



วารสารสาธารณสุขล้านนา Lanna Public Health Journal

ISSN 1686-7076

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2550 Volume 3 No.3 September - December 2007

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า Page	Original Articles
ประสิทธิผลเบื้องต้นและความปลอดภัยของสารสกัด สมุนไพรแมงลักในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สุระ คุณคงคาพันธ์ และ คณะ	255	Efficacy and safety of Hyptis suaveolens extract in HIV-infected individuals: A preliminary study <i>Sura Kunkongkapan et al.</i>
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับ CD4 กับความ เสี่ยงต่อภาวะแพ้ยาวัณโรคในผู้ติดเชื้อ HIV ใน โรงพยาบาลสารภี สุนีย์ นรเศรษฐ์ธาดา	263	The relationship between CD4 level and adverse reaction to antituberculosis drugs in HIV patients in Saraphee hospital <i>Sune N. Norasetthada</i>
ผลการใช้ระบบ DOTS ดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาล หางดง จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2547-2549 บัณฑิต วันคำ	269	Treatment outcome of DOTS in tuberculosis patients in Hangdong Hospital, Chiang Mai Province <i>Bandit Wankhom</i>
ประสบการณ์การผ่าตัดรักษาโรคของต่อมไทรอยด์ใน โรงพยาบาลจอมทอง เมธา ขันระฆัง	275	Surgical management of thyroid disorders experience in Chomtong Hospital <i>Metha Kuntachawana</i>
คุณภาพงานบริการวิสัญญี และอัตราการตายในโรง พยาบาลเชียงรายประจําบุคลากร ศิริธร โชติกุล และ จงกลณี ดาววิจิตร	283	Quality of anesthesia in Chiangrai hospital in aspect of mortality rate <i>Sireetorn Cholitkul and Chongolnee Dawichit</i>
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำ บลงแม่แจ่ม อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โกสิน ศักรินทร์กุล และ คณะ	290	Family Health Promoting Behavior in Makeujae, Muang, Lamphun <i>Pokin Sakarinkhul et al.</i>

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า Page	Original Articles
การประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พิษณุ รักษกุลกานต์	300	Evaluation of the program to teach life-skill as a preventative measure against HIV infection to grade six students <i>Pisanu Rugsakulkran</i>
การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550 เกรียงไกร ยอดเรือน	311	HIV related behavioral surveillance among second year students in vocational schools, Chiang Mai 2007 <i>Kriangkrai yotruean</i>
สถานะโรคฟันผุ ของนักเรียนชาวไทยภูเขาในโรงเรียนประถมศึกษาเขตตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ วรารกร คูปติศาสตร์	322	Dental caries status of Thai hilltribe students in the primary schools in Baukeaw Sub-district, Samoeng District, ChiangMai Province <i>Waraporn Koopatishart</i>
ประเมินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ สมศักดิ์ โอภาสตระกูล และ ดวงพร เตมีศักดิ์	330	An Evaluation Tuberculosis Patients Care with Directly-Observed Treatment by Participation of Local Administration Organizations, Mae Taeng District, Chiang Mai Province <i>Somsak Opathakoon and Duangporn Temeesak</i>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขลันนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการ และผลงานวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจ โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตามลำดับก่อนหลัง และตามหลักเกณฑ์ที่แนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าหรือวิจัยการเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General Article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อยหรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็มมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัด เวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นรอยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปรายผล สรุป หรือ ขอเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ

ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ (Key words) ใ้ท้ายบทคัดย่อไม่เกิน 5 คำ หรือ กลุ่มคำ หรือ วลี สำหรับวารสารนี้กำหนดชนิดบทคัดย่อแบบไม่มีโครงสร้างกำกับ คือ เขียนเป็นร้อยแก้ว โดยไม่ต้องแบ่งเป็นหัวข้อ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาคุณค่าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรการหรือวิธีที่ใช้ (Intervention) ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐาน ที่วางไว้ว่าอ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่ อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งในรูป Postcard ขาว-ดำ หรือสี ขนาด 3x5 นิ้ว

อภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะประเด็นสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของ การศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคตและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงาน ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยสรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ ให้ขอเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือระดับปัญหาสำหรับการศึกษาค้นต่อไป ควรสั้นกะทัดรัดกิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้วิจัย และขอบคุณหน่วยงานหรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver ใส่หมายเลขอารบิก เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับ และตรงกับอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใส่เลขเดิม

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถาต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิง อ้างอิงผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อนามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เพิ่มเติมชื่อโรคติดต่ออันตราย, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนพิเศษ 42 ง. (ลงวันที่ 8 เมษายน 2546)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

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

ตัวอย่าง

Tesana S, Srisawangwong T, Kaewkes S, Sithithaworn P, Kanla P, Arunyanart C. Egg shell morphology of the small eggs of human trematodes in Thailand. South-east Asian J Trop Med Public Health 1992; 22: 631-636.

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม *et al.*

ภาษาไทย : ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม Font 16

ตัวอย่าง ชีระ งามสุด. วิกฤติการณ์โรคเอดส์ในสังคมไทย. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 2533 ;3: 69-81
การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา : ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Fenner F, Hall AJ, Dowdle WR. What is eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds. The eradication of infectious diseases. Chichester: John Wiley & Sons, 1998: 13-18.

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

ตัวอย่าง

อมร ลีลารัสมิ, สุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลารัสมิ, สุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ทีพี พรินท์ จำกัด, 2536: 24-26.

การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (conference Proceedings)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทปริญญา. ภาควิชา, คณะ. เมืองมหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

อ้างอิงอื่นๆ

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์ ; 2538:545.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article in electronic format)

-Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar

[cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

-WHO Regional Office for South-East Asia. TB in South-East Asia. Available from: [http://www.searo.who.int/en/Section10/Section2097/Section2100_10643.htm].

4. การส่งต้นฉบับ

- 4.1 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวโดยใช้ font : Angsana new ขนาด 16 เว้นระยะบรรทัด 2 บรรทัด เพื่อสะดวกต่อการปรับตรวจแก้ไข
- 4.2 ภาพประกอบจะเป็นภาพขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป
- 4.3 การส่งเรื่องดีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ถึง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ 447 ถนนเชียงใหม่-ลำพูน ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000 หรือส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: nongyai48@yahoo.com
- 4.4 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง CD ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ให้กองบรรณาธิการ

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนเรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสาร ให้ผู้เขียน เรื่องละ 10 เล่ม (ผู้เขียน คนแรก)

ส่ง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
447 ถนนลำพูน ตำบลวัดเกต
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000
E-mail address: nongyai48@yahoo.com

ประสิทธิผลเบื้องต้นและความปลอดภัยของสารสกัดสมุนไพรแมงลักในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(Efficacy and safety of *Hyptis suaveolens* extract in HIV-infected individuals:

A preliminary study)

สุระ คุณกงกัณฑ์ พ.บ.*

Sura Kunkongkapan M.D.*

บุษราวรรณ ศรีวรรณ Ph.D**

Busarawan Sriwanthana Ph.D **

ปราณี ชาวลิตธำรง วท.ม.***

Pranee Chavalittumrong M.Sc.(Phytochemistry)***

ไพจิตร วราชาติ พ.บ. ศ.ม.****

Paijit Warachit M.D., M.PH****

*โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

*Maesai Hospital, Chiangrai Province.

**สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

**National Institute of Health, Department of

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

Medical Sciences

***สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

***Medicinal Plant Research Institute,

Department of Medical Sciences.

****กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

****Department of Medical Sciences.

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้นและผลข้างเคียงของการใช้สารสกัดแมงลัก ในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มที่มีจำนวนเซลล์ CD4 มากกว่า 250 cells/mm³ และไม่แสดงอาการ มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย 26 ราย โดยให้รับประทานแคปซูลสารสกัดแมงลักขนาด 250 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์ CD4 และปริมาณ viral load พบว่าผู้ที่ได้รับสารสกัดมีปริมาณ Hemoglobin albumin ลดลงในเดือนที่ 6 และ ลดลงในเดือนที่ 3 ของการรักษาตามลำดับ แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าทางโลหิตวิทยา และค่าชีวเคมีอื่นๆ รวมทั้งผลข้างเคียงใดๆระหว่างได้รับยา การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสารสกัดแมงลักที่ให้รับประทานในขนาดวันละ 1,500 มิลลิกรัม นาน 6 เดือน มีความปลอดภัยต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อมีความพึงพอใจที่ได้รับยา

คำสำคัญ: แมงลัก เอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทดลองทางคลินิก

Abstract

A clinical study was conducted to study preliminary efficacy and side effects of water extract of *Hyptis suaveolens* (L.) Poit in HIV-infected individuals at Mae-Sai Hospital, Chiang Rai province. Twenty-six HIV-infected asymptomatic persons with CD4⁺ cells greater than 250 cells/mm³ received two capsules of 250 mg *H. suaveolens*

extract orally three times a day for 6 months. The results showed no significant changes in the number of CD4⁺ cells and HIV viral load. Significant decrease in Hemoglobin and albumin was observed but within normal limits in months 6 and 3, respectively, of the treatment. Changes in other hematological and biochemical parameters were not found throughout the study. No subjects experienced side effects from the treatment. The study suggested that the water extract of *H. suaveolens* at the dose of 1,500 mg/day orally given to HIV-infected individuals for 6 months was safe and the patients reported their satisfaction from the treatment.

Keywords: *Hyptis suaveolens*, AIDS, HIV, clinical trial

บทนำ

เอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และยังคงระบาดต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อแล้วประมาณ 1 ล้านคน¹ โดยทั่วไปเป้าหมายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ คือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ลดหรือชะลอการเพิ่มจำนวนของเชื้อ HIV และรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นจากเชื้อรา แบคทีเรีย หรือไวรัสเมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ซึ่งทำได้โดยการใช้ยาต้านเชื้อ HIV ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านจุลชีพต่าง ๆ และการกระตุ้นหรือเสริมภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเจตนารมณ์ เพื่อดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศกำลังพัฒนาได้มีโอกาสรับยาด้านไวรัสอย่างน้อย 3 ล้านรายในปี ค.ศ. 2005² แต่ยาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีราคาแพงมาก ทำให้เป็นอุปสรรคกับการให้การรักษาผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทยนั้นองค์การเภสัชกรรมได้ทำการผลิต GPO-VIR ซึ่งเป็นยาด้านไวรัสที่ประกอบด้วย Nevirapine, Lamivudine และ Stavudine แม้ว่า GPO-VIR ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สะดวกขึ้น และมีราคาถูกลงอย่างมาก แต่ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับ GPO-VIR ขณะนี้คือผู้ติดเชื้อที่มีจำนวนเซลล์ CD4 น้อยกว่า 250 cells/mm³ แม้ว่าผลงานวิจัยแสดงว่าการใช้ยาด้าน HIV หลาย ๆ ขนาน เช่น ซากุ่ม

ที่ต้านเอนไซม์ reverse transcriptase หรือ protease ซึ่งทำให้ปริมาณของเชื้อ HIV ในเลือดลดลงได้มาก ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส และผู้ป่วยอาจมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้นก็ตาม³ แต่ผู้ติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่ในประเทศไทยก็มิได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ได้แนะนำไว้ จึงหันมาใช้บริการทางเลือกที่มีอยู่หลากหลายชนิด รวมทั้งการใช้สมุนไพร

แมงลักคามีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Hyptis suaveolens* (L.) Poit เป็นไม้ล้มลุกที่อยู่ในวงศ์ Lamiaceae มีความสูง 30-150 เซนติเมตร มีขนแข็งกระจายอยู่ทั่วต้น กลิ่นฉุน ใบเดี่ยว ออกตรงข้าม แผ่นใบรูปไข่ กว้าง 2-6 ซม. ยาว 2-8 ซม. มีขนนุ่ม ปลายใบแหลม ขอบจัก ก้านใบยาว ช่อดอกคล้ายช่อกระจุกออกที่ปลายกิ่งหรือตามง่ามใบใกล้ปลายกิ่ง ช่อย่อยมี 2-5 ดอก ดอกสีม่วงอมน้ำเงิน กลีบเลี้ยงโคนติดกันคล้ายระฆัง ขอบหยัก 5 หยัก ปลายหยักเรียวเป็นหนามแหลม กลีบดอกรูปปากเปิด ผลย่อยมีขนาดเล็ก ค่อนข้างแบน เปลือกมีเมือกหุ้ม เมื่อแช่น้ำจะพองออกเป็นวุ้นพืช ขึ้นอยู่ทั่วทุกภาค ตามที่โล่งแจ้ง ที่รกร้างริมทาง⁴

สารสกัดแมงลักคามีส่วนประกอบหลักทางเคมี ได้แก่ 1, 8-cineole β -caryophyllene, และ dehydroabietinol^{5,6} น้ำมันหอมระเหยในแมงลักคาประกอบด้วย sabinene, limonene, bicyclogermacrene, β -phellandrene และ 1-8-cineole⁷ มีรายงานใช้แมงลักคาเป็นยากระตุ้นการขับลม ด้านการติดเชื้อ

ขับเหงื่อและขับน้ำนม⁸ น้ำมันหอมระเหยในแมงลักคามีฤทธิ์ด้านการเจริญเติบโตของแบคทีเรียทั้งแกรมบวกและแกรมลบ รวมถึงฤทธิ์อย่างอ่อนในการต้านเชื้อรา *Candida albicans* and *Aspergillus niger*⁹ สารสกัดด้วยเมธานอลยับยั้งการเจริญเติบโตของ *C. albicans* แบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบบางชนิด¹⁰ สารสกัดด้วยเอทานอลของใบแมงลักคามีฤทธิ์สมานแผล ผงของ ใบแมงลักคาสามารถยับยั้งการสร้าง aflatoxin B^{11, 12} และมีรายงานว่า Suaveolol และ methyl suaveolate ซึ่งเป็นสารสกัดจากส่วนของใบมีฤทธิ์ยับยั้งการอักเสบ¹³

คณะผู้วิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ทำการศึกษาทางเภสัชวิทยาของสารสกัดแมงลักคา พบว่า มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ HIV-1 reverse transcriptase และ protease โดยมีค่า IC₅₀ เท่ากับ 12 และ 19 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร ตามลำดับ สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ HIV ในหลอดทดลองได้ 90% และ 95% ที่ความเข้มข้น 0.03 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร และ 0.06-0.25 มก./มล.ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่าสารสกัดแมงลักคาช่วยเพิ่มการแบ่งตัวของลิมโฟไซต์ของคนที่ปกติในหลอดทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ความเข้มข้นตั้งแต่ 1 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ถึง 100 มก./มล.¹⁴ แสดงว่าสารสกัดแมงลักคาอาจนำมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ได้

ผลการศึกษาพิษเรื้อรังโดยป้อนสารสกัดแมงลักคาให้หนูขาวทั้งสองเพศทางปากในขนาดสูงถึงวันละ 500 มก./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน เป็นเวลา 6 เดือน พบว่าไม่มีผลต่อการเจริญเติบโตของหนูขาวทั้งสองเพศ และไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าทางโลหิตวิทยา ค่าทางชีวเคมี หรือพยาธิสภาพของอวัยวะภายในที่แสดงถึงความเป็นพิษต่ออวัยวะและการทำงานของระบบต่างๆของหนูขาว¹⁵ และศึกษาถึงความปลอดภัยในอาสาสมัครปกติ โดยให้รับแคปซูลสารสกัดแมงลักคาครั้งละ 1 แคปซูล (250 มก./

แคปซูล และ 500 มก./แคปซูล) หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง นาน 30 วัน พบว่าอาสาสมัครทนต่อยาได้ดีและไม่พบผลข้างเคียงของยา

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาทางคลินิกในผู้ติดเชื้อ HIV ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย เพื่อทราบถึงประสิทธิภาพเบื้องต้นของยาจากสมุนไพรแมงลักคาตลอดจนผลข้างเคียง อันอาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยานาน 6 เดือน โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2548

วิธีการศึกษา

การคัดเลือกผู้ป่วย

ชายหรือหญิง มีอายุ 20 – 50 ปี ตรวจเลือดพบ anti-HIV มีจำนวนเซลล์ CD4 มากกว่า 250 cells/mm³ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HIV viral load) ระหว่าง 20,000-100,000 copies/ml มี Karnofski Performance Score (KPS) ≥ 70 คะแนน ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแผนปัจจุบันมาก่อน

นอกจากนั้น ผู้ที่เข้าร่วมโครงการต้องสามารถรับประทานยาเม็ดได้ สามารถรับการติดต่อรักษามั่นเสมอ ได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย และไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนของการติดเชื้อวัณโรค หรือการติดเชื้อ *Cryptococcus* ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา สำหรับผู้หญิงต้องไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

ผู้ทำการวิจัยได้อธิบายให้ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการทราบเกี่ยวกับโครงการ ผู้ที่สมัครใจและยินยอม เข้าร่วมการศึกษาต้องเซ็นชื่อในใบยินยอมตามแบบที่อนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การถอน

ผู้ป่วยที่เข้าโครงการออกจาก การศึกษาได้แก่ (1) มี HIV viral load มากกว่า 0.5 log จากเมื่อเริ่มต้นศึกษา (2) มีอาการข้างเคียงรุนแรง หรือ (3) ไม่สมัครใจอยู่ในโครงการศึกษาต่อไป

การศึกษาผู้ป่วย

ผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้าเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 26 ราย ได้รับสารสกัดแมงลักขนาดแคปซูลละ 250 มก. โดยให้รับประทาน 2 แคปซูล หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกันนาน 6 เดือน และนัดตรวจ ติดตามผลการใช้ยาทุก 4 สัปดาห์ จนครบ 6 เดือน และหลังจากหยุดแคปซูลนาน 1, 4, 5 และ 6 เดือน ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับแคปซูลสารสกัดแมงลักของครั้งต่อไป และกินแคปซูลที่เหลือครั้งก่อนทุกครั้งที่มาติดตามผล

การติดตามผลการรักษา

ผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้าโครงการทุกรายได้รับการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ 20 มิลลิลิตร ก่อนรับยาและทุก 4 สัปดาห์ จนครบ 6 เดือนของการศึกษา เพื่อตรวจ HIV viral load, จำนวนเซลล์ CD4 ค่าทางโลหิตวิทยา ค่าทางชีวเคมี ได้แก่ Aspartate aminotransferase (AST) Alanine aminotransferase (ALT), Alkaline phosphatase (ALP), Amylase Bilirubin Creatinine Blood urea nitrogen (BUN), Total protein Globulin Albumin Uric acid Glucose Sodium Potassium Chloride ตรวจ HIV viral load, จำนวน CD4⁺ cells หลังจากหยุดแคปซูลนาน 1, 4, 5 และ 6 เดือน และนับจำนวนแคปซูลที่ผู้เข้าร่วมโครงการนำกลับมากทุกครั้ง การเตรียมแคปซูลสารสกัดแมงลัก

นำส่วนลำต้นเหนือดินของแมงลักที่เก็บจากจังหวัดจันทบุรี และจังหวัดระยอง ซึ่งได้รับการตรวจ ทางอนุกรมวิธาน ที่กรมป่าไม้ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (voucher specimen: BKF 082711) มาล้างสะอาดแล้วตากแห้งที่อุณหภูมิห้อง จากนั้นหั่นเป็นชิ้นเล็กๆ และนำไปอบ

ให้แห้งในเตาอบร้อนไฟฟ้าที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส นาน 48 ชั่วโมง นำตัวอย่างที่แห้งแล้วไปบดเป็นผงละเอียดผ่านร่อนเบอร์ 80 จากนั้นนำไปสกัดด้วยการรีฟลักซ์ด้วยน้ำ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สารสกัดที่ได้นำไปทำให้แห้งด้วยการระเหยด้วยเครื่องระเหยสุญญากาศ นำผงสารสกัดที่ได้มาบรรจุแคปซูลโดยมีปริมาณของผงสารสกัด 250 มิลลิกรัม/แคปซูล แคปซูลที่บรรจุแล้วถูกสุ่มเพื่อตรวจหาปริมาณสารสกัด ทดสอบการกระจายตัว และทดสอบคุณภาพการทดสอบทางสถิติ

ข้อมูลทั้งหมดได้รับการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธี Repeated measured ANOVA โดยโปรแกรม SPSS/PC version 13.0 และผลการทดสอบที่มีนัย สำคัญทางสถิติคือที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

การตรวจสอบแคปซูลสารสกัดแมงลัก

ผลการตรวจปริมาณสารสกัดแมงลักบรรจุแคปซูล และการกระจายตัวของสารสกัดแมงลักจากแคปซูลที่เตรียมได้ โดยศูนย์ตรวจสอบและรับรองคุณภาพสมุนไพร สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ พบว่า แคปซูลยาที่มีส่วนประกอบของสารสกัดแมงลักได้ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักต่อแคปซูลเท่ากับ 251.3 มก. ผลทดสอบการกระจายตัวของแคปซูลเท่ากับ 11-20 นาที มีปริมาณความชื้นเท่ากับ 7.59 % โดยน้ำหนัก ไม่พบเชื้อจุลินทรีย์เกินมาตรฐานตามกำหนดใน British Pharmacopoeia 2000 และไม่พบยาฆ่าแมลง โลหะหนัก และไซยาไนด์

การรักษา

ผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมการศึกษาคือชาย 8 ราย และหญิง 18 ราย มีอายุ 21 ถึง 45 ปี ไม่มีอาการข้างเคียง ที่รุนแรง ในช่วงที่ได้รับยา และพบว่ารับประทานยาครบตามที่กำหนด ไม่พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ผิดปกติ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนได้รับการศึกษา (ตารางที่ 1) และตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าทางชีวเคมีในซีรัมอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนได้รับยา นอกจากนี้ปริมาณ albumin ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 6 ของการศึกษา (ตารางที่ 2) ตารางที่ 1 ค่าโลหิตวิทยาของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับแคลซูลสารสกัดแมงลัก

	ระยะเวลาได้รับแคลซูลสารสกัดแมงลัก						
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
Hemoglobin (g/dL)	13.45 ± 1.82	13.39 ± 1.65	13.37 ± 1.61	13.31 ± 1.59	12.99 ± 1.87	13.20 ± 1.70	12.44 ± 1.68 *
Platelets (cells/mm)	243.72 ± 99.34	239.16 ± 91.10	259.88 ± 119.54	258.60 ± 100.44	275.56 ± 116.80	277.84 ± 111.12	275.28 ± 110.22
White blood cell (cells/mm)	6.70 ± 1.74	6.49 ± 1.77	6.51 ± 1.74	6.44 ± 1.51	6.60 ± 1.71	6.16 ± 1.71	6.57 ± 1.95
%Lymphocyte	33.51 ± 8.13	34.60 ± 11.38	36.51 ± 8.38	35.53 ± 8.64	35.19 ± 8.29	36.08 ± 8.28	34.05 ± 11.62

ข้อมูลทุกค่าแสดงในรูป mean ± SD

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนได้รับสารสกัดแมงลัก (p<0.05)

ตารางที่ 2 ค่าชีวเคมีของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับสารสกัดแมงลัก

	ระยะเวลาได้รับแคลซูลสารสกัดแมงลัก						
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
FBS (mg/dL)	89.81 ± 21.80	98.96 ± 44.30	88.62 ± 13.44	89.19 ± 15.34	88.42 ± 15.32	85.69 ± 13.26	85.11 ± 8.61
BUN (mg/dL)	11.44 ± 2.99	11.52 ± 3.20	11.58 ± 3.20	11.12 ± 3.19	11.84 ± 2.87	11.24 ± 2.11	11.16 ± 2.70
Creatinine (mg/dL)	0.93 ± 0.23	0.92 ± 0.22	0.99 ± 0.28	1.02 ± 0.20	1.01 ± 0.30	0.93 ± 0.19	0.89 ± 0.26
Uric acid (mg/dL)	5.21 ± 1.81	5.42 ± 1.83	5.68 ± 2.06	5.83 ± 2.06	6.24 ± 2.32	5.99 ± 2.08	5.68 ± 2.26
Albumin (g/dL)	4.52 ± 0.52	4.31 ± 0.54	4.35 ± 0.52	4.19 ± 0.52 *	4.30 ± 0.91	4.31 ± 0.96	4.18 ± 0.86
Globulin (g/dL)	4.17 ± 0.58	4.17 ± 0.42	4.32 ± 0.49	4.30 ± 0.71	4.73 ± 0.63	4.32 ± 0.42	4.45 ± 0.60
Total bilirubin (mg/dL)	0.93 ± 0.92	1.24 ± 1.75	0.85 ± 0.39	1.63 ± 1.76	1.28 ± 0.98	1.46 ± 1.52	1.41 ± 1.70
AST (U/L)	39.08 ± 46.60	31.88 ± 23.29	32.15 ± 19.14	31.78 ± 26.25	35.30 ± 41.97	37.08 ± 42.64	36.08 ± 31.45
ALT (U/L)	25.38 ± 28.81	17.00 ± 18.51	20.27 ± 12.34	19.73 ± 12.31	18.46 ± 12.36	18.00 ± 15.58	16.96 ± 12.59
ALP (U/L)	87.62 ± 41.67	83.50 ± 39.53	83.77 ± 26.87	82.50 ± 28.37	84.31 ± 40.14	86.88 ± 37.74	92.77 ± 66.91

ตารางที่ 2 ค่าชีวเคมีของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับสารสกัดแมงลักคา (ต่อ)

	ระยะเวลาได้รับแคลซูลสารสกัดแมงลักคา						
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
	107.59 ±	122.45 ±	106.27 ±	107.14 ±	100.54 ±	112.72 ±	103.63 ±
Amylase (U/L)	39.57	77.80	40.58	36.43	48.10	66.05	45.08
Sodium	140.97 ±	142.15 ±	143.81 ±	144.52 ±	141.72 ±	141.96 ±	142.92 ±
(mmol/l)	8.14	8.65	3.13	4.58	6.05	2.52	3.09
Potassium (mmol/l)	4.24 ± 0.44	4.26 ± 0.49	4.28 ± 0.34	4.24 ± 0.34	4.05 ± 0.39	3.86 ± 0.32	3.92 ± 0.31
Chloride (mmol/l)	105.40 ± 1.85	105.24 ± 2.20	104.88 ± 1.83	103.24 ± 3.00	104.84 ± 7.26	103.56 ± 2.71	103.64 ± 2.00
Total protein (gm%)	8.59 ± 0.57	8.53 ± 0.56	8.92 ± 0.71	8.73 ± 0.69	8.85 ± 0.69	9.76 ± 4.48	8.39 ± 1.77

ข้อมูลทุกค่าแสดงในรูป mean ± SD

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนได้รับสารสกัดแมงลักคา ($p < 0.05$)

ผลการตรวจจำนวนเซลล์ CD4 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับยาในทุกเดือนที่ทำการศึกษานอกจากนั้นการศึกษานี้ไม่พบ HIV viral load เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังหยุดยา 4 เดือน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนเซลล์ CD 4 และ HIV viral load ของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับสารสกัดแมงลักคา

	ระยะเวลาได้แคลซูลสารสกัดแมงลักคา											
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6	เดือนที่ 7	เดือนที่ 10	เดือนที่ 11	เดือนที่ 12	
								(หยุดยา)	(หยุดยา)	(หยุดยา)	(หยุดยา)	
CD4	463.63	435.68	448.16	422.42	420.21	428.74	408.05	417.53	432.42	483.53	377.05	
(cell/mm ³)	± 153.70	± 136.46	± 183.05	± 112.46	± 151.51	± 149.82	± 145.16	± 136.23	± 152.55	± 198.06	± 124.58	
Viral load	4.67 ±	4.67 ±	4.84 ±	4.75 ±	4.87 ±	4.97 ±	5.03 ±	4.92 ±	4.90 ±	5.11 ±	4.95 ±	
(Log)	0.30	0.53	0.56	0.58	0.50	0.56	0.61	0.63	0.73	0.59 *	0.57	

ข้อมูลทุกค่าแสดงในรูป mean ± SD

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนได้รับสารสกัดแมงลักคา ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาระยะเวลาเบื้องต้น และความปลอดภัยของสมุนไพรแมงลักคาในผู้ติดเชื้อ HIV ที่โรงพยาบาลแม่สาย เชียงราย จำนวน 26 ราย ให้รับประทานแคลซูลสารสกัดแมงลักคาขนาด 250 มก. ครั้งละ 2 แคลซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 6 เดือน ตลอดระยะเวลาศึกษา

ไม่พบอาการข้างเคียงใดๆ อันอาจเป็นผลมาจากการได้รับประทานแคลซูลสารสกัดแมงลักคา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าปริมาณ Hemoglobin ลดลงในเดือนที่ 6 และปริมาณ albumin ลดลง ในเดือนที่ 3 แต่ค่ายังอยู่ในเกณฑ์ปกติ¹⁶ ซึ่งไม่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติที่นำไปสู่ความเป็นพิษของระบบต่างๆ ของร่างกายรวมถึงการเกิดโรคได้

การศึกษาในหลอดทดลองพบว่าสารสกัดแมงลักคาเพิ่มการแบ่งตัวของลิมโฟไซต์ ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ HIV รวมทั้งยับยั้งการทำงานของ HIV-1 reverse transcriptase และ protease ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญสำหรับการเพิ่มจำนวนของเชื้อ HIV แต่ผลการศึกษาในผู้ติดเชื้อ HIV ไม่พบจำนวนเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้น หรือ HIV viral load ลดลง อาจเป็นได้ว่าความเข้มข้นของสารสกัดแมงลักคาในกระแสเลือดไม่เพียงพอที่จะหยุดยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ HIV จึงไม่ส่งผลให้จำนวนเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้น

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าการประเมินผลการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติในผู้ติดเชื้อ HIV ควรพิจารณาจากอาการทางคลินิก การติดเชื้อฉวยโอกาส หรือค่าทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการพยากรณ์โรค ส่วนความปลอดภัยนั้นวัดโดยใช้อาการที่แสดงว่าอาจทำให้เกิดความเป็นพิษต่อร่างกาย ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึงความผิดปกติของตับ ไต หัวใจ และค่าทางโลหิตวิทยา¹⁷ จึงอาจกล่าวได้ว่าสารสกัดแมงลักคาในขนาดศึกษานี้มีความปลอดภัยสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีจำนวนเซลล์ CD4 มากกว่า 250 cell/mm³ และอาจมีส่วนช่วยควบคุม HIV viral load ได้บ้าง เมื่อเทียบกับปริมาณที่เพิ่มขึ้นในระหว่างไม่ได้รับสารสกัด นอกจากนั้นจากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้รับแคปซูลสารสกัดแมงลักคา จึงควรศึกษาเพิ่มเติม โดยการให้ในขนาดที่สูงขึ้น หรือให้ร่วมกับสมุนไพรอื่นๆ เพื่อช่วยรักษาหรือลดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส หรืออาจใช้ทดแทนยาต้านไวรัสในกรณีที่ไม่สามารถบริหารยาแผนปัจจุบันแก่คนไข้ได้

สรุป

ผลการศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้นและความปลอดภัยของสมุนไพรแมงลักคาในผู้ติดเชื้อ HIV นี้ แสดงให้เห็นว่า

จำนวนเซลล์ CD4 และปริมาณ viral load ไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนได้รับสารสกัด และไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงใดๆ รวมทั้งไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าทางโลหิตวิทยา และค่าทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติของการทำงานของตับ ไต แสดงว่าสารสกัดแมงลักคาที่ขนาด 1,500 มก. ต่อวัน นาน 6 เดือน มีความปลอดภัยต่อผู้ติดเชื้อ HIV อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ติดเชื้อที่สุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อระยะต่างๆ ในระยะเวลานานขึ้น และอาจใช้สมุนไพรหลายชนิดร่วมกันกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อจะได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนายาจากสมุนไพรสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์เกียรติศักดิ์ หงส์คุ คุณไพบูลย์ ธรรมวิชัย พันธุ์ คุณนรินทร์ กันยานนท์ และคุณภัทราวดี โสภา โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานวิจัย และขอขอบคุณ คุณสังคม คณิศวิทยา และคุณอัมรา โยวัง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงราย ประสานการดำเนินงานวิจัย สวนสมุนไพร จันทบุรี สวนสมุนไพร รัชของ ห้องปฏิบัติการ พฤษศาสตร์ สถาบันวิจัยสมุนไพร ช่วยจัดหาและตรวจสอบวัตถุดิบสมุนไพร ตำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ตรวจยาฆ่าแมลง โลหะหนัก ไซยาไนด์ ทดสอบฤทธิ์ต่อการแบ่งตัวของลิมโฟไซต์ในหลอดทดลอง ห้องปฏิบัติการเภสัชวิทยา ศูนย์ตรวจสอบและรับรองคุณภาพสมุนไพร สถาบันวิจัยสมุนไพร ตรวจคุณภาพแคปซูลสารสกัด ห้องปฏิบัติการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ สถาบันวิจัยสมุนไพร ทำการบรรจุแคปซูล

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข:สถานการณ์ ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550.
2. Global AIDS Treatment Emergency: WHO fact Sheet No. 273: September 2003.
3. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-infected Adults and Adolescents, US Health & Human Services, March 2004.
4. Smitinand, T. Thai Plant names. Prachachon Printing. Bangkok; 2001.
5. Peerzada N. Chemical composition of the essential oil of *H. suaveolens*. Molecules.1997; 2: 165-8.
6. Ziegler HL., Jensen TH., Christensen J., Staerk D., hagerstrand H., Sittie AA., Olsen CE., Staalso T., Ekpe P. and Jaroszewski JW. Possible artefacts in the in vitro determination of antimalarial activity of natural products that incorporate into lipid bilayer: apparent antiplasmodial activity of dehydroabietinol, a constituent of *H. suaveolens*. 2002; 68: 3-6.
7. Azevedo NR., Campos IF., Ferreira HD., Porte TA., Santos SC., Seraphin JC., paula JR. and Ferri PH.. Chemical variability in the essential oil of *H. suaveolens*. Phytochemistry.2001; 57: 3-6.
8. Saluja AK and Santani DD. Pharmacological investigation of the unsaponifiable matter of *Hyptis suaveolens*. Fitoterapia. 1993; 64: 3-6.
9. Iwu MM, Ezeugwu CO, Okunji CO, Sanson DR and Tempesta MS. Antimicrobial activity and terpenoids of the essential oil of *H. suaveolens*. International Journal of Crude Drug Research. 1990; 28: 73-76.
10. Shirwaikar A., Shenoy R., Udupa AL., Udupa SL. and Shetty S. Wound healing property of ethanolic extract of leaves of *Hyptis suaveolens* with supportive role of antioxidant enzymes. Indian J Exp Biol. 2003; 41: 238-41.
11. Krishnamurthy, Y.L. and Shashikala, J. Inhibition of aflatoxin B production of *Aspergillus flavus*, isolated from soybean seeds by certain natural plant products. Lett. Appl. Microbiol. 2006; 43: 469-74.
12. Grassi, P., Urias Reyes, T.S., Sosa, S., Tubaro, A., Hofer, O. and Zitterl-Eglseer, K. Anti-inflammatory activity of two diterpenes of *Hyptis suaveolens* from El Salvador. Z. Naturforsch [C]. 2006; 61: 165-70.
13. Sriwanthana B., Treesangsri W., Boriboontrakul B., Niamsakul S. and Chavilittumrong P. In vitro effects of Thai medicinal plants on human lymphocyte activity. Songklanakarin J. Sci. Technol. 2007; 29 (Suppl.1): 17-28.
14. Attawish A., Chivapat S., Chavalittumrong P., Phadungpat S., Bandsiddhi J., and Chaorai B. Chronic toxicity study of *Hyptis suaveolens* (L.) Poit in rats. Songklanakarin J. Sci. Technol. 2005; 27: 1027-1036.
15. Greer JP, Foerster J, Lukens JN, Rodgers GM, Paraskevas F and Glader BE. Wintrobe's Clinical Hematology. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2003.
16. Faulkner WR and King JW. Fundamentals of Clinical Chemistry. W.B. Saunders, Philadelphia. 1996.
17. World Health Organization. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine; 2000

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับ CD4 กับความเสี่ยงต่อภาวะแพ้ยาต้านวัณโรคในผู้ติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลสารภี

(The relationship between CD4 level and adverse reaction to antituberculosis drugs in HIV patients in Saraphee hospital)

สุนีย์ นรเศรษฐธาดา พ.บ. วุฒิบัตรเวชกรรมเฉพาะทางสาขาอายุรกรรม

Sunee Norasetthada M.D.

โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

Saraphi Hospital, Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ CD4 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ กับความเสี่ยงต่อภาวะการแพ้ยาต้านวัณโรค โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบล่วงหน้า (Prospective) กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส หรือ ยาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยวัณโรค จำนวน 23 คน ที่เข้ารับรักษาในคลินิกเอดส์และวัณโรคในโรงพยาบาลสารภีตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 1 กรกฎาคม 2550 แยกเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 15 คน และหญิง 8 คน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 20 ถึง 70 ปี และมีระดับ CD4 ตั้งแต่ 8 ถึง 273 โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาวัณโรคตามมาตรฐานสูตร 2HRZE + 4HR และติดตามดูแลรักษาตามขั้นตอนมาตรฐานของแผนงานวัณโรคแห่งชาติ จากผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเพศหญิงที่สงสัยวัณโรคปอด จำนวน 1 คนเท่านั้น ที่มีผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค โดยผู้ป่วยดังกล่าวมีระดับ CD4 273 เซลล์ โดยพบอาการเป็นผื่นลมพิษปริมาณเล็กน้อย ไม่มีไข้หลังรับประทานยาต้านวัณโรคประมาณ 1 สัปดาห์ เมื่อได้รับยารักษาอาการแพ้กลุ่ม Anti-histamine พบว่าอาการดังกล่าวได้หายเป็นปกติ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ระดับ CD4 ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะแพ้ยาต้านวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรักษาวัณโรค

Abstract

The objective of this research was to evaluate the relationship between the CD4 level and adverse reaction to antituberculosis drugs by using the prospective data collected from 23 HIV patients who were not treated by anti retrovirus or HIV related drugs, in the HIV and tuberculosis clinic at Saraphee hospital during October 1 2005 to July 1 2007. The patients were categorized into 15 males and 8 females, aged from 20 to 70 years old with 8 to 273 cells of CD4 level. All were under 2HRZE+4HR standard treatment according to national tuberculosis treatment and follow up standard programs of Thailand. From the study, it was found that only one female suspected tuberculosis patient with 273 cells of CD4 level had urticaria and no fever after taking antituberculosis drugs. The symptom was disappeared

with in one week after being treated with antihistamine drug. The results indicate that there is no relationship between the CD4 level and adverse reaction to antituberculosis drugs in AIDS patients.

Keywords: HIV, Antituberculosis drugs

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยในแต่ละปี มีคนไทยป่วยด้วยวัณโรคโดยประมาณกว่า 80,000 ราย^{1,2,3} ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 22 ประเทศทั่วโลกที่มีปัญหาวัณโรคสูง^{2,4} และเป็นที่ทราบกันดีว่า พื้นที่ภาคเหนือตอนบนของไทย^{5, 6} โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ มีความชุกของวัณโรคสูง อันเนื่องมาจากผลกระทบจากการระบาดของเชื้อเอชไอวี และที่น่ากลัวคือ มีการพบอัตราการติดเชื้อวัณโรค คือยาหลายขนานสูงขึ้น⁷ โดยส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยวัณโรครับประทานยารักษาวัณโรคไม่ถูกต้องรวมถึงไม่ครบตามกำหนด ซึ่งมีปัจจัยมาจากการพฤติกรรมที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยบางรายเลือกทานยาบางขนาน หรือ หยุดยาบางขนานเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์¹ ทำให้เกิดผลเสียติดตามมาอีกมากมาย ทั้งในแง่ความทุกข์ ทรมานของผู้ป่วยเอง และงบประมาณในการดูแลรักษาที่จะเพิ่มขึ้นตามมาอีกมาก รวมทั้งผลกระทบของการแพร่ กระจายเชื้อสู่ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะมีผลกระทบต่อแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน ที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยด้วยวัณโรคคือยาและเนื่องมาจากการเลือกทานยาบางขนาน หรือ หยุดยาบางขนานของผู้ป่วยเอง อันเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงมาจากการใช้ยารักษาวัณโรค เป็นพฤติกรรมที่พบบ่อย⁸ จึงนำมาสู่การศึกษานี้เพื่อทราบความรุนแรงของโรคเอดส์ซึ่งอาศัยระดับ CD4 เป็นตัวอ้างอิงว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพ้ยารักษาวัณโรค หรือไม่ อันที่จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษา

กลุ่มผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ป่วยเป็นวัณโรคที่เหมาะสมต่อไป

นิยามศัพท์

CD4 หมายถึง เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง เรียกว่า ซีดีสี่ทีลิมโฟไซต์ (CD4 T lymphocyte หรือเรียกอีกชื่อได้ว่า Helper T lymphocyte) ซึ่งตัวซีดีสี่ (CD4 หรือ T Helper ในผลเลือดข้างบน) เป็นเซลล์ที่เชื้อเอชไอวีไปทำลาย และมีความสำคัญตรงที่ทำหน้าที่เป็นเหมือนตัวควบคุมระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมด เมื่อเซลล์นี้ถูกทำลายไป ระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถป้องกันร่างกายจากเชื้อโรคต่างๆ ได้ เมื่อร่างกายติดเชื้อโรคเหล่านี้พร้อมกัน จะเป็นโรคเอดส์ในที่สุด

ยาด้านไวรัส หมายถึง ยาที่มีผลในการลดจำนวนของไวรัสเอชไอวี

ยาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ หมายถึง ยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเอดส์

ยารักษาวัณโรคตามมาตรฐาน 2HRZE + 4HR หมายถึงยารักษาวัณโรคตามมาตรฐาน H: ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid) R: ริแฟมพิซิน (Rifampicin) Z: พัยราซินามิด (Pyrazinamide) E: อีแทมบูทอล (Ethambutol)⁹

ผู้ป่วยที่วินิจฉัยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิ่งส่งตรวจย้อมพบเชื้อวัณโรค

ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค ผู้ป่วยที่มีสิ่งส่งตรวจย้อมไม่พบเชื้อวัณโรค

วิธีการศึกษา

สถานที่การดำเนินการวิจัย

ใช้ข้อมูลการศึกษาจากผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์และวัณโรคของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 1 กรกฎาคม 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลการตรวจร่างกาย และติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากเริ่มรับยารักษาวัณโรค

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

เป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละซึ่งนำไปใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินงาน

จากแนวคิดในการศึกษา ผู้ดำเนินงานวิจัยได้นำมากำหนดเป็นขั้นตอนการศึกษา โดยแยกออกเป็น 4 ส่วน โดยแต่ละส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

ผู้ดำเนินงานวิจัยได้ศึกษาโดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 23 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(ก) ผู้ป่วย ที่มีอาการสงสัยวัณโรค ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1) มีอาการไอ ติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือ ไอเป็นเลือดและมีผลเอ็กซเรย์ปอดสงสัยวัณโรค

2) มีอาการสงสัยวัณโรคนอกปอด เช่น น้ำในช่องปอด ต่อม้ำเหลืองโต

3) มีอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการน้ำหนักตัวลด และมีเหงื่อออกตอนกลางคืน

(ข) ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยหรืออาการสงสัยวัณโรค จะได้รับการตรวจเลือดโดย Qualitative immun oassay และ Particle agglutination เพื่อยืนยันโรคเอดส์

(ค) ผู้ป่วย ที่สงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค และเป็นโรคเอดส์ จะได้รับยารักษาวัณโรคตามสูตรมาตรฐาน 2HRZE + 4HR

2. เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาออกจากโครงการ

(ก) หากผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสโรคเอดส์ หรือยาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ประเภทที่รักษา Opportunistic Infection (OI) เช่น Bactrim, Fluconazole, Itraconazole และ

(ข) หากผู้ป่วยขาดการรักษา หรือเสียชีวิต

3. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การควบคุมการวิจัย

ผู้ดำเนินงานวิจัยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอน ดังนี้

(ก) ทำการคัดกรองผู้ป่วย โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่รับเข้าและคัดออก ตามที่ได้กำหนดไว้

(ข) ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจอื่นๆ ตามระบบการบริการและการรักษา มาตรฐานอื่นๆ

(ค) ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค จำนวน 3 ตัวอย่าง เป็นเวลา 2-3 วันติดต่อกัน

(ง) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคนอกปอด จะทำการเก็บสิ่งส่งตรวจอื่น เพิ่มเติมเช่น หนองจากต่อมน้ำเหลือง น้ำจากช่องปอดเพื่อส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีการย้อมหาเชื้อ หรือ เพาะเชื้อ

(จ) ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ปอด

(ฉ) ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อยืนยันการเป็นโรคเอดส์

(ช) ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อหาระดับ CD4

(ซ) ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรค ตามระบบปกติของแผนงานวัณโรคแห่งชาติ และผู้ดำเนินงานวิจัยจะติดตามผลข้อมูลของการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาวัณโรคในระบบปกติ

4. ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและป้องกันแก้ไข อาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการงานวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก เนื่องจากจะไม่มีการฉีดยาหรือยาใดๆ เข้าสู่ร่างกาย

ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจได้รับความเจ็บปวดเล็กน้อย จากการตรวจเลือดเพื่อตรวจยืนยันการเป็นโรคเอดส์และระดับ CD4 ของผู้ป่วยเองเท่านั้น

ตารางที่ 1 ระดับ CD4 ในกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ลำดับ	กลุ่ม	จำนวนผู้ป่วย ในกลุ่ม(คน)	ช่วง อายุ(ปี)	เพศ									
				ชาย					หญิง				
				ระดับ CD4 (Cell)					ระดับ CD4 (Cell)				
				0- 50	51- 100	101- 150	151- 199	สูง กว่า 200	0-50	51- 100	101- 150	151- 199	สูง กว่า 200
1	ผู้ป่วยมีเสมหะ	11	20-30	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	หะย้อนพบเชื้อวัณโรค		31-40	1	2	1	0	0	1	1	1	0	0
			41-60	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
2	ผู้ป่วยมีเสมหะ	5	20-30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	พบเชื้อวัณโรค		31-40	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1*
			41-60	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
3	ผู้ป่วยวัณโรค	4	20-30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ค่อม น้ำเหลือง		31-40	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
			41-60	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
4	ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค	3	20-30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	เชื้อวัณโรค		31-40	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	หุ้มปอด		41-60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม		23	0	6	4	3	1	1	3	3	1	0	1

หมายเหตุ: * หมายถึง พบผลข้างเคียงของการรักษา โดยพบอาการคันเล็กน้อย ต่ำไม่พบอาการไข้ในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 48 ปี ในกลุ่มที่ 2 โดยระดับ CD4 ที่ 273

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 23 คน พบอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคเพียง 1 คน หรือคิดเป็น 4.35% ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค แต่มีอาการเข้าได้กับวัณโรคปอด เป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 48 ปี มีระดับ CD4 273 cells ซึ่งมีอาการผื่นชนิดลมพิษ (Urticaria) ปริมาณเล็กน้อย ไม่มีอาการไข้ หลังใช้ยารักษาภาวะแพ้ในกลุ่ม Anti-histamine พบว่าอาการผื่นลมพิษดังกล่าวได้หายเป็นปกติ และสามารถใช้อายารักษาได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ รายละเอียดการศึกษา ดังกล่าว ได้แสดงในตารางที่ 1

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า ระดับ CD4 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะแพ้ยาวัณโรคในผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้ข้อมูลการศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 23 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

เนื่องจากในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มผู้ป่วยค่อนข้างน้อย อันเนื่องมาจาก ผู้วิจัยต้องการจำกัดกลุ่มผู้ป่วย โดยคัดเอาเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการใช้ยารักษาเฉพาะวัณโรคเท่านั้น เพื่อป้องกันปัจจัยอื่นที่มีผลต่อภาวะการแพ้ยา ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยนอก เหนือจากนี้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการใช้ยารักษาโรคเอดส์หรือยารักษาโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ผู้วิจัยจะไม่นำมาพิจารณาแต่อย่างใด

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่มีผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภาวะแพ้ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นนั้น อาจมีปัจจัยอื่นซึ่งมีผลมากกว่า ปัจจัยระดับ CD4 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ ที่มีผลต่อภาวะการแพ้ยาวัณโรค เช่น การได้รับยาต้านไวรัส หรือ กลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์มากกว่า ดังนั้น การศึกษาที่ต่อเนื่องควรศึกษาขยายผลถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการแพ้ยาวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยารักษาโรคฉวยโอกาส โดยควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ที่สนับสนุนข้อมูลระดับ CD4 ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานชันสูตร และ เจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์และวัณโรคโรงพยาบาลสารภี ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2544; 22: หน้า 195-198.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางระดับชาติ: ยุทธศาสตร์การผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ เพื่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ; 2546.
3. กลุ่มวัณโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, กรุงเทพฯ; 2548.
4. WHO. WHO Report 2005 – Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing. World Health Organization. WHO/HTM//TB/2005; 2005: 349.
5. อธิศักดิ์ เสียมภักดี. การปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคแนวใหม่กับการพัฒนางานเภสัชกรรมคลินิกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคของเภสัชกรโรงพยาบาลในทศวรรษที่ 21. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 10, เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนางานควบคุมวัณโรคสำหรับเภสัชกร. กรกฎาคม 2542. โรงแรมสุริวงส์ เชียงใหม่; 2542.
6. WHO. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes, Third edition. Revision approved by STAG, June 2004, World Health Organization, WHO/CDS/TB/2003: 313.

7. WHO. Guidelines for the Management of Drug-resistant Tuberculosis. World Health Organization, WHO/TB/99.210 (Rev.1); 1996.
8. สุนิสา สิริ. การใช้ยารักษาวัณโรคและการวัดอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค. เอกสารประกอบการอบรมการดำเนินงานควบคุมวัณโรคด้วยวิธี DOTS สำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค. วันที่ 1-2 และ 4-5 เมษายน 2545 โรงแรมเซ็นจูรี พาร์ค กรุงเทพฯ; 2545
9. Crofton J., Horne N., Miller F. Clinical Tuberculosis. The MacMillan Press. Hong Kong; 1992.

ผลการใช้ระบบ DOTS ดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2547-2549 (Treatment outcome of DOTS in tuberculosis patients in Hangdong Hospital, Chiang Mai Province)

บัณฑิต วันคำ พ.บ.

Bandit Wankhom M.D.

โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่

Hangdong hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้ระบบ DOTS ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหางดง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2549 รวมระยะเวลา 3 ปี

ผลการศึกษา พบว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 201 คน ซึ่งควบคุมกำกับการกินยาโดยสมาชิกในครอบครัว พบว่า อัตราผลเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นร้อยละ 73.63 ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษายาหาย ร้อยละ 30.84 อัตราการรักษาครบ ร้อยละ 25.87 อัตราล้มเหลวร้อยละ 1.49 อัตราตายร้อยละ 24.88 อัตราการขาดยาร้อยละ 8.46 อัตราการโอนออกร้อยละ 8.46

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยระบบ DOTS มีประสิทธิภาพดี ในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลหางดง แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงควรเน้นการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีอัตราการตายสูง และในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นคนต่างด้าวหรือคนที่มีการย้ายถิ่นฐานบ่อย ซึ่งทำให้เกิดอัตราการขาดยาสูงขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

Abstract

A retrospective study of treatment outcome of DOTS in tuberculosis patients in Hangdong Hospital, Chiang Mai Province between October 1st .2003 to September 30th, 2006. There are 201 tuberculosis patients whose treatment were supervised by family. Has 73.63% of sputum conversion rates in the end of intensive phase. The result in the end of treatment; Cure rate was 30.84%, Completion rate was 25.87%, Failure rate was 1.49%, Death rate was 24.88%, Default rate was 8.46% and Transfer rate was 8.46%

DOTS program of tuberculosis clinic in Hangdong hospital was effective but cure rate was less than acceptable standard 85% in national goal. The result of this study can used to find out the root cause of treatment failure and completion rate in Hangdong hospital.

To improve in management, some group of patients (Old age ,HIV patients, Neighboring people) that high rate of failure, death rate, and transfer rate could be play attention to screening and close follow up with DOTS to improve cure rate and completion rate in this patients.

Key words: DOTS, New case of tuberculosis

บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะตรวจพบเมื่อโรคได้แพร่กระจายไปมากแล้ว ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของวัณโรคเคยลดลงบ้างในช่วงปีที่ดี แต่ในระยะหลังนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 กลับเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV และการคื้อยา¹

การตรวจหาผู้ป่วยและการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ยังคงครอบคลุมได้ประมาณ 75,000-100,000 รายต่อปี และยังมีปัญหาที่อัตราการได้รับยาครบถ้วน และการรักษาครบเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้น บางส่วนขาดยา คื้อยา และเสียชีวิต ผู้ป่วยที่รักษาไม่หายขาด 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่นได้ 10-15 คนต่อปี² ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข

DOTS (Directly Observed Treatment, Short course) เป็นกลวิธีเพื่อควบคุมวัณโรคที่ใช้ทั่วไปแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก เริ่มในปี พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลก พบปัญหาการควบคุมป้องกันวัณโรคในประเทศไทยล้มเหลว จึงแนะนำกลยุทธ์ การรักษวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (ระบบพี่เลี้ยง) มาใช้ในปี พ.ศ. 2539³ โรงพยาบาลทางดง ก็ประสบปัญหา เรื่องความล้มเหลวในการรักษา และควบคุมวัณโรค เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของโรคเอดส์ ผู้ป่วยสูงอายุ ผลข้างเคียงของยา และการขาด

ผู้ดูแลควบคุมกำกับการกินยาของผู้ป่วย จึงมีการนำกลยุทธ์ DOTS มาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2544

โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ด้วยระบบยาสูตรมาตรฐานระยะสั้น และมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อมุ่งเน้นจะนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

นิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยวัณโรค คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายต้องวินิจฉัยโดยแพทย์ และขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค ผู้ป่วยทุกรายได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ตรวจเสมหะโดยย้อมเชื้อ Acid Fast bacilli 3 ครั้ง (Spot sputum, Collection sputum 3 วันติดต่อกัน) ผู้ป่วยวัณโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือวัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด

1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอด

1.1.1 ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อ พบเชื้อวัณโรคทุกราย แม้ว่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะพบสิ่งผิดปกติหรือไม่ก็ตาม

1.1.2 ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค โดยวิธีการย้อมเชื้อ แต่มีอาการทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค หรือผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ โดยวิธีย้อมเชื้อ ไม่พบเชื้อวัณโรคแต่มีผลการเพาะเชื้อ พบเชื้อวัณโรค

1.2 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด เป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อวัณโรค จากการข้อมูหรือการเพาะเชื้อ จากชิ้นเนื้อหรือสารคัดหลั่ง ในอวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่ปอด

2. การบริหารยา สูตรยาที่ใช้ในคลินิก สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย

CATEGORY 1 (CAT1) คือ 2(3) HRZE /4 HR

H = Isoniazid (100 mg)

R = Rifampicin (300,400 mg)

Z = Pyrazinamide (500 mg)

E = Ethambutol (400 mg)

วิธีการใช้สูตรยาและขนาดยาใช้ตามแนวทางการรักษาวัณโรคของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยจะได้รับยาเป็นชุดๆละ 1 วัน และได้รับการดูแลควบคุมการกินยาโดยพี่เลี้ยง (ที่กำหนด) จนครบกำหนดการรักษา

3 ผลการรักษา (1,2,4)

3.1 รักษาหาย (Cure rate) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะพบเชื้อวัณโรคเมื่อเริ่มการรักษา และเมื่อได้รับการรักษาครบแล้ว มีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องไม่พบเชื้อวัณโรคด้วย

3.2 รักษาครบ (Completion rate) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะพบเชื้อวัณโรคเมื่อเริ่มการรักษาและมีผลเสมหะไม่พบเชื้อเมื่อรักษาครบในระยะเข้มข้น แต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา และผู้ป่วยที่มีผลเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อรักษาและรักษาครบ

3.3 ล้มเหลว (Failure rate) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะ พบเชื้อวัณโรคเมื่อเริ่มการรักษา ที่มีผลเสมหะหรือยังคงพบเชื้อวัณโรคในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น และผู้ป่วยที่มีผลเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค เมื่อ

เริ่มการรักษาแต่กลับมีผลเสมหะพบเชื้อวัณโรคหลังการรักษาได้ 2 เดือน

3.4 ตาย (Death) หมายถึง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุใดก็ได้ระหว่างการรักษาวัณโรค

3.5 ขาดยา (Default rate) หมายถึง ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว ขาดรับยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน

3.6 โอนออก (Transfer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยที่ไม่ทราบผลของการรักษา

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort study) จากข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายของโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 - 30 กันยายน พ.ศ. 2549 จากทะเบียนรักษาวัณโรค โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยดังต่อไปนี้ ข้อมูลทั่วไป ชนิดของวัณโรค ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น และผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนการรักษา มีจำนวนทั้งสิ้น 201 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 148 คน (73.63%) เป็นวัณโรคมากในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 27.36 รองลงมาคือช่วงอายุ 25-34 , 35-44 ,45-54 ปี ซึ่งพบผู้ป่วยวัณโรคใกล้เคียงกันถึงร้อยละ 17.41 ร้อยละ 16.92 ร้อยละ 17.41 ตามลำดับ

ชนิดของวัณโรค พบว่าส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอด 186 คน (92.54%) ซึ่งมีผลเสมหะพบเชื้อวัณโรคร้อยละ 42.79 และผลเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคร้อยละ 49.75 สำหรับวัณโรคนอกปอดพบผู้ป่วย 15 คน (7.46%) ซึ่งพบว่าแต่ละชนิดของวัณโรคพบใกล้เคียงกัน แต่ที่พบมากที่สุดคือ วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 2.49 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แยกตามเพศ อายุ และชนิดของวัณโรค

ข้อมูล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	148	73.63
	หญิง	53	26.37
อายุ (ปี)	0-14	1	0.50
	15-24	17	8.46
	25-34	35	17.41
	35-44	34	16.92
	45-54	35	17.41
	55-64	24	11.94
	> 65	55	27.36
ชนิดของวัณโรค			
วัณโรคปอด		186	92.54
-	เสมหะพบเชื้อวัณโรค	86	42.79
-	เสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค	100	49.75
วัณโรคนอกปอด		15	7.46
-	วัณโรคคอตีบน้ำเหลือง	5	2.49
-	วัณโรคเยื่อหุ้มปอด	1	0.50
-	วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง	3	1.49
-	วัณโรคในช่องท้อง	4	1.99
-	วัณโรคอื่นๆ	2	0.99
รวม		201	100

ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น (เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 หรือ 3) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ พบว่า ผลเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคร้อยละ 73.63 ผลเสมหะยังพบเชื้อวัณโรคร้อยละ 3.48 ตาย ร้อยละ 15.92 ขาดยา ร้อยละ 2.99 โอนร้อยละ 3.98 และไม่พบผู้ป่วยที่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลของการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ผลการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค	148	73.63
ผลเสมหะพบเชื้อวัณโรค	7	3.48

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลของการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (ต่อ)

ผลการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีผลเสมหะ	0	0
ตาย	32	15.92
ขาดยา	6	2.99
โอนออก	8	3.98
รวม	201	100

ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ พบว่ารักษาหายร้อยละ 30.48 รักษาครบร้อยละ 25.87 ล้มเหลว ร้อยละ 1.49 ตาย ร้อยละ 24.88 ขาดยาร้อยละ 8.46 โอนออก ร้อยละ 8.46 ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ผลการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รักษาหาย	62	30.84
รักษาครบ	52	25.87
ล้มเหลว	3	1.49
ตาย	50	24.88
ขาดยา	17	8.46
โอนออก	17	8.46
รวม	201	100

อภิปรายผล

DOTS เป็นกลยุทธ์ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้นำข้อเสนอจากองค์การอนามัยโลกมาใช้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพมากในการควบคุมการระบาดของวัณโรคในปัจจุบัน ทำให้อัตราการรักษาหายและรักษาครบในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้เพิ่มขึ้น⁵⁻⁷

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่รวมทั้งสิ้น 201 ราย พบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบมากในช่วงอายุ มากกว่า 65 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคที่ รพ.หางดงอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยวัยกลางคน ตั้งแต่อายุ 25-54 ปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพบมากในผู้ป่วยกลุ่มวัยกลางคน จึงควรมีการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอด ซึ่งวัณโรคปอดมีโอกาสรักษาหายสูงมาก จึงควรมีการให้สุขศึกษาเรื่องวัณโรคแก่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสัมผัสโรค และประชาชนทั่วไป

การตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ด้วยการประเมินอัตราผลเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค แสดง

ถึงประสิทธิภาพของการตรวจการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา พบว่าการศึกษานี้ได้ผลร้อยละ 73.63 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูงแต่อย่างไรก็ตามผลยังไม่เป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 85 ขึ้นไป³ พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคตายร้อยละ 15.92 เนื่องจากในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีอาการค่อนข้างมากแล้วตั้งแต่เริ่มการรักษา และบางส่วนเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคแทรกซ้อน พบว่ามีผู้ป่วยขาดยาร้อยละ 2.99 เกิดจากผู้ป่วยบางส่วนย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้

การประเมินผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา พบอัตราการรักษาหาย ร้อยละ 30.84 และอัตราการรักษาครบ ร้อยละ 25.87 ซึ่งค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 24.88 ถือว่าค่อนข้างสูง ด้วยเหตุผลเหมือนการประเมินการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น อัตราการขาดยาค่อนข้างสูง ได้ศึกษาถึงสาเหตุ เกิดจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวต่างด้าว ซึ่งจะมีการย้ายถิ่นหรือย้ายที่อยู่บ่อยๆ และไม่ได้แจ้งกับทางเจ้าหน้าที่ที่ทำการติดตามการรักษา และไม่มีผู้ป่วยที่ขาดยาที่ไม่ได้ติดตามแม้แต่คนเดียว เพราะส่วนใหญ่หากมีการขาดยามากกว่า 1 สัปดาห์ จะมีการติดตามจากเจ้าหน้าที่ให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา

นอกจากนี้พบอัตราการโอนออก พบว่าค่อนข้างสูงเช่นกัน จากการศึกษาสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคแทรกซ้อนมาก จึงได้ส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.ศูนย์ มีบางส่วนของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยวัยทำงานที่มาทำงานในเขตอำเภอหางดง เมื่อพบว่าป่วยเป็นวัณโรค จึงขอย้ายกลับไปรักษาที่ภูมิลำเนาเดิม ด้วยสาเหตุดังกล่าวทำให้อัตราการรักษาหายร้อยละ 30.84 และอัตราการรักษาครบ ร้อยละ 24.80 ซึ่งถือว่าค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการสังเกต พบว่ากระบวนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลหางดง มีการปรับปรุงตลอดเวลา

มีการร่วมมือกันทั้งทางเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบเป็นทีม และมีระบบพี่เลี้ยงที่ครอบคลุม ทั้งญาติและเจ้าหน้าที่ มีการใช้กระบวนการที่พัฒนาแผนงานเดิมอยู่เสมอ ทำให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มีอัตราการรักษาที่สูงขึ้นทุกปี แต่ควรเน้นทางด้านการติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่ขาดยาให้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการย้ายถิ่นฐานบ่อยๆ

สรุป

DOTS เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทำให้อัตราการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น ตลอดจนอัตราการหายและอัตราการรักษากรบที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ช่วงเวลาดังแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2549 มีอัตราการรักษาหาย ร้อยละ 30.84 และมีอัตราการรักษากรบ ร้อยละ 25.87 เนื่องจากอัตราตายที่สูง สาเหตุจากพบมากในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะแทรกซ้อนมาก การรักษาที่เริ่มช้าเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาก หรือในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการย้ายถิ่นฐานบ่อยๆ เช่นในผู้ป่วยต่างด้าว ควรมีการมุ่งเน้นระบบที่สามารถติดตามการรักษา รวมทั้งมีการร่วมมือกันในการรักษาระหว่างโรงพยาบาลหรือระหว่างจังหวัด ซึ่งจะทำให้ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหางดง ที่อนุญาตให้นำข้อมูลผู้ป่วยออกเผยแพร่และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้งานสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ; 2542. 1-6, 23-38.
2. สมาคมวัณโรคแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย; 2545. 1-6, 15-6.
3. กองวัณโรคกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. Management of tuberculosis; Modified WHO modules of managing tuberculosis at district level. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545: หน้า 10-11, 20-4, 34-7
4. นัคตา ศรีวิทย. หลักการและแผนงานควบคุมวัณโรคในปัจจุบัน. ใน: บัญญัติ ปริษานนท์ ชัยเวช นุชประยูร สงคราม ทรัพย์เจริญ บรรณาธิการ. วัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2546 หน้า 64-91.
5. กนกวรรณ จงเจริญ. ประสิทธิภาพของการใช้ระบบ DOTS ดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลราชสีสไลด์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2549; 21 (2): 13-20.
6. สมัย ดังสารมสุพจน์ มะลิ เรื่องทรัพย์ สุภาพ โปรบบำรุง. การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นตามปกติ และระบบมีพี่เลี้ยงกำกับดูแล (DOTS). วารสารวัณโรคและทรวงอก. 2540; 18(1): 7-16.
7. ประวิทย์ เข็มวิณินิช, บุญเที่ยง พันสังกานต์. การศึกษาผลการรักษาวัณโรคปอด โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2549. วารสารวิชาการเขต 12. 2541; 9(1): 7-16.

ประสบการณ์การผ่าตัดรักษาโรคของต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลจอมทอง (Surgical management of thyroid disorders experience in Chomtong Hospital)

เมธา ขันระฆชนะ พ.บ., ว.ว ศัลยศาสตร์

Metha Kuntachawana M.D., F.R.C.S(T),

Diploma of the Thai Board of surgery

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

Chomtong Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

จุดประสงค์เพื่อแสดงความปลอดภัยในการผ่าตัดไทรอยด์ ด้วยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำ และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ จำนวน 110 ราย ในระหว่างเดือน มิถุนายน 2545 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2550 โดยการเก็บข้อมูล อายุ เพศ อาการ ลักษณะก้อนที่คอ น้ำหนักชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดออกมาแล้ว ลักษณะทางพยาธิสภาพ ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และการประมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มีภาวะแทรกซ้อน 13 ราย (12%) เป็น Hypothyroidism 7 ราย Hypoparathyroidism 5 ราย recurrent laryngeal nerve injury 1 ราย แผลผ่าตัดติดเชื้อ 2 ราย tracheo – esophageal fistula 1 ราย พบปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ($P = 0.004$) ชนิดการผ่าตัด ($P = 0.002$) ลักษณะก้อนเนื้อที่คอ ($P = 0.001$) น้ำหนักของชิ้นเนื้อที่ตัดออกมา > 110 gm ($P = 0.04$) , ระยะเวลาการผ่าตัด ($P < 0.001$) การเสียเลือด ($P = 0.001$) และลักษณะของก้อนที่คอก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยที่มีผลระยะการนอนโรงพยาบาล คือ ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ชนิดของการผ่าตัด ลักษณะของก้อนที่คอ น้ำหนักชิ้นเนื้อที่ตัดออก > 110 gm ($P < 0.001$) โดยภาวะไทรอยด์เป็นพิษกับน้ำหนักชิ้นเนื้อ > 110 gm เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล สรุปการผ่าตัดไทรอยด์ในโรงพยาบาลจอมทองมีความปลอดภัย โดยมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ยอมรับได้ซึ่งมีลักษณะของก้อนที่คอก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และน้ำหนักเนื้อที่ตัดชิ้นเนื้อออกไป > 110 gm กับภาวะไทรอยด์เป็นพิษเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

Purpose: To show that thyroidectomy in Chomtong Hospital can be performed safely with low complication(CP) rate and to analyze risk factor for CP and length of hospital stay (LOS) Patient and method : A retrospective study was conducted on 110 cases, June 2002 to February 2007. Age, sex, symptom, mass morphology,

weight of excised specimen(WT), pathology, type of surgery(Sx), operative time, estimate blood loss (EBL) were analyzed as risk factor for CP and LOS. Result : Complication (CP) were presented by 13 patients (12%) corresponding to 7 case of hypothyroidism, 5 case of hypoparathyroidism (HPTH) 2 case of surgical wound infection, 1 case of recurrent laryngeal nerve (RLN) injury, and 1 tracheo-esophageal fistula (TE fistula). The variables associated with the presence of these CP were hyperthyroidism ($p=0.004$), Sx ($p=0.002$), mass morphology ($p=0.001$), $WT>110$ gm($p=0.01$) and operative time($p<0.001$), EBL($p=0.001$) (Mass morphology was main risk factor) The variables associated with increase LOS were operative time, hyperthyroidism, Sx, mass morphology and $WT>110$ gm ($p<0.001$) ($WT>110$ gm and hyperthyroidism were main risk factor) Conclusion: In our surgical unit, thyroidectomy case be performance with low complication rate, the and main risk factor for development of CP was the mass morphology and the main risk factor of increased LOS were the type surgery and the $WT>110$ gm.

Key words: Thyroidectomy, Complication

บทนำ

โรคคอพอกเป็นโรคที่พบมากในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย¹ ปี 2510 Klerles และคณะ พบ 23.5 – 45.5 % ในจังหวัดทางภาคเหนือ² ไทรอยด์เป็นพิษพบ 2 % ในชาย 0.2 % ในหญิง³ ซึ่งมักจะได้รับการรักษาด้วยยาเมื่อหยุดยาแล้วก็มักจะกลับมาเป็นอีก⁴ ส่วนคนที่มียอดในต่อมไทรอยด์ พบถึง 7%⁵ การผ่าตัดไทรอยด์เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลเร็ว^{6,7} ยิ่งในกลุ่มที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งไทรอยด์แล้วจะต้องได้รับการผ่าตัดเป็นอันดับแรก⁸ ซึ่งวิธีการนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นผ่าตัดไปโดนเส้นประสาท (Recurrent Laryngeal nerve) ทำให้เกิด (Hypoparathyroidism) ซึ่งจะทำให้เกิดระดับแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ⁸ จุดประสงค์ในการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคและพยายามไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Complication: CP) ความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ จึงได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยโดยวิเคราะห์จากภาวะแทรกซ้อน และ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลจอมทองซึ่งเป็น

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่และวิเคราะห์ ปัจจัยต่าง ๆ (Risk factor) ที่อาจจะมีผลต่อ CP และ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length of Hospital stay: LOS)

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบย้อนหลังผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไทรอยด์จำนวน 110 คน ที่รับการผ่าตัดไทรอยด์ในช่วงเดือนมิถุนายน 2545 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดไทรอยด์ที่โรงพยาบาลจอมทองโดยมีเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างดังนี้

1. เป็นโรคของต่อมไทรอยด์ ไม่เป็นโรคอื่นที่บริเวณคออีก
2. ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด⁹⁻¹¹
 - 2.1 สงสัยมะเร็งไทรอยด์
 - 2.2 ต่อมไทรอยด์คดอวัยวะข้างเคียง (Compressive symptom)
 - 2.3 ความสวยงาม (Cosmetic)

2.4 รักษาด้วยยาแล้วไม่หายขาด (Fail medication)

2.5 โรคเป็นมากขึ้น (Progressive of disease)

2.6 มีก้อนที่ไทรอยด์หลายก้อน Multinodular goiter

3. เก็บข้อมูลจนถึง 6 เดือนหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษ จะต้องมีผลเลือดยืนยัน ได้รับการผ่าตัดโรคศัลยแพทย์ เทคนิคการผ่าตัดแล้วแต่ศัลยแพทย์โดยทุกรายจะต้องเห็น Recurrent Laryngeal nerve, Parathyroid gland ก่อนจึงจะผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออก ศึกษาข้อมูลจาก Chart review เก็บข้อมูลอายุ เพศ อาการ ลักษณะ ต่อมไทรอยด์ (mass) น้ำหนักชิ้นเนื้อที่ตัดออก (WT) ชนิดการผ่าตัด (Sx) ระยะเวลาการผ่าตัด (duration) การเสียเลือด (Estimate blood loss = EBL) พยาธิสภาพของชิ้นเนื้อที่ตัดออกมา (Pathology) ภาวะแทรกซ้อน เก็บข้อมูล ดังนี้¹²⁻¹⁵ 1. เสียแหบ > 6 เดือน คือมี RLN Palsy โดยก่อนผ่าตัดไม่มี 2. มี HPTH นานเกิน 6 เดือน ถ้าระดับ Calcium < 7.5 mg % หรือน้อยกว่า 8.5 mg% ในกลุ่มที่มีอาการ 3. ผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลแยก อื่น ๆ 4. ภาวะ Hypothyroidism วินิจฉัยจากระดับ TSH เพิ่มขึ้นและมีความต้องการฮอร์โมนทดแทน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล หรือไม่ โดยใช้ χ^2 - test , Fisher 's Exact test, student t – test, correlation analysis, linear regression analysis, logistic regression โดย P < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ จำนวน 110 ราย ในระหว่างเดือน มิถุนายน 2545 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2550 โดยการเก็บข้อมูล อายุ เพศ อาการ ลักษณะก้อนที่คอ น้ำหนักชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดออกมาแล้ว ลักษณะทางพยาธิสภาพ ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และการประมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อน 13 ราย (12 %) แยกเป็น Hypothyroidism 7 ราย (6.4 %), HPTH 5 ราย (4.6 %), RLN บาดเจ็บ 1 ราย (0.9 %), แผลติดเชื้อ 2 ราย (1.17 %), tracheo –esophageal fistula (TE fistula) 1 ราย (0.9 %) มะเร็งไทรอยด์ 12 ราย (11.1 %) เป็น anaplastic CA 1 ราย Follicular CA 1 ราย Papillary CA 10 ราย ไม่พบ Cervical hematoma และ Perioperative mortality ลักษณะทางคลินิกก่อนผ่าตัด Nodular goiter 77 ราย Toxic nodular goiter 9 ราย Multinodular goiter 4 ราย Diffuse goiter 1 ราย, Toxic diffuse goiter 15 ราย วิธีการผ่าตัด Dunhill technique 4 ราย, Lobectomy + Isthmectomy 82 ราย, lobectomy + enucleation in other lobe 1 ราย, Subtotal lobectomy (ST) 16 ราย Total thyroidectomy (TT) 7 ราย มีภาวะแทรกซ้อน 13 ราย (12%) เป็น Hypothyroidism 7 ราย Hypoparathyroidism 5 ราย recurrent laryngeal nerve injury 1 ราย มีข้อมูลบางส่วนในแต่ละ เวชระเบียนหายไป หรือมาตามนัดไม่ครบ 6 เดือนหลังผ่าตัด พบ Compressive Symptom เพียง 2 ราย (0.02 %) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนกับปัจจัยเสี่ยง ในผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดไทรอยด์ ที่โรงพยาบาลจอมทอง

ปัจจัยเสี่ยง n = 113	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	มีภาวะแทรกซ้อน	P – Value
อายุ (ปี)	46 ± 12	45 ± 15	0.462
เพศ ชาย	12	1	1.000
หญิง	83	12	
อาการ			
- ไม่มีอาการ	75	5	0.004
- มีอาการไทรอยด์เป็นพิษ	20	8	
Pathology			
● Benign			
● Malignant			
Surgery	84	11	1.000
- Li	11	1	
- >Li			
ลักษณะก้อน	77	5	0.002
- ก้อนเดี่ยว	18	8	
- หลายก้อนหรือก้อนโตทั้งคู่			
WT	80	5	0.001
< 110 gm	15	8	
≥ 110 gm	77	8	0.04
-Length of Hospital stay (วัน)	8	4	
-Duration of operation (นาที)	6.5±2	7.4±1.4	0.062
-Estimate blood loss (ml)	105±46	162±93	<0.001
	7.5±99	244±422	0.001

Li=lobectomy+isthmectomy

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (P = 0.004) ชนิดการผ่าตัด (P = 0.002) ลักษณะของก้อนที่คอ (P= 0.001) น้ำหนักของชิ้นเนื้อที่ตัดออกมา > 110 gm (P= 0.04) , ระยะเวลาการผ่าตัด (P < 0.001) การเสียเลือด (P = 0.001) และลักษณะของก้อนที่คอก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยที่มีผลระยะการนอนโรงพยาบาล

คือ ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ชนิดของการผ่าตัด ลักษณะของก้อนที่คอ น้ำหนักชิ้นเนื้อที่ตัดออก > 110 gm (P < 0.001) โดยภาวะไทรอยด์เป็นพิษกับ น้ำหนักชิ้นเนื้อ >110 gm เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงทุกตัวมาเข้า logistic regression analysis พบว่า mass morphology มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 7.1 เท่า ที่ p=0.003 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากผ่าตัดไทรอยด์ ที่โรงพยาบาลจอมทอง

ปัจจัย	โอกาสเกิด CP(เท่า)	P value	95% CI	Wald – test
-hyperthyroidism	เพิ่มขึ้น 6 เท่า	0.004	1.8-20.4	8.2
-ระยะเวลาในการผ่าตัด				
เพิ่มขึ้นทุก 30 นาที	เพิ่มขึ้น 1.5	0.004	1.1-2.0	8.1
-EBL ที่ เพิ่มทุก 50 ml	เพิ่มขึ้น 1.4	0.027	1.0-1.8	4.9
-SX >LI	เพิ่มขึ้น 6.8	0.002	2.0-23.4	9.4
-Mass > 1 ก้อน	เพิ่มขึ้น 8.5	0.001	2.5-29.7	11.4
-WT >110 gm	เพิ่มขึ้น 4.8	0.028	1.2-19.6	4.8

มีการเสียเลือด (Estimate blood loss = EBL) เท่านั้นที่ไม่สัมพันธ์กับ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เมื่อนำปัจจัย ทุกตัวเข้า linear regression analysis พบว่า WT >110 gm และ hyperthyroidism เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดย WT>110 gm มีผลต่อ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของคนที่มีภาวะ Euthyroid น้อยกว่าคนที่ มีภาวะ hyperthyroidism ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

Risk factor	P value	R สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
- Duration	0.000	0.384
- EBL	0.95	0.161
- symptom	0.000	0.478
- SX >LI	0.000	0.497
- Mass > 1 ก้อน	0.000	0.431
- WT >110 gm	0.000	0.480
- Complication(CP)	0.010	0.249

อภิปรายผล

จากการผ่าตัดในโรงพยาบาลจอมทองพบว่า มี recurrent laryngeal nerve injury 1 ราย ซึ่งในการศึกษาก่อนนี้พบ 0 – 4.3 %¹⁶⁻²¹ ถ้ามีการผ่าตัดครั้งที่ 2 risk จะเพิ่มขึ้น²² ในส่วนของ HPTH พบ 5 ราย (4.6%) ยังอยู่ในช่วง 0 – 33 %²³ และ

ได้ผลใกล้เคียงกับผลงานวิจัยอื่น ๆ อีก^{13,16-21,23} สำหรับภาวะเลือดออกหรือเป็นก้อนเลือดที่แผลผ่าตัด (Hematoma) พบ 0.49 – 4.3%²⁴ โดย hematoma จะไปกดทางเดินหายใจได้ซึ่งสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของต่อมไทรอยด์ เทคนิคการผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง เช่น โรคเลือดต่างๆ²⁴ การวิจัยใน Multicenter ใน Italy พบถึง 8% ของภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมดและมักพบในกลุ่มที่ทำ ST²⁵ แต่ในงานวิจัยชิ้นนี้ไม่พบภาวะดังกล่าว ภาวะ Hypothyroidism 7 ราย (6.4%) มักจะพบในกลุ่มที่ทำ Subtotal thyroidectomy ส่วนที่ทำ Total thyroidectomy นั้นไม่ถือว่า Hypothyroid เป็นภาวะแทรกซ้อน เพราะวัตถุ ประสงค์คือ ตัดต่อมออกหมดซึ่งจะต้องเกิด Hypothyroid อยู่แล้ว ปัจจัยหลัก มาจาก Lymphocytic infiltration ขนาดของต่อมที่เหลือไว้ซึ่งเป็นการยากที่จะประมาณขนาดของต่อมที่เหลือไว้ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะ Hypothyroid ผู้วิจัยเห็นว่าควรเหลือเนื้อต่อมให้น้อยที่สุด เพราะถึงแม้ว่าจะเกิดภาวะ Hypothyroidism สามารถให้ยารับประทานได้ เพราะถ้าเหลือเนื้อต่อมไว้มาก โรคเดิมก่อนผ่าตัดอาจจะไม่หาย หรือ กลับมาเป็นใหม่ได้ พบ TE fistula 1 ราย เกิดจากเทคนิคการผ่าตัดที่ไม่ดีทำให้เกิดทางเชื่อมของการหลอดอาหารและ หลอดลม และเกิดแผลตัดเชื้อตามมา ในภาวะนี้ได้ทำการเปิดแผล และทำแผล เย็บปิด fistula และ tracheostomy จนปัจจุบันหายเป็นปกติ ไม่พบ Perioperative mortality มะเร็งไทรอยด์

พบ 12 ราย (11.1 %) การศึกษาอื่น ๆ ก็ พบ 5 – 11 %²³ ใน ส่วนของการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับ ภาวะแทรกซ้อน พบว่า hyperthyroidism มี ความสัมพันธ์ ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ถึง 6 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับของ Zambudio *et al.*¹² และ Thomusch *et al.*²⁶ ที่พบว่า Hyperthyroidism เป็น risk ที่สำคัญ ลักษณะของก้อน (Mass) และ WT > 110 gm ก็มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 8.5 เท่า ที่ P = 0.001 และ 4.8 เท่า ที่ P = 0.028 ตามลำดับ ซึ่งใน McHenry *et al.*²⁷ ก็พบในทำนองเดียวกัน การผ่าตัด TT พบภาวะแทรกซ้อน 2 – 8 เท่า เมื่อเทียบกับ ST แม้ P > 0.05 แต่ถือว่ามีความสำคัญทางคลินิก²⁸ เราพบว่า การผ่าตัดมากกว่า Li จะมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อน 6.8 เท่า ที่ P = 0.02 ถ้าตัดแค่ Li โอกาสเกิด HPTH น้อยมาก แต่ถ้าเป็น ST, TT โอกาสเกิด HPTH, RLN injury จะเพิ่มขึ้น ในคนที่มีประสบการณ์มากและ เป็นโรงพยาบาลที่มีปริมาณการผ่าตัดมากภาวะแทรกซ้อน ก็จะน้อย¹² แม้ว่าการผ่าตัดจะแตกต่างกัน^{23,29} duration และ EBL มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่มากนักดังแสดงใน ตาราง 2 สำหรับระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เราไม่ พบความแตกต่างทั้งกลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน อาจเป็นเพราะภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้ นอนโรงพยาบาลนาน เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด TE fistula พบเพียง 2 ราย และ 1 ราย ตามลำดับซึ่งมีจำนวน น้อย ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างทางสถิติเมื่อใช้ linear regression analysis พิจารณา ปัจจัยต่าง ๆ รวมกันใน ตาราง ที่ 3 พบว่า Hyperthyroid และ WT ที่มากกว่า 110 gm จะทำ ให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น ที่ P < 0.001

สรุป

การผ่าตัดไทรอยด์ในโรงพยาบาลจอมทองมีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 6.6 วัน และ Mass เป็น ปัจจัย

สำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น คือ WT > 110 gm และ Hyperthyroidism

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ช่วยในการค้นประวัติผู้ป่วย อาจารย์ ภูริดา เวียงทอง คณะเภสัชศาสตร์ มช. เกษกร ศิริกุล รัตน์ และ คุณนพวรรณ อุปคำ ที่ช่วยเหลือทางสถิติ คุณสุภัท เตชะยา เลขาแพทย์ ช่วยพิมพ์และแก้ไข

เอกสารอ้างอิง

1. Rring – Puang – Geo S, Disease of thyroisd in Thailand, Summary of 18 years studies of thyroid disease in Thailand. Med News Thailand. 1953; 4: 551.
2. รัชตะ รัชตะนาวิน. Goiter: Over View. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ, บรรณาธิการ. รัชรอยด์ และ พารารัชรอยด์. กรุงเทพมหานคร; 2545: 108 – 33.
3. Pranklyn Ja. The management of hyperthyroidism. NEJM. 1994; 330: 1731-8.
4. Cooper Ds. Mntithyroid drugs. MEJM. 2005; 352: 905 – 17.
5. Singer PA, Cooper DS, Daniels GH et al. Treatment guidelives for patients with thyroid nodules and well – differentiated thyroid cancer. Arcg. Intern. Med. 1996; 156: 2165 – 72.
6. Hegedus L. The thyroisd hodule. NEJM. 2004; 351: 1764 – 71.
7. Hegedus L, Bonnema SJ, Bennedback FN. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. Evdoctr. Rev. 2003; 24: 102 – 32.

8. Lal 6, Clark OH. Thyroid, parathyroid, and adrenal. IN: Brunickardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Wenter JG, Pollock, RE, eds. Schwartz's Principles of Surgery 8th ed. New York: McGraw – Will, 2005: 1395 – 1470 .
9. Colak T, Akca T, Kanik A, Yapiei D, Aydin S. Total versus subtotal thyroidectomy for the management of benign multinodular goitre in an endemic area. ANZ. J. Surg. 2004; 74: 914 – 978.
10. Sherman J, Thompson GB, Lteif A, et al. Surgical management of Graves' disease in childhood and adolescence on institutional experience. Surgery. 2006; 140: 1056 – 62.
11. Dellbridge L. Solitary thyroid nodule: Current management. ANZ. J. Surg. 2006; 76: 381 – 6.
12. Soria T, Canteras M, Parrilla P. Prospective study of post operative complication after total thyroidectomy for multinodular goiters by surgeons with experience in endocrine surgery. Anr. Surg. 2004; 240: 18 – 25.
13. Rios A, Rodriguez Jm, Balsalobre MD, Torregrosa NM, Tebar FJ, Parrilla P. Result of surgery for toxic multinodular goiter. Surg. Today. 2005; 35: 901 – 6.
14. Acun 2, Cihan A, Ulukent Sc, Comert M, Ucan B, Calcmak GK, Cesur A. A randomized prospective study of complication between general surgery residents and attending surgeons in near – total thyroidectomies surg. Today. 2004; 34: 997 – 1001.
15. Chow T2, Li HN, Chan FCH, Kwok SPY. Surgical treatment of thyrotoxicosis: a local institution's perspective. Ann .Coll. Surg. 2003; 7: 29 – 33.
16. Miccoli P, Vittip, Rago T, et al. Surgical treatment of Graves' disease: subtotal or total thyroidectomy? World J. Surg. 1996; 120: 1020 – 5.
17. Cusick EL, Krukowski ZH, Matheson NA. Outcome of surgery for Graves' disease is – examined. Br.J.Surg. 1987; 74: 780 – 3.
18. Kasuga Y, Sugeno A, Kobayashi S et al. Clinical evaluation of the response to surgical treatment of Graves's disease. Surg. Gynecol. Obstet. 1990; 170: 327 – 30.
19. Ardaker A, Johansson K, Smeds s, Lennquist s. Surgery for hyperthyroidism: hemithyroidectomy plus contralateral resection or bilateral resection? A prospective randomised study of postoperative complications and long – term results. World J. Surg. 1992; 16: 765 – 9.
20. Torre G, Borgonovo G, Arezzo A et al. Is euthyroidism the goal of surgical treatment of diffuse toxic goitre? Eur. J. Surg. 1998; 164: 495 – 500.
21. Davenport M, Talbot CH. Thyroidectomy for Graves' disease: is hypothyroidism inevitable. Br. R. Coll. Surg. Engl. 1989; 71: 87 – 91
22. Reeve TS, Delbridge L, Brady, Crummer P, Smyth C. Secondary thyroidectomy: a twenty – year experience. World J. Surg. 1998; 12: 449-53.
23. Taneri F, Kurulcahvecioglu O, Ege B, Yilmaz U, Tekin E, Cifter C, Orulc E. Prospective analysis of 514 cases with thyroidectomy in Turkey. Endocr. Regul. 2005; 39: 85 – 90
24. Harding J, Sebag F, Sierra M, Palazzo FF, Wenry JF. Thyroid surgery: postoperative hematoma – prevention and treatment. Arch. Surg. 2006; 391: 169 – 73.

25. Rosato L, Avenia N, Bernante P, et al. Complications of thyroid surgery:analysis of a multicentre study on 14,934 patients operated or in Italy over 5 years. World J. Surg. 2004; 28: 271 – 6.

26. Thomusch O, Machens P, Sekulla C at al. Multivariate analysis of risk factor for post opertine complications in benign goiter surgery: prospective multicenter study in Germany. World J. Surg. 2000; 24: 1335 – 41.

27. McHenry CR, Piotrowski JJ. Thyrosdectomy in patients with marked thyroid enlargement: airway management, morbidity, and outcome . Am .Surg. 1994; 60: 586 – 91.

28. Barakate M, Agarwai G, Reeve TS, Barraclough B, Robinson B, Delbridge L. Total thyrosdetomy is now the prefered option for the surgical management of Groves’ disease. Aust . NL .J. Surg, 2002; 72: 321 – 4.

คุณภาพงานบริการวิสัญญี และอัตราการตาย ในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์

(Quality of anesthesia in Chiangrai hospital in aspect of mortality rate)

สิริธร โชติกุล พบ.ว.

Sireetorn Cholitul M.D

จงกลณี ดาววิชิต พย.บ.*

Chongolnee Dawichit B.N

โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

Chiangrai Regional Hospital, Chiangrai

บทคัดย่อ

การให้ยาระงับความรู้สึกเป็นงานบริการด้านวิสัญญีโดยมีเป้าหมายหลักคือ ความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคแทรกซ้อนและความผิดพลาดที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการตายของผู้มารับบริการวิสัญญีโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย วิธีการเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากข้อมูลที่ลงทะเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ เพิ่มประวัติผู้ป่วย ใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก ใบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นในผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการทางวิสัญญี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2549 จำนวน 19,760 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีเป็นผู้ป่วยชายและหญิงร้อยละ 54 และ 46 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุ 15-45 ปี ร้อยละ 49 ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็น ASA physical status ระดับ 1-5 ร้อยละ 45, 36, 13.4 และ 0.7 ตามลำดับ วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เป็น General anesthesia with endotracheal tube ร้อยละ 53 อัตราตายของผู้ป่วยใน ASA physical status ระดับ 1 เป็น 0 ระดับ 2-5 เป็นอัตราตายต่อหมื่นประชากร 4.16, 41.3, 504.1 และ 3529 ตามลำดับ พบว่าอัตราตาย สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของงานบริการทางวิสัญญีได้

คำสำคัญ: วิสัญญี ยาระงับความรู้สึก อัตราตายผู้รับบริการวิสัญญี

Abstract

In Chiangrai regional hospital, Anesthetic Department, using anesthesia is our mainly method to serve patients. Thus, this study show using anesthesia can eliminate and reduce complication in which occurs in anesthetic patient more efficiency. Objective Study: The preoperative mortality. Method: The data from Anesthesia computer, patient record, and Anesthetic record and PACU record were reviewed descriptive retrospective study. In the amount 19,760 patients during 2006 were analyzed by computer program about the frequency statistic method, percentage, mean and standard deviation. Result: After reviewing data, we have found that Anesthetic patients are male for 54 % and the rest are female. They are mostly age between 15-49 year olds. Patients before surgery as ASA physical status

can be rank 1-5 as follows 45%, 36%, 13%, 4% and 0.7%. Mainly, we used anesthetic techniques as general anesthesia with endotracheal tube are 53%. The death ratio of patients in ASA physical status rank 1 as 0 and 2-5 as follows 4.16, 41.3, 504.1 and 3529:10,000. Finally, as mention above, the relation between death ratio and ASA physical status can be used as a tool to evaluate the quality of anesthetic service.

Key words: Anesthesia, Mortality rate anesthesia, ASA physical status

บทนำ

การให้ยาระงับความรู้สึกเป็นงานบริการทางการแพทย์อย่างหนึ่งที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ยอมรับให้เป็นสาขาระดับนำในการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย¹ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย และมีรายงานผลการศึกษาของ HMPS (Harvard Medical Practice Study), UTCOS (Utah And Colorado), และ QAHCs (The Quality In Australian Health Care) พบว่าสถานที่เกิดภาวะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัด ร้อยละ 41.1-74.1 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด และมีอัตราการตายในการผ่าตัดที่ซับซ้อนสูงขึ้น² แนวคิดเรื่องคุณภาพการให้บริการทางวิสัญญีมี 3 ระดับ ส่วนแรกคือคุณภาพที่ต้องมีของบริการทางวิสัญญีตามมาตรฐาน ส่วนที่สองเป็นระดับที่ผู้รับบริการพึงพอใจ ส่วนระดับที่สามเป็นระดับที่สร้างความประทับใจที่ได้รับบริการ โดยคุณภาพที่ได้มาตรฐานจะเป็นสิ่งที่สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการมาใช้บริการซ้ำอย่างมั่นใจประเทศไทย มีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลเมื่อปี 2542 และในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 มีเป้าหมายคือ 80% ของโรงพยาบาลผ่านการรับรอง มีงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพของงานบริการในประเทศไทย ไม่มากนักใน 10 ปีที่ผ่านมา²⁻⁸ มีการศึกษา

ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทยเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด พบว่าอัตราตายแบ่งตาม ASA Physical status 1-5 เท่ากับ ร้อยละ 1.1, 7.4, 21.2, 39.5 และ 30.5 ตามลำดับ² ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในประเทศอื่นๆ

ในส่วนของโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ได้รับการประเมินคุณภาพครั้งที่ 3 เมื่อเดือนธันวาคม 2549 ดัชนีชี้วัดงานคุณภาพมีทั้งหมด 11 รายการ อัตราตายจากการผ่าตัดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของงานบริการด้านวิสัญญีที่มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอในทุกปี จากการศึกษาของนารถฤดี จิตต์ปรีชา^{7,8} เรื่องการเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพบริการวิสัญญีในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล (HA) ของโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ พบว่ามีความพึงพอใจในการทำ spinal block พบความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเปลี่ยนจากไม่มีปัญหาเป็นพอใจมาก ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบผลของคุณภาพของงานบริการก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพบริการของโครงการ Hospital Accreditation โดยดูจากความพึงพอใจต่อบริการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีพยาบาล พบว่าไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่ผลและอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการโดยเฉพาะส่วนของวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากผู้ศึกษามีแนวคิดเพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการของงานบริการวิสัญญีของโรงพยาบาลเชียงรายฯ จึงเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศไทย โดยใช้อัตราการตายของผู้ป่วยในช่วงขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และที่ 24-72 ชั่วโมง กับสภาพผู้ป่วยตาม ASA physical status โดยใช้วิธีการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเป็นมาตรฐานตามวิสัญญีได้แก่การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ที่รายงานโดย The American Society of Anesthesiologists (ASA)^{9,10} มี 5 ระดับคือ

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยปกติ แข็งแรงดี ระดับที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเพียงเล็กน้อย ที่ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ระดับที่ 3 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวขั้นรุนแรงที่มีผลต่อการดำเนินประจำชีวิต ระดับที่ 4 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรุนแรงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต ระดับที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่รอดชีวิต ไม่ว่าจะได้รับการผ่าตัดรักษาหรือไม่ โดยผู้ทำการประเมินเป็นวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ศึกษาคือผู้ป่วยที่มารับบริการงานวิสัญญีของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 19,760 คน ในช่วงเดือน ม.ค ถึงธ.ค 2549 โดยเป็นข้อมูลที่ลงทะเบียนกับระบบคอมพิวเตอร์ แฟ้มประวัติผู้ป่วย ใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก ใบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นในผู้ป่วยทุกคน ที่มารับบริการ

เป็นการศึกษาแบบพรรณนา(Descriptive retrospective study) เก็บข้อมูลย้อนหลัง ในช่วงเดือน ม.ค ถึงธ.ค 2549

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 19,760 ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 53.9 ช่วงอายุ 15-45 ปีมารับบริการ

มากที่สุด 49.40% รองลงมาผู้ป่วยอายุ 46-60 ปี ร้อยละ 20.29 หน่วยที่ผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุดได้แก่ ศัลยกรรมสูตินรีเวช ศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ 36.95, 36.95 และ 27.30 ตามลำดับ ตารางที่ 1 และผู้ป่วยได้รับการเป็น general anesthesia with endotracheal tube 52.75% ตารางที่ 2 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มารับบริการ ASA physical status class 1 45% รองลงมาเป็นASA status class 2 36% ASA status ที่สูงขึ้นมีจำนวนลดลง ตารางที่ 4 อัตราตายของผู้ป่วยใน ASA physical status class1 เป็น 0 เมื่อ ASA status มากขึ้น อัตราตายก็จะมี เปอร์เซนต์สูงขึ้น โดยเฉพาะ ASA status 5 พบ 35% (3,529.41: 10,000) ตารางที่ 4

การตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 105 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 19,760 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1:188 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องผ่าตัด มีทั้งหมดจำนวน 3 รายเป็นการเสียชีวิตเกี่ยวกับการผ่าตัดและเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วย, ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ 24-72 ชั่วโมง มีจำนวน 102 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการงานวิสัญญีของโรงพยาบาลเชียงรายราชประชานุเคราะห์ ช่วงเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2549

จำนวน (คน)	n = 1,9760
ลักษณะทั่วไป เพศ	
ชาย	10,656(53.93%)
หญิง	9,104(46.07%)
หน่วยบริการ	
ศัลยกรรม	7,302(36.95%)
ศัลยกรรมกระดูก	5,394(27.30%)
สูตินรีเวช	7,302(36.95%)
หู คอ จมูก	412(2.09%)
ตา	19 (0.1%)
อื่นๆ	3,392(17.17%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการงานวิสัญญีของโรงพยาบาลเชิงรยราชประชานุเคราะห์ ช่วงเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2549 (ต่อ)

จำนวน (คน)	n = 1,9760
อายุเฉลี่ย	
ช่วงอายุ 1- 30 วัน	57 (0.29%)
1- 11 เดือน	102(0.52%)
1- 14 ปี	2,052(10.38%)
15-45 ปี	9,761(49.40%)
46-60 ปี	4,009(20.29%)
> 60 ปี	3,779(19.12%)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญีโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ที่โรงพยาบาลเชิงรยราชประชานุเคราะห์

	จำนวนคน (%)
General anesthesia with endotracheal tube	10423(52.75%)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญีโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ที่โรงพยาบาลเชิงรยราชประชานุเคราะห์ (ต่อ)

	จำนวนคน (%)
General anesthesia with mask	4155(21.03%)
Total intravenous anesthesia	1229(6.22%)
Spinal anesthesia	1504(7.61%)
Epidural anesthesia	62(0.31%)
Others (brachial plexus block,local anesthesia)	2387(12.08%)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามมาตรฐานวิสัญญี จำแนกเป็น 5 ระดับ

ASA physical status	
Class 1	8898(45.03%)
Class 2	7213(36.50%)
Class 3	2660(13.46%)
Class 4	853(4.32%)
Class 5	136(0.69%)

ตารางที่ 4 จำนวนและอัตราตายของผู้ป่วยรับบริการวิสัญญี จำแนกตามช่วงเวลาระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ที่ โรงพยาบาลเชิงรยราชประชานุเคราะห์

	Dead in operating room	Dead postoperative 24hr.	Dead postoperative 24-72hr.	รวม dead	อัตราตาย 1: 10000
ASA 1	0	0	0	0	0
ASA 2	1(0.014%)	1(0.014%)	1(0.014%)	3(0.04%)	4.16: 10000
ASA 3	1(0.038)	3(0.11%)	7(0.26%)	11(0.41%)	41.35: 10000
ASA 4	0	25(2.93%)	18(2.11%)	43(5.04%)	504.1: 10000
ASA 5	1(0.73%)	32(23.53%)	15(11.03%)	48(35.29%)	3529: 10000

อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยพบว่าอัตราตาย สัมพันธ์กับ ASA physical status สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของงานบริการทางวิสัญญีได้ กล่าวคือ ASA physical status ที่สูงขึ้น สัมพันธ์กับอัตราตายของผู้ป่วยที่สูงขึ้น จากการศึกษา

เมื่อ ASA physical status 2 อัตราตายเป็น 0.04% ASA status 3 อัตราตายเป็น 0.41% และASA status 5 อัตราตายเป็น 35.29% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lagasse¹¹ และ Junger A¹²พบว่าอัตราตายของเพิ่มขึ้นเมื่อ ASA physical status เพิ่มขึ้น ภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แต่จากการศึกษา

ของ พัทรี จากโรงพยาบาลบุรีรัมย์¹³ เมื่อเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมที่ ASA status 4 และ 5 มีอัตราตายสูงกว่ามาก ร้อยละ 71.11-100 อุบัติการณ์เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอยู่ที่ 1:308^{2,11} การรายงานอุบัติการณ์การตายในแต่ละที่จะต่างกัน คำจำกัดความต่างกัน และมีวิธีการเก็บข้อมูลต่างกัน¹⁴ รวมทั้งการเฝ้าระวัง จำนวนประชากร ขนาดของโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของโรคและปีที่ศึกษาต่างกัน ก็จะมีผลต่ออุบัติการณ์การตายได้¹⁵

ผู้ป่วยที่ dead in operating room มีทั้งหมด 3 ราย เป็นผู้ป่วยจากแผนกศัลยกรรมมาผ่าตัดคลอด 1 ราย ASA status class 2 รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยจากแผนกอายุรกรรม วินิจฉัยว่าเป็น COPD มาทำหัตถการ tracheostomy ASA status class 3 ส่วนรายที่ 3 เป็นผู้ป่วยจากแผนก ศัลยกรรม วินิจฉัยว่าเป็น rupture abdominal aortic aneurysm ASA status class 5 เมื่อวิเคราะห์ แล้วสาเหตุการเสียชีวิตเกี่ยวกับการผ่าตัด และจากภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย สาเหตุจากด้านวิสัญญีในปี 2549 ในผู้ป่วยตายที่มีทั้งหมดในผู้ป่วยที่ ASA status 1-2 ไม่พบเลย แต่ที่ ASA status 3-5 เป็นผู้ป่วยซึ่งมีโรคร่วมค่อนข้างรุนแรงไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นสาเหตุอันเกี่ยวเนื่องโดยตรงกับวิสัญญีหรือไม่ ซึ่งงานทางด้านการผ่าตัดมีผลมากต่อภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งการผ่าตัดฉุกเฉิน การเตรียมพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ยังไม่ดีพอ¹⁶ (Ross AF) มีการศึกษาของ Cohen และคณะ¹⁷ สนับสนุนว่าปัจจัยด้านการผ่าตัด และโรคร่วมของผู้ป่วยมีผลต่ออัตราการตายมากกว่าปัจจัยทางวิสัญญี ซึ่งทางงานวิสัญญีได้มีการประเมินและตรวจสอบตนเองมีการพัฒนาแบบสหสาขาเพื่อหาสาเหตุ ที่มี dead in operating room, dead postoperative 24hr, dead postoperative 24-72 hr ทุกเดือน *การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นมาตรฐานวิสัญญี (ASA)

เนื่องจากข้อจำกัดของการประเมิน ASA physical status เป็นข้อมูล subjective มาจากผู้ให้บริการ เป็นผู้ประเมิน Sidi และคณะ Owens และคณะ^{18,19} มีได้ประเมินการให้ ASA physical status ของวิสัญญีแพทย์แล้วพบว่า ASA physical status ใช้ประโยชน์ได้ แต่ขาดความถูกต้อง เชื่อถือตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ปริมาณของวิสัญญีแพทย์ที่มีเพิ่มขึ้นมีผลต่ออัตราการรอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Silber²⁰ จากการศึกษาของ Aronson และคณะ²¹ พบว่าการประเมิน ASA Physical classification ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ดังในการศึกษานี้ไม่ได้ให้รายละเอียดไว้ ไม่ได้แสดงผลการศึกษาไว้ ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การตายของผู้ป่วยอันเกี่ยวข้องกับโดยตรงวิสัญญี เกี่ยวกับวิสัญญีบางส่วน เกี่ยวกับการผ่าตัด เกี่ยวกับภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย เกี่ยวกับการจัดการ และสาเหตุการตาย เนื่องจากการออกแบบงานวิจัยนี้ไม่ได้ลงรายละเอียด ซึ่งถ้ามีงานวิจัยในเรื่องนี้ซ้ำควรมีการทบทวนในเรื่องนี้

สำหรับการนำไปใช้แก้ปัญหาในกลุ่มงาน ควรมีการทบทวนการประเมิน ASA physical status โดยมีการฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทางวิสัญญี การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยในหอวิกฤตอย่างพอเพียง การประกันคุณภาพบริการ และเป็นแนวทางการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับคุณภาพงานบริการทางวิสัญญีต่อไป

สรุป

1. ASA physical classification ยังจำเป็นต้องใช้ในการแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เพื่อมีผลในการให้บริการผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐานของทางด้านวิสัญญี
2. ปัญหาและอุปสรรคของวิธีการศึกษาและการเก็บข้อมูลคุณภาพงานบริการทางด้านวิสัญญียังต้องการพัฒนาต่อไป แม้ว่าผลที่ได้จะใกล้เคียงกับงานวิจัยของ

ประเทศไทยก็สมควรนำข้อมูลของการศึกษานี้ไปใช้เพื่ออ้างอิงในปีต่อไป ของงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เชียงรายประชาชนเคราะห์ เนื่องจากการศึกษานี้ได้ทำการฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทางวิสัญญีเมื่อต้นปีที่ผ่านมา มีปริมาณวิสัญญีแพทย์เพิ่มขึ้น ยังไม่ได้รับการประเมินคุณภาพอีกครั้งว่าอัตราการตายของผู้ป่วยเปลี่ยนไปหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย, ตำราวิสัญญีวิทยา; 2548: 2-10.
2. สวรรธวัช อัสวเรืองชัย. Patient Safety Solution, Concept and Practice สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ บริการ; 2546: 2-30.
3. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. Quality in Anesthesia Service การประชุมวิชาการราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เนื่องในวโรกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา. Available from: <http://www.md.chula.ac.th/rcat/upload/quality.pdf>.
4. รัตนา กำหม่อม. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นตามแผนภูมิการระงับปวดที่กำหนดขึ้น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2544; 16(4): 251-256.
5. วรศรี ม่วงมิ่งสุข. การสำรวจความรู้เกี่ยวกับวิสัญญีในผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ. จุฬเวชสาร 2545; 46 (3):257-267.
6. ศิริพร ปิติมานะอารี. A Postoperative Analysis of the Patient's Attitude of Anesthesia in Siriraj Hospital. วิสัญญีสาร 2535; 18(3): 125-133.
7. นารถฤดี จิตต์ปรีชาญ. การเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพบริการวิสัญญีในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล(HA) ของโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์. วิสัญญีสาร 2543; 26(4): 235-248.
8. นารถฤดี จิตต์ปรีชาญ. The Comparative Study of the Quality Anesthesia in the Chiangrai Regional Hospital from the Hospital Accreditation Project. วิสัญญีสาร 2542; 25(3): 166-176.
9. Miller, Ronald D. Risk of anesthesia: Anesthesia. Churchill Livingstone Inc. 2005.p.894-925.
10. American Society of Anesthesiologists (homepage on internet): ASA physical status Classification System. Available from: <http://www.asahq.org/clinicalinfo.htm>.
11. Lagasse RS: Anesthesia safety: Model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. Anesthesiology 97(6); 2002: 1609-17.
12. Junger A, Veit C, Klöss T. Aspects of external quality assurance in anesthesiology-experiences in Hamburg, Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 1999 Nov; 93(9): 689-99.
13. พชรวิทย์ วัฒนบวร อัตราการตายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางวิสัญญีตามสภาพก่อนผ่าตัด. วิสัญญีสาร. 2006; 32(1): 13-8.
14. ชารทิพย์ ประทุมพรพาล. Safety and Quality of Anesthesia. Available from: <http://www.md.chula.ac.th/rcat/upload/safe.pdf>.
15. Barash PG et al. Professional liability, quality improvement and anesthetic risk In: Clinical Anesthesia. Lippincott Williams&Wilkins; 5th edition; 2001.p. 106-107.
16. Ross AF,Tinker JH. Risk related to surgery: Miller RD, ed. Anesthesia 6th edition. New York: Churchill-Livingstone 2005: 915.

17. Cohen MM, Duncan PG and Tate RB: Does anaesthesia contribute to operative mortality? JAMA 260; 1988: 2859.
18. Owens WD, Felts JA, Spitznagel J: ASA physical status classifications. Anesthesiology. 1978; 49: 239.
19. Sidi A, Labato EB, Cohen JA: The American Society of Anesthesiologists' Physical Status: category V revisited. J Clin Anesth. 2000 Jun; 12(4): 328-34.
20. Silber JH, Williams SV, Krakauer H, Schwartz JS. Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: A study of adverse occurrence and failure to rescue. Med Care. 1992; 30: 615.
21. Aronson, Wendy L, Variability in the American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status (PS) Classification Scale. Available from: <http://handle.dtic.mil/100.2/ADA372352>

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน (Family Health Promoting Behavior in Makeujae, Muang, Lamphun)

โกกิน ศักรินทร์กุล พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

*Pokin Sakarinkhul M.D RCFPT**

พรนิพา ยะปัญญา วท.บ.(การพยาบาล)*

*Pornnipa Yapunya B.Sc.(Nursing)**

อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ วท.บ (การพยาบาล), ส.ม.*

*Adisai Poomiwisate B.Sc.(Nursing), M.P.H.**

วัชรินทร์ วังชัยอง ส.บ.*

*Watcharin Wangtiyong B.P.H.**

*โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

**Lamphun hospital, Lamphun Province*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กลยุทธ์หลักในการแก้ปัญหาดังกล่าวคือการสร้างเสริมสุขภาพโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวและชุมชนต่อไปในอนาคต

กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากครอบครัวในเขตพื้นที่ ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จำนวน 450 หลังคาเรือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่พัฒนาโดย Kanogwan Suwanpatikorn 2001 ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามกรอกเอง มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.96 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชฐาน ฐานนิยม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวส่วนมากร้อยละ 84.46 เป็นครอบครัวเดี่ยว อายุของสามีเฉลี่ยอยู่ที่ 51 ปี ส่วนภรรยา มีอายุเฉลี่ย 50 ปี จำนวนบุตรเฉลี่ยต่อครอบครัวมีค่า 1.62 คน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 49.41 และ 54.63 ตามลำดับ ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนมากอยู่ในระดับดี คือ ร้อยละ 52.26 และ 69.60 ตามลำดับ เมื่อรวมคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ทั้งหมดจะพบว่าครอบครัวส่วนมากมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 51.54 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 38.72 มีเพียงร้อยละ 9.74 ที่ควรปรับปรุง

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The purpose of this study was to study family health promoting behavior of family in Makeujae, Muang, Lamphun.

The sample group comprised 450 households living in Makeujae, Muang, Lamphun. The research tool was self-administered Family Health Promoting Behavior questionnaire developed by Kanogwan Suwanpatikorn (2001). Cronbach's Alpha Coefficient was 0.93. The SPSS/PC computer program was used to calculate the percentage, mean, mode, median and standard deviation.

Of the 421 subjects, 84.46 % (29 subjects were incomplete data, so these were excluded out of our study) were nuclear family. The average age of father and mother were 51 and 50 years, respectively. The average number of children within family was 1.62. The prevalence of being fair Family Mental Health and Family Physical Health were 49.41% and 54.63%. The prevalence of being good Family Responsibility and Family Social Relation were 52.26% and 69.60%. Most of the family (51.54%) had fair Family Health Promoting Behavior.

Key words: Health promotion, Health behavior

บทนำ

ผลของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยจากเดิมที่เคยเป็นครอบครัวขยายมีปู่ ย่า หรือตา ยาย กับพ่อ แม่ ลูก ได้ลดขนาดลงเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูกเท่านั้น และมีชายหญิงที่อยู่ร่วมกันแบบสามี-ภรรยาแต่มีได้จดทะเบียนอยู่เป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และสถานภาพของลูก นอกจากนี้จากการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยที่มุ่งเพิ่มรายได้เป็นหลัก ส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัวจากการทำกิจกรรมนอกบ้าน ค่านิยมของคนมุ่งเน้นไปที่วัตถุ เลือกที่จะแสวงหาเงินทองผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นหลัก ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นรอง ก่อให้ครอบครัวจำนวนไม่น้อยเกิดปัญหาและแนวโน้มของปัญหารุนแรงมากขึ้นซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้แก่ การหย่าร้าง ชายทอดทิ้งครอบครัว การทำร้ายทุบตีผู้หญิงและเด็ก การทำร้ายทางเพศ ปัญหา

วัยรุ่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์¹

นอกจากปัญหาทางสังคมที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นแล้ว ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ² ระบุว่าโรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทย อีกทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญอันดับแรกที่ทำให้ทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพ นำไปสู่ความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร ในขณะที่ความเสียหายอื่น ๆ ที่นำไปสู่การสูญเสียก่อนวัยอันควรซึ่งรวมทั้งความพิการหรือที่รวมเรียกว่า “ภาระโรค” นั้นในกลุ่มผู้ชาย ได้แก่การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะที่ขับขี่จักรยานยนต์ ส่วนในผู้หญิงปัญหาือน้ำหนักเกิน ตามด้วยความดันสูง และเบาหวาน

แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าจนถึงขั้นที่สามารถรักษาโรคที่กล่าวถึงข้างต้นได้เป็นอย่างดี แต่เทคโนโลยีทางการแพทย์นี้ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายอันมหาศาล อีกทั้งไม่ได้ทำให้เกิดการลดภาระโรคแต่อย่างใด นอกจากนี้ยังมีโรคสมัยใหม่อันเกิดจากพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอีกมากมาย เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคทางจิตประสาท เป็นต้น³ ฉะนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 องค์การอนามัยโลกจึงได้ผลักดันยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion strategy) โดยออกมาเป็นกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) ขยายความ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็น “กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมรวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี”⁴ ซึ่งประเทศไทยก็ได้เข้ารับกลยุทธ์ดังกล่าวจนเกิดเป็น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นการ “สร้างนำซ่อม” หรือนโยบาย “เมืองไทยแข็งแรง” เป็นต้น

เนื่องด้วยบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพ จึงทำให้ทุกคน ทุกกลุ่ม และทุกสถาบันต้องมีความรับผิดชอบต่อการดำเนินชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพ และดูแลรักษาการเจ็บป่วยของสมาชิก⁵ ฉะนั้นในฐานะที่ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุดของสังคม เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ครอบครัวที่อบอุ่นทำให้สมาชิกมีสภาพจิตใจที่ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ อีกทั้งยังเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดบุคลิกภาพ พฤติกรรม¹ สมาชิกภายในครอบครัวแต่ละคนจึงมีส่วนสำคัญยิ่งที่จะทำหน้าที่ในการอบรม ขัดเกลา รวมถึงถ่ายทอดพฤติกรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ศูนย์แพทย์ชุมชนมะเขือแจ้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของโรงพยาบาลลำพูน สาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบลมะเขือแจ้ ซึ่งถือเป็นสถานบริการนาร่องรูปแบบใหม่ที่ทุกภาคมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนนอกเหนือไปจากการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ศูนย์แพทย์นี้จะให้การรักษาอย่างเป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยเน้นหนักในการบริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมป้องกันโรคมากกว่าการมุ่งเน้นการรักษา สอดคล้องกับหลักการ “สร้างนำซ่อม”

เนื่องจากศูนย์แพทย์ชุมชนมะเขือแจ้เพิ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2549 ฉะนั้นเพื่อเป็นการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่เบื้องต้น โดยเฉพาะข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสำรวจพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนต่อไปในอนาคต

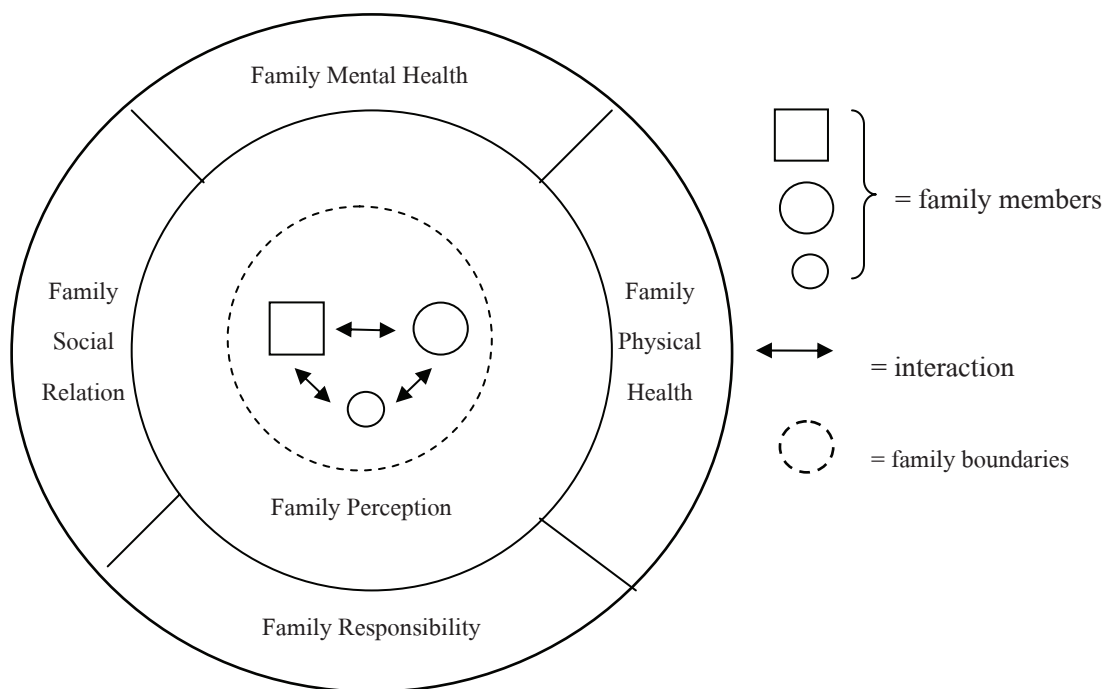
การศึกษาอาศัยกรอบแนวคิดของ Kanogwan Suwanpatikorn⁶ ที่แบ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility) และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) นอกจากนี้ยังอาศัยแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัวที่ระบุว่าครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยที่อยู่ร่วมกันและเป็น

ผลรวมของระบบย่อยที่สัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกัน⁷ รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวด้วย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวและชุมชนต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ต.มะเขือแจ้ อ.เมือง จ.ลำพูน จำนวน 4,344 หลังคาเรือน ใช้ตารางสุ่มสำหรับใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างตามวิธีของ Yamane ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%⁸ ได้ขนาดของตัวอย่างที่ระดับความ

คลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ เท่ากับ 367 หลังคาเรือน เนื่องจากในตำบลมะเขือแจ้ มี อสม.จำนวน 384 คน กระจายใน 20 หมู่บ้าน อสม. 1 คนจะมีหน้าที่ดูแลครอบครัวในละแวกบ้านของคนประมาณ 10-15 หลังคาเรือน ฉะนั้นจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการเปิดตารางเลขสุ่ม (table of random number) เพื่อเลือกหมายเลขของสมาชิกอสม.ที่ถูกนำรายชื่อมาเรียงกัน เลือกมาทั้งสิ้น 40 คน จากนั้นจึงให้อสม.แต่ละคนแจกและเก็บแบบสอบถามแก่ครอบครัวในเขตความรับผิดชอบของตน จำนวน 10 หลังคาเรือน ทั้งนี้คาดว่าจะเก็บแบบสอบถามคืนได้ร้อยละ 90 ของแบบสอบถามทั้งหมด รวมเป็นแบบสอบถามที่ต้องเก็บทั้งสิ้น 450 ชุด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว (The Family Health Promoting Behavior Scale, FHPBS) ที่พัฒนาโดย Kanogwan

Suwanpatikorn⁶ ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบกรอกเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ (ตอนที่ 2) แต่ละข้อประกอบด้วย 5 ตัวเลือกรายลำดับ

คะแนน (5-point rating scale) ทั้งนี้ตัวแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) ข้อ 1-15 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ข้อ 16-27 ความรับผิดชอบต่อครอบครัวสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility) ข้อ 28-37 และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) ข้อ 38-40

ถ้าตอบ “เป็นจริง” คิดเป็น 5 คะแนน ตอบ “ส่วนใหญ่เป็นจริง” คิดเป็น 4 คะแนน ตอบ “เป็นจริงบ้างไม่เป็นจริงบ้าง” คิดเป็น 3 คะแนน ตอบ “ส่วนใหญ่ไม่เป็นจริง” คิดเป็น 2 คะแนน ตอบ “ไม่เป็นจริง” คิดเป็น 1 คะแนน รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 1-40 จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาแปลงเป็นค่า Normalized T-score เพื่อแบ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี (Good) ปานกลาง (Fair) และควรปรับปรุง (Poor)

ตอนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวของตน 4 ระดับคือ ดีมาก ดี พอใช้ และควรแก้ไขในด้านต่าง ๆ 5 ด้านได้แก่ สุขภาพกายของสมาชิกโดยรวม สุขภาพจิตของสมาชิกโดยรวม สัมพันธภาพที่มีต่อกันในครอบครัว การดูแลสุขภาพของกันและกัน ในครอบครัว และสุขภาพครอบครัวโดยรวม

ผู้วิจัยทำการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้แก่ อสม. ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ สมาชิกของครอบครัวทำการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วคืนแบบสอบถามให้แก่ อสม. เพื่อทำการตรวจสอบความเรียบ

ร้อยของการกรอกข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลซ้ำอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 55.11 มีสถานภาพเป็นสามี (พ่อบ้าน) ในครอบครัว ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 62.23 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาถึงร้อยละ 75.77 รายได้ของครอบครัวอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 มีถึงร้อยละ 41.33 รองลงมาได้ 5,000-10,000 บาทร้อยละ 39.90

สำหรับลักษณะที่อยู่อาศัยเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่บ้านเดี่ยวถึงร้อยละ 99.05 ส่วนน้อยอาศัยอยู่ในทาวเฮาส์ บ้านแฝด หรือห้องแบ่งเช่า ร้อยละ 0.71 และ 0.24 ตามลำดับ ร้อยละ 95.49 เป็นบ้านของตนเอง รองลงมาเป็นบ้านที่อาศัยอยู่กับญาติร้อยละ 2.85 ส่วนบ้านที่เช่ากับเช่าซื้อมีอยู่ร้อยละ 6 และ 1 ตามลำดับ

ครอบครัวส่วนมากร้อยละ 84.46 เป็นครอบครัวเดี่ยวที่เหลืออีกร้อยละ 13.54 เป็นครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่ 3.46 คนต่อครอบครัวโดยมีบางครัวเรือนที่อาศัยอยู่เพียงคนเดียว และครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากที่สุดมีสมาชิกทั้งหมด 8 คน

อายุของสามีเฉลี่ยอยู่ที่ 51 ปี ส่วนภรรยามีอายุเฉลี่ย 50 ปี จำนวนบุตรเฉลี่ยต่อครอบครัวมีค่า 1.62 โดยที่ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากที่สุดมีบุตรอยู่ 5 คนอาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเดียวกัน อายุเฉลี่ยของบุตรคือ 22 ปี

ครอบครัวที่ทำการศึกษาล้วนมากตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวว่า ส่วนใหญ่เป็นจริง (ข้อความดังกล่าวเป็นจริง 75% สำหรับครอบครัว หรือคิดเป็นคะแนน 4 คะแนน) และเป็นจริง (ข้อความดังกล่าวเป็นจริง 100% สำหรับครอบครัว คิดเป็น

หรือคะแนน 5 คะแนน) โดยมีข้อคำตอบที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 4 มีถึง 34 ข้อใน 40 ข้อ หรือคิดเป็นร้อยละ 85

สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่า 4 มีอยู่ 6 ข้อได้แก่

ข้อที่ 20 สมาชิกในครอบครัวมักหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู ไก่ทอด อาหารที่ใส่กะทิ เป็นต้น

ข้อที่ 23 สมาชิกออกไปเที่ยวนอกบ้านด้วยกันทั้งครอบครัวอย่างน้อยเดือนละครั้ง

ข้อที่ 24 ครอบครัวมีกิจกรรมวันหยุดร่วมกัน เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา ทำอาหาร เป็นต้น

ข้อที่ 25 สมาชิกออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เดิน ปั่นจักรยาน เล่นกีฬา หรือเต้นแอโรบิกเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ข้อที่ 26 สมาชิกมักชักชวนหรือกระตุ้นกันและกันให้ออกกำลังกาย

ข้อที่ 27 ครอบครัวสนับสนุนให้สมาชิกออกกำลังกาย โดยการจัดหาอุปกรณ์ให้ เช่น อุปกรณ์กีฬาต่าง ๆ

ทั้งนี้ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อนี้จัดอยู่ในหมวดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ส่วนมากอยู่ในระดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ในตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

พฤติกรรม	ระดับ			รวม
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว	184	208	29	421
	(43.71)	(49.41)	(6.89)	(100)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว	152	230	39	421
	(36.10)	(54.63)	(9.26)	(100)
ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว	220	180	21	421
	(52.26)	(42.76)	(4.99)	(100)

ปานกลางคือร้อยละ 49.41 และ 54.63 ตามลำดับ ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility)

และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) ส่วนมากอยู่ในระดับดีคือร้อยละ 52.26 และ 69.60 ตามลำดับ เมื่อรวม

คะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว (Family Health Promoting Behavior) ทั้งหมดจะพบว่าครอบครัวส่วน

มากมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 51.54 รองลงมาอยู่ในระดับร้อยละ

38.72 มีเพียงร้อยละ 9.74 ที่ควรปรับปรุง (ตารางที่ 1)

การรับรู้ภาวะสุขภาพกายของครอบครัว สุขภาพจิตของครอบครัว สัมพันธภาพที่มีต่อกันในครอบครัว และ

การดูแลสุขภาพของกันและกันในครอบครัวส่วนมากอยู่ในระดับดีคือร้อยละ 58.67, 47.98, 50.36 และ 50.59 ตาม

ลำดับ (ตารางที่ 2)

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพครอบครัวโดยรวม ส่วนมากประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวของตนว่าอยู่ใน

ระดับดีร้อยละ 55.58 รองลงมาประเมินว่าดีมากร้อยละ 31.12 พอใช้ร้อยละ 11.64 มีส่วนน้อยร้อยละ 1.66 ที่ประเมิน

ว่าครอบครัวของตนมีสุขภาพอยู่ในระดับควรแก้ไข

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ในตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับ			รวม
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
ความสัมพันธ์ทางสังคม	293 (69.60)	109 (25.89)	19 (4.51)	421 (100)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว	163 (38.72)	217 (51.54)	41 (9.74)	421 (100)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนของการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของครอบครัว ในตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ภาวะสุขภาพของครอบครัว	ดีมาก	ดี	พอใช้	ควรแก้ไข	รวม
	ความถี่	ความถี่	ความถี่	ความถี่	ความถี่
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1.สุขภาพกายของสมาชิกโดยรวม	131 (31.12)	247 (58.67)	40 (9.50)	3 (0.71)	421 (100)
2.สุขภาพจิตของสมาชิกโดยรวม	157 (37.29)	202 (47.98)	58 (13.78)	4 (0.95)	421 (100)
3.สัมพันธภาพที่มีต่อกันในครอบครัว	176 (41.81)	212 (50.36)	31 (7.36)	2 (0.48)	421 (100)
4.การดูแลสุขภาพของกันและกันในครอบครัว	167 (39.67)	213 (50.59)	36 (8.55)	5 (1.19)	421 (100)
5.สุขภาพครอบครัวของท่าน	131 (31.12)	234 (55.58)	49 (11.64)	7 (1.66)	421 (100)

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว (Family Health Promoting Behavior) ส่วนมากอยู่ระดับดีถึงปานกลางกล่าวคือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.54 และอยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 38.72 แม้ว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาไม่สูง (ประถมศึกษาร้อยละ

75.77) และรายได้ครอบครัวค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 41.33 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้โดยแนวคิดเชิงจิตสังคมและแนวคิดทุนทางสังคมของ Marmot และ Wilkinson⁹ ที่กล่าวว่าสังคมที่มีความแตกต่างทางรายได้สูงจะมีแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมหรือทุนทางสังคมน้อย ซึ่งทุนทางสังคมหรือแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นคือบุคคลที่มีทุนทางสังคมน้อยจะมีการกระทำที่

ส่งผลเสียต่อสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีทุนทางสังคมมากกว่า

นอกจากนี้ทุนทางสังคมจะเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลให้เข้าถึงโอกาสและทรัพยากรทางสังคมและเป็นการให้ประโยชน์ต่อบุคคลที่เป็นคู่ของความสัมพันธ์ทั้งสองฝ่าย เป็นการให้ประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้และผู้รับ โดยผู้รับอาจได้รับความช่วยเหลือในหลายรูปแบบ เช่น การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ จิตใจ ด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ เมื่อดูจากข้อมูลของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้จะพบว่ารายได้ครอบครัวไม่แตกต่างกันมากนัก (คือมีรายได้ต่ำเป็นส่วนใหญ่) จึงอนุมานได้ว่าสมาชิกของครอบครัว และครอบครัวอาศัยอยู่ในสังคมที่มีความขัดแย้งกันสูง มีทุนทางสังคมมาก ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรได้มากโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

อีกทั้งแนวคิดข้างต้นยังได้อธิบายว่าทุนทางสังคมยังช่วยลดระดับความเครียด ซึ่งอาจส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.41 อีกทั้งทุนทางสังคมยังผลักดันให้เกิดการให้และได้รับความช่วยเหลือแก่บุคคลยามมีปัญหา สร้างเสริมปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นอันจะนำไปสู่การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองรวมทั้งการตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ ดังผลการวิจัยที่พบว่าความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility) และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) อยู่ระดับที่ดีถึงร้อยละ 52.26 และ 69.60 ตามลำดับ

สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ที่พบว่าข้อคำถามบาง

ข้อได้คะแนนต่ำกว่าข้ออื่น ๆ นั้นอาจอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ว่ามีความสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมของไทย เช่น ข้อที่ถามว่า “สมาชิกในครอบครัวมักหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู ไก่ทอด อาหารที่ใส่กะทิ เป็นต้น” สอดคล้องกับรายงานของชินุทัตย์ กาญจนะจิตรา และคณะ² ที่ระบุว่าวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและความเป็นสังคมเมืองที่เติบโตขึ้น ทำให้อุปนิสัยการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทำให้คนไทยจำนวนหนึ่งกำลังบริโภคอาหารมากเกินไปจนเป็นโรคอ้วนและโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปนี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่อันตรายต่อสุขภาพของครอบครัวได้ อีกทั้งจากรายงานเดียวกันนี้ที่ระบุว่าคนไทยเพียง 3 ใน 10 คนเท่านั้นที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ก็สอดคล้องกับผลการวิจัยในรายงานนี้ที่มีผู้ตอบข้อคำถามที่ว่า “สมาชิกออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เดิน ปั่นจักรยาน เล่นกีฬา หรือเดินแอโรบิก เป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง” น้อยกว่าข้ออื่น

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีของเพนเดอร์¹⁰ ที่กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดหวังต่อผลประโยชน์จึงเป็นผลทางบวกต่อจิตและและเป็นแรงเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรม และบุคคลจะกระทำพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ เมื่อบุคคลเป็นว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นสอดคล้องกับค่านิยมของตนเอง และพฤติกรรมนั้นจะก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวัง การสร้างเสริมสุขภาพทางกายนั้นเป็นการกระทำที่เห็นผลได้ช้า อีกทั้งในปัจจุบันยังมีกิจกรรมนันทนาการที่ให้ความบันเทิงได้มากกว่าการออกกำลังกาย เช่น ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ เล่นเกม ฟังเพลง และได้รับความสุขสนุกสนานในทันที จึงทำให้การชักชวนหรือกระตุ้นกันและกันให้ออกกำลังกาย

หรือการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวออกกำลังกายโดยการจัดหาอุปกรณ์ให้ เช่น อุปกรณ์กีฬาต่าง ๆ ให้ เป็นพฤติกรรมที่ครอบครัวไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่ ควรมีการณรงค์ ปลุกฝัง หรือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว มีการดูแลสุขภาพกายของตนและครอบครัวเพิ่มขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัวโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตครอบครัว (Family Life Education) หรือการฝึกทักษะชีวิตที่เหมาะสมให้กับสมาชิกของครอบครัว เป็นต้น อีกทั้งควรมีการติดตามประเมินความสัมพันธ์เป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งสร้างเกราะป้องกันทางสังคมให้แก่คนในชุมชนโดยการให้ความรู้ ความตระหนักถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมถึงวิธีการประกอบชีวิตตนเองและครอบครัวให้ดำเนินตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ได้แก่ ควรมีการทดสอบแบบสอบถามกับครอบครัวที่มีลักษณะหลากหลายแตกต่างกัน เช่น ครอบครัวไทยในภาคต่าง ๆ ครอบครัวชาวจีน ครอบครัวมุสลิม เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำไปใช้พัฒนาเครื่องมือ หรือแบบสอบถามให้เหมาะสมต่อไป ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบถึงประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวมิติอื่น ๆ ที่มากยิ่งขึ้น เช่น วิธีการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว อัตมโนทัศน์ หรือแรงจูงใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว เป็นต้นสุดท้ายคือการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นที่มีอิทธิพล หรือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว รวมถึงปัจจัยภายนอกครอบครัวอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. ประคิน สุจฉายา และคณะ. โครงการพัฒนาระบบจัดเก็บกลุ่มตัวชีวัดครอบครัวอยู่ดีมีสุขสำหรับประเทศไทย: จังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2548: 1-2.
2. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย 2546. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2547: 13-19.
3. John Kemm and Ann Close. Health promotion: Theory and practice. New York: PALGRAVE. 1995: 7.
4. อำพล จินดาวัฒนะ. กระบวนทัศน์ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารสร้างเสริมสุขภาพ. 2548; 2(1-2): 55-67.
5. คาริวรรณ เศรษฐีธรรม และคณะ. เอกสารวิชาการเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ (Determinants of Health). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547: 1
6. Kanogwan Suwanpatikorn. "Family Health Promoting Behavior Scale: Development and Psychometric Analysis." A Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of public health, Faculty of Graduate Studies. Mahidol University; 2001.
7. จิตินันท์ เฉชะคุปต์. "แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา" ใน ประมวลสารชุดจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา (Family psychology and family studies) หน่วยที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์; 2547: 1-57.

8. งามน้อยพัฒน์. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (Quantitative and Qualitative Research Methodologies in Behavioral and Social Sciences) กรุงเทพมหานคร; 2549: 125.

9. เทพินทร์ พิชรานุกัย. สังคมวิทยาการแพทย์ กรุงเทพมหานคร; 2548: 81-86

10. ชัยณรงค์ สังข์จ้าง. “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัว ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร” การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543: 63.

**การประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
(Evaluation of the program to teach life-skill as a preventative measure against HIV infection to
grade six students)**

พิษณุ รักสกุลกานต์ พ.บ.

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Pisanu Rugsakulkran M.D.

Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์สำหรับนักเรียนชั้น ป.6 โดยใช้รูปแบบ CIPP Model ประเมินในด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และ ผลผลิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นนักเรียนชั้น ป.6 จำนวน 259 คน และกลุ่มที่ให้สัมภาษณ์ เป็นครูและ นักเรียน จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบทดสอบ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านบริบท โรคเอดส์เป็นโรคที่เป็นภัยคุกคามต่อกลุ่มเยาวชน ส่งผลให้เกิดเจตคติและค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านปัจจัยเบื้องต้น พบว่า คณะทำงานมีการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการประชุมและร่วมกันกำหนดหัวข้อ เนื้อหา และกิจกรรมหลักสูตรโดยได้รับงบประมาณ และวิทยากรสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ และจัดอบรมขึ้นที่โรงพยาบาลสันป่าตอง ด้านกระบวนการ พบว่า เนื้อหาของกิจกรรมเป็นเรื่องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและทักษะชีวิตเพื่อป้องกันให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ ผลเสียและผลกระทบโดยเน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียนในทุกกิจกรรม มีสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย และในด้านผลผลิต พบว่า นักเรียนสามารถนำทักษะชีวิตไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และเห็นด้วยในระดับมากที่สุดในการอบรมทักษะชีวิต ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ทักษะชีวิต ป้องกันโรคเอดส์

Abstract

The purpose of this research was to evaluate the program of teaching life skills as a preventative measure against HIV infection, the CIPP model was used for evaluate this program. The evaluation of the program included 4 components; Context, Input, Process and Product. The samples were 259 grade six students. The 14 teachers and students were interviewed. The paper test, interviews and questionnaires were the tools in this research. The data was analyzed by percentage, mean, standard deviation and t-test.

The findings of this study were as follows: From the Context evaluation of the program, it was found that AIDS was in a crisis situation especially for teenagers. The Input evaluation of the program was systematically organized, especially the meeting and the activities. For the Process evaluation of the program, the contents of the program included the ways to protect oneself from AIDS, the necessity of practices for teenagers and the effects of AIDS. Learner-centeredness was used according to the Educational Reform. For the Product evaluation of the program, it was found that the students could apply the lessons to their daily life and they agreed that the course was beneficial for them. There was a significant difference between the pretest and the posttest at the level of 0.01.

Keywords: Life Skills, AIDS Protecting

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ร่างกายเติบโตเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศ¹ ประกอบกับปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและสื่อที่มีอิทธิพลต่อการกระตุ้นความรู้สึทางเพศ ทำให้วัยรุ่นเลียนแบบ อยากรู้อยากลอง และ เกิดการมีเพศสัมพันธ์² ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ต้องเกิดขึ้นเพื่อเป็นการสนองความต้องการทางเพศของตนเองและฝ่ายตรงข้าม³

การป้องกันปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญ การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่นำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้บรรทัดฐานจากกลุ่มเพื่อนจะเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ⁴ รวมทั้งการเอาใจใส่และเข้าใจวัยรุ่นของครอบครัวก็มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นด้วย⁵ ดังนั้นการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจึงไม่ควรเน้นเฉพาะการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ควรเพิ่มทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอชไอวีที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของวัยรุ่นในปัจจุบัน⁷ เพื่อให้มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาและปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง สามารถจัดการและแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

สถานการณ์เอชไอวีเอดส์อันน่าตกใจจากการเฝ้าระวังข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พบในกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น ซึ่งร้อยละ 60-80 มีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนด้วยตนเอง จากสภาพปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการส่วนปฏิบัติการร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จึงได้จัดทำโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ สำหรับนักเรียนชั้น ป.6 ขึ้นเพื่อให้เด็กนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงจากโรคเอดส์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้รูปแบบ CIPP Model ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

วิธีการศึกษา

ในการประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ใน

การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 กลุ่ม ได้แก่ ประชากรกลุ่มที่ 1 เป็นผู้สอนการป้องกันโรคเอดส์จำนวน 42 คน และกลุ่มที่ 2 เป็นนักเรียน ป.6 ของโรงเรียนในอำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 852 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ให้สัมภาษณ์ เป็นตัวแทนผู้สอน รวม 4 คน กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ให้สัมภาษณ์เป็นตัวแทนของนักเรียนโรงเรียนละ 1 คน และกลุ่มที่ 3 เป็นนักเรียนระดับชั้น ป.6 ของโรงเรียนในอำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 259 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .83

2. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตเป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบสอบถามความคิดเห็นมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .78

3. แบบสัมภาษณ์โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และมีการนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการ

ศึกษาและให้อิสระในการเข้าร่วมหรือถอนตัว ในการสัมภาษณ์จะคำนึงถึงความพร้อมของผู้ให้สัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ในเวลาที่นัดหมายไว้ล่วงหน้า การจดบันทึกจะกระทำเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และการนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อและหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ของนักเรียนชั้น ป. 6 โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความคิดเห็นของนักเรียนชั้น ป. 6 ภายหลังจากใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์
3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ ภายหลังจากใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์
4. วิเคราะห์ข้อมูล สรุป และอภิปรายผล
5. เขียนรายงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนทดสอบของนักเรียนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ ใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

2. การวิเคราะห์ผลการประเมินโครงการ เป็นการบรรยายผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์

3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้วิธีการแยกประเภทประกอบการบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินด้านสถานะแวดล้อม

ด้านสถานะแวดล้อมพบว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่เป็นภัยคุกคามโดยเฉพะอย่างยิ่งกับกลุ่มเยาวชนที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง และมีกลุ่มเพื่อนที่มีอิทธิพล ตลอดจนการนำเสนอของสื่อมวลชนต่างๆ ที่เน้นการถ่ายทอดเนื้อหาสาระในรูปแบบที่กระตุ้นและช่วยอารมณ์ทางเพศส่งผลให้เยาวชนเกิดเจตคติและค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี

ตอนที่ 2 ผลการประเมินปัจจัยเบื้องต้น

ด้านปัจจัยเบื้องต้น พบว่า มีการประชุมคณะทำงานพร้อมกับกำหนดหัวข้อกิจกรรมและเนื้อหาของหลักสูตรที่จะนำไปอบรมเยาวชน โดยงบประมาณและ วิทยากรมาจากหน่วยงานต่าง ๆ และจัดการอบรมที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จ.เชียงใหม่

ตอนที่ 3 ผลการประเมินกระบวนการ

ผลการประเมินกระบวนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมอบรมทักษะชีวิตแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ เนื้อหาของกิจกรรมและวิธีการ การติดตามผลการสอนระยะเวลาในการอบรมและสถานที่ในการอบรม วิธีการสอน สื่อและวัสดุอุปกรณ์ในการสอน ดังนี้

ก. เนื้อหาของกิจกรรมและวิธีการ

กิจกรรม แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์

หลังจากที่ได้จัดกิจกรรมแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ พบว่านักเรียนมีความร่วมมือในกิจกรรม เมื่อวิทยากรสนทนา อธิบาย และซักถาม นักเรียนมีความสนใจ สามารถบอกความหมายและตอบคำถามได้ ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ นักเรียนร่วมกิจกรรมอย่างตั้งใจ และทำกิจกรรมทุกคน

กิจกรรมทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่น (ทักษะการปฏิเสธและการตัดสินใจ)

หลังจากที่ได้จัดกิจกรรมทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่น พบว่านักเรียนร้อยละ 80 ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีความสนุกสนาน และตื่นเต้น นักเรียนส่วนมากวิเคราะห์ได้ดี มีเพียงบางกลุ่มที่สรุปไม่ตรงเนื้อเรื่อง และไม่ครอบคลุมเนื้อหา ครูวิทยากรต้องคอยชี้แนะ และ พบว่านักเรียนร้อยละ 80 เห็นความสำคัญของทักษะการปฏิเสธและการตัดสินใจและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม ผลเสียและผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดี มีบางคนที่ยังไม่กล้าแสดงออก เนื่องจากมาจากต่างโรงเรียนไม่คุ้นเคยกัน และในการแบ่งกลุ่มศึกษา นักเรียนร่วมกันวิเคราะห์ผลเสีย/ผลกระทบ มีการนำเสนอผลงานของแต่ละกลุ่ม สรุปผลเสียและผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์

ข. การติดตามผลการสอน

การติดตามผลการสอน พบว่า ผู้สอนมีการประชุมทีมงานหลังจากจบการสอนแต่ละกิจกรรมเพื่อค้นหาปัญหาในการสอนและหาแนวทางแก้ไข

ค. ระยะเวลาในการอบรมและสถานที่ในการอบรม

ผลการประเมิน พบว่า นักเรียนร้อยละ 50 มีความคิดเห็นว่าระยะเวลาในการอบรมและสถานที่จัดอบรมมีความเหมาะสมมาก

ง. วิธีการสอน

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม มีสื่อการเรียนรู้ในหลายรูปแบบ นอกจากนี้ นักเรียนร้อยละ 50 มีความคิดเห็นว่าวิธีการสอนมีความเหมาะสมมาก

จ. สื่อและวัสดุอุปกรณ์ในการสอน

ด้านเครื่องเสียงบางครั้งมีปัญหาเสียงไม่ดัง ควรปรับปรุงเครื่องเสียงและคอมพิวเตอร์ให้สะดวกต่อการใช้งาน และนักเรียนร้อยละ 50 มีความคิดเห็นว่า สื่อการสอนเหมาะสมมาก

ตอนที่ 4 ผลการประเมินด้านผลผลิต

ผลการประเมินด้านผลผลิต ขอนำเสนอตามลำดับ ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (2) ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนของนักเรียนก่อนใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ (3) ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนของนักเรียนหลังใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ (4) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของนักเรียนก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ (5) ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ และ (6) ผลการวิเคราะห์ด้านการนำทักษะชีวิตไปใช้ในชีวิตประจำวันหลังการอบรมโปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ตัวอย่างที่ใช้ประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	127	49.03
หญิง	132	50.96
รวม	259	100

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมเป็นนักเรียนหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.96 และนักเรียนชาย คิดเป็นร้อยละ 49.03

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ตอบถูก จำแนกตามระดับคะแนน หลังการอบรม

ระดับคะแนน	จำนวนนักเรียน	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
16-20	88	33.98	100.00
11-15	151	58.30	66.03
6-10	20	7.73	7.73
0-5	0	0	0
รวม	259	100	

ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนของนักเรียนก่อนใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์

จากการที่ให้นักเรียนได้ทำการทดสอบก่อนใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ ปรากฏผลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ตอบถูก จำแนกตามระดับคะแนน ก่อนการอบรม

ระดับคะแนน	จำนวนนักเรียน	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
16-20	15	5.79	100.00
11-15	175	67.57	94.21
6-10	61	23.55	26.64
0-5	8	3.09	5.79
รวม	259	100	

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาจากระดับคะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.36 ทำคะแนนได้สูงกว่า 10 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.64 ทำคะแนนได้ต่ำกว่า 10 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนของนักเรียนหลังใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์

จากการที่ให้นักเรียนได้ทำการทดสอบหลังใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ ปรากฏผลดังแสดงในตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาจากระดับคะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 92.28 ทำคะแนนได้สูงกว่า 10 คะแนน และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 7.72 ทำคะแนนได้ต่ำกว่า 10 คะแนน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรม

การวัดความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p value
ก่อนการอบรม	11.82	2.6	-16.29	.001
หลังการอบรม	14.44	2.2		

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของนักเรียนต่อโปรแกรม

ลำดับที่	ข้อความ	$\bar{X}$	(S.D.)	ความหมาย
1	สมควรให้มีการอบรมทักษะชีวิตต่อไป	4.5	.70	มากที่สุด
2	การเรียนวิชานี้มีประโยชน์	4.3	.67	มาก
3	ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริง	4.3	.67	มาก
4	การสอนของวิทยากรเหมาะสม	4.3	.67	มาก
5	สื่อที่ใช้ในการอบรมเข้าใจง่าย	4.3	.67	มาก
6	สถานที่ในการอบรมเหมาะสม	4.2	.63	มาก
7	ช่วยให้เรารู้สึกผ่อนคลายจากบทเรียน	4.1	.87	มาก
8	เป็นวิชาที่สนุกมีกิจกรรมที่หลากหลาย	4.06	.73	มาก
9	ระยะเวลาในการอบรมเหมาะสม	3.9	.73	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า นักเรียนมีความคิดเห็นว่าสมควรให้มีการอบรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ต่อไป ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.5$, S.D. = .70) ส่วนด้านอื่นๆ นั้น นักเรียนมีความคิดเห็นว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ผลการประเมินด้านการนำทักษะชีวิตไปใช้ในชีวิตประจำวัน

จากการสัมภาษณ์ผู้สอนและนักเรียน ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมทักษะชีวิต พบว่า

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของนักเรียนก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ การเปรียบเทียบความรู้ของนักเรียนก่อนและหลังการอบรม ปรากฏผลดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมทักษะชีวิต

ระดับความคิดเห็นของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมทักษะชีวิตปรากฏผล แสดงในตารางที่ 5

ด้านผู้สอน

จากการสัมภาษณ์ผู้สอน พบว่านักเรียนได้นำประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมมาประยุกต์ใช้กับตนเองและเพื่อน เช่น การรู้จักคิดวิเคราะห์ว่าสิ่งใดควรไม่ควร สิ่งใด ควรหลีกเลี่ยง การให้ความเห็นอกเห็นใจและ ชื่นชมผู้อื่นในโอกาสอันควร การสื่อสารที่สร้างสรรค์ การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด รู้จักตัดสินใจ ปฏิเสธ ในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ด้านผู้เรียน

ด้านผู้เรียน พบว่า ผู้เรียนมีทักษะชีวิตที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนี้

1. ทักษะการจัดการกับอารมณ์

ผลการวิเคราะห์ทักษะการจัดการกับอารมณ์ของนักเรียน เมื่อมีเหตุการณ์ที่ผู้ปกครองเข้าใจผิดและถูกลงโทษ พบว่า มีอารมณ์โกรธ เสียใจ และน้อยใจ และรู้สึกผิดหวังที่ผู้ปกครองเข้าใจตนเองผิดและขาดความเชื่อมั่นในตัวบุตร แต่ก็ยังมีนักเรียนบางคนที่มีความพยายามในการปรับอารมณ์ของตนในขณะที่มีความเสียใจนั้นด้วยการข่มใจและระลึกถึงความกตัญญูที่บุตรพึงกระทำต่อผู้ปกครองแทน ในขณะเดียวกันก็ยังมีนักเรียนบางคนที่สามารถพบว่าตนเองมีความเสียใจและหาคำตอบของการเกิดเหตุการณ์ที่เป็นผลของการกระทำของผู้ปกครอง ดังเช่นที่นักเรียนได้กล่าวไว้ว่า

“โกรธพ่อบ้าง” “เสียใจที่พ่อไม่เชื่อตนเอง” “เสียใจแต่ไม่โกรธพ่อเพราะพ่อคือผู้ที่อบรมสั่งสอนเรา” “เสียใจ” “น้อยใจเพราะพ่อไม่เชื่อ” และ “เสียใจ ทำไมพ่อบังคับ”

ผลของการเลือกวิธีควบคุมอารมณ์ของนักเรียนเมื่อมีเหตุการณ์ที่ผู้ปกครองเข้าใจผิดและถูกลงโทษ พบว่า นักเรียนมีวิธีการที่หลากหลายที่จะเลือกใช้เพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมอารมณ์ อันได้แก่ การปรับอารมณ์ของตนให้สงบ มีความอดทน ไม่รู้ร้อน และมีการปรับพฤติกรรมของตนเพื่อให้สถานการณ์ที่นักเรียนพบนั้นมีความคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น ด้วยการตั้งสติ คิดก่อนทำ นับเลขในใจ และ เดินหนี นอกจากนี้ยังมีนักเรียนบางคนใช้วิธีการพูดคุยเพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียน และไม่ไว้วางใจ ยังมีนักเรียนส่วนน้อยที่ใช้วิธีไม่แสดงอารมณ์ของตนออกมาเพื่อเป็นการควบคุมอารมณ์ที่มีอยู่ภายในร่างกายขณะนั้น

“ทำอารมณ์ของตนเองให้ใจเย็นๆ” “ตั้งสติ สงบอารมณ์ของตนเอง” “ไม่แสดงอารมณ์” “ตั้งสติ คิดก่อนทำ” “นับเลขในใจ” “เดินหนี” “สงบสติอารมณ์ก่อน พอพอใจเย็นลงค่อยไปพูดคุยกับท่านดี ๆ และบอกความจริง” “วิธีที่ไม่ไว้วางใจ ถ้าเราไม่ไว้วางใจ คุณกับพ่อแม่ดี ๆ ท่านก็อาจจะเข้าใจเรามากขึ้น” “อดทน แล้วรอให้พ่อใจเย็นลงก่อน อธิบายด้วยน้ำเสียงอยากแสดงความคิดเห็น”

2. ทักษะการตัดสินใจ

เมื่อนักเรียนอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกตัดสินใจ เมื่อถูกเพื่อนชักชวนไปเที่ยวและคบกับเพื่อนต่างเพศ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังนี้

การกำหนดทางเลือกเพื่อตัดสินใจ ปรากฏว่า นักเรียนมีการกำหนดทางเลือกที่บ่งบอกถึงการตัดสินใจเด็ดขาดว่าตนเองจะทำอะไร ทั้งที่คิดเห็นว่าพร้อมที่ยอมรับ/ปฏิเสธ นอกจากนี้ยังมีนักเรียนที่ได้ตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ แต่มีการระบุนึกใจหรือมีเหตุผลประกอบการตัดสินใจ นั้น ดังคำพูดของนักเรียนที่ว่า

“ไป/ไม่ไป” “ปฏิเสธ/บอกว่ามีธุระ” “ไม่ไป/ชวนเพื่อนไปด้วย”

ด้านความตระหนักถึงผลดีของการตัดสินใจปฏิเสธ เมื่อถูกชักชวนให้ไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ ซึ่งนักเรียนเห็นว่าการไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศนั้นทำให้เกิดการดูแลเพื่อนเพิ่มเติม และอาจก่อให้เกิดอันตราย และไม่มีความปลอดภัยหากไปกันเพียงสองคน เนื่องจากการไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศอาจทำให้เกิดความสัมพันธ์ฉันทู้สาว และอาจมีปัญหาตามมาด้วยการมีบุตร หรือกรณีหากมีผู้ใดผู้หนึ่งติดเชื้อเอดส์ อาจส่งผลให้อีกคนหนึ่งติดเชื้อเอดส์ตามไปด้วย นอกจากนี้นักเรียนยังเห็นว่าการปฏิเสธถือว่าเป็นวิธีการที่ดีในการปกป้องตนเองให้พ้นจากความเสี่ยง อีกทั้งยังเป็นการทำความดีเพื่อตอบแทนพระคุณของผู้ปกครองอีกด้วย ดังคำกล่าวของนักเรียนที่ว่า

“การไปเที่ยวกับเพื่อนชายนั่น หากไปกันทั้งสองคน อาจจะมีเพศสัมพันธ์กัน” “การมีเพศสัมพันธ์ทำให้ติดเชื้อ” “ไปเที่ยวกับเพื่อนทำให้เกิดอันตราย” “ต้องดูแลเพื่อนๆ ที่ไปด้วย” “ถ้าเราไม่ไป เราก็จะปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ” “ผมไม่ไป เพราะสนุกแค่ 1 ชั่วโมง แต่เสียใจและกายตลอดสิ้นลมหายใจ” “โอกาสติดเชื้อ 50-50” “อาจจะเสียทั้งตัวและใจตลอดชีวิต เพราะรู้หน้าไม่รู้ใจ” “พ่อแม่เป็นห่วง” “เราจะปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ” “ปกป้องตนเอง และไม่ให้มีผลกระทบต่อกันรอบข้าง” “บอกว่ามีธุระ คือ ปกป้องตนเองจากคนไม่ดี” “ไม่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์” “การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรอาจมีปัญหาตามมา”

3. ทักษะการแก้ไขปัญหา

เมื่อนักเรียนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์หลังจากได้รับการอบรมแล้ว หากนักเรียนอยู่ในสถานการณ์ที่มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ นักเรียนจะเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การรับคำปรึกษาจากผู้ปกครองตลอดจนแพทย์ที่โรงพยาบาล มีการตรวจสุขภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ รู้จักการปฏิเสธ แต่ยังคงเป็นเพื่อนที่ดีต่อกัน ชักชวนให้เพื่อนไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม และยุติการมีเพศสัมพันธ์

“บอกให้พ่อแม่รับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้น” “หลบหลีกปฏิเสธ” “ควรหยุดและไปตรวจสุขภาพ” “ไปสอบถามแพทย์ที่โรงพยาบาลและปรึกษา แล้วเมื่อเพื่อนชวนมีเพศสัมพันธ์ก็ปฏิเสธ” “บอกเพื่อนว่าเรายังเป็นเพื่อนเสมอ” “ยุติการมีเพศสัมพันธ์และหาวิธีการแก้ไขในเรื่องอื่น เช่น รู้จักการปฏิเสธ หรือชวนดูหนังฟังเพลงจะดีกว่า”

4. ทักษะการปฏิเสธ

เมื่อนักเรียนอยู่ในสถานการณ์ที่พบเพื่อนต่างเพศชวนไปเที่ยวกลางคืนและดื่มสุรา หลังจากที่นักเรียนเผชิญปัญหาที่รุนแรงในครอบครัว ทักษะที่นักเรียนใช้เมื่อถูก

เพื่อนชักชวน ได้แก่ ความมีสติ การปฏิเสธและหาทางออกที่ดี มีการใช้คุณธรรมในการแก้ปัญหา เพื่อให้รอดพ้นจากอันตรายอันอาจจะเกิดขึ้นได้ การปรึกษากับผู้ปกครอง การใช้ความคิดวิเคราะห์อย่างรอบคอบ มองการณ์ไกลและรักตนเอง

“ไม่ไป เพราะว่าทางออกที่ดีคือการไปปรับความเข้าใจกับครอบครัว” “ไม่ เพราะการดื่มสุราทำให้สติหายไป” “ไม่ไป เพราะกำลังเศร้า ถ้าเราขาดสติเราจะทำอะไรที่นึกไม่ถึง เราไม่สามารถไว้วางใจคนอื่นได้ ในเวลานั้นเราต้องการคนรับฟังและปรับทุกข์มากที่สุด” “ไม่ เพราะว่าถ้าเราดื่มเหล้าไปแล้วก็ไม่ทำให้ชีวิตเราดีขึ้น อาจจะจะทำให้ชีวิตเราแย่ลงก็ได้” “ไม่ไป เพราะสุราเป็นสิ่งไม่ดีต่อสุขภาพ” “ไม่ เพราะว่าเพื่อนที่ชักชวนเราเป็นคนอย่างไรก็ 모르 และ การดื่มเหล้าทำให้สุขภาพเสีย” “ไม่ไป เพราะเราอาจจะเกิดอุบัติเหตุได้และเพื่อนอาจจะหลอกเราได้” “ไม่ไป เพราะอบายมุขไม่ใช่วิธีปลดปล่อยดับทุกข์ ควรปรึกษาผู้รู้หรือญาติ” “ไม่ไป เพราะทางออกที่ดีคือการปรับความเข้าใจภายในครอบครัว”

อภิปรายผล

จากผลการประเมินด้านสภาวะแวดล้อม ซึ่งพบว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่เป็นภัยคุกคามต่อคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจและยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ ศรีเกษ ชาญวินิชกุล³ ที่ได้กล่าวไว้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญช่วงหนึ่งของชีวิต เป็นวัยเชื่อมระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 10-19 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงการที่วัยรุ่นถือว่าการมี เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องเกิดขึ้น และมีกลุ่มเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมทางสังคม ในด้านค่านิยม ลักษณะนิสัย ตลอดจนคุณธรรมและจริยธรรม นอกจากนี้การนำเสนอของสื่อมวลชนที่เน้นการ

ถ่ายทอดเนื้อหาสาระตลอดจนภาพที่สื่อออกมาในรูปแบบที่กระตุ้นและช่วยอารมณ์ทางเพศ จึงส่งผลให้เยาวชนเกิดเจตคติและค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งยังสอดคล้องกับ ยุพิน ชัยราชา² ที่ได้กล่าวไว้ว่า ในด้านความต้องการของเด็กและเยาวชน โดยสภาพความเป็นจริงพบว่ามีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาสุขภาพหลัก ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม ได้แก่ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การติดเชื้อเอดส์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ การฆ่าตัวตาย ดังนั้น การป้องกันปัญหาเหล่านี้จึงต้องการกิจกรรมที่มุ่งไปที่พฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะต้องเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การแก้ปัญหา การบริหารจัดการในกลุ่มเด็ก/วัยรุ่น และชี้แนวทางที่จะส่งเสริมให้เด็ก/วัยรุ่น มีความสามารถบริหารจัดการกับความเครียดและความกดดันต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งทักษะชีวิตศึกษาจะเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยแก้ปัญหานี้ได้ และยิ่งไปกว่านั้นเด็ก/เยาวชนในวัยนี้จะต้องเจริญเติบโตในโลกที่ไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในวันข้างหน้า ด้วยการที่สังคมโลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ความเป็นสังคมเศรษฐกิจมากขึ้น แต่ไม่ยอมเปิดกว้างให้มีการส่งเสริมเยาวชนให้มีค่านิยมที่เหมาะสมและเยาวชนเองก็ดูเหมือนว่าจะไม่มีความกระตือรือร้นในความคิดของตนเกี่ยวกับโอกาสในชีวิตข้างหน้าว่าจะเป็นอย่างไร ปัจจัยทั้งหมดจึงชักนำให้เยาวชนมีความอ่อนแอที่จะเผชิญกับสังคมรอบข้าง การมีทักษะชีวิตจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้เยาวชนเข้มแข็งขึ้น สามารถพัฒนาปรับตัวเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่ย่างยากได้และช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

จากผลการประเมินปัจจัยเบื้องต้น พบว่าก่อนที่จะมีโปรแกรมอบรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ได้มี

การประชุมคณะทำงานสร้างโปรแกรมการสอนทักษะชีวิต โดยร่วมกันกำหนดหัวข้อกิจกรรมและเนื้อหาของหลักสูตรที่จะนำไปอบรมเยาวชน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการทำงานที่เป็นระบบ ดังที่ กุลยา สุหรัยพรหม⁴ ได้กล่าวว่า การออกแบบงานเป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุนานสูงสุด ซึ่งส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ การวางแผนประกอบการตัดสินใจยังเป็นรูปแบบของการประเมินผลแบบ CIPP Model ที่กำหนดขั้นตอนที่ทำให้งานบรรลุเป้าหมาย ซึ่ง Stufflebeam และคณะ (1977, อ้างถึงใน พุดพิงศ์ มากมาย, 2549)⁸ ได้กล่าวไว้ว่า แบบจำลอง CIPP Model สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับการตัดสินใจด้วยความสมเหตุสมผลในการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งกระบวนการประเมินใด ๆ ประกอบด้วยขั้นของการวิเคราะห์กิจกรรมและข้อมูลที่จะประเมินเพื่อสนองความต้องการของผู้ตัดสินใจ ขั้นของการรวบรวมสารสนเทศ และขั้นของการเสนอสารสนเทศให้แก่ผู้ตัดสินใจ

จากผลการประเมินปัจจัยด้านกระบวนการ พบว่าเนื้อหาของกิจกรรมเป็นเนื้อหาที่เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ ทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่น ผลเสียและผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพที่ดีของเนื้อหาที่ผู้วิจัยได้มีการวางแผนเพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการป้องกันปัญหาด้านโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่นให้เกิดความตระหนักในปัญหาและระมัดระวังตนให้ปลอดภัยจากโรค ดังที่กุลยา สุหรัยพรหม⁴ ได้กล่าวไว้ว่า การป้องกันปัญหาเป็นสิ่งสำคัญ การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่นำไปสู่การติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ทักษะชีวิตศึกษา (life skills education) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะชี้แนะกลวิธีการสอนที่มีจุดศูนย์กลาง

อยู่ที่ผู้เรียน (learner centered) และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้แบบสังเกตการณ์และเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วย² ซึ่งการจัดโปรแกรมอบรมทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ครั้งนี้ได้เน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียนในทุกกิจกรรม มีสื่อการเรียนรู้ในหลายรูปแบบ ถือได้ว่าเป็นการจัดกิจกรรมที่ทันสมัยสอดคล้องกับการปฏิรูปการศึกษาของประเทศที่ได้เน้นให้จัดการศึกษาโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

ผลการประเมินด้านผลผลิต พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนที่สูงขึ้นหลังจากการใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ นอกจากนี้ โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ยังทำให้นักเรียนสามารถนำทักษะชีวิตไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งหมายถึง การที่นักเรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวปฏิบัติของนักเรียนเอง³ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก⁹ ยังได้กล่าวเสริมว่า ทักษะชีวิตเป็นแนวคิดพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นและเยาวชน การสอนทักษะชีวิตสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันได้ในหลายด้าน เช่น ป้องกันการใช้ยาเสพติด ป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหรือการป้องกันโรคเอดส์ การมีทักษะชีวิตทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความสงบสุขและมีการพัฒนาของสังคม⁸ และเมื่อพิจารณาผลการประเมินโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ในด้านประโยชน์และความเหมาะสมของการจัดโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์พบว่า นักเรียนยังมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุดในด้าน

การเห็นสมควรให้มีการอบรมทักษะชีวิตต่อไปแสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ที่ทำให้เยาวชนโดยเฉพาะวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และทักษะในการป้องกันโรคเอดส์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ทำการศึกษาขอขอบคุณ ทนตแพทย์ ดร. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก่ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณคณะกรรมการส่วนปฏิบัติการร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์อำเภอสันป่าตองที่ได้จัดทำโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณครูและนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรของโรงพยาบาลสันป่าตองทุกท่านที่ให้โอกาสและสนับสนุนผู้วิจัยอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
2. ยุพิน ชัยราชา. การใช้ชุดกิจกรรมการสอนความรู้ความตระหนัก และทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประถมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.

3. ศรีเกษ ัญญาวินิชกุล. เหตุผลการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541

4. กุลยา สุหรั่งพรหม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและสายอาชีพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.

5. Fisher, J.D. & Fisher, W. A. Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 1992.11(3), 455-474.

6. อังสนา บุญธรรม. เปรียบเทียบปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเขตชนบทกับเขตเมือง

จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

7. รววรรณ ไกรเลิศ, สุพรรณิ แซ่ซี้ และไพโรจน์ จันทรมณี. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. สถานการณ์โรคเอดส์ ประเทศไทย เล่มที่ 2, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2546.

8. พุดพิงศ์ มากมาย. การประเมินหลักสูตรทักษะชีวิตสำหรับพนักงานขายบริการในสถานประกอบการกลางคืน ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.

9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 10. จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในเขต 10 (เอกสารอัดสำเนา). เชียงใหม่: สำนักงานควบคุมโรค, 2546.

การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตร วิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550

(HIV related behavioral surveillance among second year students in vocational schools,
Chiang Mai 2007)

เกรียงไกร ยอดเรื่อน ศศ.ม.(ส่งเสริมสุขภาพ)

Kriangkrai yotruean M.ed. (Health Promotion)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Chiang Mai provincial public health office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งศึกษาแนวโน้มของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ ของกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 ที่ศึกษาเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 32.2 โดยนักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 34.0 นักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 29.4 นักเรียนชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.0 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 34.0 ในปี พ.ศ.2550 ในขณะที่อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงจาก 15.4 ปี เหลือ 15.1 ปี นักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลที่รู้จักกันผิวเผินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ.2549 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ.2550 ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยความสมัครใจเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 70.8 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 79.0 ในปี พ.ศ.2550 นักเรียนชายและนักเรียนหญิงเคยมีประสบการณ์ใช้สารเสพติด ร้อยละ 53.8 และ 23.7 ตามลำดับ และมีร้อยละ 74.4 ในนักเรียนชายและร้อยละ 61.1 ในนักเรียนหญิงเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด นักเรียนชายดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศร้อยละ 49.3 นักเรียนหญิงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศร้อยละ 21.0 สำหรับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเอดส์นั้นพบว่านักเรียนชาย มีแนวโน้มของระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ลดลง โดยสามารถตอบถูกทุกข้อคำถามร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ.2547 เหลือร้อยละ 16.4 ในปี พ.ศ.2550 แต่ในนักเรียนหญิงกลับมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้น โดยสามารถตอบถูกทุกข้อคำถามร้อยละ 16.0 ในปี พ.ศ.2547 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 ในปี พ.ศ.2550. นักเรียนชายร้อยละ 40.5 นักเรียนหญิงร้อยละ 46.4 ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

จากผลการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงควรมีการแสวงหาความร่วมมือจากครู เครือข่ายองค์กรที่ปฏิบัติงานด้านเยาวชน รวมทั้งครอบครัวนักเรียน เพื่อรณรงค์ในกลุ่มเยาวชนทั้งชายและหญิง ให้มีความรับผิดชอบ ความตระหนักถึง

การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe sex) อีกทั้งยังต้องหามาตรการ รูปแบบที่เหมาะสมในการให้เยาวชนเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น และควรมีการจัดตั้งคลินิกให้การศึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV แก่กลุ่มเยาวชนโดยเฉพาะ

คำสำคัญ: การเฝ้าระวัง นักเรียนอาชีวศึกษา พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV เอชไอวี

Abstract

The purpose of this descriptive epidemiological study was to study HIV related behavior and the tendency of the knowledge level and awareness about AIDS problems among second year male and female students in vocational schools. The data were analyzed by using percentage, mean, minimum level, maximum level and SD.

The result showed that the percentage of the vocational students who had sex is 32.2. Among those 34.0% is male and 29.4% is female. Male students had sex increased from 27% in 2005 to 34.0% in 2007. Average age at first sexual intercourse decreased from 15.4 year old to 15.1 year old. Female students had casual sex in first sex experience increased from 2.7% in 2005 to 2.9% in 2006, but decreased to 1.4% in 2007. Those who were willing to had sex increased from 70.8% in 2005 to 79.0% in 2007. There were 53.8% and 23.7% of male and female students respectively who used to use drugs. There were 74.4% male students and 61.1% female students who had experiences drinking the alcoholic beverage and 49.3% male students and 21.0% female students drank the alcoholic beverage prior to sexual intercourse. AIDS knowledge and awareness decreased in male students from 17.5% in 2005 to 16.4% in 2007 which is contrasted with that of female students which increased from 16.0% in 2005 to 25.1% in 2007. There were 40.5% and 46.4% of male and female students respectively using condom in their first sex experience.

In conclusion, the vocational students have risk behavior to get infection from HIV and sexually transmitted diseases. Thus teachers, organizations or networks that working with youths and student's families should cooperate to campaign to create responsibility, awareness and safe sex among youths. Moreover condoms should be easily accessible to youths and counseling and check up clinics should be set up especially for youths.

Key word: Surveillance, vocational school students, HIV related behavioral, HIV, Chiang Mai

บทนำ

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อเอช ไอ วี ได้กระจายไปในทุกกลุ่มอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ โดยประเทศไทย พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในเดือนกันยายน พ.ศ.

2527 และใน 8 รายแรกทั้งหมดเป็นชายที่มีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และเกือบทุกรายมีเพศสัมพันธ์กับชาวต่างประเทศ จากสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 – พ.ศ.2533 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มี

อาการ รวมทั้งสิ้นมีเพียง 196 คน ส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ต่อมาจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและขยายวงกว้างขึ้น โดยเมื่อนับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2549 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสม 307,114 คน เสียชีวิตไปแล้ว 85,459 คน ส่วนใหญ่มีอายุในช่วงวัยทำงาน และร้อยละ 83.9 ติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์³ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่านับตั้งแต่สมัยอดีตจนถึงปัจจุบัน การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นสาเหตุใหญ่ของการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์⁴ สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2531 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2549 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 20,877 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 4,912 ราย ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 14,498 ราย เพศหญิง 6,379 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยแรงงาน 25-39 ปี สาเหตุของการติดเชื้อส่วนใหญ่ติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ รองลงมาคือ ติดเชื้อจากมารดา, ยาเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้นและรับเลือด ร้อยละ 91.7 , 5.9 , 2.4 และ 0.0 ตามลำดับ⁵

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีระยะฟักตัวที่ยาวนาน (Long Incubation Period) กล่าวคือ นับจากเริ่มติดเชื้อ HIV จนถึงแสดงอาการป่วยเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยจะใช้เวลาประมาณ 7-9 ปี⁶ ดังนั้นการเฝ้าระวังจากระบบรายงานปกติ(รง. 506/1) จึงไม่สามารถแสดงสถานการณ์ของโรคได้อย่างทันทั่วถึง จึงได้กำหนดระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ทราบสภาพปัญหาแนวโน้มของการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อ HIV ให้เร็วขึ้นกว่าการเฝ้าระวังจากรายงาน 506/1 โดยการสำรวจหาอัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากร 7 กลุ่ม แม้ว่า การพยายามติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ HIV ด้วยการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่จะ

ประสบผลสำเร็จค่อนข้างดี แต่ยังคงพบว่าข้อมูลที่ได้ยังมีความไวในการบอกแนวโน้มของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ HIV ได้ไม่มากพอที่จะใช้ในการติดตามผลและวางแผนและกำหนดกิจกรรมควบคุมป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงกลไกของการแพร่กระจายเชื้อในสังคม นอกจากนี้อัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ที่สำรวจพบในวันนี้ เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในอดีต

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำการศึกษาเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งศึกษาแนวโน้มของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2549 เป็นการศึกษาแบบวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive epidemiology study) อาศัยวิธีการสำรวจซ้ำ (Repeated survey)⁷ โดยสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 ที่ศึกษาในโรงเรียนหรือวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ โดยจำนวนตัวอย่าง คำนวณได้จากสูตร $n = Z^2PQ/d^2$ ⁸

Z = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่ α

กำหนด $\alpha = 0.05$ Z จะเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนที่คาดว่าจะพบในประชากร ในที่นี้หมายถึงอัตราความชุกของการเคยมีประสบการณ์ทางเพศ

$$Q = 1 - P$$

d = ช่วงกว้างของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ โดยมีหน่วยการวัดเดียวกับค่า p

เมื่อได้จำนวนตัวอย่างที่ต้องการแล้ว เลือกขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงเรียน โดยสุ่มจำนวนโรงเรียน ขึ้นมาจำนวนหนึ่ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนโรงเรียนทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ จากนั้น สุ่มเลือกห้องเรียน ในโรงเรียนนั้น แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนทุกคนในห้องเรียนที่สุ่มเลือกได้ จนได้จำนวนตัวอย่าง ครอบคลุมจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self administered questionnaires) ที่สร้างโดยสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตอบไม่ต้องระบุชื่อ หรือข้อมูลอื่นๆ ที่จะใช้เพื่อระบุตัวบุคคล แบบสอบถามแบ่งคำถามเป็น 4 ส่วนคือ

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์
3. ประสบการณ์การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info 2002 version 3.2 นำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบกับข้อมูลเฝ้าระวังของปีก่อนหน้า เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมต่างๆ ในการวิเคราะห์คำถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำการวิเคราะห์จากข้อคำถาม

มาตรฐาน 5 ข้อที่ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS)¹⁰ กำหนดขึ้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550 มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,188 คนเป็นนักเรียนชาย 702 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.1 นักเรียนหญิง 486 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 โดยนักเรียนชายมีอายุเฉลี่ย 16.9 ปี อายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 21 ปี ส่วนนักเรียนหญิง มีอายุเฉลี่ย 16.7 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 21 ปี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 65.2 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาคนเดียว และพักกับญาติ ร้อยละ 13.5 และ 9.0 ตามลำดับ โดยมีร้อยละ 2.1 ที่พักอาศัยอยู่กับแฟน

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 32.2 โดยนักเรียนชายมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนหญิง คือ นักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 34.0 และนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 29.4 อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชายเท่ากับ 15.1 ปี (SD = 1.21) และนักเรียนหญิงเท่ากับ 15.5 ปี (SD = 0.95) อายุต่ำสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 8 ปี ในนักเรียนชาย 12 ปี ในนักเรียนหญิง และอายุสูงสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 19 ปี ซึ่งเท่ากันทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จำแนกตามประวัติการมีเพศสัมพันธ์และเพศ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550

ประวัติ การมีเพศสัมพันธ์	นักเรียนชาย		นักเรียนหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
เคยมีเพศสัมพันธ์	239	34.0	143	29.4	382	32.2
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	463	66.0	343	70.6	806	67.8
รวม	702	59.1	486	40.9	1,188	100

นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรักร้อยละ 82.5 โดยใกล้เคียงกับนักเรียนหญิงคือร้อยละ 95.1 และนักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลที่รู้จักกันผิวเผินร้อยละ 9.0 เพศเดียวกัน ร้อยละ 4.9 ผู้ขายบริการทางเพศ ร้อยละ 3.6 สำหรับนักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ร้อยละ 3.5 ดังตารางที่ 2 สำหรับ

การป้องกันนั้นพบว่า นักเรียนชายร้อยละ 40.5 และนักเรียนหญิงร้อยละ 46.4 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยมีนักเรียนชาย 2 คน ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศในจำนวน 8 คน และพบว่า นักเรียนหญิงสมัครใจมีเพศสัมพันธ์ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 79.0

ตารางที่ 2 จำนวนนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จำแนกตามคู่่อนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและเพศ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550

คู่่อนที่มี เพศสัมพันธ์ครั้งแรก	นักเรียนชาย		นักเรียนหญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ขายบริการทางเพศ	8	3.6	0	0.0
แฟน หรือคนรัก	184	82.5	136	95.1
บุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน	20	9.0	2	1.4
เพศเดียวกัน	11	4.9	5	3.5
รวม	223	100	143	100

ในรอบ 1 ปี ของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วพบว่า นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรัก มากที่สุด ร้อยละ 79.1 รองลงมาได้แก่ บุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน ผู้ขายบริการทางเพศ และผู้ขายเพศเดียวกัน ร้อยละ 35.6 20.5 และ 10.5 ตามลำดับ โดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับผู้ขายบริการทางเพศกลับพบมากที่สุด ร้อยละ 49.0 รองลงมา

ได้แก่ ผู้ขายเพศเดียวกัน บุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน แฟนหรือคูรัก และ ร้อยละ 44.0 40.0 และ 24.9 ตามลำดับ สำหรับในนักเรียนหญิงพบว่า มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรัก ในรอบปี มากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 86.0 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 17.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จำแนกตามพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ในรอบปีที่ผ่านมา	นักเรียนชาย			นักเรียนหญิง		
	จำนวน	ผล	ร้อยละ	จำนวน	ผล	ร้อยละ
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ	239	49	20.5	-	-	-
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	49	24	49.0	-	-	-
ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	49	17	34.7	-	-	-
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	49	5	10.2	-	-	-
มีเพศสัมพันธ์กับแฟน หรือคนรัก	239	189	79.1	143	123	86.0
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	189	47	24.9	123	22	17.9
ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	189	97	51.3	123	69	56.1
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	189	45	23.8	123	32	26.0
มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน	239	85	35.6	143	21	14.7
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	85	34	40.0	21	6	28.6
ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	85	36	42.4	21	5	23.8
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	85	15	17.6	21	10	47.6
มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	238	25	10.5	-	-	-
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	25	11	44.0	-	-	-
ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	25	11	44.0	-	-	-
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	25	3	12.0	-	-	-

ประสบการณ์การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประวัติการใช้สารเสพติดพบว่า มีนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 41.4 โดยนักเรียนชายเคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 53.8 นักเรียนหญิงเคยใช้สารเสพติดร้อยละ 23.7 โดยสารเสพติดที่นักเรียนชายใช้มากที่สุดคือ บุหรี่ รองลงมา ได้แก่ กัญชา ยาบ้า ร้อยละ 51.4 18.4 13.2 ตามลำดับ นักเรียนหญิงพบว่า เคยเสพบุหรี่ยาบ้า และกัญชา ร้อยละ 23.3 5.6 และ 3.1 ตามลำดับ ร้อยละ 77.4 ของนักเรียนชาย และร้อยละ 61.1 ของนักเรียนหญิง เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด นักเรียนชายดื่มแอลกอฮอล์ก่อน

การร่วมเพศร้อยละ 49.3 นักเรียนหญิงดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศร้อยละ 21.0

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์

ในการสอบถามความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ พบว่านักเรียนชายตอบถูกทุกข้อเพียงร้อยละ 16.4 ข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ปัจจุบันมียาสามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาด้านไวรัส) ได้ ตอบถูก ร้อยละ 61.2 รองลงมาคือยังสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูก ร้อยละ 64.7 ส่วนในนักเรียนหญิงตอบถูกทุกข้อเพียงร้อยละ 25.1 ข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ปัจจุบันมียาสามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาด้านไวรัส) ได้ ตอบถูกร้อยละ 66.4 รองลงมาคือการมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกร้อยละ 68.3

สำหรับข้อคำถามที่ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ตอบถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 ทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS จำนวน 5 ข้อพบว่า นักเรียนชายตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 25.7 ส่วนในนักเรียนหญิงตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 31.9

แนวโน้มของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอช ไอ วี

นักเรียนชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.0 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 34.0 ในปี พ.ศ.2550 ในขณะที่อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงจาก 15.4 ปี เหลือ 15.2 ปี และส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรัก และมีแนวโน้มการใช้

ถุงยางอนามัยเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 26.6 ในปี พ.ศ.2547 เป็น ร้อยละ 40.5 ในปี พ.ศ.2550 ดังตารางที่ 4

สำหรับนักเรียนหญิงพบว่าในปี พ.ศ.2550 มีประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 29.4 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2549 คือร้อยละ 21.4 และส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน หรือคนรัก และมีแนวโน้มในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงจากร้อยละ 37.2 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 36.7 ในปี พ.ศ.2548 และเหลือร้อยละ 29.9 ในปี พ.ศ.2549 และกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 46.4 ในปี พ.ศ.2550 ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยความสมัครใจเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 70.8 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 79.0 ในปี พ.ศ.2550 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและการใช้ถุงยางอนามัย ของนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2547 – 2550

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการใช้ถุงยางอนามัย	นักเรียนชาย				นักเรียนหญิง			
	2547	2548	2549	2550	2547	2548	2549	2550
1. นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์	27.0	36.5	29.0	34.0	25.9	39.9	21.4	29.4
2. อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	15.4	15.5	15.2	15.2	15.6	15.7	15.7	15.5
3. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	26.6	32.8	35.1	40.5	37.2	36.7	29.9	46.4
4. การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกด้วยความสมัครใจ	-	-	-	-	70.8	71.5	73.9	79.0
5. คู่่อนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก								
- ผู้ขายบริการทางเพศ	0	0	1.4	3.6	-	-	-	-
- แฟน หรือคนรัก	89.5	80.8	92.9	82.5	93.8	93.4	89.9	95.1
- บุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน	6.7	12.5	3.8	9.0	2.7	2.5	2.9	1.4
- เพศเดียวกัน	3.8	6.7	1.9	4.9	3.6	4.1	7.2	3.5

แนวโน้มประสบการณ์การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในปี พ.ศ.2550 นักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ.2549 และนักเรียนชายมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อน

การร่วมเพศครั้งล่าสุดสูงถึงร้อยละ 48 – 49 มาโดยตลอด สำหรับนักเรียนหญิงมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศครั้งล่าสุดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 19.3 ในปี พ.ศ.2547 เป็น ร้อยละ 21.0 ในปี 2550 โดยเคยพบสูงสุดถึงร้อยละ 37.4 ในปี พ.ศ.2548 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละประสบการณ์การใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2547 - 2550

ประสบการณ์การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	นักเรียนชาย				นักเรียนหญิง			
	2547	2548	2549	2550	2547	2548	2549	2550
เคยใช้สารเสพติด	55.1	54.5	45.3	53.8	19.7	36.8	21.7	23.7
เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	80.7	71.1	72.5	74.4	67.2	69.4	59.8	61.1
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศครั้งสุดท้าย	48.4	49.5	48.7	49.3	19.3	37.4	18.6	21.0

แนวโน้มระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาเอดส์

นักเรียนหญิงมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้น โดยสามารถตอบถูกทุกข้อคำถามร้อยละ 16.0 ในปี พ.ศ.2547 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 ในปี พ.ศ. 2550 และสามารถตอบข้อคำถามตามตัวชี้วัด UNGASS ถูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 ในปี พ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 31.9 ในปี พ.ศ.2550 สำหรับนักเรียนชายกลับพบว่ามี

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ลดลง ในระยะ 3 ปีแรกโดยสามารถตอบถูกทุกข้อคำถามร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ.2548 และเหลือร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ.2549 และสามารถตอบข้อคำถามตามตัวชี้วัด UNGASS ถูกลดลงจากร้อยละ 28.5 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ.2549 แต่เพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ.2550 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละนักเรียนอาชีวศึกษา ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และความตระหนักเรื่องเอดส์ได้ถูกต้อง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2547 - 2550

ความรู้และความตระหนัก เกี่ยวกับเรื่องเอดส์	นักเรียนชาย				นักเรียนหญิง			
	2547	2548	2549	2550	2547	2548	2549	2550
1. การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	91.9	93.6	93.6	94.3	96.5	95.7	94.2	93.7
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	80.3	71.1	68.3	69.1	77.0	67.3	62.7	70.8
3. ขุนสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้	58.3	65.5	61.0	64.7	58.4	51.5	66.4	68.3
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	74.6	74.5	71.4	74.5	82.2	76.9	84.1	80.8
5. คนที่เรามองเห็นว่ามีความสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	71.2	71.6	72.6	72.7	83.4	81.9	76.9	80.8
6. ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์(ขาดันไวรัส)ได้	55.5	48.5	50.4	61.2	58.9	54.5	54.1	66.4
ตอบข้อที่ 1 - 5 ได้ถูกต้อง	28.5	25.8	20.9	25.7	31.6	21.7	27.4	31.9
ตอบถูกทุกข้อ	17.5	10.3	9.8	16.4	16.0	12.0	19.4	25.1
เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์โดยสมัครใจ	18.6	27.7	7.3	22.9	13.1	17.3	3.6	17.3

อภิปรายผล

นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 ที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 17 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยรุ่น ซึ่งจัดเป็นระยะสำคัญที่สุดของการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นวัยแห่งความอยากรู้อยากเห็น ต้องการแสวงหาประสบการณ์แปลกใหม่ให้กับชีวิต โดยเฉพาะประสบการณ์ทางเพศ¹¹ และยังเป็นวัยที่เริ่มมีแรงขับทางเพศ อันเป็นสัจธรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์¹² ซึ่งส่งผลให้นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 ที่ศึกษา เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วถึงร้อยละ 26.7 โดยพบว่านักเรียนชายและนักเรียนหญิง เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 34.0 และ 29.4 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่า การศึกษาของ ลาวันซ์ อมรรัตน์ และธนรักษ์ ผลิพัฒน์¹³ ซึ่งพบว่านักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 36.2 นักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 28.2 จะเห็นได้ว่านักเรียนชายจะมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนหญิง เนื่องจากสังคมไทยได้กำหนดบทบาทความเป็นชายและความเป็นหญิงไว้แตกต่างกัน โดยชายไทยต้องแสวงหาความแปลกใหม่ และเรียนรู้ทางเพศอย่างไม่จำกัด ตรงข้ามกับความเป็นหญิงไทย ที่ต้องไม่แสดงความสนใจหรือปรารถนาทางเพศออกมานอกหน้า¹⁴

อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนอาชีวะมีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณของปัญหาที่จะตามมาในอนาคต เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย มีผลต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย เพราะเนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะเพศของวัยรุ่นมีลักษณะบาง และไวต่อการติดเชื้อมากกว่าผู้ใหญ่¹⁵

นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรักมากที่สุดซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัมพร นาวาวัน และฉวีวรรณ ไวยเนตร¹⁶ ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยม

ศึกษาชาย-หญิง ของจังหวัดแพร่ พบว่า นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนรัก แฟน เพื่อนสนิท ถึงร้อยละ 54.02 เนื่องจากวัยรุ่นมักจะคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ทำให้ได้ศึกษานิสัยใจคอกัน ได้ประสบการณ์ทางเพศ¹⁷ แสวงหาความสุขด้วยกัน¹⁸ และคิดว่าปลอดภัยจากโรคที่สุด

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกด้วยความสมัครใจ ในนักเรียนหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องรีบแก้ไข โดยเร่งด่วนจากสถาบันครอบครัว เนื่องจาก ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเตรียมพร้อมจะพึ่งตนเอง ต้องการความอิสระ แต่ยังคงต้องได้รับการสนับสนุนปกป้องจากบิดา มารดา/ครอบครัว จึงอาจเกิดความขัดแย้ง/ยุ่งยาก ระหว่างวัยรุ่นกับบิดา มารดา ประกอบกับแรงผลักดันทางเพศซึ่งกระตุ้นโดยฮอร์โมน จะเพิ่มสูงขึ้น ความรู้สึกทางเพศจึงหันออกไปสู่บุคคลนอกครอบครัว และความแน่นแฟ้นทางจิตใจ มักรวมเป็นสิ่งเดียวกับความใกล้ชิดทางร่างกายและทางเพศ¹⁹ จึงส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์โดยความสมัครใจ

การเสพสารเสพติดในกลุ่มนักเรียน เป็นอีกปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จากข้อมูลพบว่านักเรียนชายดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศมากถึงร้อยละ 49.3 ทั้งนี้จากการศึกษาของจันทน์ ทองศิริ²⁰ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของเด็กนักเรียน มี 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยนำ จากการที่นักเรียนยังขาดความเข้าใจ หรือยังเข้าใจไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย 2) ปัจจัยสนับสนุนจากอิทธิพลของเพื่อน พบถึงร้อยละ 95 จากการดื่มสุรา เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65 และ 3) ปัจจัยเอื้ออำนวยจากการมีประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมาก ซึ่งการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราทำให้นักคลาคลาศติดสัมผัสปัญญะและการควบคุมตนเองลดลง และวัยรุ่นบางกลุ่มเชื่อว่า การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดบางชนิด ช่วยให้เพิ่มความสุขทางเพศมากขึ้น²¹ จึงส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

นักเรียนชายและนักเรียนหญิง มีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพของกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในสถานศึกษา และยังเป็นการตอกย้ำถึงความอ่อนด้อยของการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ในวงกว้าง แต่อย่างไรก็ตามความรู้เพียงอย่างเดียวก็อาจไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการพฤติกรรมในการป้องกันเอดส์ ซึ่งจำเป็นต้องหามาตรการที่เหมาะสมต่อไป นักเรียนหญิงมีระดับความรู้ที่สูงกว่านักเรียนชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รณฤทธิ์ บุตรแสนคม²² ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของเยาวชนไทยนอกระบบโรงเรียนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้หญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มากกว่าผู้ชาย ข้อเสนอแนะ

สร้างกระแสสังคม พลิกฟื้น วัฒนธรรม การรักนวลสงวนตัว เพิ่มความหลากหลายในการเข้าถึงถุงยางอนามัย การแสวงหาความร่วมมือจากครู เครือข่ายองค์กรที่ปฏิบัติงานด้านเยาวชน รวมทั้งครอบครัวนักเรียน สนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา (ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ) เร่งรัดมาตรการส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (Safe sex) ดำเนินการให้ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในสถานศึกษาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ควรมีการจัดตั้งคลินิกให้การปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV แก่กลุ่มเยาวชนโดยเฉพาะ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ดร.ทพ.สุรสิงห์ วิศรุตรัตน คุณชลลิสสา จริยาเลิศศักดิ์ ที่คอยให้คำแนะนำทางด้านวิชาการ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ ที่สำคัญยังต้องขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากโรงเรียนอาชีวศึกษาทุกแห่งที่คอยอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS.2001.AIDS Epidemic Update December 2001.In Worldwide HIV&AIDS. Estimates. Available from: <http://www.avert.org/wwstafes.htm>.(2001,December/31).
2. คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2543-2583.กรุงเทพมหานคร, 2544.
3. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย.วันที่ 31 ธันวาคม 2549, 2549.
4. ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ . การประเมินโครงการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. นนทบุรี: กองโรคเอดส์, 2540.
5. งานควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.สรุปสถานการณ์เอดส์จังหวัดเชียงใหม่.วันที่ 31 ธันวาคม 2549, 2549.
6. พลเดช ปิ่นประทีป. AIDS UPDATE วิทยาการทันยุค จากเวทีการประชุม VANCOUVER . สุรศรีกราฟฟิค, 2539.
7. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.
8. Lameshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health study. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1990.
9. ธีรรัตน์ เชนนะสิริ, ธนรัชต์ ผลิพัฒน์. แนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มทหารกองประจำการ. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2547.

10. United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. Geneva: UNAIDS, 2002.

11. รัตนา ดอกแก้ว. ผลของการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัย ครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

12. สุชา จันทรเฒ. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2536.

13. ลาวัณย์ อมรรัตน์ และ ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ.2549. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปีที่ 38 ฉบับที่ 27. 2550.

14. กาญจนา แก้วเทพ. มิติทางสังคมและวัฒนธรรม ไทยในเรื่องเพศกับปัญหาเอดส์. จากบทคัดย่อผลงานทางวิชาการ การสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 7, กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

15. Washing A.E., Sweet R.L., & Shafer, M.B. Pelvic inflammatory disease and its sequelae in adolescents. J Adolescents Health, 1995.

16. อัมพร นาวาวัฒน์ และ จวีวรรณ ไวยเนตร. การศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชาย-หญิง ของจังหวัดแพร่. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2541.

17. ณัฐวดี วชิรธรรม. ทักษะคิดต่อการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนการสมรส ของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. วิชาเอกจิตวิทยา พัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539.

18. จุฬาลักษณ์ ห้าวหาญ. พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร. บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล., 2539.

19. สุวิทนา อารีพรพร. พฤติกรรมที่เกี่ยวกับเพศ ของวัยรุ่น. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 9-15 หน้า 587-646 พิมพ์ครั้งที่ 2 กทม.: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2539.

20. จันทนัช ทองศิริ. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น อ.เมือง จ.น่าน. รายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานการวิจัยประจำปี 2541 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2541.

21. RADAR Network State Center at Indiana University. Alcohol and high risk sexual behavior. Available from: <http://www.drugs.indiana.edu/publications/ncdar/misc/alcrisk.html>.

22. รณฤทธิ์ บุตรแสนคม. การรับรู้และพฤติกรรม การเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของเยาวชนไทยนอกระบบโรงเรียน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2537.

สถานะโรคฟันผุ ของนักเรียนชาวไทยภูเขาในโรงเรียนประถมศึกษาเขตตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

(Dental caries status of Thai hilltribe students in the primary schools in Baukeaw Sub-district,
Samoeng District, ChiangMai Province)

วรารกร คุปติศาสตร์ ท.บ.

Waraporn Koopatishart D.D.S.

โรงพยาบาลสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

Samoeng Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบสถานะทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขาในโรงเรียนประถมศึกษาเขตตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการสำรวจ ระหว่างพฤษภาคม – กรกฎาคม 2550 โดยข้อมูลทั่วไป และ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดโดยใช้เกณฑ์เหมือนกับที่ใช้สำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุ 6 ปี) จำนวน 8 โรงเรียน (จำนวน 153 คน) และเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (อายุ 12 ปี) จำนวน 7 โรงเรียน (จำนวน 143 คน) พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 6 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันน้ำนมและฟันแท้ เท่ากับ 7.34 ซึ่งต่อคน (S.D= 1.32) และ 0.88 ซึ่งต่อคน (S.D= 0.59) ตามลำดับ และ ร้อยละ 44.93 ของฟันกรามซี่ที่ 1 มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุ ในกลุ่มอายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ ผุ ถอน อุด 4.51 ซึ่งต่อคน (S.D= 1.07) จากการหาค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันน้ำนมและฟันแท้ ของเด็กนักเรียนในตำบลบ่อแก้ว มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเด็กกลุ่มอายุเดียวกันในส่วนอื่นๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ และประเทศไทย โดยเด็กชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง มีอัตราการผุสูงสุดทั้งในฟันน้ำนมและฟันแท้ ดังนั้น การส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุ ในเด็กชาวเขาเหล่านี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

คำสำคัญ: ฟันผุ ชาวไทยภูเขา ทันตสุขภาพ

Abstract

The objectives of the study were to obtain the dental caries status of Thai hilltribe students in the primary school in Baukeaw Sub-district, Samoeng District, Chiangmai Province. The data was collected by oval examinations in 153 children age 6 years (level 1) and in 143 children age 12 years (level 6). The results of the study showed that the primary school children age 6 years had dental caries status in milk teeth was 7.34 teeth per person (mean dmft) and in permanent teeth was 0.88 teeth per person (mean DMFT), 44.93% of first permanent molars teeth needed pit and fissure sealant . The mean DMFT of the primary school children age 12 years was 4.51 teeth per person. The average of mean dmft and mean DMFT of Baukeaw students was higher than groups of the same age in other parts of Thailand.

The Hmong children had high prevalence of dental caries status than other hilltribe children. So the promotion of dental health education and prevention of dental caries in this group of Thai hilltribe students are very important

Key words: Dental, Thai hill tribe, Oral health

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่ง แม้ว่าการเป็นโรคส่วนใหญ่จะไม่รวดเร็ว ลูกหลาน รุนแรง และเป็นอันตรายถึงชีวิต แต่การเจ็บป่วยทรมานจากการปวดฟันจากเหงือกบวมอักเสบ และการไม่มีฟันใช้บดเคี้ยวอาหาร เนื่องจากต้องสูญเสียฟันไปก่อนเวลาอันสมควร เหล่านี้ถือว่าเป็นปัญหาของสุขภาพอย่างหนึ่งที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต โรคในช่องปากที่สำคัญได้แก่ โรคฟันผุ เนื่องจากโรคดังกล่าวมีความชุกและอุบัติการณ์ในการเกิดโรคอยู่ในระดับค่อนข้างสูง อีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถหายได้เอง หรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างสมบูรณ์ แม้จะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม ดังนั้นในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราหรืออุบัติการณ์การเกิดโรคฟันผุ จึงไม่สามารถให้ความสำคัญแต่เพียงเรื่องของการรักษา เพื่อซ่อมแซมแก้ไขเท่านั้น แต่ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกันให้เหมาะสมด้วย

เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัยคือจะต้องมีฟัน เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคฟันผุอยู่ในช่องปาก ชนิดและความถี่ของอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลที่รับประทาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เชื้อแบคทีเรียผลิตกรดออกมาทำลายเนื้อฟัน ให้เกิดโรคฟันผุได้ ดังนี้ การมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การไม่แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารหวาน หรือการเติมน้ำตาลลงในอาหาร สามารถส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก¹ นอกจากนี้ การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและ

การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง รวมถึงการใช้ฟลูออไรด์ จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคฟันผุได้ ในการศึกษาของ Mariri และคณะ² พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ความถี่ของการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และความถี่ในการรับประทานอาหาร การได้รับฟลูออไรด์และความรู้ของมารดา มีความสัมพันธ์กับการที่เด็กมีฟันผุน้อย

จากข้อมูลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5³ พ.ศ.2543-2544 พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 6 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 87.4 โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (dmft) 5.97 ซึ่งต่อคน และกลุ่มอายุ 12 ปี มีฟันแท้ผุร้อยละ 57.3 โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.64 ซึ่งต่อคน ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2546 พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 6 ปี มีฟันน้ำนมผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 88.6 โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (dmft) 5.7 ซึ่งต่อคนและกลุ่มอายุ 12 ปี มีฟันแท้ผุร้อยละ 60.1 โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.6 ซึ่งต่อคน จากการสุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นชาวไทยพื้นราบ ซึ่งมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมทางทันตสุขภาพแตกต่างจากชาวไทยภูเขา

เด็กนักเรียนในเขตพื้นที่ด้าบล้อแก้ว อำเภอสะเมิง ประกอบด้วยชาวเขาหลายชาติพันธุ์ ได้แก่ ม้ง กะเหรี่ยง และไทยใหญ่ เป็นต้น ซึ่งอาศัยอยู่ตามพื้นที่สูงทุรกันดาร ขาดโอกาสต่อการเดินทางมารับการรักษา การส่งเสริมทันตสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากจากทันตบุคลากร ถึงแม้ว่าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสะเมิงจะมีโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา

แต่จากข้อจำกัดของจำนวนทันตบุคลากรที่น้อยและจำนวนโรงเรียนในอำเภอสะเมิงที่รับผิดชอบมีจำนวนมาก ทำให้สามารถออกหน่วยให้บริการได้เพียงโรงเรียนละ 1 ครั้ง ในแต่ละปีการศึกษา อีกทั้งประชาชนที่เป็นชาวเขา มีภาษาพูดที่เฉพาะในแต่ละเผ่าทำให้การติดต่อสื่อสาร การให้ทันตสุขศึกษาด้านการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ชาวไทยภูเขา ยังมีความเชื่อและพฤติกรรมทันตสุขภาพที่แตกต่างไปจากประชาชนชาวพื้นราบ จึงไม่สามารถดูแลทันตสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ หรืออาจได้รับการบำบัดรักษาตามความเชื่อและความเข้าใจระดับท้องถิ่นของแต่ละชนเผ่า วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อทราบข้อมูลสภาวะโรคฟันผุ และเปรียบเทียบสภาวะโรคฟันผุในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ระหว่างชาวไทยภูเขาเผ่าต่างๆ ของตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและวางแผนการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน และการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวิธีการดังนี้ ขอบเขตของการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเด็กนักเรียนประถมศึกษา 2 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 6 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1) และ กลุ่มอายุ 12 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6) ในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 โรงเรียน (โรงเรียนบ้านบ่อแก้ว โรงเรียนบ้านแม่โต โรงเรียนบ้านแม่จะปู โรงเรียนบ้านห้วยน้ำจาง โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน รับป่าปอรัศ

โรงเรียนบ้านแม่ยางห้า โรงเรียนบ้านเด่นส้ม โรงเรียนบ้านแม่ตะละ)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มแรก เป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุประมาณ 6 ปี) ในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลบ่อแก้ว ทั้งหมด จำนวน 153 คน ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก เริ่มมีการแทนที่ของฟันน้ำนม และพบว่าฟันน้ำนมผุมากที่สุด และกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (อายุประมาณ 12 ปี) ในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลบ่อแก้ว ทั้งหมด จำนวน 143 คน ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมถูกแทนที่โดยฟันแท้ครบหมดทุกซี่ และมีฟันแท้ขึ้นครบอย่างน้อย 28 ซี่ จึงเชื่อว่าสภาวะทันตสุขภาพในช่วงนี้ น่าจะสามารถใช้คาดการณ์แนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุเมื่อมีอายุมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นช่วงอายุที่ใช้ประเมินการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาด้วยการใช้ 2 กลุ่มอายุนี้นี้ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย สภาวะฟันผุ ดอน อุด ของประชาชนในกลุ่มอายุเดียวกันในส่วนอื่นๆ ของประเทศไทย ได้ระยะเวลาออกเก็บข้อมูล พฤษภาคม – กรกฎาคม 2550 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและความจำเป็นด้านการรักษา โดยใช้แบบฟอร์มและเกณฑ์ในการวินิจฉัยสภาวะของตัวฟัน เหมือนกับที่ใช้สำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5

- ทันตแพทย์ เป็นผู้ตรวจโดยใช้ชุดตรวจภาคสนามและ mobile unit ที่มีคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อคำนวณหาอัตราฟันผุ และ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ดอน อุด ในฟันน้ำนมและฟันแท้ (dmft และ DMFT) และความจำเป็นในการรักษา

ผลการศึกษา**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 8 โรงเรียน มีนักเรียนจำนวน 296 คน แยกเป็นชาย 153 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 เป็นหญิง 143 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 จำแนกตามกลุ่มอายุ 6 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1) จำนวน 153 คน และกลุ่มอายุ 12 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ เพศ ชั้นเรียนนักเรียนชาวไทยภูเขาในโรงเรียนประถมศึกษาเขตตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลโรงเรียน	6 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1)			12 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1. บ้านบ่อแก้ว	19(55.88)	15(44.12)	34	14(45.16)	17(54.84)	31
2. บ้านแม่โต๋	4(40)	6(60)	10	12(52.17)	11(47.83)	23
3. บ้านแม่จะปู	10(52.63)	9(47.37)	19	13(61.90)	8(38.10)	21
4. ห้วยน้ำจาง	5(41.67)	7(58.33)	12	7(53.85)	6(46.15)	13
5. ตำรวจตระเวนชายแดน รับป่าปอर्ड	5(31.25)	11(68.75)	16	7(63.64)	4(36.36)	11
6. บ้านแม่ยางห้า	16(69.57)	7(30.43)	23	10(41.67)	14(58.33)	24
7. บ้านเด่นฮ่อม	4(66.67)	2(33.33)	6	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
8. บ้านแม่ตะละ	18(54.55)	15(45.45)	33	9(45.00)	11(55.00)	20
รวมทั้งหมด	81(52.94)	72(47.06)	153	72(50.35)	71(49.65)	143

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกชาติพันธุ์นักเรียนชาวไทยภูเขาในโรงเรียนประถมศึกษาเขตตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชาติพันธุ์(ชนเผ่า)		
กะเหรี่ยง	166	(56.08)
ม้ง	101	(34.12)
ลีซอ	1	(0.34)
ไทยใหญ่	13	(4.39)
พื้นราบ	15	(5.07)
รวมทั้งหมด	296	

จำนวน 143 คน ตารางที่ 1 จำแนกตามชาติพันธุ์โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.08 เป็นชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง ร้อยละ 34.12 เป็นชาวเขาเผ่าม้ง ร้อยละ 4.39 เป็นชาวไทยใหญ่ ร้อยละ 5.07 เป็นชาวไทยพื้นราบ โดยพบว่ามี 2 โรงเรียนที่เด็กนักเรียนเป็นชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงทั้งหมด และ จำนวน 1 โรงเรียน เป็นชาวเขาเผ่าม้งทั้งหมด ตารางที่ 2

สถานะโรคฟันผุในฟันน้ำนม

จากการสำรวจสถานะโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 6 ปี จำนวน 153 คน ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีฟันน้ำนมมากที่สุด พบว่ามีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 7.34 ซึ่งต่อคน ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยลักษณะการผุของฟันน้ำนมจะพบฟันผุมากที่สุดที่ฟันหน้าบน รองลงมาเป็นฟันกรามล่าง และฟันกรามบนตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของฟันน้ำนม ผุ ถอน อุด (ซี่ต่อคน) ในเด็กนักเรียนอายุ 6 ปี

กลุ่มประชากร	d	S.D	m	S.D	f	S.D	dmft	S.D
นักเรียนอายุ 6 ปี ในตำบลบ่อแก้ว	6.65	1.02	0.63	0.51	0.06	0.08	7.34	1.32
1	4.58	3.62	0.28	0.73	0.31	0.84	5.17	4.01
2	5.53		0.30		0.14		5.97	

1. The 4th Chiangmai Oral Health Survey2. The 5th National Oral Health Survey

สถานะโรคฟันผุในฟันแท้

จากการสำรวจสถานะ โรคฟันผุในฟันแท้ของเด็ก อายุ 6 ปี จำนวน 143 คน ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันแท้เริ่มขึ้น พบว่ามีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.88 ซี่ต่อคน ดังตารางที่ 4 และมีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ร้อยละ 44.93 เฉลี่ย 1.80 ซี่ต่อคน ผู้ที่มีความ

จำเป็นต้องได้รับการอุดฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ร้อยละ 21.24 และที่มีความจำเป็นต้องได้รับการถอนฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ร้อยละ 0.65 ซึ่งเป็นฟันกรามแท้ซี่แรกล่าง จะไม่พบฟันที่ต้องถอนในฟันกรามแท้ซี่แรกบน และผู้ที่ฟันกรามแท้ซี่แรกบนยังไม่ขึ้นในช่องปากมีถึงร้อยละ 40.52 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของฟันแท้ ผุ ถอน อุด (ซี่ต่อคน) ในเด็กนักเรียนอายุ 6 ปี

กลุ่มประชากร	D	S.D	M	S.D	F	S.D	DMFT	S.D
นักเรียนอายุ 6 ปี ในตำบลบ่อแก้ว	0.85	0.61	0		0.03	0.06	0.88	0.59
1	0.16	0.55	0		0.04	0.28	0.20	0.62
2					ไม่มีข้อมูลการสำรวจ			

1. The 4th Chiangmai Oral Health Survey2. The 5th National Oral Health Survey

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของฟันแท้ ผุ ถอน อุด (ซี่ต่อคน) ในเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี

กลุ่มประชากร	D	S.D	M	S.D	F	S.D	DMFT	S.D
นักเรียนอายุ 12 ปี ในตำบลบ่อแก้ว	2.74	0.93	0.08	0.07	1.69	0.87	4.51	1.07
1	0.86	1.39	0.04	0.25	0.69	1.17	1.59	1.81
2	1.14		0.07		0.43		1.64	

ตารางที่ 6 ร้อยละของความต้องการการรักษาของฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ของเด็กอายุ 6 ปี (ป.1)

ซี่ฟัน	ร้อยละของความต้องการการรักษาของฟันกรามแท้ซี่ที่ 1				
	อุด	เคลือบหลุมร่องฟัน	ถอนหรือรักษารากฟัน	ได้รับการรักษาแล้ว	ฟันยังไม่ขึ้น
#16	11.11	47.71	0	0.66	40.52
#26	11.76	47.06	0	0.66	40.52
#36	29.41	42.48	1.96	2.62	23.53
#46	32.68	42.48	0.66	1.96	22.22
เฉลี่ย	21.24	44.93	0.65	1.47	31.70

จากการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในฟันแท้ของเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 143 คน พบว่าค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.51 ซึ่งต่อคน ดังแสดงในตารางที่ 5 ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 มี

ตารางที่ 7 ร้อยละของความต้องการการรักษาของฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ของเด็กอายุ 12 ปี (ป.6)

ซี่ฟัน	ร้อยละของความต้องการการรักษาของฟันกรามแท้ซี่ที่ 2				
	อุด	เคลือบหลุมร่องฟัน	ถอนหรือรักษารากฟัน	ได้รับการรักษาแล้ว	ฟันยังไม่ขึ้น
#17	8.39	32.17	0	3.50	55.94
#27	10.49	30.07	0	2.10	57.34
#37	23.08	25.17	0.07	8.32	43.36
#47	20.98	25.17	0	11.89	41.96
เฉลี่ย	15.74	28.14	0.02	6.45	49.65

นอกจากนี้ พบว่าเด็กในกลุ่มนี้มีฟันคุดหน้าบนสูงมาก โดยฟันคุดหน้าบนซี่ที่ 1 ด้านขวา มีอัตราการสูงมากที่สุด ร้อยละ 12.59 และฟันคุดหน้าบนซี่ที่ 1 ด้านซ้ายรองลงมา และเด็ก

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ที่มีฟันคุดหน้าบนสูง ในเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี จำแนกตามชาติพันธุ์

ซี่ฟัน	ร้อยละของผู้ที่มีฟันคุดหน้าบนสูง ในเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี				DMFT (ซี่/คน)	สถานภาพ จังหวัดเชียงใหม่
	กะเหรี่ยง (n = 90)	ม้ง (n = 43)	ไทยใหญ่ (n = 2)	พื้นราบ (n = 8)		
11	4.44	32.56	0	0	12.59	2.8
12	2.22	9.30	0	0	4.89	1.3
21	4.44	30.23	0	0	11.89	2.5
22	3.33	6.98	0	0	4.19	1.5

ตารางที่ 9 แสดง ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเด็กชาวเขาเผ่าต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเด็กอายุ 6 ปี ของเผ่าต่างๆ พบว่า ชาวเขาเผ่าม้ง มีฟันผุสูงที่สุด รองลงมาคือ ไทยใหญ่ กะเหรี่ยง ลีซอ และพื้นราบตามลำดับ (9.50, 8.09, 7.59, 5.0, 4.86 ตามลำดับ) ในกลุ่มอายุ 12 ปี พบว่าเด็กชาวเขาเผ่าม้งมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มากที่สุด (5.86) รองลงมาเป็น กะเหรี่ยง, พื้นราบ, ไทยใหญ่ ตามลำดับ (3.97, 3.75 และ 3.0 ตามลำดับ)

ร้อยละ 28.14 เฉลี่ย 1.13 ซึ่งต่อคน ผู้ที่มีประสบการณ์ในการอุดฟันแล้ว ร้อยละ 6.45 และ พบว่า เด็กในกลุ่มนี้ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.65) ยังไม่พบฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ขึ้นในช่องปาก ดังแสดงในตารางที่ 7

นักเรียนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง มีอัตราการฟันคุดหน้าบนมากกว่าชาวเขาเผ่าอื่นๆ ในทุกซี่ฟัน และไม่พบว่ามีชาวไทยพื้นราบมีฟันคุดหน้าบนสูง ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด ในเด็กนักเรียนอายุ 6 ปี และ 12 ปี จำแนกตามชาติพันธุ์

ชาติพันธุ์	เด็กอายุ 6 ปี (N=153)	เด็กอายุ 12 ปี (N=143)
กะเหรี่ยง	(n = 76)7.59	(n = 90)3.97
ม้ง	(n = 58)9.50	(n = 43)5.86
ไทยใหญ่	(n = 11)8.09	(n = 2)3.0
ลีซอ	(n = 1)5.0	-
พื้นราบ	(n = 7)4.86	(n = 8)3.75

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุของเด็กอายุ 6 ปี ในเผ่าต่างๆ พบว่า ชาวเขาเผ่าม้งมีอัตราฟันผุในฟันน้ำนมสูงที่สุด ในขณะที่การสำรวจสถานะทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 4⁴ และการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5³ พบว่า เด็กอายุ 6 ปี ของจังหวัดเชียงใหม่และของประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.58 ซี่ต่อคน และ 5.53 ซี่ต่อคนตามลำดับ โดยภาพรวมแล้ว ชาวเขาหลายเผ่า (ส่วนใหญ่) มีอัตราฟันน้ำนมผุสูงกว่าเด็กไทยโดยเฉลี่ย นอกจากนี้ยังพบว่าฟันน้ำนมที่ผุเกือบทั้งหมดเป็นฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา

ฟันแท้ซี่แรกเริ่มขึ้นในเด็กอายุประมาณ 6 ปี ในการสำรวจเด็กกลุ่มนี้จำนวน 153 คน พบว่ามี ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.88 ซี่ต่อคน แม้ว่าฟันจะเพิ่งขึ้นในขณะที่ร้อยละ 44.93 มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่แรกเพื่อป้องกันฟันผุ โดยพบว่าฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ต่างต้องการการอุดฟันมากกว่าฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 บน ในกลุ่มอายุนี้ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ต่างขึ้นมาในช่องปากก่อนฟันบน และมีเศษอาหารติดได้ง่ายกว่าฟันบน⁵⁻⁶ เมื่อเด็กอายุ 12 ปี โดยทั่วไปส่วนใหญ่จะมีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ แต่จากการสำรวจในเด็กนักเรียนกลุ่มนี้พบว่า ประมาณร้อยละ 49.65 ยังไม่มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ขึ้นมาในช่องปาก ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะอาหารที่รับประทาน ภาวะโภชนาการ วัฒนธรรม พันธุกรรม ทำให้เด็กในกลุ่มนี้ฟันขึ้นช้ากว่าปกติ และในการสำรวจเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 143 คน พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.51 ซี่ต่อคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดเชียงใหม่และประเทศไทย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.59 ซี่ต่อคน และ 1.64 ซี่ต่อคนตามลำดับ โดยพบว่าชาวเขาเผ่าม้ง มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด

สูงที่สุด และในทุกชาติพันธุ์จะมีอัตราโรคฟันผุสูงกว่าอัตราฟันผุในเด็กไทยอื่นๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน

จากการสำรวจทั้งในกลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 6 ปี และกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี พบว่าเด็กนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มากที่สุด เมื่อเทียบกับเด็กชาวเขาเผ่าอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดจาก ผู้ปกครองของเด็กเผ่าม้ง มีฐานะทางเศรษฐกิจ วิถีชีวิต ที่ต้องเดินทางเข้าไปยังตัวเมืองเพื่อส่งสินค้าทางการเกษตรซึ่งทำให้มีเงินและโอกาสในการซื้อขนมขบเคี้ยวให้เด็กได้บริโภคมากกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ และยังพบว่าเด็กนักเรียนเผ่าม้งมีฟันผุบริเวณฟันตัดหน้าบนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะฟันตัดหน้าบนซี่ที่ 1 มีถึงประมาณร้อยละ 31 ซึ่งการพบฟันผุบริเวณฟันหน้ามาก แสดงว่า เด็กนักเรียนขาดการเอาใจใส่ดูแลและการทำความสะอาด (แปรงฟัน) ในช่องปากอย่างมาก

ผลจากการสำรวจที่ได้นี้ แสดงให้เห็นถึงความชุกของโรคฟันผุที่ค่อนข้างสูงในเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขาเผ่าต่างๆ และการขาดโอกาสรับการดูแลรักษาให้กลับสู่สภาพปกติได้ ทั้งนี้อุปสรรคอาจเนื่องจาก ผู้ปกครองและเด็กนักเรียนเหล่านี้ยังขาดซึ่งความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบกับวิถีชีวิตที่ดำรงอยู่ทุกวันนี้เป็นวิถีชีวิตที่สงบ มีความเชื่อดั้งเดิมในวัฏจักรของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ตามธรรมชาติ และขาดปัจจัยเกี่ยวพันอื่นที่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ปกครองพาเด็กนักเรียนเหล่านี้ไปรับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก อันได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ที่แต่ละหมู่บ้านอยู่ในหุบเขา การเดินทางค่อนข้างไกลและลำบาก โดยเฉพาะในฤดูฝน สภาพเศรษฐกิจ โอกาสเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีบริการทันตกรรมซึ่งมีอยู่น้อย รวมทั้งอุปสรรคด้านการสื่อสารทางภาษาที่ทำให้ไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการทันตกรรมกับผู้รับ ซึ่งพบว่าแต่ละชาติพันธุ์ก็จะมีภาษาของตนเองเป็นภาษาสื่อสาร จึงเป็นไปได้

ยากมากที่จะส่งเสริมให้เด็กนักเรียนกลุ่มนี้มีสภาวะทันตสุขภาพที่ดีในระยะเวลาอันสั้น

ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาเป็นอย่างมาก แต่จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ จึงควรให้ความสำคัญในการเน้นที่การสร้างความรู้เข้าใจในการส่งเสริมทันตสุขภาพทั้งกับผู้ปกครองและเด็กนักเรียนให้เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการมีฟันที่แข็งแรงเพื่อใช้งานได้นานที่สุด และในกลุ่มเด็กนักเรียนนั้น การเร่งให้การป้องกันการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมและฟันแท้ซึ่งแรกขึ้นทั้งในแง่ของการเคลือบหลุมร่องฟัน การใช้ฟลูออไรด์ และเน้นเรื่องโภชนาการ การสร้างสุขนิสัยที่ดีโดยการแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร มีการฝึกทักษะการดูแลความสะอาดช่องปากให้แก่เด็กและพัฒนาประสิทธิภาพการแปรงฟัน จะเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กนักเรียนชาวเขากลุ่มนี้ นอกจากนั้น จากข้อมูลอัตราการเกิดโรคฟันผุที่สูงมากจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการให้บริการทันตกรรมลักษณะเชิงรุก ในรูปแบบของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียน ซึ่งให้บริการด้านอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ให้ครอบคลุมกับเด็กนักเรียนทุกคน และกับฟันทุกซี่ที่มีปัญหา ซึ่งจะต้องออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนมากกว่าโรงเรียนละ 1 ครั้งในแต่ละปีการศึกษา จากนั้น ควรมีการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคด้วยวิธีการที่เข้ากับวิถีชีวิตและความเชื่อของชาวไทยภูเขาเหล่านี้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Paunio P, Rautava P, Sillanpaa M, Kaleva O. Dental health habits of 3-year-old Finnish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21: 4-7.
2. Mariri BP, Levy SM, Warren JJ, Berfus GR, Marshall TA, Brofitt B. Medically administered antibiotics, dietary habits, fluoride intake and dental caries experience in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31: 40 – 51.
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพมหานคร: 2545.
4. งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2546. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม
5. Carlos JP, Gitterlsohm AM. Longitudinal studies of the natural history of caries-II : A life-table study of caries incidence in the permanent teeth *Arch Oral Biol.* 1965; 10: 739-751.
6. Cleanton - Jones P. Dental caries trends in 5 to 6 year – old and 11 to 13 year – old children in two UNICEF designated regions : Sub-Saharan Africa, and Middle East and North Africa, 1970-2000 . Refuat Hapeh Vehasinayim . 2001; 18: 11-22.

ประเมินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

(An Evaluation Tuberculosis Patients Care with Directly-Observed Treatment by Participation of
Local Administration Organizations, Mae Taeng District, Chiang Mai Province)

สมศักดิ์ โอภาสตระกูล พ.บ.

Somsak Opathakoon M.D.

ดวงพร เตมีศักดิ์ ป.พยาบาลศาสตร์

Duangporn Temeesak Dip.in Nursing.

โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

Mae Taeng Hospital, ChiangMai Province

บทคัดย่อ

ประเมินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลผลิต ผลกระทบ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะเป็นบวก ที่ได้รับการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา จำนวน ผู้ป่วยวัณโรค 26 ราย และอาสาสมัครวัณโรค 26 ราย ในเขตเทศบาลตำบลสันมหาพน และเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม 52 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาด้านผลผลิตพบว่า อัตราการรักษาหาย และอัตราการเปลี่ยนของเสมหะ ได้ร้อยละ 100 อัตราการขาดยา และอัตราการรักษาล้มเหลว เป็นศูนย์

ด้านผลกระทบคือ เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค ที่มีต่อ อาสาสมัครวัณโรค คณะทำงานวัณโรคอำเภอแม่แตง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน และผลการศึกษาความพึงพอใจของอาสาสมัครวัณโรค ที่มีต่อ คณะทำงานวัณโรคอำเภอแม่แตง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน

ปัญหาที่ได้จากการศึกษาที่พบมากที่สุดคือ เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคที่มีระยะเวลาที่ยาวนาน ขามีหลายชนิด และกลัวการแพ้ยา ส่วนปัญหาของอาสาสมัคร ที่พบคือ บางครั้งไม่มีเวลาที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมาก การสื่อสารกับชาวบ้าน ภาระงานมาก และความต่อเนื่องของโครงการวัณโรค

ผลลัพธ์ที่ได้จากการประสานแผนการดำเนินงาน ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่เดือนมกราคม 2549 จนถึงปัจจุบัน ปรากฏว่าอำเภอแม่แตงได้นำร่องในเรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างครบวงจร ซึ่งสามารถใช้เป็นแหล่งศึกษาดูงาน และเป็นตัวอย่างให้กับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอีกด้วย

คำสำคัญ: วัณโรค การดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

An Evaluation Tuberculosis Patients Care with Directly-Observed Treatment by Participation of Local Administration Organizations, Mae Taeng District, Chiang Mai Province. The purposes of this study were aimed to describe by product impact and problem TB patients care.

The Examples were TB Patients sputum AFB positive fifty two persons of 26 TB patients and 26 TB volunteers, by DOT in Sanmahapon, Muangkanpathana districts area.

The data are collected by means of questionnaires completed by 52 persons and analyzed by using the value by Descriptive Statistics, namely frequency, percentage, mean and Standard Deviation.

The results were as follows. The product from this study were cure rate 100%, conversion rate 100%, default rate zero and failure rate zero so.

The mean score of stratification the overall was at maximum level, standard. TB patients stratification with TB volunteers, Health team care and Local Administration Organizations, Mae Taeng District were at maximum level, standard. The TB volunteer stratification with Health team care, Local Administration Organizations, Mae Taeng District and this function were at maximum level, standard.

The problems of TB patients were long time the treatment, difficult drugs ate, multiple drugs and drugs intoxication. The problems of TB volunteer were limitation of time, unclear communication, burden of hard work and continuing of TB project.

The results of this collaboration plan, starting from January 2006 to present revealed that Mae Taeng District was the pilot project and conducted the coordinated process of taking care of TB patients. The results can be used as a visiting and learning resource and can be used as a model for other public health offices to exchange and to participate in learning.

Keywords: TB, DOT, Participation

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ประมาณกันว่าเกือบร้อยละ 30 ของคนไทยติดเชื้อวัณโรค ในแต่ละปีคนไทยป่วยด้วยวัณโรคประมาณ 80,000 ราย ประเทศไทยยังเป็น 1 ใน 22 ประเทศทั่วโลกที่มีปัญหาวัณโรคสูง¹ ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยวัณโรคมีสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ มีโอกาสหายอย่างน้อยร้อยละ 90 เพียงสูตรเดียว คือ สูตรแนวที่หนึ่งขององค์การ

อนามัยโลก (Category 1) ฉะนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ถูกต้อง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งยังรับประทานยาได้ไม่ถูกต้อง และไม่ครบตามระยะเวลา อันเป็นผลมาจาก การแพ้ยา ทำให้เลือกหรือหยุดยาบางขนานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อที่จะรับประทานยาต่อเพราะคิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว บางรายลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ด ขาด

การรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดการดูแลจากญาติ เป็นที่รังเกียจของสังคมทำให้เกิดความท้อแท้ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค การรับประทานยาอย่างถูกต้องของผู้ป่วยวัณโรคมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะต่อตัวผู้ป่วยเองที่จะได้หายจากวัณโรค แต่จะลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น และลดการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาได้ ซึ่งปัญหาวัณโรคดื้อยามีหลายขนาน (Multi-drug resistant tuberculosis: MDR-TB) เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ยังไม่ดีพอ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิด MDR-TB จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะบวกลีให้หายขาด ด้วยกลยุทธ์ DOTS เป็นมาตรการสำคัญที่สุด

จากการดำเนินงานวัณโรคอำเภอแม่แตง พบว่าตั้งแต่ปี 2548-2549 มีผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยผลการรักษาล้มเหลว 3 ราย และ ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง 9 ราย จากสถิติดังกล่าวทำให้ทราบว่าวัณโรคยังเป็นปัญหาที่สำคัญของอำเภอแม่แตงที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน ทางทีมงานวัณโรคอำเภอแม่แตง จึงได้มีการวางแผนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายอย่างละเอียดรอบคอบ (Intensive TB case management) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ทุกประเด็นที่อาจจะเกิดขึ้น และได้เลือกวิธีที่ดีที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยา (Directly-Observed Treatment: DOT) ผู้ที่ทำหน้าที่ DOT ได้อย่างมีคุณภาพคือ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ¹ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายอย่างที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไม่สามารถทำ DOT ได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นทางทีมงานจำเป็นต้องมีการคัดเลือกพี่เลี้ยงอย่างรอบคอบ และมีข้อสรุปร่วมกันว่า ผู้ที่จะทำหน้าที่นี้ได้ดีที่สุดในที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงได้จัดอบรมพัฒนา

ให้เป็นอาสาสมัครวัณโรคที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะมากขึ้น เพื่อให้มีความรู้ในการเป็นพี่เลี้ยงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ต้องใช้ระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ในการดูแลรักษา อาสาสมัครวัณโรค ที่ต้องทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อหน้าทุกวัน จึงเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความอดทน และเป็นผู้ที่มีความเสียสละเป็นอย่างมาก จึงจะทำหน้าที่นี้ได้ดี ดังนั้นเพื่อให้เกิดขวัญ และกำลังใจในการดำเนินงานของอาสาสมัครวัณโรค ทางทีมงานจึงได้ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดฝึกอบรม และเป็นค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2549 ที่เทศบาลตำบลสันมหาพน ซึ่งเป็นเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลแม่แตง เพื่อเป็นการนำร่อง และในปี 2550 ได้ขยายพื้นที่ไปทุกตำบลของอำเภอแม่แตง เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานวัณโรคทั้งอำเภอ การศึกษาคั้งนี้จึงเป็นการศึกษาที่เลือกเจาะจงไปที่เทศบาลตำบลสันมหาพน เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องก่อนในการศึกษาเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษา ไปใช้ปรับปรุง และแก้ไขปัญหาค้างคาต่อไปวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยา โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ และศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยาของผู้ป่วยและอาสาสมัครวัณโรค สำหรับขอบเขตของการศึกษา 1. ประเมินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยา ในด้านดังต่อไปนี้ ด้านผลผลิต ได้แก่ อัตราการรักษาหายและครบ (Cure rate) อัตราการเปลี่ยนของเสมหะ (Conversion rate) อัตราการรักษาล้มเหลว (Failure rate) อัตราการขาดยา (Default rate) ด้านผลกระทบ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค ที่มีต่ออาสาสมัครวัณโรค

คณะทำงานวันโรคอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครวันโรค ที่มีต่อ คณะทำงานวันโรคของอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทการเป็น DOT 2. ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวันโรค แบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยและอาสาสมัคร วันโรคในทุกด้าน

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงไปที่องค์กร

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อาสาสมัครวันโรค (n= 26) และผู้ป่วยวันโรค (n= 26) แยกตามเพศ อายุ

ผู้ตอบ แบบสอบถาม	เพศชาย		เพศหญิง		อายุ (ปี) ร้อยละ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	< 20	20-40	41-60	> 60
อาสาสมัครวันโรค	1	4	25	96	0	74	26	0
ผู้ป่วยวันโรค	13	50	13	50	0	27	65	8

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นอาสาสมัครวันโรค เพศชาย ร้อยละ 4 เพศหญิง ร้อยละ 96 ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 20-40 ปี และผู้ป่วยวันโรค เพศชาย ร้อยละ 50 เพศหญิง ร้อยละ 50 ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 41-60 ปี

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ตอนที่ 2 เป็นคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย และอาสาสมัครวันโรค

ระดับคำตอบมี 5 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
- คะแนน 2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่งคือ เขตเทศบาลตำบลสันมหาพน และเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยวันโรคในช่วงที่ทำการศึกษามาก และเป็นพื้นที่ที่น่าร่องเรื่องการมีส่วนร่วม คือ

1. ผู้ป่วยวันโรคในเขตเทศบาลตำบลสันมหาพน เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา จำนวน 15 และ 11 ราย ตามลำดับ รวม 26 ราย ที่ได้รับการดูแลแบบ DOT และรับประทานยาครบตามระยะเวลา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2549 – 31 กรกฎาคม 2550

2. อาสาสมัครวันโรคที่ทำหน้าที่ DOT จำนวน 26 ราย

- คะแนน 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- คะแนน 4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- คะแนน 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด (Open-Ended) เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยและอาสาสมัครวันโรค

การรวบรวมข้อมูล

1. เชิญคณะกรรมการดำเนินงานวันโรคของอำเภอแม่แตง อาสาสมัครวันโรค และผู้ป่วยวันโรค เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการศึกษา

2. แจกแบบสอบถามให้กับทุกคนที่เข้าร่วมประชุมกรณีของผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ได้จัดผู้ช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยทำการศึกษา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 ชั่วโมง

4. ผู้ช่วยทำการศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล
5. ผู้ช่วยทำการศึกษา รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ให้กับผู้ทำการศึกษา
6. ผู้ทำการศึกษา นำข้อมูลที่ได้ลงข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ ในแต่ละประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ทำศึกษานำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หากค่าร้อยละ
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยและอาสาสมัครวันโรค เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. แบบสอบถามแบบปลายเปิด (Open-Ended) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยและอาสาสมัครวันโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การแปลผล แยกตามด้านดังนี้

1. ด้านผลผลิต อัตราการรักษาหาย และครบ (Cure & Complete rate) อัตราการเปลี่ยนของเสมหะ (Conversion rate) อย่างน้อยร้อยละ 85 อัตราการรักษาล้มเหลว (Failure rate) น้อยกว่าร้อยละ 3 และอัตราการขาดยา (Default rate) น้อยกว่าร้อยละ 10 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ (ตามตัวชี้วัดในแผนงานควบคุมวันโรค)
2. ด้านผลกระทบ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยวันโรค และอาสาสมัครวันโรค
 - ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
 - ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
 - ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

- ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

เกณฑ์การประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ขึ้นไป หรือค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 ถือว่าผ่านเกณฑ์ประเมิน เกณฑ์ประเมินตั้งจากมติคณะกรรมการดำเนินงานวันโรคอำเภอแม่แตง

ผลการศึกษา

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็น 2 ข้อ ดังนี้

1. ศึกษาการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านดังต่อไปนี้

1.1 ด้านผลผลิต พบว่า การดำเนินงานควบคุมวันโรค ได้แก่ อัตราการรักษาหาย ร้อยละ 100 อัตราการเปลี่ยนของเสมหะ ร้อยละ 100 ไม่พบอัตราการรักษาล้มเหลว และขาดยา

1.2 ด้านผลกระทบ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยวันโรค ที่ได้รับการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่มีต่ออาสาสมัครวันโรค โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.98 อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายด้าน พบว่าด้านการให้ความรู้เรื่องวันโรคเรื่องอาการข้างเคียงของยา มากที่สุด รองลงมาคือ ระยะเวลาที่ต้องตรวจเสมหะ และระยะเวลาของการรักษา ตามลำดับ ส่วนด้านคุณสมบัติของอาสาสมัครวันโรค พบว่ามีความพึงพอใจเรื่อง มีมนุษยสัมพันธ์ดีมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มีความเอื้ออาทร และ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตามลำดับ ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตารางที่ 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยวันโรค ที่ได้รับการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่มีต่ออาสาสมัครวันโรค (n=26)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล(ระดับ)	ผลการประเมิน
ความรู้เรื่องวันโรค				
1. สาเหตุการเกิดโรค	3.76	0.42	มาก	ผ่าน
2. อาการ	4.00	0.00	มาก	ผ่าน
3. การแพร่กระจายเชื้อ	4.07	0.48	มาก	ผ่าน
4. การป้องกันตนเอง	3.69	0.47	มาก	ผ่าน
5. การแพทย์	3.84	0.54	มาก	ผ่าน
6. ระยะเวลาของการรักษา	4.20	0.66	มาก	ผ่าน
7. อาการข้างเคียงของยา	4.46	0.64	มาก	ผ่าน
8. ระยะเวลาที่ต้องตรวจเสมหะ	4.20	0.58	มาก	ผ่าน
9. จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน	3.88	0.51	มาก	ผ่าน
คุณสมบัติของอาสาสมัครวันโรค				
10. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	3.88	0.58	มาก	ผ่าน
11. มีมนุษยสัมพันธ์ดี	4.00	0.69	มาก	ผ่าน
12. ทำที่สุภาพ	3.76	0.65	มาก	ผ่าน
13. มีความเอื้ออาทร	3.88	0.65	มาก	ผ่าน
รวม	3.98	0.02	มาก	ผ่าน

ความพึงพอใจของผู้ป่วยวันโรค ที่ได้รับการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่มีต่อคณะทำงานวันโรค อำเภอแม่แตง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.96 อยู่ในระดับมากผ่านเกณฑ์ประเมิน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยวันโรค ที่ได้รับการดูแล แบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่มีต่อคณะทำงานวันโรคอำเภอแม่แตง (n=26)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล(ระดับ)	ผลการประเมิน
1. การติดตามเยี่ยมที่บ้าน	4.11	0.43	มาก	ผ่าน
2. การให้ความรู้เรื่องวันโรค	4.00	0.48	มาก	ผ่าน
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน	3.96	0.72	มาก	ผ่าน
4. การให้คำแนะนำทั่วไป	3.88	0.51	มาก	ผ่าน
5. การสร้างสัมพันธภาพ	3.88	0.65	มาก	ผ่าน
รวม	3.96	0.33	มาก	ผ่าน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีความพึงพอใจในเรื่องการติดตามเยี่ยมที่บ้าน มากที่สุด รองลงมาคือ เรื่องการให้ความรู้เรื่องวันโรค และการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ตามลำดับ ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตารางที่ 3

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรค ที่ได้รับการดูแล แบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.20 อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรค ที่ได้รับการดูแล แบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n=26)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล(ระดับ)	ผลการประเมิน
1. การมีส่วนร่วมของชุมชน	4.03	0.72	มาก	ผ่าน
2. มีบริการรถรับ-ส่ง	4.19	0.63	มาก	ผ่าน
3. ได้รับของเยี่ยม	4.03	0.44	มาก	ผ่าน
4. การติดตามเยี่ยมบ้าน	4.42	0.50	มาก	ผ่าน
5. ไม่รังเกียจ	4.30	0.47	มาก	ผ่าน
รวม	4.20	0.22	มาก	ผ่าน

ความพึงพอใจของอาสาสมัครโรค ที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.05 อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่าเรื่อง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของอาสาสมัครโรค ที่มีต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n=26)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล(ระดับ)	ผลการประเมิน
1. ได้รับความไว้วางใจ	4.11	0.81	มาก	ผ่าน
2. ช่วยแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วย	3.92	0.39	มาก	ผ่าน
3. เป็นคณะทำงานร่วม	3.96	0.72	มาก	ผ่าน
4. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรค	4.11	0.65	มาก	ผ่าน
5. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ	4.15	0.73	มาก	ผ่าน
รวม	4.05	0.31	มาก	ผ่าน

ความพึงพอใจของอาสาสมัครโรค ที่มีต่อคณะทำงานโรคอำเภอแม่แตง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.15 อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่าเรื่อง การติดตามเยี่ยมบ้าน มากที่สุด รองลงมาคือ ไม่รังเกียจ และมีบริการรถรับ-ส่ง ตามลำดับ ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตารางที่ 4

การได้รับการสนับสนุนงบประมาณ มากที่สุด รองลงมาคือ ได้รับความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรค ตามลำดับ ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตารางที่ 5

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่าเรื่อง ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด มากที่สุด รองลงมาคือ มีมนุษยสัมพันธ์ และไว้วางใจ ตามลำดับ ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของอาสาสมัครวันโรค ที่มีต่อคณะทำงานวันโรคอำเภอแม่แตง (n=26)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล(ระดับ)	ผลการประเมิน
1. ช่วยแก้ไขปัญหา	4.03	0.59	มาก	ผ่าน
2. ให้ความรู้	4.03	0.59	มาก	ผ่าน
3. ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด	4.34	0.50	มาก	ผ่าน
4. มีมนุษยสัมพันธ์	4.19	0.63	มาก	ผ่าน
5. ใจกว้างใจ	4.15	0.73	มาก	ผ่าน
รวม	4.15	0.35	มาก	ผ่าน

ความพึงพอใจของอาสาสมัครวันโรค ที่มีต่อบทบาทการเป็น DOT โดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.13 อยู่ในระดับมากผ่านเกณฑ์ประเมิน

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่าเรื่องมี

ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย และมีความรับผิดชอบมากขึ้น มากที่สุด รองลงมาคือ เข้าใจผู้ป่วยวันโรคมากขึ้น และได้รับการยอมรับจากชุมชน ตามลำดับ ผลการประเมินอยู่

ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของอาสาสมัครวันโรค ที่มีต่อบทบาทการเป็น DOT (n=26)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล(ระดับ)	ผลการประเมิน
1. ได้รับความรู้เรื่องวันโรคเพิ่มขึ้น	4.11	0.58	มาก	ผ่าน
2. ได้รับความไว้วางใจจากทีม	3.76	0.58	มาก	ผ่าน
3. ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย	4.23	0.51	มาก	ผ่าน
4. มีความภาคภูมิใจในหน้าที่	4.07	0.48	มาก	ผ่าน
5. มีความรับผิดชอบมากขึ้น	4.30	0.61	มาก	ผ่าน
6. เข้าใจผู้ป่วยวันโรคมากขึ้น	4.23	0.58	มาก	ผ่าน
7. ได้รับการยอมรับจากชุมชน	4.19	0.56	มาก	ผ่าน
8. ได้รับการยอมรับจากเพื่อน อสม.	4.00	0.56	มาก	ผ่าน
9. มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย	4.30	0.61	มาก	ผ่าน
10. มีความอดทนเพิ่มขึ้น	4.07	0.62	มาก	ผ่าน
รวม	4.13	0.16	มาก	ผ่าน

2. ศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบมีพี่เลี้ยง
กำกับกับการกินยาของผู้ป่วยและอาสาสมัครวันโรค

ด้านผู้ป่วยวันโรค ปัญหาที่พบคือ การรักษาต้อง
รับประทานยานานมาก รับประทานยากเพราะมีหลาย
เม็ด และกลัวการแพ้ยา

ด้านอาสาสมัครวันโรค ปัญหาที่พบคือ ข้อจำกัด
ด้านเวลา การสื่อสารกับชาวบ้าน ภาระงานมาก และความ
ต่อเนื่องของโครงการวันโรค

อภิปรายผล

จากผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบมีพี่
เลี้ยงกำกับกับการกินยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น อัตรารักษาหาย และครบ เป็นตัวชี้วัดที่
สำคัญที่สุดที่ใช้ประเมินแผนงานควบคุมวันโรค โดย
ปกติแล้วผลการรักษาไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 85 หากพื้นที่ใด
มีอัตราการรักษาต่ำกว่านี้ ควรจะต้องเร่งรีบหาสาเหตุอย่าง
เร่งด่วน ซึ่งผลการประเมินในครั้งนี้ ผู้ป่วยมีผลการรักษา

หายทุกราย อัตราการเปลี่ยนของเสมหะเป็นตัวชี้วัดรองลงมา ซึ่งเป็นตัวที่สามารถบ่งบอกสถานการณ์ได้เร็วกว่าปกติ ให้การดูแลได้ทันลดอัตราการแพร่เชื้อได้ ผลผลิตที่ได้ไม่ต่ำกว่าเป้าหมาย ส่วนในเรื่องของอัตราการล้มเหลว และอัตราการขาดยา ผลผลิตที่ได้ไม่พบปัญหา ดังนั้นหากเราต้องการควบคุมวัณโรคให้ได้ผล ในสถานการณ์ที่วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขปัจจุบัน จากหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องอยู่แล้ว ได้แก่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ การไม่มียาใหม่ๆ ในการรักษา ผลการรักษาโดยรวมยังไม่ดีเท่าที่ควร การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายๆ รายให้ดีที่สุด จึงยังคงเป็นหนทางเดียวที่จะทำให้การควบคุมวัณโรคได้ผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ พันธัชชัย 2549¹ ที่ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคต้องมีการวางแผน และดำเนินการแบบละเอียดรอบคอบที่สุด (Intensive TB case management) โดยทีมงานต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ร่วมกันเพียงเป้าหมายเดียวคือ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายให้หาย (Cure) อย่างแท้จริงให้ได้โดยการทำ DOT ที่มีคุณภาพ โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นหลัก ไม่ทำ DOT โดยญาติ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายอย่างที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ไม่สามารถทำ DOT ได้ทางทีมงานต้องทำการคัดเลือกพี่เลี้ยงที่มีความเหมาะสม และเชื่อถือได้จริงๆ ได้แก่อสม. และทีมงานต้องตระหนักอยู่เสมอว่าความรับผิดชอบต่อการรักษาผู้ป่วยให้หายยังเป็นของทีมงานในระบบสุขภาพตามเดิม จึงยังคงต้องคอยเป็นพี่เลี้ยง และติดตามดูแล อสม. อย่างใกล้ชิด

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคที่มีต่อ อาสาสมัครวัณโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะทำงานวัณโรคอำเภอแม่แตง และความพึงพอใจของอาสาสมัครวัณโรคที่มีต่อบทบาทที่ได้รับคณะทำงานวัณโรคอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ในทุกเรื่องทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อกัน ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย และคณะทำงานมีความสุขกับกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลซึ่งกันและกัน

โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในสมัยก่อน เป็นเรื่องที่ต้องดูแลกันเองในครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่น่ารังเกียจ การรับประทานยาที่ใช้ระยะเวลานาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และท้อ ผลการรักษาจึงออกมาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ซึ่งแตกต่างกันอย่างมากกับในปัจจุบัน จุดเด่นของอำเภอแม่แตงคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยความร่วมมือตั้งแต่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครวัณโรค องค์กรส่วนท้องถิ่น และคณะทำงานวัณโรคของอำเภอแม่แตง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทักษะคิดต่อการเป็นพี่เลี้ยงและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาวัณโรค ในเขตจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาวัณโรคจำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2544 ผลการศึกษาพบว่า พี่เลี้ยงกำกับการกินยาวัณโรคส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 94.29 มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการปฏิบัติเมื่อเป็นพี่เลี้ยงร้อยละ 8.57 (เป้าหมายร้อยละ 100) เมื่อวัดเป็นระดับคะแนน พบว่า มีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 44.29 ทักษะคิดต่อการเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาวัณโรคอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 42.86 และการปฏิบัติเมื่อเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาวัณโรค อยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 21.43 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายมาก และเมื่อจัดเป็นระดับคะแนนมีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 42.86 จะเห็นว่า การทำ DOT โดยญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว ไม่ได้ผลเท่าที่ควร สอดคล้องกับแนวคิดของพันธัชชัย 2549¹ ที่ว่า การไม่ทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยคือ จุดเปลี่ยนสู่ความสำเร็จในการควบคุมวัณโรค

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ ให้ได้ทุกรายนั้นเป็นเรื่องที่ยากและท้าทายมาก เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยควรจะต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ถึงแม้ว่าจะมีมาตรฐานใน

การดูแลเขียนไว้ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติก็ตาม ดังจะเห็นว่าผู้ป่วยวันโรคไม่ได้จะรักษาเฉพาะโรควันโรคเท่านั้นผู้ป่วยอาจจะมีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ อีก โดยเฉพาะการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ทำให้ยากต่อการรักษา และเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ ทีมงานที่ดูแลจะต้องมีความรู้ ทักษะ และมีการเตรียมความพร้อมตลอดเวลา จุดเด่นของการดำเนินงานวันโรคของอำเภอแม่แตงคือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกประเด็นให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล การส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย การฝึกอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้ และแต่งตั้งให้เป็นอาสาสมัครวันโรคเพื่อให้เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วย รวมไปถึงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการการสร้างแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจให้กับอาสาสมัครวันโรค และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้ประสานงานในระดับอำเภอเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในการที่จะดูแล และประสานเชิงระบบเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นผู้ที่จะต้องทราบปัญหาในเชิงลึก และกว้าง พร้อมทั้งจะนำปัญหาที่ได้นำเสนอต่อผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนได้ในทุกระบบ แต่เนื่องจากว่าข้อจำกัดของผู้ประสานงานมีมากเพราะต้องรับภาระงานอื่นอีกหลายภารกิจ ถ้าขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องได้ จุดด้อยอีกประการหนึ่งคือ การที่ให้พี่เลี้ยงที่ฝึกอบรมให้เป็นอาสาสมัครวันโรคในแต่ละหมู่บ้าน ถ้าไม่มีการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ลืมนได้ เพราะอาจจะยังไม่มีผู้ป่วยให้ดูแล ดังนั้นการอบรมฟื้นฟูควรจะทำต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะการเลือกพี่เลี้ยงที่จะดูแลผู้ป่วย อำเภอแม่แตง มีพี่เลี้ยงที่มาจาก ผู้นำชุมชน หัวหน้าคนงาน อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ นายจ้าง และเพื่อนบ้าน ที่สามารถจะมีอิทธิพลต่อการกินยาของผู้ป่วยไม่จำเป็นที่จะต้องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นความสำเร็จในเบื้องต้นของทีมงานวันโรคอำเภอแม่แตงที่จะต้องมีการพัฒนาระบบต่าง ๆ ให้มีความยั่งยืนต่อไปบนปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความมุ่งมั่นของทีมงาน และยังมีจุดที่ต้องปรับปรุงอีกมาก โดยเฉพาะงานวิจัย ในทุกแง่มุมเพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานอย่างยั่งยืนตลอดไป

สรุป

จากผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าผลผลิตจากการดำเนินงานควบคุมวันโรค ได้แก่ อัตราการรักษาหาย อัตราการเปลี่ยนของเสมหะ อัตราการรักษาล้มเหลว และอัตราการขาดยา ไม่เกินเป้าหมาย และเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ตามตัวชี้วัดของแผนงานควบคุมวันโรค และเมื่อประเมินความพึงพอใจ ของผู้ป่วยที่มีต่ออาสาสมัครวันโรค คณะทำงานวันโรคอำเภอแม่แตง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็อยู่ในระดับที่ดี ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ส่วนความพึงพอใจของอาสาสมัครวันโรคที่มีต่อคณะทำงานวันโรคอำเภอแม่แตง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็อยู่ในระดับที่ดี ผลการประเมินผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่ได้จากการศึกษาที่พบมากที่สุดคือ เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคที่มีระยะเวลาที่ยาวนาน ยามีหลายชนิด และกลัวการแพ้ยา ส่วนปัญหาของอาสาสมัคร ที่พบคือ บางครั้งไม่มีเวลาที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมาก การสื่อสารกับชาวบ้าน ภาระงานมาก และความต่อเนื่องของโครงการวันโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกเทศมนตรี และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง อาสาสมัครวันโรค บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และบุคลากร โรงพยาบาลแม่แตง

ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และให้ข้อมูลที่สำคัญผู้ป่วยวัณโรคในทุกตำบลที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และเปิดเผยตัวเองเพื่อเป็นกรณีศึกษา เป็นวิทยาทานกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และผู้ที่มาศึกษาดูงานทุกท่านด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง Intensive TB case management. ห้องประชุมโรงแรมกรีนเลค เชียงใหม่ 16 มีนาคม 2549.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2541.
3. กลุ่มงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. การใช้ยุทธ

ศาสตร์ DOTS ให้กว้างขวาง. พิมพ์ครั้งที่ 2, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2542.

4. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางระดับชาติ : ยุทธศาสตร์การผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์เพื่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2546.

5. กลุ่มวัณโรค สำนักโรคติดต่อ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2548.

6. บัญญัติ ปริญญานนท์, ชัยเวชนุชประยูร และสงครามทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ). หนังสือปราบวัณโรค ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง) สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยฯ โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.