



วารสารสาธารณสุขล้านนา Lanna Public Health Journal

ISSN 1686-7076

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2550 Volume 3 No.1 January - April 2007

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า Page	Original Articles
การดำเนินงานคลินิกวัณโรค และการศึกษาผู้ป่วย วัณโรคนอกปอดที่โรงพยาบาลสันทรายปี 2549 ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์	1	Tuberculosis clinic and Extrapulmonary Tuberculosis case in Sansai 2006 <i>Yuttasart Junthip</i>
การศึกษาปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศในอำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ งามพิศ จันทร์ทิพย์	10	Problems of Sexual Abuse in Sansai District , Chiangmai Province <i>Ngampis Junthip</i>
ศพคดีที่ได้รับการชันสูตรโดยแพทย์โรงพยาบาล ลำพูน: ทบทวนย้อนหลัง 3 ปี บุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์	16	Three years review of medico-legal fatalities in Lamphun Hospital <i>Boonsak Hanterdsith</i>
การศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลหางดงเปรียบเทียบกับของ ระดับจังหวัดเชียงใหม่ปีงบประมาณ 2548 – 2549 สุกิจ สุขประเสริฐ	25	Study of HIV adult patients Treated by ARV at Hang Dong Hospital compared to with Chiang Mai Province in Fiscal Year 2004-2006 <i>Sukit Sukprasirt</i>
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลำพูน ภราดร มั่นยานนท์	32	Cerebrovascular disease in Lamphoon Hospital <i>Pradorn Manyanon</i>
การศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนปีงบประมาณ 2547 – 2549 สมจิตต์ วิชา	41	The results of Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever (DF/DHF) Prevention and Control in Maung District, Mae Hong Son Province, 2004-2006 <i>Somjitt Wicha</i>
การประเมินผลโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ จังหวัดแพร่ ปี 2549 อัจฉรวรรณ พุดพ่องพรรณ และสุวิชา จันทร์สุริยกุล	53	Evaluation of non-communicable disease Prevention & control Project, Phrae Province 2005 <i>Atcharawan Pudpongpun and Suwicha Jansuriyagool</i>

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า Page	Original Articles
เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซากและพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย ปี 2548 วรรณ วิจิตร และคณะ	60	The Comparative Study of Community Participation in Prevention and Control of Dengue between the Repetitive Area and Non Occurring Area Sukhothai Province 2005 <i>Wanna Wijit et al.</i>
การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ 3 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ปี พ.ศ.2546-2548 ธัญญ์นรี ปิยกุล	74	Measurement of HIVQUAL-T Program for the quality improvement of care for PLWHA In 3 Provinces of Northern Thailand, 2003-2005 <i>Thanaree Piyakul</i>
สถานการณ์การบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรช่วงเทศกาลปีใหม่ ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ปี 2550 นวลระหงษ์ณ เชียงใหม่ และพนารัช พวงมะลิ	84	Situation of Severe Injured and Deceased caused by Road Traffic Accident occurring in New Year Festival: Public Health Zone 1, 2007 <i>Nuanrahong Na Chiangmai and Panarach Puangmali</i>
การสำรวจความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขในการรับการถ่ายโอนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 มัทนา แอร์แบร์	94	The Capacity of Public Health Center in Sexual Transmitted Disease Control Service, Health Region 1 <i>Mattana Herber</i>
การศึกษาภาวะการติดเชื้อราในช่องคลอดของสตรีที่มาใช้บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 เชียงใหม่ เกรียงศักดิ์ จิตวรวัชรนันท์	102	A study of Antifungal Drug Resistance in vaginas of women who came for Sexually Transmitted Infections Screening services at STIs 10 Center, Chiang Mai <i>Kriangsak Jitvatcharanon</i>
การครอบกระปุกรักษาโรค พัชรา เรืองวงศ์โรจน์	117	Cupping Therapeutic Method <i>Patchara Ruengwongroj</i>
จะป้องกันบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากวัณโรคได้อย่างไร เหวินเจา ชุตินา	125	How to protect health Care Worker from Tuberculosis ? <i>Wernchao Chutima</i>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

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

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าหรือวิจัยการเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (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 กระชับ ให้อ่านเข้าใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็มมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

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

ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความ บทความต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ (Key words) ให้อย่างน้อยไม่เกิน 5 คำ หรือ กลุ่มคำ หรือ วลี สำหรับวารสารนี้กำหนดชนิดบทความแบบไม่มีโครงสร้างกำกับ คือ เขียนเป็นร้อยแก้ว โดยไม่ต้องแบ่งเป็นหัวข้อ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

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

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

อภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะประเด็นสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของ การศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคตและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงาน ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยสรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือระดับปัญหาสำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัดกระชับกระฉอก เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้วิจัย และขอบคุณหน่วยงานหรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

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

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใส่เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถาต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใส่หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิง อ้างอิงผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อนามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ 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 รามสูต. วิกฤติการณ์โรคเอดส์ในสังคมไทย. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 2533 ;3: 69-81
การอ้างหนังสือหรือตำรา : ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อนหน่วยงาน). 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 ลีลารัศมี, สุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลารัศมี, สุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ที พี 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 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ถึง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ 447 ถนนเชียงใหม่-ลำพูน ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000 หรือส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: nongyai48@yahoo.com

4.4 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ผู้พิมพ์จะต้องส่ง CD ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ให้กองบรรณาธิการ

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนเรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสาร ให้ผู้เขียน เรื่องละ 10 เล่ม (ผู้เขียน คนแรก)

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

การดำเนินงานคลินิกวัณโรค และการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่โรงพยาบาลสันทรายปี 2549

(Tuberculosis clinic and Extrapulmonary Tuberculosis case in Sansai 2006)

ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์ พ.บ.
โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Yuttasart Junthip, M.D.
Sansai Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อเผยแพร่ และประเมินผลการดำเนินงานของคลินิกวัณโรคในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 มกราคม 2550 รวมทั้งนำเสนอกรณีผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่น่าสนใจจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดรวม 81 ราย มีผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรวม 6 ราย และเป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอดร่วมกัน 3 ราย

ผลการศึกษาพบว่า มีอัตราการป่วยรายใหม่เท่ากับ 40 ต่อ 100,000 ประชากร ผลการตรวจเสมหะพบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในปอดมีอัตราการตรวจพบเชื้อสูงถึง 76.54 % ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาโดยใช้ระบบยาระยะสั้น (Short Course Chemotherapy) ตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และผลการดำเนินการอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ดี ในส่วนการรายงานผู้ป่วยวัณโรคข้อสะโพกเป็นการรายงานถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่มั่วด้วยอาการปวดข้อสะโพกขวา มา 5-6 เดือน โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่สามารถทำได้โดยง่ายจากการเอกซเรย์ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาส และเกิดความพิการ

คำสำคัญ: วัณโรคนอกปอด วัณโรคข้อสะโพก คลินิกวัณโรค

Abstract

This retrospective study represents data of the TB clinic in Sansai Hospital in October 1, 2005 to January 30, 2007. There was a total of 81 TB patients, 6 with Extra pulmonary TB and 3 patients with both intra and extra pulmonary TB. And 1 case was reported of TB in the right Hip joint for 5-6 months that led to life long deformity due to delayed diagnosis and treatment, which could have been diagnosed by plain film. In the TB clinic, there was 40:100,000 new cases with 76.54 % M+. All patients in clinic received Short Course Chemotherapy by NTP (National Tuberculosis Program of Thailand) under WHO recommendations.

Keywords: Extrapulmonary TB, TB Hip joint, TB clinic

บทนำ

วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อที่เกิดกับประชากรของโลก ประมาณปีละ 3 ล้านคน โดยร้อยละ 98 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย¹ WHO (The World Health Organization) ประมาณว่าประชากรโลก 1 ใน 3 ติดเชื้อวัณโรค² ยิ่งกว่านี้ในปี พ.ศ.2535 ยังมีรายงานการระบาดของวัณโรคที่เชื้อคือต่อ

ขาหลายขนานในสหรัฐอเมริกา จนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศ เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2536 ว่าวัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินระดับโลกแล้ว¹⁰

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้ดำเนินการแผนงานวัณโรคตามแนวขององค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ปี 2510 ถึง 2511 เป็นผลให้ลดอัตราป่วยวัณโรคลงได้อย่างช้าๆ ประมาณครึ่งหนึ่งเมื่อถึงปี 2534 แต่ถึงแม้ว่าจะนำระบบยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในปัจจุบันมาใช้ วัณโรคยังคงติดอยู่ในสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากร การตรวจหาผู้ป่วยและการรักษา ด้วยระบบระยะสั้นยังคงครอบคลุมได้เพียง ร้อยละ 50 – 60 ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีจำนวนประมาณ 75,000 – 100,000 รายต่อปี และยังมีปัญหาที่อัตราการได้รับการรักษาครบถ้วน และการรักษาหายเพียงร้อยละ 50 – 70¹¹ เป็นที่คาดคะเนว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทย จะถึงจุดสูงสุดประมาณ 120,000 รายในปี พ.ศ. 2544 และจะเริ่มลดลงอย่างช้าๆอันเกิดจากการที่ HIV/AIDS เริ่มระบาดน้อยลง³

แต่วัณโรคนอกปอดกลับไม่ลดจำนวนลงเหมือนวัณโรคปอดเลย อันเนื่องมาจาก การตรวจวินิจฉัยทำได้ยาก การยืนยันการวินิจฉัยต้องใช้หัตถการที่สร้างความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย(invasive procedure) ยาที่ใช้รักษาก็ไม่มีสูตรที่แน่นอนเหมือนกับวัณโรคปอดทั่วไป นอกจากนี้วัณโรคนอกปอดหลายชนิดก็ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วก่อนที่จะทำการรักษาได้ทัน เช่น วัณโรคของเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้อัตราส่วนของวัณโรคนอกปอด ต่อวัณโรคปอดมี

แนวโน้มที่จะสูงขึ้น และเกิดปัญหาเช่นเดียวกันกับวัณโรคคือยาในอนาคต วัณโรคนอกปอดที่พบได้บ่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาคือ วัณโรคต่อมน้ำเหลือง วัณโรคเยื่อหุ้มปอด วัณโรคของทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ วัณโรคกระดูกและข้อ วัณโรคในช่องท้อง วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น^{4,5}

ตารางที่ 1⁴. Tuberculosis by Form and Site of Disease, United States 1983

Form and Site	Number (%)
Total	23,846 (100 %)
Pulmonary	19,996 (83.9%)
Extra pulmonary	3850 (16.1%)
Lymphatic	1150 (29.9%)
Pleural	830 (21.6%)
Genitourinary	526 (13.7%)
Bone and joint	375 (9.7%)
Miliary	328 (8.5%)
Menigeal	172 (4.5%)
Peritonral	142 (3.7%)
Other	327 (8.5%)

ในประเทศไทยตามรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2004 พบว่ามีวัณโรคนอกปอดรวม 7,093 ราย คิดเป็น 7.93%¹³ โดยวัณโรคนอกปอดที่พบบ่อยที่สุดคือ วัณโรคต่อมน้ำเหลือง รองลงมาคือวัณโรคกระดูกและข้อ โดยตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ กระดูกสันหลัง รองลงมาคือ ข้อสะโพก, ข้อเข่า, ข้อเท้า, ข้อ sacroiliac, ข้อมือ, ข้อศอกข้อไหล่ และกระดูกซี่โครงตามลำดับ ในสมัยหนึ่งวัณโรคกระดูกและข้อพบบ่อยในเด็ก แต่ในปัจจุบันพบในเกณฑ์อายุที่สูงขึ้น⁶

วัณโรคกระดูกและข้อยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันของประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นข้อเดียว ทางเข้า

ของโรคส่วนใหญ่เข้าสู่โดยตรงโดยเข้ามาทางกระแสโลหิต (Early post primary haematogenous dissemination) รอยโรคเหล่านี้มักจะอยู่ในบริเวณที่มีความอึดตัวของ oxygen สูงซึ่งเหมาะกับการเจริญของโรค จึงมักพบบริเวณปลาย Metaphysis ในเด็ก และปลาย Mphysis หรือ Diaphysis ในผู้ใหญ่ มีน้อยรายที่เข้าจากต่อมน้ำเหลืองใกล้ๆ บริเวณที่เป็นโรค⁷

คำนิยาม⁸

1. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis: PTB) คือ การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคใน เนื้อปอด ถ้าพบความผิดปกติที่ต่อมน้ำเหลืองข้างปอด (mediastinal and/or hilar) หรือน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) โดยไม่พบแผลในเนื้อปอดจะจัดอยู่ในประเภทของวัณโรคนอกปอด แต่ถ้าพบวัณโรคที่เนื้อปอดร่วมกับที่อื่น ๆ จะจำแนกเป็นวัณโรคปอด

2. วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis: EPTB) คือ การที่มีพยาธิสภาพวัณโรคที่อวัยวะอื่น ๆ ที่มีใช้เนื้อปอด เช่น ที่เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง การวินิจฉัยขึ้นกับการตรวจเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้น ๆ ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก ซึ่งแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยระบบยารักษาวัณโรค

3. เสมหะบวก (M+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง

ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวก 1 ครั้ง และภาพรังสีทรวงอก พบพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคระยะ

ลุกลามผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวก 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง

4. เสมหะลบ (M-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดระยะลุกลาม ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาวัณโรค ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ผลเพาะเชื้อเป็นบวก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา และรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ 1 ราย โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 มกราคม 2550 (ปีงบประมาณ 2549) จากผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสันทราย จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดรวม 81 ราย มีผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรวม 6 ราย และเป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอดร่วมกัน 3 ราย

ผลการศึกษา

พบว่า มีผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 มกราคม 2550 (ปีงบประมาณ 2549) ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสันทราย มีอัตราการป่วยรายใหม่เท่ากับ 40 ต่อ 100,000 ประชากร พบว่ามีลักษณะของผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสันทราย

ลักษณะทางคลินิก	เฉพาะวันโรคในปอด (%)	เฉพาะวันโรคนอกปอด (%)	วันโรคในปอดและนอกปอด (%)
เพศ			
ชาย	61(75.30%)	4(4.94%)	2(2.47%)
หญิง	11(13.58%)	2(2.47%)	1(1.23%)
อายุ			
11-20	4(4.94%)	0(0.00%)	0(0.00%)
21-30	9(11.11%)	3(3.70%)	1(1.23%)
31-40	12(14.81%)	0(0.00%)	1(1.23%)
41-50	16(19.75%)	2(2.47%)	1(1.23%)
51-60	12(14.81%)	0(0.00%)	0(0.00%)
61-70	5(6.17%)	0(0.00%)	0(0.00%)
71-80	11(13.58%)	1(1.23%)	0(0.00%)
81-90	3(3.70%)	0(0.00%)	0(0.00%)
ผลการตรวจเสมหะ			
พบเชื้อ(M+)	62(76.54%)	0(0.00%)	1(1.23%)
ไม่พบเชื้อ(M-)	10(12.34%)	6(7.40%)	2(2.47%)
ผลการตรวจเลือด			
HIV +	7(8.64%)	2(2.47%)	2(2.47%)
HIV -	18(22.22%)	2(2.47%)	1(1.23%)
ไม่ยินยอมตรวจ	47(58.02%)	2(2.47%)	0(0.00%)
สูตรยาที่รักษา*			
CAT 1	62(76.54%)	4(4.94%)	2(2.47%)
CAT 2	8(9.88%)	0(0.00%)	1(1.23%)
2 HRE/7 HR	1(1.23%)	2(2.47%)	0(0.00%)
2 HES/16 HE	1(1.23%)	0(0.00%)	0(0.00%)
ผลการรักษา**			
Cure	23(28.39%)	0(0.00%)	0(0.00%)
Complete	7(8.64%)	3(3.70%)	1(1.23%)
Failure	0(0.00%)	0(0.00%)	0(0.00%)
Default	0(0.00%)	0(0.00%)	0(0.00%)
Dead	10(12.34%)	1(1.23%)	0(0.00%)
Transfer	3(3.70%)	1(1.23%)	0(0.00%)
ยังไม่สิ้นสุดการรักษา	29(35.80%)	1(1.23%)	2(2.47%)

* การรักษาผู้ป่วยวัณโรค และตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกมีระบบยาที่
การรักษาผู้ป่วยโดยใช้ระบบยาระยะสั้น (Short Course ใช้รักษาอยู่ 4 ระบบ คือ
Chemotherapy) ตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

CAT.1 2HRZE(S)/4HR สำหรับผู้ป่วยวัณโรคใหม่เสมหะบวก หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก

CAT.2 2SHRZE/1HRZE/5HRE ใช้กับผู้ป่วย Relapse (กลับเป็นซ้ำ), Failure (ล้มเหลว) หรือ Return after default (ขาดยาแล้วกลับมารักษา) ที่มีผลเสมหะบวก

CAT.3 2HRZ/4HR สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะลบ หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด

CAT.4 H alone หรือ Second line drug สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจาก CAT.2 ร่วมด้วย

(H=Isoniazid, R=Rifampicin, Z=Pyrazinamide, S=Streptomycin, E=Ethambutol, ตัวเลขหน้าตัวย่อของชื่อยา หมายถึงจำนวนเดือนที่ต้องรับประทานยาติดต่อกัน)

**** การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค***

1. รักษาหายขาด (Cured) คือ ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะบวกตอนแรก ซึ่งเมื่อรักษาครบแล้วมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาคือเป็นลบด้วย อัตราการรักษาหายขาดไม่ควรต่ำกว่า 85%

2. รักษาครบ (Completed) คือ ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะบวกในตอนแรก และมีผลเสมหะเป็นลบเมื่อรักษาครบในช่วงเข้มข้น แต่ก็ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือผู้ป่วยที่มีผลเสมหะลบเมื่อเริ่มรักษาและรักษาครบ

3. ล้มเหลว (Failure) คือ ผู้ป่วยเสมหะบวกในตอนแรกที่มีผลเสมหะ ยังคงหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น หรือผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากรักษาได้ 2 เดือน อัตราล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อควรไม่เกิน 3%

4. สูญหาย (Default) ผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน

5. ตาย (Died) ผู้ป่วยที่ตายขณะยังรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุของการตาย แต่ควรพยายามระบุถึงเหตุตายด้วย)

6. โอนออก (Transfer out) ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษา

จากตารางจะเห็นว่ามีความแตกต่างในเรื่องของอัตราส่วนในเรื่องเพศโดยผู้ป่วยวัณโรคในปอดมีอัตราส่วนชายต่อหญิง 5.5 ต่อ 1 แต่กลุ่มอื่นๆอยู่ที่ 2 ต่อ 1, ผลการตรวจเสมหะพบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในปอดมีอัตราการตรวจพบเชื้อสูง(M+) ถึง 76.54 % แต่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด และเป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอดส่วนใหญ่จะยินยอมตรวจเลือดเชื้อ HIV, ผลการรักษาพบว่ากลุ่มวัณโรคปอดมีการรักษาหายขาด(Cure rate) ได้ร้อยละ 28 แต่ไม่พบเลยในกลุ่มที่เหลือ แต่ก็พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายหลังการรักษาในกลุ่มวัณโรคปอดมีอัตราที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างชัดเจน ส่วนในเรื่องของการกระจายของโรคตามกลุ่มอายุพบว่าทุกกรณีของการติดเชื้อสูงในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 21-50 ปี ซึ่งมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง และสูตรยาที่ใช้ในการรักษาแทบจะไม่มีมีความแตกต่างในทั้ง 3 กลุ่ม ก็เป็นไปตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

ตารางที่ 3 จำนวนการจำแนกอวัยวะของวัณโรคนอกปอดที่พบที่โรงพยาบาลสันทราย

อวัยวะของวัณโรคนอกปอด	จำนวน (เป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด)
ช่องท้อง	4(1)
ต่อมน้ำเหลือง	2(1)
เยื่อหุ้มปอด	2
ข้อสะโพก	1(1)

ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคนอก ปอดนี้พบว่า 8 รายได้รับการวินิจฉัยจากการทำหัตถการที่ Invasive กับผู้ป่วยได้แก่ Lymph node biopsy ในกลุ่มที่เป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง, Pleural tapping ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มปอด, Abdominal paracentesis ในกลุ่มที่เป็นวัณโรคช่องท้องเพื่อนำชิ้นเนื้อมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และได้รับการตรวจวินิจฉัยอื่นที่ต้องอาศัยผู้ชำนาญการเฉพาะเช่นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เนื่องจาก 8 รายนี้ผลการตรวจเสมหะเป็นลบ มีเพียง 1 ราย(ข้อสะโพก)ที่ไม่ต้องทำ Invasive procedure และผลเสมหะเป็นบวกโดยสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่หลังการเอกซเรย์ ซึ่งจะได้นำเสนอต่อเป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 49 ปีมาตรวจด้วยเรื่องมีอาการปวดสะโพกข้างขวาเดินไม่ได้เลยมา 4-5 วัน แต่ก่อนหน้านี้ปวดเป็นๆ หายๆ มา 5-6 เดือนโดยเฉพาะกลางคืนจะปวดจนนอนไม่ได้ ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุรุนแรง มีไข้เป็นบางวัน ผอมลง น้ำหนักลด 11 กิโลกรัม ใน 2 เดือน ไอมีเสมหะสีน้ำตาล ไปรักษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งบอกว่าเป็นโรคปอด ให้กินยามา 3 เดือน ส่วนที่ข้อสะโพกไม่ทราบว่าเป็นอะไร ได้ยาแก้ปวดมาทาน หลังทานทุเลาอาการปวดลง แต่หลังจากนั้นจะปวดมากขึ้นเรื่อยๆ หลังทานยาโรคปอดได้ 1 สัปดาห์มีคลื่นไส้ อาเจียนมาก อ่อนเพลียจึงหยุดยาแล้วกลับไปตรวจซ้ำ ไม่ได้ยาเพิ่มและไม่ได้ตรวจเรื่องสะโพกที่ปวดซ้ำ ได้ขอเอกซเรย์แต่ไม่ได้ตรวจ จึงมาขอตรวจที่โรงพยาบาลสันทราย ก่อนหน้านี้เคยเป็นโรคปอดรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนกินยา 6 เดือนเมื่อประมาณปี 45 ตรวจร่างกายแรก รับ มีไข้ 37.7 ตรวจพบว่าเสียงปอดข้างขวาได้ยินเสียงลดลง ไม่มี Trachea deviate กล้ามเนื้อไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย ข้อสะโพกมีลักษณะผิดปกติ ผู้ป่วยอยู่ในท่า Abduction, internal rotation ตรวจพบว่า Limit

range of motion ข้อสะโพกขวาในทุกทิศทาง ยกข้อได้ประมาณ 30 องศาจากพื้น มีบวมข้อสะโพกขวาด้านหน้า แต่ไม่มีอาการแดง ร้อน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาว(WBC) 10,800 เป็น Neutrophil 75 %, Lymphocyte 16%, Monocyte 6%, Eosinophil 3%, ความเข้มข้นของเลือด 29.1%, จำนวนเกร็ดเลือด 536,000 cell, ผล Erythrocyte Sedimentation rate = 75 mm/hr (ปกติ < 10 mm/hr) ผลการตรวจการทำงานของไต Total protein 8.80 gm%(6.4-8.2), Albumin 3.29 gm% (3.4-5.0), Globulin 5.51 gm%(2.4-3.5), Total Billirubin 1.15 mg%(0.0-1.0), Direct Billirubin 0.52 mg% (0.0-0.3), Alkaline phosphatase 147 IU/L (50.0-136.0), SGOT(ALT) 52 U/L(15.0-37.0), SGPT (ALT) 31 U/L(30.0-65.0), Sputum AFB 3+

ผลการเอกซเรย์



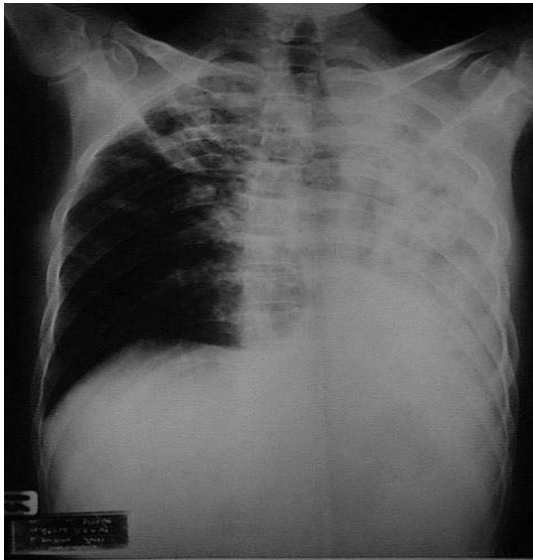
PELVIS; AP.

Normal Left hip joint.

Osteolytic destructions of right acetabulum and right femoral head with joint effusion of right hip.

Small ill-defined osteolytic lesions at right proximal femur.

IMP; Chronic or TB. Arthrits of right hip.



CXR; AP.

Opacifications and cavities in left lung. Mixed patchy-fibrotic-reticular and nodular infiltrations in right lung, more on RUL. Shifting of the middle to the left. Intact bone.

IMP; Suggested TB with destroy and volume loss of the left lung.

ในท้ายสุดผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด และวัณโรคข้อสะโพกขวา และได้รับการรักษาโดยการให้ยา CAT 2 สูตร 2HRZES/HRZE/5HRE หลังได้ยาอาการบวมบริเวณข้อสะโพกหายไป แต่ยังมีอาการปวดอยู่หลังนอนโรงพยาบาลเพื่อฉีดยา Streptomycin ครบผู้ป่วยก็ได้กลับบ้านแต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถเดินได้และไปรับการ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ต่อที่สถานอนามัย

อภิปรายผล

ผลการดำเนินการโดยรวมพบว่าผลการดำเนินการของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลดำเนินการได้ Cure 28.4%, Complete 13.6 %, Died 13.6 %, Failed 0 %, Default 0 %, Transfer 4.9%, ยังไม่สิ้นสุดการรักษา 39.5% ซึ่งเมื่อเทียบกับระดับประเทศที่สรุปตามรายงาน Cohort

ปี 1998 WHO พบว่าประเทศไทยมีผลการรักษาจำนวนผู้ป่วย 7,962 รายผลการรักษา Cure 61%, Complete 6.2%, Died 7.6 %, Failed 1.5 %, Default 9.5 %, Transfer 2.4 %, Treatment Success 68 % ที่น่าจะได้ผลใกล้เคียงกัน ในการนี้ WHO ได้แบ่งประเทศต่างๆออกตามความก้าวหน้าในเรื่อง DOTS เป็น 6 กลุ่ม และจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม Cat 3: มี 47 ประเทศคือพวกที่ DOTS coverage 10-90% ของประชากร เช่น ไทย จีน อินเดีย อินโดนีเซีย พม่า เนปาล ฟิลิปปินส์¹²

ในเรื่องการติดเชื้อวัณโรคนอกปอดก็ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แอบแฝงอยู่ เนื่องจากในปัจจุบันยังมีรายงานจำนวนผู้ป่วยต่อน้อยเพียง 10-20 % (ศูนย์วัณโรคเขต.3 ปี 2547=9.7 %, ศูนย์วัณโรคเขต. 7 ปี 2547=20%, จังหวัดแพร่ ปี 2547=12.76 %) เท่านั้น นอกจากนี้การตรวจวินิจฉัยก็ค่อนข้างยุ่งยาก และต้องใช้ Invasive procedure เพื่อยืนยันผลการตรวจ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็ไม่ได้ถูกวินิจฉัยจากหลากหลายสาเหตุและมักจะปนร่วมกับวัณโรคปอด ซึ่งเมื่อทำการรักษาวัณโรคปอดแล้วก็ทำให้วัณโรคนอกปอดดีขึ้นด้วย ทำให้เราไม่ทราบตัวเลขที่แท้จริง และยังมีรายงานว่า การรับยาครบตามสูตรในผู้ป่วยกลุ่มนี้ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ค่อนข้างต่ำระหว่างร้อยละ 5.2-5.18 เท่านั้น และส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี¹⁴ แต่เมื่อผลการค้นหา และรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ผลดีมาก ๆ ขึ้น และตัวเลขของผู้ป่วยวัณโรคปอดลดลง ปัญหาของวัณโรคนอกปอดก็จะมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นตามมา^{4,5}

จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดตามกรณีตัวอย่าง ได้รับการวินิจฉัย และรักษาค่อนข้างช้า เพราะเมื่อกล่าวตามทฤษฎีแล้วรอยโรคบริเวณข้อมักจะเริ่มจากที่ได้กระดูกอ่อน (subchondral bone) หรือที่เนื้อเยื่อถุงหุ้มข้อ (capsule) ทำให้เกิด tubercle (granulomatous response มี lymphocytes, plasma cells, Langhan's และมี fibroblastic proliferation ต่อมาจะทะลุ

เยื่อข้อ(synovial) เข้าสู่ช่องของข้อต่อ Granulation นี้จะเข้าไปใต้กระดูกอ่อนตรงผิวข้อที่เชื่อมข้อ ติดกับกระดูก ทำให้กระดูกอ่อนลอกตัวออกจากกระดูก บางทีหลุดเป็น Loose body อยู่ในข้อ ลักษณะของวันโรคกระดูกมีการทำลายกระดูกเร็ว และถ้าวินิจฉัยช้าจะเกิดข้อเคลื่อนร่วมด้วย ส่วนรอยโรค Osteolytic ที่กระดูกยาวพบน้อยมาก และถ้าพบมักจะอยู่ที่บริเวณ Trochanter ของ Femur ซึ่งบอกได้ว่าเกิดจากการกระจายของเชื้อจากแหล่งอื่นผ่านมาทางกระแสเลือด^{6,7} ดังนั้นในผู้ป่วยรายนี้ที่พบการทำลายกระดูก Osteolytic ทั้ง Acetabulum และ Femur ทั้งในส่วน Head กับ Proximal sharp น่าจะบอกได้ว่ามีการกระจายจาก Active pulmonary Tuberculosis นั่นเองในเรื่องประวัติผู้ป่วยมักมีประวัติ Trauma เล็กน้อยต่อมาจะปวดมากขึ้น มีกล้ามเนื้อหดเกร็ง การเคลื่อนไหวของข้อสะโพกจะลดลง มักจะปวดตอนกลางคืนมาก ในเด็กเรียก Night cry ผู้ป่วยมักจะนอนงอสะโพกเพราะทำนี้ทำให้ Articular surface ของ femur เสียดสีกับ Acetabulum เพียง 1 ใน 3 เท่านั้น^{6,7} จะเห็นว่าผู้ป่วยกรณีตัวอย่างนี้อาการสอดคล้องกับของวันโรคข้อสะโพกมาตั้งแต่เริ่มต้น แต่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อเวลาผ่านไปค่อนข้างนานเพราะเมื่อมาได้รับการตรวจวินิจฉัยจากท่าโรงพยาบาลสันทรายผู้ป่วยอยู่ในลักษณะของความพิการที่จะอยู่คนที่ตลอดไปแล้วโดยจะพิการในท่า Abduction, internal rotation และ Flexion ของข้อสะโพก นอกจากนี้ยังเริ่มจะมี Compensatory lordosis ของกระดูกสันหลัง และมี Pathological dislocation ของข้อสะโพกแล้ว

ในส่วนของการรักษานอกจากการให้ยารักษาเหมือนในกรณีตัวอย่างนี้แล้ว ยังสามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ โดยถ้ามารักษาตั้งแต่โรคไม่เป็นอย่างหนักอาจผ่าตัด Arthrotomy หรือผ่าแบบ Mc. Murray osteotomy ร่วมกับการใช้ยาเพื่อให้โรคหยุดความก้าวหน้าและหายได้เร็วขึ้น แต่ในรายที่เป็นมานานก็สามารถผ่าตัดแบบที่ทำให้ข้อแข็ง(Arthrodesis) หรือผ่าแบบ Schanz osteotomy เพื่อแก้ความพิการเท่านั้น^{6,7} แต่ก็ไม่สามารถทำให้ข้อ

กลับมาเหมือนเดิมได้ ดังนั้นการที่จะสามารถวินิจฉัย และรักษาได้อย่างรวดเร็วก็จะมีประโยชน์กับผู้ป่วยมากในเรื่องการลดความเสี่ยงต่อความพิการได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วรวิทย์ โฆะวัชรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทรายที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณคุณรุ่งสินี อำชาฤทธิ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขชุมชนทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวันโรคเป็นอย่างดี รวมถึงให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. ภาสกร อัครเสวี. ระบาดวิทยาและแนวโน้มของวันโรคในประเทศไทย. ใน: บัญญัติ ปรีชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, สงคราม ทรัพย์เจริญ(บรรณาธิการ). วันโรค พิมพ์ครั้งที่ 4. สมาคมปราบวันโรคแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542; 32-61.
2. ระบาดวิทยา และขนาดของปัญหาวันโรค. ใน: การรักษาวันโรค: แนวทางสำหรับแผนงานระดับชาติ. ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักงานวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข .2540; 1.
3. อรรถพล ชีพสัตยากร. สถานการณ์วันโรค ในประเทศไทย ณ ปีแห่งสุขภาพดีถ้วนหน้า พุทธศักราช 2543. วารสารวันโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. 2549; 27(1): 21-28.
4. Philip. C. Hopewell .Tuberculosis and Nontuberculosis Mycobacterial Infections. In: Jay H. Stein eds. Internal Medicine 3rd Edition. USA: Little, Brown and company (Inc.)1990; 1534-1552.
5. Norman Horne. Tuberculosis and Other Mycobacterium Diseases. In: Gordon C. Cook.

- Manson's Tropical Diseases 20th Edition. London: WB Company Ltd.1996; 971-1015.
6. นที รัชพลเมือง, วัฒนชัยและโรจน์วิชย์. วัณโรคกระดูกและข้อ. ใน : สมชัย บวรกิตติ, นันทา มาระเนตร์, รังสรรค์ ปุຍປາคม, อรรถ นานา, สุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ). ตำราวัณโรคนอกปอด. กทม : โรงพิมพ์อักษรสมัย จำกัด. 2532; 173-190.
 7. นที รัชพลเมือง. วัณโรคกระดูกและข้อ. ใน: บัญญัติ ปริษณานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, สงคราม ทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ). ตำราวัณโรค สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พิมพ์ครั้งที่ 4 . โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542; 394-410.
 8. กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. Available from [URL=http://www3.easywebtime.com/aids_tb/artc_07.html].
 9. ข้อเสนอโครงการวิจัย เรื่อง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ DOTS แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ในเขตสาธารณสุข 2. Available from [URL=<http://203.157.45.67/group/support/research49/DOTs.htm>].
 10. ลำดวน นาสิริกุล. วัณโรค. ใน: ห้องสมุด E-LIB. Available from [URL =http://www.elib-online.com/doctors45/ped_tb001.html].
 11. สมาคมอุรเวชช์. TUBERCULOSIS แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค. Available from [URL=http://med_sakolhospital.tripod.com/tb.html]
 12. ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร. WHO REPORT 2001: GLOBAL TUBERCULOSIS CONTROL. Available from [URL=<http://dpc3.ddc.moph.go.th/tb/tbmatrix.htm>].
 13. 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].
 14. อนงค์พร ประพันธ์วงศ์, พัฒนา โพธิ์แก้วและอังคณา ชีรสวัสดิ์. ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดและการติดเชื้อไวรัสเอดส์ใน 6 จังหวัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. วารสารสถาบันโรคทรวงอก ปีที่ 2 ฉบับที่ 2. 2547; บทคัดย่อ.

การศึกษาปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (Problems of Sexual Abuse in Sansai District, Chiang Mai Province)

งามพิศ จันทร์ทิพย์ พ.บ.

Ngampis Junthip M.D.

โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Sansai Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการล่วงละเมิดทางเพศมีจำนวนเพิ่มขึ้น เห็นได้ชัดจากข่าวที่เกิดขึ้นตามสื่อต่างๆ โดยรูปแบบของการล่วงละเมิด และอายุของผู้ถูกกระทำมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งผลกระทบที่เกิดตามมาอาจมีมากถึงขั้นเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ก่อนวัยอันสมควร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาของผู้ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศในอำเภอสันทราย โดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจที่โรงพยาบาลสันทราย ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มีนาคม 2547 ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการถูกล่วงละเมิดทางเพศในผู้ถูกกระทำ และกลุ่มผู้กระทำ โดยวิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ผลการศึกษาพบว่ามีผู้ถูกกระทำทั้งหมด 32 ราย เป็นหญิง 29 ราย,ชาย 3 ราย อายุน้อยที่สุดที่พบคือ 3 ปี จนถึงอายุมากที่สุดที่พบคือ 38 ปี ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นคนที่รู้จัก เช่น เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด ผลการตรวจร่างกายที่พบบาดแผลของอวัยวะเพศ 16 ราย(50%)ไม่พบบาดแผล 14 ราย(43.75%) และพบว่ามี การตั้งครรภ์ 1 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยมากไม่พบตัวอสุจิแต่มีกพบน้ำอสุจิในช่องคลอด ส่วนระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุการณ์จนกระทั่งมาตรวจร่างกายผ่านไปตั้งแต่ 1 วันจนถึง 6 เดือน การให้การดูแลประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และมุ่งเน้นถึงผลกระทบในด้านจิตใจของผู้ถูกกระทำเป็นสำคัญ

การศึกษานี้มีประโยชน์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแล และสอดคล้องป้องกันในเชิงรุกในชุมชนต่อไป ด้วยความหวังว่าจะสามารถปกป้องไม่ให้มีผู้ถูกกระทำเพิ่มขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : การล่วงละเมิดทางเพศ

Abstract

There were many reports of sexual abuse daily involving different methods and ages of victims leading to different psychological and physical problems to the victims, such as pregnancy.

This retrospective descriptive study was done in Sansai hospital Chiang Mai Province from March 1,2004 to February 1,2007 .The aims of this study was to find out the problems in sexual abuse cases using a holistic approach. There was a total 32 cases, with 29 females and 3 males .The least age was 3 years old and the oldest age was 38 years old space. Abuser were stepfather, grandfather, boyfriend, internet friend and neighbor 16 cases (50.0%) had torn hymen, vagina or labia abrasion,14 cases(43.8%) had no lesion and 2 cases rejected vaginal

examination. One of the victims later became pregnant. Laboratory results showed that most cases were negative for sperm test and acid phosphatase test. Only 9 cases (28.1%) were positive for the acid phosphatase test.

Hopefully, the results of this retrospective study will motivate the community to be aware and cooperate to decrease the problem of sexual abuse in the future.

Keyword: Sexual abuse.

บทนำ

การล่วงละเมิดทางเพศเป็นปัญหาสังคมที่นับจะทวีความรุนแรง และเพิ่มจำนวนขึ้นทุกวัน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ถูกกระทำและครอบครัวอีกด้วย ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาปัญหานี้โดย National Center for Child Abuse and Neglect ในระหว่างปี ค.ศ.1979-1980 พบอุบัติการณ์ของการทารุณทางเพศในเด็กถึง 44,700 ราย¹ สำหรับในประเทศไทย พบว่าในปี 2545 มีผู้หญิงถูกข่มขืน และล่วงละเมิดทางเพศ เฉลี่ยวันละ 12 คน โดยมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีถูกข่มขืนและล่วงละเมิดทางเพศ เฉลี่ยวันละ 2 คน² และในจังหวัดเชียงใหม่ สถิติการดำเนินการช่วยเหลือเด็กของศูนย์ประสานงานเพื่อพิทักษ์สิทธิเด็กจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2547 พบเด็กถูกทารุณกรรมทางจิตใจและทางเพศ เป็นชาย 10 คน หญิง 54 คน ในปี 2548 พบเด็กถูกทารุณกรรมทางจิตใจและทางเพศ เป็นชาย 13 คน หญิง 39 คน และในปี 2549 ที่ผ่านมามีพบเด็กถูกทารุณกรรมทางจิตใจและทางเพศ เป็นชาย 11 คน หญิง 16 คน³ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลโดยรวมทั้งในและต่างประเทศยังไม่สามารถแสดงถึงอัตราความชุกที่แท้จริงของการเกิดปัญหานี้ได้ เนื่องจากข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่มาจากรายงานผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ได้แจ้งความดำเนินคดี แต่ยังมีผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศอีกหลายรายที่ไม่กล้า หรือไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้⁴

การล่วงละเมิดทางเพศมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่การแตะต้องสัมผัสเพื่อตอบสนองความต้องการทางเพศของผู้กระทำ จนถึงขั้นการข่มขืนกระทำชำเรา การล่วงละเมิดทางเพศสามารถส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งในด้าน

ร่างกายและจิตใจ อาจเกิดบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก มีโอกาสติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรืออาจตั้งครรภ์ได้⁵ นอกจากนี้ ผลกระทบทางด้านจิตใจอาจทำให้รู้สึกกลัว ตกใจง่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า มีอาการของโรควิตกกังวลชนิด Posttraumatic stress disorder มาด้วย รวมทั้งอาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศ เช่น เกือบก หรือสำส่อนทางเพศ^{7,8}

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นมากมายดังกล่าวแล้วนั้น หากหลายฝ่ายเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และร่วมมือกันในการให้การช่วยเหลือเพื่อหาทางปกป้องคุ้มครองกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อาจหวังได้ว่าอัตราการเกิดการล่วงละเมิดทางเพศอาจน้อยลงได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการถูกล่วงละเมิดทางเพศในผู้ถูกกระทำและกลุ่มผู้กระทำ และเป็นแนวทางในการให้การดูแล และสอดคล้องป้องกันในเชิงรุกในชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ Retrospective study ซึ่งทำการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่เข้ามาตรวจในโรงพยาบาลสันทราย ในช่วงเวลาดังแต่ 1 มีนาคม 2547 ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2550 โดยรวบรวมจากแฟ้มประวัติได้ทั้งสิ้น 32 ราย

ขอบเขตการศึกษา

- ทำการศึกษาข้อมูลด้าน
- เพศของผู้ถูกรักษา
- อายุของผู้ถูกรักษา
- ผู้กระทำ
- ผู้นำส่ง
- ผลการตรวจร่างกายของผู้ถูกรักษา⁹
- ผลการตรวจพบตัวอสุจิในช่องคลอดของผู้ถูกรักษา¹⁰
- ผลการตรวจพบน้ำอสุจิ (Acid phosphatase)¹¹ ในช่องคลอดของผู้ถูกรักษา
- ระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุการณ์จนกระทั่งมารับการตรวจ
- การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บได้ทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์ โดยเน้นที่ผู้ถูกรักษาเป็นศูนย์กลาง โดยวิเคราะห์ออกมาในรูปสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่และค่าสถิติร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่พามาตรวจเป็นผู้ปกครอง(มารดา, น้ำ, พี่สาว, ลูก, ป้า) จำนวน 25 ราย (78.1%) ส่วนอีก 6 ราย(18.8%) มาตรวจด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะแล้ว มีการแจ้งความดำเนินคดีเพียง 21 ราย(65.6%) และไม่ได้แจ้งความดำเนินคดีถึง 11 ราย (34.4%) โดยพบว่าในกลุ่มนี้ผู้กระทำทั้งหมดเป็นแฟน หรือเพื่อนชายใกล้ชิด

ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 32 ราย แยกเป็นเพศหญิง 29 ราย(90.6%) เพศชาย 3 ราย(9.6%) คิดเป็นอัตราส่วน 1: 9.4

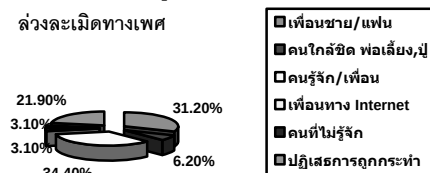
ช่วงอายุของผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-20 ปี จำนวน 11 ราย(34.4%) แต่กลุ่มที่น่าเป็นห่วงและควรให้ความสนใจมากคือผู้ถูกรักษาที่อยู่ในช่วงวัยเด็กคือกลุ่มอายุต่ำกว่า 10 ปี จำนวน 8 ราย(25.0%) และช่วงอายุ 11-14 ปี จำนวน 6 ราย(18.7%) เพราะอาจเกิดผลกระทบต่องิตใจเด็กได้สูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : แสดงจำนวนร้อยละของผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ แยกตามช่วงอายุ

อายุ	จำนวน(%)N=32
0-10	8(25.0)
11-14	6(18.7)
15-20	11(34.4)
21-30	5(15.6)
31-40	2(6.3)

ในส่วนของผู้กระทำส่วนใหญ่ เป็นคนรู้จัก(เพื่อน, เพื่อนบ้าน) 11 ราย(34.4%), เป็นเพื่อนชายหรือแฟน 10 ราย(31.2%), ปฏิเสธการถูกกระทำอ้างว่าเพียงแค่ออกไปเที่ยวนอกบ้าน 7 ราย(21.9%), เป็นคนใกล้ชิดได้แก่พ่อเลี้ยงหรือปู่ 2 ราย(6.2%), เป็นเพื่อนทาง Internet 1 ราย(3.1%), และอีก 1 ราย(3.1%) เป็นคนที่ไม่รู้จักรูปที่ 1

รูปที่ 1 แสดงร้อยละแยกตามผู้กระทำการ



ผลของการตรวจร่างกายพบว่า ตรวจไม่พบร่องรอยนิกขาด หรือบาดแผลใดๆที่อวัยวะเพศ 14 ราย (43.8%), พบร่องรอยการนิกขาดเก่าของเยื่อ

พรหมจรรย์ 11 ราย(34.4%), พบร่องรอยการฉีกขาดของเยื่อพรหมจรรย์ 4 ราย(12.5%), พบรอยถลอกของอวัยวะเพศภายนอก 1 ราย(3.1%), และไม่ยินยอมให้ทำการตรวจ 2 ราย(6.2%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 : แสดงจำนวนร้อยละของการพบร่องรอยบาดแผลที่อวัยวะเพศจากการตรวจร่างกาย

ลักษณะของบาดแผลที่อวัยวะเพศ	จำนวน(%) N=32
ไม่พบร่องรอยฉีกขาด/บาดแผล	14(43.8)
Old tear	11(34.4)
Tear hymen	4(12.5)
Abrasion of labia	1(3.1)
ไม่ยินยอมตรวจ	2(6.2)

ผลการตรวจหาตัวอสุจิโดยวิธี Wet smear for sperm count พบว่า ไม่พบตัวอสุจิ 17 ราย(53.1%), ไม่ทราบผลการตรวจ 12 ราย(37.5%), ไม่ยินยอมให้ทำการตรวจ 3 ราย(9.4%) แต่ไม่มีการตรวจพบตัวอสุจิในผู้ถูกล่วงละเมิดคนใดโดยการตรวจวิธีนี้เลย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 : แสดงจำนวนร้อยละของผลการตรวจหาตัวอสุจิ โดยวิธี wet smear for sperm count

ผลการตรวจหาตัวอสุจิ	จำนวน(%)N=32
Negative (ไม่พบตัวอสุจิ)	17(53.1)
Positive (พบตัวอสุจิ)	0(0)
ไม่ทราบผล	12(37.5)
ไม่ยินยอมตรวจ	3(9.4)

ผลการตรวจหาน้ำอสุจิ (Acid phosphatase) พบว่า ตรวจไม่พบน้ำอสุจิ 12 ราย(37.5%), ตรวจพบ

น้ำอสุจิในช่องคลอดของผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ 9 ราย(28.1%), ไม่ทราบผล 8 ราย(25.0%), ไม่ยินยอมให้ทำการตรวจ 3 ราย(9.4%) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 : แสดงจำนวนร้อยละของผลการตรวจหาน้ำอสุจิ (Acid phosphatase)

ผลการตรวจ	จำนวน(%)N=32
Negative	12(37.5)
Positive	9(28.1)
ไม่ทราบผล	8(25.0)
ไม่ยินยอมตรวจ	3(9.4)

ผลการรวบรวมข้อมูลของการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ไม่ใส่ถุงยางอนามัย 20 ราย(62.5%), ใส่ถุงยางอนามัย 2 ราย(6.2%), ปฏิเสธการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 7 ราย(21.9%), ถูกกระทำอนาจารโดยใช้นิ้ว 3 ราย(9.4%) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 : แสดงจำนวนร้อยละของการใส่ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การใส่ถุงยางอนามัย	จำนวน(%) N=32
ถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย	20(62.5)
ถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยใส่ถุงยางอนามัย	2(6.2)
ปฏิเสธการถูกล่วงละเมิดทางเพศ	7(21.9)
ถูกกระทำอนาจารโดยไม่มีการล่วงละเมิด	3(9.4)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การถูกล่วงละเมิดทางเพศในอำเภอสันทรายมักพบในเพศหญิง แต่กระนั้นยังสามารถพบได้ในเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีจังหวัดเชียงใหม่

อายุที่พบว่าลูกด่วงละเมิดทางเพศมากที่สุดในอำเภอ สันทรายอยู่ในช่วงอายุ 15-20 ปีแต่กลุ่มที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือกลุ่มอายุช่วงต่ำกว่า 15 ปี เพราะมีผลกระทบต่อจิตใจสูง โดยผู้กระทำส่วนมากเป็นคน รู้จักและเพื่อนชายหรือแฟนที่คบกันอยู่ ซึ่งเมื่อทำการ ทบทวนข้อมูลประวัติของผู้ถูกระทำแล้วนั้น มักเป็น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเด็กที่อยู่ในวัย เรียน อีกทั้งไม่มีการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย ซึ่ง ปัญหานี้ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ตามมา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อไปถึงทำให้เกิดอัตรา การทำแท้งที่เพิ่มขึ้น หรือจากการที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ใน วัยเยาว์ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนได้ เช่น การคลอด ก่อนกำหนด,ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกคลอด (Birth Asphyxia) ซึ่งหนทางหนึ่งที่จะช่วยในการ แก้ไขปัญหานี้ คือ การรณรงค์การให้ความรู้ใน โรงเรียน โดยการสอนเน้นให้เด็กนักเรียนมี เพศสัมพันธ์ในวัยที่เหมาะสม และสอนให้เห็นถึง ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ทำการ ป้องกันโดยใส่ถุงยางอนามัย เพื่อให้เด็กตระหนักถึง ปัญหาและหาหนทางในการปกป้องตนเอง และรู้จัก การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ในด้านครอบครัว และพื้นฐานทางสังคม ของกลุ่มผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศนั้น ส่วนใหญ่เป็น สมาชิกครอบครัวที่แตกแยก หรือบางครอบครัวได้ มอบหมายให้เด็กอยู่ในความดูแลของญาติเนื่องจาก ความจำเป็นในการประกอบอาชีพ¹² ทำให้การ สอดส่องดูแลยังไม่เพียงพอที่จะช่วยปกป้องพวกเขา ได้ การช่วยเหลือในด้านนี้อาจต้องกระทำโดยเข้าถึง ชุมชนให้ตระหนักถึงปัญหาและช่วยกันสอดส่องดูแล เพื่อให้พวกเขาได้รับการปกป้อง เพื่อลดความเสี่ยง ของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ในด้านของ พยานหลักฐานที่จะช่วยในเรื่องของกฎหมาย อัน

ได้แก่ ผลการตรวจร่างกาย,การตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจหาตัวอสุจิโดยวิธี wet smear for sperm count ที่ทำอยู่นั้น ยังไม่สามารถ ช่วยเพิ่มความหนักแน่นในด้านกฎหมายต่อรูปคดีได้ มากนัก เพราะผลการตรวจรวมทั้งระบบของการ รายงานผลนั้นปรากฏว่าไม่พบเป็นส่วนใหญ่ ซึ่ง สาเหตุอาจเป็นเพราะระยะเวลาตั้งแต่ถูกระทำ จนกระทั่งมาตรวจนานเกินไปจึงทำให้ตรวจไม่พบได้ อาจต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนหาวิธีการตรวจหาตัว อสุจิที่มี Sensitivity มากกว่านี้ และมีระบบการ รายงานผลที่แม่นยำมากกว่านี้ ซึ่งผู้ทำการศึกษา มี แนวคิดว่าจะร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทาง ในการปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินงานจุดนี้ต่อไป เพื่อให้กลุ่มผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศในอำเภอ สันทราย ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจเด็กและสตรี ขึ้นในโรงพยาบาลสันทราย โดยมีคณะทำงาน ประกอบด้วยแพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ครู, นักจิตวิทยา รวมทั้งสร้างเครือข่ายในชุมชนผ่านทาง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอส.เพื่อดำเนินงานในเชิง รุก เพื่อลดปัญหาการเกิดการล่วงละเมิดทางเพศใน อำเภอ สันทรายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ทำการศึกษาขอขอบคุณ นายแพทย์วรุดิ โฉมวัชรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย ซึ่งเป็น ผู้สนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้, ขอขอบคุณ คุณสุมาลี ชัยศรีสวัสดิ์ ซึ่งเป็นผู้ให้ คำปรึกษาจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณศูนย์ประสานงานเพื่อพิทักษ์สิทธิเด็ก และสตรีจังหวัดเชียงใหม่ ในการเอื้อเฟื้อข้อมูลและ คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสันทรายที่ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. American Humane Association National Study on Child Neglect and Abuse Reporting. Denver; 1981.
2. ผู้จัดการออนไลน์. ตะลึงตัวเลขเหยื่อข่มขืน 12 คน ต่อวัน จัดชุดช่วยด้านแรก. คุณภาพชีวิต 30 มกราคม 2550. เข้าถึงโดย: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000011886>.
3. ศูนย์ประสานงานเพื่อพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี จ. เชียงใหม่; 2547-2549.
4. Kilpatrick DG, Edmunds CN, Seymour AK. Rape in America: A report to the nation. National Victim Center; 1992.
5. Cohen JA, Mannario AP. A treatment model for sexually abuse preschoolers. Journal of interpersonal violence; 1993(3): 115-131.
6. Finkelhor D, Korbin J. Child Abuse as International Issue. Child Abuse Negl; 1988(12): 3-23.
7. Stock JL, Bell MA, Boyer DK, Connell FA. Adolescent pregnancy and sexual risk taking among sexually abused girls. Fam-Plann-Perspect 1997; 29(5): 200-27.
8. Wacharasindhu A. Post-traumatic stress disorder following sexual abuse in a very young child. Chula Med J 1992; 36(8): 617-23.
9. อัมพร แจ่มสุบรรณและพิไลวรรณ กลีบแก้ว. ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเรา. วารสารนิติวิทยาศาสตร์ ของนิติวิทยาศาสตร์สมาคมแห่งประเทศไทย. 2543; 29(1): 35-37.
10. วิสูตร ฟองศิริไพบุลย์. การตรวจพบตัวอสุจิในช่องคลอดของหญิงที่ผ่านการร่วมประเวณีมา. วารสารนิติวิทยาศาสตร์ ของนิติวิทยาศาสตร์สมาคมแห่งประเทศไทย. 2538; 24(1): 13-20.
11. Mc.Closky KL, Muscillo Gc, Noordewier B. Prostatic Acid Phosphatase Activity in the Postcoital Vagina. J Forensic Sci 1975; 20: 630-36.
12. วัชรวิ อ้นนาคและอัมพร เบญจพลพิทักษ์. การทารุณทางเพศในเด็ก: ผลกระทบต่อครอบครัวและกลไกการปรับตัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2544; 9(1): 1-9.

ศพคดีที่ได้รับการชันสูตรโดยแพทย์โรงพยาบาลลำพูน: ทบทวนย้อนหลัง 3 ปี

(Three year review of medico-legal fatalities in Lamphun Hospital)

บุญศักดิ์ หาญเกิดสิทธิ์ พ.บ., ว.ว. นิติเวชศาสตร์

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช

โรงพยาบาลลำพูน

Boonsak Hanterdsith, M.D.

Department of Emergency

Medicine and Forensic Medicine,

Lamphun Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงลักษณะทั่วไป และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการชันสูตรพลิกศพกรณีตายผิดปกติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน รวมทั้งความสมบูรณ์ของข้อมูลรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ ซึ่งสามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนางานด้านนิติเวชของโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน และรายงานชันสูตรพลิกศพทั้งส่วนของพนักงานสอบสวนและส่วนของแพทย์ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2549 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่และร้อยละ

จำนวนศพที่ได้รับการชันสูตรมีทั้งหมด 462 ราย ทุกรายเสียชีวิตในเขตอำเภอเมืองลำพูน ร้อยละ 4.5 (21/462) ตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ศพเป็นเพศชาย 396 ราย เพศหญิง 66 ราย มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 89 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.2 เชื้อชาติส่วนใหญ่เป็นชาวเอเชีย คือ 456 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.7 ที่เหลือเป็นชาวต่างชาติผิวขาว 2 ราย และไม่ทราบเชื้อชาติ 4 ราย ได้มีการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพร้อยละ 16.2 เหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บคิดเป็นร้อยละ 38.5 ซึ่งส่วนมากตายจากการบาดเจ็บทางจราจร และมักตาย ณ จุดเกิดเหตุ เหตุตายอันดับรองลงมาได้แก่ แขนงคอตายและจมน้ำตาย ตามลำดับ มีการระบุเหตุตายเป็นรูปแบบการตายร้อยละ 23 ซึ่งส่วนใหญ่ระบุว่าเป็น หัวใจล้มเหลว มีการระบุช่วงเวลาตายเพียงร้อยละ 11.5 จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของศพที่ตายผิดปกติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน แสดงให้เห็นถึงปัญหาสาธารณสุขในด้านการบาดเจ็บที่สำคัญของเขตเมืองจังหวัดลำพูนคือ การเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุจากการบาดเจ็บทางจราจรจึงควรเน้นการรณรงค์ในเรื่องการป้องกันมากกว่าการรักษา ส่วนเรื่องบทบาทหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายของแพทย์นั้นยังคงเป็นปัญหาอยู่บ้าง คือ ในการสรุปเหตุตายกรณีพบศพแขวนคอตาย และกรณีพบศพในน้ำต้องอาศัยหลักฐานเพิ่มเติม เช่น การตรวจสอบสถานที่พบศพ การผ่าศพตรวจ นอกจากประวัติที่ได้รับโดยญาติ และการตรวจศพภายนอก ในด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพต้องเพิ่มเติมรายละเอียดในเรื่องช่วงเวลาตายลงในบันทึกการตรวจศพด้วย และต้องระบุเหตุตายให้ถูกต้องตามหลักของเหตุตายไม่ใช่รูปแบบการตาย

คำสำคัญ: ชันสูตรพลิกศพ เหตุตาย

Abstract

Aims of this descriptive research are to study the general characteristics and medico-legal problems, which occurred during postmortem inquest or postmortem examination, of medico-legal fatalities, and the completeness of postmortem records for development of forensic practice in Lamphun Hospital. The author retrospectively reviewed the data of all dead bodies in a 32-month period, between January 1, 2004 and August 31, 2006, from medical records and official postmortem examination reports from both police and doctors. All data were analyzed and presented in frequency or percentage.

Results revealed that 462 bodies had been examined by doctors in Lamphun Hospital; Male = 396 cases, female = 66 cases. The postmortem inquest was performed in only 16.2% of case. The most frequent cause of death was injury-related death (38.5%), mainly traffic injuries and more than half died at the scene. The second and third most frequent causes of death were presumed hanging and drowning, respectively. The mode of death was concluded as the cause of death in 23%. The most common mode of death was cardiac arrest. The time of death was recorded in only 11.5%. In conclusion, general data show that death at the scene of traffic injury-related deaths are an important public health problem in urban area of Lamphun province. There are some problems in dealing with medico-legal fatalities, so doctors should conclude the cause of death based on scene investigation, external examination, internal examination, and toxicological analysis in initially presumed hanging cases and immersion cases. The doctor should record the time of death and certify the cause of death in a standard death certification.

Keywords: medico-legal fatalities, cause of death

บทนำ

ประเทศไทยได้มีกฎหมายเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพซึ่งบัญญัติให้แพทย์เข้าไปมีบทบาทในการชันสูตรพลิกศพตั้งแต่มีพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พุทธศักราช 2477¹ และมีการแก้ไขเรื่อยมาจนกระทั่งครั้งหลังสุด พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542² ซึ่งมีแนวโน้มให้แพทย์เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการชันสูตรพลิกศพมากขึ้น โดยแพทย์มีหน้าที่ต้องร่วมชันสูตรพลิกศพกับพนักงานสอบสวนในกรณีที่มีการตายผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานและแพทย์มีฐานะเป็นเจ้าพนักงานด้วย³ จึงทำให้แพทย์ทั่วประเทศไทยมีหน้าที่ต้องชันสูตรพลิกศพตามที่พนักงานสอบสวนร้องขอโดยมีอาจ

หลีกเลี่ยงได้ และเมื่อทำการชันสูตรแล้วต้องออกรายงานต่างๆ ตามที่กฎหมายกำหนด เช่น บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ รายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ² การที่จะให้ได้มาซึ่งความสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายนั้นต้องอาศัยทั้งประวัติ การตรวจสถานที่พบศพ การตรวจศพภายนอก และอาจต้องผ่าศพตรวจร่วมกับการส่งตรวจทางพิษวิทยาด้วย ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ต้องนำมาพิจารณาร่วมกันอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะในเรื่องประวัติของผู้ตายเพราะในทางนิติเวชนั้นจะต้องพิจารณาแตกต่างจากประวัติทางการแพทย์ทั่วไปเนื่องจากส่วนมากประวัติของศพที่ตายผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานนั้นมักได้ไม่มาก ไม่ได้เลย หรือผิดพลาดไปไม่ว่าโดยจงใจ หรือไม่จงใจก็ตาม³ ในกรณีที่เหตุและ

พฤติการณ์ที่ตายชัดเจนอาจไม่จำเป็นต้องผ่าศพตรวจเพิ่มเติมจากการตรวจศพภายนอก แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านๆ มาพบว่า การสันนิษฐานเหตุตายจากประวัติ และการตรวจศพภายนอกนั้นในบางกรณียังไม่เพียงพอที่จะสามารถสรุปเหตุและพฤติการณ์ที่ตายให้ถูกต้องได้^{4,5} นอกจากต้องทำให้ถูกต้องตามกฎหมายแล้ว ควรทำให้ถูกต้อง และครบถ้วนตามหลักวิชาการทางการแพทย์ด้วย เนื่องจากสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในระดับจังหวัดและประเทศได้ เพราะผลการศึกษายจะสามารถสะท้อนถึงปัญหาที่สำคัญในแต่ละท้องถิ่นหรือจังหวัดนั้นๆ และในกรณีที่มีปัญหาใดมากในพื้นที่นั้นก็สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมภายหลังเพื่อวางแผนแก้ปัญหาต่อไป ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ควรเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง เช่น ในด้านการลงรายละเอียดเรื่องเหตุตาย ต้องลงให้ถูกต้องตามหลักของเหตุตายแทนที่จะเป็นรูปแบบการตาย^{6,7,8}

เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับศพที่ตายผิดปกติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ดังนั้นเพื่อเป็นการวางแผนพัฒนางานด้านนิติเวชของโรงพยาบาลลำพูน และเพื่อประโยชน์ต่อการสืบสวนสอบสวนของพนักงานสอบสวนที่เกี่ยวข้องกับการตายผิดปกติ และการตายที่อยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำงานวิจัยเรื่องนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาที่สำคัญคือ ศึกษาลักษณะทั่วไปของศพที่ตายผิดปกติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานที่แพทย์โรงพยาบาลลำพูนได้ตรวจ ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการชันสูตรพลิกศพที่ตายผิดปกติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานรวมทั้งความสมบูรณ์ของข้อมูลรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 จนถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.

2549 โดยศึกษารายละเอียดข้อมูลทั่วไปของศพที่ตายผิดปกติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ซึ่งจะทำการเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียน และรายงานชันสูตรพลิกศพทั้งส่วนของพนักงานสอบสวน และส่วนของแพทย์ ข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานที่พบศพ การออกชันสูตรศพ ณ ที่พบศพ เวลาตาย เหตุตาย ข้อมูลที่ใช้สรุปเหตุตาย กลไกการตาย และพฤติการณ์ที่ตาย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกโดยผู้วิจัยเองลงในคอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft access 2003 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

ผลการศึกษา

จำนวนศพที่ได้รับการชันสูตรทั้งหมด 462 ราย ทุกรายเสียชีวิตในเขตอำเภอเมืองลำพูน เป็นการตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของศพทั้งหมด โดยแยกเป็นนักโทษในเรือนจำ 17 ราย เป็นผู้ต้องขังในสถานีดำรง 4 ราย ศพเป็นเพศชาย 396 ราย เพศหญิง 66 ราย มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 89 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.2 เชื้อชาติส่วนใหญ่เป็นชาวเอเชีย คือ 456 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.7 ที่เหลือเป็นชาวต่างชาติผิวขาว 2 ราย และไม่ทราบเชื้อชาติ 4 ราย สำหรับสถานที่พบศพแสดงไว้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของสถานที่พบศพผู้เสียชีวิตในเขตอำเภอเมืองลำพูน ปี 2547-2549

สถานที่พบศพ	จำนวนศพ(ร้อยละ)
นอกอาคารบ้านเรือน (Outdoor)	187(40.5)
ในอาคารบ้านเรือน (Indoor)	109(23.6)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของสถานที่พบศพ ผู้เสียชีวิตในเขตอำเภอเมืองลำพูน ปี 2547-2549 (ต่อ)

สถานที่พบศพ	จำนวนศพ(ร้อยละ)
ในโรงพยาบาล*(Hospital)	83(18)
ในหอผู้ป่วยธรรมดา(Ward)	31(6.7)
ในหอผู้ป่วยหนัก(ICU)	24(5.2)
ห้องฉุกเฉิน(ER)	13(2.8)
ตายก่อนมาถึงโรงพยาบาล (DOA)	10(2.2)
ตายระหว่างส่งตัวไปรักษา ต่อ(During refer)	1(0.2)
ในรถยนต์เก๋ง(In car)	1(0.2)
ไม่ระบุสถานที่ตาย (Unspecified)	3(0.6)
รวม	462(100)

*ตายในโรงพยาบาล หมายถึง ทราบว่าตายในโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับรายละเอียดชัดเจน

ร้อยละ 16.2 (75/462) มีการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ เมื่อแยกพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่เหตุตายไม่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ และเป็นกรณีที่พบว่าเสียชีวิตแล้ว ณ ที่พบศพพบว่าศพ 186 ราย ออกชันสูตรศพ ณ ที่พบศพ 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ของกรณีดังกล่าว

ลักษณะศพที่ไปชันสูตร ณ ที่พบศพส่วนใหญ่สรุปเหตุตายเป็น แขนงคอยาคิดเป็นร้อยละ 25.3 แต่อย่างไรก็ตามกรณีแขนงคอยาคายทั้งหมดออกตรวจที่พบศพเพียงร้อยละ 32.2 เมื่อชันสูตร ณ ที่พบศพเสร็จแล้วไม่ได้ส่งศพตรวจต่อ 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.3 ในกรณีที่ปรากฏแน่ชัด หรือสงสัยว่าถูกฆาตกรรม และพบว่าเสียชีวิตแล้ว ณ ที่พบศพมีทั้งหมด 6 ราย ออกชันสูตรศพ ณ ที่พบศพ 4 ราย ในกรณีที่ไม่ได้ออกชันสูตร ณ ที่พบศพส่วนใหญ่ตายจากการบาดเจ็บทางจราจร คิดเป็นร้อยละ 25.3 ในจำนวนศพที่ตายผิดธรรมชาติทั้งหมดได้ส่งไปชันสูตรต่อที่จังหวัดเชียงใหม่ 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 10

ในกรณีที่พบศพเสียชีวิตแล้วในที่พบศพ เมื่อตรวจศพแล้วไม่ได้รับรู้ช่วงเวลาที่ตายร้อยละ 88.5 ในจำนวนนี้เฉพาะกรณีที่ออกชันสูตรที่พบศพไม่ได้รับรู้ช่วงเวลาที่ตายร้อยละ 82.3

เหตุตายทั้งหมดสรุปได้ดังตารางที่ 2 และพบว่าร้อยละ 23 เหตุตายที่สามารถระบุเป็นรูปแบบการตาย คิดเป็นร้อยละ 23 (106/462) ดังตารางที่ 3 ข้อมูลที่ใช้ในการสรุปเหตุตายแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละเหตุตายของศพที่ได้รับการชันสูตร ที่โรงพยาบาลลำพูน

เหตุตาย	จำนวนศพ(ร้อยละ)
ตายจากบาดแผล*(Wound)	178(38.5)
ขาดอากาศหายใจ**(Asphyxia)	52(11.3)
จมน้ำ(Drowning)	38(8.2)
หัวใจล้มเหลว(Cardiac arrest)	36(7.8)
สันนิษฐานว่าตายจากโรคธรรมชาติที่ไม่ใช่โรคหัวใจ(Natural death, non-cardiac)	25(5.4)
แขวนคอตาย(Hanging)	21(4.5)
ติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis)	12(2.6)
ระบบหายใจล้มเหลว(Respiratory failure)	9(1.9)
ยาฆ่าแมลงแลนเนท(Lannate poisoning)	8(1.7)
สารพิษ(Poisoning)	6(1.3)
ไฟดูด(Electrocution)	4(0.9)
ยาฆ่าแมลงที่ไม่ใช่แลนเนทหรือออร์กาโนฟอสเฟต(Insecticide poisoning)	4(0.9)
หัวใจวาย(Heart failure)	3(0.6)
ยาฆ่าหญ้าที่ไม่ใช่พาราควอทหรือไกลโฟเสท(Herbicide poisoning)	3(0.6)
ป่วยตาย(Natural death)	2(0.4)
หัวใจหยุดเต้นกะทันหัน(Sudden cardiac death)	2(0.4)
โรคหัวใจ(Suspected heart disease)	2(0.4)
โรคติดเชื้อ(Infection)	2(0.4)
ระบบหัวใจและหายใจล้มเหลว(Cardiopulmonary failure)	1(0.2)
ตับและไตวาย(Liver and renal failure)	1(0.2)
โรคเฉียบพลันของผู้ป่วย(Sudden unexpected natural death)	1(0.2)
โรคชรา(Old age)	1(0.2)
แท้ง(Abortion)	1(0.2)
คลอดก่อนกำหนด(Premature birth)	1(0.2)
เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น(Upper gastrointestinal hemorrhage)	1(0.2)
แพ้ยาชนิดรุนแรง(Anaphylaxis)	1(0.2)
หนาวตาย(Hypothermia)	1(0.2)
เส้นเลือดแดงใหญ่ที่ลำคอทั้งสองข้างถูกกดรัด(Carotid arteries compression)	1(0.2)
ขาดอากาศหายใจจากการจมน้ำ(Asphyxia)	1(0.2)
สมองขาดอากาศ(Brain anoxia)	1(0.2)
งูกัด(Snake bite)	1(0.2)
บาดแผลและทนต์บาดแผลไม่ไหวและการกระทบกระแทกจากของแข็งไม่มีคม	1(0.2)
กินยาตาย(Drug poisoning)	1(0.2)
ยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต(Organophosphate poisoning)	1(0.2)
ยาฆ่าหญ้าพาราควอท(Paraquat poisoning)	1(0.2)
ยาฆ่าหญ้าไกลโฟเสท(Glyphosate poisoning)	1(0.2)
ไม่ได้ระบุเหตุตายไว้(Unspecified)	1(0.2)
ไม่สามารถระบุเหตุตายได้(Undetermined)	36(7.8)
รวม	462(100)

*ตายจากบาดแผล หมายถึง ตายเนื่องจากการบาดเจ็บ
ต่างๆ ได้แก่ บาดเจ็บที่ศีรษะ หรือคอ หรืออก หรือท้อง
หรือบาดเจ็บหลายระบบร่วมกัน

**กรณีที่ระบุว่าเสียชีวิตจากขาดอากาศหายใจนั้นลักษณะศพที่พบคือ แขนงคอตาย 36 ราย พบศพในน้ำ 12 ราย ไม่ได้ระบุ 2 ราย ไม่ทราบ 1 ราย และระบุว่า “ขาดอากาศ” 1 ราย

ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บส่วนมากเกิดจากการบาดเจ็บจากการจราจรโดยคิดเป็นร้อยละ 85.1 โดยผู้ที่เสียชีวิตจากการจราจรร้อยละ 53.5 นั้นเสียชีวิตทันทีที่เกิดเหตุ อายุของผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากการจราจรส่วนมากอยู่ในช่วง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5

ตารางที่ 3 จำนวนศพจากเหตุตายที่ระบุเป็น รูปแบบการตายของการชันสูตรศพ

เหตุตาย	จำนวนศพ
-ขาดอากาศหายใจ(Asphyxia)	53
-หัวใจล้มเหลว(Cardiac arrest)	36
-ระบบหายใจล้มเหลว(Respiratory failure)	9
-หัวใจวาย(Heart failure)	3
-หัวใจหยุดเต้นกะทันหัน(Sudden cardiac death)	2
-โรคเฉียบพลันของผู้ป่วย(Sudden unexpected natural death)	1
-ระบบหัวใจและหายใจล้มเหลว (Cardiopulmonary failure)	1
-สมองขาดอากาศ(Brain anoxia)	1
รวม	106

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละข้อมูลที่ใช้ในการสรุปเหตุตายของศพที่ศึกษาในจังหวัดลำพูน

ข้อมูลที่ใช้สรุปเหตุตาย	จำนวนศพ (ร้อยละ)
-ประวัติและการตรวจศพภายนอก*	328(79)
-ประวัติและการตรวจศพภายนอกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ**	64(15.4)
-ประวัติและการตรวจศพภายนอกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการผ่าตัด	9(2.2)
-ไม่ได้ระบุข้อมูลที่ใช้สรุปเหตุตาย	9(2.2)

ข้อมูลที่ใช้สรุปเหตุตาย	จำนวนศพ
-ประวัติและการตรวจศพภายนอกและผลการผ่าตัด	2(0.5)
-ผลการผ่าตัด	2(0.5)
-การตรวจศพภายนอกอย่างเดียว	1(0.2)
-ประวัติอย่างเดียว	0
รวม	415

*กรณีที่เหตุตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บมีทั้งหมด 162 ราย มีการสรุปเหตุตายจากประวัติและการตรวจศพภายนอกในกรณีดังกล่าว 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.2 ซึ่งแยกเป็นกรณีพบศพแขนงคอตาย 54 ราย พบศพในน้ำ 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.6 และ 28.5 ของศพที่ใช้เพียงประวัติ และการตรวจศพภายนอกสรุปเหตุตายในกรณีเหตุตายไม่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ ตามลำดับ

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจทางรังสีวิทยาและหรือการตรวจทางจุลชีววิทยาและหรือการตรวจทางพิษวิทยา

กลไกการตายจากการบาดเจ็บส่วนมาก คือ อวัยวะสำคัญถูกทำลายคิดเป็นร้อยละ 74 นอกนั้นเป็นกลไกอื่นๆ ได้แก่ จากเสียเลือดมาร้อยละ 11.9 จากอวัยวะสำคัญถูกทำลาย และเสียเลือดมาร้อยละ 8.5 จากเสียเลือดมาก และบาดเจ็บหลายระบบร้อยละ 1.7 จากบาดเจ็บหลายระบบร้อยละ 1.7 จากการติดเชื้อร้อยละ 1 จากเสียเลือดมาก และติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 0.6 และกลไกๆ อื่นร้อยละ 0.6

มีการระบุพฤติการณ์ที่ตายในส่วนของแพทย์ 11 ราย โดยที่ระบุเป็นฆ่าตัวตาย 3 ราย อุบัติเหตุ 3 ราย ฆาตกรรม 1 ราย โรคธรรมชาติ 1 รายและไม่ทราบพฤติการณ์ที่ตาย 3 ราย

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าศพที่ได้รับการชันสูตรโดยแพทย์โรงพยาบาลลำพูนมีเหตุตาย 5 อันดับแรกคือ ตายเนื่องจากการบาดเจ็บต่างๆ ซึ่งส่วนมากเป็นการบาดเจ็บ

จากการจลาจล แขนงคอตาย ตายเนื่องจากการจมน้ำ หัวใจล้มเหลว และโรคธรรมชาติที่ไม่ใช่โรคหัวใจ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่สำคัญมากยังคงเป็นการบาดเจ็บจากการจลาจล และส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บแล้วทำให้ตายได้แก่ ศีรษะ ลำคอ ออก และท้อง ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากการจลาจล ร้อยละ 53.5 นั้นเสียชีวิตทันทีในที่เกิดเหตุ และเมื่อพิจารณาข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันของทั้งจังหวัดลำพูน พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บมักเกิดจากการบาดเจ็บทางจลาจล และส่วนมากเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล^{9,10} เมื่อประเมินร่วมกับกลไกการบาดเจ็บที่ทำให้ตายที่พบมากที่สุดเกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง ดังนั้นถ้าจะลดอัตราการตายจากการบาดเจ็บจากการจลาจลนั้นประเด็นสำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ และลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของศพที่ตายผิดธรรมชาติยังแสดงให้เห็นว่าปัญหาสำคัญลำดับรองๆ ลงมา คือ แขนงคอตายและจมน้ำตาย จึงต้องเฝ้าระวังในเรื่องเหล่านี้ให้มากขึ้นโดยต้องศึกษาวิจัยในรายละเอียดต่อไป

จากการศึกษาพบว่าการออกชันสูตรศพ ณ ที่พบศพน้อยมาก แม้ว่าการตรวจสถานที่พบศพนั้นสามารถช่วยประเมินเหตุ และพฤติกรรมที่ตายได้ถูกต้องยิ่งขึ้นก็ตาม ทั้งนี้เป็นเพราะพนักงานสอบสวนอาจแจ้งว่าไม่คิดใจสงสัย หรือแพทย์ที่อยู่เวรอาจมีน้อยหรือมีภาระต้องตรวจผู้ป่วยมากจึงจำเป็นต้องให้พนักงานสอบสวนเอาศพเข้ามาชันสูตรในโรงพยาบาลแทนที่จะออกไปชันสูตร ณ ที่พบศพ แสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านบุคลากรในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายสำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะในที่ที่ไม่มีนิติพยาธิแพทย์(แพทย์นิติเวช)

การระบุช่วงเวลาที่ยาตายนั้นเป็นวัตถุประสงค์หนึ่งของการชันสูตรพลิกศพ¹¹ ซึ่งแพทย์มีส่วนช่วยประเมินช่วงเวลาที่ยาตายได้ระดับหนึ่ง แต่จากการศึกษา

พบว่าการบันทึกช่วงเวลาที่ตายเพียงร้อยละ 11.5 เท่านั้น จึงควรบันทึกข้อมูลส่วนนี้ให้มากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าการเขียนเหตุตายในรายงานชันสูตรพลิกศพที่เป็นรูปแบบการตายมีถึงร้อยละ 23.2 หรือประมาณหนึ่งในสี่ของการเขียนเหตุตายทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนมากจะสรุปว่า“หัวใจล้มเหลว” ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะไม่ทราบเหตุตายที่แท้จริงแต่ญาติและหรือพนักงานสอบสวนอ้างว่าไม่คิดใจสงสัย เหตุและพฤติกรรมที่ตายจึงไม่ยากให้ผ่าศพ แพทย์จึงต้องจำใจเขียนเหตุตายไปตามโรคที่เป็นเหตุตายที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ หรืออาจเป็นไปได้ว่ายังมีความสับสนระหว่างเหตุตายที่แท้จริง และรูปแบบการตายซึ่งจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้องเพื่อประโยชน์ในการใช้ข้อมูลมาวางแผนแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขต่อไป

การสรุปเหตุตายโดยใช้เพียงประวัติ และการตรวจศพภายนอกในกรณีที่เกิดเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บนั้นพบว่ามีถึงร้อยละ 93.2 ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนมากเป็นการสรุปว่าตายจาก ฆาตอากาศ การจมน้ำ หัวใจล้มเหลวและแขนงคอตาย ตามลำดับ โดยที่ในกรณีต่างๆ เหล่านี้มักไม่พบบาดแผลตามร่างกายจึงไม่คิดใจสงสัยในเหตุ และพฤติกรรมที่ตาย แต่ตามความเป็นจริงแล้วการไม่พบบาดแผลภายนอกนั้นอาจจะมีบาดแผลและเลือดออกภายในได้ หรืออาจตายจากสาเหตุอื่นได้ เช่น สารพิษ เป็นต้น โดยเฉพาะในกรณีที่พบว่าศพแขนงคอตายนั้นต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าผู้ตายแขนงคอตายเองได้หรือไม่ โดยตรวจดูจากสถานที่พบศพ ตรวจบาดแผลตามร่างกายทั้งภายนอกและภายใน โดยเฉพาะบาดแผลบริเวณลำคอ และกระดูกกล่องเสียง รวมถึงการตรวจหาสารพิษหรือยาที่อาจทำให้ผู้ตายสลบได้ ในกรณีที่พบศพในน้ำก็เช่นเดียวกัน การตรวจศพภายนอกพร้อมกับประวัติที่ได้ไม่สามารถสรุปได้ว่าเสียชีวิตจากการจมน้ำ ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ใช้สรุปเหตุตายว่าจมน้ำได้ชัดเจนแม้ตรวจพบฟองละเอียดเล็กๆ ออกจากปากหรือจมูกก็ตาม เพราะอาจเกิดจากภาวะอื่นได้¹² เช่น

ภาวะหัวใจวายจากโรคต่างๆ ได้รับสารพิษ เป็นต้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาเหตุตายที่เป็นไปได้ใช้อื่นด้วยโดยอาศัยการผ่าศพตรวจ และส่งตรวจทางพิษวิทยาร่วมกับการตรวจสถานที่พบศพจึงจะมีหลักฐานเพียงพอในการใช้สรุปเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าอินคิดว่าไม่มีการใช้ประวัติเพียงอย่างเดียวในการสรุปเหตุตายโดยมิได้เห็นศพโดยผู้ให้ประวัติอาจแจ้งว่าเป็นการตามธรรมชาติและมีประวัติการรักษามาให้ดู ซึ่งเคยทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นทั้งต่อตัวแพทย์เอง และผู้แจ้งมาแล้ว¹³

จากการศึกษาพบว่ามิแนวนั้มีที่แพทย์จะไม่ระบุพฤติการณ์ที่ตายลงในรายงานชันสูตรพลิกศพซึ่งโดยทั่วไปจะต้องอาศัยหลักฐานจากการสืบสวนสอบสวนของฝ่ายตำรวจร่วมด้วยเสมอเนื่องจากระบบการชันสูตรพลิกศพในประเทศไทยเป็นระบบตำรวจ ดังนั้นถ้าพฤติการณ์ที่ตายไม่ชัดเจนก็จะไม่ระบุลงในรายงานชันสูตรพลิกศพ

สรุป

ข้อมูลทั่วไปของศพที่ตายผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานแสดงให้เห็นถึงปัญหาสาธารณสุขในด้านการบาดเจ็บที่สำคัญของเขตเมืองจังหวัดลำพูนคือ การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางจราจร โดยเฉพาะการเสียชีวิตที่เกิดเหตุจิ้งจกรเน้นการรณรงค์ในเรื่องการป้องกันมากกว่าการรักษา ส่วนเรื่องบทบาทหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายของแพทย์นั้นยังคงเป็นปัญหาอยู่บ้าง คือ ในการสรุปเหตุตายกรณีพบศพแขวนคอตาย และกรณีพบศพในน้ำต้องอาศัยหลักฐานเพิ่มเติม เช่น การตรวจสถานที่พบศพ การผ่าศพตรวจ นอกจากประวัติที่ได้รับโดยญาติและการตรวจศพภายนอก ในด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพต้องเพิ่มเติมรายละเอียดในเรื่องช่วงเวลาที่ยายลงในบันทึกการตรวจ

ศพด้วย และต้องระบุเหตุตายให้ถูกต้องตามหลักของเหตุตายไม่ใช่รูปแบบการตาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุทัศน์ ศรีวิสัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูนที่อนุญาตและสนับสนุนให้ทำการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ คีอเตอร์ ร้อยเอก นายแพทย์ ชัยนั้ธร ปทุมมานนท์ ที่ให้คำปรึกษาในการเขียนรายงานการวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินทุกท่านที่ช่วยรวบรวมเอกสารต่างๆจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พุทธศักราช 2477 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 52 หน้า 678 วันที่ 10 มิถุนายน 2478.
2. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา(ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116 ตอนที่ 137 ก หน้า 18 วันที่ 30 ธันวาคม 2542.
3. Knight B, Pekka Saukko. Knight's forensic pathology. 3rd ed. London: Arnold; 2004. p. 9.
4. Nashelsky MB, Lawrence CH. Accuracy of cause of death determination without forensic autopsy examination. Am J Forensic Med Pathol. 2003; 24: 313-319.
5. Ruttly GN, Duerden RM, Carter N, Clak JC. Are coroners' necropsies necessary? A prospective study examining whether a "view and grant" system of death certification could be introduced into England and Wales. J Clin Pathol 2001 Apr; 54(4): 279-84.
6. Dimaio VJ, Dimaio D. Forensic pathology. 2nd ed. USA: CRC Press; 2001. p. 3-6.

7. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544. สาเหตุตายและการรับรองสาเหตุการตาย. โรงพิมพ์รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2544. หน้า 11.
8. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาระบบข้อมูลการตาย. 2544. หน้า 1.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. รายงานประจำปี 2548. ตารางที่ 7 หน้า 14.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. รายงานประจำปี 2549.
11. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พุทธศักราช 2477 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 52 หน้า 680 วันที่ 10 มิถุนายน 2478.
12. Knight B, Pekka Saukko. Knight's forensic pathology. 3rd ed. London: Arnold; 2004. p. 402-3.
13. หนังสือสำนักทะเบียนกลาง ค่วนมาก ที่ มท 0309.1/ว 13 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2546.

การศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลหางดงเปรียบเทียบกับของ
ระดับจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2548 – 2549

(Study of HIV adult patients Treated by ARV at Hang Dong Hospital compared to with
Chiang Mai Province in Fiscal Year 2004-2006)

สุกิจ สุขประเสริฐ พ.บ.

โรงพยาบาลหางดงเชียงใหม่

Sukit Sukprasirt M.D.

Hang dong Hospital Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนไปข้างหลัง(Retrospective Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลหางดงกับภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2549 รวมระยะเวลา 2 ปี

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นภาพรวมของระดับจังหวัดเชียงใหม่ทั้งสิ้น 2,021 ราย เป็นชาย 895 ราย (44.3%) เป็นหญิง 1,126 ราย (55.7%) ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 35.3 ปี (14-73 ปี) ส่วนที่โรงพยาบาลหางดง มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 115 ราย เป็นชาย 61 ราย (53%) เป็นหญิง 54 ราย (47%) ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 37.5 ปี (26-54 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ 73 ราย (63.4%) สัญชาติไทย 112 ราย (97.4%) อาชีพ รับจ้าง 98 ราย (85.2%) โดยสามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เมื่อแรกเข้าโครงการเป็นกลุ่ม Asymptomatic HIV 6 ราย (5.2%) Symptomatic HIV 33 ราย (28.7%) และ AIDS defining illness 76 ราย (66.1%)

โดยมีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน 104 ราย (90.4%) และเคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนแล้ว 11 ราย (9.6 %) ส่วนที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน 1,618 ราย (80.1%) และเคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนแล้ว 403 ราย (19.9%) และโรคติดต่อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลหางดง พบ Tuberculosis 20 ราย (13.8%) ที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่มีกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 count $\leq 200 \text{ mm}^3$ จำนวน 1,657 ราย (81.9%) ส่วนของโรงพยาบาลหางดง 112 ราย (97.4%)

ที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยที่แสดงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ 2,267 ราย เป็นกลุ่ม Lipodystrophy สูงที่สุด 1,333 ราย (58.8%) ส่วนของโรงพยาบาลหางดง มี 55 ราย เป็นกลุ่ม Lipodystrophy สูงสุด 20 ราย (36.4%)

ที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยที่ออกจากโครงการฯ ด้วยสาเหตุต่างๆ 336 ราย (16.6%) เป็นกลุ่มเสียชีวิตจากโรคเอดส์มากที่สุด 150 ราย (44.6%) ส่วนที่โรงพยาบาลหางดงมี 21 ราย (38.2%) เป็นกลุ่มที่ไม่มาตามนัดมากที่สุด 9 ราย (43.8%) ผลการศึกษานำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV, ยาต้านไวรัสเอดส์

Abstract

This is a retrospective study comparing the results of the study of HIV patients by Anti HIV virus. in Hang Dong and Chiang Mai. Data were collected from all patients who registered for treatment by Antiretroviral drugs at Hang Dong Hospital, Chiang Mai since 1 October 2004 – 30 September 2006 for 2 years

The total number of patients treated by Antiretroviral drugs in Chiang Mai was 2,021 people, Male 895 (44.3%), female 1,126 (55.7%). The average age was 35.3 years old (14-73 years old). At Hang Dong Hospital there were 115 patients, Male 61 people (53%), female 54 people (47%) and the average age was 37.5 years old (26-54 years old). There were 73 married people (63.4%), 112 were Thai (97.4%), and 98 were working people (85.2%). We can divide the patients into 3 groups:

1. Asymptomatic HIV. Group 6 people (5.2%).
2. Symptomatic HIV Group 33 people (28.7%)
3. AIDS defining- illness 76 people (66.1%)

In the groups, 104 (90.4%) never took Antiretroviral drugs and 11 (9.6%) had taken Antiretroviral drugs at Hang Dong Hospital. In Chiang Mai 1,681(80.1%) never took Antiretroviral drugs and 403 (19.9%) took Antiretroviral drugs.

At Hang Dong Hospital we found 20 people (13.8%) that had Tuberculosis. In the Chiang Mai patient group, 1675 people had the CD4 count ≤ 200 mm,³ and at Hang Dong Hospital, it was 112 people (97.4%).

In Chiang Mai. 2,267 people had high Lipodystrophy, and 1,333people (58.8%) at Hang Dong Hospital had high Lipodystrophy 20 people (36.4%) as a result of taking Anti Retroviral drugs.

In Chiang Mai, 336 people (16.6%) left the study for personal reasons.150 (44.6%) of these people died of the AIDS virus. At Hang Dong Hospital, 21 patients (38.2%) died, 9 (42.8%) of them because they skipped treatment. This study should lead to better care for HIV patients in the future.

Key words: HIV patient, Antiretroviral drugs

บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน ความชุกของการติดเชื้อ HIV ของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าอำเภอหางดงเป็นอำเภอหนึ่งที่มีอัตราความชุกอยู่ใน 5 อันดับแรกของจังหวัดเชียงใหม่ คือ 77.57 ต่อแสนประชากร ตามข้อมูลปี 2548¹

ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีวิธีการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ก็ถือเป็นการรักษาที่ดีที่สุดเท่าที่มีในขณะนี้ โดยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนนานขึ้นได้ มี

โรคแทรกซ้อนน้อยลง และดำรงชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป²

แต่การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ก็สามารถก่อให้เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากยาได้บ่อยๆ โดยอาจพบได้ทั้งในช่วงแรกของการรักษา คือ 2 เดือนแรกของการให้ยา (Short term side effect) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ฯลฯ หรือพบอาการอื่นไม่พึงประสงค์เมื่อให้ยาเป็นเวลานาน คือหลังการให้ยานาน 6 เดือนขึ้นไป (Long term side effect) เช่น Lactic acidosis, peripheral neuropathy, Lipodystrophy ฯลฯ³

การศึกษานี้ได้ศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จากทะเบียนรักษาผู้ป่วยที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์ ในระดับโรงพยาบาลหางดง และภาพรวมทั้งหมดของจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลหางดงกับภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประกอบเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง(Retrospective Descriptive Study) จากข้อมูลผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งมาขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่เปรียบเทียบกับภาพรวมทั้งหมดของระดับจังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2549 โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยดังต่อไปนี้คือ ข้อมูลทั่วไป ประเภทผู้ป่วย อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ผลการศึกษา

จากทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2549 ในภาพรวมทั้งหมดของจังหวัดเชียงใหม่ พบจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ใช้โปรแกรม ทั้งสิ้น 2,021 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 895 ราย(ร้อยละ 44.3) เพศหญิง 1,126 ราย (ร้อยละ 55.7) คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 1.26 อายุน้อยที่สุด 14 ปี อายุมากที่สุด 73 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 35.3 ปี ส่วนของโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยใหม่ที่ใช้โปรแกรมฯ ทั้งสิ้น 115 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 61 ราย (ร้อยละ 53) เพศหญิง 54 ราย (ร้อยละ 47) คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.13 : 1 อายุน้อยที่สุด 26 ปี อายุมากที่สุด 54 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 37.3 ปี ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมีสถานภาพ คู่ 73 ราย (ร้อยละ

63.5) และโสด 28 ราย (ร้อยละ 24.3) พบในอาชีพรับจ้างมากที่สุด 98 ราย (ร้อยละ 85.2) โดยเกือบทั้งหมดคือ 112 ราย เป็นสัญชาติไทย (ร้อยละ 97.4)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ HIV รายใหม่ที่ใช้โปรแกรมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ช่วงเดือน ตุลาคม 2547 ถึง กันยายน 2549

ปีงบประมาณ	ภาพรวม (ราย)	โรงพยาบาลหางดง (ราย)
2548	1,146	62
2549	875	53
รวม	2,021	115

ตารางที่ 2 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลหางดง จำแนกตามปัจจัยต่างๆ ช่วงเดือน ตุลาคม 2547 ถึง กันยายน 2549

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	61	53
หญิง	54	47
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	0	0
15 – 30 ปี	20	17.4
31 – 45 ปี	79	68.7
46 – 60 ปี	16	13.9
มากกว่า 60 ปี	0	0
สถานภาพ		
โสด	28	24.3
คู่	73	63.4
หย่า	6	5.2
หม้าย	8	6.9
สัญชาติ		
ไทย	112	97.4
ต่างด้าว	3	2.6
ระยะการติดเชื้อ		
Asymptomatic HIV	6	5.2
Symptomatic HIV	33	28.7
AIDS defining illness	76	66.1

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอดส์ของ โรงพยาบาลหางดง พบ Tuberculosis 20 ราย(ร้อยละ 13.8) Cryptococcosis 10 ราย (ร้อยละ 6.9) PCP 7 ราย (ร้อยละ 4.8) Penicillosis 6 ราย(ร้อยละ 4.1) Candidiasis 2 ราย(ร้อยละ 1.4) และอื่นๆ 100 ราย(ร้อยละ 68.9)

ประเภทของผู้ป่วยพบว่าสามารถแบ่งเป็นกลุ่มของผู้ป่วยระยะการติดเชื้อ HIV เมื่อแรกเข้าโครงการ ดังนี้ Asymptomatic HIV 6 ราย (ร้อยละ 5.2) Symptomatic HIV 33 ราย (ร้อยละ 28.7) AIDS defining illness 76 ราย (ร้อยละ 66.1) โดยผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลหางดงทั้ง 115 ราย แบ่งเป็นกลุ่มมีประวัติไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน 104 ราย (ร้อยละ 90.4) เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน 11 ราย (ร้อยละ 9.6) ส่วนที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่สามารถแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน 1,618 ราย (ร้อยละ 80.1) และกลุ่มที่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนแล้ว 403 ราย (ร้อยละ 19.9)

ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ เมื่อแรกเข้าโครงการที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อนำมาจัดกลุ่มตามค่า CD4 Count พบว่ากลุ่มที่มี CD4 Count $\leq 50 \text{ mm}^3$ มีจำนวนมากที่สุด 838 ราย (ร้อยละ 41.5) รองลงมา คือกลุ่มที่มีค่า CD4 Count 101-200 mm^3 . จำนวน 479 ราย (ร้อยละ 23.7) และกลุ่มที่มีค่า CD4 Count 51-100 mm^3 . จำนวน 340 ราย(ร้อยละ 16.8) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนของ โรงพยาบาลหางดง CD4 Count $\leq 50 \text{ mm}^3$. มีจำนวน 62 ราย (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือกลุ่มที่มีค่า CD4 Count 101-200 mm^3 . จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 26.1) และกลุ่มที่มีค่า CD4 Count 51-100 mm^3 . จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 17.4) ตามลำดับเช่นกัน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มีค่า CD4 Count แบบจัดกลุ่มและมีประวัติการเคยกับ ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อแรกเข้าโครงการ ช่วงเดือนตุลาคม 2547 ถึง กันยายน 2549

ระดับพื้นที่	CD4														รวม		
	CD4 ≤ 50	CD4 > 50 & ≤ 100	CD4 > 100 & ≤ 200	CD4 > 200 & ≤ 250	CD4 > 250 & ≤ 350	CD4 > 350	ไม่ระบุค่า CD4	ไม่	เคย	ไม่	เคย	ไม่	เคย				
ภาพรวมจังหวัดเชียงใหม่	777	61	302	38	405	74	39	68	29	24	47	34	100	43	48	1,618	403
รวม	838		340		479			71				134		91		2,021	
ร้อยละ	41.5		16.8		23.7			3.4				6.6		4.5		100	
โรงพยาบาลหางดง	56	6	18	2	28	2	1	0	1	1	0	0	0	0	1	104	11
รวม	62		20		30			1				0		1		115	
ร้อยละ	53.9		17.4		26.1			0.9				0		0.9		100	

ในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอดส์แล้วมีอาการข้างเคียงจากยาพบว่า มีจำนวน 2,267 ครั้ง โดยพบมีอาการผื่นแพ้รุนแรง 146 ครั้ง (ร้อยละ 6.4) Hepatitis 211 ครั้ง (ร้อยละ 9.3) Lipodystrophy 1,333 ครั้ง (ร้อยละ 28.8) Anemia 76 ครั้ง (ร้อยละ 3.3) และอื่นๆ 501 ครั้ง (ร้อยละ 52.1) ส่วนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลหางดง พบว่า มีอาการข้างเคียงจากยาจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 9.6) จากจำนวนครั้งที่ตรวจ 2,809 ครั้ง แบ่งเป็นมีอาการผื่นแพ้รุนแรง 14 ครั้ง (ร้อยละ 25.5) Hepatitis 8 ครั้ง (ร้อยละ 14.5) Lipodystrophy 20 ครั้ง (ร้อยละ 36.4) Anemia 3 ครั้ง (ร้อยละ 5.5) รวม 55 ครั้ง (ร้อยละ 1.9) และไม่พบอาการข้างเคียง 2,754 ครั้ง (ร้อยละ 98.1)

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ที่ออกจากโครงการ มีทั้งหมด 336 ราย (ร้อยละ 16.6) โดยมีสาเหตุมาจากเสียชีวิตจากโรคเอดส์ 150 ราย (ร้อยละ 44.6) ไม่มาตามนัด 98 ราย (ร้อยละ 29.2) มีอาการข้างเคียงจากยา 24 ราย (ร้อยละ 7.2) กินยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง 22 ราย (ร้อยละ 6.5) ขอลอนตัวจากการกินยา 12 ราย (ร้อยละ 3.6) การรักษาล้มเหลว 3 ราย (ร้อยละ 0.9) และเสียชีวิตเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ 27 ราย (ร้อยละ 8.0) ส่วนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลหางดง ที่ออกจากโครงการ มีทั้งหมด 21 ราย (ร้อยละ 18.3) มีสาเหตุมาจากไม่มาตามนัด 9 ราย (ร้อยละ 42.9) เสียชีวิตจากเอดส์ 6 ราย (ร้อยละ 28.6) ขอลอนตัวออกจากการกินยา 2 ราย (ร้อยละ 9.5) และเสียชีวิตเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ 4 ราย (ร้อยละ 19.0)

ตารางที่ 4 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ออกจากโครงการ ช่วงเดือน ตุลาคม 2547 ถึง กันยายน 2549

สาเหตุ	โรงพยาบาลใน จังหวัดเชียงใหม่	โรงพยาบาล หางดง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
การรักษาล้มเหลว	3(0.9)	0

สาเหตุ	โรงพยาบาลใน จังหวัดเชียงใหม่	โรงพยาบาล หางดง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
มีอาการข้างเคียง	24(7.2)	0
ขอลอนตัว	12(3.6)	2(9.5)
กินยาไม่ต่อเนื่อง	22(6.5)	0
ไม่มาตามนัด	98(29.2)	9(42.9)
เสียชีวิตจากเอดส์	150(44.6)	6(28.6)
เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น	27(8.0)	4(19.0)

อภิปรายผล

จากการศึกษา ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลหางดงและในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเพศชายมีอัตราส่วนใกล้เคียงกับเพศหญิง โดยที่โรงพยาบาลหางดงพบอายุเฉลี่ย 37.3 ปี ขณะที่ระดับจังหวัด คือ 35.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่สมรสไทย และประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด

โดยผู้ป่วยที่แรกเข้าโครงการ พบว่าอยู่ในระยะ AIDS Defining illness มากที่สุด 66.1 % โดยเฉพาะกลุ่มที่มีค่า CD4 Count $\leq 200 \text{ mm}^3$ พบมากที่สุด 97.4 % ขณะที่ระดับจังหวัด 81.9 % ซึ่งเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV (ประเทศไทย 2004) คือ

1. มีโรคบ่งชี้ว่าเป็นเอดส์
2. มีอาการแต่ยังไม่มียาต้านไวรัสเอดส์ และ $\text{CD4 count} < 250 \text{ mm}^3$.
3. ไม่มีอาการแสดงแต่ $\text{CD4 count} < 200 \text{ mm}^3$.²

ผู้ป่วยของโรงพยาบาลหางดงส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน 90.4 % ขณะที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่ 80.1 %

ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลหางดง พบประเภทกลุ่ม Lipodystrophy มากที่สุด 36.4 % ขณะที่ระดับจังหวัดเชียงใหม่ 58.8 % ซึ่งอาการที่พบจะมีไขมันชั้นใต้ผิวหนังบริเวณแขน ขา ลดลง (Lipodystrophy) แต่ไปเกิด

การสะสมของไขมันเพิ่มขึ้นในบางบริเวณ เช่น หลัง (Buffalo hump) หน้าอก (Gynecomastia) และชั้นใต้ผิวหนัง (Peripheral lipomatosis) และมักพบร่วมกับภาวะ Hyperlipidemia insulin resistance³ โดยผู้ป่วยที่ออกจากโครงการฯ ด้วยสาเหตุ ไม่มาตามนัด กินยาไม่ต่อเนื่อง และขอถอนตัวจากการกินยา ร่วมกันสูงถึง 52.4 % ขณะที่ระดับจังหวัด 39.3 % ซึ่งคงเนื่องจากลักษณะการประกอบอาชีพ รับจ้างของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ที่ต้องให้ความสำคัญกับการหารายได้เลี้ยงชีพ และอาจเกิดจากขาดการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสมกับนายจ้าง

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นใหม่ พบเป็นวัณโรคสูงที่สุด 13.8 % ซึ่งจากการศึกษาของแพทย์หญิง นลินทิพย์ ธรรมฤกษ์ฤทธิ์ ที่โรงพยาบาลหาดคงพบว่า อัตราการติดเชื้อ HIV ในวัณโรคที่สูงจะส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย คือรักษาหายน้อยกว่า และอัตราเสียชีวิตสูงกว่า (Tuberculosis patient with HIV co-infection รักษาหายเพียง 29.2 % และเสียชีวิต 61.8 %)⁴

มีข้อมูลศึกษาความสัมพันธ์ เรื่องอัตราการตายกับความรวดเร็วในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ของ Palella, et al. Ann interm Med ดังนี้⁵

ระดับ CD4	อัตราการตาย (ต่อ 1,000 รายต่อปี)	
	ให้ยาต้านไวรัสเอดส์เร็ว	ให้ยาต้านไวรัสเอดส์ช้า
CD4 201 – 350 mm ³	15.4	56.4
CD4 351 – 500 mm ³	10.0	16.6
CD4 501 – 750 mm ³	7.5	3.1

นั่นแสดงว่ายิ่งปัจจัยด้าน CD4 ต่ำลง และให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล่าช้า จะยิ่งทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับสาเหตุที่ผู้ป่วยออกจากโครงการ ด้วยสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ และเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ ในระดับจังหวัด คือ 52.6 % และของโรงพยาบาลหาดคง 47.6 %

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา จำนวนผู้ป่วยที่ออกจากโครงการ ด้วยสาเหตุต่างๆ มีจำนวนในเกณฑ์สูงอยู่มาก คือ 336 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ 2,021 ราย (ร้อยละ 16.6 หรือ 1 ใน 6 ราย) ในภาพรวมของระดับจังหวัดเชียงใหม่ และ 21 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ 115 ราย (ร้อยละ 18.3 หรือประมาณ 1 ใน 6 ราย) เช่นกันในระดับโรงพยาบาลหาดคง

ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อที่มีผลต่อการดูแลรักษา และต่อความร่วมมือในการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอดส์นั้น นอกจากจะเป็นเหตุของด้วยยา อาการข้างเคียง และระบบการดูแลรักษาของหน่วยงานแล้ว ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งครอบครัว ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยดังกล่าวมีความซับซ้อน ดังนั้นการทำความเข้าใจ และให้โอกาสในการพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อการพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่ง จำเป็นอย่างยิ่ง และเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา หากผู้รับยาสามารถทำความเข้าใจ และมีวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถทำให้ตนเองมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁶

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ กลุ่มงานควบคุมโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฝ่ายสนับสนุนวิชาการ ด้านควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์ทวีชัย อย่างเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดคง ที่ให้นำข้อมูลของผู้ป่วยออกเผยแพร่ และขอขอบคุณ คุณเนาวรัตน์ แก้วดวงโต หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน คุณอรนุช แก้วกลางเมือง ผู้รับผิดชอบงานให้คำปรึกษา และคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร โรงพยาบาลหาดคง เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ที่ช่วยให้การศึกษานี้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฝ่ายสนับสนุนวิชาการด้านควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สถานการณ์เอดส์ จังหวัดเชียงใหม่. จังหวัดเชียงใหม่. 2549 : 1.
2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่. ใน: พญ. ทศนา หลิวเสรี บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: ชัยพระเกียรติการพิมพ์, 2547: 9,13.
3. อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์และปฏิกิริยาระหว่างยา. ใน: พญ.ทศนา หลิวเสรี บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: ชัยพระเกียรติการพิมพ์, 2547: 28, 34.
4. นลินทิพย์ ธรรมฤกษ์ฤทธิ์, ผลการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และไม่ติดเชื้อ HIV โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. ปีงบประมาณ 2545 – 2547. สาธารณสุขล้านนา. 2005: 173 – 181.
5. ขวัญชัย สุภรัตนภิญโญ และทศนา หลิวเสรี บรรณาธิการ. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่. คู่มือการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่. พฤษภาคม 2547; จังหวัดเชียงใหม่ : คณะทำงานด้านการพัฒนาคู่มือและหลักสูตรการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในโครงการพัฒนาการให้บริการรักษาเพื่อลดอัตราการหยุดยาและเพิ่มอัตราการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ ภาคเหนือของประเทศไทย; 2547.

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลำพูน (Cerebrovascular disease in Lamphoon Hospital)

ภราดร มัณยานนท์ พ.บ., ว.ว.อายุรศาสตร์

Pradorn Manyanon M.D., Cert. Prof.(Intern. Med.)

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน

Division of internal Medicine, Lamphoon Hospital

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากพบได้บ่อย ทำให้เกิดความพิการและมีอัตราการตายสูง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ให้ขนาดและความรุนแรงของปัญหาโรคหลอดเลือดสมองลดลง การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลลำพูนระหว่างตุลาคม 2546 ถึงกันยายน 2548 รวบรวมข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง ลักษณะและอาการของโรค ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่รักษาและค่าใช้จ่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษา 260 คน เป็นหญิงมากกว่าชาย อายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 46.2 พบปัจจัยเสี่ยงของโรคได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.5 เบาหวานร้อยละ 13.5 ดื่มสุราร้อยละ 10.8 โรคหัวใจร้อยละ 9.3 ภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 0.8 สาเหตุการเกิดโรคจากภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ/ตันร้อยละ 68.5 จากเส้นเลือดในสมองแตกร้อยละ 27.7 อาการที่พบได้แก่ อ่อนแรงซีกขวาร้อยละ 40.8 ซีกซ้ายร้อยละ 38.5 ค่า Glasgow Coma Score (GCS) เฉลี่ย 12.4 ± 3.6 ผู้ป่วยได้รับการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ร้อยละ 57.7 พบเส้นเลือดในสมองตีบ/ตันร้อยละ 57.6 เส้นเลือดในสมองแตกร้อยละ 37.1 หลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ 68.9 อาการเลวลงร้อยละ 28.1 จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านร้อยละ 69.2 ไม่สมควรอยู่และเสียชีวิตร้อยละ 17.3 พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นร้อยละ 13.1 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.9 ± 3.8 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย $9,128 \pm 18,135$ บาท จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลลำพูน เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ความดันโลหิตสูง, สูบบุหรี่, เบาหวาน, ดื่มสุรา, โรคหัวใจ, ไขมันในเลือดสูง ดังนั้น ควรมีความพยายามป้องกันและแก้ไขในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรค โดยควรมีการรณรงค์เพื่อการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวในทุกระดับ และมีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลลำพูนทั้งระบบ โดยหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยอาจนำ Clinical guideline ที่ได้รับการพัฒนาแล้วมาใช้เป็นแนวทาง ควรเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันโรค โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การให้งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุราอย่างเด็ดขาด รักษาภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมอง ควรพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน และระบบติดตามผู้ป่วยที่เป็นโรคและพิการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ

Abstract

Cerebrovascular disease is a major problem in Medical practice because it's found common. It's make the Deformity and high mortality rate. In the study of cerebrovascular disease will be the data to use in making plan for prevent disease and improve health to decrease severity of cerebrovascular disease Objective: To explain the characteristics and risk factor of patient with cerebrovascular disease Design: Retrospective cohort study Setting: Lamphoon Hospital. Methods: Patients diagnosed with cerebrovascular disease were searched from the hospital medical records dating between October 2003 and September 2005. Information was retrived from the medical records. They included general and clinical characteristics of the patients, risk characteristic, signs and symptoms , treatment outcomes, complications ,length of stay and cost of treatment. Data were explained by descriptive statistics. Results: There were 260 patients diagnostic as cerebrovascular disease, with 1:3. Aged over 70 years 46.2 %. Co-morbidity is Hypertension 51.5%, cigarette smoking 18.5%, Diabetes mellitus 13.5%, alcohol drinking 10.8%, Dyslipidemia 0.8%, cardiac disease 9.3%. Cerebral infarct were reported in 68.9%, cerebral hemorrhage 27.7%. Symptom found right side weakness 40.8% left side weakness 38.5%. Glasgow Coma Score (GCS) 12.4 +/- 3.6. Computer tomography 57.7% found cerebral infarct 57.6% and cerebral hemorrhage 37.1%. After treatment patient improve 68.9% worsen 28.1% . Patient can discharge 69.2%, against advice and death 17.3%, complication found 13.1%. Length of stay 3.9 +/- 3.8 days. Cost of treatment 9128 +/- 18.135. Conclusion: From this study found this risk factor in Lamphoon hospital is Hypertension, cigarette smoking , diabetes mellitus, alcohol drinking, cardiac disease, dyslipidemia then there will be try to prevent and correct in this risk factor and will be improve management of cerebrovascular disease by use clinical guideline.

Keywords: Cerebrovascular disease, Hypertension, diabetese millitus, cardiac disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อยทำให้เกิดความพิการได้มาก และมีอัตราการตายสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดพบมากในกลุ่มผู้มีปัจจัยเสี่ยง และประมาณร้อยละ 60-75 พบในผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองบ้างตามโรงพยาบาลใหญ่ แต่ก็ไม่ได้บ่งถึง

อุบัติการณ์ทั้งหมดของประเทศ จากการศึกษาจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการตรวจ พบว่า เป็นชนิดเนื้อสมองตายถึงร้อยละ 83 เลือดออกในสมองร้อยละ 13-15 เคยมีผู้ศึกษาความชุกของโรคนี้ในกรุงเทพมหานคร พบประมาณอัตราป่วย 600/100,000 ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติของต่างประเทศ (300-700/100,000)²⁻³

อัตราตายในประเทศตะวันตก หรือประเทศที่พัฒนาแล้วประมาณ 70-500/100,000⁴ สถิติกระทรวงสาธารณสุขไทยล่าสุดประมาณ 15.4/100,000⁴ ซึ่งดูน้อยมาก ทั้งที่โรคใกล้เคียงกัน และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 อัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดความพิการอย่างมากในการสำรวจจากต่างประเทศพบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเฉียบพลันร้อยละ 31

จะช่วยตนเองไม่ได้ อีกร้อยละ 20 พอช่วยตัวเองได้แต่ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว อีกร้อยละ 71 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา นอกจากนี้สำหรับประเทศไทยยังมีรายงานการศึกษาของศาสตราจารย์นายแพทย์พนธ์ พงษ์วรินทร์ พบค่าโรคหลอดเลือดสมอง 690/100,000 เมื่อปี พ.ศ. 2526^{6,8} หลังจากนั้นยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาเพิ่มเติม ในอนาคตประเทศไทยจะมีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ จึงมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น หากไม่มีการป้องกันที่ดี

ในต่างประเทศมีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างมาก ทำให้ทราบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ควบคุม หรือป้องกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และการสูบบุหรี่ เป็นต้น⁷ จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้ค้นคว้าพบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ พบมากในกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมมากกว่าเพศหญิง โดยความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว ทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และส่งผลถึงภาวะเศรษฐกิจ ดังนั้นคณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญนี้ จึงได้ทำการศึกษาวิจัยระดับวิทยา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาในการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ลดอัตราการตาย ลดความพิการภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบพรรณนา โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากอายุรแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งวินิจฉัยจากประวัติ การตรวจร่างกาย ภาพถ่ายเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548 โดยศึกษาข้อมูลลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลักษณะและอาการของโรค ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่รักษาและค่าใช้จ่าย โดยใช้การวิเคราะห์สถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD.) ค่าร้อยละ โดยนำมาหาค่า Relative risk มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$

นิยามศัพท์

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในทาง การแพทย์เรียกว่า Cerebral Vascular Accident: CVA หมายถึง อาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองอย่างทันที มักจะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทแบบเฉพาะที่ โดยอาการนี้ยังคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง

ไขมันในเลือดสูง หมายถึง ภาวะ Serum total cholesterol ≥ 200 mg/dl และ/หรือ triglyceride ≥ 150 mg/dl และ/หรือ LDL ≥ 100 mg/dl

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg วัดได้ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 30 นาที

เบาหวาน ภาวะ Fasting plasma glucose ≥ 126 mg/dl

โรคหัวใจ หมายถึง Valvular heart disease, Atrial fibrillation, Current myocardial infarction และโรคหัวใจอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้เกิด Emboli ได้

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาทำการรักษา แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนจำนวน 260 คน เป็นชาย 67 คน เพศหญิง 193 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 และ 74.2 อายุต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 92 ปี อายุเฉลี่ย 65.9 ปี (SD = 13.1) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จบชั้นประถมศึกษา และอยู่นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำพูน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารักษาที่โรงพยาบาลลำพูน

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	25.8
หญิง	193	74.2
อายุ (ปี)		
30-39	5	1.9
40-49	35	13.5
50-59	43	16.5
60-69	57	21.9
70 ขึ้นไป	120	46.2
ค่าเฉลี่ย(SD)	65.9	(13.1)
สถานภาพ		
โสด	6	2.3
คู่	138	53.1
ม่าย	116	44.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	180	69.2
ค้าขาย	2	0.8
รับจ้าง	56	21.5
เกษตรกร	19	7.3
รับราชการ	3	1.2
ที่อยู่		
ในเขตรับผิดชอบ รพ.	105	40.4
ลำพูน		
นอกเขตรับผิดชอบ	143	55.0
รพ.ลำพูน		

ลักษณะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่างจังหวัด	12	4.6
การศึกษา		
อ่านไม่ออก	93	35.8
ประถมศึกษา	158	60.8
มัธยม	5	1.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	1.5

ผู้ป่วยจากการศึกษามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.5 การสูบบุหรี่ร้อยละ 18.5 (48/260) โรคเบาหวานร้อยละ 13.5(35/260) การดื่มสุรา ร้อยละ 10.8 (28/260) ภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 0.8(2/260) ผู้ป่วยมีค่าความดันซิสโตลิกสูงสุด 270 มม.ปรอท ต่ำสุด 70 มม.ปรอท เฉลี่ย 157.3 มม.ปรอท (SD = 33.6) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงสุด 160 มม.ปรอท ต่ำสุด 40 มม.ปรอท เฉลี่ย 89.7 มม.ปรอท (SD = 16.5) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงสุด 528 mg% ต่ำสุด 85 mg% เฉลี่ย 209.7 mg% (SD = 60.3) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงสุด 511 mg% ต่ำสุด 45 mg% เฉลี่ย 130.8 mg% (SD = 70.8) ระดับ LDL ในเลือดสูงสุด 373 mg% ต่ำสุด 41 mg% เฉลี่ย 142.8 mg% (SD = 52.4) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด 776 mg% ต่ำสุด 38 mg% เฉลี่ย 126.5 mg% (SD = 74.1) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองของผู้ป่วยที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน

ชนิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	48	18.5
ไม่สูบบุหรี่	207	79.6
เลิกสูบบุหรี่	5	1.9
การดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	28	10.8
ไม่ดื่มสุรา	226	86.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองของผู้ป่วยที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน(ต่อ)

ชนิด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เล็กคัมสุรา	6	2.3
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)		
น้อยกว่า 90	6	2.3
90-140	90	35.0
มากกว่า 140	161	62.7
ค่าเฉลี่ย(SD)	157.3	(33.6)
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	17	6.6
61-100	204	79.4
มากกว่า 100	36	14.0
ค่าเฉลี่ย(SD)	89.7	(16.5)
ความดันโลหิตสูง		
เป็นโรค	134	51.5
ไม่เป็นโรค	126	48.5
ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด(mg%)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200	75	49.7
201-400	45	29.8
มากกว่า 250	31	20.5
ค่าเฉลี่ย(SD)	209.7	(60.3)
ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด(mg%)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200	130	85.5
201-400	21	13.8
มากกว่า 400	1	0.7
ค่าเฉลี่ย(SD)	130.8	(70.8)
ระดับLDL ในเลือด(mg%)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130	57	43.5
มากกว่า 130	74	56.5
ค่าเฉลี่ย(SD)	142.8	(52.4)
ไขมันในเลือดสูง		
เป็นโรค	2	0.8
ไม่เป็นโรค	258	99.2
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	2	1.2
61-125	116	67.1

ชนิด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	55	31.8
มากกว่า 125		
ค่าเฉลี่ย(SD)	126.5	(74.1)
เบาหวาน		
เป็นโรค	35	13.5
ไม่เป็นโรค	225	86.5
โรคหัวใจ		
เป็นโรค	24	9.3
ไม่เป็นโรค	233	90.7

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองส่วนใหญ่เกิดจากภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ/ตันร้อยละ 68.5(178/260) มีลักษณะความผิดปกติอ่อนแรงครึ่งซีก ขวาร้อยละ 40.8 (106/260) ค่า Gasglow Coma Score สูงสุด 15 ต่ำสุด 3 เฉลี่ย 12.4 (SD = 3.6) การส่ง CT Brain ร้อยละ 57.7 (150/260) ผลที่พบส่วนใหญ่เป็น Cerebral infarction ร้อยละ 57.6 (87/260) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะและอาการของโรคหลอดเลือดในสมองของผู้ป่วยที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุการเกิดโรค		
ภาวะเส้นเลือดสมองตีบตัน	178	68.5
ภาวะเส้นเลือดสมองแตก	72	27.7
อื่นๆ	10	3.9
ลักษณะความผิดปกติ		
อ่อนแรงครึ่งซีกซ้าย	100	38.5
อ่อนแรงครึ่งซีกขวา	106	40.8
อ่อนแรงทั้งสองข้าง	30	11.5
ไม่อ่อนแรง	24	9.2
GCS(Gasglow Coma Score)		
3-7	33	12.9
8-12	63	24.6
13-15	160	62.5

ตารางที่ 3 ลักษณะและอาการของโรคหลอดเลือดในสมองของผู้ป่วยที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน(ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย (SD)	12.4	3.6
การส่ง CT Brain		
ส่ง CT Brain	150	57.7
- Cerebral infarction	87	57.6
- Cerebral hemorrhage	56	37.1
- อื่น ๆ	8	5.3
ไม่ส่ง CT Brain	110	42.3

ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วส่วนใหญ่รับประทานอาหารเองได้ร้อยละ 68.1(177/260) ได้รับการสอนทำกายภาพบำบัดร้อยละ 52.9 (137/260) เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 13.1 (34/260) ผู้ป่วยอาการดีขึ้นร้อยละ 68.9(179/260) และจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 69.2(180/260) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลลำพูน

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับประทานอาหาร		
ทานอาหารเองได้	177	68.1
ทานอาหารเองไม่ได้	83	31.9
- ได้รับการสอนป้อน	21	25.3
อาหารทางสายยาง		
- ไม่ได้รับการสอนป้อน	62	74.7
อาหารทางสายยาง		
การสอนกายภาพบำบัด		
ได้รับการสอน	137	52.9
ไม่ได้รับการสอน	122	47.1
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มี	34	13.1
- Pneumonia	8	23.5
- Bed Sore	3	8.8
- UTI	8	23.5
- อื่น ๆ	15	44.1

ตารางที่ 4 ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลลำพูน(ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	226	86.9
Disease Progression		
อาการเลวลง	73	28.1
อาการคงเดิม	8	3.1
อาการดีขึ้น	179	68.9
ผลการรักษา		
Dead	2	0.8
Refer	35	13.5
ไม่สมัครอยู่	43	16.5
D/C	180	69.2

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่งสูงสุด 36 วันต่ำสุด 1 วัน เฉลี่ย 3.9 วัน (SD = 3.8) ค่าใช้จ่ายสูงสุด 243,968 บาท ต่ำสุด 530 บาท เฉลี่ย 9,128.3 บาท (SD = 18,135) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระยะเวลาที่รักษาและค่าใช้จ่ายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รักษา (วัน)		
1-7	237	91.2
8-15	20	7.7
มากกว่า 15	3	1.2
ค่าเฉลี่ย(SD)	3.9	(3.8)
ค่าใช้จ่าย (บาท)		
น้อยกว่า 5000	105	40.4
5000-10000	104	40
10001-30000	38	14.6
มากกว่า 30000	13	5
ค่าเฉลี่ย(SD)	9,128.3	(18,135.5)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองในเพศชายและเพศหญิงต่างกัน คือ เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง (41.8% และ 13.0%, P = 0.001) ดื่มสุรามากกว่า

(40.3% และ 3.6%, $P = 0.001$) แต่เพศชายเป็นเบาหวาน น้อยกว่าเพศหญิง (3.0% และ 17.1%, $P = 0.004$) (ตารางที่ 6) สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในเพศชาย และเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 6 จำแนกปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุ เกิดจากเส้นเลือดในสมองตีบ/ตันในเพศชายและเพศหญิง

ลักษณะ	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	P - Value
ปัจจัยเสี่ยง			
การสูบบุหรี่	28 (41.8)	25 (13.0)	0.001*
การดื่มสุรา	27 (40.3)	7 (3.6)	0.001*
ภาวะความดันโลหิตสูง	29 (43.3)	105 (54.4)	0.117
ภาวะไขมันในเลือดสูง	1 (1.5)	1 (0.5)	0.432
โรคเบาหวาน	2 (3.0)	33 (17.1)	0.004*
โรคหัวใจ	3 (4.6)	21 (10.9)	0.130
สาเหตุ			
เส้นเลือดในสมองตีบ/ตัน	40 (59.7)	138 (71.5)	0.122
เส้นเลือดในสมองแตก	25 (37.3)	47 (24.4)	0.122
อื่น ๆ	2 (3.0)	8 (4.2)	0.122

* P-value <0.05

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่มีสาเหตุเกิดจากเส้นเลือดในสมองตีบ/ตัน มีระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายในส่วนของโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในส่วนของโรงพยาบาลจำแนกตามสาเหตุการเกิดโรค

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ราย)	ระยะเวลาการรักษา (วัน)		ค่าใช้จ่าย (บาท)	
		เฉลี่ย	(SD)	เฉลี่ย	(SD)
เส้นเลือดในสมองตีบ/ตัน	178	4.3	(4.1)	9,750.2	(21,467.6)
เส้นเลือดในสมองแตก	72	2.7	(2.8)	7,628.6	(6,215.9)
อื่น ๆ	10	4.4	(3.0)	8,856.5	(8,416.9)

อภิปรายผล

ในการศึกษาประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อสังเกตที่น่าสนใจค่าถามของการวิจัยในรายงานฉบับนี้ว่า ลักษณะทั่วไปของบุคคล

ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงมีผลต่อการเกิดโรค เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้ในการปรับปรุงการวางแผนการรักษาของผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่มีความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุเกิดจากเส้นเลือดในสมองตีบ/ตันสูงกว่าเพศชายในสัดส่วน 1.2:1 และสาเหตุที่เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตกที่พบอุบัติการณ์มากจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน 1.5:1 ซึ่งใกล้เคียงกับต่างประเทศที่มีสัดส่วนเฉลี่ย 1.3:1¹ มีรายงานถึงการให้ Estrogen ในผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามข้อมูลยังไม่เพียงพอที่จะบอกว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษายู่ในช่วง 65.9±13.1 เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคแบ่งเป็น ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ/ตัน 65.8% เส้นเลือดสมองแตก 27.7% ซึ่งใกล้เคียงกับต่างประเทศ⁶ ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองแตกมักมีอาการรุนแรงกว่า จึงมาพบแพทย์ และมีโอกาสรับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า ทำให้อุบัติการณ์ที่ได้มากกว่าความเป็นจริง

ด้านเศรษฐกิจและสังคมในต่างประเทศยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ส่วนในประเทศไทยเคยมีการศึกษาถึงภาวะความดันโลหิตในประชากรชุมชนแออัด ของกรุงเทพมหานครพบว่ามีความเสี่ยงสูงเป็นอย่างมาก⁷ ดังนั้นปัจจัยนี้อาจมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สำหรับในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำพูนร้อยละ 55.0 ผู้ป่วยเรียนจบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 60.8 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 69.2

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเนื่องจากเส้นเลือดขาดความยืดหยุ่น และมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีเฉพาะ Isolated systolic hypertension ซึ่งมีรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน ในการศึกษานี้พบว่า มี

ค่าความดัน Systolic > 140 mmHg. ร้อยละ 62.7 และค่าความดัน Diastolic 61-100 mmHg. ร้อยละ 79.4

การสูบบุหรี่ Honolulu Heart Study พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน/แตก และ Nurses' Health Study พบความสัมพันธ์ของการเกิด Subarachnoid hemorrhage กับจำนวนบุหรี่ที่สูบ จากการศึกษาครั้งนี้พบค่าการเสี่ยง (relative risk) ของการสูบบุหรี่ร้อยละ 18.5 ส่วนสาเหตุเกิดจากบุหรี่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง, การเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด, การแข็งตัวของเลือด และการทำลาย Endothelium cell ของหลอดเลือดสมอง ทำให้หลอดเลือดตีบได้ง่าย การดื่มสุรา Honolulu Heart Study พบความสัมพันธ์ของปริมาณ Alcohol ที่ดื่มกับการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ส่วนกลไกที่อธิบายคือ Alcohol มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น, เกิด cardiac Arrhythmia, กระตุ้น Coagulation pathway การศึกษานี้พบว่า การดื่มสุรามีค่าการเสี่ยง (relative risk) เท่ากับร้อยละ 10.8

เป็นที่ยอมรับกันว่าโรคเบาหวานสามารถทำให้เกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความเสี่ยง (relative risk) เท่ากับร้อยละ 13.5 นอกจากนั้นยังสังเกตว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นได้

ภาวะไขมันในเลือดสูง ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่ามีส่วนในการเกิด Atherosclerosis ของโรคหลอดเลือดหัวใจ ใน MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) พบความสัมพันธ์ระหว่าง Cholesterol สูง กับอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน⁸ จากการศึกษาครั้งนี้พบค่าการเสี่ยง (relative risk) เมื่อระดับ cholesterol ≥ 250 mg% ร้อยละ 20.5

นิสัยการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยเห็นว่าการรับประทานอาหารมีส่วนสำคัญ เช่น คนที่กินอาหารที่มีไขมันสูงอาจทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง คนที่กินอาหารหวานอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลลำพูน เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ความดันโลหิตสูง, สูบบุหรี่, เบาหวาน, คีมีสุรา, โรคหัวใจ, ไขมันในเลือดสูง ดังนั้นควรมีความพยายามป้องกันและแก้ไขในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรค โดยควรมีการรณรงค์เพื่อการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวในทุกระดับ และมีการทบทวนระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลลำพูนทั้งระบบ โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยอาจจะนำ Clinical guideline ที่ได้รับการพัฒนาแล้วมาใช้เป็นแนวทาง มีการเน้นการให้สุศึกษาในการป้องกันโรค โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุราอย่างเด็ดขาด การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังต้องพัฒนาในเรื่องการเยี่ยมบ้านและระบบการติดตามผู้ป่วยที่เป็นโรค และเกิดฉันทนาการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำพูน คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูน และเจ้าหน้าที่

ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิวรรณ วิวัฒน์กุลและกฤษฎา พิรเวช. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยไทยที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2548; 15(1): 50-59.
2. ศิริสุขสวัสดิ์. โรคหลอดเลือดสมองอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อยในโรงพยาบาลสกลนคร. สรรพสิทธิเวชสาร 2547; 25(1): 15-22.
3. พุดพิงศ์ ภูทอง. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองดับหรืออุดตันในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2548; 30(1): 30-34.
4. เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย. สารอายุรศาสตร์ 2545; 18: 42-49.
5. Ebrahim S. Clinical epidemiology of stroke. Oxford: Oxford University Press, 1990.
6. นิพนธ์ พงวารินทร์. Epidemiology of stroke. ใน: นิพนธ์ พงวารินทร์ พ.บ., บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, พ.ศ.2534: 11-38.
7. You RX, McNeil JJ, O'Malley HM. Risk factors for stroke due to cerebral infarction in young adults. Stroke 1997; 28: 1913-8.
8. นิพนธ์ พงวารินทร์. Risk factors of stroke. ใน: นิพนธ์ พงวารินทร์ พ.บ., บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, พ.ศ.2534: 39-54.

การศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนปีงบประมาณ 2547 – 2549
(The results of Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever (DF/DHF) Prevention and Control
in Maung District, Mae Hong Son Province, 2004-2006)

สมจิตต์ วิชา ป. ผู้เฝ้าระวังอาวุโส

Mr. Somjitt Wicha

Cert. Senior Supervisor

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Muang Distric of Public health office, Mae Hong Son

Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสถานการณ์ ความก้าวหน้า และปัจจัยที่มีผลกระทบโดยตรง ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และเพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูล โดยค่าสถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ในปีงบประมาณ 2547 ซึ่งพบอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยเฉพาะตำบลปางหมู ตำบลจองคำ และตำบลผาป่อง อัตราป่วยเท่ากับ 450.03, 312.96, 77.59 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2548 พบอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์ 5 ตำบล คือ ตำบลผาป่อง ตำบลจองคำ ตำบลห้วยผา ตำบลปางหมู และ ตำบลห้วยโป่ง อัตราป่วยเท่ากับ 508.66, 170.13, 111.36, 109.41, 60.20 ต่อแสนประชากร และในปี ปีงบประมาณ 2549 พบอัตราป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ คือ ตำบลจองคำ และตำบลปางหมู อัตราป่วยเท่ากับ 48.97 และ 26.15 ต่อแสนประชากร ลักษณะพื้นที่ ที่พบอัตราป่วยสูง ส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่เขตเทศบาล หรือเขตเมือง และพื้นที่กึ่งเมือง ช่วงระยะเวลาที่เกิดโรคสูง อยู่ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม สำหรับกลุ่มอายุที่เกิดโรคสูงอันดับแรกคือกลุ่มอายุ 25 -44 ปี และกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 45 - 59 ปี, อายุ 10 -14 ปี และอายุ 5 - 9 ปี ประเมินผลการดำเนินงานการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดย อสม. ทั้ง 3 ปี พบว่า ช่วงระยะเวลาที่ อสม. ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลายครอบคลุมพื้นที่มาก ช่วง พ.ค. - ก.ค. ครอบคลุม ร้อยละ 60 - 80 และ ช่วงระยะเวลาที่ อสม. ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลายครอบคลุมพื้นที่น้อย ช่วง ก.ย. - ธ.ค. ครอบคลุมน้อยกว่า ร้อยละ 50 สำหรับดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน (ค่า HI) จะพบสูง ในช่วงเดือน พ.ค. - ก.ค. ของทุกปี และพบว่าโรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็ก และสถานีอนามัย มีค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย(ค่า CI) พบสูงในช่วงเวลาดังกล่าวเช่นกัน การสำรวจ และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าของบ้าน พบว่าผลการตอบรับจากชุมชนทั้ง 3 ปี ทั้งอำเภอ ส่งบัตรกลับครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมายสูงสุด ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2547 ร้อยละ 76.81 ของหมู่บ้านเป้าหมาย และต่ำสุด ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2549 ร้อยละ 62.32 และการส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือน สูงสุด ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2548 ร้อยละ 44.91 ของหลังคาเรือน และต่ำสุด ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2549 ร้อยละ 39.08 ถ้าหากพิจารณาการตอบรับ ระดับตำบลทั้ง 3 ปี พบว่า ความครอบคลุม

หลังคาเรือนที่ส่งบัตรกลับ สูงสุดคือ ตำบลหมอกจำแป่ รองลงมา คือ ตำบลห้วยผา ตำบลผาบ่อง ตำบลปางหมู ตามลำดับ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกยังมีปัญหา เนื่องจากอัตราป่วยของโรคยังสูง โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมือง และพื้นที่กึ่งเมือง จึงจำเป็นที่จะต้องมีการเชิงรุก และแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน การบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นผู้มีบทบาทหลักในการเฝ้าระวังก่อนการเกิดโรค การควบคุมโรคได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 เท่าของระยะฟักตัว ซึ่งหากดำเนินการได้ตามแนวทาง ก็จะสามารถควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรค, ไข้เลือดออก

Abstract

This study is a descriptive study. The purpose of the study is to evaluate the progression and direct impact of DF/DHF prevention and control in order to improve the efficacy of this mission. The data was analyzed by frequency, percentage and average.

The study shows that DF/DHF are still significant public health problems in Maung district, Mae Hong Son. In fiscal year 2004 there was a higher Morbidity Rate (MR) than standard levels in Pang Mhoo subdistrict, Jong Khum subdistrict and Pha Bong subdistrict. The MR are 450.03, 312.96 and 77.59 per 100,000 people respectively. In fiscal year 2005 there was a higher MR than standard level in Pha Bong subdistrict, Jong Khum subdistrict, Haui Pha subdistrict, Pang Mhoo subdistrict and Haui Pong subdistrict. The MR are 508.66, 170.13, 111.36, 109.41 and 60.20 per 100,000 people respectively. In fiscal year 2006 there was a lower MR than standard level in Jong Khum subdistrict and Pang Mhoo subdistrict. The MR are 48.97 and 26.15 per 100,000 people respectively. Most of the high MR occur in urban and sub urban areas. The high incidence period is from around May to August. The high incidence group of ages are 25-44 and 15-24 year old followed by 45-59, 10-14 and 5-9 year old respectively. The discovery and elimination of breeding places by Voluntary public health service villagers in the last 3 years reached 60-80 percent in May-July, and less than 50 percent in September-December. We found a high level of House hold Index (HI) in the village in May-July and a high level of Container Index (CI) in the school, temple, kidder garden and public health office in the same period.

Discovery and eradication of breeding places by home owners over 3 years is highest in Mhog Chum Pae subdistrict followed by Haui Pha subdistrict, Pha Bong subdistrict and Pang Mhoo subdistrict respectively.

DF/DHF prevention and control are important because of the high MR in urban and sub urban areas. Therefore, it is necessary to continue surveillance and integrate efforts with the local administration. In order to successfully control future outbreaks of DF/DHF.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever (DF/DHF), Prevention and Control

บทนำ

ไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย *Aedes aegypti* เป็นตัวนำสำคัญ จัดอยู่ในกลุ่ม Mosquito borne disease เป็นเชื้อไวรัสเดงกี (emerging disease) ที่ระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี พ.ศ. 2497 สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีรายงานการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร มีรายงานผู้ป่วย 2,706 ราย ตาย 296 ราย คิดเป็นอัตราป่วยและอัตราตายเท่ากับ 10.6 และ 1.2 ต่อแสนประชากร ในระยะ 5 ปี ต่อจากนั้นมาก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ส่วนใหญ่จากกรุงเทพมหานครและธนบุรี การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่น และการคมนาคมสะดวกโรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่า มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้ในทุกจังหวัดของประเทศไทย และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูง 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปีแล้วเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยสำคัญของการระบาดและการขยายพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเพิ่มจำนวนของประชากร การเคลื่อนย้ายของประชากร การคมนาคมที่สะดวกทั้งทางบกและทางอากาศ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในชนิดของเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่ในพื้นที่ ก็มีความสำคัญต่อการเกิดโรคด้วยเช่นกัน ดังนั้นการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญที่สุดคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ตามวงจรชีวิต มี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะลูกน้ำ ระยะตัวมอด และระยะตัวเต็มวัย โดยการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ

จากการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ในเขตเทศบาล และนอกเขต

เทศบาล ตั้งแต่ปี 2545 -2549 พบว่า ในปี 2545 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 44 ราย คิดเป็นอัตราป่วยสูงถึง 92.79 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตำบลจองคำ รวม 26 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 428.27 ต่อแสนประชากร ในปี 2546 พบผู้ป่วยทั้งหมด 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10.54 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตำบลจองคำ รวม 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 32.94 ต่อแสนประชากร ในปี 2547 ได้รับรายงานผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 75 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 163.02 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตำบลปางหมู รวม 48 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 450 ต่อแสนประชากร ในปี 2548 พบผู้ป่วยทั้งหมด 68 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 150.76 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตำบลผาบ่อง รวม 37 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 508.66 ต่อแสนประชากร และ ในปี 2549 พบผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12.50 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตำบลจองและตำบลปางหมู เท่ากัน คือ 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 48.97 และ 26.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยในทั้ง 5 ปี ไม่มีรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ได้ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ซึ่งมีกลวิธีสำคัญคือ การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกตามนโยบายสร้างสุขภาพหลายประการที่สำคัญ เช่น มีการรณรงค์สำรวจความชุก และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ทั้งในโรงเรียนชุมชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การพ่นหมอกควันควบคุมโรคในโรงเรียนก่อนเปิดเทอม เป็นต้น ทั้งนี้ยังรวมไปถึงกิจกรรมการควบคุม และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยตนเองของทุกครัวเรือน ตลอดจนการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

การศึกษาประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนในครั้งนี้ ผู้ศึกษา

ได้ทำการวิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอ ในรอบ 3 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2547 - 2549 ในด้านของความรู้รอบคลุม และประสิทธิผล ตลอดจนปัญหา อุปสรรค เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางในการแก้ไขปัญหาคต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินสถานการณ์ และความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลโดยตรง ผลกระทบต่อการดำเนินงาน

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอแม่ฮ่องสอน ในรอบ 3 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2547 - 2549

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาประเมินผลเชิงพรรณนา (Evaluation Descriptive Research) โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากการรวบรวมรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน และโรงพยาบาลศรีสังวาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการรวบรวมรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รายงาน 506 ปีงบประมาณ 2547 - 2549
2. แบบรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำเดือน ปีงบประมาณ 2547 - 2549
3. แบบบัตรสำรวจลูกน้ำยุงลายรับประกันบ้านนี้ปลอดภัยลูกน้ำยุงลาย ปีงบประมาณ 2547 - 2549

4. รายงานผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกประจำปี ปีงบประมาณ 2547 - 2549

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รายงาน 506 ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนระหว่างปีงบประมาณ 2547 - 2549
2. หลังคาเรือนที่สุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากรายงานในรูปแบบการทำรายงานในเชิงพรรณนา ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกประจำปีงบประมาณ 2547 - 2549 ในแต่ละกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน แบ่งเขตพื้นที่การปกครองทั้งหมด 7 ตำบล มีพื้นที่ทั้งหมด 2,483 ตารางกิโลเมตร เป็นพื้นที่ราบ 34 หมู่บ้าน และ พื้นที่สูง 35 หมู่บ้าน หลังคาเรือนทั้งหมด 13,345 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 48,011 คน โดยรายละเอียดเป็นรายตำบล ดังนี้
 1. ตำบลจองคำ ซึ่งเป็นเขตเทศบาล มีพื้นที่ทั้งหมด 8 ตารางกิโลเมตร จัดแบ่งเป็น 6 ชุมชน เป็นพื้นที่ราบทั้งหมด จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 3,564 หลังคาเรือน และ ประชากรทั้งหมด 6,126 คน
 2. ตำบลห้วยโป่งมีพื้นที่ทั้งหมด 515 ตารางกิโลเมตร จัดแบ่งเป็นพื้นที่ราบ 4 หมู่บ้าน และพื้นที่สูง 11

หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 1,610 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 6,744 คน

3. ตำบลผาบ่องมีพื้นที่ทั้งหมด 324 ตารางกิโลเมตร จัดแบ่งเป็นพื้นที่ราบ 10 หมู่บ้าน และพื้นที่สูง 2 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 1,752 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 7,773 คน

4. ตำบลปางหมูมีพื้นที่ทั้งหมด 300 ตารางกิโลเมตร จัดแบ่งเป็นพื้นที่ราบ 10 หมู่บ้าน และพื้นที่สูง 3 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 3,312 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 11,474 คน

5. ตำบลห้วยผามีพื้นที่ทั้งหมด 615 ตารางกิโลเมตร จัดแบ่งเป็นพื้นที่ราบ 5 หมู่บ้าน และพื้นที่สูง 3 หมู่บ้าน จำนวน หลังคาเรือนทั้งหมด 1,210 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 4,759 คน

6. ตำบลหมอกจำแป่มีพื้นที่ทั้งหมด 236 ตารางกิโลเมตร จัดแบ่งเป็นพื้นที่ราบ 4 หมู่บ้าน และพื้นที่สูง 5 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 1,302 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 7,195 คน

7. ตำบลห้วยปูลิงมีพื้นที่ทั้งหมด 485 ตารางกิโลเมตร ซึ่งเป็นพื้นที่สูงทั้งหมด 11 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 595 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 3,940 คน

2. ขนาดของปัญหาโรคไข้เลือดออก

2.1 จำนวนและอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก (Incidence Rate; IR)

จำนวนและอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ๓ วันสิ้นปีงบประมาณ (วันที่ 30 กันยายน) ในรอบ 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 - 2549 มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2547 และปี 2548 ซึ่งอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งอำเภอ ยังสูงกว่า 60 ต่อแสนประชากร คือ เท่ากับ 163.02 และ 150.76 ตามลำดับ ส่วนในปีงบประมาณ 2549 อัตราโรคไข้เลือดออก ทั้งอำเภอลดลง และต่ำกว่า 60 ต่อแสนประชากร คือ เท่ากับ 13.15 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะลดลง เกณฑ์กระทรวง

สาธารณสุขกำหนดอัตราไม่เกิน 50 ต่อแสนเมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน แยกเป็นรายตำบลตั้งแต่

ปีงบประมาณ 2547 - 2549 สามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มๆ ดังนี้

1. ตำบลที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก เกิน 60 ต่อแสนประชากร ติดต่อกันเป็น เวลา 2 ปี มีจำนวน 3 ตำบล คือ ตำบลจองคำ ตำบลผาบ่อง และ ตำบลปางหมู

2. ตำบลที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 60 ต่อแสนประชากร ในเวลา 1 ปี มีจำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลห้วยโป่ง และตำบลห้วยผา

3. ตำบลที่ไม่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี มีจำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลหมอกจำแป่ และตำบลห้วยปูลิง

2.2 ปัญหาการแพร่ระบาดตามระยะเวลา

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตรับผิดชอบของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน พิจารณาจากรายงานผู้ป่วยจำแนกเป็นรายเดือน ปีงบประมาณ 2547 – 2549 พบว่า ปี 2547 มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก พบว่า เดือนที่พบผู้ป่วยสูงสุดเดือน ก.ค. จำนวน 55 ราย รองลงมา เดือน ส.ค. จำนวน 11 ราย และ เดือน ก.ย. จำนวน 5 ราย ปี 2548 พบผู้ป่วยสูงสุดเดือน มิ.ย. จำนวน 22 ราย รองลงมา เดือน พ.ค. จำนวน 20 ราย และ เดือน ส.ค. จำนวน 10 ราย และ ปี 2549 พบผู้ป่วยสูงสุดเดือน ส.ค. จำนวน 4 ราย รองลงมา เดือน ก.ค. จำนวน 2 ราย

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตรับผิดชอบของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน เมื่อพิจารณา ทั้ง 3 ปี พบผู้ป่วยมาก ช่วง เดือนพ.ค. ถึง เดือนส.ค., ช่วง เดือน ก.ย. ถึง เดือนธ.ค. จะพบผู้ป่วยน้อย และช่วงเดือน ม.ค. ถึง เดือน เม.ย. ไม่พบผู้ป่วย

2.3 ปัญหาการแพร่ระบาดตามกลุ่มอายุ

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตรับผิดชอบของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนแยกตามกลุ่มอายุ ปี 2547 – 2549 พบว่า ปี 2547 กลุ่มอายุ 25 – 44 ปี พบสูงสุด

จำนวน 26 ราย รองลงมา กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี พบ จำนวน 24 ราย และกลุ่มอายุ 45 – 59 ปี พบจำนวน 14 ราย ปี 2548 กลุ่มอายุ 25 – 44 ปี พบสูงสุด จำนวน 29 ราย รองลงมา กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี พบ จำนวน 15 ราย และกลุ่มอายุ 5 – 9 ปี พบจำนวน 10 ราย และ ปี 2549 กลุ่มอายุ 25 – 44 ปี พบสูงสุด จำนวน 3 ราย รองลงมา กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี พบ จำนวน 2 ราย และกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี พบจำนวน 1 ราย

3. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

3.1 การสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน

การสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) พบมีการสำรวจลูกน้ำในชุมชนครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมายสูงสุด ปีงบประมาณ 2547 พบสูงสุดในเดือน ก.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 59.42 ปีงบประมาณ 2548 พบสูงสุดในเดือน มิ.ย. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 75.36 และปีงบประมาณ 2549 พบสูงสุดในเดือน ก.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 79.71 ซึ่งพบว่าการสำรวจลูกน้ำในชุมชนครอบคลุมหมู่บ้านมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึง ปีงบประมาณ 2549

การสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยอสม. พบมีการสำรวจลูกน้ำในชุมชนครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมายต่ำสุด ปีงบประมาณ 2547 พบต่ำสุด ช่วงเดือน พ.ย.-ธ.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 15.94 ปีงบประมาณ 2548 พบต่ำสุดในเดือน ธ.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 36.23 และปีงบประมาณ 2549 พบต่ำสุดในเดือน ก.ย. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 55.07 ซึ่งยังพบว่าการสำรวจลูกน้ำในชุมชนครอบคลุมหมู่บ้านมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึง ปีงบประมาณ 2549

การสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนพบว่า ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI < 10 ครอบคลุมทุกหมู่บ้านที่สำรวจ คือ ครอบคลุมร้อยละ 100 ปีงบประมาณ 2547 ช่วงเดือน ต.ค.-ม.ค. และ มิ.ค.

ปีงบประมาณ 2548 ช่วงเดือน ต.ค., ธ.ค.-ม.ค. และปีงบประมาณ 2549 ช่วงเดือน ม.ค.-เม.ย. ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI < 10 ครอบคลุมทุกหมู่บ้านที่สำรวจ คือ ครอบคลุมร้อยละ 100 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 – 2549 จะอยู่ในช่วง เดือน ต.ค.-เม.ย.

การสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน พบว่า ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI < 10 ครอบคลุมหมู่บ้านที่สำรวจ น้อยที่สุด ปีงบประมาณ 2547 เดือน พ.ค. ครอบคลุมร้อยละ 65.63 ปีงบประมาณ 2548 เดือน พ.ค. ครอบคลุมร้อยละ 85.11 และปีงบประมาณ 2549 เดือน ก.ค. ครอบคลุมร้อยละ 76.36 ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI < 10 ครอบคลุมหมู่บ้านที่สำรวจน้อยที่สุด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547-2549 จะอยู่ในช่วง เดือน พ.ค. และ เดือน ก.ค.

3.2 การสำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และสถานอนามัย(สอ.) ปีงบประมาณ 2547 - 2549

การสำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. โดย อสม. พบมีการสำรวจลูกน้ำในชุมชนครอบคลุมเป้าหมายสูงสุด ปีงบประมาณ 2547 พบสูงสุดในเดือน ก.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 67.53 ปีงบประมาณ 2548 พบสูงสุดในเดือน พ.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 81.82 และปีงบประมาณ 2549 พบสูงสุดในเดือน พ.ค. และ ก.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 83.77 ซึ่งพบว่าการสำรวจลูกน้ำในโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. ครอบคลุมเป้าหมาย มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึง ปีงบประมาณ 2549

การสำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. โดย อสม. พบมีการสำรวจลูกน้ำในชุมชนครอบคลุมเป้าหมายต่ำสุด ปีงบประมาณ 2547 พบต่ำสุดในเดือน พ.ย. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 17.53 ปีงบประมาณ 2548 พบต่ำสุดในเดือน ธ.ค. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 33.12 และปีงบประมาณ 2549 พบต่ำสุดในเดือน พ.ย. สำรวจครอบคลุมร้อยละ 72.08 ซึ่งยังพบว่าการสำรวจลูกน้ำ ในโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ

สอ. ครอบคลุมเป้าหมาย มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2547 ถึง ปีงบประมาณ 2549

การสำรวจลูกน้ำยุงลายใน โรงเรียน วัด ศูนย์ เด็ก และ สอ. พบว่า ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า $CI = 0$ ครอบคลุมโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. ที่สำรวจ คือครอบคลุมร้อยละ 100 ปีงบประมาณ 2547 ช่วง เดือน ต.ค. – ม.ค. ปีงบประมาณ 2548 ในเดือน ธ.ค. และปีงบประมาณ 2549 ในเดือน ก.พ. พบครอบคลุม ร้อยละ 99.17 ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า $CI = 10$ ครอบคลุมโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. ที่สำรวจ คือครอบคลุมร้อยละ 100 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 – 2549 จะอยู่ในช่วง เดือน ต.ค. – ม.ค. และ ธ.ค.

การสำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. พบว่า ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า $CI = 10$ ครอบคลุมโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. ที่สำรวจ น้อยที่สุด ปีงบประมาณ 2547 เดือน ก.ค. ครอบคลุมร้อยละ 85.58 ปีงบประมาณ 2548 เดือน ก.ค. ครอบคลุมร้อยละ 87.80 และปีงบประมาณ 2549 เดือน มิ.ย. ครอบคลุมร้อยละ 79.37 ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า $CI = 10$ ครอบคลุมโรงเรียน วัด ศูนย์เด็ก และ สอ. ที่สำรวจ น้อยที่สุด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 – 2549 จะอยู่ในช่วง เดือน มิ.ย. - ก.ค.

4.การสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าของบ้าน

4.1 การส่งบัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน ปีงบประมาณ 2547-2549

การสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าของบ้านแต่ละ หลังสำรวจทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์เจ้าของบ้าน และอสม. ในพื้นที่ เฝ้ารับรอง บัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย แล้วส่งบัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย กลับคืนให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองแม่ฮ่องสอน เพื่อจับฉลากชิงโชค ครั้งที่ 1 นั้น ผลการตอบรับจากชุมชนพบว่า หมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมทุกหมู่บ้านเป้าหมาย ครอบคลุม ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2547 ตำบลจองคำ

และตำบลห้วยผา ปีงบประมาณ 2548 ตำบลจองคำ และตำบลหมอกจำแป่ และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลจองคำ ตำบลห้วยผา และตำบลหมอกจำแป่ ซึ่งพบว่า ตำบลจองคำ หมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมทุกหมู่บ้านเป้าหมาย ครอบคลุม ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ติดต่อกัน 3 ปี สำหรับตำบล ห้วยผา และหมอกจำแป่ ติดต่อกัน 2 ปี และ หมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมาย ตำบล ปีงบประมาณ 2547 ตำบลห้วยโป่ง ครอบคลุม ร้อยละ 46.67 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2548 ตำบลห้วยปูลิง ครอบคลุม ร้อยละ 45.45 ของหมู่บ้านเป้าหมาย และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลห้วยปูลิง ร้อยละ 36.36 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ซึ่งพบว่า ตำบลห้วยปูลิง หมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมาย ตำบล ติดต่อกัน 2 ปี

การส่งบัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย กลับคืนให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน เพื่อจับฉลากชิงโชคครั้งนี้ ผลการตอบรับจากชุมชนพบว่า ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือน สูงสุด ปีงบประมาณ 2547 ตำบลห้วยผา ร้อยละ 65.08 ปีงบประมาณ 2548 ตำบลหมอกจำแป่ ร้อยละ 76.26 และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลหมอกจำแป่ ร้อยละ 70.43 ซึ่งพบว่า ตำบลหมอกจำแป่ที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือนสูงสุด ติดต่อกัน 2 ปี และผลการตอบรับจากชุมชนพบว่า ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือน ตำบล ปีงบประมาณ 2547 ตำบลห้วยปูลิง ไม่มีการตอบรับจากชุมชน ปีงบประมาณ 2548 ตำบลจองคำ ร้อยละ 20.60 และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลจองคำ ร้อยละ 22.73 ซึ่งพบว่า ตำบลจองคำที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือนต่ำสุด ติดต่อกัน 2 ปี

4.2 การส่งบัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ครั้งที่ 2 เดือน สิงหาคม ปีงบประมาณ 2547-2549

การสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าของบ้านแต่ละ หลังสำรวจทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์เจ้าของบ้าน และอสม. ในพื้นที่ เฝ้ารับรอง บัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย แล้วส่งบัตรรับประกันบ้านนี้ปลอด

ลูกน้ำยุงลาย กลับคืนให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน เพื่อจับฉลากชิงโชค ครั้งที่ 2 นั้น ผลการตอบรับจากชุมชนพบว่า หมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมทุกหมู่บ้านเป้าหมาย ครอบคลุม ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2547 ตำบลจองคำ และตำบลหมอกจำแป่ ปีงบประมาณ 2548 ตำบลจองคำ และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลจองคำ และตำบลหมอกจำแป่ ซึ่งพบว่า ตำบลจองคำ หมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมทุกหมู่บ้านเป้าหมาย ครอบคลุม ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ติดต่อกัน 3 ปี สำหรับตำบลหมอกจำแป่ ติดต่อกัน 2 ปี และหมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมายต่ำสุด ปีงบประมาณ 2547 ตำบลผาบ่อง ครอบคลุม ร้อยละ 41.67 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2548 ตำบลห้วยปูลิง ครอบคลุม ร้อยละ 36.36 ของหมู่บ้านเป้าหมาย และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลห้วยโป่ง ร้อยละ 26.67 ของหมู่บ้านเป้าหมาย ซึ่งพบว่าหมู่บ้านที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมายต่ำสุด ไม่ซ้ำตำบลทั้ง 3 ปี

การส่งบัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย กลับคืนให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน เพื่อจับฉลากชิงโชคนั้น ผลการตอบรับจากชุมชนพบว่า ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือน สูงสุด ปีงบประมาณ 2547 ตำบลหมอกจำแป่ ร้อยละ 77.04 ปีงบประมาณ 2548 ตำบลห้วยผา ร้อยละ 59.56 และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลหมอกจำแป่ ร้อยละ 77.42 ซึ่งพบว่า ตำบลหมอกจำแป่ที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือนสูงสุด ติดต่อกัน 2 ปี และผลการตอบรับจากชุมชนพบว่า ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือน ต่ำสุด ปีงบประมาณ 2547 ตำบลจองคำ ร้อยละ 22.03 ปีงบประมาณ 2548 ตำบลจองคำ ร้อยละ 19.01 และ ปีงบประมาณ 2549 ตำบลจองคำ ร้อยละ 19.98 ซึ่งพบว่า ตำบลจองคำที่ส่งบัตรกลับครอบคลุมหลังคาเรือนต่ำสุด ติดต่อกัน 3 ปี

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานลักษณะพื้นที่ ของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ซึ่งสามารถแบ่งตามสภาพพื้นที่ ได้เป็น 3 ลักษณะ พื้นที่ดังนี้

พื้นที่เขตเทศบาล หรือ พื้นที่เขตเมือง คือ ลักษณะพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ราบทั้งหมด ลักษณะประชากรอยู่กันหนาแน่นมาก ได้แก่ ตำบลจองคำ

พื้นที่กึ่งเมือง หรือพื้นที่ใกล้เขตเทศบาล คือ ลักษณะพื้นที่เป็นพื้นที่ราบเป็นส่วนใหญ่ทั้งหมด ลักษณะประชากรอยู่กันค่อนข้างหนาแน่น ได้แก่ ตำบลผาบ่อง และตำบลปางหมู

พื้นนอกเขตเทศบาล คือ ลักษณะพื้นที่ห่างไกลจากเขตเทศบาลค่อนข้างมาก และพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่สูง ลักษณะประชากรอยู่กันไม่หนาแน่นเท่าไร ได้แก่ ตำบลห้วยผา ตำบลหมอกจำแป่ ตำบลห้วยโป่ง และตำบลห้วยปูลิง สำหรับพื้นที่ตำบลห้วยปูลิงลักษณะพื้นที่ เป็นพื้นที่สูงทั้งตำบล

สรุป จากการศึกษาลักษณะพื้นที่ จำนวนหลังคาเรือน และประชากร ของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ทำให้ทราบถึงลักษณะพื้นที่ ความหนาแน่น ของหลังคาเรือน และประชากร ทำให้เราสามารถนำข้อมูลจากการศึกษา มาวางแผน และจัดลำดับความเสี่ยง ในการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ ดังนี้

1. พื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่ ตำบลจองคำ
2. พื้นที่เสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ตำบลผาบ่อง และตำบลปางหมู

3. พื้นที่เสี่ยงน้อย ได้แก่ ตำบลห้วยผา ตำบลหมอกจำแป่ ตำบลห้วยโป่ง และตำบลห้วยปูลิง การจัดลักษณะพื้นที่เสี่ยงดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เป็นข้อพิจารณาในการจัดกิจกรรม การให้ความสำคัญ ที่จะวางแผนปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ ให้สอดคล้องกับลักษณะพื้นที่ และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. การพิจารณาขนาดของปัญหาโรคไข้เลือดออก

ถ้าพิจารณาการระบาดของโรคไข้เลือดออกตามลักษณะพื้นที่ พบว่า ในปี งบประมาณ 2547 พื้นที่ที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ ตำบลปางหมู พบอัตราป่วย 450.03 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดมาก รองลงมา คือ ตำบลจองคำ และตำบลผาบ่อง พบอัตราป่วย 312.96 และ 77.59 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนตำบลห้วยผา ตำบลหมอกจำแป่ และตำบลห้วยปูลิง ไม่พบผู้ป่วย ในปี งบประมาณ 2548 พื้นที่ที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ ตำบลผาบ่อง พบอัตราป่วย 508.66 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดมาก รองลงมา คือ ตำบลจองคำ ตำบลห้วยผา ตำบลปางหมู และตำบลห้วยโป่ง พบอัตราป่วย 170.13, 111.36, 109.41 และ 60.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนตำบลหมอกจำแป่ และตำบลห้วยปูลิง ไม่พบผู้ป่วย สำหรับในปีงบประมาณ 2549 พบอัตราป่วยลดลงมาก ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด พบผู้ป่วยตลอดทั้งปีแค่ 2 ตำบล คือ ตำบลจองคำ และตำบลปางหมู พบอัตราป่วยเท่ากับ 48.97 และ 26.15 ต่อแสนประชากร สำหรับตำบลอื่น ไม่พบผู้ป่วย

สรุปจากการศึกษาการเกิดโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ในระยะเวลา 3 ปี พบว่า ปีงบประมาณ 2547 และปีงบประมาณ 2548 พบอัตราป่วยค่อนข้างสูงมากทั้ง 2 ปี แต่ปี งบประมาณ 2549 ลดลงมาก ลักษณะ การระบาดของโรคน่าจะเกิดการระบาด 2 ปี และ เว้น 1 ปี ถ้าหากพิจารณาการระบาดของโรค ตามลักษณะพื้นที่ใน ปีงบประมาณ 2547 พบว่าพื้นที่ที่พบอัตราป่วยค่อนข้างสูงมาก คือตำบลปางหมู และตำบลจองคำ รองลงมาคือตำบลผาบ่อง ซึ่งสอดคล้องกับที่ได้วิเคราะห์ไว้ในข้อมูลทั่วไป คือ ตำบลจองคำเป็นพื้นที่เขตเทศบาล หรือพื้นที่เขตเมือง ส่วนตำบลปางหมู และตำบลผาบ่องพื้นที่กึ่งเมือง หรือพื้นที่ใกล้เขตเทศบาล เนื่องจากการเกิดโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่จะเกิดในพื้นที่ เขตเมือง และพื้นที่กึ่งเมืองที่มีลักษณะชุมชน

หนาแน่น สำหรับในปีงบประมาณ 2548 การระบาดของโรคตามลักษณะพื้นที่ คล้ายกับการระบาดในปีงบประมาณ 2547 คือ ตำบลที่พบอัตราป่วยค่อนข้างสูงมาก คือตำบลผาบ่อง รองลงมา คือ ตำบลจองคำ และตำบลห้วยผา ส่วนตำบลปางหมู ที่เคยเกิดโรคระบาดสูงในปี งบประมาณ 2547 นั้น พบว่าการเกิดโรคระบาดในปีงบประมาณ 2548 ลดลงจากปีที่แล้วมาก เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2548 ที่พบการระบาดในตำบลผาบ่อง สูงกว่าปีที่แล้วมาก เช่นเดียวกับตำบลห้วยผา ซึ่ง ไม่พบการระบาดในปีงบประมาณ 2547 แต่ พบการระบาดสูง ในปีงบประมาณ 2548 มาก จากการวิเคราะห์ดังกล่าว พบว่าพื้นที่ ที่เคยเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก มากในปีที่แล้ว ปีต่อไปจะไม่เกิดการระบาดของโรคสูงในพื้นที่เดิม แต่จะเกิดการระบาดของโรคในพื้นที่ใหม่ และเป็นพื้นที่ค่อนข้างเสี่ยงด้วย

3. การพิจารณาปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกตามระยะเวลา

การระบาดของโรคไข้เลือดออกตามระยะเวลาของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึงปีงบประมาณ 2549 พบว่า ช่วงระยะเวลาที่เกิดโรคสูงจะอยู่ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือน สิงหาคม ช่วงระยะเวลาที่เกิดโรคน้อยจะอยู่ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม และ ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือน เมษายน ไม่พบผู้ป่วย

4. การพิจารณาปัญหาการแพร่ระบาดตามช่วงอายุ

การระบาดของโรคไข้เลือดออกตามกลุ่มอายุของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึงปีงบประมาณ 2549 จากการวิเคราะห์ข้อมูลการระบาดของโรคไข้เลือดออกตามกลุ่มอายุ ดังกล่าว สรุปได้ดังนี้ กลุ่มอายุที่เกิดโรคสูงอันดับแรก 25 -44 ปี, 15-24 ปี, 45-59 ปี, 10-14 ปี, 5-9 ปี, 0-4 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป ตามลำดับ

5.ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน

5.1 การสำรวจ และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดย อสม.

การวิเคราะห์ข้อมูล จากการสำรวจและทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 3 ปี พบว่า ช่วงระยะเวลาที่ อสม.สำรวจมาก จะอยู่ในช่วง เดือน พ.ค.-ก.ค. ซึ่งจะ เป็นช่วงฤดูฝนด้วย และเป็นเวลาที่เหมาะสม ในการ ขยายพันธุ์ของยุงสูง ถ้าหากมีโรคไข้เลือดออกระบาดใน ปีนั้นๆ ก็จะพบในช่วงดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าความ ร่วมมือ หรือความสนใจของ อสม. จะมีมากในช่วงนี้ แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะให้ความสนใจ ในช่วงเวลาดังกล่าว สำหรับระยะเวลาที่ อสม. สำรวจ น้อยจะอยู่ในช่วง เดือน พ.ย.-ธ.ค. ซึ่งจะเป็นช่วง หลัง การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือ ช่วงการเฝ้าระวัง โรค ดังนั้น การสำรวจ และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายโดย อสม.จึงจำเป็นที่จะต้อง สำรวจตลอดทั้งปี ถึงแม้ว่าจาก ข้อมูลสถิติการระบาดของโรคไข้เลือดออก จะระบาดสูงในช่วงฤดูฝน หรือ ช่วงเดือน พ.ค. - ส.ค. ก็ ตาม แต่ยังพบผู้ป่วยในช่วงเดือน ก.ย. - ธ.ค. อยู่บ้างถึงแม้ จะพบผู้ป่วยไม่มากก็ตาม แต่ถ้าหากไม่มีการทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ก็อาจเกิดการระบาด ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวได้

การพิจารณาดัชนีชี้วัด ค่า HI และ ค่า CI พบว่า ดัชนีชี้วัด ค่า HI < 10 และ ค่า CI = 0 จะพบอัตรามาก หรือน้อย จะอยู่ในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกัน คือ

- ค่า HI < 10 และ ค่า CI = 0 จะพบอัตราความ ครอบคลุมสูง ในช่วงเดือน ต.ค. - ม.ค. ตลอดทั้ง 3 ปี ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายช่วงเวลา ดังกล่าวจะต่ำ คือพบว่ามีจำนวนหมู่บ้านที่มีค่า HI < 10 มากในช่วงเวลาดังกล่าว และพบว่ามีจำนวนโรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็ก และสถานอนามัย ที่มี ค่า CI = 0 มาก ในช่วงเวลาดังกล่าวเช่นกัน

- ค่า HI < 10 และ ค่า CI = 0 จะพบอัตราความ ครอบคลุมต่ำ ในช่วงเดือน พ.ค. - ก.ค. ตลอดทั้ง 3 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายช่วงเวลา ดังกล่าวจะสูง คือ พบว่ามีจำนวนหมู่บ้านที่มีค่า HI < 10

น้อยในช่วงเวลาดังกล่าว และพบว่ามีจำนวนโรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็ก และสถานอนามัย ที่มี ค่า CI = 0 น้อย มากในช่วงเวลาดังกล่าวเช่นกัน สำหรับช่วงระยะเวลา เดือน ส.ค.-ก.ย. และ เดือน ก.พ.-เม.ย. ถึงแม้จะพบค่า ดัชนีความชุกจะไม่สูงมากนัก แต่ การสำรวจและทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดย อสม.จึงจำเป็นที่จะต้อง สำรวจตลอดทั้งปี เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง และป้องกันการ ระบาดของโรคไข้เลือดออก แต่ถ้าหากไม่มีการทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ก็อาจเกิดการ ระบาดได้รวดเร็วขึ้น

5.2 การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย โดยเจ้าของบ้าน

การสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยเจ้าของบ้านแต่ละ หลัง สำรวจปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน และครั้งที่ 2 เดือน สิงหาคม การสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าของ บ้านแต่ละหลังสำรวจทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ เสร็จแล้ว เจ้าของบ้าน และอสม. ในพื้นที่ เซ็นรับรอง บัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย แล้วส่งบัตร รับประกันบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย กลับคืนให้สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน เพื่อจับฉลากชิงโชค นั้น ผลการตอบรับจากชุมชนทั้ง 3 ปีพบว่า ทั้งอำเภอส่ง บัตรกลับครอบคลุมสูงสุด ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2547 ร้อยละ 76.81 ของหมู่บ้านเป้าหมาย และต่ำสุด ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2549 ร้อยละ 62.32 และการส่งบัตรกลับ ครอบคลุมหลังคาเรือน สูงสุด ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2548 ร้อยละ 44.91 ของหลังคาเรือน และต่ำสุด ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2549 ร้อยละ 39.08 ถ้าหากพิจารณาการ ตอบรับ ระดับตำบล ทั้ง 3 ปี พบว่า ความครอบคลุม หมู่บ้านเป้าหมาย สูงสุดคือ ตำบลจองคำ รองลงมา คือ ตำบลหมอกจำแป่ ตำบลห้วยผา ตำบลปางหมู ตำบลผา บ่อง ตำบลห้วยโป่ง ตามลำดับ การตอบรับ ต่ำสุด คือ ตำบลห้วยปูลิงถ้าหากพิจารณาการตอบรับ ระดับตำบลทั้ง 3 ปี พบว่า ความครอบคลุมหลังคาเรือนที่ส่งบัตรกลับ สูงสุดคือ ตำบลหมอกจำแป่ รองลงมา คือ ตำบลห้วยผา

ตำบลตำบลผาบ่อง ปางหมู ตำบลห้วยโป่ง ตำบลห้วยปู
ลิง ตามลำดับ การตอบรับต่ำสุด คือตำบลจองคำจาก
ข้อมูลพบว่าตำบลที่เป็นพื้นราบ และเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง จะ
ให้ความสนใจในการสำรวจบ้านของตนเองมาก ยกเว้น
ตำบลจองคำที่ให้ความร่วมมือน้อย เนื่องจากชุมชนเป็น
ลักษณะชุมชนเขตเมือง ส่วนตำบลที่เป็นพื้นที่สูง และ
เป็นพื้นที่เสี่ยงน้อย จะให้ความสนใจในการสำรวจบ้าน
ของตนเองน้อย สรุปได้ดังนี้

1. ชุมชนที่ให้ความร่วมมือ และสนใจในการ
สำรวจบ้านของตนเองมาก ได้แก่ ตำบลหมอกจำแป่ และ
ตำบลห้วยผา

2. ชุมชนที่ให้ความร่วมมือ และสนใจในการ
สำรวจบ้านของตนเองปานกลาง ได้แก่ ตำบลผาบ่อง
ตำบลปางหมู และตำบลห้วยโป่ง

3. ชุมชนที่ให้ความร่วมมือ และสนใจในการ
สำรวจบ้านของตนเองน้อย ได้แก่ ตำบลห้วยปูลิง และ
ตำบลจองคำ

อย่างไรก็ตาม การที่จะป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกที่ดี มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้อง
เกิดจากความร่วมมือและความสนใจของชุมชน ให้มาก
ที่สุดโดยเฉพาะเจ้าของบ้าน จึงจำเป็นที่จะต้องให้ชุมชนมี
กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้มาก
เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนัก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการลดอัตราป่วยของโรค

ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือด
ออก ตามมาตรการตัวชี้วัด ของระดับจังหวัดและระดับ
กระทรวงนั้น การดำเนินงาน หรือกิจกรรม ตัวชี้วัด ควรมี
การปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ ตลอดจนงบประมาณ
โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตามลักษณะ
พื้นที่เสี่ยง ปัญหาการแพร่ระบาดตามระยะเวลา และ
ปัญหาการแพร่ระบาดตามกลุ่มอายุ

2. ด้านการสำรวจความชุกของน้ำยุงลาย

การสำรวจความชุกของน้ำยุงลาย ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำเป็นต้องสำรวจ
ตลอดทั้งปี ครอบคลุมทุกพื้นที่ ถ้าหากดำเนินการสำรวจ
แต่ครั้งเดียวได้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือนจะเป็นผลดีมาก
แต่ดำเนินการสำรวจความชุกของน้ำยุงลายไม่ครอบคลุมทุกหลังคา
เรือนได้ ควรจะมีการกำหนดเป็นร้อยละของหลังคา
เรือน ที่สำรวจแต่ละครั้ง และกระจายให้ครอบคลุมพื้นที่
ทำให้ค่าการสำรวจในแต่ละครั้งเป็นค่าที่มีความ
คลาดเคลื่อนน้อย อาจจะทำให้สุ่มสำรวจ อย่างน้อย 30 %
ของหลังคาเรือน ขึ้นไปควรจะมีทีมสำรวจความชุกของ
น้ำยุงลาย เพื่อประเมินผลการสำรวจความชุกของน้ำยุงลาย ทุกตำบล
อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง

การสำรวจความชุกของน้ำยุงลาย โดยเจ้าของ
บ้านแต่ละหลัง เพื่อรับประกันว่าบ้านของตนเองปลอด
ความชุกของน้ำยุงลาย ควรจะมีการดำเนินงานต่อเนื่องทุกๆ ปี
เพื่อให้เกิดจากความร่วมมือ และความสนใจของชุมชน
โดยเฉพาะเจ้าของบ้าน จะได้สำรวจบ้านของตนเอง

3. ด้านบุคลากร

ควรจะมีการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ในด้าน
การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่าง
ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ให้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้การ
ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุข
มีไม่เพียงพอ หรือ มีการลาออก ควรจะคัดเลือกเพิ่มเติม
เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องการดำเนินงานของ
อสม. ในพื้นที่ถ้าจะให้เกิดประสิทธิภาพ ควรจะให้ อสม.
1 คน รับผิดชอบหลังคาเรือนในหมู่บ้าน จำนวน 20-30
หลังคาเรือน

4. การให้สุขศึกษา และประชาสัมพันธ์

ควรจะมีการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์
ทุกสื่อทั้งรายการวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าวสาร
ประจำหมู่บ้าน รถประชาสัมพันธ์ ไปสเตอร์ แผ่นพับ
และนวัตกรรมใหม่ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย
โดยเฉพาะในชุมชนแออัด พื้นที่เสี่ยงสูง เด็กนักเรียน วัด

การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์ ให้การดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

5. การผสมผสาน บูรณาการ ควรจะมีการบูรณาการ กิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก เข้ากับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน หรือการควบคุมโรคติดต่อ อื่น ๆ เพื่อจะช่วยเหลือเพิ่มความครอบคลุม ครอบคลุมของ กิจกรรม มากยิ่งขึ้น

6. การเสริมสร้างแรงจูงใจควรสร้างขวัญและกำลังใจ แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ชุมชน ในการสำรวจ และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย โดยนำแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย ของ อสม. และ ชาวบ้าน นำมาจัดรางวัลทุกๆ 3 เดือน

7. การประสานงาน ควรจะประสานงาน ภายในองค์กร และภายนอกองค์กร โดยเฉพาะ เทศบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กร ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพในการเฝ้าระวัง และ ป้องกันโรคไข้เลือดออก

8. การลดปัญหาโรคไข้เลือดออก

หากสามารถดำเนินการตามแนวทางข้อเสนอแนะ ดังกล่าวข้างต้น และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จะสามารถลด จำนวน และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนฉบับนี้ สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไข้เลือดออกกลุ่มงานเวช กรรมสังคม แพทย์ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ นางสาวเพ็ญพิศ เล่าเรียนดี นักวิชาการสาธารณสุข 9 และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไข้เลือดออกสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ได้ให้ คำแนะนำ และ ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์

สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทางผู้ดำเนินการศึกษาขอพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป. ไข้เลือดออก. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2536.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. 2542.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกีฉบับแก้ไขปรับปรุง ครั้งที่ 1. 2545.
4. กรมควบคุมโรค. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กลุ่มงานระบาดวิทยา เอกสารประกอบการอบรมจัดตั้งทีม SRRT ระดับจังหวัดและอำเภอ. 2548.
5. กิตติ จันทรแสง. รูปแบบสำหรับการพยากรณ์ จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540: 71-78.
6. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรค ไข้เลือดออก ในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ.
7. สังคม สุภรัตนกุล. การพัฒนารูปแบบการควบคุม และป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบบูรณาการ เปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซาก จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2549. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 7. 2549: 47-62.
8. สังคม สุภรัตนกุล. ความสัมพันธ์ของ HI กับจำนวนของผู้ป่วยไข้เลือดออกตามรายงานของจังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2548. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 7. 2549: 130-137.

การประเมินผลโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ ปี 2549

(Evaluation of non-communicable disease Prevention & control Project, Phrae Province 2005)

อัจฉรวรรณ ผุดผ่องพรรณ วท.บ., ศศ.ม.(รัฐศาสตร์) * Atcharawan Pudpongpun. B.Sc, M.A.(Pol.Sc)*

สุวิชา จันทร์สุริยกุล ส.บ., วท.ม.สาธารณสุขศาสตร์(สุขภาพศึกษา)*.Suwicha Jansuriyagool B.P.H, M.Sc.(H. Ed)*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

*Phrae Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล โดยประเมินตามแบบจำลอง CIPP (CIPP Model) ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ศึกษาในบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ ระดับอำเภอ และระดับตำบล จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 1 ตุลาคม 2548 – 30 กันยายน 2549 โดยใช้แบบประเมินระหว่างการพัฒนา แบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบทมีความเหมาะสม สอดคล้องและเป็นไปได้ ด้านปัจจัยนำเข้ามีความพอเพียงเหมาะสม ด้านกระบวนการดำเนินงานมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงาน และบรรลุวัตถุประสงค์ บุคลากรผู้รับการพัฒนามีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ได้ ซึ่งส่งผลต่อด้านผลลัพธ์โครงการ ผลตรงโครงการ: ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่ดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ร้อยละ 100 ของเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ ที่จำเป็นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, ร้อยละ 93.75 ของเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในการดำเนินงานได้ถูกต้อง และร้อยละ 100 ของผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ มีการสรุปผลการดำเนินงาน และนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงาน ผลกระทบต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคล: ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบจังหวัดแพร่ได้รับการคัดกรอง/วินิจฉัย/นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ บรรลุเกณฑ์ชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่า ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐาน ร้อยละ 79.00 (เกณฑ์ ร้อยละ 60) และได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน ร้อยละ 80.24 (เกณฑ์ ร้อยละ 60) สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 89.10 (เกณฑ์ ร้อยละ 80) สตรีอายุ 30, 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูกในระยะเริ่มต้น ร้อยละ 56.35 (เกณฑ์ ร้อยละ 50)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโครงการพัฒนางาน โรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ปีงบประมาณ 2549 ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาและดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไปได้

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อ การวิจัยประเมินผล แบบจำลอง CIPP Model

Abstract

This study was conducted by using the CIPP model as follows: context, input, process and product study conducted in health personnel in sub-district and district level in Phrae Province with a total of 130 people. Data were collected October 1, 2004 – September 30, 2006. The instruments used for evaluation consisted of interviews and questionnaires. The data were analyzed by percentage.

The results found that in the direct out put of the project, 100% of health facilities have collected and analyzed data and exchanged experiences for reciprocal learning. 100% of health networks obtained the knowledge and ability necessary for completing non communicable diseases tasks accurately. 100% of the responsible people working in non-communicable diseases analyzed and utilized data in order to provide non-communicable diseases prevention & control. Out comes of this project are that: people in the risk group obtained screening and diagnosis in the health net work for successful health indicators, 79% of people more than 40 years were diagnosed with diabetes, 80.24% were diagnosed with hypertension following standardized procedures (standard 80%) 89.10% of women more than 35 years obtained knowledge to do breast self – examination and 56.4% of women 30, 35, 40, 45, 50, 55 and 60 years received early stage pap smears. It was concluded that this project is successful and it should be continued and developed.

Keywords: non-communicable diseases, Evaluation, CIPP model

บทนำ

จากการจัดลำดับอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสำนักงานโยบยา และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547 พบว่าจังหวัดแพร่ มีประชาชนป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3,226 คน (อัตรา 675.2 ต่อ ประชากรแสนคน) เป็นลำดับ 1 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 (8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน) ลำดับที่ 9 ของประเทศ, ป่วยด้วยโรคหัวใจ 3,524 คน (อัตรา 739.6 ต่อ ประชากรแสนคน) เป็นลำดับ 2 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 ลำดับ 11 ของประเทศ, ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,450 คน (อัตรา 303.5 ต่อประชากรแสนคน) เป็นลำดับที่ 1 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 ลำดับที่ 7 ของประเทศ

สำหรับการจัดลำดับอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ประชาชนจังหวัดแพร่ เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 94 คน (อัตรา 19.7 ต่อประชากรแสนคน)

เป็นลำดับ 1 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 ลำดับ 9 ของประเทศ, เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 144 คน (อัตรา 30.1 ต่อ ประชากรแสนคน) เป็นลำดับ 3 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 ลำดับ 24 ของประเทศ, เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 167 คน (อัตรา 35.0 ต่อประชากรแสนคน) เป็นลำดับ 2 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 ลำดับที่ 26 ของประเทศ, เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม 23 คน (อัตรา 4.8 ต่อประชากรแสนคน) เป็นลำดับ 2 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 ลำดับ 5 ของประเทศ, เสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก 21 คน (อัตรา 4.4 ต่อประชากรแสนคน) เป็นลำดับ 1 ของเขตสาธารณสุขเขต 1 ลำดับ 6 ของประเทศ¹

ซึ่งพื้นฐานขั้นตอนการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพนั้น สามารถจัดจำแนกออกได้เป็น 3 ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน นั่นคือการเฝ้าระวังเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยง

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการ ซึ่งการดำเนินการ ใฝ่ระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ อย่างเป็นระบบ ให้มีประสิทธิภาพได้นั้น ต้องมีบุคลากรผู้ดำเนินงาน ทุก ระดับที่มี ศักยภาพเพียงพอ ในการ ใฝ่ระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วย ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และ โรคเรื้อรัง โดยจะต้องมีความ เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ประกอบกับความรู้ทางด้านระบาดวิทยา และความเข้าใจ ในการดูแลรักษาจาก หลายศาสตร์สาขา เพื่อให้เกิดการ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และครบวงจร เพื่อชะลอ ภาวะแทรกซ้อน และ ลดความพิการและการตายจาก โรค ดังนั้นการพัฒนา คุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้านโรคไม่ติดต่อ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

โครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2549 ซึ่งมีกิจกรรมหลักในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อทั้งในระดับอำเภอ และระดับตำบลอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กัน จึงสอดคล้อง และน่าจะเป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ ติดต่อในจังหวัดแพร่ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ ติดต่อจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2549 ในด้าน บริบท ด้านปัจจัยพื้นฐาน ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิตของโครงการ
2. ศึกษาจุดเด่น จุดด้อย และประโยชน์ จากโครงการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยประเมินตามแบบจำลอง CIPP (CIPP Model)²¹ ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้าน กระบวนการ และด้านผลผลิต ศึกษาในบุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ ระดับอำเภอ และ ระดับตำบล จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 1 ตุลาคม 2548 – 30 กันยายน 2549 โดยใช้แบบ ประเมินระหว่างการพัฒนา (After Action Review) แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น และผลการ ปฏิบัติงานภายหลังการพัฒนา การติดตามนิเทศ เฉพาะ กิจ และการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบรายงานที่ เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จใน การดำเนินโครงการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2549 สามารถนำไปเป็นแนวทางในการ พัฒนา และดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ ต่อไป ได้ โดยพบว่า

ด้านบริบท มีความสอดคล้อง และเป็นไปได้ ตั้งแต่ต้นนโยบายที่มีการเร่งรัดแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่เป็นปัญหาของประเทศ ผู้บริหารให้ความสำคัญ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในปัญหาชุมชน ผู้เกี่ยวข้องเริ่มมีการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไข ปัญหา อีกทั้งวัตถุประสงค์ หลักสูตร และขั้นตอนของ โครงการมีความชัดเจน ทำให้โครงการสามารถบรรลุผล สำเร็จได้

ด้านปัจจัยนำเข้า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความ เข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนของ โครงการอย่าง ถูกต้อง จำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพียงพอต่อการ ปฏิบัติงานในพื้นที่ แม้ว่าปริมาณงานด้านสาธารณสุขจะ มีมาก แต่บุคลากรส่วนใหญ่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการ ดำเนินงานด้วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาซึ่งทวี ความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน งบประมาณที่ได้รับมีความ เพียงพอ และทันเวลาต่อการดำเนินการคัดกรองกลุ่ม เสี่ยง โดยใช้งบประมาณในส่วนของการส่งเสริมป้องกัน แต่ยังคงขาดการสนับสนุนงบประมาณในส่วน การพัฒนา ทักษะกลุ่มเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ

เกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราป่วย/ตายก่อนเวลาอันควร โปรแกรมการพัฒนาที่ใช้ในโครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์โครงการทั้งระยะเวลายาวประมาณ และประเด็นการพัฒนา

ด้านกระบวนการ มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. การสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 1 จำนวน 2 วัน โดยวิธีการเสวนากลุ่มย่อย และสรุปในกลุ่มใหญ่ บอกเล่าประสบการณ์ ถอดบทเรียน และกำหนดการพัฒนาาร่วมกัน (ดำเนินการต้นปีงบประมาณ)
2. การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ จำนวน 1 วัน ตามหัวข้อที่ได้วิเคราะห์ กำหนดคร่าวๆ ในการสัมมนาครั้งที่ 1 ได้หัวข้อที่เป็นความต้องการของกลุ่ม คือ เสริมความรู้ เทคนิค วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เจาะใจกลุ่มเป้าหมาย (ดำเนินการหลังจากการสัมมนาครั้งที่ 1)
3. การสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 2 จำนวน 1 วัน โดยวิธีการเสวนากลุ่มย่อย และสรุปในกลุ่มใหญ่ บอกเล่ากิจกรรมดำเนินงานหลังการสัมมนาครั้งที่ 1 ประเมินผลการดำเนินงานครึ่งปีตามตัวชี้วัดในแต่ละระดับ ปรับ/พัฒนา กระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมตามข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ร่วมกัน (ดำเนินการกลางปีงบประมาณ)
4. การติดตามนิเทศเฉพาะกิจจากผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด เป็นการศึกษาตามในระดับอำเภอ / อำเภอละ 1 ครั้ง เพื่อรับฟังปัญหา อุปสรรค และให้ข้อชี้แนะในการดำเนินงาน(ดำเนินการในไตรมาสที่ 3)
5. การประชุมสรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อปี 2549 และกำหนดแนวทางดำเนินงานปี 2550 จำนวน 1 วัน โดยมีการนำเสนอ และประกวดผลงานเด่นของแต่ละอำเภอ การประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดทิศทาง/

แผนการดำเนินงานปี 2550 (ดำเนินการปลายปีงบประมาณ)

ด้านผลผลิต

เป็นการประเมินผลลัพธ์ ใน 2 ระดับ คือ ผลตรงของโครงการ (Direct Output) และผลกระทบต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคล(Individual Health Impact)

ผลตรงโครงการ: ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่ดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ร้อยละ 100 ของเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ ได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะ ที่จำเป็นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, ร้อยละ 93.75ของเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ สามารถนำความรู้ และทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในการดำเนินงานได้ถูกต้อง และร้อยละ 100 ของผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ มีการสรุปผลการดำเนินงานและนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงาน

ผลกระทบต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคล: ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบจังหวัดแพร่ได้รับบริการคัดกรอง/วินิจฉัย/นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ บรรลุเกณฑ์ชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่า ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐาน ร้อยละ 79.00 (เกณฑ์ ร้อยละ 60) และได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน ร้อยละ 80.24 (เกณฑ์ร้อยละ60) สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 89.10 (เกณฑ์ ร้อยละ 80) สตรีอายุ 30,35,40,45,50,55 และ 60 ปี ได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น ร้อยละ 56.35 (เกณฑ์ ร้อยละ 50)

อภิปรายผล

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดแพร่ ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าจะมีการดำเนินการป้องกัน

ควบคุมโรคไม่ติดต่อมาโดยตลอด แต่ยังไม่ได้มีการดำเนินการจริงจังมากนัก เพราะการแพร่ระบาดเป็นไปอย่างเงียบๆ จากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน จึงทำให้มุ่งเน้นการเร่งรัดแก้ไขปัญหาลงไปในส่วนของโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดเร็ว และเป็นวงกว้างมากกว่า จึงทำให้อัตราป่วย/ตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดแพร่อยู่ในอัตราสูงติดลำดับต้นๆ ของประเทศ และเขตภาคเหนือ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดเป็นนโยบายในการเร่งรัดดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างเร่งด่วน โดยกำหนดเป็นนโยบายใน Healthy Thailand และยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในผลผลิต ที่ 9 ประชาชนได้รับการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ให้ความเห็นชอบในการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2549 โดยอนุมัติให้ใช้งบประมาณ 88,500 บาท (แปดหมื่นแปดพันห้าร้อยบาทถ้วน) มีเป้าหมายในการคัดกรอง/ค้นหา/วินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นของการเป็นโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ชะลอพัฒนาการของโรค และลดระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ โดยกำหนด ตัวชี้วัด ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และวัดระดับความดันโลหิตร้อยละ 60, สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 80 และสตรีอายุ 30,35,40,45,50,55 และ 60 ได้รับการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น ร้อยละ 50 (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) รวมทั้งได้กำหนดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการ และระยะเวลาให้แล้วเสร็จตามกำหนด แสดงให้เห็นถึงความจำเป็น(Need Assessment) ความเป็นไปได้(Feasibility) และความเหมาะสม(Project Appraisal) ของโครงการอันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้โครงการประสบความสำเร็จได้ ซึ่ง เจสเซอร์ เค.พินโต และเดนนิส ดี.สตีวิน (Jessery K.Pinto &

Dennis P.Stevin อังในมนัส พิธณฤทธิ์ และคณะ,2541) กล่าวถึงปัจจัยสำเร็จของการบริหารโครงการว่า “การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การบริหารโครงการประสบความสำเร็จ” กล่าวว่าการมีนโยบายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ถือได้ว่าเป็นนโยบายที่ดีและสำคัญยิ่งประการหนึ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ ทราบทิศทางของนโยบาย และใช้เป็นแนวทางในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในรูปของแผน และโครงการ รวมถึงการประเมินผลความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบาย

สำหรับงบประมาณที่ใช้ในโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ปี 2549 ในส่วนของการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลผลิตที่ 9 จำนวน 88,500 บาท ซึ่งไม่มากพอที่จะดำเนินการเชิงวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในพื้นที่ได้ อีกทั้งจากการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาใหญ่อยู่ที่ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกร่วมในการแก้ไขปัญหาของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่จะต้องดำเนินการกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ยังมีรากฐานที่ไม่แข็งแรงพอ จึงจัดสรรงบประมาณไปในส่วนของการเสริมความเข้มแข็งให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน และเมื่อผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนัก และมีส่วนร่วมในปัญหาที่จะเกิดกระบวนการบริหารจัดการในพื้นที่ได้เอง โดยสามารถแสวงหางบประมาณดำเนินการจากชุมชน และงบประมาณส่งเสริมป้องกัน (UC) ของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง

ในหลักสูตรการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ ประกอบด้วย การสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 1 จำนวน 2 วัน โดยวิธีการ

เสวนากลุ่มย่อย และสรุปในกลุ่มใหญ่ บอกเล่าประสบการณ์ ถอดบทเรียน และกำหนดการพัฒนา ร่วมกัน (ดำเนินการต้นปีงบประมาณ), การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ จำนวน 1 วัน ตามหัวข้อที่ได้วิเคราะห์ กำหนดร่วมกัน ในการสัมมนาครั้งที่ 1 ได้หัวข้อที่เป็นความต้องการของกลุ่ม คือ เสริมความรู้ เทคนิค วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เจาะใจกลุ่มเป้าหมาย (ดำเนินการหลังจากการสัมมนาครั้งที่ 1), การสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 2 จำนวน 1 วัน โดยวิธีการเสวนากลุ่มย่อย และสรุปในกลุ่มใหญ่ บอกเล่ากิจกรรมดำเนินงานหลังการสัมมนาครั้งที่ 1 ประเมินผลการดำเนินงานครึ่งปีตามตัวชี้วัดในแต่ละระดับ ปรับ/พัฒนา กระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมตามข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ร่วมกัน (ดำเนินการกลางปีงบประมาณ), การติดตามนิเทศเฉพาะกิจจาก ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด เป็นการติดตามในระดับอำเภอ/อำเภอละ 1 ครั้ง เพื่อรับฟัง ปัญหา อุปสรรค และให้ข้อชี้แนะในการดำเนินงาน (ดำเนินการในไตรมาสที่ 3) และการประชุมสรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อปี 2549/กำหนดแนวทางดำเนินงานปี 2550 ซึ่งกระบวนการทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมต่อของการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อกับปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้น ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การร่วมคิดวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมประเมินผล และเกิดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแนวระนาบ จากปัญหา และประสบการณ์ใกล้เคียงกัน สามารถถอดบทเรียนนำไปปรับปรุง และพัฒนาใช้ในบริบทของตนเอง รวมถึงการเสริมศักยภาพองค์ความรู้และทักษะในการดำเนินงาน จากวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ ตลอดจนการนิเทศติดตามจากระดับจังหวัดอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิด

ความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นในเครือข่าย มีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าหมาย

จุดเด่นของโครงการ

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ด้วยการมีส่วนร่วมดำเนินการตั้งแต่ร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล และมีการกำหนดระยะเวลาการพบปะเครือข่ายอย่างเหมาะสม ตลอดทั้งปี รวมถึงการติดตามนิเทศให้การปรึกษาอย่างใกล้ชิด ทำให้เครือข่ายมีความรู้สึก เป็นพวกเดียวกัน รับรู้ในปัญหาที่จะต้องร่วมกันแก้ไขอย่างจริงจัง และทำงานอย่างมีความสุข
2. การนำกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ เป็นนวัตกรรมใหม่ที่ทดลองใช้ในงานโรคไม่ติดต่อ ซึ่งประสบผลสำเร็จอย่างน่าพอใจ โดยบุคลากรผู้เข้าพัฒนามีความพึงพอใจในกระบวนการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของเพื่อน ได้มีโอกาสนำเสนอแนวคิดใหม่ๆ เกิดความภาคภูมิใจในการยอมรับของสมาชิกกลุ่ม เกิดพลัง และกำลังใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จุดด้อยของโครงการ

งบประมาณสนับสนุนในส่วนของการบริหารจัดการพัฒนาระบบข้อมูล และพัฒนาศักยภาพบุคลากร ยังเป็นสัดส่วนที่น้อย ไม่สามารถดำเนินการในเชิงรุก (วิจัยและพัฒนา) ได้

ข้อเสนอแนะ

ยุทธศาสตร์การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ที่ปรากฏทั้งในระดับ Agenda (Healthy Thailand), Area Based และ Function ควรได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งในส่วนของการมอบเป็นนโยบายจังหวัด และให้การสนับสนุน

งบประมาณดำเนินการในส่วนของการพัฒนาระบบข้อมูลที่เป็นการเฝ้าระวังการระบาดของโรคซึ่งไม่สามารถใช้ระบบรายงาน 506 ของโรคติดต่อได้ รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานทั้งในด้านกำลังใจ และทักษะการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในทุกๆ ด้าน

สรุป

การประเมินผลโครงการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ปีงบประมาณ 2549 เป็นการ ศึกษาในบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ ระดับอำเภอ และระดับตำบล จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 1 ตุลาคม 2548 – 30 กันยายน 2549 ผลการศึกษาผลการศึกษา พบว่า โครงการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ปีงบประมาณ 2549 ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนา และดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไปได้ โดยพบว่า บริบท มีความเหมาะสม สอดคล้อง และเป็นไปได้ ปัจจัยนำเข้า มีความพอเพียง เหมาะสม กระบวนการดำเนินงาน สอดคล้องกับระยะเวลา ดำเนินงานและบรรลุวัตถุประสงค์ บุคลากรผู้รับการพัฒนาสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่ได้ ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง/ค้นหา/วินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนางานโรคไม่ติดต่อในปีงบประมาณ 2550 ด้วยการแก้ไขจุดอ่อน เสริมจุดแข็ง ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินผลโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2549 สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากการสนับสนุนของ นายแพทย์ปรีดา สุวรรณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ นายแพทย์ทศเทพ

บุญทอง ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน นางสาววิไล ชัยมงคล รักษาการผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนาทันตแพทย์หญิงสุจิตตรา วนาภิรักษ์ หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ และนางสาวธาดา เจริญกุล หัวหน้างานควบคุมโรค ที่ให้ข้อเสนอแนะ ในการทำวิจัย ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดแพร่, สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องท่านอื่นๆ ที่มีได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ซึ่งผลการศึกษาวิจัยที่ได้ จะนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อจังหวัดแพร่ให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.2549. Available from: http://203.157.240.12/phbb/rank_morbidity.php.
2. ถวัลย์รัฐ วรเทพพิพัฒน์. การประเมินผลนโยบาย: ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเป็นธรรมของนโยบาย. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2539.
3. มนัส พิธณฤทธิ์ การบริหารโครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวันตามแนวพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี: กรณีศึกษาโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ บ่อเกลือ และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน. ภาคนิพนธ์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2541.

เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออก
ซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย ปี 2548

(The Comparative Study of Community Participation in Prevention and Control of Dengue between
the Repetitive Area and Non Occurring Area Sukhothai Province 2005)

วรรณา วิจิตร ป.พย., ส.ม.*

Wanna Wijit Dip.in Nurse.&Midw., M.PH. *

พรสุรางค์ ราชภักดี ส.บ.*

Pornsurang Rachpakdee B.SC. *

วิศาล วิมลศิลป์ ศศ.บ.**

Visal Vimolsilp B.A.A. **

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9

*Office of Disease Prevention and Control, 9th

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

** Sukhothai Provincial Health Office

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออก สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก น่าจะมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคจึงได้ศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลของครัวเรือน แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลเอ อำเภอบึง และตำบลบี อำเภอปี จังหวัดสุโขทัย รวมทั้งสิ้น 312 ครัวเรือน ใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า การวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่า T-test ผลการศึกษาด้าน ข้อมูลครัวเรือนของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าสภาพทั่วไปของชุมชนด้านประชากร อาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านเรือน บริบทโดยรวมแล้วมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ด้านแหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน พื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซากพบว่า มีการรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับน้อย แต่พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การเข้าร่วมประชุม และการณรงค์ของประชาชนในพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก พบว่า การเข้าร่วมประชุม ร้อยละ 66.0 สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์ ร้อยละ 67.9 การเข้าร่วมประชุม และการณรงค์ของประชาชนในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกพบว่า การเข้าร่วมประชุม ร้อยละ 71.2 การเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์ ร้อยละ 76.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคซ้ำซาก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = .0001) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.055) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) และการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภาพรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

0.05(p-value <.001) ดังนั้น ควรสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมาแก้ปัญหา และมีการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรค ด้วยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาของคนในชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก

Abstract

Dengue haemorrhagic fever can be activity participation of community in prevention and control. The objective for The purposes were to study the characteristic of household, source of getting information activity participation and cooperation of prevention and control of dengue and compare the activity participation of community in prevention and control of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area. Methodology, the sample sizes are used in this research are the population who live in Tambon A and the population live in Tambon B Sukhothai Province. The total number of household is 312 household by simple random sampling. The instruments use in the research are questionnaire by rating scale. The analysis are composed of the analysis by percentage mean and standard deviation and T-test. Findings, There are no difference between the general characteristic of community interm of population occupation, education household and environment in the house between dengue repetitive area and non dengue occurrent area. Source of getting information in the dengue repetitive area is in little level but the area of non dengue occurrent area is in middle level. The cooperation of meeting and comparign of dengue in repetitive area is 66 %. The comparing of dengue is 67.9 %. The cooperation of meeting and comparing of dengue in non dengue occurrent area is 71 %. The cooperation of comparing is 76.3 %.When compare the participation of decision in prevention and controlling of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is statistical significant at 0.05 level (p-value = .0001). When compare the participation performance practice prevention and controlling of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is not statistical (p-value = 0.055).When compare the participation of getting the benefit of prevention and controlling. The dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is statistical significant at 0.05 level (p-value = .0001).When compare the participation evaluation of prevention and controlling of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is statistical significant at 0.05 level (p-value < .0001).So we should strengthening community by using comparative process to solve the problem and promote prevention and control by physical and biological method especially by using community wisdom.

Keywords: participation of community, dengue repetitive area, non dengue occurrent area

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมานานกว่า 40 ปี รัฐบาลได้พยายามหาแนวทางแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะแรก ส่วนใหญ่รัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้¹ จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการปฏิบัติงานจากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุก ซึ่งวิธีลดอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลสำเร็จจะต้องมีองค์ประกอบหลายปัจจัย จึงจะทำให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคบรรลุเป้าหมาย เช่น การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจะต้องผสมผสานหลายวิธีทั้งกายภาพ และชีวภาพเข้าด้วยกัน รวมทั้งปฏิบัติโดยให้ความครอบคลุมมากที่สุด องค์ประกอบของปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่น โดยเฉพาะในแกนนำครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน ความร่วมมือของชุมชนก็เป็นส่วนที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคจะไม่ประสบผลสำเร็จหากการดำเนินการต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยเจ้าหน้าที่มีบทบาทช่วยสนับสนุนกระตุ้น และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สำหรับประชาชน ต้องมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายเพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก² และจากการศึกษาของชัยพร โรจนวัฒน์ศิริเวช³ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนจนเกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สำหรับแนวทางการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค มีเป้าหมายลดอัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน (House Index :HI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดสุโขทัย ปี 2546

จำนวน 355 ราย อัตราป่วย 56.93 ต่อประชากรแสนคน สำหรับปี 2547 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 178 ราย อัตราป่วย 28.87 ต่อประชากรแสนคน⁴ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม จนถึงวันที่ 19 กรกฎาคม 2548 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 109 ราย อัตราป่วย 17.73 ต่อประชากรแสนคน และเมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายตำบล พบว่าพื้นที่ตำบลเอ อำเภอบาง มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี คือปี 2546 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 44 ราย อัตราป่วย 244.4 ต่อประชากรแสน ปี 2547 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 9 ราย อัตราป่วย 49.7 ต่อประชากรแสนคน และปี 2548 (1 มกราคม-19 กรกฎาคม 2548) มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 8 ราย อัตราป่วย 44.12 ต่อประชากรแสนคน⁴ สูงกว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของทั้งประเทศ และจังหวัดสุโขทัย สำหรับตำบลบิ อำเภอบิ ไม่พบผู้ป่วยในปี 2546 และปี 2547

จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกของตำบลเอ ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดซ้ำซากในพื้นที่เดิม ถึงแม้ว่าอัตราป่วยจะไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่ คือพบผู้ป่วยทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับตำบลบิ ซึ่งไม่พบผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2546-2547 จากการศึกษาสภาพแวดล้อมของชุมชนในเบื้องต้น พบว่าทั้งสองตำบลมีบ้านเรือนอยู่อย่างหนาแน่น จำนวนประชากร และหลังคาเรือน ไม่แตกต่างกัน ทำให้มีปัจจัยเอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเหมือนกัน และจากการศึกษาข้อมูลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของทั้งสองพื้นที่ มีกิจกรรมการเฝ้าระวังในระยะก่อนเกิดการระบาดของโรค คือ การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรมร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในวันรณรงค์โรคไข้เลือดออก สำหรับการควบคุมในช่วงการเกิดโรค มีการพ่นหมอกควันในพื้นที่ระบาด และพื้นที่เสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำร่วมกับประชาชน

อีกทั้งดำเนินการทำลาย และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย โดยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ และทางเคมี หลังจาก นั้นอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำหน้าที่สุ่มประเมินการมี ลูกน้ำยุงลายในภาชนะต่างๆ แต่ละหลังคาเรือนเพื่อหาค่า HI ซึ่งต้องไม่เกิน 10 หลังคาเรือน ในพื้นที่รับผิดชอบ แล้วรวบรวมข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อำเภอและจังหวัด ซึ่งผลการสำรวจค่า HI ของตำบลบี มี ค่า = 0 จำนวน 10 หมู่บ้าน จาก 13 หมู่บ้าน สำหรับตำบล เอ มีการรายงานค่า HI เพียง 6 หมู่บ้าน ซึ่งมีค่า $HI \leq 10$ จาก 11 หมู่บ้าน⁵

ปัจจัยสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือด ออก ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน เข้ามามี ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคด้วย ความสมัครใจ มีส่วนในการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา หา สาเหตุ แนวทางแก้ไข ดำเนินการ และติดตามประเมินผล โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหา ทำให้เกิด ความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งคาดว่าจะการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความ แตกต่างกันระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิด โรค แต่ยังไม่มีคำตอบชัดเจน จึงได้ศึกษาโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลของครัวเรือน แหล่ง รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าร่วมกิจกรรม การมีส่วนร่วมใน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และเปรียบเทียบการ มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่ เกิดโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อ เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใ้ แบบสอบถามสมาชิกในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชน ที่อาศัยอยู่ในตำบลเอ อำเภอเอ จังหวัดสุโขทัย

จำนวน 156 หลังคาเรือน และประชาชนที่อาศัยอยู่ใน ตำบลบี อำเภอบี จังหวัดสุโขทัย จำนวน 156 หลังคาเรือน รวมทั้งสิ้น 312 หลังคาเรือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึง มกราคม 2549 โดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของครัวเรือน ได้แก่ จำนวนสมาชิก ในครอบครัว การศึกษา อาชีพหลัก การเป็นสมาชิกของ ชุมชน ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้าน สมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบล ประเภทและจำนวนภาชนะในครัวเรือน มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของชุมชนจากสื่อด้านบุคคล สื่อมวลชนและสื่อเฉพาะกิจ มีจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมประชุม และการรณรงค์โรค ไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกของชุมชน จำนวน 44 ข้อ

จากคำถามส่วนที่ 2 แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีทั้งหมด 14 ข้อโดยให้ คะแนนดังนี้ถ้าตอบมากให้ข้อละ 3 คะแนน ถ้าตอบปาน กลาง ให้ข้อละ 2 คะแนนถ้าตอบน้อย ให้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่เคย ให้ข้อละ 0 คะแนน

ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับในแต่ละข้อ โดยพิจารณาการแบ่งระดับอิงเกณฑ์ ดังนี้ ระดับมาก >2.76 ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 1.76 - 2.75 ระดับน้อย อยู่ระหว่าง 0.76 - 1.75 ไม่เคย <0.75

คำถามส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก มีทั้งหมด 44 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การตัดสินใจจำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 2 การปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกจำนวน 20 ข้อ

ด้านที่ 3 การรับผลประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ

ด้านที่ 4 การประเมินผล จำนวน 7 ข้อ

สำหรับคำตอบส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีดังนี้

ถ้าตอบมาก ให้ข้อละ 3 คะแนน ถ้าตอบปานกลาง ให้ข้อละ 2 คะแนน ถ้าตอบน้อย ให้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่เคย ให้ข้อละ 0 คะแนน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลครัวเรือนของพื้นที่ที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก พบว่ามีจำนวนสมาชิกโดยรวม 559 คน จำนวนสมาชิกมากที่สุด 8 คนต่อครัวเรือน จำนวนสมาชิกน้อยสุด 1 คนต่อครัวเรือน โดยเฉลี่ย 3 คนต่อครัวเรือน การศึกษาของสมาชิกในครัวเรือน มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.9 รองลงมา มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ไม่ได้เรียน ประโยชน์ ร้อยละ 27.5, 14.5, 5.0, 2.9 และ 0.2 ตามลำดับ ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.7 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.2 และค้าขาย ร้อยละ 10.3 ประชาชนเป็นสมาชิกในกลุ่มฌาปนกิจ ร้อยละ 17.7 กลุ่มเกษตรกร ร้อยละ 16.7 กลุ่มแม่บ้าน ร้อยละ 13.5 และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 12.8 ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้านมากที่สุด คือ ช่วงเย็น ร้อยละ 37.2 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวมีได้สูง ร้อยละ 58.3 มีสมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบล ร้อยละ 51.9 ภาชนะที่เก็บกักน้ำในครัวเรือนของพื้นที่เกิดโรคซ้ำซากเป็นภาชนะขังน้ำในหิ้งน้ำ/หิ้งส้วม ร้อยละ 89.1 รองลงมาเป็นภาชนะใส่น้ำดื่มมีฝาปิดมิดชิด และจานรองขาตู้กับข้าว โต๊ะรับประทานอาหาร/โต๊ะเก็บอาหาร ร้อยละ 84.6 และ 74.4 ตามลำดับ

พื้นที่ที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่ามีจำนวนสมาชิกโดยรวม 585 คน จำนวนสมาชิกมากที่สุด 9 คนต่อครัวเรือน จำนวนสมาชิกน้อยสุด 1 คนต่อครัวเรือน โดยเฉลี่ย 4 คนต่อครัวเรือน การศึกษาของสมาชิกในครัวเรือนมีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ

48.5 ระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.2 อนุปริญญา ร้อยละ 10.4 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 9.9 ประโยชน์ ร้อยละ 4.6 และปริญญาโท ร้อยละ 0.4 ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.1 รองลงมาได้แก่ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.9 และรับราชการ ร้อยละ 12.2 ประชาชนเป็นสมาชิกในกลุ่มฌาปนกิจ ร้อยละ 22.3 กลุ่มออมทรัพย์ ร้อยละ 19.3 และกลุ่มเกษตรกร ร้อยละ 18.6 ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้านมากที่สุดคือ ช่วงกลางวัน ร้อยละ 50.0 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวมีได้สูง ร้อยละ 51.3 มีสมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบล ร้อยละ 49.4 ภาชนะที่เก็บกักน้ำในครัวเรือนเป็นภาชนะขังน้ำในหิ้งน้ำ/หิ้งส้วม ร้อยละ 98.1 รองลงมาเป็นภาชนะใส่น้ำดื่มมีฝาปิดมิดชิด และภาชนะใส่น้ำใช้มีฝาปิดมิดชิด ร้อยละ 87.2 และ 82.1

แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารในพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.624$) โดยที่แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X}=2.43$) ได้รับจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ($\bar{X}=2.31$) และโทรทัศน์ ($\bar{X}=2.31$) สำหรับพื้นที่ที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกแหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.859$) โดยที่แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X}=2.63$) จากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ($\bar{X}=2.49$) และสมาชิกในครอบครัว ($\bar{X}=2.23$)

การเข้าร่วมประชุมของประชาชนในพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซากมีจำนวน 1 ถึง 12 ครั้ง ร้อยละ 66.0 เหตุผลในการเข้าร่วมประชุม ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 44.9 รองลงมาได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน และมีประโยชน์ ร้อยละ 43.6 และ 23.7 ตามลำดับ สำหรับเหตุผลที่ไม่เข้าร่วมประชุมมากที่สุดคือ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 20.5 รองลงมาได้แก่ ชุมชนไม่มีการจัดประชุม และไม่มีความรู้ ร้อยละ 9.6 และ 7.7 ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์โรคไข้เลือดออกของประชาชน

จำนวน 1 ถึง 10 ครั้ง ร้อยละ 67.9 เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ โรคไข้เลือดออก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และมีประโยชน์ ร้อยละ 46.8, 44.9 และ 29.5 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ โรคไข้เลือดออก คือ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 22.4 ไม่ทราบข่าว ร้อยละ 7.1 และไม่มีความรู้ ร้อยละ 6.4

การเข้าร่วมประชุมของประชาชนในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก มีจำนวน 1 ถึง 12 ครั้ง ร้อยละ 71.2 เหตุผลในการเข้าร่วมประชุม ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน ร้อยละ 54.5 รองลงมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และมีความสนใจ ร้อยละ 41.0 และ 32.7 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลในการไม่

เข้าร่วมประชุม คือ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 23.7 และเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 5.8 การเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์โรคไข้เลือดออกของประชาชน มีจำนวน 1 ถึง 10 ครั้ง ร้อยละ 76.3 เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์โรคไข้เลือดออก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน มีความสนใจ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 60.9, 39.1 และ 37.2 ส่วนเหตุผลในการไม่เข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ โรคไข้เลือดออก ได้แก่ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 20.5 เดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 3.2 และไม่มีเพื่อนไปด้วย ร้อยละ 1.9 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก จำแนกรายชื่อของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก(n=156)		พื้นที่ไม่เกิดโรค(n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.การรับทราบข่าวจำนวนการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	1.84	0.78	2.24	0.62	5.065	310	<.001
2.การรับทราบข่าวสมาชิกในชุมชนป่วยเป็นโรค ไข้เลือดออก	1.53	0.85	2.17	0.78	6.935	307.36	<.001
3.การพูดคุย ถึงการมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย มากเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก	1.65	0.79	2.22	0.70	6.755	310	<.001
4.การพูดคุยกันถึงการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด เพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก	2.01	0.88	2.26	0.73	2.744	310	.006
5.การสังเกตว่าถ้าพบยุงลายชุกชุมมาก มักจะมีคนในชุมชนป่วยเป็นโรค ไข้เลือดออก	1.72	0.91	2.10	0.83	3.832	310	<.001
6.การพูดคุยกับสมาชิกในชุมชนถึงการถูกยุงกัด จะทำให้มีโอกาสป่วยจากโรค ไข้เลือดออกได้	1.92	0.96	2.14	0.75	2.235	292.542	.026
7.การพูดคุยถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและยุงตัวแก่ทุก 7 วันช่วยลด การเกิดโรคไข้เลือดออก	1.91	1.00	2.24	0.76	3.248	289.891	.001
8.การให้ข้อเสนอแนะถึงวิธีการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและกำจัด ลูกน้ำอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการเกิดโรคไข้เลือดออก	1.80	1.00	2.19	0.84	3.678	310	<.001
9.การเสนอแนะให้สมาชิกร่วมมือ ทำความสะอาดบ้านเรือน และกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงยุง จะทำให้คนในชุมชนลดการป่วยจากโรคไข้เลือดออก	2.01	0.90	2.22	0.76	2.168	310	.031
10.การให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการออกกฎระเบียบข้อบังคับบ้านที่ไม่ให้ความ ร่วมมือในการกำจัดแหล่ง ฯ	1.63	1.04	2.07	0.82	4.107	293.807	<.001

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซากและพื้นที่ไม่เกิดโรคภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0 .05(p-value = .0001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคโรคไข้เลือดออก จำแนกรายข้อของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก		พื้นที่ไม่เกิดโรค(n=156)		t	df	p-value
	(n=156)						
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ด้านกายภาพ							
1.เปลี่ยนน้ำ/ขัดแจกันใส่ดอกไม้สดทุก 7 วัน	1.69	0.944	2.03	0.941	2.978	275	.003
2.เปลี่ยนน้ำ/ขัดห้องน้ำ ห้องส้วม ทุก 7 วัน	2.04	0.849	2.12	0.819	0.814	310	.416
3.ปิดฝาน้ำดื่ม/น้ำใช้ให้มิดชิดทุกครั้ง ที่เปิดใช้	2.40	0.724	2.41	0.752	0.153	310	.878
4.ใส่เกลือ ฯลฯ ทุก 7 วัน ที่รองขาตู้กับข้าว	1.67	1.008	1.82	1.113	1.168	275.75	.244
5.ใส่ทรายจากรองคันไม้/หน้าทิ้งทุก 7 วัน	1.68	0.983	1.91	1.060	1.838	276	.067
6.เก็บทำลายเศษวัสดุไม้ใช้แล้วบริเวณบ้าน	2.13	0.882	2.20	0.773	0.719	289	.473
7.ใช้อุปกรณ์กำจัดขยะ กับดัก/ไม้ตักไฟฟ้า	1.73	1.005	1.84	1.034	0.953	301	.341
รวมด้านกายภาพ	13.516	4.6078	14.303	5.2411	1.415	304.99	.158
ด้านชีวภาพ							
8.ใช้สารไล่ยุง เช่น จุลยภัณฑ์ยุง ทุบตะไคร้หอม	1.66	0.846	1.76	0.971	0.994	310	.321
9.ใช้เปลือกส้มแห้ง/กานมะพร้าวจุดไฟไล่ยุง	1.33	0.998	1.46	0.973	1.149	310	.251
10.ใช้ปลาหางนกยูงในอ่างปลูกดอกไม้	1.47	1.104	1.50	1.050	0.210	310	.834
11.ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เช่น มะกรูด	1.17	1.067	1.32	1.041	1.236	310	.218
รวมด้านชีวภาพ	5.6346	3.1807	6.0385	3.1538	1.126	310	.261
ด้านสารเคมี							
12.ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในภาชนะน้ำขัง	1.97	1.018	2.06	0.986	0.746	258	.456
13.ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในห้องน้ำ	2.36	0.748	2.29	0.771	-0.871	308	.348
14.ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ในน้ำใช้	2.30	0.749	2.19	0.823	-1.155	308	.249
15.ใช้สารกำจัดยุง เช่น ยาฉีด	1.72	0.859	1.71	1.029	-0.120	296.62	.904
รวมด้านสารเคมี	8.4316	2.2917	8.1774	2.8951	-0.860	294.47	.390
ด้านอื่นๆ							
16.ให้ความร่วมมือเมื่อมีการฉีด พ่นสารเคมี เพื่อทำลายยุงตัวแก่	2.13	0.930	2.33	0.881	1.874	310	.062
17.จัดบ้านเรือนให้สะอาดและไม่มิดชิด	2.17	0.780	2.44	0.720	3.092	310	.002

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก (n=156)		พื้นที่ไม่เกิดโรค(n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
18.ร่วมกิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในวัน พระสงฆ์ใช้เสื่อออก	1.68	0.957	2.08	0.923	3.795	310	<.001
19.จ่ายเงินเข้ากองทุนในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำ	1.21	1.047	1.49	1.116	2.250	310	.025
20.จ่ายเงินเข้ากองทุนในชุมชน	0.98	0.987	1.24	1.102	2.165	306.29	.031
รวมด้านอื่นๆ	8.1795	2.87926	9.5705	3.34300	3.983	310	<.001

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคใช้เสื่อออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคใช้เสื่อออกภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.055)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของกรมีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์การป้องกันควบคุมโรคใช้เสื่อออก ในพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคใช้เสื่อออก จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	พื้นที่เกิดโรค ซ้ำซาก(n=156)		พื้นที่ไม่เกิดโรค (n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.ดำเนินกิจกรรมกำจัดแหล่งลูกน้ำในชุมชนทำให้เสี่ยงจากโรค ใช้เสื่อออกน้อยลง	2.02	0.82	2.33	0.74	3.478	310	<.001
2.กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำต่อเนื่อง เป็นการป้องกันการป่วยจาก โรคใช้เสื่อออก ใช้จ่ายเงินน้อยกว่า การดูแลรักษา	2.15	0.79	2.47	0.66	3.910	310	<.001
3.กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรค ใช้เสื่อออกน้อยลง	2.03	0.82	2.46	0.69	4.998	310	<.001
4.การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เสื่อออกมากขึ้น	2.33	0.76	2.51	0.64	2.171	310	.031
5.การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทำให้รู้สึกภูมิใจที่มีส่วนช่วย ชุมชน	2.20	0.82	2.51	0.67	3.629	310	<.001
6.การกำจัดแหล่งยุงลาย ทำให้มี สมาชิก กับเจ้าหน้าที่มีการ ช่วยเหลือกันมากขึ้น	2.25	0.79	2.38	0.61	1.686	290.148	.093
7.การเก็บ ภาษีไม่ได้แล้ว ทำให้มีรายได้	2.03	0.81	1.92	0.85	-1.088	310	.278

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์การป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค ไข้เลือดออกภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในด้านการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ในพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค ไข้เลือดออก จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	พื้นที่เกิดโรค ซ้ำซาก (n=156)		พื้นที่ไม่เกิด โรค(n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.การสังเกตความร่วมมือการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนสะอาดขึ้น	2.44	0.64	2.58	0.56	1.973	303.553	.049
2.การสังเกตว่าสมาชิก ให้ความสำคัญในการเข้าร่วม กิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในวัน รณรงค์	2.12	0.73	2.56	0.61	5.791	310	<.001
3.การสังเกตว่าสมาชิก ให้ความสำคัญในการกำจัด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง	2.05	0.71	2.58	0.62	6.966	310	<.001
4.สำรวจ ดูแลแหล่งเพาะพันธุ์ และกำจัดลูกน้ำ จาก ภาชนะเก็บกักน้ำใช้ แจกันดอกไม้ พุ่มต่าง ขาดูกับข้าว ห้องน้ำ ห้องส้วม ในบ้าน ทุกๆ 7 วัน	1.91	0.69	2.46	0.63	7.419	307.526	<.001
5.สังเกตว่าเมื่อทุกบ้านให้ความร่วมมือในการกำจัด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแล้วยุงภายในบ้าน ในชุมชน มีจำนวนลดลง	2.14	0.70	2.63	0.57	6.863	310	<.001
6.เคยเข้าร่วมสำรวจ แหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลาย ภายในชุมชน	1.78	0.90	2.47	0.78	7.266	310	<.001
7.ได้รับการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย จาก อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.23	0.72	2.72	0.52	6.982	281.372	<.001

จากตารางที่ 4 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วม ในการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < .001$)

อภิปรายผล

จากการเปรียบเทียบ การมีส่วนร่วมของชุมชนใน การป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรค ซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค ไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย

ด้านข้อมูลของครัวเรือนในพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออก ช้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า มีจำนวนสมาชิกไม่แตกต่างกัน โดยเฉลี่ย 3 คนต่อครัวเรือน ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้านมากที่สุดของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกช้ำซาก คือ ช่วงเย็น แต่พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ช่วงกลางวันมากที่สุด โดยทั้งสองพื้นที่มีลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวมีได้สูง และมีสมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบลไม่แตกต่างกัน สำหรับภาชนะที่เก็บกักน้ำในครัวเรือนของสองพื้นที่มีภาชนะกักน้ำในห้องน้ำ ห้องส้วมมากที่สุด ทั้งนี้สภาพทั่วไปของชุมชน

ด้านประชากร อาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านเรือน บริบทโดยรวมแล้วมีความคล้ายคลึงกัน (ข้อมูลจากการสังเกต) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสมใจ ทองเพ็ และคณะ⁶ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนหมู่บ้านที่มีโรคไข้เลือดออกสูงสุดสภาพบ้านจะมีสวนร่มรื่น เป็นที่ลุ่มน้ำท่วมถึง ส่วนสภาพแวดล้อมชุมชน หมู่บ้านที่มีโรคไข้เลือดออกต่ำ ลักษณะบ้านจะโล่งโปร่ง ลมพัดสบาย ไม่มีต้นไม้ใหญ่ ใกล้บ้าน และการศึกษาของสุสิทธิ์ นาควิโรจน์ และคณะ⁷ ซึ่งพบว่า สภาพแวดล้อมระหว่างอำเภอที่มีการเกิดโรคสูงสุดและต่ำสุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001)

ด้านแหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสื่อบุคคล แหล่งรับรู้ข่าวสารของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกช้ำซาก ส่วนใหญ่ได้รับจากเพื่อนบ้าน ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกรับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด เมื่อพิจารณาภาพรวม พื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกช้ำซาก มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับ

น้อย แต่พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกิดจากการประสานงาน และให้ความร่วมมือของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก มีการประสานงาน และให้ความร่วมมือมากกว่า และดำเนินการต่อเนื่อง (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก) ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทเป็นผู้นำในการประสานงาน และทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การเข้าร่วมประชุมของประชาชนในพื้นที่เกิดโรคช้ำซาก ส่วนใหญ่เหตุผลในการร่วมประชุมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และเหตุผลในการไม่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ไม่มีเวลาว่าง และชุมชนไม่มีการจัดประชุม ซึ่งแตกต่างพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่มีเหตุผลจากอาสาสมัครสาธารณสุข หรือเพื่อนบ้านชักชวน สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออก ทั้ง 2 พื้นที่ ส่วนใหญ่เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเพื่อนบ้านชักชวน และเหตุผลในการไม่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออก ได้แก่ ไม่มีเวลาว่าง ทั้งนี้อาจเกิดจากสภาพแวดล้อม และฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน ซึ่งต้องประกอบอาชีพจึงไม่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดของปรัชญา เวสารัชช์⁸ ที่พบว่า ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ หลายประการ ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง ปัญหาด้านองค์กร และนโยบายของรัฐบาล

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ของประชาชน ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งกิจกรรมที่มีส่วนร่วมตัดสินใจของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และยุงตัวแก่ทุก 7 วัน และการรับทราบข่าวเมื่อสมาชิกในชุมชนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี มณีศรี⁹ พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของวลิรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล¹⁰ พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ขัดแย้งจากการศึกษาของสุทิพร นาควิโรจน์ และคณะ⁷ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการสนทนากันจะเกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นการเฝ้าระวังโรคโดยคนในชุมชน ดังนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวให้ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขทราบ เมื่อมีคนในชุมชนเป็นไข้หรือมีอาการสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกให้ไปรับการตรวจรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และให้คำแนะนำป้องกันไม่ให้ยุงกัดโดยให้นอนในมุ้งเพื่อลดการแพร่โรคในชุมชน อีกทั้งขอความร่วมมือให้ประชาชนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จากการเปรียบเทียบด้านการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนโดยรวม ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าเฉพาะด้านอื่นๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านกายภาพ ทั้ง 2 พื้นที่มีปฏิบัติเหมือนกันใน

เรื่องการปฏิบัติเปลี่ยนน้ำและขัดล้างภาชนะทุก 7 วัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของศรีมงคล ประยูรวง และคณะ¹¹ พบว่า พฤติกรรมการถ่ายคุ่มน้ำใช้ ภาชนะเก็บกักน้ำใช้มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านอื่นๆ มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันในเรื่องการจัดบ้านเรือนให้สะอาด การร่วมกิจกรรมรณรงค์ การจ่ายเงินเข้ากองทุนเพื่อใช้ในการกิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และซื้อสารเคมีพ่นทำลายยุงลายในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของชุมชนต้องมีการเสียดสี ในเรื่องเวลา แรงงาน และบางครั้งการสละทรัพย์สินเพื่อช่วยในกิจกรรมของชุมชน

สำหรับด้านชีวภาพ มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซากมีการใช้สารไล่ยุง เช่น จูดยากันยุงที่ทำมาจากตะไคร้หอม แต่พื้นที่ไม่เกิดโรค มีการเลี้ยงปลาหางนกยูงในอ่างปลูกดอกบัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองพันธ์ คุรงค์ภินันท์ และคณะ¹² พบว่ามีการใช้ปลา ร้อยละ 94.7

ส่วนด้านสารเคมี มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกันทั้ง 2 พื้นที่ โดยมีการใช้สารเคมี คือทรายที่มีฟอสฟอรัส ภาชนะเก็บน้ำในห้องน้ำห้องส้วม แจกันดอกไม้สด และภาชนะเก็บน้ำชื้ออยู่ในระดับมากทั้ง 2 พื้นที่ ถึงแม้ว่าทรายกำจัดลูกน้ำจะมีความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับให้ใช้น้ำดื่มได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดการใช้สารเคมี และงบประมาณในการจัดซื้อสารเคมี ควรส่งเสริมให้ประชาชนใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในครัวเรือน เช่น มีการใช้ผงซักฟอก เกลือหรือน้ำส้มสายชู ก็สามารถควบคุมและทำลายลูกน้ำยุงลายได้ ดังการศึกษาของรุ่งทิพา ประสานทอง¹³ ทำการศึกษาประสิทธิภาพของผงซักฟอก พบว่า น้ำที่ผสมผงซักฟอกสามารถป้องกันยุงลายวางไข่ได้นาน 14 - 22 วัน และผงซักฟอกยังมี

ประสิทธิภาพในการกำจัดลูกน้ำยุงลายระยะที่ 3 ได้ 100% และการศึกษาของพูนศ เรียวแรงบุญญา และบุญล้วน พันธุมจินดา¹³ ที่ทำการทดลองใส่เกลือ 2 ช้อนชาในถ้วย หล่อขาตู้กับข้าวขนาดความจุ 250 มิลลิลิตร พบว่าควบคุม ลูกน้ำได้นานมากกว่า 7 วัน รวมทั้งการศึกษาของ สมเกียรติ บุญอยู่บัญชา และวิรัตน์ สมุทรพงษ์¹³ ที่ทำการทดลองใส่น้ำส้มสายชู 5% จำนวน 1 ช้อนชาครั้งใน ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าวขนาดความจุ 250 มิลลิลิตร พบว่าทำให้ลูกน้ำยุงลายตายมากกว่า 95% ดังนั้นควรมีการส่งเสริม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาของคนในชุมชน

จากการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิด โรคไข้เลือดออก พบว่าแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากการ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลยา เปียประดิษฐ์¹⁴ พบว่าการ ดำเนินป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นการดำเนินงานเชิงรับ ซึ่ง นโยบายของรัฐต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ดังนั้น ควรมีการทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม แบบเป้าประสงค์โดยประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิด ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามัคคี ซึ่งเป็นการ รวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพใน กระบวนการแก้ปัญหา และร่วมทำกิจกรรม ถึงแม้ว่า กิจกรรมจะสิ้นสุดแล้วแต่การมีส่วนร่วมยังคงอยู่ และทำให้ชุมชนได้รับผลประโยชน์อย่างยั่งยืน

จากการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค

ไข้เลือดออก พบว่ามีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็น เพราะในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกมีการประสาน การดำเนินงาน รวมทั้งมีการดำเนินงานร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลยา เปีย ประดิษฐ์¹⁵ พบว่า การปฏิบัติงานโดยการเข้าถึงประชาชน เข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนด ขาดการควบคุมกำกับ และ ประเมินผลอย่างจริงจัง การปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขที่ไม่ได้คิดริเริ่มเอง เป็นการปฏิบัติงานตาม คำสั่งของเจ้าหน้าที่ และงานด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ปฏิบัติน้อยมาก เพราะขาดความมั่นใจและไม่มีเวลา ถ่ายทอดความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชนี ศิริสุนทรและลดาวัลย์ สอนงาม¹⁶ พบว่า องค์การบริหาร ส่วนตำบลและเทศบาล มีการจัดทำแผนงานไม่บูรณาการ กับหน่วยงานอื่น ร้อยละ 83.3 ไม่เน้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการแก้ปัญหา แต่จะให้ความสำคัญในการหา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และ สอดคล้องกับการศึกษาของสวรธา สิริภคมงคล และ คณะ¹⁷ พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ มี ความรู้ เจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หลัง ดำเนินการโดยให้กลุ่มเป้าหมาย มีการวางแผนดำเนินการ แก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกติดตาม ประเมินผลพบว่า กลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญในการ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเกิดความเสียสละในการช่วยเหลือชุมชนสูงขึ้น และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เดือนกุมภาพันธ์ 2548³ พบว่า ค่า HI ของพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก มีค่า HI = 0 จำนวน 10 หมู่บ้าน จาก 13 หมู่บ้าน สำหรับพื้นที่เกิด โรคซ้ำซาก มีการสำรวจและรายงานค่า HI ≤ 10 เพียง

6 หมู่บ้าน จาก 11 หมู่บ้าน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของการประเมินผล โดยการวัดผล และวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน เพื่อหาข้อดี ข้อด้อย และหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่ที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคจังหวัดสุโขทัย ปี 2548 ผลจากการศึกษามีความแตกต่างกัน ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่วิจัย ควรมีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล ให้รับทราบสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ทั้งในพื้นที่ตนเอง และพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อการป้องกันโรคล่วงหน้าและทันเวลา และควรสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมาแก้ปัญหา วางแผน และหาแนวทางแก้ไขอีกทั้งควรส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรค ด้วยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ โคนเน้นการใช้ภูมิปัญญาของคนในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่อ่านและแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ และนายณัฐกิจ พิพัฒน์ จาตุรงค์ นักวิชาการสาธารณสุข 6 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ที่กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. เสรณีย์ จุฬาสรีกุล: คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2544.
2. อภิญญา จุติตระกูลชัย: การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกจังหวัดสุโขทัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2547.
3. ชัยพร โรจนวัฒน์ศิริเวช: ความสำเร็จ 7 ปี (2542-2548) อำเภอบึงคล้า จังหวัดหนองคาย ควบคุมลูกน้ำยุงลายได้ไม่มีไข้เลือดออก เป็นอำเภอแรกของประเทศไทย. จุลสารควบคุมโรค; 2548. หน้า 8-11.
4. มยุรี อินทุยานนท์: สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2546-2548.
5. สุมณา ตันติไวยพจน์: สรุปรายงานการสำรวจดัชนีลูกน้ำงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2548.
6. สมใจ ทองเพ็ญและคณะ: การพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชนในพื้นที่ไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุดของพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร; 2547. 80 หน้า.
7. ศุภิพร นาควิโรจน์ และคณะ: ปัจจัยการเกิดโรคไข้เลือดออกจังหวัดพัทลุงระหว่าง อำเภอที่มีการเกิดโรคสูงสุดและต่ำสุด สัมมนาการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับชาติ กรมควบคุมโรคติดต่ออุรุไป พรหมแดน; 2543: 20 หน้า.

8. ปรัชญา เวสารัชช์: การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท. สถาบันไทยคดีศึกษาหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2528: 20 หน้า.
9. มนตรี มณีศรี: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของชุมชนตำบลแม่จะรา อำเภอมะเข่ จังหวัดตาก. ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542: หน้า 82- 89.
10. วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ คณะพัฒนาสังคมสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2544. หน้า 74-95.
11. ศรีมงคล ประยูรวง และคณะ. ความคิดเห็น ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เกิดโรค เปรียบเทียบพื้นที่ปลอดไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา การสัมมนาวิชาการกรมควบคุมโรคประจำปี 2545. หน้า 98.
12. ทองพันธุ์ คุรงค์ภินันท์ และคณะ. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของตำบลทางพระ จังหวัดอ่างทอง การสัมมนาวิชาการ กรมควบคุมโรค ประจำปี; 2545. หน้า 53.
13. สีวิกา แสงธาราทิพย์: ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในโรคไข้เลือดออกฉบับประชาชน. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี; 2544. หน้า 30-77.
14. กุลยา เปียประดิษฐ์: แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง ในการประเมินผลโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก; 2544. 63หน้า.
15. พัทธนี ศิริสุนทร และลดาวัลย์ สวนงาม: การประเมินศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมและแก้ไข วรรสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12547; 8(2): 161-165.
16. สวรรยา สิริภคมงคล และคณะ : การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน 4 อบต. ของเขต 8 นครสวรรค์ การสัมมนาวิชาการ กรมควบคุมโรค; 2545. 52 หน้า.

การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ 3
จังหวัด ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ปี พ.ศ.2546-2548

(Measurement of HIVQUAL-T Program for the quality improvement of care for PLWHA

In 3 Provinces of Northern Thailand, 2003-2005)

ธัญญ์รี ปิยกุล สก.ม.

Thanaree Piyakul M.A

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ Office of Disease Prevention and Control 10th Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ 3 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย คือ เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา ในปี พ.ศ.2546-2548 โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยที่มารับบริการปีพ.ศ.2546-2548 ในโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานจำนวนทั้งหมด 37 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน จำนวนโรงพยาบาลละ 30-90 ราย ตามปริมาณผู้มารับบริการในแต่ละปี โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่ได้รับการพัฒนาโดย New York State AIDS Institute มาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน คือ การติดตามผลการตรวจ CD4 และหรือ Viral Load การรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจคัดกรองและรักษาวัณโรค การตรวจคัดกรองซิฟิลิส และการดูแลผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี(การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก)

ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน ในการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินโครงการ ปี พ.ศ. 2546 – 2548 นั้น มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นตามลำดับในแต่ละปีทุกตัวชี้วัด ซึ่งเป็นผลจากที่ได้วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในปี 2546 เป็นต้นมา แต่ละหน่วยงานสามารถนำผลที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุมมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โปรแกรม HIVQUAL-T ใช้ง่าย รวดเร็ว ใช้ทรัพยากรน้อย และโรงพยาบาลสามารถวัดได้ด้วยตนเอง ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนด้านการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยงาน เพื่อค้นหาสาเหตุและดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ น่าจะได้นำโปรแกรม HIVQUAL-T ไปใช้เพื่อช่วยในการวัดคุณภาพระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้บริการดูแลรักษาได้ นอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่ดี ครอบคลุม ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายช่วยกันสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม HIVQUAL-T การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

Abstract

This research aimed to study the result of implementation with HIVQUAL-T Program which run to develop quality of HIV/AIDS treatment and care in three provinces in upper northern part of Thailand; Chiang Mai, Chiang Rai and Phayao between 2003-2005. The samples who enrolled of this study were the HIV infected or AIDS patients over 15 years old and they would come to attend in the 37 pilot hospitals with HIVQUAL - T program at least two times a year. Data was collected from patient's records and analyzed by the program. It was found that the coverage of six key indicators (CD4 or viral load monitoring, opportunistic infection prophylaxis, anti retroviral treatment, tuberculosis screening, Syphilis screening, CA Cervix screening) in the program was much higher in each year. Especially, after allocated the HIVQUAL - T program, the target hospitals could be developed the activity in HIV/AIDS treatment and care sustainable. And it was found the weakness point of the activity in HIV/AIDS treatment and care as well, so the health officers could be corrected the activity and implemented with the patients again. Therefore, this program was proper for the health personnel in every hospital who want to learn and use by themselves. Furthermore, they can improve and develop HIV/AIDS treatment and care process for the better quality of life of HIV/AIDS patients in Thailand.

Key words: HIVQUAL-T, HIV Quality Care

บทนำ

นับจากมีรายงานการพบผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมา พื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน นับเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงมาโดยตลอด เนื่องจากพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมาก สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึง 31 ธันวาคม 2549 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 76,103 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 30,611 ราย และยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ต้องการการดูแลรักษา ซึ่งต้องใช้เวลานานและทรัพยากรจำนวนมาก เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรัง ในการให้บริการดูแลรักษาจึงควรมีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติ อันประกอบด้วย การดูแลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม กว่า 2 ทศวรรษของการระบาดโรคเอดส์ในประเทศไทย การให้บริการดูแลรักษาได้มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ

โดยเฉพาะด้านการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เช่นการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก และการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้น ตามโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการโดยสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนจากศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐด้านสาธารณสุข พบว่า มาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับโรงพยาบาลยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ที่สำคัญคือขาดเครื่องมือ และกระบวนการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่

สามารถกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ การชี้ปัญหา และลำดับขั้นความเร่งด่วนเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับปรุงคุณภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และไม่สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาคุณภาพได้ (TUC Care Project: รายงานผลการ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานในภาพรวม 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน, 2546)

ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา หน่วยงานที่ให้บริการจึงจำเป็นต้องมีการวัดคุณภาพ ระบบบริการดังกล่าวไว้ข้างต้น ว่ามีความครอบคลุมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ ซึ่งจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยเพื่อพัฒนาให้เกิดระบบ บริการที่ดีและเหมาะสมกับพื้นที่ และสามารถดำเนินการ จัดเก็บและวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานได้ ทั้งภายในหน่วยงานที่ให้บริการ รวมทั้งหน่วยงานอื่น นอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่ดี ครอบคลุม ที่ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายช่วยกันสร้างระบบการ พัฒนาคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

นิยามศัพท์

HIV Quality Care คือ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามแนวทางการดูแลรักษา ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และหรือจาก ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

HIVQUAL-T (HIV Quality of Care program - Thailand) คือซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์เขียนโดยโปรแกรม Microsoft Access ใช้สำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ เอดส์ในประเทศไทย เริ่มดำเนินการในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ 2546 โดยการประสานความร่วมมือระหว่าง ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MORPHUS CDC Collaboration, TUC) กับสถาบันเอดส์ รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา (New York State department of

health, AIDS Institute) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม และปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์

PLWHA (People Living with HIV and AIDS) คือ ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดคุณภาพระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลที่ร่วม ดำเนินงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T (HIV Quality of Care program -Thailand)
2. เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำผลการวัดที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพระบบ บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analysis study) โดยการรวบรวมข้อมูล จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อวัดคุณภาพการ ให้บริการผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ ใน โรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือ ตอนบน คือ เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา ที่มารับบริการ ปี 2546 - 2548 รวมจำนวน 37 แห่งโดยทำการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปี ขึ้น ไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ดำเนินการจำนวนโรงพยาบาลละ 30-100 ราย ตามแต่ปริมาณผู้มารับบริการในแต่ละปี โดยใช้วิธีการ เลือกเชิงสุ่มอย่างง่าย (Random Sampling) โดยใช้ โปรแกรม HIVQUAL-T คำนวณโดยอัตโนมัติ ณ ระดับ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย และโปรแกรม HIVQUAL-T มาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมรายชื่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตาม Inclusion criteria จากทุกหน่วยบริการ ในปีที่จะวัดผลแล้วนำเข้าสู่โปรแกรม
2. ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของรายชื่อผู้ป่วย
3. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเทียบหรือให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณโดยอัตโนมัติ
4. สุ่มตัวอย่างโดยอัตโนมัติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
5. รวบรวมข้อมูลการดูแลทางการแพทย์ จาก OPD card และเวชระเบียนต่าง ๆ
6. บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกระดาษ
7. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์
8. ตรวจสอบข้อมูลในแบบฟอร์มและใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์
9. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล
10. ใช้รายงานผลข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T Version 3.0 เพื่อคำนวณหาค่าจำนวน และร้อยละ ตามตัวชี้วัดทั้ง 6 ด้าน คือ

1. การติดตามผลการตรวจ CD4 และหรือ Viral Load (HIV status monitoring)
2. การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI prophylaxis)

3. การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy)
4. การตรวจคัดกรองและการรักษาวัณโรค (Tuberculosis screening and treatment)
5. การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis screening)
6. การดูแลผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (Care for HIV infected female)

ผลการศึกษา

การวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ได้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย และจังหวัดพะเยา ในปี พ.ศ. 2546 รวมจำนวน 8 แห่ง ปี พ.ศ. 2547 รวม 9 แห่ง และ ปี พ.ศ. 2548 จำนวนทั้งหมด 37 แห่ง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ โดยในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 8 แห่งรวม 8,307 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,694 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 9 แห่งรวม 9,739 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,998 ราย และในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด 37 แห่ง รวม 11,228 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 2,038 ราย

จากผลการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 (ตัวชี้วัดที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 56.3 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2547, 2548 เป็นร้อยละ 78.6 และ 90.7 ตามลำดับ ด้านการได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบปฐมภูมิ (ตัวชี้วัดที่ 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลที่ดี คิดเป็นร้อยละ 85 ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2547, 2548

เป็นร้อยละ 85.2 และ 86.8 ตามลำดับ ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ตัวชี้วัดที่ 3) พบว่า ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในปี พ.ศ. 2546 ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 79.5 และเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2547, 2548 เป็นร้อยละ 83.2 และ 87.9 ตามลำดับ ในการตรวจคัดกรองและรักษาวัณโรค (ตัวชี้วัดที่ 4) ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการบริการในปี พ.ศ. 2546 ก่อนข้างน้อยคิดเป็นร้อยละ 46 และเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2547 , 2548 เป็นร้อยละ 58.5 และ 75.6 ตามลำดับ สำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (ตัวชี้วัดที่ 5) พบน้อยมากในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 คือ เพียงร้อยละ 2.7 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ และมีการตรวจคัดกรองมากขึ้นในปี 2548 ถึงร้อยละ 29.2 สำหรับการดูแลผู้หญิงติดเชื้อ HIV (ตัวชี้วัดที่ 6) พบว่ายังมีน้อย คิดเป็นร้อยละ 4 เท่านั้น แต่กลับเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.7 และ เพิ่มขึ้นสูงในปี 2548 เป็นร้อยละ 44.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวัดคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/และผู้ป่วยเอดส์ ด้วย HIVQUAL –T ในภาพรวม 3 จังหวัด จำแนกตามตัวชี้วัด และรายปี พ.ศ. 2546-2548

ตัวชี้วัด	2546		2547		2548	
	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
1. CD4 testing	1,694	56.3	1,998	78.63	2,038	90.7
2. PCP prophylaxis	1,070	85.0	1,098	85.2	1,044	86.8
3. ARV treatment	703	79.5	974	83.2	954	87.9
4. TB screening	652	46.0	995	58.5	1,343	75.6
5. VDRL screening	1,694	2.7	1,998	4.2	2,038	29.2
6. Pap smear	1,025	4.0	1,131	12.7	1,170	44.3

เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่า ในปี พ.ศ. 2546-2548 จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.6 , 81.9 และ 91.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 52.9, 77.6 และ 90.9 ตามลำดับ และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 52, 76.1 และ 88.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ส่วนการตรวจ Viral Load ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีจำนวนน้อยเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2546 จังหวัดพะเยามีการส่งตรวจ Viral Load มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 20.3 รองลงมาคือ จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และจังหวัดเชียงรายน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 6 สำหรับในปี พ.ศ. 2547 จังหวัดเชียงใหม่ และเชียงราย มีการตรวจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 9.5 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดพะเยากลับมีการตรวจลดลงเหลือร้อยละ 10.4 และในปี พ.ศ. 2548 ทั้ง 3 จังหวัดมีการตรวจลดลงอย่างมาก โดยมีการตรวจน้อยที่สุดที่จังหวัดเชียงรายคือมีเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ถัดไปคือ จังหวัดพะเยาและเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 5.6 และ 12.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	64.6	81.9	91.6
เชียงราย	52.9	77.6	90.9
พะเยา	52	76.1	88.7
รวม	56.3	78.6	90.7

ตารางที่ 3 ร้อยละการได้รับการตรวจ Viral Load ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำแนกรายจังหวัดปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
พะเยา	20.3	10.4	5.6
เชียงใหม่	15.5	18.5	12.9
เชียงราย	6	9.5	2.8
รวม	12.5	12.8	6.7

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP) มากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 90.2, 87.4 และ 90.7 ในปี พ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 89.6, 89.2 และ 82.2 และจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 73.4, 78.3 และ 83.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	90.2	87.4	90.7
พะเยา	89.6	89.2	82.2
เชียงใหม่	73.4	78.3	83.6
รวม	85	85.2	86.8

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อเห็บสมองอักเสบ มากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 79.8, 82.6 และ 91.7 ในปี พ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิด

เป็นร้อยละ 48.2, 58.9 และ 74.7 และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 47.5, 65.2 และ 80.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อเห็บสมองอักเสบ (Cryptococcosis) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	79.8	82.6	91.7
เชียงใหม่	48.2	58.9	74.7
พะเยา	47.5	65.2	80.7
รวม	60.8	71.5	84.2

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มี $CD4 < 100$ ได้รับยาป้องกันโรค เชื้อรา Penicillosis มีค่อนข้างน้อย เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง โดยจังหวัดเชียงรายมีการให้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27, 22.4 และ 12.4 ในปี พ.ศ. 2546-2548 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 17.5, 17.2 และ 36.1 และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 9.9, 9.8 และ 38.6 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Penicillosis จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	27	22.4	12.4
เชียงใหม่	17.5	17.2	36.1
พะเยา	9.9	9.8	38.6
รวม	19.5	17.9	24.8

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ว่าเป็น MAC หรือ $CD4 < 50$ ได้รับยาป้องกัน Mycobacterium Avium Complex (MAC) มีน้อยมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2546 มีการให้ยาสูงสุดที่จังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 5.2 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 2.2 ส่วนจังหวัดเชียงรายยังไม่มี การให้ และในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการให้ยาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 3.1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.5 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกัน Mycobacterium Avium Complex (MAC) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	2.2	3.1	5.5
เชียงราย	0	1.7	0.7
พะเยา	5.2	0	1.9
รวม	2.1	1.7	2.6

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีมากที่สุดที่จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 83.5, 84.8 และ 91.2 ในปีพ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 78.8, 85.3 และ 85.7 ส่วนจังหวัดพะเยามีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 74, 76.7 และ 88 ในปีพ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่ควรรับยาและ ได้รับยาต้านไวรัส จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	83.5	84.8	91.2
เชียงราย	78.8	85.3	85.7
พะเยา	74	76.7	88
รวม	79.5	83.2	87.9

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรค และได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค พบสูงสุดคือ จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 และลดลงในปี 2548 เหลือร้อยละ 84.5 รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 95.1, 91.8 และลดลงเช่นเดียวกันเหลือร้อยละ 81.6 ในปี พ.ศ. 2548 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยป่วยวัณโรค ได้รับการคัดกรองวัณโรค จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	100	100	84.5
เชียงราย	87.7	84.6	86.4
พะเยา	95.1	91.8	81.6
รวม	91.9	88.7	85.2

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซีฟิลิส ในปี พ.ศ. 2546 ก่อนข้างน้อย พบการคัดกรองสูงสุดคือจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 3.8 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 คิดเป็นร้อยละ 7.3 และ 39.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย ส่วนจังหวัดพะเยามีการคัดกรองน้อยที่สุด (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซีฟิลิส (syphilis) จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	3.8	7.3	39.6
เชียงราย	2	3.1	33.1
พะเยา	2.6	2.1	1.1
รวม	2.7	4.2	29.2

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงนั้น พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างน้อย โดยมีการตรวจมากที่สุดคือจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 6.1 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ และเชียงราย ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2547-2548 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น โดยมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 15.6 และ 53.4 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา และเชียงราย ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PAP smear) จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	3.5	15.6	53.4
เชียงราย	3.4	9.5	42
พะเยา	6.1	14.9	33.9
รวม	4	12.7	44.3

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 8 แห่งรวม 8,307 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,694 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 9 แห่งรวม 9,739 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,998 ราย และในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด 37 แห่งรวม 11,228 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 2,038 ราย ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการตรวจ CD4 , การให้ยาต้านไวรัส , การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (โรคปอด

อีกเสบ PCP และ Crypto) และการคัดกรองวัณโรค ก่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นนโยบายสนับสนุนจากภาครัฐ (โครงการ NAPHA) และมีการดำเนินงานโครงการต่างประเทศสนับสนุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ก่อนข้างมากในเรื่องดังกล่าว สำหรับบริการให้ยา ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Penicillosis และ MAC มีน้อยเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลก่อนข้างสูง และไม่มีนโยบายที่ชัดเจน รวมถึงการคัดกรองซีพีเอส ที่ต้องมี ค่าใช้จ่ายมาสนับสนุนทั้งด้านการตรวจคัดกรองและยารักษาโรคหากพบว่าซึ่งเป็นโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เอง และการดูแลหญิงติดเชื้อเอชไอวี ยังได้รับการค่อนข้างต่ำมาก ในด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่สถานบริการจะคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ตามมาตรฐานงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า เมื่อแต่ละโรงพยาบาลได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ช่วยวัดคุณภาพระบบบริการในการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ของหน่วยงานแล้ว พบว่ามีจุดแข็งและจุดอ่อนที่เห็นอย่างใด ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ในการวางแผน และกระบวนการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุม มากยิ่งขึ้น และสามารถวัดและประเมินต่อเนื่องได้ทุกปี เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนต่อไป และสามารถนำไปเปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลรักษา เพื่อช่วยในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และส่งเสริมกิจกรรมการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยให้

เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพการดูแลต้องเป็นกระบวนการที่ทำอย่างสม่ำเสมอ(Regular) และต่อเนื่อง(Continuous) เพื่อให้ทราบผลการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลง และสามารถจัดทำฐานข้อมูลได้เปรียบเทียบ(Benchmark) ของแต่ละตัวชี้วัดของหน่วยงานเทียบกับเวลาที่ผ่านไปและเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน ได้

ดังนั้น ในการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งจากภายในหน่วยงาน และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง การทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันจึงต้องพัฒนาไปพร้อมกัน เพื่อทำให้เกิดระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างดียิ่ง จากศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข , สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย และพะเยา, ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานทั้งหมดจำนวน 37 โรงพยาบาล รวมถึงทุกท่านที่มีส่วนในการสนับสนุน และให้ข้อมูลในการดำเนินงานครั้งนี้ ทางผู้ทำการศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณประโยชน์ที่เกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547.
2. กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางปฏิบัติงานโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, กันยายน 2547.
3. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, รายงานผลการ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานใน ภาพรวม 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย, 2546.
4. จรัส ตฤณวุฒิพงษ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง นโยบาย รูปแบบ และผลการดำเนินงานของโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA). การสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:160-163.
5. ชวินทร์ สิริธนา (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง โครงการให้ยาป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:73-74.
6. ภูษิต มีประเสริฐสกุล (2547). ความผิดปกติของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุข. วารสารควบคุมโรค;30(4):337-343.
7. ศิริพร กัญชนะ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง นโยบายและการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:164-167.
8. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข, (2548). คู่มือการใช้งาน HIVQUAL-T โปรแกรมวัดผลการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลด้านการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เริเดชั่น จำกัด.
9. AIDS Education Training Centers (AETC) National Resource Center, New York State Department of Health AIDS Institute, Measuring Clinical Performance: A Guide for HIV Health Care Providers, 2002.
10. New York State Department of Health AIDS Institute, The HIV Quality of Care Program, 2002.

การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ 3
จังหวัด ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ปี พ.ศ.2546-2548

(Measurement of HIVQUAL-T Program for the quality improvement of care for PLWHA

In 3 Provinces of Northern Thailand, 2003-2005)

ธัญญ์รี ปิยกุล สก.ม.

Thanaree Piyakul M.A

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ Office of Disease Prevention and Control 10th Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ 3 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย คือ เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา ในปี พ.ศ.2546-2548 โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยที่มารับบริการปีพ.ศ.2546-2548 ในโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานจำนวนทั้งหมด 37 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน จำนวนโรงพยาบาลละ 30-90 ราย ตามปริมาณผู้มารับบริการในแต่ละปี โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่ได้รับการพัฒนาโดย New York State AIDS Institute มาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน คือ การติดตามผลการตรวจ CD4 และหรือ Viral Load การรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจคัดกรองและรักษาวัณโรค การตรวจคัดกรองซิฟิลิส และการดูแลผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี(การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก)

ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน ในการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินโครงการ ปี พ.ศ. 2546 – 2548 นั้น มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นตามลำดับในแต่ละปีทุกตัวชี้วัด ซึ่งเป็นผลจากที่ได้วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในปี 2546 เป็นต้นมา แต่ละหน่วยงานสามารถนำผลที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุมมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โปรแกรม HIVQUAL-T ใช้ง่าย รวดเร็ว ใช้ทรัพยากรน้อย และโรงพยาบาลสามารถวัดได้ด้วยตนเอง ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนด้านการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยงาน เพื่อค้นหาสาเหตุและดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ น่าจะได้นำโปรแกรม HIVQUAL-T ไปใช้เพื่อช่วยในการวัดคุณภาพระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้บริการดูแลรักษาได้ นอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่ดี ครอบคลุม ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายช่วยกันสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม HIVQUAL-T การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

Abstract

This research aimed to study the result of implementation with HIVQUAL-T Program which run to develop quality of HIV/AIDS treatment and care in three provinces in upper northern part of Thailand; Chiang Mai, Chiang Rai and Phayao between 2003-2005. The samples who enrolled of this study were the HIV infected or AIDS patients over 15 years old and they would come to attend in the 37 pilot hospitals with HIVQUAL - T program at least two times a year. Data was collected from patient's records and analyzed by the program. It was found that the coverage of six key indicators (CD4 or viral load monitoring, opportunistic infection prophylaxis, anti retroviral treatment, tuberculosis screening, Syphilis screening, CA Cervix screening) in the program was much higher in each year. Especially, after allocated the HIVQUAL - T program, the target hospitals could be developed the activity in HIV/AIDS treatment and care sustainable. And it was found the weakness point of the activity in HIV/AIDS treatment and care as well, so the health officers could be corrected the activity and implemented with the patients again. Therefore, this program was proper for the health personnel in every hospital who want to learn and use by themselves. Furthermore, they can improve and develop HIV/AIDS treatment and care process for the better quality of life of HIV/AIDS patients in Thailand.

Key words: HIVQUAL-T, HIV Quality Care

บทนำ

นับจากมีรายงานการพบผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมา พื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน นับเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงมาโดยตลอด เนื่องจากพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมาก สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึง 31 ธันวาคม 2549 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 76,103 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 30,611 ราย และยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ต้องการการดูแลรักษา ซึ่งต้องใช้เวลานานและทรัพยากรจำนวนมาก เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ในการให้บริการดูแลรักษาจึงควรมีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติ อันประกอบด้วย การดูแลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม กว่า 2 ทศวรรษของการระบาดโรคเอดส์ในประเทศไทย การให้บริการดูแลรักษาได้มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ

โดยเฉพาะด้านการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เช่นการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก และการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้น ตามโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการโดยสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนจากศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐด้านสาธารณสุข พบว่า มาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับโรงพยาบาลยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ที่สำคัญคือขาดเครื่องมือ และกระบวนการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่

สามารถกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ การชี้ปัญหา และลำดับขั้นความเร่งด่วนเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับปรุงคุณภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และไม่สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาคุณภาพได้ (TUC Care Project: รายงานผลการ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานในภาพรวม 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน, 2546)

ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา หน่วยงานที่ให้บริการจึงจำเป็นต้องมีการวัดคุณภาพ ระบบบริการดังกล่าวไว้ข้างต้น ว่ามีความครอบคลุมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ ซึ่งจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยเพื่อพัฒนาให้เกิดระบบ บริการที่ดีและเหมาะสมกับพื้นที่ และสามารถดำเนินการ จัดเก็บและวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานได้ ทั้งภายในหน่วยงานที่ให้บริการ รวมทั้งหน่วยงานอื่น นอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่ดี ครอบคลุม ที่ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายช่วยกันสร้างระบบการ พัฒนาคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

นิยามศัพท์

HIV Quality Care คือ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามแนวทางการดูแลรักษา ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และหรือจาก ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

HIVQUAL-T (HIV Quality of Care program - Thailand) คือซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์เขียนโดยโปรแกรม Microsoft Access ใช้สำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ เอดส์ในประเทศไทย เริ่มดำเนินการในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ 2546 โดยการประสานความร่วมมือระหว่าง ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MORPHUS CDC Collaboration, TUC) กับสถาบันเอดส์ รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา (New York State department of

health, AIDS Institute) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม และปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

PLWHA (People Living with HIV and AIDS) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดคุณภาพระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลที่ร่วม ดำเนินงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T (HIV Quality of Care program -Thailand)
2. เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำผลการวัดที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพระบบ บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analysis study) โดยการรวบรวมข้อมูล จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อวัดคุณภาพการ ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ใน โรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือ ตอนบน คือ เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา ที่มารับบริการ ปี 2546 - 2548 รวมจำนวน 37 แห่งโดยทำการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปี ขึ้น ไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ดำเนินการจำนวนโรงพยาบาลละ 30-100 ราย ตามแต่ปริมาณผู้มารับบริการในแต่ละปี โดยใช้วิธีการ เลือกเชิงสุ่มอย่างง่าย (Random Sampling) โดยใช้ โปรแกรม HIVQUAL-T คำนวณโดยอัตโนมัติ ณ ระดับ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย และโปรแกรม HIVQUAL-T มาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมรายชื่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตาม Inclusion criteria จากทุกหน่วยบริการ ในปีที่จะวัดผลแล้วนำเข้าสู่โปรแกรม
2. ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของรายชื่อผู้ป่วย
3. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเทียบหรือให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณโดยอัตโนมัติ
4. สุ่มตัวอย่างโดยอัตโนมัติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
5. รวบรวมข้อมูลการดูแลทางการแพทย์ จาก OPD card และเวชระเบียนต่าง ๆ
6. บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกระดาษ
7. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์
8. ตรวจสอบข้อมูลในแบบฟอร์มและใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์
9. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล
10. ใช้รายงานผลข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T Version 3.0 เพื่อคำนวณค่าจำนวน และร้อยละ ตามตัวชี้วัดทั้ง 6 ด้าน คือ

1. การติดตามผลการตรวจ CD4 และหรือ Viral Load (HIV status monitoring)
2. การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI prophylaxis)

3. การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy)
4. การตรวจคัดกรองและการรักษาวัณโรค (Tuberculosis screening and treatment)
5. การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis screening)
6. การดูแลผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (Care for HIV infected female)

ผลการศึกษา

การวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ได้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่จังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย และจังหวัดพะเยา ในปี พ.ศ. 2546 รวมจำนวน 8 แห่ง ปี พ.ศ. 2547 รวม 9 แห่ง และปี พ.ศ. 2548 จำนวนทั้งหมด 37 แห่ง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ โดยในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 8 แห่งรวม 8,307 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,694 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 9 แห่งรวม 9,739 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,998 ราย และในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด 37 แห่ง รวม 11,228 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 2,038 ราย

จากผลการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 (ตัวชี้วัดที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 56.3 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2547, 2548 เป็นร้อยละ 78.6 และ 90.7 ตามลำดับ ด้านการได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบปฐมภูมิ (ตัวชี้วัดที่ 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลที่ดี คิดเป็นร้อยละ 85 ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2547, 2548

เป็นร้อยละ 85.2 และ 86.8 ตามลำดับ ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ตัวชี้วัดที่ 3) พบว่า ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในปี พ.ศ. 2546 ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 79.5 และเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2547, 2548 เป็นร้อยละ 83.2 และ 87.9 ตามลำดับ ในการตรวจคัดกรองและรักษาวัณโรค (ตัวชี้วัดที่ 4) ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการบริการในปี พ.ศ. 2546 ก่อนข้างน้อยคิดเป็นร้อยละ 46 และเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2547 , 2548 เป็นร้อยละ 58.5 และ 75.6 ตามลำดับ สำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (ตัวชี้วัดที่ 5) พบน้อยมากในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 คือ เพียงร้อยละ 2.7 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ และมีการตรวจคัดกรองมากขึ้นในปี 2548 ถึงร้อยละ 29.2 สำหรับการดูแลผู้หญิงติดเชื้อ HIV (ตัวชี้วัดที่ 6) พบว่ายังมีน้อย คิดเป็นร้อยละ 4 เท่านั้น แต่กลับเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.7 และ เพิ่มขึ้นสูงในปี 2548 เป็นร้อยละ 44.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวัดคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/และผู้ป่วยเอดส์ ด้วย HIVQUAL –T ในภาพรวม 3 จังหวัด จำแนกตามตัวชี้วัด และรายปี พ.ศ. 2546-2548

ตัวชี้วัด	2546		2547		2548	
	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
1. CD4 testing	1,694	56.3	1,998	78.63	2,038	90.7
2. PCP prophylaxis	1,070	85.0	1,098	85.2	1,044	86.8
3. ARV treatment	703	79.5	974	83.2	954	87.9
4. TB screening	652	46.0	995	58.5	1,343	75.6
5. VDRL screening	1,694	2.7	1,998	4.2	2,038	29.2
6. Pap smear	1,025	4.0	1,131	12.7	1,170	44.3

เมื่อพิจารณาแยกแยะรายจังหวัด พบว่า ในปี พ.ศ. 2546-2548 จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.6 , 81.9 และ 91.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 52.9, 77.6 และ 90.9 ตามลำดับ และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 52, 76.1 และ 88.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ส่วนการตรวจ Viral Load ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีจำนวนน้อยเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2546 จังหวัดพะเยามีการส่งตรวจ Viral Load มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 20.3 รองลงมาคือ จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และจังหวัดเชียงรายน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 6 สำหรับในปี พ.ศ. 2547 จังหวัดเชียงใหม่ และเชียงราย มีการตรวจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 9.5 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดพะเยากลับมีการตรวจลดลงเหลือร้อยละ 10.4 และในปี พ.ศ. 2548 ทั้ง 3 จังหวัดมีการตรวจลดลงอย่างมาก โดยมีการตรวจน้อยที่สุดที่จังหวัดเชียงรายคือมีเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ถัดไปคือ จังหวัดพะเยาและเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 5.6 และ 12.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	64.6	81.9	91.6
เชียงราย	52.9	77.6	90.9
พะเยา	52	76.1	88.7
รวม	56.3	78.6	90.7

ตารางที่ 3 ร้อยละการได้รับการตรวจ Viral Load ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำแนกรายจังหวัดปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
พะเยา	20.3	10.4	5.6
เชียงใหม่	15.5	18.5	12.9
เชียงราย	6	9.5	2.8
รวม	12.5	12.8	6.7

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP) มากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 90.2, 87.4 และ 90.7 ในปี พ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 89.6, 89.2 และ 82.2 และจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 73.4, 78.3 และ 83.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	90.2	87.4	90.7
พะเยา	89.6	89.2	82.2
เชียงใหม่	73.4	78.3	83.6
รวม	85	85.2	86.8

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อเห็บสมองอักเสบ มากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 79.8, 82.6 และ 91.7 ในปี พ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิด

เป็นร้อยละ 48.2, 58.9 และ 74.7 และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 47.5, 65.2 และ 80.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อเห็บสมองอักเสบ (Cryptococcosis) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	79.8	82.6	91.7
เชียงใหม่	48.2	58.9	74.7
พะเยา	47.5	65.2	80.7
รวม	60.8	71.5	84.2

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มี $CD4 < 100$ ได้รับยาป้องกันโรค เชื้อรา Penicillosis มีค่อนข้างน้อย เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง โดยจังหวัดเชียงรายมีการให้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27, 22.4 และ 12.4 ในปี พ.ศ. 2546-2548 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 17.5, 17.2 และ 36.1 และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 9.9, 9.8 และ 38.6 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Penicillosis จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	27	22.4	12.4
เชียงใหม่	17.5	17.2	36.1
พะเยา	9.9	9.8	38.6
รวม	19.5	17.9	24.8

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ว่าเป็น MAC หรือ $CD4 < 50$ ได้รับยาป้องกัน Mycobacterium Avium Complex (MAC) มีน้อยมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2546 มีการให้ยาสูงสุดที่จังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 5.2 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 2.2 ส่วนจังหวัดเชียงรายยังไม่มี การให้ และในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการให้ยาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 3.1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.5 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกัน Mycobacterium Avium Complex (MAC) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	2.2	3.1	5.5
เชียงราย	0	1.7	0.7
พะเยา	5.2	0	1.9
รวม	2.1	1.7	2.6

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีมากที่สุดที่จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 83.5, 84.8 และ 91.2 ในปีพ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 78.8, 85.3 และ 85.7 ส่วนจังหวัดพะเยามีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 74, 76.7 และ 88 ในปีพ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่ควรรับยาและ ได้รับยาต้านไวรัส จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	83.5	84.8	91.2
เชียงราย	78.8	85.3	85.7
พะเยา	74	76.7	88
รวม	79.5	83.2	87.9

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรค และได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค พบสูงสุดคือ จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 และลดลงในปี 2548 เหลือร้อยละ 84.5 รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 95.1, 91.8 และลดลงเช่นเดียวกันเหลือร้อยละ 81.6 ในปี พ.ศ. 2548 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยป่วยวัณโรค ได้รับการคัดกรองวัณโรค จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	100	100	84.5
เชียงราย	87.7	84.6	86.4
พะเยา	95.1	91.8	81.6
รวม	91.9	88.7	85.2

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซีฟิลิส ในปี พ.ศ. 2546 ก่อนข้างน้อย พบการคัดกรองสูงสุดคือจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 3.8 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 คิดเป็นร้อยละ 7.3 และ 39.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย ส่วนจังหวัดพะเยามีการคัดกรองน้อยที่สุด (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซีฟิลิส (syphilis) จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	3.8	7.3	39.6
เชียงราย	2	3.1	33.1
พะเยา	2.6	2.1	1.1
รวม	2.7	4.2	29.2

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงนั้น พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างน้อย โดยมีการตรวจมากที่สุดคือจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 6.1 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ และเชียงราย ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2547-2548 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น โดยมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 15.6 และ 53.4 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา และเชียงราย ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PAP smear) จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	3.5	15.6	53.4
เชียงราย	3.4	9.5	42
พะเยา	6.1	14.9	33.9
รวม	4	12.7	44.3

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 8 แห่งรวม 8,307 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,694 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 9 แห่งรวม 9,739 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,998 ราย และในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด 37 แห่งรวม 11,228 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 2,038 ราย ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการตรวจ CD4 , การให้ยาต้านไวรัส , การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (โรคปอด

อีกเสบ PCP และ Crypto) และการคัดกรองวัณโรค ก่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นนโยบายสนับสนุนจากภาครัฐ (โครงการ NAPHA) และมีการดำเนินงานโครงการ ต่างประเทศสนับสนุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ก่อนข้างมากในเรื่องดังกล่าว สำหรับบริการให้ยา ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Penicillois และ MAC มี น้อยเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลก่อนข้างสูง และไม่มี นโยบายที่ชัดเจน รวมถึงการคัดกรองซิฟิลิส ที่ต้องมี ค่าใช้จ่ายมาสนับสนุนทั้งด้านการตรวจคัดกรองและยา รักษาโรคหากพบว่าซึ่งเป็นโรงพยาบาลจะต้อง รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เอง และการดูแลหญิงติดเชื้อเอชไอวี ยังได้รับการค่อนข้างต่ำมาก ในด้านการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่สถานบริการจะ คัดกรองเฉพาะผู้ที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ตามมาตรฐานงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า เมื่อแต่ ละโรงพยาบาลได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ช่วยวัดคุณภาพระบบบริการในการ ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ของ หน่วยงานแล้ว พบว่ามีจุดแข็งและจุดอ่อนที่ไหน อย่างไร ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ในการวางแผน และ กระบวนการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุม มาก ยิ่งขึ้น และสามารถวัดและประเมินต่อเนื่องได้ทุกปี เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนต่อไป และสามารถ นำไปเปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือ วัดผลการปฏิบัติงานการดูแลรักษา เพื่อช่วยในการพัฒนา คุณภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และส่งเสริมกิจกรรมการปรับปรุงกระบวนการพัฒนา คุณภาพในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยให้

เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการ พัฒนาคุณภาพการดูแลต้องเป็นกระบวนการที่ทำอย่าง สมำเสมอ(Regular) และต่อเนื่อง(Continuous) เพื่อให้ ทราบผลการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลง และสามารถใช้ทำ ฐานข้อมูลได้เปรียบเทียบ(Benchmark) ของแต่ละ ตัวชี้วัดของหน่วยงานเทียบกับเวลาที่ผ่านไปและ เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน ได้

ดังนั้น ในการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ปวย เอดส์ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งจากภายใน หน่วยงาน และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง การ ทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุน ซึ่งกันและกันจึงต้องพัฒนาไปพร้อมกัน เพื่อทำให้เกิด ระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ปวย เอดส์ที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือ สนับสนุนอย่างยิ่ง จากศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ,สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย และพะเยา, ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงาน ทั้งหมดจำนวน 37 โรงพยาบาล รวมถึงทุกท่านที่มีส่วนใน การสนับสนุน และให้ข้อมูลในการดำเนินงานครั้งนี้ ทางผู้ ทำการศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณประโยชน์ ที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ขอบแต่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการ พัฒนาโปรแกรม และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ทุก ท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547.
2. กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางปฏิบัติงานโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, กันยายน 2547.
3. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, รายงานผลการ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานใน ภาพรวม 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย, 2546.
4. จรัส ตฤณวุฒิพงษ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง นโยบาย รูปแบบ และผลการดำเนินงานของโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA). การสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:160-163.
5. ชวินทร์ ศิรินาค (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง โครงการให้ยาป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:73-74.
6. ภูษิษฐ์ มีประเสริฐสกุล (2547). ความผิดปกติของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุข. วารสารควบคุมโรค;30(4):337-343.
7. ศิริพร กัญชนะ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง นโยบายและการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:164-167.
8. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข, (2548). คู่มือการใช้งาน HIVQUAL-T โปรแกรมวัดผลการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลด้านการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เริเดชั่น จำกัด.
9. AIDS Education Training Centers (AETC) National Resource Center, New York State Department of Health AIDS Institute, Measuring Clinical Performance: A Guide for HIV Health Care Providers, 2002.
10. New York State Department of Health AIDS Institute, The HIV Quality of Care Program, 2002.

การสำรวจความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขในการรับภาระงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1

(The Capacity of Public Health Center in Sexual Transmitted Disease Control Service, Health Region 1)

มัทนา แอร์แบร์ วท.ม. (โรคติดต่อและวิทยาการระบาด)

Mattana Herber M.Sc.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

Office of Disease Prevention and Control, 10th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Preliminary survey มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขสำหรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม โดยการกระจายตรงสู่กลุ่มเป้าหมาย ส่งทางไปรษณีย์ และสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้บริหาร ซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล จำนวน 84 คน และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 453 คน จากทุกจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ใช้ระยะเวลาดำเนินการศึกษาดังแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2548 ถึง 5 ธันวาคม 2548

ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขซึ่งมีอำนาจและบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายดำเนินงานด้านสาธารณสุข ไม่เห็นด้วยกับการกระจายงาน หรือถ่ายโอนงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สู่ศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับร้อยละ 63.1 ถึงแม้ผู้บริหารทุกท่านเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ในความเป็นจริงในปัจจุบัน ศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ และด้านงบประมาณ ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 มีศูนย์สุขภาพชุมชนที่สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพียง 38.9 % เท่านั้น อีกทั้งพบว่าจนถึงปัจจุบัน มีเพียงโรงพยาบาลเชิงรายนะครินทร์เท่านั้นที่เปิดให้บริการงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรูปแบบคลินิกเฉพาะด้าน ดังนั้น ถ้าจำเป็นจะต้องมีการถ่ายโอนภารกิจจริงๆ อาจจะผลักดันในระดับนโยบาย กำหนดบทบาทด้านการรักษาพยาบาลให้อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล บริการพื้นฐานอื่นๆ สามารถอยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ อีกทั้งควรจะนำมาตรฐานการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง เพื่อที่จะเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: การถ่ายโอนงานบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถานบริการสาธารณสุข

Abstract

This preliminary survey was conducted in eight provinces, upper northern part of Thailand. It was studied during October 6th, 2005 to December 5th, 2005 to explore the capacity of the primary health care unit in Sexually Transmitted Disease service. 84 of the administrators from the provincial health office were interviewed by interviewers and 453 of nurses who responsible in communicable diseases prevention and control service responded questionnaires which distributed directly to the samples and sent back to the office of disease prevention and control region 10 by mail. After calculated by frequency, median and percentage analysis, it was found that 63.1 % of the administrators group who were decision makers in providing health policy in each of their provinces were not

agree in sexually transmitted disease service decentralization to primary care unit. Although they have thought that the health decentralization was good for nowadays, the primary care units were not ready not only in personnel but also in materials, management and budget. In health region 1, there was just only one hospital where could be serviced special clinic for STIs patients (Chiang Rai Prachanukrao hospital, Chiang Rai province) and also just only 38.9 % of all primary care units could be passed the standard of health care center. For sustainable reason, it should be pushed the STI service decentralization as health policy by the decision makers and emphasized only the physicians are in role of treatment meanwhile the primary care units would be play important role of surveillance, prevention and control health of people.

Keywords: sexual transmitted disease decentralization, primary care unit

บทนำ

ผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจ และการบริหารงบประมาณที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมาต่อหน่วยงานบริการทางด้านสุขภาพที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ทำให้ทุกหน่วยงานตื่นตัวเพื่อเตรียมพร้อมในการรับความเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลดีในการทำวิกฤตที่เกิดขึ้นให้เป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองและหน่วยงาน ยอมรับ และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่ผันแปรไป

การถ่ายโอนภารกิจงานด้านการบริการ เป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งที่หน่วยงานวิชาการ เช่น กรมควบคุมโรค จำเป็นต้องพิจารณา และให้ความสำคัญในการผลักดันให้เกิดขึ้น โดยพิจารณาภารกิจที่มีความเป็นไปได้ในการให้หน่วยงานในพื้นที่สามารถดำเนินการได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับงานด้านการป้องกันควบคุมโรคที่ได้มีการเริ่มต้นภารกิจการถ่ายโอนให้กับท้องถิ่น ได้แก่ งานควบคุมไข้มาลาเรียในท้องที่ไร้ค่าหรือไม่มีไข้ในพื้นที่นาร่อง(จากการคัดเลือกพื้นที่โดยสำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง) นั้น ในพื้นที่เขตสาธารณสุขเขต 1 แม้ไม่ใช่เป็นพื้นที่นาร่องในการถ่ายโอน แต่ได้มีการเตรียมการถ่ายโอนเช่นเดียวกันโดยเลือกพื้นที่ 7 อำเภอในจังหวัดเชียงรายโดยมีการเตรียมความ

พร้อมให้กับจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และมีการติดตามประเมินผลการทำงานของจังหวัด เป็นระยะ ๆ ทั้งนี้เพื่อให้งานควบคุมไข้มาลาเรียเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดี

งานบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็เช่นเดียวกัน กรมควบคุมโรคมีนโยบายให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการป้องกันควบคุม และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับศูนย์สุขภาพชุมชน ถึงแม้สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะดูเหมือนว่าเริ่มคงที่มาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 (แผนภูมิที่ 1) แต่จากข้อมูลการสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรม ฯ ในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือเพื่อนสนิทเพียงร้อยละ 20.2 และในกลุ่มนักเรียนหญิงที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าสามารถปฏิบัติตน และรักษาตัวอย่างถูกต้องเท่ากับ 50 % จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 10 พบ อัตราป่วยโรคหนองในในพื้นที่เขต 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2548 ในกลุ่มอายุ 10 - 14 ปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งโรคหนองในสามารถเป็นตัวทำนายการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในอนาคตได้ สำหรับพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ที่ 10

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการเตรียมพร้อมการถ่ายโอนภารกิจงานด้านการบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน ได้ทำการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่งานการโรคของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขต 1 ทั้งในด้านบุคลากรและการบริหารจัดการ รวมทั้งได้ให้ผู้บริหารของหน่วยงานที่จะรับการถ่ายโอนได้รับรู้ และทำการผลักดันให้มีการดำเนินการด้านคลินิกการโรคเกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยศูนย์การโรคและโรคเอดส์จะสนับสนุนทางด้านวิชาการและให้คำปรึกษา เพื่อที่หน่วยงานดังกล่าวจะสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจความพร้อม ปัญหา อุปสรรคในการรับการถ่ายโอนภารกิจงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของโรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่สาธารณสุข เขต 1

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (preliminary survey) ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้บริหารทั้งหมดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน และผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย ทั้ง 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารเป็นรายบุคคล และส่งแบบสอบถามแบบ Check list ทางไปรษณีย์ภายหลังจากการประสานกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และมัชฌิมเลขคณิต

ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาพบว่า ร้อยละของผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้แก่ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ ในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ตอบแบบสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามได้ทั้ง 100 % เช่นเดียวกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 52 คน จากทั้งหมด 87 คน คิดเป็น 59.8 % (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	รวม	ผู้ตอบแบบสอบ	
		จำนวน	%
เชียงใหม่	22	9	40.9
ลำพูน	6	5	83.3
ลำปาง	12	12	100
เชียงราย	16	9	56.3
พะเยา	5	1	20
แม่ฮ่องสอน	6	5	83.3
แพร่	7	6	85.7
น่าน	13	5	38.5
รวม	87	52	59.8

พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแพร่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 85.7 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดลำพูน และแม่ฮ่องสอน เท่ากับร้อยละ 83.3 และ 83.3

ด้านความคิดเห็นเรื่อง การกระจายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สู่ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าร้อยละ 75 (68) ของผู้บริหารระดับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดไม่เห็นด้วยกับ

การถ่ายโอนภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เช่นเดียวกับผู้บริหารระดับอื่น ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/

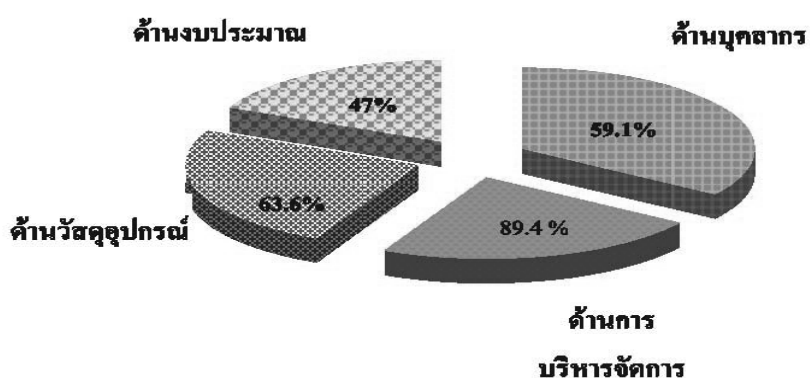
โรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการ รพ.ช., ผชช.ว/ผชช.ส ไม่เห็นด้วยเท่ากับ 66.7%, 61.5% และ 60% ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของผู้บริหารกับการกระจายงานด้าน STIs สู่ PCU จำแนกตามตำแหน่ง

ตำแหน่ง	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		total	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
นพ.สสจ	6	75	2	25	8	100
ผอ.รพศ/ รพท.	6	66.7	3	33.3	9	100
ผอ.รพช.	32	61.5	20	38.5	52	100
ผชช (ส/ว)	9	60	6	40	15	100
อื่น ๆ	13	52	12	48	25	100
รวม	66	60.6	43	39.4	109	100

โดยภาพรวมของผู้บริหารที่ไม่เห็นด้วยกับการกระจายงาน STIs มีความเห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ และด้านงบประมาณ เท่ากับ 89.4 %, 63.6 %, 59.1 % และ 47% ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1, ตารางที่ 3) นอกจากนั้น มีความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า PCU ควรจะทำหน้าที่เฉพาะด้าน contact case finding,

เฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตาม และให้สุขศึกษา สำหรับหน้าที่รักษา ควรให้มีการดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาล เพราะในปัจจุบัน PCU แทบจะไม่มีแพทย์ออกไปปฏิบัติหน้าที่ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่ง คือ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ต้องการการรักษา ความลับ เช่น หญิงบริการ



แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของเหตุผลในภาพรวมของผู้บริหารที่ไม่เห็นด้วยกับการกระจายงาน STIs สู่ PCU

ตารางที่ 3 จำนวนผู้บริหารที่ไม่เห็นด้วยกับการกระจายงาน STIs ผู้ PCU ในพื้นที่เขต 1 จำแนกตามตำแหน่ง

เหตุผล	ตำแหน่ง					รวม
	นพ.สสจ (n=6)	ผอ.รพต/ รพท.(n=6)	ผอ.รพช (n=32)	ผชช.ส/ ผชช.ว(n=9)	อื่น ๆ (n=13)	
ด้านบุคลากร	6	5	30	8	10	59
ด้านวัสดุอุปกรณ์	5	3	21	4	9	42
ด้านการบริหารจัดการ	4	3	16	6	10	39
ด้านงบประมาณ	1	3	17	2	8	31

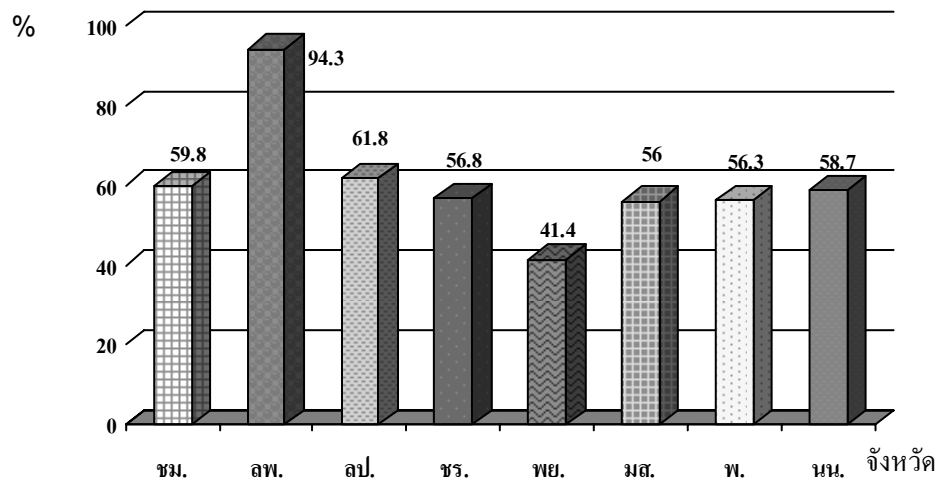
หากในกรณีที่ทำเป็นจะต้องมีการถ่ายโอนงาน STIs ทัวไป หรือโรงพยาบาลชุมชน(แห่งใดแห่งหนึ่ง), โรงพยาบาล
 ลงสู่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้บริหารมีความเห็นว่าสถานบริการ ทัวไป และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่ใกล้กับชุมชน เท่ากับ
 สาธารณสุขที่สามารถรองรับการให้บริการงานด้าน STIs ได้ดี 39.4%, 5.5% และ 4.6% ตามลำดับ (ตารางที่ 4)
 ที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 50.5 รองลงมาคือโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้บริหารให้ความเห็นว่าสามารถรองรับงาน STIs ได้ จำแนกตามตำแหน่ง

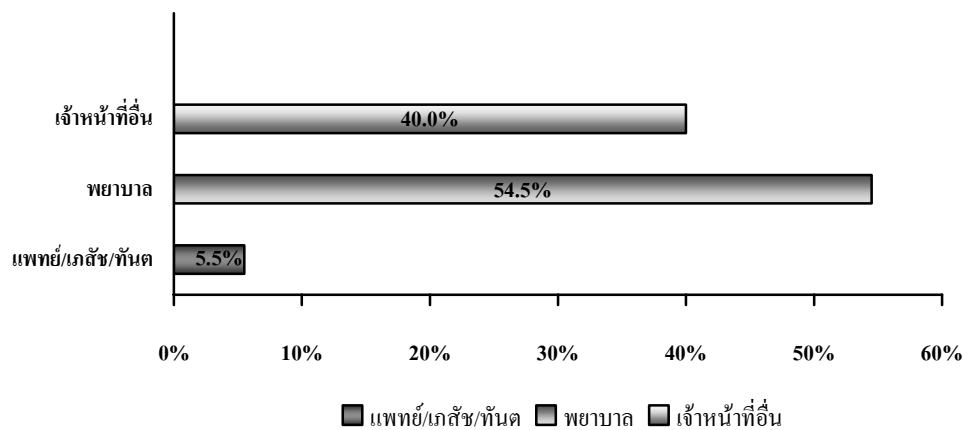
สถาน บริการ	ตำแหน่ง										รวม	
	นพ.สสจ.		ผอ.รพต/รพท.		ผชช.		ผอ.รพช.		อื่น ๆ			
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
รพท.	-	-	2	22.2	1	6.7	1	1.9	2	8	6	5.5
รพช.	1	12.5	2	22.2	5	33.3	40	76.9	7	28	55	50.5
รพช.บาง แห่ง	-	-	-	-	-	-	3	5.8	2	8	5	4.6
รพท./รพช.	7	87.5	5	55.6	9	60	8	15.4	14	56	43	39.4
รวม	8	100	9	100	15	100	52	100	25	100	109	100

สำหรับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติงานใน 59.8%, 58.7 %, 56.8 %, 56.3 %, 56 % และ 41.4% ตามลำดับ โดยที่
 PCU พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 453 ราย คิดเป็น 59 % ตำแหน่งที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ พยาบาล 54.5% รองลงมา
 (จำนวน PCU ชุด 1=768 PCU) จังหวัดที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่อื่นๆ (นักวิชาการ สธ., เจ้าหน้าที่ สอ., เจ้าหน้าที่งาน
 ได้แก่ จังหวัดลำพูน เท่ากับ 94.3 % รองลงมาคือจังหวัด ลำปาง ๒๕๙, ๓๓๓ และเจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข) 40% (แผนภูมิที่
 เชียงใหม่ น่าน เชียงรายแพร่ แม่ฮ่องสอนและพะเยาเท่ากับ 61.8%, 2, 3) พบว่า ลักษณะกิจกรรมการให้บริการด้านโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ใน PCU ที่พบมากที่สุดคือ กิจกรรมการบริการให้ กามโรค เช่น การติดตามผู้สัมผัส กิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยและ คำปรึกษา 81 % รองลงมาได้แก่ กิจกรรมการดำเนินการควบคุม กิจกรรมการคัดกรองกามโรคเท่ากับ 65.1%, 56.5% และ 51.4% ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1



แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตำแหน่ง

อภิปรายผล

จากผลการประเมินความพร้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 จะเห็นได้ว่าบุคลากรในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับผู้บริหารซึ่งมีอำนาจหน้าที่ บทบาทในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขในจังหวัดที่ตนเองรับผิดชอบจนกระทั่งระดับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่เห็นด้วยกับการให้ศูนย์สุขภาพชุมชนดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบเต็มรูปแบบ คิดเป็น 60.6 % เนื่องจากความไม่พร้อมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านงบประมาณ และด้านบริหารจัดการ นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ ได้กล่าวไว้ในบทความ “ศูนย์สุขภาพชุมชนความหายนะ 4 ประการ” ว่าผู้บริหารท่านหนึ่งกล่าวว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้เกิดความหายนะ 4 ประการ คือ สถานีนามัยต้องล่มสลายไป เจ้าหน้าที่สถานีนามัยสูญเสียบทบาทอย่างสิ้นเชิง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปต้องล่มสลาย และแพทย์เฉพาะทางต้องสูญเสียบทบาทอย่างรุนแรง และยังกล่าวอีกว่า นิสิตแพทย์ท่านหนึ่งได้กล่าวว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีอะไรแตกต่างกับสถานีนามัย เพียงแต่มีแพทย์ไว้ให้บริการเพิ่มขึ้น ซึ่งแพทย์ก็ไม่พอเพียงอยู่แล้ว ศูนย์สุขภาพชุมชนจึงไม่น่าจะมีประโยชน์อันใดชัดเจน จะเห็นได้ว่า จากความคิดเห็นที่อยู่ในบทความแสดงให้เห็นว่า นักวิชาการยังเข้าใจในแนวคิดของศูนย์สุขภาพชุมชนที่คลาดเคลื่อน จึงน่าจะทำความเข้าใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้เข้าใจชัดเจนถึงบทบาทที่แท้จริงของศูนย์สุขภาพชุมชน ก่อนที่จะดำเนินการในด้านที่มีความสำคัญกับประชาชน เช่น การดำเนินการงานป้องกันควบคุมโรคที่มีความซับซ้อน หากศูนย์สุขภาพชุมชนทำทุกอย่างตามกระบวนการด้วยความรอบคอบระมัดระวัง ไม่เน้นการแข่งขัน หรือเน้นจำนวนศูนย์สุขภาพ ฯ ที่จะต้องผ่านการประเมินการรับรองเพื่อจุดประสงค์ด้านงบประมาณหรืออื่น ๆ

นอกจากความไม่พร้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 ด้านที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ปัญหาสำคัญที่ไม่สามารถละเลยได้ นั่นคือ กลุ่มเป้าหมายพิเศษของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มารับบริการที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 10 เป็นกลุ่มเป้าหมายพิเศษที่จำเป็นต้องใช้สถานบริการสุขภาพเฉพาะในการเข้าถึงบริการการรักษา ซึ่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ในศูนย์สุขภาพชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจะมีพื้นที่นำร่องการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีความพร้อม และมีการติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อปรับกระบวนการทำงานตามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เช่น การควบคุมไข้มาเลเรียในพื้นที่ไม่มีไข้หรือไข้ต่ำ
2. กำหนดบทบาท หน้าที่ หรือขอบเขตการดำเนินงานที่เป็นไปได้ในของงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สุขภาพชุมชนให้ชัดเจน
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการเรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ปฏิบัติได้ เช่น การส่งต่อเมื่อพบผู้ป่วยคือต่อยา เป็นต้น
4. ให้ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 10 เป็นหน่วยงานพี่เลี้ยง สนับสนุนงานด้านวิชาการและการให้คำปรึกษาด้านการรักษาพยาบาลให้กับศูนย์สุขภาพชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ที่ให้คำแนะนำ ปรึกษาตลอดการศึกษา ขอขอบคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน

ป้องกันควบคุมโรคในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ทุกจังหวัด ที่กรุณา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามทุกท่าน ทำให้การศึกษานี้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการป้องกันควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2547.
2. บุญชัย ชีรกาญจน์. ศูนย์สุขภาพชุมชน ความหมาย 4 ประการ, เอกสารหมายเลข 16 ฉบับที่ ๖. 8/007 กรกฎาคม 2549.
3. สิริหญิง ทิพศิริราช และคณะ. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอช ไอ วี เขต 10 รอบที่ 9 มิถุนายน 2546; 2549.
4. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน: กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี, 2548.
5. Stake, Robert E. "The Countenance of Educational Evaluation," Teachers College. Record. 68: 526 – 530 April, 1967.

การศึกษาการดื้อยารักษาเชื้อราในช่องคลอดของสตรีที่มาใช้บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่
ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 เชียงใหม่

(A study of Antifungal Drug Resistance in vaginas of women who came for Sexually Transmitted Infections
Screening services at STIs 10 Center, Chiang Mai)

เกรียงศักดิ์ จิตวัชรนันท์ พ.บ

Kriangsak Jitvacharanon M.D

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

Office of Disease Prevention and Control, 10th

บทคัดย่อ

โรคช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อรา นับว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยมาก 75% ของผู้หญิงในสหรัฐอเมริกา จะมีโอกาสเป็นโรคดังกล่าวอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 (ศ.ก.อ 10) มีผู้ป่วยโรคนี้รวมกันเป็นจำนวนถึง 20 - 30% ของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละปี ซึ่งนับว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งในผู้รับบริการที่เป็นหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับค่าตอบแทน และผู้รับบริการกลุ่มแม่บ้านที่มาตรวจคัดกรอง การรักษาภาวะอักเสบดังกล่าวมีความสำคัญต่อเนื่องไปถึงการป้องกันเอดส์เนื่องจาก หากไม่สามารถทำให้การอักเสบหายได้โดยเร็วก็จะเป็นการเพิ่มการรับเชื้อ หรือส่งต่อเชื้อเอดส์ได้หลายเท่าตัว หากมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ใช้ถุงยางอนามัยในช่วงดังกล่าว สูตรยารักษาเชื้อราในช่องคลอดที่ใช้กันในประเทศไทย ตามมาตรฐานของกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นเป็นสูตรที่ใช้กันมานานไม่ต่ำกว่า 10 ปี ประกอบกับยารักษาเชื้อราที่มีขายกันแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปโดยเฉพาะยาเหน็บช่องคลอด อีกทั้งมีผู้ป่วยที่มีอาการตกขาว คันช่องคลอดเรื้อรังมาที่ ศกอ. 10 อยู่บ่อยๆ ทำให้มีข้อสงสัยว่ายารักษาเชื้อราแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

การศึกษานี้ได้พิสูจน์ให้เห็นในห้องทดลองว่า เชื้อราส่วนใหญ่ในช่องคลอดเป็นเชื้อราชนิด *C. albican* มากที่สุดถึง 77.2% ในหญิงบริการและ 68.6% ในหญิงแม่บ้าน และเมื่อนำค่า MIC ของเชื้อราแต่ละ Isolation ไปเปรียบเทียบกับค่าดื้อยาของ NCCLS (M27-A) พบว่า ในกลุ่มหญิงแม่บ้าน พบเชื้อราทั้งหมด 84 Isolates มีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Clotrimazole จำนวน 65 Isolates คิดเป็น 77.38% มีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Itraconazole จำนวน 68 Isolates คิดเป็น 80.95% มีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Fluconazole จำนวน 14 Isolates คิดเป็น 16.66% และมีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Ketoconazole จำนวน 7 Isolates คิดเป็น 8.33 % ดังนั้นการตอบสนองของเชื้อราในช่องคลอดของกลุ่มหญิงแม่บ้านที่ดีที่สุดคือ ยา Ketoconazole รองลงมาคือยา Fluconazole ส่วนยา Clotrimazole และ ยา Itraconazole ดื้อต่อยาดังกล่าวสูงมาก ในกลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับค่าตอบแทน พบว่าเชื้อราทั้งหมด 155 Isolates มีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Clotrimazole จำนวน 100 Isolates คิดเป็น 64.51% มีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Itraconazole จำนวน 124 Isolates คิดเป็น 80% มีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Fluconazole จำนวน 25 Isolates คิดเป็น 16.12% และมีค่า MIC ที่ดื้อต่อยา Ketoconazole จำนวน 8 Isolates คิดเป็น 5.16% ดังนั้นการตอบสนองของเชื้อราในช่องคลอดของกลุ่มนี้ ที่ดีที่สุดคือ ยา Ketoconazole รองลงมาคือยา Fluconazole ส่วนยา Clotrimazole และ ยา Itraconazole ดื้อต่อยาดังกล่าวสูงมากเช่นกัน

สรุปได้ว่ายาที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อราจากช่องคลอดของหญิงแม่บ้าน และหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ โดยได้รับคำตอบแทน ในห้องทดลองคือ ยา Ketoconazole รองลงมาคือ ยา Fluconazole ส่วนยา Clotrimazole และ ยา Itraconazole มีการดื้อยาในระดับสูงมาก จึงขอแนะนำให้ใช้ยา Ketoconazole เป็น Firstline drug เพราะมีราคาถูก และมีการดื้อยาน้อยที่สุด

คำสำคัญ: การดื้อยารักษาเชื้อรา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract:

Vulvovaginal Candidiasis (VVC) is the most frequent Sexually Transmitted Infection (STI). Seventy- five percent of women in the U.S.A will have VVC once in their lifetime. In the Sexually Transmitted Infections Center 10 (STIs 10) in Chiangmai, VVC diagnosis is around 20 -30 % of overall STIs incidence each year. VVC is the most frequently found STI in STI screening in prostitutes and housewife clients. Effective treatment of VVC can prevent HIV spreading because often Vulvovaginitis will increase HIV spreading if a sex partner has HIV and did not use a condom during vaginal sex. Now, STIs 10 Center has questions about the effectiveness of antifungal drugs that have been used widely in Thailand for more than 10 years, by recommendation of STIs standard guidelines, because STIs 10 center has frequent cases of repeat VVC. Some kinds of drugs are very easy to buy and use, such as Clotrimazole vaginal suppository, and this may produce drug resistance.

This study shows that fungus in the vagina of housewives and prostitutes is the species *Candida albicans* 68.6% and 77.2% respectively. When comparing MICs of each fungal isolate to the standard resistance break point of each antifungal drug of NCCLS (M27-A), we found that 261 cases of housewives had 84 fungal isolates of every species. 65 isolates (77.38%) were resistant to Clotrimazole, 68 isolates (80.95 %) were resistant to Itraconazole, 14 isolates (16.66 %) were resistant to Fluconazole, and 7 isolates (8.33 %) were resistant to Ketoconazole. So the most effective antifungal drug is Ketoconazole, next is Fluconazole. Clotrimazole and Itraconazole have high percentages of resistance. For 739 cases of prostitutes, we found 155 fungal isolates in every species. 100 isolates (64.51%) were resistant to Clotrimazole, 124 isolates (80 %) were resistant to Itraconazole, 25 isolates (16.12 %) were resistant to Fluconazole, and 8 isolates (5.16 %) were resistant to Ketoconazole. So the most effective antifungal drug is Ketoconazole, next is Fluconazole. Clotrimazole and Itraconazole have high percentages of resistance.

We can conclude that the most effective antifungal drug in housewives and prostitutes is Ketoconazole , next is Fluconazole by in vitro method. But many times Ketoconazole is cheaper than Fluconazole. So we advise Ketoconazole as the firstline drug for VVC treatment in STIs10 center, Chiangmai.

Keywords: Antifungal Drug Resistance, Sexually Transmitted Infections Screening, STIs

บทนำ

โดยทั่วไปคำว่า “เชื้อยา” มักใช้กับภาวะการของโรคที่เคยรักษาหายแล้วด้วยยาชนิดใดชนิดหนึ่ง ต่อมากลับพบว่าไม่สามารถใช้ยาตัวเดิมในการรักษาโรคดังกล่าวในภาวะการเดียวกันให้หายได้ ส่วนใหญ่มักเป็นภาวะติดเชื้อเช่นเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา เป็นต้น ที่มีการศึกษากันมากที่สุดก็คือภาวะติดเชื้อแบคทีเรียที่จะมีการติดต่อยาปฏิชีวนะต่างๆมาน้อยเพียงใดโดยมีการทดสอบทั้งในห้องปฏิบัติการ(In Vitro) และการทดสอบในผู้ป่วย(In Vivo) ส่วนการศึกษาการติดเชื้อของเชื้อไวรัสและเชื้อราของโรคต่างๆในประเทศไทยนั้นไม่ค่อยปรากฏหลักฐานทางด้านเอกสารมากนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขาดการตรวจหาเชื้อไวรัสในประเทศไทยมีราคาแพงทำให้ส่วนใหญ่โดยทั่วไปแพทย์มักไม่ใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อไวรัสนั้นๆ ซึ่งในบางโรคอาการต่างๆสามารถหายเองได้โดยการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายหลังการติดเชื้อทำให้จำนวนเชื้อลดลงถึงแม้ว่าจะไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปจากร่างกายได้ก็ตาม โรคติดเชื้อไวรัสที่มีลักษณะดังกล่าวเช่นโรคเริม โรคไวรัสตับอักเสบ B และ C เป็นต้น ประกอบกับการทดสอบการติดเชื้อต้านเชื้อไวรัสต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากเช่น การทดสอบการติดเชื้อต้านเชื้อไวรัส HIV ต้องเสียค่าใช้จ่ายดังกล่าวหลายพันบาทต่อราย จึงทำให้การทดสอบการติดเชื้อของเชื้อไวรัสทำเฉพาะรายที่มีผลกระทบสูงจากการติดเชื้อและสามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายของการทดสอบดังกล่าวได้ ส่วนการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะการติดเชื้อราในช่องคลอดเชิงระบาดวิทยาของตัวเชื้อในห้องปฏิบัติการ(In Vitro) ไม่ใช่การศึกษาอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อราในช่องคลอดเนื่องจากเชื้อราในช่องคลอดสามารถอยู่ในช่องคลอดได้โดยคนๆนั้นไม่มีอาการใดๆ แต่หากเราสามารถรู้ล่วงหน้าก่อนการเกิดโรคถึงแนวโน้มการติดเชื้อของเชื้อรา ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาของแพทย์เนื่องจากทฤษฎีการเกิดโรคและอาการต่างๆของโรค

ไม่ได้ขึ้นกับตัวเชื้อแต่เพียงอย่างเดียวยังขึ้นกับภูมิคุ้มกันต่างๆ ซึ่งกำลังมีการศึกษากันอยู่³

โรคช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อราหรือ Vulvovaginal Candidiasis (VVC) นับว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยมากทั้งในคลินิก สูติ-นรีเวช คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และในร้านขายยา ซึ่งมีทั้งแบบเป็นเฉียบพลัน(Acute VVC) และแบบเป็นบ่อยๆที่ศัพท์ทางการแพทย์เรียกว่า Recurrent Vulvovaginal Candidiasis (RVVC)¹ อาการของผู้ป่วย VVC คือ อาการของช่องคลอดอักเสบได้แก่ คัน ระคายเคือง แสบร้อนช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ เจ็บแสบช่องคลอดขณะร่วมเพศเป็นต้น อาการดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบสูติ-นรีแพทย์ถึง 10 ล้านครั้งในแต่ละปีของประเทศสหรัฐอเมริกา และยังเป็นสาเหตุให้ผู้หญิงซื้อยาด้าน(รักษา) เชื้อรารักษาตนเองมากถึงปีละ 250 ล้านเหรียญสหรัฐ ยาด้านเชื้อรากลายเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขายดีที่สุด 10 อันดับแรกในร้านขายยาแบบไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์หรือ Over - The - Counter (OTC) ในสหรัฐอเมริกา นอกจากนั้นยังพบว่า 75% ของผู้หญิงในสหรัฐอเมริกาจะมีโอกาสเป็นโรคช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อรา(VVC) อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต โดย 90 % ของผู้ป่วยดังกล่าวเกิดจากเชื้อราในช่องคลอดชื่อ *Candida albican* ผู้ป่วยโรคช่องคลอดและปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อรา(VVC) ส่วนใหญ่แล้วมีอาการเป็นแบบเฉียบพลัน(Acute VVC) ถึง 95 % มีเพียง 5 % ที่มีอาการแบบเป็นบ่อยๆ (Recurrent Vulvovaginal Candidiasis หรือ RVVC) ซึ่งไม่อาจหายด้วยการรักษาแบบเฉียบพลัน(Acute VVC) ตามปกติทำให้มีอาการของช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบเกิดขึ้นอีกหลายครั้งหลังการรักษาถึงแม้ว่าแพทย์จะเปลี่ยนยาอะไรก็ตามในสูตรยาตามปกติของการรักษาเชื้อราแบบเฉียบพลัน(Acute VVC)ที่ช่องคลอด และปากช่องคลอดผู้ป่วยก็กลับมีหรือยังมีอาการของช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบอย่างน้อย 4 – 5 ครั้งในช่วง 1 ปี² ส่วนผู้ที่มีอาการ

หลังการรักษา 1-3 ครั้งในช่วง 1 ปีนั้นยังไม่มีนิยามบ่งชี้ และไม่มีข้อมูลว่ามีผู้ป่วยดังกล่าวเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด

ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 มีผู้ป่วยโรค ช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อรา (VVC) ทั้งแบบเฉียบพลัน (Acute VVC) แบบเรื้อรัง (Recurrent Vulvovaginal Candidiasis หรือ RVVC) และ แบบอื่น ดังกล่าว รวมกันเป็นจำนวนถึง 20 - 30% ของผู้ป่วย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมดในแต่ละปี ซึ่งนับว่า เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งใน ผู้รับบริการที่เป็น หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ โดยได้รับ คำตอบแทน และผู้รับบริการกลุ่มแม่บ้านที่มาตรวจคัด กรอง⁵ การรักษาดำเนินการโดยใช้สูตรยาตามปกติของ การรักษาเชื้อราที่ทำให้เกิดการอักเสบของช่องคลอด และ ปากช่องคลอด ตามมาตรฐานการรักษาโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ.2546 ของกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณะสุข ซึ่งระบุว่าโรคช่องคลอด และปากช่อง คลอดอักเสบจากเชื้อรา สามารถให้การรักษาด้วยยาต้าน เชื้อราชนิดใดชนิดหนึ่งดังนี้

1. Clotrimazole 200 มิลลิกรัม สอดช่องคลอดก่อนนอน นาน 3 วัน
- กรณีหญิงมีครรภ์ใช้ 100 มิลลิกรัม สอดช่องคลอด ก่อน นอน นาน 6 วัน
2. Fluconazole 150 มิลลิกรัม กินครั้งเดียว
3. Itraconazole 200 มิลลิกรัม กินวันละ 2 ครั้ง นาน 1 วัน
4. Ketoconazole 200 มิลลิกรัม กินวันละ 2 ครั้ง นาน 5 วัน หรือ 400 มิลลิกรัม กินวันละ 1 ครั้ง นาน 5 วัน

อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยสูตรยาดังกล่าวของ ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 ก็พบว่ามีผู้ป่วย VVC กลับเป็นซ้ำอยู่จำนวนไม่น้อย โดยการวินิจฉัยโรคใช้ เกณฑ์ว่าผู้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกคน จะได้รับการตรวจข้อมสแกรมจากสิ่งส่งตรวจบริเวณช่อง คลอดซึ่งหากพบว่ามีลักษณะของ Hyphae หรือ Pseudohyphae ก็จะทำให้การรักษาด้วยยาต้านเชื้อราชนิดใด ชนิดหนึ่งตามสูตรยาดังกล่าว มาตรการดังกล่าวเป็นสิ่งที่

ปฏิบัติกันเป็นประจำมานานที่ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์ เขต 10 ทำให้พบผู้ติดเชื้อราในช่องคลอดที่ต้องรักษาอยู่ เรื่อยๆ ผู้รับบริการที่เป็นหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับ คำตอบแทน และผู้รับบริการกลุ่มแม่บ้านที่มาตรวจถือ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการกระจายของโรคเอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากการรักษาเชื้อราในช่อง คลอดไม่มีประสิทธิภาพดีพอก็จะเกิดการอักเสบของช่อง คลอดทำให้สามารถกระจายเชื้อไวรัส HIV ได้เพิ่มขึ้น หลายเท่าตัว จึงต้องกลับมาพิจารณาประสิทธิภาพของ สูตรยาดังกล่าวซึ่งยังเป็นสูตรยาที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย มานานไม่ต่ำกว่า 10 ปีในประเทศไทยทั้งการรักษาโดย แพทย์และร้านขายยาที่มีอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะยาสอดช่อง คลอด Clotrimazole มีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุด เพราะราคาถูกและมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาด้านเชื้อรา ชนิดอื่น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่หาย หรือกลับเป็นใหม่ก็มีการ เปลี่ยนการใช้ยาด้านเชื้อราชนิดใดชนิดหนึ่งไปเรื่อยๆ โดย ไม่มีแนวทางชัดเจนและยังไม่เคยมีการประเมินถึง ประสิทธิภาพของยาทั้ง 4 ชนิดในห้องปฏิบัติการเลยว่า สามารถใช้รักษาเชื้อราบริเวณช่องคลอดและปากช่อง คลอดได้ดีเพียงใด การศึกษานี้จึงเป็นการประเมิน ประสิทธิภาพของยาทั้ง 4 ชนิดในห้องปฏิบัติการ (In Vitro) ทั้งนี้เพราะการประเมินประสิทธิภาพของยาใน ผู้ป่วย (In Vivo) นั้นไม่สามารถหาข้อสรุปได้ง่าย เนื่องจาก กลไกการเกิดโรคไม่ได้เกิดจากตัวเชื้อราเพียงอย่างเดียว แต่มีกลไกที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันของตัวผู้ป่วยเองมาเกี่ยวข้อง อยู่มาก และยังไม่สามารถสรุปกลไกที่แน่ชัดได้ชัดเจน³

การทดสอบดังกล่าวทำให้รู้ว่าการดื้อยาหรือ แนวโน้มการตอบสนองของยาด้านเชื้อราต่อเชื้อราแต่ละ ชนิดเป็นอย่างไร เนื่องจากเชื้อราในช่องคลอดเป็นเชื้อที่ อาจพบได้ตามปกติโดยไม่จำเป็นต้องเกิดโรค หรือมี อาการของช่องคลอดและปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อรา (VVC) ในผู้หญิงทุกคน³ ดังนั้นจึงดำเนินการเก็บเชื้อรา จากช่องคลอดของทุกคนโดยไม่จำเป็นต้องทำแค่เฉพาะ รายที่มีอาการเท่านั้น ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงระดับวิทยา

ของการดื้อยารักษาเชื้อราโดยทั่วไป เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในกรณีผู้ป่วยไม่หาย หรือกลับเป็นใหม่ ดังกล่าวแล้วข้างต้น ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด อีกทั้งยังช่วยลดการติดเชื้อและกระจายเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ทางอ้อมเนื่องจากหากปล่อยให้มีการอักเสบของช่องคลอดนานๆจะทำให้เพิ่มโอกาสการรับเชื้อและกระจายเชื้อ HIV ดังกล่าวเข้าสู่ตนเองและผู้อื่นที่เป็นคู่เพศสัมพันธ์ได้มากกว่าปกติ

การศึกษากาฬการณัคือยารักษาเชื้อราในช่องคลอดของสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 10 เชียงใหม่ นั้นเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ให้การรักษา และคู่เพศสัมพันธ์ ทั้งในด้านการรักษาเชื้อราและการป้องกันการกระจายของโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการให้บริการตรวจคัดกรอง STIs กับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับคำตอบแทน และหญิงแม่บ้าน ของศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 เชียงใหม่ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบว่ายาด้านเชื้อราตัวใดมีประสิทธิภาพในการต้านเชื้อราแต่ละชนิดจากช่องคลอดได้ดี
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยการดื้อยาด้านเชื้อราที่เกี่ยวข้องกับอาการตกขาว คันช่องคลอด

วิธีการศึกษา

1. การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

เก็บส่งตรวจจากช่องคลอดสตรี (vagina swab) โดยใช้ไม้พันสำลีที่สะอาดเก็บ Vaginal Discharge จากผนังช่องคลอดทุกด้าน ทำการป้ายบนสไลด์เพื่อย้อมสีแกรม จากนั้นนำไม้พันสำลีซึ่งยังเหลือส่งตรวจดังกล่าวใส่ใน Transport medium นำส่งยังภาควิชาจุลชีววิทยาคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัย

เชียงใหม่ ในตอนเย็นของแต่ละวัน เพื่อนำไปเพาะเชื้อรา และทดสอบความไวต่อยาด้านเชื้อราต่อไป

2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สตรีที่มารับบริการที่ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2546 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Accidental ไม่ซ้ำราย ทั้งหมดจำนวน 1,000 ราย แบ่งเป็น

- 2.1. กลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับ

คำตอบแทน จำนวน 739 ราย

- 2.2. กลุ่มหญิงแม่บ้าน จำนวน 261 ราย

3. การเตรียมยาที่ใช้ทดสอบดังนี้⁸

ทำการละลายยา Clotrimazole, fluconazole, itraconazole และ Ketoconazole ใน 100%

DMSO โดยเตรียมให้มีความเข้มข้นเริ่มต้น 1 mg/ml ตามลำดับ

4. การทดสอบความไวของสารต้านเชื้อราโดยวิธี Broth microdilution ⁶

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,000 ตัวอย่าง แยกเป็นกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ อายุ 21 -40 ปี ร้อยละ 73.5 รองลงมาคืออายุต่ำกว่า 21 ปี ร้อยละ 24.9 และอายุสูงกว่า 40 ปี ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ กลุ่มแม่บ้าน ส่วนใหญ่มีอายุ 21 -40 ปี ร้อยละ 65.2 รองลงมาคืออายุสูงกว่า 40 ปี ร้อยละ 22.7 และอายุต่ำกว่า 21 ปี ร้อยละ 12.1 ตามลำดับ การศึกษา กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 39.3 รองลงมาคือระดับมัธยมต้น เท่ากับระดับมัธยมปลาย/ ปวช คือ ร้อยละ 29.6 และ ระดับอนุปริญญา/ ปวส ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ กลุ่มแม่บ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 34.1 รองลงมาคือระดับมัธยมปลาย/ ปวช ร้อยละ 26.3 ระดับมัธยมต้น ร้อยละ 22.3 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 9.3 และ ระดับอนุปริญญา/ ปวส ร้อยละ 8.0 ตามลำดับ

1. การเพาะเลี้ยง และพิสูจน์ชนิดของเชื้อ

สิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด จำนวน 1,000 ตัวอย่าง ซึ่งแยกเป็นสิ่งส่งตรวจจากกลุ่มตัวอย่างสตรี อาชีพแม่บ้าน และกลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับ คำตอบแทน จำนวน 261 และ 739 ตัวอย่าง เมื่อนำมา เพาะเลี้ยงบนอาหาร Sabauraud dextrose agar และ Candi Select agar พบการเจริญของเชื้อรา จำนวน 232 ตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดที่พบ การเจริญของเชื้อรา

สิ่งส่งตรวจจาก	จำนวน(%)	เพาะเชื้อให้ ผลบวก
สตรีอาชีพแม่บ้าน	261 (26.10 %)	82 (31.42%)
สตรีอาชีพพิเศษ	739 (73.90%)	150 (20.30%)
รวม	1,000 (100%)	232 (23.20%)

เมื่อนำเชื้อรา จำนวน 232 ตัวอย่าง มาทำตรวจ พิสูจน์ชนิดต่อโดยวิธีมาตรฐานที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ ประจำ พบว่า สามารถแยกเชื้อ *Candida albicans*, *C.glabrata*, *C.tropicalis*, *C.krusei*, *Candida* spp. และ

Trichosporon spp. ได้จำนวน 246 ไอโซเลท ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงชนิดเชื้อราที่พบในสตรีกลุ่มตัวอย่าง

ชนิดเชื้อรา	Number of isolates	
	สตรีอาชีพ แม่บ้าน	สตรีอาชีพ พิเศษ
<i>Candida albicans</i>	59 (68.60%)	122 (77.22%)
<i>C.glabrata</i>	22 (23.26%)	23 (14.56%)
<i>C.tropicalis</i>	2 (2.33%)	4 (2.53%)
<i>C.krusei</i>	1 (1.16%)	2 (1.26%)
<i>Candida</i> spp.	2 (2.33%)	6 (3.80%)
<i>Trichosporon</i> spp.	2 (2.33%)	1 (0.63%)
รวม	88 (100%)	158 (100%)

นอกจากนี้ ยังพบว่าเชื้อราที่แยกได้จากตัวอย่าง ตรวจที่มีการเจริญร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด

มีจำนวน 13 ตัวอย่าง โดยมีเชื้อราชนิดอื่นเจริญร่วมกับ เชื้อ *C.albicans* ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนตัวอย่างของสิ่งส่งตรวจที่พบการเจริญของเชื้อราร่วมกัน

กลุ่ม	รหัส	ชนิดของเชื้อรา
สตรีอาชีพนั้บ้าน(n=5)	CMB536	<i>Candida albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
	CMB590	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
	CMB704	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i> , <i>Candida spp.</i>
	CMB727	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
	CMB731	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
สตรีอาชีพพิเศษ (n=8)	CMB43	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
	CMB371	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
	CMB462	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
	CMB476	<i>C. albicans</i> , <i>C.tropicalis</i>
	CMB552	<i>C. albicans</i> , <i>C.tropicalis</i>
	CMB662	<i>C. albicans</i> , <i>C.krusei</i>
	CMB809	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>
	CMB996	<i>C. albicans</i> , <i>C.glabrata</i>

2. การทดสอบความไวของเชื้อราต่อยาด้านเชื้อราโดยวิธี **Broth microdilution** ทดสอบมีค่าเท่ากับ 2-0.003, 128-0.25, 64-0.125 และ 64-0.125 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ พบว่า ค่า MIC_{50} และ MIC_{90} ของยาด้านเชื้อราทั้งสี่ชนิดต่อเชื้อราทั้งหมด แสดงดังในตารางที่ 4 และเมื่อทำการจำแนกชนิด และจำนวนของราที่พบจากกลุ่มตัวอย่างสตรีอาชีพนั้บ้าน และอาชีพพิเศษ ที่รับการตรวจภายในช่องคลอด พบว่า มีค่า MIC_{50} และ MIC_{90} ของยาด้านเชื้อราทั้งสี่ชนิดต่อเชื้อรา แสดงดังในตารางที่ 5 และ 6 ตามลำดับ
- การทดสอบความไวของเชื้อราจำนวน 246 ไอโซเลต ต่อยาด้านเชื้อราจำนวน 4 ชนิดที่ใช้ในการรักษาที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ เขต 10 ได้แก่ Clotrimazole, Fluconazole, Itraconazole และ Ketoconazole โดยหาค่า MIC (Minimum Inhibitory Concentration) ของยาด้านเชื้อราที่แยกได้ช่วงความเข้มข้นของยา Clotrimazole, Fluconazole, Itraconazole และ Ketoconazole ที่ใช้ในการ

ตารางที่ 4 แสดงค่า MIC ของยารักษาเชื้อราต่อเชื้อราที่แยกได้จำนวน 242 ตัวอย่าง*

ชนิดเชื้อรา (no. of isolates)	ยาด้านเชื้อรา	MIC (g/ml)**		
		Range	50%	90%
<i>Candida albicans</i> (177)	Clotrimazole	0.015-2	0.25	0.5
	Fluconazole	1-64	16	32
	Itraconazole	0.125-16	4	8
	Ketoconazole	0.125-16	4	8
<i>C.glabrata</i> (45)	Clotrimazole	0.125-2	1	1
	Fluconazole	8-64	32	64
	Itraconazole	0.125-16	4	8
	Ketoconazole	0.125-16	4	8
<i>C.tropicalis</i> (6)	Clotrimazole	0.25-1	0.5	-
	Fluconazole	2-32	8	-
	Itraconazole	0.125-8	0.125	-
	Ketoconazole	0.125-8	0.125	-
<i>C.krusei</i> (3)	Clotrimazole	0.5-1	-	-
	Fluconazole	32-64	-	-
	Itraconazole	1-8	-	-
	Ketoconazole	8	-	-
<i>Candida</i> spp. (8)	Clotrimazole	0.125-2	0.5	-
	Fluconazole	2-64	16	-
	Itraconazole	0.125-8	0.25	-
	Ketoconazole	0.125-8	2	-
<i>Trichosporon</i> spp. (3)	Clotrimazole	0.25-1	-	-
	Fluconazole	4-64	-	-
	Itraconazole	0.125-0.25	-	-
	Ketoconazole	0.5-2	-	-

* พบจำนวน 4 ตัวอย่าง มีการปนเปื้อนของเชื้ออื่นในระหว่างการเก็บดูแลรักษาเชื้อ

** 50% และ 90% คือค่า MIC ของจำนวนเชื้อ (Isolate) ที่นำมาทดสอบถูกยับยั้งการเจริญ (Colony ของเชื้อราไม่สามารถเจริญในอาหารเลี้ยงเชื้อได้มากกว่า 90%) 50% และ 90% ของจำนวนเชื้อ (Isolate) ทั้งหมดตามชนิดของเชื้อราที่ทำปฏิกิริยากับยานั้น

ตารางที่ 5 แสดงค่า MIC ของยารักษาเชื้อราต่อเชื้อราที่แยกได้จากกลุ่มตัวอย่างสตรีอาชีพแม่บ้าน

ชนิดเชื้อรา (no. of isolates)	ยาด้านเชื้อรา	MIC (g/ml)		
		Range	50%	90%
<i>Candida albicans</i> (57)	Clotrimazole	0.015-1	0.5	1
	Fluconazole	1-64	32	32
	Itraconazole	0.125-16	8	8
	Ketoconazole	0.125-16	8	8
<i>C.glabrata</i> (22)	Clotrimazole	0.125-2	1	1
	Fluconazole	8-64	32	64
	Itraconazole	0.125-16	4	8
	Ketoconazole	0.125-16	4	8
<i>C.tropicalis</i> (2)	Clotrimazole	0.5-1	-	-
	Fluconazole	8-16	-	-
	Itraconazole	0.25, 8	-	-
	Ketoconazole	0.125, 8	-	-
<i>C.krusei</i> (1)	Clotrimazole	0.5	-	-
	Fluconazole	64	-	-
	Itraconazole	1	-	-
	Ketoconazole	8	-	-
<i>Candida</i> spp. (2)	Clotrimazole	1	-	-
	Fluconazole	32, 64	-	-
	Itraconazole	0.125, 1	-	-
	Ketoconazole	0.25, 8	-	-
<i>Trichosporon</i> spp. (2)	Clotrimazole	0.25	-	-
	Fluconazole	4-8	-	-
	Itraconazole	0.125	-	-
	Ketoconazole	0.5, 1	-	-

ตารางที่ 6 แสดงค่า MIC ของยาด้านเชื้อราต่อเชื้อราที่แยกได้จากกลุ่มตัวอย่างสตรีอาชีพพิเศษ

ชนิดเชื้อรา (no. of isolates)	ยาด้านเชื้อรา	MIC (/ml)		
		Range	50%	90%
<i>Candida albicans</i> (120)	Clotrimazole	0.015-2	0.25	0.5
	Fluconazole	1-64	16	32
	Itraconazole	0.125-16	4	8
	Ketoconazole	0.125-16	4	8
<i>C.glabrata</i> (23)	Clotrimazole	0.25-2	1	1
	Fluconazole	16-64	32	64
	Itraconazole	0.125-16	4	8
	Ketoconazole	0.125-16	4	8
<i>C.tropicalis</i> (4)	Clotrimazole	0.5-1	-	-
	Fluconazole	2-32	-	-
	Itraconazole	0.125-0.25	-	-
	Ketoconazole	0.125	-	-
<i>C.krusei</i> (2)	Clotrimazole	1	-	-
	Fluconazole	32, 64	-	-
	Itraconazole	8	-	-
	Ketoconazole	8	-	-
<i>Candida</i> spp. (6)	Clotrimazole	0.125-2	-	-
	Fluconazole	2-64	-	-
	Itraconazole	0.125-8	-	-
	Ketoconazole	0.125-8	-	-
<i>Trichosporon</i> spp. (1)	Clotrimazole	1	-	-
	Fluconazole	64	-	-
	Itraconazole	0.25	-	-
	Ketoconazole	2	-	-

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนเชื้อรา *Candida* ที่คัดต่อยาด้านเชื้อราในสตรีกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม	ชนิดเชื้อรา		จำนวนเชื้อราที่คัดต่อยาด้าน			
		(no. of isolates)	C*	F	I	K
สตรีอาชีพแม่บ้าน	<i>C.albicans</i>	57	41	4	49	4
	<i>C.glabrata</i>	22	19	8	16	3
	<i>C.tropicalis</i>	2	2	0	1	0
	<i>C.krusei</i>	1	1	1	1	0
	<i>Candida</i> spp.	2	2	1	1	0
กลุ่ม	ชนิดเชื้อรา		จำนวนเชื้อราที่คัดต่อยาด้าน			
		(no. of isolates)	C*	F	I	K
	Total	84	65	14	68	7
สตรีอาชีพพิเศษ	<i>C.albicans</i>	120	68	8	100	5
	<i>C.glabrata</i>	23	23	15	20	3
	<i>C.tropicalis</i>	4	3	0	0	0
	<i>C.krusei</i>	2	2	0	2	0
	<i>Candida</i> spp.	6	4	2	2	0
	Total	155	100	25	124	8
	Total		165	39 (16.11)	192 (79.67)	15
		(68.18)**			(6.19)	

เชื้อรา *Trichosporon* spp. ในตารางที่ 5 และ 6 ไม่ได้นำมาพิจารณาการคัดต่อยาด้านเชื้อราประเภท *Candida* ที่มีค่ามาตรฐานการคัดต่อยาด้านเชื้อรา Isolate ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายลดลงเล็กน้อย

* C = Clotrimazole, F = Fluconazole, I = Itraconazole, K = Ketoconazole

** ค่าเปอร์เซ็นต์การคัดต่อยาด้านเชื้อรา จากจำนวนเชื้อราที่นำมาทดสอบจำนวน 242 ไอโซเลท

ยกเว้นกรณีของยา Itraconazole ใช้จำนวนเชื้อราทดสอบเป็น 241 ไอโซเลท

อภิปรายผล

เป็นการศึกษาแบบสำรวจเชิงบรรยาย (Descriptive survey) เนื่องจากข้อมูลในลักษณะดังกล่าวเกี่ยวกับการตอบสนองของเชื้อราในช่องคลอดต่อยารักษาเชื้อราในประเทศไทยซึ่งยังไม่เคยมีรายงานมาก่อน จำนวนของการศึกษา คาดการณ์จากอุบัติการณ์ของการวินิจฉัยเชื้อราในช่องคลอดโดยวิธีการข้อมสีกกรัม ของศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 ในแต่ละปีซึ่งพบว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นประมาณ 10 – 20 % การตรวจพบเชื้อราในช่องคลอดโดยวิธีการเพาะเชื้อในการศึกษานี้จะมีความไว และความจำเพาะมากกว่าการตรวจพบเชื้อราในช่องคลอดโดยวิธีการข้อมสีกกรัม ทำให้คาดว่า

อุบัติการณ์ของการตรวจพบเชื้อราในช่องคลอดโดยวิธีการเพาะเชื้อดังกล่าวน่าจะมีอุบัติการณ์มากกว่า 10-20% หญิงบริการจำนวน 739 รายของการศึกษาแบบ Accidental Sampling ในช่วงเวลา 1 ปีล้วนเป็นหญิงบริการที่ทำงานบริการอยู่ในเขตอำเภอเมือง จึงน่าจะมีความเป็นตัวแทนของหญิงบริการในเขตอำเภอเมือง จำนวน 1500 ราย (จากรายงานการสำรวจแหล่งแพร่ ปี 2545) ได้ที่ ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ส่วนในกลุ่มแม่บ้านจำนวน 261 รายนั้น เป็นจำนวนตรวจแบบไม่ซ้ำรายทั้งหมดของแม่บ้านที่มาตรวจ ณ ศูนย์กามโรค และโรคเอดส์เขต 10 ในปี 2546

อุบัติการณ์ ของเชื้อราชนิดต่างๆ และอุบัติการณ์อื่นๆ พบอุบัติการณ์ของผู้ตรวจพบเชื้อราชนิดต่างๆ ในกลุ่มหญิงแม่บ้านมากกว่ากลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับค่าตอบแทน(หญิงอาชีพพิเศษ) โดยพบในกลุ่มหญิงแม่บ้าน 82 ราย คิดเป็น 31.42% จากการตรวจจำนวน 261 ราย ส่วนใน กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษพบเชื้อรา 150 ราย คิดเป็น 20.30% จากการตรวจจำนวน 739 ราย มากกว่ากัน 11.12% ความแตกต่างดังกล่าวเกิดจากกลุ่มแม่บ้านจำนวนหนึ่งมาตรวจที่ ศ.ก.อ 10 เพราะมีอาการต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอาการตกขาว คันช่องคลอดเป็นอาการที่พบในกลุ่มนี้ถึง 45 รายคิดเป็น 20.83% แต่กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่ไม่มีอาการ และมาตรวจคัดกรองตามปกติเดือนละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานของงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ส.อ.ว.พ.) ทำให้กลุ่มแม่บ้านถูกคัดกรองโดยอาการมากกว่า กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ นอกจากนั้น การตรวจคัดกรองอยู่เป็นประจำของ กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษมีการตรวจหาเชื้อราในช่องคลอดรวมอยู่ด้วยโดยใช้การย้อมสีกรัม ทำให้เกิดเชื้อราแต่แรกๆถึงแม้ไม่มีอาการก็จะได้รับการรักษา อุบัติการณ์ของเชื้อราในกลุ่มดังกล่าว จึงน้อยกว่าเพราะมี Early Diagnosis and Treatment มากกว่ากลุ่มหญิงแม่บ้าน

พบเชื้อราชนิด *Candida glabrata* ซึ่งมักจะคือยา ในกลุ่มแม่บ้านมากกว่า กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ โดยพบในกลุ่มหญิงแม่บ้าน จำนวน 22 Isolates คิดเป็น 25 % จากจำนวนเชื้อราทั้งหมด 88 Isolates ส่วนในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ พบเชื้อราดังกล่าว จำนวน 23 Isolates คิดเป็น 14.56 % จากจำนวนเชื้อราทั้งหมด 158 Isolates

ลักษณะการดื้อยารักษาเชื้อราของเชื้อราแต่ละชนิด และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ค่า MIC ต่าง ๆ เป็นการวัดระดับการตอบสนองของยาต่อเชื้อราในห้องปฏิบัติการหรือ ในหลอดทดลอง การจะวัดระดับการตอบสนองของยาในร่างกายจริงของมนุษย์จำเป็นจะต้องนำค่า MIC ที่ได้ไปหาความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของการเกิดเชื้อราบริเวณช่องคลอด แล้วหาค่า MIC Break Point ที่การให้ยารักษาเชื้อราตามขนาดที่ใช้ปกติ ในประชากรปกติส่วนใหญ่แล้วไม่อาจทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการดังกล่าวได้ ค่า MIC Break Point ของเชื้อรา *Candida* เป็นค่าที่ได้จาก NCCLS (M27- A) หรือ The National Committee for Clinical Laboratory Standards ซึ่งเป็นหน่วยงานของประเทศ สหรัฐที่ดำเนินการกำหนดมาตรฐานทางด้านการชันสูตรทางการแพทย์ ส่วน M27- A เป็นลำดับรหัสเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดื้อยารักษาเชื้อรากลุ่ม *Candida* มาตรฐาน ดังกล่าวจึงเป็นมาตรฐานที่มีความเชื่อถือได้ และเนื่องจากยังไม่เคยมีมาตรฐานของเชื้อราดังกล่าวในประเทศไทยจึงใช้ มาตรฐานของ NCCLS (M27- A) เป็นเกณฑ์ในการวัดการดื้อยารักษาเชื้อราในการศึกษานี้ เมื่อนำค่า MIC ของเชื้อราแต่ละ Isolation ที่ทดสอบกับยารักษาเชื้อราแต่ละชนิดมาเทียบกับ ค่า MIC Break Point ของ NCCLS (M27 - A) ดังกล่าวก็จะได้จำนวนของเชื้อราที่ดื้อยารักษาเชื้อราแต่ละชนิดในกลุ่ม *Candida* แต่ละ Specie ที่สามารถแยกแยะได้ การแจกแจงการดื้อยาของเชื้อราดังกล่าวเป็นการอนุมานจากค่า MIC ของเชื้อรา ในห้องปฏิบัติการเทียบกับมาตรฐานของ NCCLS ซึ่งค่าต่างๆ ตามมาตรฐานดังกล่าวคงไม่ได้เกิดจากกลุ่มประชากรที่เป็น

คนไทย และคงจะไม่ได้เคยเกิดจากกลุ่มประชากรที่กำลังศึกษาอยู่ ประกอบกับลักษณะตอบสนองของยาต่อเชื้อรา เช่นนี้เป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นในหลอดทดลอง ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในร่างกายอาจมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องกับการกำจัดเชื้อราในช่องคลอดเช่น ภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล, Innate resistance (ความต้านทานเฉพาะที่), การใช้ Antibiotic, การกินยาคุมกำเนิด, hormone replacement therapy, การตั้งครรภ์, เบาหวานที่ไม่ได้ควบคุม, การให้ยากดภูมิคุ้มกันเป็นต้น ดังนั้นผลการศึกษานี้ไม่ได้บอกว่าไม่ควร หรือควรใช้ยารักษาเชื้อราใดในการเริ่มการรักษาเชื้อราที่บริเวณช่องคลอด เพราะสาเหตุ 2 ประการคือ แม้จะใช้ยาที่มีค่า MIC สูง ถึงระดับคือยา ตามที่ NCCLS (M27 - A) กำหนดแต่ก็ยังไม่ได้มีการพิสูจน์ว่าระดับ MIC ดังกล่าวสัมพันธ์กับการรักษาไม่หายจริงๆ ทาง Clinic ในคนไทย แม้ยาที่ใช้จะมีค่า MIC สูง ถึงระดับคือยา และกำจัดเชื้อราได้ไม่มาก แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการหายของผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้อาการต่างๆ หายได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าผลการศึกษานี้จะไม่มีประโยชน์ เนื่องจากสามารถบอกได้ว่าเชื้อราแต่ละ Specie ตอบสนองต่อยาแต่ละตัวในเชิงคลินิกอ้างอิงได้ดีเพียงใดเมื่อเทียบกับเกณฑ์ของ NCCLS (M27 - A) ซึ่งจะ เป็นประโยชน์อย่างมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อรา แบบเรื้อรัง หรือกรณี ที่ผ่านการรักษาโรคช่องคลอด และปากช่องคลอดอักเสบจากเชื้อรา มาหลายครั้ง เนื่องจากในกรณีดังกล่าว จำเป็นต้องให้ยารักษาเชื้อราในช่องคลอดเป็นเวลานาน มากกว่าปกติ โดยการใช้ยาด้านเชื้อราในกลุ่ม Azole เบื้องต้น 14 วัน จากนั้นจึงให้ Maintenance regimen อย่างใดอย่างหนึ่ง อีก 6 เดือน ได้แก่ Ketoconazole วันละ 100 mg., Itraconazole วันละ 100 mg., และ Fluconazole สัปดาห์ละ 100 - 200 mg. , โดยอาจให้ Clotrimazole เหน็บช่องคลอด 500 mg. ต่อสัปดาห์ไปด้วย² ทั้งนี้เพื่อพยายามที่จะทำให้เชื้อราหมดไปจากช่องคลอดเพราะ RVVC ยังไม่ทราบสาเหตุ การเกิดโรคที่แท้จริงแต่มีความเกี่ยวข้องกับ

Host defense mechanism ที่อ่อนแอของคลอด⁴ และเกี่ยวข้องกับ The vaginal relapse therapy ซึ่งอธิบายว่า หลังจากรักษาแล้วก็ยังพบเชื้อรา Strain เดิมจากการเพาะเชื้อราในช่องคลอดซึ่งแสดงว่า RVVC ไม่ได้เกิดจาก Reinfection² การที่แพทย์จะต้องตัดสินใจให้การรักษา RVVC ด้วยยารักษาเชื้อราเป็นเวลานานๆและจะต้องกำจัดเชื้อราในช่องคลอดให้มากที่สุดนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องรู้ว่ายาตัวใดมีประสิทธิภาพมากที่สุด ในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุดในการให้ยาเพราะ มีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยค่ายา ค่าเดินทาง และเสียเวลา มาติดตามอาการ หรือมารับยาต่อ มีค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ชันสูตร เจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นต้น การให้การรักษาที่ยาวนานแล้วค่อยมารู้ภายหลังว่าไม่ได้ผล และต้องเปลี่ยนการรักษานั้นเท่ากับเพิ่มภาระให้ทุกฝ่ายมาก สิ่งที่จะทำ ให้แพทย์รู้ข้อมูลดังกล่าวนี้คือการเพาะเชื้อรา แยกแยะชนิดและหาค่า MIC เช่นเดียวกับการศึกษานี้แต่เป็นการทดสอบเฉพาะรายเพื่อนำค่า MIC ของยาแต่ละชนิดที่ได้ไปใช้ตัดสินใจให้การรักษา แต่ถ้าไม่มีการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานก็จะไม่ทราบว่าค่าที่ได้นั้นอยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำอย่างไร ค่า MIC Break Point ของ NCCLS (M27 - A) จึงมีประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง ที่จะเป็นตัวเทียบเคียงว่า MIC ของยาแต่ละชนิดที่ได้จากช่องคลอดของผู้ป่วยรายนั้นมีค่าสูงหรือต่ำ หากมีค่าสูงก็ไม่ควรใช้ยานั้นในการรักษา RVVC ให้ผู้ป่วยรายนั้น แต่เนื่องจากการเพาะเชื้อรา แยกแยะชนิดและหาค่า MIC นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำกันทั่วไปในการชันสูตรของโรงพยาบาล เนื่องจาก มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการชันสูตร ต้องมีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม และต้องใช้เวลาในการแปลผลนาน การรักษา RVVC จึงใช้ข้อมูลของต่างประเทศที่ได้จากการสำรวจทั้งทาง Clinic และ ทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มประชากรของเขา การศึกษานี้จึงเป็นเสมือนการรวบรวมสถิติของการสำรวจ MIC ของเชื้อราในช่องคลอด ทาง

ห้องปฏิบัติการของกลุ่มประชากรของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับค่าตอบแทน นับเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ซึ่งจะเกิดประโยชน์อย่างมากในการตัดสินใจให้การรักษา RVVC ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ที่ศูนย์กลางโรค และโรคเอดส์ เขต 10 ต่อไปในอนาคต การให้ใช้ยา Ketoconazole และ ยา Fluconazole เป็น Drug of choice ในการรักษา RVVC ในกลุ่มหญิงแม่บ้าน ที่มาตรวจ ณ. ศูนย์กลางโรค และโรคเอดส์ เขต 10

ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าเชื้อราทั้งหมด 155 Isolates มีค่า MIC ที่คือต่อยา Clotrimazole จำนวน 100 Isolates คิดเป็น 64.51% มีค่า MIC ที่คือต่อยา Itraconazole จำนวน 124 Isolates คิดเป็น 80 % มีค่า MIC ที่คือต่อยา Fluconazole จำนวน 25 Isolates คิดเป็น 16.12% และมีค่า MIC ที่คือต่อยา Ketoconazole จำนวน 8 Isolates คิดเป็น 5.16 % ดังนั้นการตอบสนองของเชื้อราในช่องคลอดของกลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับค่าตอบแทนที่ดีที่สุดคือ ยา Ketoconazole รองลงมาคือยา Fluconazole ส่วนยา Clotrimazole และ ยา Itraconazole เป็นอันดับต่อมาซึ่งจำนวน Isolates ที่คือต่อยาดังกล่าวสูงมาก จนไม่อาจแนะนำให้ใช้ในการรักษา RVVC ในกลุ่มประชากรนี้ได้ จึงสรุปว่าการให้ใช้ยา Ketoconazole และ ยา Fluconazole เป็น Drug of choice ในการรักษา RVVC ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ที่มาตรวจ ณ. ศูนย์กลางโรค และโรคเอดส์ เขต 10 เช่นเดียวกับกลุ่มหญิงแม่บ้าน ต่อไปในอนาคต

การศึกษาคือยาด้านเชื้อราในช่องคลอดนั้น ยังไม่เคยมีข้อมูลมาก่อน ผลการศึกษานี้จึงสามารถที่จะใช้อ้างอิงในการศึกษาคือยาด้านเชื้อราในครั้งต่อไปได้ ผลการศึกษานี้จะสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,000 ราย พบมี Colony ของเชื้อราในช่องคลอด 232 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.20 และพบว่า กลุ่มแม่บ้านมีโอกาสพบเชื้อราจากการเพาะเชื้อได้มากกว่ากลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ (กลุ่ม P.) ทั้งนี้อาจ

เป็นเพราะกลุ่ม P. มารับการตรวจที่ ศกอ. 10 อย่างสม่ำเสมอ เมื่อตรวจพบเชื้อราด้วยวิธี Gram stain ก็จะได้รับ การรักษาทันที ซึ่งต่างจากกลุ่มหญิงแม่บ้านส่วนใหญ่จะมารับการตรวจเนื่องจากมีอาการผิดปกติ มากกว่ากลุ่ม P. ที่จะมารับการตรวจเป็นประจำถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติ สัดส่วนของเชื้อรา *Candida albican* ที่พบในกลุ่มแม่บ้านและกลุ่ม P. นั้น ค่ากว่าของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบ *Candida albican* ได้ถึงร้อยละ 90 ของการติดเชื้อราในช่องคลอด แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบเพียงร้อยละ 68.6 ในกลุ่มแม่บ้านและร้อยละ 77.22 พบในกลุ่ม P. แต่พบ *C. glabata* ได้มากกว่าคือ ร้อยละ 23.26 ในกลุ่มแม่บ้านและร้อยละ 14.56 พบในกลุ่ม P. แสดงค่า MIC 50 และ MIC 90 ของเชื้อราแต่ละชนิดของกลุ่มแม่บ้านและกลุ่ม P. พบว่า *C. glabata* มี MIC 50 และ MIC 90 สูงกว่าเชื้อ *C. albican* เมื่อวัดจากการใช้ยา Clotrimazole และ Fluconazole ค่า MIC ของเชื้อ *C. albican* ในกลุ่ม P. จะมีค่าต่ำกว่ากลุ่มแม่บ้าน สำหรับยาด้านเชื้อราทุกตัว แสดงว่ากลุ่ม P. จะตอบสนองต่อยารักษาเชื้อรา *C. albican* ได้ดีกว่ากลุ่มแม่บ้าน มีการคือยาแบบ In Vitro จำนวนมากสำหรับยา Clotrimazole และ Itraconazole โดยเฉพาะเชื้อ *C. albican* และ *C. glabata* พบว่า *C. albican* มีการคือยา Clotrimazole ถึงร้อยละ 71.93 ในกลุ่มแม่บ้าน ซึ่งสูงกว่ากลุ่ม P. ที่พบการคือยาในลักษณะนี้ร้อยละ 56.67 ส่วน Itraconazole นั้นพบการคือยากับเชื้อ *C. albican* ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 85.96 ในกลุ่มแม่บ้านและร้อยละ 83.33 ในกลุ่ม P. สำหรับยาด้านเชื้อราที่ดูเหมือนจะมี In Vitro Resistant อยู่ไม่น้อยก็คือ Fluconazole และ Ketoconazole ดังนั้นการรักษา VVC โดยเฉพาะ RVVC ใน ศกอ.10 ควรเลือกใช้ Fluconazole หรือ Ketoconazole มากกว่า Clotrimazole และ Itraconazole หรือแม้แต่ Acute VVC โดยควบคุมปัจจัยด้าน Environment เช่น Hormone, ภาวะเบาหวานและการใช้ Antibiotic เป็นต้น ส่วนปัจจัยทางด้าน Immunity นั้นไม่สามารถควบคุมได้ การเลือกให้ยาด้านเชื้อราที่

เหมาะสมจึงเป็นการควบคุมปัจจัยทางด้าน Agent ซึ่งสามารถกระทำได้หากทราบค่า In Vitro Drug Resistant ในผู้ป่วยแต่ละราย แต่หากไม่สามารถทำเป็นรายบุคคลได้ การทราบค่าแนวโน้มดังกล่าวจากการ Survey นี้จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. J.D. Clements and Department of Microbiology, Immunology, and Parasitology, Louisiana State University Health Sciences Center; Perdido st., New Orleans, LA70112 : Email: pfidel @ lsuhsc.edu Candida – Specific Antibodies during Experimental Vaginal Candidiasis in Mice; 1901.
2. Paul Nyirjesy, M.D. Chronic Vulvovaginal Candidiasis. American Family Physician February 15, 2001, Vol. 63 / No 4.
3. PL Fidel Jr. Department of Microbiology, Immunology and Parasitology, Louisiana State University Health Sciences Center, New Orleans, LA, USA Oral disease. Vol. 8 Issue S 2 Page 69 – July 2002 Doi : 10.1034 / J. 1601 – 0825.2002.00015.X
4. Richard A. Calderone. Host Defense against Vaginal Candidiasis. Candida and Candidiasis. Chapter 14; 2002.
5. รายงานประจำปี ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 10 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
6. National Committee for Clinical Laboratory (NCCLS) Standard. Reference method for broth dilution antifungal susceptibility testing of yeasts. Approved standard M27 – A. National Committee for Clinical Laboratory Standard, Wayne, Pa. 1997.
7. Crissey JT, Lang IH, Parish LC. Manual of medical mycology. Blackwell Science USA, 1995: 226- 235.
8. Arthington-skaggs BA, Motley M, Warnock DW, Morrison CJ. Comparative evaluation of PASCO and National Committee for Clinical Laboratory Standards M27-A broth microdilution methods for antifungal drug susceptibility testing of yeasts. J of Clin Microb 2000; 38(6): 2254-2260.
9. Tragoolpua, K., Thirach, S., Khamwan, C., Jatisatienr, C., Jatisatienr, A., Kunyanone, N. and Punjaisee, S. Fungistatic Property of *Eugenia caryophyllus* Bullock&Harrison and *Acorus calamus* Linn. Extracts Against *Candida albicans* and *Cryptococcus neoformans*. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci. 2001.34(2): 89-97.
10. Pelletier R, Peter J, Antin C, Gonzalez C, Wood L, Walsh TJ. Emergence of resistance of *Candida albicans* to clotrimazole in human immunodeficiency virus-infected children: in vitro and clinical correlations. J Clin Microbiol. 2000 Apr; 38(4):1563-8.

การครอบกระปุกรักษาโรค (Cupping Therapeutic Method)

พัชรา เรืองวงศ์โรจน์ พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Patchara Ruengwongroj M.D.

Department of Rehabilitation Medicine,

Chiangrai Prachanukraw Hospital

บทคัดย่อ

การครอบกระปุก หรือ Cupping เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งในศาสตร์การแพทย์แผนจีน บทความนี้ได้นำเสนอประวัติความเป็นมาของการครอบกระปุก คำอธิบายผลการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน การพัฒนาของวัสดุครอบ และเทคนิคการครอบกระปุกโดยละเอียด ตลอดจนข้อบ่งชี้ และข้อห้ามของการครอบกระปุก และได้นำเสนอตัวอย่างการวิจัยที่ศึกษาในคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยนำการครอบกระปุกมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ จำนวน 30 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดบริเวณบ่า สะบัก หลัง สะโพก และขา และบางรายมีอาการชาร่วม ผลการรักษา ผู้ป่วย 23 ราย มีคะแนนความปวดลดลงร้อยละ 50 ขึ้นไป ผู้ป่วย 25 ราย มีคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 50 ขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีอาการชาร่วมด้วย 16 ราย มีอาการชาลดลง ผู้ป่วย 20 ราย ใช้น้ำแก้ปวดลดลง 28 ราย นอนหลับได้ดีขึ้น ผลข้างเคียงได้แก่ อาการผิวหนังแดง ระบม การครอบกระปุกจึงเป็นวิธีการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้วัสดุที่หาง่าย ราคาไม่แพง เทคนิคการทำไม่ยุ่งยาก

คำสำคัญ การครอบกระปุก, การแพทย์แผนจีน, ปวดกล้ามเนื้อ

Abstract

Cupping is a therapeutic method in Traditional Chinese Medicine that is especially useful in the treatment of problems of local qi or blood stagnation in the channels. This article presents the history of cupping and its therapeutic effect, cupping technique in details, indication, contraindication, side effect and also presents the clinical use of cupping in 30 patients who come with muscle pain. After treatment 23 patients had pain relieved, 23 patients had muscle stiffness decreased, 16 patients who had numbness were improved, 20 patients can reduce the analgesic drugs and 28 patients had better sleeping. The side effect of cupping such as skin marking (non permanent) and bruises. Cupping is an alternative method that can be used combine with modern medicine to treat muscle pain.

Keywords: cupping, Traditional Chinese Medicine, muscle pain

ชนิดของกระปุก มีหลายชนิด แต่ที่ใช้อยู่ ได้แก่

1. กระปุกไม้ไผ่โดยตัดไม้ไผ่รูปทรงกระบอกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-7 เซนติเมตร ยาว 8-10 เซนติเมตร ขอบของกระปุกต้องเรียบ ข้อดีของกระปุกไม้ไผ่คือ หาง่าย ทำเองได้ ราคาถูก และน้ำหนักเบา
2. กระปุกแก้ว มีข้อดีคือ ใส สามารถมองเห็นลักษณะของผิวหนังที่ถูกดูดได้ ว่ามีการคั่งของเลือดมากน้อยเพียงใด ควรปรับใช้เวลาในการครอบกระปุกนานเท่าใด สามารถดัดแปลงใช้ขวดบรรจุสุปรูปแก้ว รังนก หรือ ขวดแก้วชนิดอื่นที่แก้วสามารถทนความร้อน มีขอบเรียบ มาใช้ได้



ขวดแก้ว เช่น ขวดสุปรูปแก้ว ขวดรังนก สามารถนำมาใช้ในการครอบกระปุก

ข้อบ่งชี้ในการครอบกระปุก

ในศาสตร์การแพทย์จีน ใช้การครอบกระปุกในการรักษา กลุ่มอาการปวด (Bi syndrome) ที่มีสาเหตุจากลม และความชื้น ตัวอย่างเช่น อาการปวดบริเวณหลังช่วงล่าง ปวดขา ปวดไหล่ และการรักษาอาการระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดกระเพาะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ หอบหืด การครอบกระปุก ร่วมกับการเจาะปล่อยเลือด ใช้ได้ผลดีกับการรักษาอาการฟกช้ำ เลือดคั่ง

ข้อต้องห้าม

- ผู้ป่วยที่มีควรรักษาโดยการครอบกระปุกได้แก่
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกง่าย เลือดหยุดยาก
- ผู้ป่วยที่มีไข้
- ผู้ป่วยโรคลมชัก
- ผู้ป่วยท้อง (ห้ามครอบกระปุก บริเวณหน้าท้อง และหลังช่วงเอว สะโพก)
- ผิวหนังบริเวณที่มีแผล
- ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดแผลง่าย หรือแผลหายยาก เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องครอบกระปุกด้วยความระมัดระวัง อย่าใช้ความร้อนมากเกินไป และใช้เวลาครอบสั้น (5-10 นาที) และการตรวจดูผิวหนังบริเวณใต้กระปุกครอบเป็นระยะ ถ้ามีเลือดมาคั่งมากจนผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำมาก ต้องรีบนำกระปุกออกก่อน

วิธีการทำ

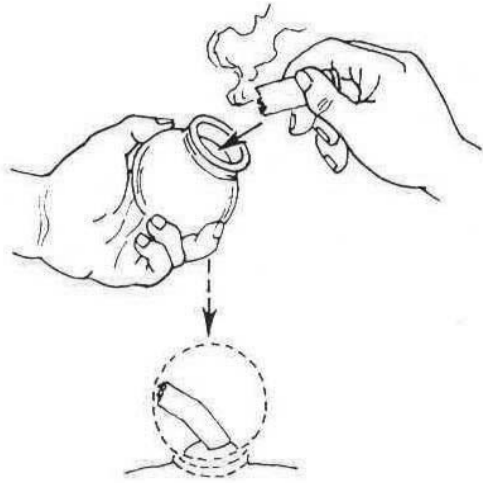
1. วิธีการทำให้เกิดสุญญากาศ ที่ใช้อยู่ ได้แก่

1.1 Fire-throwing method

ใช้กระดาษขึ้นเล็กจุดไฟ หรือ สำลีขึ้นเล็กชุบแอลกอฮอล์ 95% จุดไฟใส่เข้าไปใน

กระปุกทันที แล้วรีบครอบกระปุกลงบนผิวหนังบริเวณที่จะรักษา

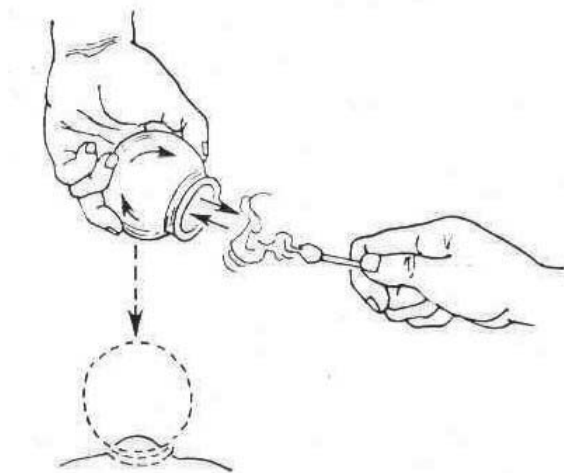
วิธีนี้มักใช้กับบริเวณด้านข้างของลำตัว เพราะกระดาษหรือสำลีที่จุดไฟ อาจหล่นลงมาลงผิวหนังได้ (ดังรูปที่ 1)



รูปที่ 1

1.2 Fire-twinkling method

ใช้ forceps คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 95% จุดไฟหรือทำคบไฟขนาดเล็ก โดยให้เปลวไฟอยู่ในกระจกเพียงชั่วครู่ แล้วรีบครอบกระจกลงบนผิวหนังบริเวณที่จะรักษา (ดังรูปที่ 2)



รูปที่ 2

2. วิธีการครอบกระจก มีหลายวิธี การเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยลักษณะผิวหนัง และกล้ามเนื้อบริเวณที่ทำการรักษา

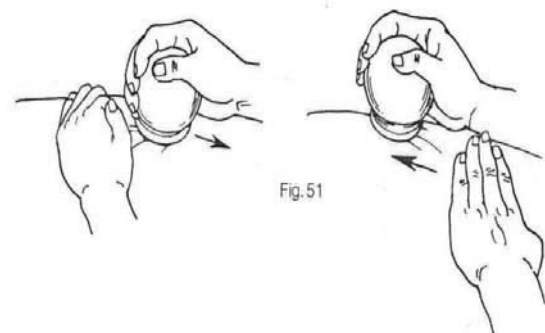
2.1 การครอบทิ้งไว้ โดยหลังจากที่กระจกครอบดูดติดผิวหนังแล้ว ปลดทิ้งไว้ประมาณ 10-20 นาที จึงนำกระจกออก เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด จำนวนที่กระจกที่ครอบในแต่ละครั้ง ขึ้นกับขนาดของบริเวณที่ทำการรักษา และไม่ควรวางกระจกติดกันมากเกินไป เพราะจะเกิดแรงดึง

2.2 การครอบกระจกแบบเร็วและซ้ำหลายครั้ง (Quick cupping)

โดยหลังจากครอบกระจกลงไปแล้ว ให้เอากระจกออกทันที แล้วทำการครอบ- นำออก ซ้ำอีกหลายๆรอบ วิธีนี้เหมาะสำหรับรักษาอาการชาตามผิวหนัง และรักษาในบริเวณที่กล้ามเนื้อน้อยและบาง

2.3 รอบกระจกแบบเคลื่อนที่ (Moving cupping or Pushing cupping)

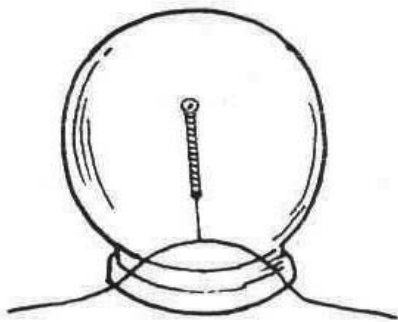
ก่อนการครอบกระจกด้วยวิธีนี้ ต้องใช้น้ำหรือโลชั่นหรือวาสลีน ทาบริเวณที่จะดูดกระจกก่อน เมื่อครอบกระจกลงไปแล้ว ใช้มือขวาเคลื่อนกระจกไปและกลับยังบริเวณถัดไปตามแนวกล้ามเนื้อที่รักษา โดยใช้มือซ้ายช่วยตรึงผิวหนังบริเวณรอบๆ กระจก เคลื่อนกระจกไป-กลับจนผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีแดง จึงเอากระจกออก วิธีนี้เหมาะกับบริเวณที่มีกล้ามเนื้อมาก เช่น แผ่นหลัง ต้นขา ช่วยรักษาอาการปวดร้าวที่มีบริเวณกว้างโดยใช้กระจกครอบเพียงหนึ่งใบ (ดังรูปที่ 3)



รูปที่ 3

2.4 รอบกระจกกับการฝังเข็มภายในกระจก

เป็นการรักษาร่วมระหว่างฝังเข็มและครอบกระปุก โดยหลังจากฝังเข็มในตำแหน่งรักษาและกระตุ้นเข็มแล้ว ใช้กระปุกครอบลงตำแหน่งที่ฝังเข็ม (ดังรูปที่ 4)



รูปที่ 4

- 2.1 การเจาะปล่อยเลือดร่วมกับการครอบกระปุก หลังจากใช้เข็มสามเหลี่ยม หรือเข็มดอกเหมยแทงบริเวณที่ต้องการรักษา แล้วทำการครอบกระปุกตามทันที เพื่อให้เลือดซึมออกมาตามรูเข็ม วิธีนี้ใช้แรงดูดสุญญากาศที่มากกว่าปกติครอบทิ้งไว้นาน 10-15 นาที ก่อนนำกระปุกออก ใช้รักษาโรคที่เกิดจากการกั่งของลมปราณและเลือด อาการฟกช้ำ

ข้อควรระวัง

1. ขอบกระปุกดูด ควรเป็นรูปกลมและเรียบ ไม่มีรอยแตกกะเทาะ เพื่อมิให้บาดผิวหนังผู้ป่วย
2. ในกรณีที่ใช้คบไฟขนาดเล็กในการทำให้เกิดสุญญากาศ เปลวไฟควรสัมผัสเฉพาะภายในกระปุกเท่านั้น ไม่ควรให้เปลวไฟสัมผัสบริเวณปากกระปุกดูด เพราะอาจลวกผิวหนังได้
3. ผู้ป่วยควรอยู่ในท่าที่สบายผ่อนคลาย บริเวณที่มีมัดกล้ามเนื้อชัดเจนเป็นบริเวณที่ครอบกระปุกได้ดี (แต่

ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งปวด บริเวณเกิดโรคเป็นสำคัญ) ควรหลีกเลี่ยงบริเวณข้อต่อ บริเวณที่มีเส้นผม เนื่องจากการดูดจะไม่ได้แรงที่ดี

4. ควรเลือกขนาดกระปุกดูดให้เหมาะสมกับขนาดบริเวณที่ทำการรักษา

5. โดยทั่วไป ระยะเวลาการครอบกระปุกนานประมาณ 15 นาที ในกรณีที่ใช้ระยะเวลานาน หรือใช้ความร้อนมากเกินไป จะมีโอกาสเกิดถุงน้ำใต้ผิวหนัง (blister) คล้ายกับผู้ป่วยที่ถูกน้ำร้อนลวก ต้องรีบหยุดการครอบกระปุกทันที และให้การรักษาเหมือนในกรณีน้ำร้อนลวก ในกรณีที่สังเกตเห็นเลือดมาคั่งอยู่ใต้กระปุกเป็นจำนวนมาก จนผิวหนังมีสีแดงคล้ำ ควรปรับลดเวลาที่ใช้ดูดลง เช่น เหลือเพียง 5 นาที หลังจากครอบกระปุกผิวหนังบริเวณที่ครอบอาจมีรอยฟกช้ำจากเลือดที่คั่งค้าง ซึ่งสามารถหายเองได้ ดังนั้นก่อนการรักษา ควรอธิบายผู้ป่วยให้ทราบก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเพศหญิง และการครอบกระปุกบริเวณนอกริมผ้า เช่น น่อง แขน

การนำกระปุกครอบออก

ใช้วิธีกดผิวหนังบริเวณรอบๆ ปากกระปุกครอบเล็กน้อย เพื่อให้อากาศไหลเข้าไปภายใน กระปุก กระปุกจะหลุดออกจากผิวหนังได้โดยง่าย ไม่ควรดึงกระปุกออกโดยตรง เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บมาก และอาจทำให้ผิวหนังเป็นแผล

การนำมาปรับใช้ในทางคลินิก

คลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้นำการครอบกระปุกมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยใช้วัสดุและวิธีการดังนี้



รูป 1 วัสดุ

- ขวดแก้ว เช่น ขวดชุปไข่ ขวดรังนก จำนวนประมาณ 10-20 ใบ
- คบไฟที่ทำขึ้นเอง โดยใช้อุปกรณ์จับเข็มเย็บแผล (forceps, needle holder) ที่ชำรุดแล้ว
- ไม้ขีดไฟ หรือไฟแช็ค
- 95% แอลกอฮอล์



รูป 2 การเตรียมผู้ป่วย

หลังจากซักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อหาจุดหรือบริเวณกล้ามเนื้อที่ปวดแล้ว ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้น จัดเสื้อผ้าผู้ป่วยให้เปิดเผยเฉพาะบริเวณที่จะทำการรักษา อธิบายขั้นตอนในการครอบกระปุก และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าเดิม ประมาณ 10-15 นาที



รูป 3 จุดคบไฟ แล้วให้เปลวไฟอยู่ในขวดเพียงชั่วครู่ (ประมาณ 1-2 วินาที) หลังจากนั้นรีบวางขวดแก้วลงบนบริเวณกล้ามเนื้อที่ปวด



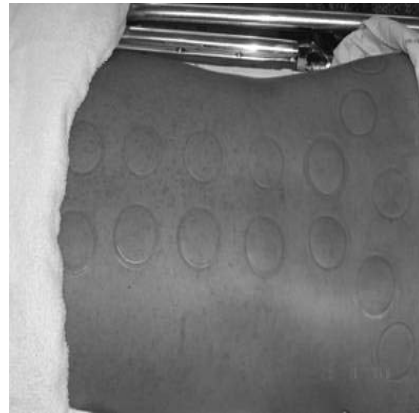
รูป 4 ความร้อนจากเปลวไฟ ทำให้เกิดสุญญากาศ (Vacuum) ภายในขวดแก้วเมื่อวางลงบนผิวหนัง จะเกิดแรงดูดให้ผิวหนังนูนขึ้น



รูป 5 ทำการครอบกระปุกตามแนวกลางลำเนื้อที่ปวด โดยเว้นระยะระหว่างกระปุกครอบไม่ให้ถี่เกินไป



รูป 6 เมื่อครบเวลารักษา นำกระปุกออกโดยใช้ปลายนิ้วกดให้เกิดช่องว่างเล็กน้อยระหว่างผิวหนังกับขอบกระปุก เพื่อให้อากาศเข้าไปในซอกแล้ว ซอกแล้วจะหลุดออกมาโดยไม่ต้องใช้แรงดึง



รูป 7 ตำรวจผิวหนังของผู้ป่วย หลังการรักษา อาจมีบางตำแหน่งที่แดงร้อนมาก อาการข้างเคียงที่พบนี้จะหายใน 1-2 วัน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 30 ราย หลังได้รับการรักษาโดยการครอบกระปุก ทุกรายมีอาการปวดกล้ามเนื้อลดลง ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

	จำนวน (ราย)
	N=30
อายุ (ปี)	
21-30	2
31-40	7
41-50	13
51-60	5
> 60	3
เพศ	
ชาย	4
หญิง	26
กลุ่มอาชีพ	
ทำงานหนัก*	5
ทำงานเบา*	25

หมายเหตุ *ทำงานหนัก ได้แก่ กรรมกร ผู้ใช้แรงงาน
ทำงานเบา ได้แก่ งานธุรการ แม่บ้าน ค้าขาย

ตารางที่ 2 อาการแสดงที่มาพบแพทย์ และผลการรักษา
ด้านต่างๆ

อาการแสดง	จำนวน (ราย)	ผลการรักษา ในด้านอาการแสบร้อน	
		คะแนนอาการแสบร้อนที่ลดลง	จำนวน (ราย)
ปวดคอและศีรษะ	10	0	1
ปวดบ่า สะบัก คั่นแขน	18	10-20	-
ปวดหลัง	20	30-40	-
ปวดสะโพกและขา	16	50-60	1
อาการชา	19	70-80	1
อาการแสบร้อน	4	90-100	1
ผลการรักษา ในด้านอาการปวด		ผลการรักษาในด้านการใช้ยา แก้วปวด	
กล้ามเนื้อ		งคใช้	5
คะแนนอาการปวดกล้ามเนื้อที่ลดลง		ใช้ลดลง	20
0	-	คงเดิม	5
10-20	-	มากขึ้น	-
30-40	7	ผลการรักษา ในด้านการนอน	
50-60	5	ดีขึ้น	28
70-80	14	คงเดิม	2
90-100	4	ลดลง	-
ผลการรักษา ในด้านอาการตึงตัวของ		ผลแทรกซ้อน	
กล้ามเนื้อ		จำนวน (ราย)	
คะแนนอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ลดลง		ระบบ	11
0	2	ผิวหนังแดง	16
10-20	-	คัน	2
30-40	2	แสบร้อน	3
50-60	8	ไม่มี	8
70-80	10		
90-100	7		
ผลการรักษา ในด้านอาการชา			
คะแนนอาการชาที่ลดลง			
0	3		
10-20	-		
30-40	4		
50-60	4		
70-80	5		
90-100	3		

สรุป

การครอบกระปุก (cupping) เป็นวิธีการรักษาของการแพทย์แผนจีน ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน โดยใช้วัสดุที่หาได้ง่าย ราคาไม่แพง เทคนิคการทำไม่ยุ่งยาก แต่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ผลดี ดังตัวอย่างการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยลดอาการปวด ตึงกล้ามเนื้อลงได้ ลดการใช้ยาแก้ปวด นอนหลับได้ดีขึ้น แต่การครอบกระปุกก็มีผลแทรกซ้อน เช่น ระบบ ผิวหนังแดง ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับลดระยะเวลาในการครอบกระปุกลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ นายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง และคณาจารย์ของสถาบันการแพทย์ไทย-จีนฯ ที่ได้ให้ความรู้ในเรื่องศาสตร์การแพทย์จีน พญ.มารยาทพรหมวิชานนท์ ในคำแนะนำ และความช่วยเหลือในการเตรียมต้นฉบับ คุณศิริเพ็ญ ชันทะ ที่กรุณาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคลินิกฝังเข็ม รพ. เชียงรายฯ

เอกสารอ้างอิง

1. Mao Qunhui. Effective point therapy of acupuncture. Beijing: Foreign Languages Press, 1998: 69-73.
2. ชงชัยทองปิ่น. เภสัชกรรมยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ พี.พี.: 21-25.
3. Cupping; Available from: [URL:/http://www.aworldofacupuncture.com/acupuncture-cupping.htm](http://www.aworldofacupuncture.com/acupuncture-cupping.htm)
4. พ.ต.ท.หญิง กัตติกา ภูมิพิทักษ์กุล, พ.ต.อ.ชนินทร์ สุดโนริกุล และพ.ต.ท.หญิง ประภาพร ศิริทรัพย์, การรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อโดยวิธีการฝังเข็ม. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2545; 12(1): 8-4.

จะป้องกันบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากวัณโรคได้อย่างไร

How to protect health Care Worker from Tuberculosis?

พ.ต.ท.หญิงเหวินจา ชุตินา ส.บ.*

Pol.lt.Col. Wernchao Chutima B.P.H.

โรงพยาบาลค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลกอีกครั้งหนึ่ง ด้วยสาเหตุจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ กล่าวคือ สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรค และโดยขณะนี้ผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 16-20 ล้านคน ซึ่งประมาณร้อยละ 50 เป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ อีกทั้งในแต่ละปีก็มีผู้ป่วยรายใหม่ เกิดขึ้นประมาณ 8.4 ล้านคน เสียชีวิตปีละประมาณ 1.9 ล้านคน โดยร้อยละ 95-98 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและยากจน จึงเป็นเหตุให้องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน¹ ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า นับจากโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้ามาสู่ประเทศไทย ในปี 2527 นับจากนั้นมาอีกราว 10 ปี จำนวนผู้ป่วยวัณโรคก็ทวีสูงขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน โดยจากรายงานการค้นหารายป่วย ที่กรมควบคุมโรคได้รับรายงานจากพื้นที่ต่างๆ ผ่านผู้ประสานงานวัณโรค (TB. Coordination) ทุกระดับปรากฏว่า ในปี 2548 พบผู้ป่วยทุกประเภททั้งสิ้น 58,670 ราย² แยกเป็นผู้ป่วยใหม่เสมหะบวก 30,101 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 1,784 ราย ผู้ป่วยใหม่เสมหะลบ 19,159 ราย ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด 7,626 ราย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์โรคเอดส์ที่ได้รับรายงานของสำนักกระบวนวิชา ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง 31 ตุลาคม 2548³ พบว่ามีรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสม 301,046 ราย ซึ่งมีการป่วยเป็นวัณโรคด้วยถึง 84,437 ราย ซึ่งคิด

เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด คือร้อยละ 25.5 ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งหมด สำหรับพื้นที่ในเขตภาคเหนือตอนบน เป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเอดส์สูง คือ มีผู้ป่วยถึง ร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์ของทั้งประเทศ จึงเป็นพื้นที่ที่ต้องรองรับปัญหาวัณโรคที่ทวีจำนวนสูงขึ้น ในหลายๆด้าน โดยเฉพาะในบุคลากรสาธารณสุขซึ่งต้อง ดูแลทั้งผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการที่สถานบริการต่างๆ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการติดเชื้อวัณโรค

ฉะนั้นแนวทางที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ควรจะเป็นเช่นใดผู้เขียนได้ศึกษาถึงการทบทวนผลการศึกษาเรื่องวัณโรคในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของ Dick Menzies และคณะ⁴ ซึ่งตีพิมพ์ใน The New England Journal of Medicine เมื่อปี 1995 ซึ่ง Dick Menzies ได้ทบทวนการศึกษาของหลายประเทศ ที่ตีพิมพ์ใน Med-line data base ตั้งแต่ปี 1966 เป็นต้นมา ด้วยคำสำคัญในชื่อเรื่อง หรือบทคัดย่อ “Tuberculosis and Nasocomial หรือ Occupational หรือ Workers หรือ Nurses หรือ Physicians หรือ Technicians” ถึงการคาดประมาณถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข และ ทฤษฎีพื้นฐานสำหรับการถ่ายทอดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล รวมถึงการศึกษาของ H.Yanai และคณะ⁵ ซึ่งได้ศึกษาถึงเรื่องดังกล่าวในประเทศไทย ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ในปี 1995-1996 ซึ่งตีพิมพ์ใน The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease โดยทั้งหมดได้กล่าวถึง

ปัจจัยหรือแนวทางการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

จากการทบทวนการศึกษาที่ศึกษาจากระบบรายงานโรคแบบสอบถาม ของประเทศต่างๆ ทั้งในประเทศทางยุโรป อเมริกา จีน และญี่ปุ่น ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่ามีส่วนหนึ่งที่มีการเพิ่มขึ้นของโอกาสเสี่ยงของการเกิดวัณโรค ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1. อุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรค ใน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และ สาธารณสุข

ผู้ศึกษา	ระยะเวลาการศึกษา	พื้นที่ศึกษา	ประชากรศึกษา	วิธีการศึกษา	Incidence Measure	Annual Risk of Incidence ผู้ปฏิบัติ งาน	ปชก. ทั่วไป*
Geiseler <i>et al.</i>	1938-1947	Chicago	แพทย์	Questionnaire	Annual self-report	140	70
Barrett-Connor	1946-1975	California	แพทย์	Questionnaire	Cumulative self-report	3800	-
Kwan <i>et al.</i>	1957-1987	Hong Kong	บุคลากรในรพ.	Cohort	Direct diagnosis	393	413
Ashley and Wigle	1966-1969	Ontario	บุคลากรด้านสาธารณสุข	Registry	Reported cases	33	25
Burrill <i>et al.</i>	1969-1979	British Columbia Britain	พยาบาล	Registry	Reported cases	26	11
Harrington and Shannon	1971	Scotland	บุคลากรด้านชั้นสูตร	Questionnaire	Self-report	110	21
Capewell <i>et al.</i>	1978-1983	Britain	บุคลากรด้านสาธารณสุข	Registry	Reported cases	11	20
Grist and Ernslye and Grist	1979-1989	England and Wales	บุคลากรด้านชั้นสูตร	Questionnaire	Self-report	27	15-20
Lunn and Mayho	1980-1984	Ireland	บุคลากรด้านสาธารณสุข	Registry	Reported cases	0.6-1.0	
Loughrey <i>et al.</i>	1982-1990	North Carolina	บุคลากรด้านสาธารณสุข	Registry	Reported cases	1.25 †	
Price <i>et al.</i>	1983-1984	Japan	บุคลากรที่ทำงานในหน่วยชั้นสูตร	Questionnaire	Cumulative self-report	‡	
Sugita <i>et al.</i>	1988-1989	Chiang Rai	ด้านการแพทย์/สาธารณสุข	Prospection Study	Direct dianosis	536	-
H.Yanai <i>et al.</i> ⁵	1995-1999	Thailand					

Rates per 100,000 people ,based on data provided by the authors of each study

† Relative risk

‡ Odds ratio

ข้อสังเกต การศึกษาจาก Cohort หรือจากระบบรายงานโรค อาจจะมีข้อจำกัดของความไม่สามารถแบ่งแยกระหว่างการสัมผัสโรคจากการทำงาน กับไม่ได้ทำงานที่ต้องมีโอกาสสัมผัสโรค การศึกษานี้อาจมีระดับการที่คาดการณ์โอกาสเสี่ยงได้ต่ำกว่าความเป็นจริง ด้วยสาเหตุ ของการที่ขาดการตั้งมาตรฐานการศึกษาด้านกลุ่มอายุ หรือ เพราะข้อมูลในระบบงานไม่สมบูรณ์ หรือบุคลากรที่ทำงานอาจเปลี่ยนงานระหว่างช่วงที่มีการสัมผัสโรคและพัฒนาให้เกิดโรค การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น โดยแบบสอบถาม รายงานว่า อัตราการติดเชื้อวัณโรคใหม่ เพิ่มขึ้นสูงถึง 6-11 เท่าในกลุ่มอายุเรซ และ Technician อย่างไรก็ตาม ความถูกต้องแน่นอนของข้อมูล จากแบบสอบถาม อาจมีข้อจำกัดจาก

ความสามารถที่จะจำได้ หรือ ความคลาดเคลื่อนของการคัดเลือกตัวอย่าง และแต่ละความคลาดเคลื่อนสามารถส่งผลถึงการคาดการณ์ที่เกินเลยความเป็นจริง เนื่องจาก การสำรวจของการศึกษานี้ได้รับแบบสอบถามกลับคืนเพียงกว่าร้อยละ 60

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรค ใน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในโรงพยาบาล

Study	Study Period	Location	Hospital Population	Incidence Measure	Two-Step Testing	Exposure to TB		Annual Risk of Infection (%)	
						No of Admission YR with TB	Worker : Admission ‡	Workers	General Population*
Beman et al.	1971-1976	Baltimore	All workers (n=1900)	Tine	Adj.	12	158	1.4	0.05-0.2
Craven et al.	1972-1973	Virginia	All workers (n=484)	Mantoux	No	13	37	1.7	0.25
Vogeler and Burke	1972-1977	Utah	All workers (n=1400)	Tine	No	9	155	0.11	0.05-0.2
Ruben et al.	1973-1975	Pittsburgh	All workers (n=626)	Mantoux	No	25	25	3.9	0.05-0.2
Chan and Tabak	1978-1981	Miami	House staff (n=221)	Mantoux	No	247	1	4.0	0.03-0.1
Price et al.	1980-1984	North Carolina	All workers (n=14,251)	Mantoux	Adj.	68	19	1.1	0.03-0.1
Aitken et al.	1982-1984	Washington State	All workers (n=14,000)	Mantoux	No	77	532	0.09	0.03-0.1
Raad et al.	1984-1987	North Florida United States	All workers (n=3080)	Mantoux	No	4	70	0.12	0.02-0.08
Malasky et al.	1984-1987	Bellevue	Infectious-dis Fellows(n=42)	Self-report self-report	No	-	-	5.5	0.02-0.08
Condos et al.	1988-1992	Hospital (New York)	House staff (n=308)	Mantoux	No	-	-	1.2	0.02-0.08
Redwood et al.	1988-1992	Harlem Hospital (New York)	All workers (n=900)	Mantoux	No	350	1	1.0	0.02-0.08
		Kentucky	All workers (n=1845)	Mantoux					
Ramirez et al.	1991	Virginia	All workers (n=3852)	Mantoux	No	200	4.5	10	0.02-0.08
Adal et al.	1992				No	11	350	0.2	0.02-0.08
H.Yanai et al.	1995 - 1996	Chiang Rai	All Worker N= 1583	TST	Yes	14	1	9.3	-

TB denotes tuberculosis and adjustment for the booster effect (Two-step testing not actually performed)

‡ Rate of the total number of works to the annual number of admission of patients with tuberculosis.

จากการวิเคราะห์ การคาดประมาณถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรค ในยุคก่อนมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม อัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรครายปี(Annual risk of Infection) ในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีสูงถึงเกือบร้อยละ 80 และจากการศึกษาในช่วงปี 1960 รายงานถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคนั้นสูง 4 ถึง 6 เท่าของกลุ่มที่ไม่สัมผัสผู้ป่วย มี 4 การศึกษา ซึ่งพบว่าสัดส่วนของจำนวนผู้ปฏิบัติงาน ต่อจำนวนการรับผู้ป่วยวัณโรคในรอบปี อยู่ระหว่าง 18 และ 92 ส่วนอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคอยู่ในช่วงร้อยละ 1.7 – 3.9 และเกี่ยวข้องกับการสัมผัสจริง ๆ ในทั้ง 2 สถานบริการ สำหรับโรงพยาบาลซึ่งมีการรับผู้ป่วยวัณโรค มากกว่า 200 ครั้งต่อปี หรือสัดส่วนของผู้ปฏิบัติงาน กับการรับผู้ป่วยในรอบปี น้อยกว่า 10 การติดเชื้อเกิดขึ้นเพียง ร้อยละ 1 ใน 10 ของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละปี มีหนึ่งการศึกษา พบว่า อัตราสูงของการติดเชื้อ ขึ้นตรงต่อสัดส่วนของระยะเวลาที่ผู้ปฏิบัติงาน ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล³⁷

ทฤษฎีพื้นฐานสำหรับการถ่ายทอดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล

ในปี 1930 มีการทดลองที่ดีคือ ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อวัณโรคขับเสมหะ ซึ่งประกอบด้วย เชื้อวัณโรค ซึ่งละอองเสมหะที่ถูกขับออกมาจะระเหยอย่างรวดเร็ว จนมีขนาด 1-5 ไมครอน และสามารถลอยอยู่ในอากาศ มีชีวิตอยู่ได้หลายวัน และได้ให้หนู Guinea ที่มีความไวต่อการติดเชื้อ สูดเอาละอองเสมหะที่บรรจุด้วยเชื้อวัณโรค Tubercle bacilli ไม่เกิน 3 ตัว ผลปรากฏว่ามีปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลงของ..Tuberculin test ซึ่งพัฒนาเป็น Macroscopic granuloma และหน่วยงานที่กำหนดกฎระเบียบ ก็สรุปจากผลการค้นพบนี้ คือ ไม่นิยนาให้มีการสัมผัสกับเชื้อวัณโรค ในแต่ละระดับการให้บริการ

ได้มีการประมาณการ ถึงความน่าจะเป็น หรือโอกาสที่น่าจะเป็นไปได้ของการถ่ายทอดเชื้อวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยสมการดังนี้

$$P = I \cdot q \cdot p \cdot t$$

โดย P คือ โอกาสที่น่าจะเป็นไปของการถ่ายทอดเชื้อวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์

และสาธารณสุข

e คือ เครื่องหมายเลขกำลังในพีชคณิต

I คือ จำนวนของผู้ป่วยวัณโรคระยะถ่ายทอดเชื้อ

q คือ ความเป็นโรคติดต่อ(Index case) ของผู้ป่วยวัณโรคที่ถูกบ่งชี้

p คือ อัตราการถ่ายเทของอากาศของผู้ปฏิบัติงาน (Ventilation rate)

t คือ ระยะเวลาที่สัมผัสเชื้อ

Q คือ อัตราการเปลี่ยนถ่ายอากาศภายในห้อง(ที่ว่าง) (Air-exchange rate)

เป็นความยากลำบาก ที่จะคาดประมาณได้อย่างเที่ยงตรงถึงความเป็นโรคติดต่อของ Index case แม้ว่าความเป็นโรคติดต่อจะสูง จากการพบเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Direct smear (ป้ายเสมหะส่องกล้อง), การตรวจด้านรังสี ซึ่งพบ การขยายขนาดของโรคหรือ ผู้ป่วยมีอาการป่วยเรื้อรัง หรือเป็นวัณโรคของหลอดลม ซึ่งได้รับความลำบากจากการขับเสมหะ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาของการสัมผัส มักจะชี้ให้เห็นถึงระยะเวลาที่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง แต่ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้สัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย อาจจะสัมผัสในส่วนอื่นของอาการเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากแบบหรือระบบของการไหลเวียนของอากาศ หรือการไหลเวียนกลับของอากาศที่ดูดออกของห้อง ที่มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรค

สำหรับแต่ละการแลกเปลี่ยนที่สมบูรณ์ระหว่างในอาคารกับนอกอาคาร (One air exchange) ความเข้มข้นของอนุภาคของเชื้อที่สามารถติดต่อได้จะถูกลดลงเป็นร้อยละ 63 แต่ถ้ามีการแลกเปลี่ยนในระดับ (Six air exchange) ความเข้มข้นของอนุภาคของเชื้อที่สามารถติดต่อได้จะถูกลดลงเป็นร้อยละ 99

การวิเคราะห์ รายงานการถ่ายทอดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Transmission)

ปัจจัยสนับสนุนใน 8 รายงานของการระบาด สัมพันธ์กับผู้ป่วยหนึ่งคนใน 8 คน สรุปจากตารางที่ 3 ที่มีการวินิจฉัยล่าช้า การถ่ายเทของอากาศไม่ดี คือ มี Positive Pressure ในห้องแยกผู้ป่วย หรือการไหลเวียนของอากาศอยู่ในระดับสูงหรือทั้งสองอย่าง

Table 3. Single Case of Tuberculosis With Transmission to Health Care Workers.*

Study	year	Setting	No. of Workers		Factors In Transmission
			Infected (% of Exposed)	No. of Workers With Disease	
Ehrenkranz and kicklighter Catanzaro	1972	ICU	23(30)	2	- Delayed diagnosis, intubations, recirculating, ventilation
Haley <i>et al.</i>	1982	ICU	14(31)	1	-Delayed diagnosis, bronchoscopy, and intubations, poor ventilation
	1983	Emergen cy room	16(14)	5	- Intubations, frequent suctioning, recirculating, ventilation
	1984	Autopsy	9(16)	3	- Delayed diagnosis, tuberculous pneumonia, massive release of infectious particles at autopsy, poor ventilation on ward
Kantor <i>et al.</i>					
Lundgren <i>et al.</i>	1987	Autopsy	Not tested	4	- Delayed diagnosis, autopsy
		Surgical			
Hutton <i>et al.</i>	1990	ward	59(55)	9	- Delayed diagnosis, jet irrigation of thigh abscess, poor ventilation
Pierce <i>et al.</i>	1991	Hospital	30(19)	1	- Delay(>1 mo) in diagnosis, AIDS in patient
Frampton	1992	Surgical ward	13(22)	2	- Delayed diagnosis, massive skin Ulcer

Table 4 . Prolonged Hospital Outbreaks of Tuberculosis With Transmission to Health Care Workers.*

Study	Location	Setting	Exposure		No. of Workers	%	Factors In Transmission*
			Year	Duration (Mo)			
Calder <i>et al.</i>	Miami	HIV clinic	1988	6	72	39	-90% Recirculation, positive pressure in isolation rooms and booths dispensing aerosolized pentamidine
Dooley <i>et al.</i>	Puerto Rico	HIV clinic	1988-	1	109	50	Positive pressure in isolation rooms
		Control Ward	1989	-	188	17	-Multi drug-resistant TB,
Beck-Sague <i>et al.</i>	Miami	HIV clinic	1988-	674 +	39	33	masks underused,
		Control Ward	1990	415 +	15	0	delayed diagnosis, isolation rooms doors open with Positive pressure
Pearson <i>et al.</i>	New York City	HIV clinic	1989-	24	32	34	-Multi drug-resistant TB, masks underused,
		Control Ward	1991	-	47	2	Positive pressure and recirculation in isolation rooms
Edin <i>et al.</i>	New York City	Medical wards	1989-	16	Not reported	18	-Multi drug-resistant TB, Positive pressure in isolation rooms, delayed diagnosis
			1990				

* TB denotes tuberculosis

+ Duration of exposure expressed in person-months

จากรายงานการระบาดที่ผ่านมา ของวันโรคในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สรุปในตารางที่ 3 และ 4 พบว่า ปัจจัยที่พบเสมอๆ คือ การวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคล่าช้า, เชื้อดื้อยา, การพลาดพลังหลายๆด้าน อาทิ ขาดการดูแลรักษา, ด้านวิศวกรรม และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการติดเชื้อของแต่ละบุคคล การละเลย หรือ พลาดพลังบางอย่าง ก่อให้เกิดการปิดกั้นการกระจายของละออง Pentamidine หรือการพิสูจน์ตัวอย่างเสมหะ, ห้องแยกที่มี Positive Pressure ที่สัมพันธ์กันระหว่างความดันอากาศในทางเดินเชื่อมระหว่างตึก หรือ การเปิดประตูทั้งข้างไว้และการไหลเวียนของอากาศ เช่นเดียวกับการมี Masks ใช้ไม่เพียงพอเมื่อผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ต้องเข้าไปปฏิบัติงานในห้องแยกผู้ป่วยวันโรค หรือผู้ป่วยวันโรคออกจากห้องมาหาผู้ปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ หลักฐานที่สนับสนุน การให้ข้อเสนอแนะในการจัดการควบคุม

1.ด้านการวินิจฉัย และการรักษา

มีข้อมูลที่ตรงกัน ชี้ให้เห็นว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อวันโรคในโรงพยาบาลสูงที่สุดเมื่อ การวินิจฉัยผู้ป่วยวันโรคล่าช้า หรือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เพียงพอ หรือไม่มีประสิทธิภาพ หรือ ไม่ระลึกรถึงเรื่องการดื้อยา ซึ่งใน 4 การศึกษาย้อนหลัง ติดตามศึกษาผู้ป่วยเฉพาะบุคคล (Retro spective Cohort studies) มีการวินิจฉัยที่ล่าช้าประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อวันโรคทั้งหมด โดยเฉลี่ยใน 6 วัน ซึ่งเป็นผลการศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 27 ถึง 44 คน ที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งการวินิจฉัยล่าช้านี้อาจเกิดขึ้นเนื่องด้วยขาดการตระหนักโดยแพทย์ (Atypical clinical manifestation) หรือมีความสับสนในการวินิจฉัยไม่เพียงพอ มีอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่า วิธีการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวันโรคไม่ค่อยจะได้นำมาใช้ มีเพียงร้อยละ 16 ของ 641 โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาที่ดูแลผู้ป่วยวัน

โรค และมีการตรวจความไวของเชื้อวันโรค และแยกเชื้อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

2. ด้านการระบายอากาศ (Ventilation)

มีเพียงหลักฐานการการรายงานทางระบาดวิทยาของการระบาด/การถ่ายทอดเชื้อวันโรคในโรงพยาบาล ซึ่งมีการ Recirculation หรือการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอที่เป็นข้อมูลจากการประกันวินาศภัย หรือไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อวันโรคในโรงพยาบาล และมีเหตุผลตามหลักวิชาการว่าทำไม การระบายอากาศที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อ และการออกแบบระบบระบายอากาศที่ถูกต้อง อาจจะไม่ประสบความสำเร็จต่องานที่เกี่ยวข้อง หรือเหมาะสม เนื่องจากการส่งเสริมสนับสนุน การให้ข้อเสนอแนะถึงระบบระบายอากาศที่ได้มาตรฐาน จะเพิ่มค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนของความเป็นจริงในทุกโรงพยาบาลและต้องการความถี่ของการตรวจตราและการบำรุงรักษา

จากผลการศึกษาใน 729 โรงพยาบาล ในสหรัฐอเมริกาในปี 1992 พบว่ามีเพียงร้อยละ 27 ของโรงพยาบาล ที่มีห้องแยกผู้ป่วย ที่ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน และร้อยละ 89 ในส่วนของห้องที่ใช้ในเวลาฉุกเฉิน เช่นเดียวกันในประเทศไทย ซึ่งพบว่า พยาบาลจำนวน 7 คนติดเชื้อวันโรคในหอผู้ป่วยอายุรกรรมแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยสามัญ มีจำนวนเตียง 18 เตียง อยู่รวมในห้องเดียวกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีปัญหาทางเดินหายใจ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา มีระยะพักฟื้นยาวนาน และมีหลายคนที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยวันโรค แต่ยังไม่สามารถแยกได้ชัดเจน จึงทำให้ในบางช่วงเวลาที่ผู้ป่วยวันโรคระยะแพร่เชื้อพักฟื้นตัวปะปนอยู่ในหอผู้ป่วย(เมื่อทราบแน่ชัดว่าเป็นผู้ป่วยวันโรค จะถูกแยกตัวไปรักษาในห้องแยกผู้ป่วยแพร่เชื้อทางอากาศ) พยาบาลที่ติดเชื้อทั้งหมดเป็นพยาบาลที่ประจำในหอผู้ป่วยนี้ และไม่มีประวัติว่าจะติดเชื้อมาจากที่อื่น คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลเชื่อว่าระบบปรับอากาศเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ

ในหอผู้ป่วยนี้ และจากการสำรวจ สภาพอาคารเป็นอาคารเก่าที่สร้างมาแล้ว 30 ปีเศษ. เมื่อแรกสร้างพื้นที่ดังกล่าวไม่ได้เตรียมให้มีระบบปรับอากาศ โดยมีการติดตั้งระบบปรับอากาศเพิ่มในภายหลัง เมื่อประมาณ 6 ปีที่ผ่านมา ระบบปรับอากาศเป็นแบบโซนเดี่ยว (Single zone) มีเครื่องส่งลมเย็นเครื่องเดียว เดินท่อลมจ่ายทั่วทั้งหอผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงบริเวณทำงานของพยาบาล (Nurse Station) ท่อจ่ายลมเดินเหนือทางเดินร่วม (Corridor) จ่ายลมด้วยหัวจ่ายแบบติดด้านข้างผนัง (Side Wall) เข้าหาบริเวณเตียงผู้ป่วย และบริเวณทำงานของพยาบาล ช่องรับลมกลับมาจุดเดียวอยู่ใกล้เตียงกับบริเวณทำงานของพยาบาล ในการติดตั้งครั้งแรก ได้ติดตั้งแยกกรองอากาศแบบ Medium Filter แต่ภายหลังถูกถอดเปลี่ยนออกเหลือเพียงแผงกรองอากาศแบบอูมิเนียม ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงระบบปรับอากาศสำหรับหอผู้ป่วยนี้ หากได้มีการติดตั้งแผงกรองอากาศที่มีประสิทธิภาพร้อยละ 90 (ASHRAE standard 52.1 Dust Spot) มีการเติมอากาศจากภายนอกไม่น้อยกว่า 2 เท่า ของปริมาตรห้องต่อชั่วโมง ก็ถือว่าเป็นไปตามมาตรฐาน ว.ส.ท. (วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์) ตลอดจนมาตรฐานสากลอื่นๆ สำหรับหอผู้ป่วยทั่วไป แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าแผงกรองอากาศไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและถูกถอดออกไปในภายหลัง และไม่เคยมีการตรวจสอบการเติมอากาศจากภายนอกว่าเป็นไปตามที่ได้รับการออกแบบไว้หรือไม่ ระบบปรับอากาศสำหรับหอผู้ป่วยนี้ จึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาที่ทำให้ความเสี่ยงการติดเชื้อภายในหอผู้ป่วยนี้สูงขึ้น

3. แสงอุลตราไวโอเลต (Ultra Violet Light)

โดยแท้จริงแล้ว แสงอุลตราไวโอเลต มีตัวที่ฆ่าเชื้อโรค ซึ่งมีประสิทธิภาพเท่ากันคือ 17 Air changes per hour⁶⁸ แต่พบว่า ไฟที่มี Wavelength 254 nm, มีน้อยกว่าร้อยละ 5 ที่แทงทะลุผิวหนัง ดังนั้น โอกาสเสี่ยงของ Cataracts (ต้อกระจก) หรือมะเร็งของผิวหนังจึงแทบไม่มีเลย การเสี่ยงของการระคายเคืองต่อตา สามารถที่จะทำได้

ลดลงได้โดยปรับการติดตั้งของหลอดไฟ หรือ ตะเกียง และใช้สิ่งต่อต้านต่อสู

4. หน้ากาก (Masks)

มีการทดสอบเครื่องกรองที่ใช้ชุดปากหรือจมูกสำหรับกรอง ฝุ่นละอองประเภทต่างๆ เช่น ฝุ่น Silica, ฝุ่นควัน, ละอองอากาศ, เสมหะต่างๆ พบว่า HEPA (High efficiency particulate air filters) สามารถกรองอนุภาคที่เล็กที่สุดขนาด 0.3 μm ได้ถึงร้อยละ 99.97 ด้วยเหตุนี้ HEPA Masks จึงเป็นที่วางใจสำหรับป้องกันเชื้อวัณโรค เพราะเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อที่มีอนุภาคเล็กขนาด 1-5 μm . และได้รับการเสนอให้ใช้โดย (The Occupational Safety and Healthy Administrative) ในขณะที่ยังไม่มีข้อมูลการทดสอบของเครื่องกรองอย่างอื่น¹⁵ การรั่วของอากาศสำหรับการใช้หน้ากาก ทำให้ลดประสิทธิภาพของการป้องกันลง อาทิเช่น หน้ากากที่มีประสิทธิภาพสูง ร้อยละ 90 และมีการรั่วร้อยละ 10 จะมีค่าเท่ากับหน้ากากที่มีประสิทธิภาพร้อยละ 99.97 มีการรั่วร้อยละ 20

5. การคัดกรองด้าน Tuberculin

มีข้อมูลการศึกษาแบบ Cohort และแบบ Controlled Trials of Isoniazid สนับสนุนถึงประโยชน์หรือผลดีของการทดสอบ Tuberculin ในผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการเสี่ยงและการลงทุน (RISK & Cost Benefit) อย่างไรก็ตามผลประโยชน์และผลดีจะลดลงเพราะหน่วยงาน, สถาบัน หรือเฉพาะบุคคลโดยเฉพาะแพทย์อาจจะไม่ยินยอม ต่อความต้องการคัดกรองแบบนี้ และพบว่ามีน้อยกว่าร้อยละ 25 ของประชาชนที่มีปฏิกิริยา Tuberculin เป็นบวก ซึ่งได้รับการ Identified โดยการคัดกรองที่สมบูรณ์ในระยะเวลา 6 เดือน ของการดูแลรักษา

ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) ให้ข้อเสนอถึงการคัดกรองโดย Tuberculin เป็นครั้งคราว โดยมี การกำหนดความหมาย นิยามถึงการเสี่ยงสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และสถาบัน

6. การให้วัคซีน BCG(Bacilli Calmette–Guerin Vaccination)

การให้วัคซีน BCG อาจเป็นกลวิธีที่มีการลงทุนที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความสามารถใกล้เคียงกันสำหรับเชื้อที่ดื้อยา อย่างไรก็ตาม การให้วัคซีน BCG ไม่ได้ได้รับการเสนอแนะ เพราะประสิทธิภาพของวัคซีนมีการเปลี่ยนแปลงผันแปรไม่เหมือนกัน คืออยู่ในช่วงร้อยละ 0 ถึง 80 ในการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม และเพราะว่าเมื่อให้ BCG ในผู้ใหญ่มีปฏิกิริยาภายหลัง ทำให้ไม่สามารถแปลผลปฏิกิริยา Tuberculin ได้

บทวิจารณ์

หลังจากที่มีการส่งเสริมให้มีการกวาดล้างในการควบคุมการติดเชื้อ การเสี่ยงของวัณโรคก็ลดลงในกลุ่ม Technician ผู้ปฏิบัติงานชั้นสูงที่เกี่ยวกับเชื้อโรค มี 5 การศึกษาที่ประสบความสำเร็จ ในการส่งเสริมสนับสนุนการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเปลี่ยนแปลงระบบระบายอากาศ และมีการวินิจฉัยที่รวดเร็ว มี 2 การศึกษาจาก 5 การศึกษา พบว่าการลดลงของการถ่ายทอดเชื้อมาก สัมพันธ์กับการแยกห้องอย่างรวดเร็ว และการให้การรักษานในผู้ที่เป็ Suspected Cases (ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรค คือ ผู้ที่มีเงาผิดปกติในภาพรังสีทรวงอก เข้าได้กับวัณโรค แต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค) การปรับปรุงระบบระบายอากาศ มีผลน้อยมากต่อการถ่ายทอดเมื่อเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยที่รวดเร็ว

ฉะนั้น! โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข แปรผันตามการตระหนักของผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยงาน การกำหนดหรือการประเมินการเสี่ยงพื้นฐาน ด้วยวิธีการทดสอบ Tuberculin เป็นระยะ อาจจะไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ ส่วนการที่จะกำจัดความเสี่ยงให้หมดไปในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นเป้าหมายที่ไม่เหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงหรือเพื่อฝัน แต่ก็เป็น

วัตถุประสงค์ที่มีเหตุผลมากที่จะลดความเสี่ยงให้ใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรทั่วไป

หลักฐานที่ไม่เปลี่ยนแปลงสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพิสูจน์ถึงสิ่งที่ปนออกจากการไอ คือ มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดของเชื้อวัณโรค แม้ว่า ในหน่วยงานนั้นจะมีการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีจำนวนน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติงานที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งอาจจะรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ถ้าเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อที่ดื้อยา

มีการเสี่ยงต่อการสัมผัสในแต่ละประเด็นที่ในแต่ละโรงพยาบาลที่มีการรับผู้ป่วยวัณโรคจำนวนน้อยกว่า 6 ราย/ปี หรือมีผู้ปฏิบัติงานมากกว่า 100 คน ในแต่ละการรับผู้ป่วย แต่การเสี่ยงเหล่านี้จะได้รับการพิจารณาสูงกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 คน ต่อการรับผู้ป่วยวัณโรค 1 ครั้งต่อปี

ที่สุดแล้วปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ไม่เปลี่ยนแปลง และมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มโอกาสของการติดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล ก็คือ การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ล่าช้าหรือการแยกแยะว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีการติดเชื้อที่ดื้อยาหรือไม่ ส่วนปัจจัยอื่นๆที่มีการให้การส่งเสริมสนับสนุนในหลายโรงพยาบาลที่มีการระบาดมีความล้มเหลวเพิ่มสูงขึ้น ที่จะยินยอมในการดำเนินการรับผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานที่เป็นปัจจุบัน(วิศวกรรม) รวมถึงการปฏิบัติตัวส่วนบุคคลในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ไม่มีข้อมูลใดที่มีการตีพิมพ์ถึงประสิทธิภาพ หรือการลงทุนที่คุ้มค่าของ HEPA Masks หรือการปรับปรุงระบบระบายอากาศ หรือการใช้แสงอัลตราไวโอเลต

ข้อเสนอแนะ

- 1.ทุกโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขควรจะพิจารณานโยบาย ในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในหน่วยงาน และมีการดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ที่จะสามารถประมาณการถึงโอกาสเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อวัณโรคของสถานบริการได้

2.โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยวัณโรคนอนมากกว่า 6 คน ต่อปี หรือมีผู้ป่วยปฏิบัติงานของโรงพยาบาลมากกว่า 100 คน ต่อ Annual admission ควรจะ พิจารณาเพิ่มระบบการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อวัณโรค เช่น การกวดขันเกณฑ์การรับผู้ป่วย การทดสอบ Tuberculin เป็นระยะ ปรับปรุงระบบระบายอากาศ และการใช้แสงอัลตราไวโอเล็ต

จัดระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคทุกราย โดยมี การสรุปเผยแพร่ข้อมูลของผู้ป่วยว่าเป็นกลุ่มอายุเท่าไร เพศไหน อาชีพอะไร อาการอย่างไร และมีเชื้ออะไรแก่ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

3.ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคนควรผ่านขั้นตอนของการทดสอบ Tuberculin ด้วยวิธี Mantoux test ก่อนการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูง ต้องผ่านการทดสอบซ้ำเป็นระยะ ส่วนผู้ปฏิบัติงานอื่น ควรทดสอบซ้ำเมื่อไม่ได้รับการป้องกันจากการสัมผัส

4.ผู้ปฏิบัติงานที่ติดเชื้อ HIV ควรได้รับคำปรึกษาให้ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค

5.ควรที่จะดำเนินการดังนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ดื้อยา ในแต่ละปี

6.การใช้หน้ากากที่มีมาตรฐานและเหมาะสม ควรมี ประสิทธิภาพถึงร้อยละ 95 และสามารถกรองอนุภาคที่ เล็กขนาด 1 um ได้ ในขณะที่ต้องกระชับ มีการรั่วไหลได้ ไม่เกินร้อยละ 10 และสิ่งสำคัญที่ควรคำนึง คือ ควรแจก หน้ากากที่มีมาตรฐานให้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ป่วย เป็นโรกระบบทางเดินหายใจและมีอาการไอทุกราย เพื่อ ป้องกันการ Discriminate ผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่สำคัญที่สุดของการที่ จะช่วยป้องกันบุคลากรของโรงพยาบาลจาก วัณโรค ก็คือ การเตรียมพร้อมรับสำหรับระบบในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ รวดเร็ว จากการตรวจเสมหะ (AFB) และการแยกเชื้อว่า เป็น M. Tuberculosis หรือ Non Tuberculosis เพราะ กระบวนการดังกล่าวจะช่วยลดแหล่งแพร่กระจายโรค ที่ รุนแรง ให้ลดน้อยลงและหมดไป ซึ่งขณะนี้มหาวิทยาลัย ก้าวหน้าการวินิจฉัย และแยกเชื้อวัณโรค ที่รวดเร็ว ที่

สามารถรู้ผลภายใน 1 วันถึง 1 สัปดาห์ โดยหน่วยงานที่มี ศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยนี้ คือ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ที่สุดแล้วกระบวนการทั้งหมด ที่กล่าวมาจะเป็นการช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ในโรงพยาบาล และช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการป่วยเป็น วัณโรคของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัญหา ที่พบมากใน ปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณ คุณปิยะดา คุณาวารักษ์ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ ใน การศึกษาเรียบเรียงบทความครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Global tuberculosis control. planning, financing. WHO report 2007. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2007. 376)
2. เอกสารรายงานการกำกับติดตามประเมินผลงานวัน วัณโรคระดับชาติ ปีงบประมาณ 2544-2548. รายงาน การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ประจำปี 2548 (1 ตุลาคม 2547- 30 กันยายน 2548)
3. <http://203.157.19.193/aids/aidatab8.html>.
4. Dick Menzies, Anne Fanning, Lillian Yuan and Mark Filzgerald, Tuberculosis among Health care workers. N Engl J Med 1995; 332(2): 92-98
5. H. Yanai, K.Limpakarnjanarat, W.Uthairoravit, T.D.Mastro, T. Moli, J.W. Tappero, Risk of Mycobacterium tuberculosis infection and disease among health Care workers, Chiangrai, Thailand. INT J TUBERC LUNG DIS 2003; 7(1): 36-45