรจน์วัฒน์	2	89	สุรพล	เกาะเรียนอุดม	4	246
นิธิพัฒน์	มีโชคสม	2	138	สุรภี	อนันตปรีชา	4	276
นิสิต	คงเกริกเกียรติ	2	89	สุลิมาศ	อังศุเกียรติถาวร	4	258
เบญจวรรณ	ระลึก	3	206	สุวิช	ธรรมปาโล	2	145
ประชุมพร	เลาห์ประเสริฐ	3	195	เสาวนีย์	วิบูลสันติ	1	1
ประชุมพร	เลาห์ประเสริฐ	3	200	อกนิษฐ์	จิตต์มิตร	2	145
ประทีป	จันท	4	258	อนงค์ศิลป์	दानไพบลย์	1	1
ประภัสสร	สุวรรณมงคล	1	1	อนุสรณ์	ภาณุตานันท์	3	195
ปราณี	สุทธิสุนันท์	3	169	อมรา	บาลยอ	3	187
ปรีชา	ตันธนาธิป	2	114	อรธยา	ลัมวัฒนาียงยง	1	11
ปิ่นนภ	นเรศรฐพันธ์	1	39	อัจฉริยา	อนุกุลพัฒน์	4	276
ปิยนิตย์	ธรรมภรณ์พิลาศ	1	47	อัญชลี	ตรีตรการ	2	100
ปิยนิตย์	ธรรมภรณ์พิลาศ	4	276	อัญชลี	ศิริพิทยาคุณกิจ	1	11
พจมาน	ศิริอารยาภรณ์	3	206	อาจารย์	อิงคะวนิช	3	187
พชรา	โรจนพิทยาการ	3	159	อิงอร	ปรีชาญวินิจ	1	58
พรเพ็ญ	เดชะมนตรีกุล	2	100	เอมอร	ราษฎร์จำเริญสุข	1	47

Author Index

Disease Control Journal, Volume 35, Year 2009

Name	No	Page	Name	No	Page
Aimorn Rasdjarmrearnsook	1	47	Phankasaem Phaeporn	3	195
Ajaree Ingkavanit	3	187	Pinnop Narasetaphan	1	39
Akanitt Jittmittraphap	2	145	Piyanit Tharnaphornpilas	4	276
Amara Balyore	3	187	Pornpen Techamontrikul	2	100
Anchalee Tritrakarn	2	100	Pornsak Yoocharoan	4	276
Anongsin Danpaiboon	1	1	Porpit Varinsathein	1	47
Anusorn Pawaputanun	3	195	Potjaman Siriarayaporn	3	206
Atchareeya A-neugoolpipat	4	276	Prachumporn Lauprasert	3	195
Attaya Limwattanayingyong	1	11	Prachumporn Lauprasert	3	200
Benjawan Raluek	3	206	Pranee Suthisukhon	3	169
Chaluay Setki	2	124	Prapatsorn Suwanbongkot	1	1
Charung Muangchana	1	11	Prateep Jinng	4	258
Chawalit Kaewkok	2	138	Preecha Tunthanathip	2	114
Chintana Chookiartsri	1	66	Pungasem Paeporn	3	200
Chiraporn Ngernchaem	4	235	Rachanitta Buacheun	4	267
Darin Areechokchai	3	206	Ratchanee Theerawitthayalert	1	39
Derek Suddan	3	206	Saowanee Wiboolsanti	1	1
Dusadee Ayuwat	1	31	Seesai Yeesoonsang	2	138
Dusit Phothong	2	138	Sirirat Techathawat	1	11
Ing-On Preechanvinich	1	58	Somchai Lokpichat	2	89
Jariyanart Kevee	3	206	Somchye Rungtrakulchai	2	124
Jeranoun Thassri	4	213	Somnuek Lertsuphotvanit	3	187
Jiraporn Chompikul	3	169	Somsak Nakklinkoon	1	1
Juntakarn Valaisathien	1	72	Sudee Jaruphandh	4	213
Kannika Channongsai	2	145	Sukanya Chongthawonsatid	1	39
Karuna Limjaroen	2	114	Suleemas Angsukiattitavorn	4	258
Karuna Limjaroen	3	176	Sunanta Sritho	3	187
Kobkan Kanjanopas	2	145	Sungkom Sooparattanagool	1	31
Kriengsak Jettanachit	3	200	Surapee Anantapreecha	4	276
Kriengsak Sueluerm	3	169	Surapol Kohreanudom	4	246
Laddawan Kasemnet	4	258	Surapol Kohreanudom	1	23
Laorsri Jaruwat	2	79	Suttiapat Wongvitvichot	4	235
Laorsri Jaruwat	4	225	Suwich Thammapalo	2	145
Montatip Sriwan	2	89	Tanomchit Duanduan	3	176
Naiyana Jirarojwattana	2	89	Teera Ramasoota	2	124
Nakorn Premisri	1	11	Teerasak Chaknam	3	206
Ngamta Rajakrom	2	89	Thawisak Thongbu	2	138
Nisit Kongkerkaiat	2	89	Unchalee Siripitayakunkit	1	11
Nithipat Mipoksom	2	138	Waralak Tangkanakul	3	206
Nongyao Somdach	2	145	Watcharee Sareebutara	3	187
Noparat Inthongkam	1	58	Wichai Satimai	2	145
Pachira Rojanapithayakorn	3	159	Wipawee Jampangern	2	145
Pensri Sawadcharoenying	2	100	Wiwat Ekburanawat	4	235