



วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5,
Ratchaburi Province Journal

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province.
Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

รายงานผลการวิจัยและบทความทางวิชาการ
การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

1

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2561

Volume 2 No. 1 January-June 2018 ISSN : 2539-6676

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province Journal

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2561

Volume 2 No.1 January–June 2018 ISSN : 2539-6676

หน้า

Page

สารบัญ

Contents

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

การระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี

12

Outbreak of hepatitis A Samut Songkhram Province

จังหวัดสมุทรสงคราม

เดือนมกราคม-มิถุนายน 2560

January - June 2017

สุรัตน์ ผลละศิริ

SuratPullasiri

รายงานการสอบสวนกรณีพบนักเรียนป่วยเป็น

22

Investigation Report of Severe Multi-Drug Resistant Tuberculosis

วัณโรคปอดรายใหม่ที่มีเชื้อยาหลายขนานชนิด

รุนแรงมาก อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

Karuna Sookkasem*Kunya Aekussadon*

กรุณา สุขเกษม* กันยา เอกอัศธร* นิภา สอสะอาด*

Nipa Sor-Sa-Ard*Cherdchai Soontornsirivaj**

เชิดชาย สุนทรศิริเวช และจันทิรา สุขะสิริวัณนิชกุล

Janthira Sukhasitwanichkul***

การศึกษาคะแนนมาตรฐานแบบทดสอบ

35

The Study of Standard WISC-III Thai version Test in Learning Disabilities Children and ADHD Children

ความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับ

ภาษาไทยในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ LD

กับเด็กสมาธิสั้น

จิณณพัต ยอดไกรศรี

Jinnapat Yodkraisri

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

49

Factors Effecting Quality of Life among HIV Infected and AIDS Patients Received Antiretroviral Drugs at Banpong Hospital, Ratchaburi Province

และผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สุระชัย เข้มแข็ง

Surachai khemkheang

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

64

Promotion of Health Behaviors to Enhance Quality of Life of Dependent Elderly in Long Term Care Pilot Area, Phetchaburi Province

เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบการดูแลระยะยาว

(Long Term Care) จังหวัดเพชรบุรี

สุกัญญา ปวงนิยม และวันเพ็ญ แก้วปาน

Sukanya Puangniyom and Wonpen Kaewpan

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าอ้างอิง จากแหล่งข้อมูลการวิจัย และการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุขมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกัน แนวทางการดำเนินงาน

คณะที่ปรึกษา

- | | | | |
|-------------------|--------------|--------------------------------------|-----------|
| 1. นายแพทย์สุเมธ | องค์วรรณดี | ผู้อำนวยการสำนักงาน | ที่ปรึกษา |
| | | ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี | |
| 2. แพทย์หญิงจุไร | วงศ์สวัสดิ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 3. นายแพทย์อรรถพล | ชีวะสัตยากร | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 4. นายแพทย์โอภาส | พูลพิพัฒน์ | ข้าราชการบำนาญ | ที่ปรึกษา |
| 5. รศ.ดร.มธุรส | ทิพย์มงคลกุล | รองศาสตราจารย์ | ที่ปรึกษา |
| | | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |

บรรณาธิการ

- | | | |
|--------------|-------------|-------------------|
| นายแพทย์พราน | ไพโรสุวรรณ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
|--------------|-------------|-------------------|

คณะบรรณาธิการ

- | | | |
|--------------------|---------------|---|
| 1. นายแพทย์พราน | ไพโรสุวรรณ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
| 2. นายนิคม | กสิวิทย์อำนาจ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3. นางสาวโสภภาพรณ | จิรนิติชัย | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 4. นพ.พงศ์ธร | ชาติพิทักษ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักเครื่องต็มแอลกอฮอล์ |
| 5. นางสาวจุฑาทิพย์ | ชมพูนุช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 6. นายกวี | โพธิ์เงิน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 7. นายธีรเนตร | พานิชเจริญ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 8. นายไกรฤกษ์ | สุธรรม | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ |

9. นางปัญญาพร	อินบำรุง	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
10. นางเพชรรัตน์	อรุณภาคมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
11. ว่าที่ ร.ต.อนุสรณ์	ภวภูตานันท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
12. นายสุประสันน์	วิริยะวงศานุกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
13. นางจอมสุตา	อินทรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
14. นางสาวทิพสุคนธ์	บำรุงวงศ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้จัดการ

1. นางสาวศุภลักษณ์	แย้มสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
--------------------	----------	-----------------------

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวกฤตยา	โยธาประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
2. นางสาวศรินทร์รัตน์	วิริยสุนทร	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
3. นางสาวอาชิรญาณ์	ใจจง	นักวิชาการพัสดุชำนาญการ

คณะผู้จัดทำวารสาร

1. นางสาวกฤตยา	โยธาประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
2. นางนัยนา	อ่อนโพธิ์แก้ว	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
3. นางจตุพร	กุศลสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
4. นางสาวฉัตรนรินทร์	พลการ	เภสัชกรชำนาญการ
5. นางปิยนุช	เทพยสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางพรวิมล	ชำนาญกิจ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
7. นางกัญญา	เอกอัคร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
8. นางสาวสงกรานต์	ติรีน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
9. นางนิภา	สอสะอาด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
10. นางสาวสุธาทิพย์	บุรณสถิตนนท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
11. นางสาวศิริวรรณ	พลพิพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง มกราคม, กรกฎาคม

พิมพ์ที่ : บริษัท ธรรมรักษ์การพิมพ์ จำกัด โทร. 0-3232-5534-5 โทรสาร 0-3232-7344

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ยินดีรับบทความทางวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพหรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือรอการตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-มิ.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.พ.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน ก.ค.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ส.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน พ.ย. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ

ศึกษา	ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วัสดุและวิธีการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุป เปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม 3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อย่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่ไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อ

ตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ และรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร/ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์: เล่มที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก. วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช

ตัวอย่าง เช่น อีระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุติ, สุรศักดิ์ ลัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางขวางของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.

ข. วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et.al. หรือและคณะ ถ้าเป็นภาษาไทย ใช้ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

ตัวอย่าง เช่น Fischl MA, Dickinson GM, Scottn GB. Evaluation of Heterosexual partner, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Toman K. Tuberculosis cas-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

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

ตัวอย่าง เช่น ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค. ตระหนักจิต หะริณสูต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ;2533. หน้า 115-20.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical

neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology, 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ. บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In:Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDNFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. P. 1561-5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from:http://....

ตัวอย่าง เช่น Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from:http://....

ตัวอย่าง เช่น Mewertris M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain of family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

ชนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น diskette ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี 123/202 ถนนเพชรเกษม ซอย 1 อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 5 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี หรือคณะบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....
.....

2. ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....
.....

3. ผู้นิพนธ์

.....

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

4. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

6. สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

1. ต้นฉบับบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้อักษร TH SarabunPSKขนาด 16 สำหรับภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกออกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว ส่งที่กลุ่มพัฒนางานวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถนนศรีสุริยวงศ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทร.032-338307-8

2.2 เอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ส่งเป็น Electronics Fileพร้อมระบุชื่อไฟล์ และระบบที่ใช้ Ms Word ที่ E-mail : kyothaprasert@yahoo.com

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้มีการจัดพิมพ์และเผยแพร่เป็นปีที่ 2 พ.ศ.2561 ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้นักวิชาการเครือข่ายทางการแพทย์ และเครือข่ายสาธารณสุข ได้มีการนำเสนอและเผยแพร่ผลการดำเนินงานทางด้านวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ผ่านการกลั่นกรองจากคณะบรรณาธิการและผู้เชี่ยวชาญอย่างเข้มข้น จำนวน 5 เรื่อง อันได้แก่ บทความทางวิชาการและงานวิจัยเรื่อง การระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดสมุทรสงครามเดือนมกราคม-มิถุนายน 2560 รายงานการสอบสวนกรณีพบนักเรียนป่วยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ที่ดี้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี การศึกษาคะแนนมาตรฐานแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทยในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ LD กับเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลองค์ความรู้และการพัฒนางานทางด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และกายสุขภาพให้ได้มาตรฐานสากลมากยิ่งขึ้นแล้ว ยังเป็นการใช้ประโยชน์จากแหล่งฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้า อ้างอิงในงานวิชาการหรือวิจัยของกรมควบคุมโรคต่อไป

บรรณาธิการ

การระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดสมุทรสงคราม
เดือนมกราคม-มิถุนายน 2560
(Outbreak of hepatitis A Samut Songkhram Province
January - June 2017)

สุรัตน์ พูลละศิริ ศศ.ม.(จิตวิทยาชุมชน)

Surat Pullasiri M.A.(Community Psychology)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

Samut Songkhram Provincial Health office

บทคัดย่อ

การศึกษารั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอที่เกิดขึ้นในจังหวัดสมุทรสงคราม ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2560 และศึกษาลักษณะการเกิดโรค การกระจายของโรค ค้นหาแหล่งโรค ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ และเพื่อหาแนวทางในการควบคุมป้องกันการระบาดของโรค เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาและระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบ case - control study เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการสอบสวน จำนวนผู้ป่วย 19 ราย กลุ่มควบคุม จำนวน 76 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากัน 95 ราย ผลการศึกษาเชิงพรรณนาพบผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 34 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1.3 ผู้ป่วยมีอายุน้อยที่สุด 11 ปี สูงสุด 54 ปี เป็นผู้ป่วยในจำนวน 29 ราย ผู้ป่วยนอกจำนวน 5 ราย อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่พบได้แก่ ไข้ (ร้อยละ 94.74) รองลงมาคือ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 78.95) ตัว/ตาเหลือง (ร้อยละ 68.42) คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 63.16) ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 11 มกราคม 2560 โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอบางคนที จากนั้น มีการแพร่ระบาดไปทุกอำเภอย่างรวดเร็ว เส้นโค้งการระบาดแสดงถึงแหล่งโรคร่วม (common source outbreak) การตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ ในน้ำประปา น้ำคลอง น้ำดื่มบรรจุขวด น้ำแข็ง และหยอดคง ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์พบว่า การดื่มน้ำถึง และน้ำดื่มบรรจุขวด น่าจะเป็นสาเหตุของการระบาดครั้งนี้ โดยมีค่า $OR = 26.78$, $95\% CI = 2.90 - 247.02$ และ $OR = 12.78$, $95\% CI = 3.56 - 45.87$ ตามลำดับ มาตรการดำเนินการซึ่งตรวจสอบคุณภาพน้ำบรรจุถึง และบรรจุขวดส่งตรวจ เต็มคลอรีนในน้ำประปาส่วนภูมิภาค เต็มคลอรีนในน้ำประปาหมู่บ้าน สนับสนุนแอลกอฮอล์เจลให้ร้านค้าในสถานที่ท่องเที่ยว ล้างพื้นตลาดสด ล้างห้องน้ำสาธารณะ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน

Abstract

The objective of this studied was to verified the diagnosis and an epidemic of viral Hepatitis A at Samutsongkhram province during January - June 2017, and study the occurrence, distribution, source of infected, risk factors and how to controlled and prevention an

outbreaks of disease. Use Descriptive epidemiological study design. Data was collected by interviews, laboratory and Epidemiological investigation studied. Analytics epidemiological use case - control study. The result revealed that the sample were consisted of 19 cases and 76 controlled group. Descriptive study found 34 cases of infected, ratio of male to female was 1: 1.3, minimum age was 11 years old, maximum was 54 years old. 29 cases were inpatients, 5 cases were outpatients. The mainly clinical symptoms were fever (94.74%), followed by fatigue (78.95%), body or yellow eyes (68.42%), nausea (63.16%) The first patient developed symptoms at Bangkhonthi residents on 11 January 2017. Then quickly spreading to every district. The epidemic curve showed the source of an outbreak was common source outbreak, the laboratory not found viral Hepatitis A in tap water, bottle water, ice, and canals, pickle mussels. When analytical epidemiologic studies found that drinking water tanks and bottle water had associated with caused of an outbreak OR = 26.78, 95% CI = 2.9 - 247.02, and OR = 12.78, 95%CI 3.56 - 45.87, respectively. The implementing measures, quality monitoring of drinking water tank and bottle, chlorinate in tap water of village, alcohol gel supported to the shops in tourist destinations, clean the market, public toilet, childcare center, kitchen in the school.

ประเด็นสำคัญ

การระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี/
จังหวัดสมุทรสงคราม

Key words

Outbreak of hepatitis A/
Samut Songkhram Province

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ พบได้บ่อยทั้งแบบประปรายและแบบเกิดการระบาด ติดผ่านการรับประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ (fecal-oral route) การเกิดโรคในกลุ่มเด็กที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี มักเป็นแบบไม่ปรากฏอาการในเด็กอายุ 3-5 ปี จะมีอาการเกิดขึ้นประมาณครึ่งหนึ่ง ในเด็กที่อายุมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 80 จะเกิดอาการขึ้น เชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ มีความคงทนในสภาพแวดล้อมสูงมาก จากการศึกษาพบว่าถ้าอยู่ในแขวนวิช เก็บไว้ในตู้เย็น สามารถอยู่ได้หลายเดือน⁽¹⁾ และสามารถติดต่อมายังคนได้โดยการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ

จากการทบทวนรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ตั้งแต่ปี 2550-2559 จังหวัดสมุทรสงคราม มีรายงานผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอเฉพาะในปี 2558 จำนวน 4 ราย คิดเป็น 2.05 ต่อแสนประชากร ในปี 2560⁽²⁾ งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ จากโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในวันที่ 31 มกราคม 2560 จำนวน 4 ราย อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง ตำบลบ้านปรก บางขันแตก แม่กลอง ตำบลละ 1 ราย อำเภออัมพวา ตำบลแควอ้อม จำนวน 1 ราย รวมเป็นจำนวน 4 ราย วันที่ 31 มกราคม 2560 จำนวน 5 ราย อำเภอเมือง ตำบลบ้านปรก แห่มใหญ่ แม่กลองตำบลละ 1 ราย อำเภอบางคนที ตำบลกระดังงา จำนวน 1 ราย และอำเภออัมพวา ตำบลบางช้าง จำนวน 1 ราย เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2560 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid

response term : SRRT) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 3 อำเภอ เพื่อสอบสวนโรค เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2560 เวลา 13.00 น. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค อธิบายลักษณะและการกระจายของโรค รวมทั้ง ค้นหาแหล่งโรค และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการควบคุมและป้องกันไม่ให้โรคระบาดเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
2. เพื่ออธิบายลักษณะการเกิดโรคและการกระจายของโรค
3. เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดโรค แหล่งโรคและวิธีถ่ายทอดโรค
4. เพื่อหาแนวทางในการควบคุมและป้องกันการระบาด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบ case control study ชนิด Unmatched case control study

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มศึกษา (cases) : ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลนภลัย โรงพยาบาลอัมพวา และแพทย์วินิจฉัยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ ระหว่างวันที่ 30 มกราคม 2560 ถึง 25 สิงหาคม 2560

2. กลุ่มควบคุม (controls) : ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในแหล่งเดียวกัน อายุ และสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษาโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 4 ราย ต่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 1 ราย

วิธีดำเนินการ

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลนากลาง และโรงพยาบาลอัมพวา รวมทั้งหมด จำนวน 34 ราย โดยการสัมภาษณ์ ศึกษารายละเอียดจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก และบันทึกการรักษาผู้ป่วยใน ร่วมกับการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลนากลาง และโรงพยาบาลอัมพวา ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 – 30 มิถุนายน 2560

1.2 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active case finding) โดยใช้เยี่ยมผู้ป่วย ดังนี้⁽³⁾

ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการ 4 ใน 8 อาการดังนี้ ไข้ อ่อนเพลีย ตัว/ตัวเหลือง คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดได้ล้นปี ปัสสาวะเข้ม ปวดเมื่อยตามข้อ และปวดศีรษะ

ผู้ป่วยที่น่าสงสัย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับค่า SGPT ในน้ำเหลืองมากกว่า 100U/L

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีหลักฐานการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ พบผลบวก Anti HAV IgM

1.3 ศึกษาสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ตลาดสด ร้านอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้

2. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

ทำการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (controls) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในแหล่งเดียวกัน อายุ

สภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษา (case) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 4 ราย ต่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 1 ราย

กลุ่มศึกษา (case) หมายถึง ประชาชนในจังหวัดสมุทรสงครามที่มีอาการ 4 ใน 8 อาการ ดังนี้ ไข้ อ่อนเพลีย ตัว/ตัวเหลือง คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดได้ล้นปี ปัสสาวะเข้ม ปวดเมื่อยตามข้อ ปวดศีรษะ ร่วมกับมีหลักฐานการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ จากการตรวจ HAV IgM โดยวิธี ELISA ให้ผลบวก ระหว่างวันที่ 30 มกราคม 2560 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2560

กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาการ ไข้ อ่อนเพลีย ตัว/ตัวเหลือง คลื่นไส้ อาเจียน ร่วมกับไม่มีหลักฐานการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ ในช่วงการระบาดของโรค และเป็นผู้ที่มีอายุเท่ากับผู้ป่วยหรือต่างกันไม่เกิน 5 ปี เป็นผู้อาศัยในบ้านที่ติดกัน กับบ้านผู้ป่วย และมีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน

กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุม จะได้รับการสัมภาษณ์ถึงข้อมูลทั่วไป ประวัติการกินอาหาร น้ำ และน้ำแข็ง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ

3. ศึกษาสิ่งแวดล้อมระบบการผลิตน้ำประปา ส่วนภูมิภาค ประปาหมู่บ้าน ลักษณะสิ่งแวดล้อมในโรงงานผลิตหอยดอง ตลาดสด ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่มและน้ำแข็ง สภาพแวดล้อมทั่วไปรอบ ๆ บริเวณโรงงานผลิตน้ำดื่มและน้ำแข็ง และกระบวนการขนส่ง เพื่อประเมินจุดเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดการระบาด

เครื่องมือสถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 แบบสัมภาษณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีที่สร้างขึ้นโดยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านบุคคล เวลา สถานที่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรค

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อนำเสนอลักษณะการกระจายตามบุคคล เวลา และสถานที่ โดยนำเสนอเป็นจำนวน อัตรา อัตราส่วน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัย รวมทั้งใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดโรคตับอักเสบชนิดเอ ได้แก่ odd ratio, 95% CI

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2560 พบผู้ป่วยรวม จำนวน 34 ราย กระจาย ในอำเภอต่างๆ ทุกอำเภอ โดยรับไว้รักษาเป็น ผู้ป่วยใน จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 85.29) ผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 14.7)

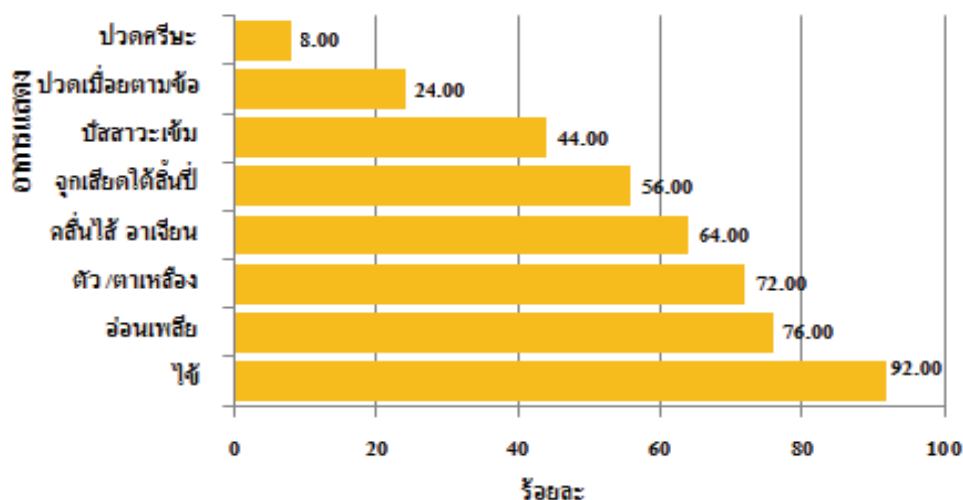
เมื่อวิเคราะห์การกระจายตามบุคคล พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย จำนวน 15 ราย และเพศหญิง จำนวน 19 ราย โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง

เท่ากับ 1 : 1.3 อายุต่ำสุด 11 ปี อายุสูงสุด 54 ปี (เฉลี่ย 33.82) พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 39.69) และกลุ่มอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 16.1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.1 รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 20.6 ข้าราชการ และนักเรียน ร้อยละ 10.5

อาการของผู้ป่วยที่พบได้แก่ ไข้ ร้อยละ 92.0 รองลงมาอ่อนเพลีย ร้อยละ 76.0 ตัว/ตาเหลือง ร้อยละ 72.0 และคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 64.0

เมื่อวิเคราะห์การกระจายตามสถานที่ของโรค ไวรัสตับอักเสบบี พบว่า มีการเกิดโรคใน 19 ตำบล จากจำนวนทั้งสิ้น 30 ตำบลของทุกอำเภอ ในจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นผู้อยู่จริงในจังหวัด สมุทรสงคราม ทั้งหมด จำนวน 34 ราย อำเภอเมือง มีอัตราป่วยสูงสุด 23.19 ต่อแสนประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอบางคนที 11.95 และอำเภอ อัมพวา อัตราป่วยเท่ากับ 10.48 ต่อแสนประชากร แสนคน ตามลำดับ

อาการแสดงของผู้ป่วยยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี
จังหวัดสมุทรสงคราม
ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน 2560

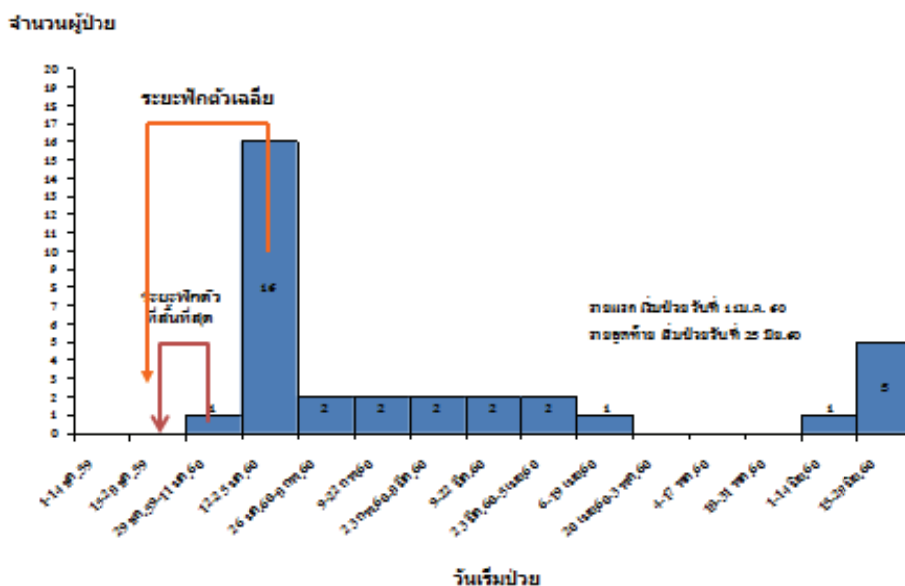


การวิเคราะห์การกระจายตามเวลา

ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 11 มกราคม 2560 เป็นผู้ป่วยอำเภอบางคนที ตำบลบางกุ้ง และพบผู้ป่วยรายที่ 2 เริ่มป่วยวันที่ 17 มกราคม 2560 เป็นผู้ป่วยตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง รายที่ 3, 4 และ 5 เริ่มป่วยวันที่ 20 มกราคม 2560 เป็นผู้ป่วยตำบลแม่กลอง

อำเภอเมือง ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา และตำบลบางชันแตก อำเภอเมือง ตามลำดับ จากนั้น พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายทุกอำเภอ เส้นโค้งการระบาดมีลักษณะของการระบาดที่มีแหล่งโรคร่วม (common source outbreak)

แผนภูมิการระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดสมุทรสงคราม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม -30 มิถุนายน 2560



การเก็บตัวอย่าง

เก็บตัวอย่างน้ำส่งตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 4 ตัวอย่าง ดังนี้

1. น้ำคลอง จากหมู่ 10 ต.บ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม
2. น้ำฝนจากหมู่ 10 ต.บ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม
3. น้ำประปาหมู่บ้าน หมู่ 9 ต.บ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม
4. น้ำประปาหมู่บ้าน หมู่ 11 ต.บ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม

ผลการตรวจวิเคราะห์ ไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

เก็บตัวอย่างหอยต้องส่งตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 7 ตัวอย่าง ดังนี้ หอยต้องเจ้าพะ หอยต้องกำไרותอง หอยต้องร้านป้าลิ้นจี่ หอยต้องร้านวราปลาทุ หอยต้องร้านแต่น หอยต้องร้านเจ้าพร และหอยต้องร้านแม่ใบ ผลการตรวจวิเคราะห์ ไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

จากการศึกษากลุ่มศึกษา (case) จำนวน 19 ราย จับคู่กับกลุ่มควบคุม (control) จำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบนชนิดเอ น่าจะมีความสัมพันธ์ ดังนี้

1. การดื่มเครื่องดื่มบรรจุถังจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบนเป็น 26.78 เท่า และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$, $OR = 26.78$, 95% $OR = 2.9 - 247.02$

2. การดื่มเครื่องดื่มบรรจุขวดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบนเป็น 12.78 เท่า และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$, $OR = 12.78$, 95% $OR = 3.56 - 45.87$ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของการได้รับปัจจัยเสี่ยงและการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยวิเคราะห์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง	cases	controls	Odds Ratio	95% CI		Z statistic	Sig
				Lower	Upper		
น้ำใช้							
ใช้น้ำประปาภูมิภาค	7	29	0.9454	0.3339	2.6767	0.106	0.9158
ไม่ใช้น้ำประปาภูมิภาค	12	47					
รวม	19	76					
ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน	10	43	0.8527	0.3111	2.3373	0.310	0.7568
ไม่ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน	9	33					
รวม	19	76					
ใช้น้ำคลอง	2	4	2.1176	0.3579	12.5296	0.827	0.4081
ไม่ใช้น้ำคลอง	17	72					
รวม	19	76					
น้ำดื่ม							
ใช้น้ำถัง	5	1	26.7857	2.9045	247.0218	2.901*	0.0037
ไม่ใช้น้ำถัง	14	75					
รวม	19	76					
ใช้น้ำบรรจุขวด	9	5	12.7800	3.5602	45.8759	3.907*	0.001
ไม่ใช้น้ำบรรจุขวด	10	71					
รวม	19	76					
ใช้น้ำประปากรอง	1	1	4.1667	0.2486	69.8471	0.992	0.3211
ไม่ใช้น้ำประปากรอง	18	75					
รวม	19	76					
ใช้น้ำฝน	7	34	0.7206	0.2557	2.0307	0.620	0.5353
ไม่ใช้น้ำฝน	12	42					
รวม	19	76					
การกินอาหาร							
กินจากตลาดแม่กลอง	7	26	1.1218	0.3942	3.192	0.215	0.8294
ไม่กินจากตลาดแม่กลอง	12	50					
รวม	19	76					
กินจากตลาดวัดช่องลม	2	10	0.7765	0.1553	3.881	0.308	0.7580
ไม่กินจากตลาดวัดช่องลม	17	66					
รวม	19	76					
ซื้ออาหารสดมาทำกินเอง	3	55	0.07159	0.0189	0.2711	3.881	0.0001
ไม่ได้ทำกินเอง	16	21					
รวม	19	76					

มาตรการที่ได้ดำเนินการ (ช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 – 25 กุมภาพันธ์ 2560)

1. ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรสงครามเป็นประธาน
2. ตรวจคัดกรองคนค้าในน้ำประปาภูมิภาค และประปาหมู่บ้านทุกแห่ง
3. เปิด EOC ติดตามสถานการณ์รายวันเป็นเวลา 4 วัน
4. จัดหาคลอรีนและเติมคลอรีนในประปาหมู่บ้านที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว
5. ขอสนับสนุนแอลกอฮอล์เจลมอบให้ร้านค้าในสถานที่ท่องเที่ยวและตลาดแม่กลอง จัดทำบทความกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ เผยแพร่ทางเสียงตามสาย สถานบริการทุกแห่ง
6. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เรื่องการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยการกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ให้ประชาชน ร้านค้า ตลาดนัด รับทราบ
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำคลอรีนหรือโลโซลใช้ทำความสะอาดห้องสุขาที่ตลาดนัด ล้างพื้นตลาดสด ล้างห้องน้ำสาธารณะ ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน ล้างโรงครัวทุกที่ภายในสัปดาห์นี้
5. แนะนำแม่ค้าขายสลัดให้ล้างผักด้วยน้ำต่างทับทิม 20-30 เกร็ดในน้ำ 4 ลิตร ให้ความรู้ และสนับสนุนแอลกอฮอล์เจลในศูนย์เด็กเล็กทุกแห่ง

สรุปและวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการระบาดของกลุ่มผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีในจังหวัดสมุทรสงคราม ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ปัจจัยที่คาดว่าเป็นสาเหตุของการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ

จากการดื่มน้ำบรรจุถัง หรือน้ำบรรจุขวดที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในกระบวนการบรรจุน้ำในขวด ดังนั้น จึงควรปรับปรุงระบบระบายน้ำและระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลในโรงงานผลิตน้ำดื่มเพื่อป้องกันการปนเปื้อน และการระบาดที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

จากการที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response term : SRRT) ดำเนินการตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ สงบลงโดยไม่พบการติดเชื้อระลอกที่สองในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้คำปรึกษาแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ทีม SRRT อำเภอเมือง อัมพวา และบางคนที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการวิจัยนี้แต่มิได้เอ่ยนามทุกท่าน ณ ที่นี้ด้วย และขอขอบคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายในการส่งวัสดุส่งตรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. ยง ภู่วรรณ, วรณช จงศรีสวัสดิ์. วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2544.22:218-26.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำเดือนมกราคม 2560.

- [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560]. แหล่งข้อมูล:<http://www.skmo.moph.go.th/?q=node/410>
3. สำนักระบาดวิทยา. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

การสอบสวนกรณีพบนักเรียนป่วยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ที่ดียาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก
อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

Investigation Report of the Primary Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in Student at ThaMaka District, Kanchanaburi Province

กรรณา สุขเกษม¹ พย.ม การพยาบาลเด็ก

Karuna Sookkasem¹ MNS. Pediatrics Nursing

กันยา เอกอัคร¹ วท.บ.สุขศึกษา

Kunya Aekussadon¹ B.Sc. Health Education

นิภา สอสะอาด¹ ส.บ.บริหารสาธารณสุข

Nipa Sor-Sa-Ard¹ B.P.H.Public Health Administration

เชิดชาย สุนทรศิริเวช² ส.บ.บริหารสาธารณสุข

Cherdchai Soontornsirivaj² B.P.H. Public Health Administration

จันทิรา สุขะสิริวัณนิชกุล³ พย.บ.

Janthira Sukhasitwanichkul³ B.N.S.

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

¹The Office of Disease Prevention and Control 5th

²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา

²Tha Maka District Public Health Office

³โรงพยาบาลมะการักษ์

³Makarak Hospital

บทคัดย่อ

ต้นเดือนมีนาคม 2560 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี รับรายงานผู้ป่วย XDR-TB 1 ราย ในพื้นที่ของจังหวัดกาญจนบุรีและราชบุรี จึงสอบสวนโรคร่วมกับสำนักวัณโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสองจังหวัดดังกล่าว เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ค้นหาแหล่งแพร่เชื้อ ตรวจผู้สัมผัส และดำเนินการควบคุม ป้องกันโรค ในวันที่ 14 มีนาคม 2560 และ 1 เมษายน 2560

วิธีการศึกษา ยืนยันการวินิจฉัยโดยทบทวนข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค้นหาแหล่งแพร่เชื้อและค้นหาผู้สัมผัส โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย คนในครอบครัว ครูประจำชั้น และเจ้าของร้านเกมส์ ตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เก็บเสมหะผู้สัมผัสโรคที่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติหรือมีอาการนำส่งสัยวัณโรคส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรค ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ยาย ครู และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ประเมินสภาพแวดล้อมในสถานที่ที่ผู้ป่วยอาศัยหรือมีกิจกรรมประจำ โดยการสัมภาษณ์และสังเกตขณะเยี่ยมชมสถานที่ วิเคราะห์ความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาจากข้อมูลผู้ป่วยและผลการตรวจผู้สัมผัสทั้งหมด

ผลการศึกษาผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 14 ปี อาศัยในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี เรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดราชบุรี เริ่มป่วยเดือนพฤษภาคม 2559 ด้วยอาการไอติดๆ หายใจไม่สะดวก จากนั้น ไอมีเสมหะ และมีเลือดปน รักษาที่คลินิกไม่ทุเลา แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อพฤศจิกายน 2559 ผล Sputum AFB พบเชื้อ 3+ ตรวจวิธี Xpert MTB/RIF พบยืนยันเชื้อวัณโรคคือยา Rifampicin ตรวจวิธี LPA สำหรับ 1st line drug พบคือยา 2 ชนิด คือ Rifampicin และ Isoniazid และตรวจวิธี LPA สำหรับ 2nd line drug

พบตัวยาในกลุ่ม Fluoroquinolone และ AG/CP ไม่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ไม่เคยป่วย หรือรับยารักษาวัณโรคมาก่อน ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาสำหรับ MDR-TB (Kanamycin, Levofloxacin, Ethionamine, Cycloserine และ PAS) ปัจจุบันคณะแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิของสำนักวัณโรคอนุมัติให้ผู้ป่วยรายนี้ สามารถรับการรักษาโดยใช้ยาสำหรับเชื้อวัณโรคดื้อยา สถานที่ที่มีผู้สัมผัสใกล้ชิด คือ บ้าน โรงเรียน และร้านเกมส์ ค้นหาผู้สัมผัสโรคได้ 248 คน เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2 คน ญาติที่ผู้ป่วยไปพักที่บ้าน 6 คน เพื่อนร่วมห้องเรียน 32 คน เพื่อนร่วมชั้นเรียนและครูที่สอนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 141 คน ผู้สัมผัสในชุมชน 67 คน ติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอกได้ 158 คน ผิดปกติสงสัยวัณโรค 3 คน ผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคและไม่พบเชื้อวัณโรคดื้อยาทั้ง 3 คน ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติแต่ไม่เกี่ยวกับวัณโรค 1 คน ผู้สัมผัสโรคกระจายอยู่ในหลายตำบลและหลายอำเภอ ติดตามมาถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพิ่ม โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 32 คน รวมติดตามได้ทั้งหมด 190 คน การดำเนินการคัดกรองผู้สัมผัสในโรงเรียนเป็นไปตามวิธีการและข้อตกลงที่ผู้บริหารของโรงเรียนและครูเห็นชอบ เพื่อลดผลกระทบต่อโรงเรียนและผู้ป่วย การติดตามผู้สัมผัสที่เป็นลูกค้าของร้านเกมส์อาศัยกิจกรรมการค้นหาเชิงรุกของพื้นที่

สรุปและข้อเสนอแนะ ยืนยันวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากในพื้นที่ดังกล่าว แต่ยังไม่พบต้นตอ source case ของผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากการติดตามตรวจคัดกรองผู้สัมผัสได้เพียงร้อยละ 76.61 และมีข้อจำกัดในการติดตามเฝ้าระวังการป่วยของผู้สัมผัสโรคในระยะยาว

Abstract

On the early of March 2017, the Office of Disease Prevention and Control 5 (ODPC 5), Ratchaburi was received the report of one case of XDR-TB in the overlap areas of Kanchanaburi and Ratchaburi. Therefore, ODPC 5 together with Bureau of Tuberculosis and health officers from two provinces investigated the case to confirm the diagnosis. And also performed descriptive epidemiological study and screening for TB among contacts groups. The implementation on disease prevention and control was performed on March 14, 2017 and April 1, 2017.

The history of illness and laboratory result from medical records were reviewed for confirmation of diagnosis. Active cases finding conducted by interviewing contacts and related persons, and chest radiography studied also performed among the contacts. In addition, the extended laboratory studied was performed among the contacts with the abnormal chest radiography by sputum examination with AFB staining method.

The result found that case is 14 years old Thai boy stays in Kanchanaburi Province and studies in Ratchaburi Province who has started illness on May 2016. He felt uncomfortable with breathing difficulty. Then he had a cough and hemoptysis. He was treated at the clinic, but did not get better. He was admitted in the hospital on November 2016. Sputum AFB

3+ was found. Xpert MTB/RIF MTB/RIF detected Rifampicin resistant tuberculosis. LPA for the 1st line drug detected the resistant to Rifampicin and Isoniazid. LPA for the 2nd line drug detected the resistant to Fluoroquinolone and AG/CP. There was no history of exposed to tuberculosis case, never previously got sick or got tuberculosis medication. Currently, doctor provides Kanamycin, Levofloxacin, Ethionamine, Cycloserine and PAS. He is now granting to receive the specific treatment regimen for XDR-TB from the expert committees of the Bureau of Tuberculosis. It was found 248 contacts, 158 contacts got chest radiography, 3 contacts shown abnormal result, and 3 contacts got sputum screening for AFB with negative result. Behavioral and environmental study found that patient often stays in private room, sleeps with his grandmother, and go to school by motorcycle. He studies in opened air classroom, but has activity in air-conditioned conference room and air-conditioned audio-visual room with other students. He goes to play games at the game shop every holiday. Game shop has air-conditioned room where around 60 people went to use the service. The contacts stay in many sub-districts and districts. Therefore, it is difficult to take all of them to involve chest radiography screening. Notifying the contacts to be screened should be done with care and should not disclose the patient's secret.

Summary and discussion : This is confirmed diagnosis of primary Extensively Drug-Resistant TB (XDR-TB) case in the areas. The source case of this patient was not found. Because of the searching completed only 76.61% of the contacts and had the limitation for follow up the contacts in the long period.

ประเด็นสำคัญ

รายงานการสอบสวน/วินิจฉัยโรคปอดรายใหม่ที่ดีเยี่ยม
อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

Key words

Investigation Report/Multi-Drug Resistant
Tuberculosis/ThaMaka District, Kanchanaburi
Province

บทนำ

วันที่ 10 มีนาคม 2560 กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้รับข้อมูลจากทีมตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 5 ว่าพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively Drug-Resistant Tuberculosis, XDR-TB) 1 ราย ในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นนักเรียนของโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงลงพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรค ร่วมกับสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่ของจังหวัดราชบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ค้นหาแหล่งแพร่เชื้อ ค้นหาและตรวจผู้สัมผัส และให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรค ในวันที่ 14 มีนาคม 2560 และวันที่ 1 เมษายน 2560

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค XDR-TB
2. เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ (source case)
3. เพื่อค้นหาและตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรค
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการสอบสวนโรค

- วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-Resistant tuberculosis, MDR-TB) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคซึ่งดื้อยาในกลุ่ม first-line drug อย่างน้อย 2 ชนิด คือ rifampicin และ isoniazid

- วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively Drug-Resistant tuberculosis, XDR-TB) หมายถึง ผู้ป่วย MDR-TB ซึ่งดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones ชนิดใดชนิดหนึ่ง และดื้อยาในกลุ่มยาชนิดที่เป็น second-line drug (capreomycin, kanamycin และ amikacin) ชนิดใดชนิดหนึ่งร่วมด้วย

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา และการกระจายของโรคตามลักษณะของบุคคล เวลา และสถานที่ โดย

1.1 สัมภาษณ์ผู้ป่วยยืนยันและผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย อาการ การรักษา ประวัติการสัมผัสผู้ป่วย

1.2 ค้นหาผู้สัมผัสผู้ป่วยและผู้ป่วย โดยกำหนดนิยามในการค้นหาผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยยืนยันดังนี้ คือ

- ผู้ป่วยสงสัย คือ ผู้สัมผัสผู้ป่วยในระยะ 2 ปี ก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย ที่มีอาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ ร่วมกับน้ำหนักลด หรือไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน หรือ มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติที่สงสัยติดเชื้อวัณโรค

- ผู้ป่วยยืนยัน คือ ผู้สัมผัสผู้ป่วยในระยะ 2 ปี ก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย ที่มีอาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ ร่วมกับน้ำหนักลด หรือไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบเชื้อ TB หรือ มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบเชื้อ TB

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการโดยการเก็บเสมหะ ผู้ป่วยและผู้สัมผัสผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยสงสัยทุกราย ส่งตรวจด้วยวิธี AFB

3. การศึกษาภาพถ่ายรังสีทรวงอก โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย ญาติ ที่ผู้ป่วยเคยไปนอนพักที่บ้าน เพื่อนร่วมชั้นเรียนใน โรงเรียนที่ผู้ป่วยศึกษาอยู่ก่อนป่วย ลูกค้ายานเกมส์ที่ผู้ป่วยไปเล่นเกมส์และผู้ดูแลร้านเกมส์

4. การศึกษาสิ่งแวดล้อมโดยการสำรวจสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านและรอบบ้านผู้ป่วย

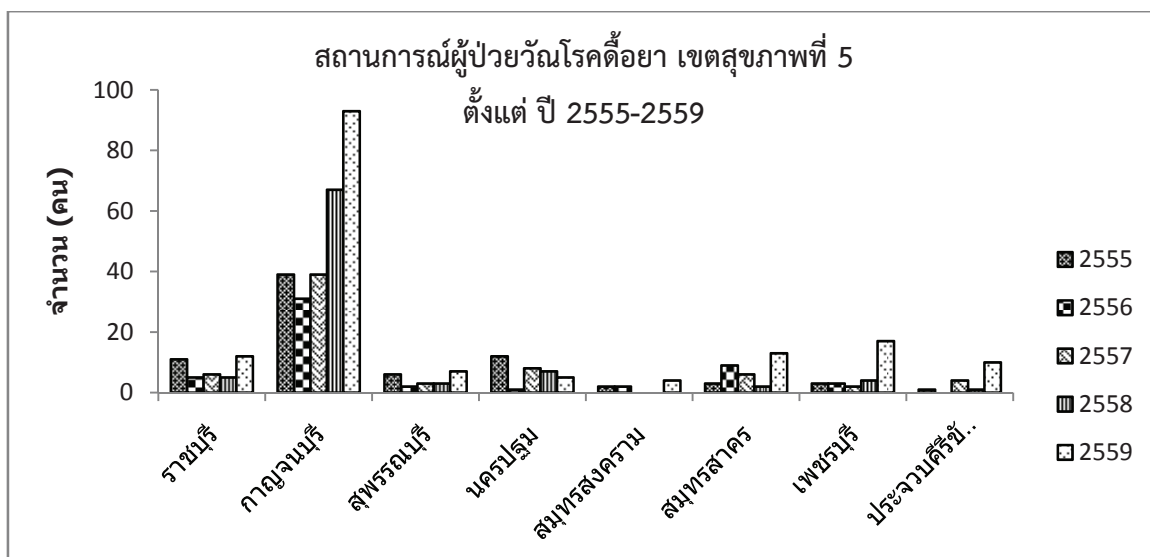
ผลการสอบสวนโรค

1. สถานการณ์วัณโรคและวัณโรคดื้อยา หลายขนานในเขตสุขภาพที่ 5

สถานการณ์วัณโรคในเขตสุขภาพที่ 5 พบผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา

ในปี 2560 มีอัตราป่วยสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ และกาญจนบุรี คิดเป็นร้อยละ 217.75, 168.30 และ 126.07 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ผลสำเร็จของการรักษา คิดเป็นร้อยละ 72.53 การรักษาล้มเหลว ร้อยละ 0.75 เสียชีวิต ร้อยละ 9.01 ไม่มารักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 2.87 และ อยู่ระหว่างการรักษา ร้อยละ 12.32

สถานการณ์ผู้ป่วยโรควัณโรคดื้อยาในเขตสุขภาพ ที่ 5 ในปี 2559 ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยเป็นวัณโรคดื้อยา ทุกชนิด จำนวน 161 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.06 ต่อประชากรแสนคน พบสูงสุดที่จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 93 ราย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 17 ราย และ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 13 คน คิดเป็นอัตราป่วย 10.52, 3.54 และ 2.36 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สถิติผู้ป่วย ตั้งแต่ ปี 2555-2559 จำแนกรายจังหวัด แสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 สถานการณ์ผู้ป่วยโรควัณโรคดื้อยาเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ ปี 2555 - 2559

2. ผลการสอบสวนโรค จากการติดตามเหตุการณ์ ตั้งแต่ 14 มีนาคม – ธันวาคม 2560 พบว่าผู้ป่วยเป็นเด็กชายไทย อายุ 14 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเอกชนในพื้นที่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นเขตติดต่อกับอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี เริ่มมีอาการป่วยประมาณเดือนพฤษภาคม 2559 ด้วยอาการไออัด หายใจไม่ค่อยสะดวก จากนั้นมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ไอมีเสมหะ และมีเลือดปน อ่อนเพลีย รักษาที่คลินิกแพทย์ในเดือนกันยายน 2559 แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 วินิจฉัยแรกรับเป็นปอดบวมและสงสัยวัณโรคปอด (Pneumonia and r/oPulmonary TB) ผลการตรวจเสมหะผล Sputum gram stain พบเชื้อ Klebsiella pneumoniae และ Staphylococci coagulase negative ผล Sputum AFB พบเชื้อ 3+ และการตรวจวิธี Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคดื้อยา Rifampicin การตรวจวิธี LPA สำหรับ 1st line drug พบเชื้อดื้อยา 2 ชนิด คือ Rifampicin และ Isoniazid การตรวจวิธี LPA สำหรับ 2nd line drug พบเชื้อวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม Fluoroquinolone และ AG/CP ผลการตรวจทางพันธุกรรม (Whole genomes-equencing, WGS) โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พบดื้อยา Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol, Fluoroquinolones, Aminoglycoside, และ para-aminosalicylic acid ผล Anti HIV negative ผลการตรวจเสมหะที่เก็บซ้ำ วันที่ 13 มกราคม 2560 ยืนยันว่าผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทั้ง 1st line drug และ 2nd line drug เหมือนกับครั้งแรก และเป็นสายพันธุ์เดียวกัน

ผู้ป่วยได้รับยารักษาวัณโรคตั้งแต่ตรวจพบเชื้อเริ่มจาก Kanamycin 400 mg IM OD x 5 วัน ต่อสัปดาห์, Levofloxacin (500 มก.) ¾ tab pc OD เข้า, Ethionamine (250 มก.) 1tab x 2 pc, Cycloserine (250 มก.) 1 tab x2 pc และ PAS (1 กรัม) 2-1-2 tab pc ผลตรวจเสมหะ ด้วยวิธี AFB วันที่ 5 มกราคม 2560 ไม่พบเชื้อในเสมหะ แพทย์จึงให้กลับบ้าน ให้ฉีดยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และรับประทานยาสูตรเดิมต่อ ผู้ป่วยรับประทานยาและฉีดยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกวัน ไม่มีอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงจากยา วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560 ผลตรวจ TSH 8.86 mU/L วันที่ 6 มีนาคม 2560 ผลตรวจ TSH 41.78 mU/L แพทย์จึงเริ่มยา Thyroxine (100 microgram) 1 tab x1 ac วันที่ 14 มีนาคม 2560 ผลตรวจ T3 ได้ 132 ng/dl, Free T4 ได้ 0.59 ng/dl วันที่ 3 เมษายน 2560 ผล TSH 1.09mU/L วันที่ 19 เมษายน 2560 ผู้ป่วยมีภาวะ Pneumothorax ที่ปอดขวา (จากการถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก) แพทย์เจาะปอดขวา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลัง เอาท่อระบายลมทรวงอกออก ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่ไอ เสมหะน้อย ไม่หอบ ไม่มีตาหรือตัวเหลือง คอโตเล็กน้อย วันที่ 8 พฤษภาคม 2560 ผล TSH 2.63 mU/L ยังคงให้ยาเดิมไว้ก่อน ปัจจุบัน คณะแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิของสำนักวัณโรค อนุมัติให้มีการใช้ยาสำหรับเชื้อวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยรายนี้ได้และนำส่งยาให้โรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอท่ามะกาแล้ว

การเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยคลอดที่โรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอท่ามะกา รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ ไม่มีโรคประจำตัว ในบ้านไม่เคยมีใครป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมาก่อน ปกติแข็งแรงดี เดิมอาศัยอยู่กับ

มารดาและบิดาที่บ้านของปู่และย่าจนเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ผู้ป่วยกับมารดา จึงย้ายกลับมาบ้านยาย ผู้ป่วยนอนมุ้งเดียวกับยายทุกวัน ปกติไปโรงเรียนทุกวัน หลังเลิกเรียนผู้ป่วยจะอยู่ในห้องส่วนตัว เล่นเกมส์ เรียนพิเศษที่โรงเรียน มักจะไปเล่นเกมที่ร้านเกมส์ ในตลาดเทศบาลตำบลที่อยู่ในตัวอำเภอ ช่วงวันเสาร์ หรือวันอาทิตย์

ผู้ป่วยมักอยู่ในห้องส่วนตัวคนเดียว นอนกับยาย ไปโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์ เรียนหนังสือในห้องเรียนเปิดโล่ง ใช้ห้องประชุมและห้องโสตทัศนูปกรณ์ติดเครื่องปรับอากาศร่วมกับนักเรียนห้องอื่น ไปเล่นเกมที่ร้านเกมส์ทุกวันหยุดครั้งละ 4-6 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง ร้านเกมส์ติดเครื่องปรับอากาศ มีคนใช้บริการประจำประมาณ 60 คน

การค้นหาผู้สัมผัสโรค

1. ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่บ้านมารดาผู้ป่วยอยู่ในอำเภอดำรงวิทยารามบุรี มี 2 คน คือ มารดาผู้ป่วยอายุ 33 ปี อาชีพทำขนมในโรงงานในอำเภอบ้านโป่ง และยาย อายุ 53 ปี อาชีพปลูกข้าวโพดอ่อนขาย ทั้ง 2 คน ไม่มีอาการป่วย และไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ การตรวจคัดกรองวันที่ 23 มกราคม 2560 ผลเอกซเรย์ปอดของยายปกติ ผลเอกซเรย์ปอดของมารดามี increased lung markings เก็บเสมหะส่งตรวจ Sputum AFB ผลการตรวจไม่พบเชื้อ นั้ตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน ยังไม่พบความผิดปกติ

2. บ้านของบิดาของผู้ป่วยอยู่ตำบลเดียวกันกับบ้านของมารดาผู้ป่วย แต่คนละหมู่บ้านในอำเภอดำรงวิทยารามบุรี มีผู้อาศัย 4 คน คือบิดาผู้ป่วยอายุ 34 ปี ทำงานในโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านโป่ง ถ่ายภาพรังสีทรวงอกแล้วไม่พบความผิดปกติ รวมทั้ง

ไม่มีอาการป่วยที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยสงสัย อายุ 62 ปี ย่า อายุ 58 ปี ทั้งสองคนสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ ยาหวัดของผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกแล้ว ผลปกติทั้ง 4 คน ผู้ป่วยไม่ได้ไปพักที่บ้านปู่กับย่าในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

3. ผู้ป่วยไปพักบ้านลุง (พี่ชายของบิดา) และป้าสะใภ้ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาและก่อนเริ่มป่วยในช่วงเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2560 ปัจจุบันป้าสะใภ้ของผู้ป่วยเป็นครูสอนในโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี มาถ่ายภาพรังสีทรวงอกแล้ว ผลปกติ ลุงของผู้ป่วยทำงานอยู่กรุงเทพมหานครแยกทางกับป้าสะใภ้ของผู้ป่วยแล้ว ติดตามมาถ่ายภาพรังสีทรวงอกและเก็บเสมหะส่งตรวจแล้ว ผลปกติทั้งภาพถ่ายรังสีทรวงอกและการตรวจเสมหะ

4. ผู้ป่วยเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่โรงเรียนเอกชนในอำเภอบ้านโป่ง ยายซึ่งรถจักรยานยนต์ไปรับส่งทุกวัน ผู้ป่วยไม่ได้ไปโรงเรียนเลย ตั้งแต่เริ่มเปิดภาคเรียนที่ 2 โรงเรียนรับนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาล 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แบบสหศึกษา นักเรียนทั้งหมด ประมาณ 2,200 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มี 4 ห้อง รวม 140 คน เพื่อนร่วมห้องเรียน มี 32 คน ทั้งชั้นใช้ห้องคอมพิวเตอร์และห้องปฏิบัติการทางภาษาที่มีเครื่องปรับอากาศร่วมกับนักเรียนห้องอื่น ครูสอนชั้นมัธยม ทั้งหมด 27 คน ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิท 1 คน นั่งเรียนติดกับผู้ป่วยเป็นบางครั้ง และมักไปเล่นเกมที่ร้านเกมส์ในตลาดเทศบาลตำบลในตัวอำเภอ อำเภอดำรงวิทยารามบุรี ด้วยกันทุกสัปดาห์

การคัดกรองผู้สัมผัสโรคจากรายชื่อที่ได้รับจากโรงเรียน เป็นครู 33 คน นักเรียน 140 คน

รวม 173 คน มารับการคัดกรองโดยการซักประวัติ อาการและถ่ายภาพรังสีทรวงอก ทั้งหมด 140 คน คิดเป็นร้อยละ 80.92 เป็นครูชาย 11 คน ครูหญิง 15 คน รวม 26 คน นักเรียนชาย 53 คน นักเรียนหญิง 61 คน รวม 114 คน อยู่ในเขตอำเภอดำรงวิทยะ 77 คน (ร้อยละ 55.00) อำเภออื่นในจังหวัดกาญจนบุรี 8 คน (ร้อยละ 5.71) อำเภอบ้านโป่ง 46 คน (ร้อยละ 32.86) อำเภอเมืองราชบุรี 2 คน จังหวัดนครปฐม 4 คน จังหวัดสุพรรณบุรี และกรุงเทพมหานคร จังหวัดละ 1 คน ไม่ระบุที่อยู่ 1 คน ทั้งหมดไม่มีประวัติอาการ ผิดปกติที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อวัณโรค ถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบผิดปกติ 4 คน มีความผิดปกติ ที่อาจเป็นวัณโรค 3 คน เป็นครู 2 คน นักเรียน 1 คน เก็บเสมหะส่งตรวจวิธี AFB ครบทั้ง 3 ครั้งแล้ว ผลตรวจไม่พบเชื้อทั้ง 3 คน ทั้ง 3 ตัวอย่างส่งตรวจ Xpert MTB/RIF ที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้านการควบคุมโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 5 จังหวัดราชบุรี ผลการตรวจไม่พบเชื้อ MDR-TB ถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติแต่ไม่เกี่ยวกับวัณโรค 1 คน เด็กที่ไม่ได้มารับผลการเรียนด้วยตัวเอง ผู้ปกครองพาเด็กไปถ่ายภาพรังสีทรวงอก ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแล้ว 3 คน ผลปกติ ไม่มีอาการ ผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ส่วนเด็กที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 26 คน ส่งรายชื่อไปยังสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง และอำเภอดำรงวิทยะ เพื่อติดตามเด็กไปถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่โรงพยาบาล ใกล้บ้าน และประสานงานเวชกรรมโรงพยาบาล บ้านโป่งและโรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอดำรงวิทยะ เพื่อติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ติดตามมาถ่ายภาพรังสี ทรวงอกตามโครงการคัดกรองการป่วยของประชาชน ในพื้นที่เพิ่มได้อีก 5 คน ผลปกติ รวมติดตามผู้สัมผัส ในโรงเรียนได้ 148 คน

เพื่อนสนิทของผู้ป่วยมารับการคัดกรอง ที่โรงเรียนด้วย ซักประวัติไม่พบอาการผิดปกติ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกไม่พบสิ่งผิดปกติ

5. ร้านเกมส์ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการอยู่ในอำเภอดำรงวิทยะ มีผู้อาศัยประจำ 7 คน ผู้ใหญ่ 5 คน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 2 คน คือ บุตรชายเจ้าของร้านเกมส์ อายุ 56 ปี สะใภ้ อายุ 46 ปี ทำหน้าที่ดูแลร้าน บุตรสาวของทั้งคู่ อายุ 19 ปี แม่บ้าน อายุ 62 ปี และลูกจ้างเฝ้าร้าน อายุ 18 ปี หลานสองคน อายุ 2 ปี และ 8 เดือน ส่วนเจ้าของร้านเป็นข้าราชการบำนาญอาศัยอยู่ ต่างจังหวัดให้บุตรชายและสะใภ้เป็นผู้ดูแล ติดตาม ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่ร้านเกมส์ได้ครบทั้ง 7 คน ผู้ใหญ่ทั้ง 5 คน ถ่ายภาพรังสีทรวงอกแล้ว ผลปกติและ ไม่มีประวัติอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เด็ก 2 คน แพทย์ให้ทดสอบด้วยวิธี Tuberculin skin test ผลปกติทั้ง 2 คน

ผู้มาใช้บริการร้านเกมส์ในช่วงเดียวกับผู้ป่วย มีจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอดำรงวิทยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ ติดตามมาถ่ายภาพรังสีทรวงอก ตามโครงการคัดกรองการป่วยของประชาชน ในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2560 ได้ 27 คน ผลปกติ รวมมีผู้สัมผัสผู้ป่วยทั้งหมด 248 คน ติดตามได้ 190 คน ผลผิดปกติ สงสัยเป็นวัณโรค 3 ราย แต่ตรวจเสมหะแล้ว ไม่พบเชื้อและสารพันธุกรรมของ เชื้อวัณโรค

6. บุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างม่วง มีการตรวจร่างกาย ประจำปีในช่วงเดือนสิงหาคม 2560 โรงพยาบาล บ้านโป่งตรวจร่างกายประจำปีในช่วงเดือนเมษายน 2560 โรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอตรวจร่างกาย ประจำปีในเดือนพฤษภาคม 2560 ส่วนแพทย์ เจ้าของคลินิกเป็นแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลทั่วไป

ประจำอำเภอ ตรวจร่างกายประจำปีพร้อมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในเดือนพฤษภาคม 2560 ผลไม่พบความผิดปกติของภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอก

3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ แพทย์ส่งเสมหะผู้ป่วยส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคเพื่อยืนยันการวินิจฉัย และทดสอบการดื้อยาของเชื้อก่อนเริ่มการรักษาโดยตรวจ Sputum AFB พบเชื้อ 3+ การตรวจวิธี Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคดื้อยา Rifampicin การตรวจวิธี LPA สำหรับ 1st line drug พบเชื้อดื้อยา 2 ชนิด คือ Rifampicin และ Isoniazid การตรวจวิธี LPA สำหรับ 2nd line drug

พบเชื้อวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม Fluoroquinolone และ AG/CP การตรวจทางพันธุกรรม (Whole genome sequencing, WGS) โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบดื้อยา Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol, Fluoroquinolones, Aminoglycoside, และ para-aminosalicylic acid ผล Anti HIV negative ผลการตรวจเสมหะที่เก็บซ้ำวันที่ 13 มกราคม 2560 ยืนยันว่าผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทั้ง 1st line drug และ 2nd line drug เหมือนกับครั้งแรก และเป็นสายพันธุ์เดียวกัน ผลการตรวจเสมหะผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจเสมหะผู้ป่วย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ										
ครั้งที่	วันที่ส่งตรวจ/ LAB No.	AFB Smear	Culture	First Line Drug				Second Line Drug		
				Xpert	Real-time PCR	LPA	DST	LPA	Real-time PCR	DST
1	10/11/2559	Pos 2+	growth	RIF:R	ไม่ตรวจ	RIF= R	S=R, I=R,	FLQ= R	FLQ= R	XDR-TB
	60-0804					INH= R	R=R, E=S	AG/CP=R	AG/CP=R	
2	13/1/2560	Pos Scanty	growth	ไม่ตรวจ	RIF: R	RIF= R	ไม่ตรวจ	FLQ= R	FLQ= R	รอผล
	60-2100				INH: R	INH= R		AG/CP=R	AG/CP=R	
3	15/2/2560	Neg	no growth	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ
	60-2761									
4	9/3/2560	Neg	no growth	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ
	60-3285									
5	7/4/2560	Neg	no growth	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ
	60-3978									
6	16/5/2560	Neg	no growth	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ
	60-4648									
7	9/6/2560	Neg	contaminate	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ
	60-5094									
8	4/7/2560	Neg	no growth	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ
	60-5503									
9	18/8/2560	Neg	no growth	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ไม่ตรวจ
	60-6283									

ข้อมูลวันที่ 07/06/61

การตรวจเสมหะผู้สัมผัส ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยสงสัยทุกราย ด้วยวิธี AFB ทั้งหมด 4 ราย ผลปกติ และส่งตรวจด้วยวิธี Xpert MTB/RIF 3 รายที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านการควบคุมโรคของสำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ผลการตรวจไม่พบเชื้อ MDR-TB หลานของร้านเกมส์ 2 คน อายุ 1 ปี และ 2 ปี แพทย์นัดมาทำ Tuberculin skin test ผลปกติทั้ง 2 คน (แสดงในตารางที่ 2)

4. การศึกษาภาพถ่ายรังสีทรวงอก

การติดตามผู้สัมผัส ผู้ป่วยมาถ่ายภาพรังสีทรวงอก สามารถติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ 2 คน บ้านบิดา 4 คน ญาติที่ผู้ป่วยเคยไปพักค้างด้วยก่อนป่วยระยะ 2 ปี 2 คน ครู และเพื่อนร่วมชั้นเรียน 143 คน ผู้ดูแล ร้านเกมส์ที่ผู้ป่วยไปเล่นประจำ 7 คน ลูกค้าย่านเกมส์

สามารถติดตามรายชื่อได้ 60 คน ติดตามมาถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพิ่ม โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อีก 32 คน รวมติดตามได้ทั้งหมด 190 คน ผิดปกติสงสัยเป็นวัณโรคต้องติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอก ต่อเนื่องทุก 6 เดือน นาน 2 ปี จำนวน 4 คน (ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้สัมผัสผู้ป่วยที่ติดตามมาถ่ายภาพรังสีทรวงอกและตรวจเสมหะ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

กลุ่มผู้สัมผัส	ทั้งหมด	ติดตามได้	ผลการอ่านภาพรังสี		ผลการตรวจเสมหะ			การตรวจเพิ่มเติม		
			ปกติ	ผิดปกติ	ส่งตรวจ	ปกติ	ผิดปกติ	ส่งตรวจ	ปกติ	ผิดปกติ
ร่วมบ้าน	2	2	1	1	1	1	1	-	-	-
บ้านบิดา	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-
บ้านลุง	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-
โรงเรียน นร.ชั้น ม. 3								Xpert MTB/RIF		
ครู	140	122	121	1	1	1	-	1	1	-
	33	26	24	2	2	2	-	2	2	-
ผู้ดูแลร้านเกมส์	7	7	5	-	-	-	-	TST-2*	2	-
ลูกค้าย่านเกมส์	60*	27	27	-	-	-	-	-	-	-
รวม	248	190	184	4	4	4	-	5	5	-

5. ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อม

จากการสอบถามผู้ป่วยและยาย ช่างบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เลี้ยงวัว (ไม่ทราบจำนวน) รอบบ้านเป็นบ้านของญาติ มีทั้งหมด 5 หลัง หลังละ 1-5 คน รวม 16 คน ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ไปหาญาติ

ร้านเกมส์เป็นห้องตึกแถว ติดเครื่องปรับอากาศ มีเครื่องคอมพิวเตอร์ 33 เครื่อง เปิดทุกวัน ตั้งแต่ 10.00-22.00 น. เจ้าของร้านเป็นคู่สามีภรรยา ขณะนี้ไม่มีอาการผิดปกติ ร้านมีรายชื่อสมาชิกที่มาเล่นประจำประมาณ 90 คน ลูกค้าย่านส่วนใหญ่เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 เป็นต้นไป มีแม่บ้านทำความสะอาด

แป้นพิมพ์และหุ้ฟงด้วยน้ำยา Dettol สัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีลูกจ้างเฝ้าร้าน

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (prevention and control measures)

1. ตรวจตัวอย่างสม่ำเสมอจากผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการซ้ำ เพื่อยืนยันการติดเชื้อวัณโรค คือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ป้องกันการระบุผู้ป่วยผิดคน หรือปนเปื้อนเสมหะจากตัวอย่างอื่น โดยห้องปฏิบัติการชั้นสูงของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี สำนักวัณโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2. ได้รับอนุมัติยา XDR-TB จากสำนักวัณโรค แต่ไม่ได้เริ่มยา เนื่องจากอาการดีขึ้นและเสมหะกลับเป็นลบแล้วอย่างต่อเนื่อง

3. ชักประวัติและติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอกของผู้สัมผัสโรค ดังนี้

- มารดาและยายติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอก ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางม่วง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา และโรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอท่ามะกา

- ป้าที่อยู่อำเภอบ้านโป่ง ติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี โดยโรงพยาบาลบ้านโป่ง

- บิดา ปู่ ย่า ติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอก โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางม่วง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา และโรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอท่ามะกา ส่วนย่าหวด หากมีอาการสงสัยให้เก็บเสมหะส่งตรวจก่อน(เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเคลื่อนย้ายลำบาก)

- ชักประวัติและถ่ายภาพรังสีทรวงอกครูประจำชั้นมัธยม และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนเอกชนที่ผู้ป่วยเคยศึกษาอยู่ โดยสำนักวัณโรค โรงพยาบาลบ้านโป่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี เก็บเสมหะทันทีในรายที่พบความผิดปกติหรือมีอาการนำส่งสัยวัณโรค และให้กล่องเก็บเสมหะพร้อมใบส่งตรวจเสมหะอีก 2 ครั้ง เพื่อนำส่งตรวจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง

- ติดตามข้อมูลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผู้สัมผัสโรคจากร้านเกมส์ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์เย็น และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา

- ติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอกบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางม่วง โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลทั่วไป ประจำอำเภอท่ามะกา ที่สัมผัสโรคใกล้ชิด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี โดยโรงพยาบาลบ้านโป่งและโรงพยาบาลทั่วไป ประจำอำเภอท่ามะกา

4. ทำทะเบียนผู้สัมผัสโรค เพื่อติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคใกล้ชิด ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 2 ปี โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา ติดตามและรวบรวมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

5. นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ จากสำนักวัณโรค ให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคดื้อยา แนวทางในการค้นหาผู้สัมผัสโรค การเฝ้าระวังอาการผิดปกติในผู้สัมผัสโรค แก่ทีมสอบสวนควบคุมโรค ผู้บริหารโรงเรียนเอกชนและครูประจำชั้นที่ผู้ป่วยเคยศึกษาอยู่ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปค้นหาและคัดกรองผู้สัมผัสโรคในโรงเรียน การเปิดเผยข้อมูลนักเรียนเพื่อการติดตามผู้สัมผัสโรค รวมทั้ง เฝ้าระวังผู้ที่มีอาการผิดปกติด้านระบบทางเดินหายใจ

วิจารณ์ผล (Discussion)

1. ยืนยันการวินิจฉัยโรควัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ในเขตอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี จากการตรวจเสมหะผู้ป่วย 2 ครั้ง พบเชื้อวัณโรคดื้อยาทั้ง 1st line drug และ 2nd line drug เหมือนกันและเป็นสายพันธุ์เดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกที่พบว่าติดเชื้อดื้อยาหลายขนานแบบ primary Extensively Drug-Resistant Tuberculosis (primary XDR-TB) ของจังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประวัติการติดเชื้อวัณโรคและได้รับการรักษามาก่อนหน้านี้ (1-3)

2. ยังไม่สามารถระบุสาเหตุการติดเชื้อของผู้ป่วยในครั้งนี้ ว่าได้รับเชื้อมาจากที่ใด

3. เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี แต่เรียนอยู่ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี ผู้สัมผัสโรคมียู่ในทั้งสองพื้นที่จึงต้องมีการประสานงานกันในระดับพื้นที่ และระดับจังหวัดเพื่อติดตามค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค ให้สามารถส่งต่อข้อมูลและให้การดูแลผู้ที่มีอาการผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว

4. ผู้สัมผัสโรค ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีนี้ ซึ่งแยกย้ายกันไปเรียนที่อื่นแล้ว การติดตามผู้สัมผัสโรคในโรงเรียนมาตรวจคัดกรองและถ่ายภาพรังสีทรวงอกจึงไม่สามารถทำได้ครบทั้งหมด

5. การสื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อมูลต่อผู้สัมผัสโรคต้องทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และผลกระทบต่อโรงเรียนที่ผู้ป่วยเคยศึกษา

6. ไม่สามารถติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนมาตรวจคัดกรองและถ่ายภาพรังสีทรวงอกได้ครบทุกคน ถึงแม้ว่าจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ และได้มีการชี้แจงให้ทราบถึงความจำเป็นในการตรวจแล้ว

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

1. ไม่สามารถติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนมาตรวจคัดกรองและถ่ายภาพรังสีทรวงอกได้ครบทุกคน รวมทั้ง ผู้สัมผัสโรคในโรงเรียนที่เรียนที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ไปแล้วในช่วงที่ทำการสอบสวนโรค

2. การแจ้งให้ผู้ปกครองของเด็กที่สัมผัสโรคทราบถึงความจำเป็น และตระหนักถึงความสำคัญของการไปตรวจคัดกรองโรควัณโรค ต้องทำด้วยความระมัดระวัง ที่จะไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย

สรุปผลการสอบสวนโรค (Conclusion)

จากการสอบสวนโรค ยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ชนิดปฐมภูมิ (Primary XDR-TB) การติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้านและในชุมชน ยังไม่พบผู้ป่วยที่เป็น source case และยังไม่พบผู้ป่วยเพิ่ม การติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคใกล้ชิดบางส่วนยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การสอบสวนโรคครั้งนี้ ยังไม่พบผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อวัณโรคดื้อยา เป็นไปได้ว่าแหล่งแพร่เชื้อยังคงอยู่ ดังนั้น จึงควรมีการเฝ้าระวังบุคคลที่เคยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันกับผู้ป่วย รวมทั้ง มีการให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันวัณโรค เช่น การใช้หน้ากากในคนที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ไม่ใช้อุปกรณ์และของใช้ส่วนตัวร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และร่วมมือในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง

2. จังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อโรควัณโรคควรมีแผนคัดกรองวัณโรคในประชาชนในตำบลที่เสี่ยงทุกปี เพื่อเฝ้าระวังและตรวจหาความผิดปกติของประชาชนในระยะเริ่มแรก

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ขอบคุณ ดร.พญ. เพชรวรรณ พิงรัตน์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค ที่ปรึกษาในการสอบสวนโรคครั้งนี้ เจ้าหน้าที่สำนักวัณโรคที่มาช่วยคัดกรองและถ่ายภาพรังสีทรวงอกผู้สัมผัสโรคในโรงเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำรงวิทยะปาลัง โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาล

ทั่วไปประจำอำเภอท่ามะกา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ที่อำนวยความสะดวกในการสอบสวนโรคครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. วิภา รัชชพิชิตกุล. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย : 2558
2. รติกร แกมเงิน, ชัญญานุช ภู่อิม, บดินทร์ บุตรอินทร์. วัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง (Extensively-drug resistant tuberculosis): สายพันธุ์ใหม่และความท้าทายในอนาคต. วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่. 2558;48(1) 18 – 28.
3. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2016. Switzerland : 2016.

การศึกษาคะแนนมาตรฐานแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ LD กับเด็กสมาธิสั้น

The Study of Standard WISC-III Thai version Test in Learning Disabilities Children and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children

จินณพัทธ์ ยอดไกรศรี วท.ม.(สุขภาพจิต)

Jinnapat Yodkraisri M.Sc.(Mental Health

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Psychiatric), Somdejpraputhalertla Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบย้อนหลังเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานจากแบบทดสอบ WISC-III ฉบับภาษาไทย ในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก (Main Subtest) และคะแนนผลต่าง Verbal Scale IQ และ Performance scale IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึก Record Form จากกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้และสมาธิสั้น โดยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา ในช่วงตุลาคม 2558 ถึง ธันวาคม 2560 ซึ่งใช้สุตรในการคำนวณและใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 ราย ประกอบด้วยเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) และเด็กสมาธิสั้น (ADHD) อย่างละ 75 ราย โดยใช้แบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า เด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีค่าเฉลี่ยแบบทดสอบย่อยด้านภาษา Verbal สูงกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ยกเว้น Arithmetic และ Vocabulary ส่วนแบบทดสอบย่อยด้านการกระทำ Performance เด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ยกเว้น Coding และ Picture Arrangement โดยสมมติฐานในการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานในแบบทดสอบ Information, Similarities, Arithmetic, Vocabulary, Comprehension, Picture Completion, Block Design และ Object Assembly ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) และเด็กสมาธิสั้น (ADHD) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนน ผลต่างของ Verbal Scale IQ กับ Performance Scale IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$ และ 0.043 ตามลำดับ)

Abstract

The objective of this descriptive research was to compare the standard scores of the WISC-III Test (Thai version) in each of main subtests and variance scores of the Verbal Scale IQ and the Performance Scale IQ in children with learning disabilities (LD) and children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Data was collected by record form of the target group diagnosed by children and adolescent psychiatrist got LD and ADHD from October 2015

to December 2017. Sample group was 150 children selected by simple random sampling, included 75 children each of LD and ADHD tested with WISC-III Test (Thai version). The results found that ADHD got higher mean score of Verbal subtest than LD, except Arithmetic and Vocabulary. Moreover, ADHD got higher mean score of Performance subtest than LD, except Coding and Picture Arrangement. The hypothesis examination showed that, mean standard scores of subtests; Information, Similarities, Arithmetic, Vocabulary, Comprehension, Picture Completion, Block Design and Object Assembly of children with LD and ADHD were statistical significantly differences at 0.05 level. The difference of Verbal Scales IQ and Performance Scale IQ of children with LD and ADHD were statistical significantly difference at 0.05 level (p-value <0.05 and 0.043, respectively).

ประเด็นสำคัญ

คะแนนมาตรฐานแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา ฉบับภาษาไทย/เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กับ เด็กสมาธิสั้น

Key words :

Standard score WISC-III Thai version Test/ in Learn WISCLD Children and ADHD Children

บทนำ

การสำรวจระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient : IQ) นักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ ในปี 2554 และ 2559 พบระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 94.58 และ 98.23 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากลในยุคปัจจุบัน (IQ=100) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกันทั้ง 2 ปีพบว่า มีระดับ IQ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงพบว่ามีภาพรวมของประเทศยังมีเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ<90) อยู่ถึงร้อยละ 31.81 (ไม่ควรเกิน ร้อยละ 25) และยังมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ<70) อยู่ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ 2 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ≥130) อยู่ถึงร้อยละ 7.9 เห็นได้ว่ายังพบความเหลื่อมล้ำ มีช่องว่าง (Gap) ระหว่างกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาสูงกับกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาต่ำ และมีแนวโน้มที่ช่องว่างนี้จะขยายมากขึ้นถ้าไม่มีการดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มที่มีปัญหาอย่างทันที่⁽¹⁾ เด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาการเรียนมากยิ่งขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 สำนักคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้มีการประเมินเด็กด้วยแบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม (KUS-SI Rating Scale : ADHD/LD/Autism) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า 2,700 โรงเรียน จากทั้งหมดประมาณ 30,000 โรงเรียน มีเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้นับเป็นจำนวนมากกว่า 50,000 คน ซึ่งเดิมมีการสำรวจและประมาณการว่าจะมีเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้อยู่ จำนวน 130,000 คน⁽²⁻³⁾

นอกจากนี้ ยังมีเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอย่างสมาธิสั้น (ADHD) โดยองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญมากเนื่องจากหากไม่รักษาตั้งแต่เด็กจะมีผลต่อการเรียนต่ออนาคตของเด็กเองและอาจถูกทำร้ายจากผู้ปกครองหรือญาติได้จากความไม่เข้าใจ ผลสำรวจในกลุ่มเด็กไทยที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีจำนวนประมาณ 5 ล้านคน พบว่า เป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 6.5 คาดว่าจะมีเด็กไทยป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นประมาณ 310,000 ราย ขณะที่ทั่วโลกพบเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 5⁽⁴⁾ สถานศึกษาจึงได้มีการคัดกรองเด็กที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งส่วนบุคคลและภาพรวม จากการศึกษาปัญหาการเรียนชั้นประถมศึกษา จำนวน 1,057 ราย จากโรงเรียนในเขตกรุงเทพฯ 6 แห่ง นักเรียนถูกระบุว่ามีปัญหาการเรียน โดยใช้ข้อมูลแบบสอบถามครูและผู้ปกครอง ประวัติผลการเรียน ผลการตรวจทางจิตเวชเด็ก และผลการทดสอบทางจิตวิทยา พบอัตราความชุกของปัญหาการเรียน ร้อยละ 21.76 และพบความชุกของความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ร้อยละ 6.04 ความชุกของสมาธิสั้น (ADHD) ร้อยละ 3.27 โดยเพศชายมากกว่าหญิง⁽⁵⁻⁶⁾ ดังนั้น แนวโน้มเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับ การจะช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาการเรียนนี้ สามารถใช้การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก นั่นคือ การตรวจวัดความสามารถทางสติปัญญา (IQ) ซึ่งแพร่หลายอย่างมากในกลุ่มนักจิตวิทยาคลินิก โดยแบบทดสอบนี้มีการพัฒนาเกณฑ์ปกติให้เหมาะสมสำหรับเด็กไทยและเพื่อใช้วัดความสามารถของสมองหลายด้าน เช่น การใช้เหตุผลเชิงนามธรรม ความจำ ทักษะการใช้ความคิดเข้าใจอื่น เป็นต้น อีกทั้งสามารถวัดความสามารถทางสติปัญญา รวม Full Scale IQ

และแบ่งสติปัญญาออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านภาษา verbal และ ด้านการกระทำ Performance นั่นคือแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย⁽⁷⁾ นอกจากนี้ ยังมีแบบทดสอบ Wide Range Achievement Test ;WRAT-Thai⁽⁸⁾ เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ด้านการอ่าน การเขียนสะกด และคณิตศาสตร์ ซึ่งใช้ได้กับเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นระดับประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 โดยทั่วไปการวินิจฉัยจะดูความแตกต่างระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับระดับชั้นเรียนจริงร่วมกับพิจารณาระดับสติปัญญาของเด็ก โดยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต้องต่ำกว่าที่ควรจะเป็นอย่างน้อย 2 ระดับชั้นเรียน ในขณะที่ระดับสติปัญญาปกติ ทำให้สามารถเริ่มวินิจฉัยเด็กเมื่ออยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3

ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจวัดทางจิตวิทยาของเด็กที่มีปัญหาการเรียน โดยได้รับการส่งต่อจากจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น เพื่อมาทดสอบความสามารถทางสติปัญญา IQ ด้วยแบบทดสอบ WISC-III ฉบับภาษาไทยและแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน WRAT-Thai เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผู้วิจัยพบว่าการศึกษาตัวแปรเหล่านี้ในเด็กไทยที่มีปัญหาการเรียนยังมีน้อย จึงให้ความสนใจศึกษาคะแนนมาตรฐานแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และเด็กสมาธิสั้น เพื่อเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานจากแบบทดสอบ WISC-III ฉบับภาษาไทย ในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก Main Subtest และคะแนนผลต่างของ Verbal Scale IQ และ Performance scale IQ ซึ่งงานวิจัยนี้จะเป็นส่วนช่วยให้เข้าใจการทำงานของสมองที่แตกต่างกันของเด็กที่มีปัญหาการเรียนทั้งสองแบบ สามารถตอบโจทย์ปัญหาสาธารณสุขด้านจิตเวชและเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางจิตวิทยาคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาคะแนนมาตรฐานแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ และเด็กสมาธิสั้น

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานจากแบบทดสอบ WISC-III ฉบับภาษาไทย ในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก Main Subtest และคะแนนผลต่างของ Verbal Scale IQ และ Performance scale IQ

สมมติฐานการศึกษา

สมมติฐานที่ 1 คะแนนมาตรฐานจากแบบทดสอบ WISC- III ฉบับภาษาไทย ในบางแบบทดสอบย่อยหลัก (Main Subtest) ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD)

สมมติฐานที่ 2 มีความแตกต่างกันของผลต่างคะแนนมาตรฐาน Verbal Scale IQ และ Performance scale IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD)

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา ประชากรที่ศึกษา คือ เด็กที่จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นได้วินิจฉัยว่าเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) และเป็นเด็กสมาธิสั้น (ADHD) ส่งต่อเพื่อตรวจวัดทางจิตวิทยาในช่วงเดือนตุลาคม 2558 – ธันวาคม 2560 โดยใช้สูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Yamane⁽⁹⁾ ทั้งหมด จำนวน 150 ราย จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย Simple Random แบ่งเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และสมาธิสั้นอย่างละ 75 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 7 ปี - 13 ปี 11 เดือน มีผลการทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-

III ฉบับภาษาไทย ค่า $IQ \geq 80$ ขึ้นไป (ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยขึ้นไป) และทดสอบความบกพร่องทางการเรียนรู้ WRAT-Thai เพื่อหาความบกพร่องทางการเรียนรู้เพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย⁽⁷⁾ โดยศึกษาคะแนนความสามารถทางสติปัญญา (full scale IQ) โดยทดสอบทั้งส่วน Verbal และ Performance มีข้อทดสอบย่อยหลักที่ใช้ทดสอบดังนี้

1. แบบทดสอบย่อยด้านภาษา (Verbal Subtest) ประกอบด้วย

- Information
- Similarities
- Arithmetic
- Vocabulary
- Comprehension

2. แบบทดสอบย่อยด้านการกระทำ (Performance Subtest)

- Picture Completion
- Coding
- Picture Arrangement
- Block Design
- Object Assembly

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน
2. ใช้สถิติ t-test for Difference Score ในการเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานแบบทดสอบย่อยหลัก Main Subtest ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
3. ใช้สถิติ Mann-Whitney test ในการเปรียบเทียบผลต่างของ Verbal Scale IQ และ Performance Scale IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษาในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) (N=150)

ข้อมูล	เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD)		เด็กสมาธิสั้น (ADHD)	
	(N = 75)		(N = 75)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	52.0	69.3	58.0	77.3
หญิง	23.0	30.7	17.0	22.7
อายุ				
7- 9 ปี	48.0	64.0	49.0	62.3
10 -13 ปี	27.0	36.0	26.0	34.7
อายุ(ปี) : Mean (SD)	8.96 (1.61) ปี		9.04 (1.61) ปี	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาปีที่ 1	5.0	6.8	7.0	9.2
ประถมศึกษาปีที่ 2	25.0	33.3	20.0	26.7
ประถมศึกษาปีที่ 3	18.0	24.0	17.0	22.7
ประถมศึกษาปีที่ 4	10.0	13.3	14.0	18.7
ประถมศึกษาปีที่ 5	10.0	13.3	8.0	10.7
ประถมศึกษาปีที่ 6	7.0	9.3	9.0	12.0

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา มีจำนวนทั้งสิ้น 150 ราย ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 75 ราย โดยกลุ่มที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) เป็นเพศชาย จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 69.3) และเป็นเพศหญิง จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 30.7) อยู่ในช่วงอายุ 7- 9 ปี จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 64) และอยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 36) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 33.3) รองลงมาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 24) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น (ADHD) เป็นเพศชาย จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 77.3) และเป็นเพศหญิง จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 22.7)

อยู่ในช่วงอายุ 7-9 ปี จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 62.3) ประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 26.7) และอยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี จำนวน 26 ราย รองลงมาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน (ร้อยละ 34.7) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ 17 ราย (ร้อยละ 22.7) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ Verbal Scale IQ, Performance Scale IQ และ Full Scale IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD)

Part	เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD)		เด็กสมาธิสั้น (ADHD)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Verbal Scale IQ	90.59	7.56	96.01	9.47
Performance Scale IQ	95.61	10.83	99.75	10.36
Full Scale IQ	92.01	7.86	97.53	9.19

ตารางที่ 2 ผลการศึกษา พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของ Verbal Scale IQ, Performance Scale IQ และ Full Scale IQ เท่ากับ 90.59 (7.56), 95.61 (10.83) และ 92.01 (7.86) ตามลำดับ เด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ Verbal Scale IQ, Performance Scale IQ และ Full Scale IQ เท่ากับ 96.01 (9.47), 99.75 (10.36) และ 97.53 (9.19) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก (Main Subtest) ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD)

Main Subtest	เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้		เด็กสมาธิสั้น	
	(LD)		(ADHD)	
	(N=75)		(N=75)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Verbal Part				
Information	8.47	1.94	9.29	2.34
Similarity	8.03	2.34	8.84	2.58
Arithmetic	8.27	3.09	4.77	3.5
Vocabulary	8.81	1.94	4.04	3.48
Comprehension	8.09	2.17	9.29	2.92
Performance Part				
Picture Completion	8.95	3.38	10.44	3.29
Coding	8.63	2.64	8.4	2.45
Picture Arrangement	9.87	2.33	9.85	2.19
Block Design	8.99	2.80	10.21	2.78
Object Assembly	9.68	2.79	10.87	2.54

ตารางที่ 3 พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) มีค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก (Main Subtest) ดังนี้ Information 8.47 (1.94), Similarity 8.03 (2.34), Arithmetic 8.27 (3.09), Vocabulary 8.81 (1.94), Comprehension 8.09 (2.17), Picture Completion 8.95 (3.38), Coding 8.63 (2.64), Picture Arrangement 9.87 (2.33), Block Design 8.99 (2.80) และ Object Assembly 9.68 (2.79) ตามลำดับ ในเด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก (Main Subtest) ดังนี้ Information 9.29 (2.34), Similarity 8.84 (2.58), Arithmetic 4.77 (3.50), Vocabulary 4.04 (3.48), Comprehension 9.29 (2.92), Picture Completion 10.44 (3.29), Coding 8.40 (2.45), Picture Arrangement 9.85 (2.19), Block Design 10.21 (2.78) และ Object Assembly 10.87 (2.54) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนมาตรฐานและผลต่างคะแนนมาตรฐานระหว่าง Verbal Scale IQ กับ Performance Scale IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กับเด็กสมาธิสั้น ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐานในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก (Main Subtest) ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ LD กับเด็กสมาธิสั้น ADHD โดยใช้การทดสอบ Independent t-test

Main Subtest	เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD)		เด็กสมาธิสั้น (ADHD)		t	p-value
	N=75		N=75			
	Mean	SD	Mean	SD		
Verbal Part						
Information	8.47	1.94	9.29	2.34	-2.354	0.02*
Similarities	8.03	2.34	8.84	2.58	-2.024	0.045*
Arithmetic	8.27	3.09	4.77	3.50	6.474	< 0.05
Vocabulary	8.81	1.94	4.04	3.48	10.368	< 0.05
Comprehension	8.09	2.17	9.29	2.92	-2.856	0.005*
Performance Part						
Picture Completion	8.95	3.38	10.44	3.29	-2.739	0.007*
Coding	8.63	2.64	8.40	2.45	0.545	0.586
Picture Arrangement	9.87	2.33	9.85	2.19	0.036	0.971
Block Design	8.99	2.8	10.21	2.78	-2.693	0.008*
Object Assembly	9.68	2.79	10.87	2.54	-2.722	0.007*

*p < 0.05

จากตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานในแต่ละแบบทดสอบ Information, Similarities, Arithmetic, Vocabulary, Comprehension, Picture Completion, Block Design และ Object Assembly ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ LD และเด็กสมาธิสั้น ADHD มีความแตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยมาตรฐานในแต่ละแบบทดสอบย่อยหลัก Coding และ Picture Arrangement ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ LD และเด็กสมาธิสั้น ADHD ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐาน Verbal Scale IQ และ Performance scale IQ ตัวเลขเรียงลำดับของในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) โดยการใช้การทดสอบ Mann Whitney U test

Main Subtest	N	M Rank	M Rank	p-value
		เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD)	เด็กสมาธิสั้น (ADHD)	
Verbal IQ	75	62.79	88.21	< 0.05*
Performance IQ	75	68.32	82.68	0.043*

*p<0.05

จากตารางที่ 5 คะแนนผลต่างของคะแนนมาตรฐาน Verbal IQ และ Performance IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.05$ และ 0.043* ตามลำดับ)

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแบบทดสอบย่อยหลักในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ Information, Similarities, Arithmetic, Vocabulary, Comprehension, Picture Completion, Block Design และ Object Assembly ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีคะแนนแบบทดสอบย่อยด้าน information, Similarities, Arithmetic, Comprehension, Picture Completion, และ Object Assembly มีความแตกต่างจากเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) และเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁻¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) มีคะแนนมาตรฐานด้าน Information และ Similarities ต่ำกว่ากว่าเด็กปกติ และด้าน Block Design สูงกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁻¹³⁾ อีกทั้งยัง

พบว่า 6 แบบทดสอบย่อยของกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องด้านการอ่านจะมีคะแนนต่ำในด้าน Digit Span, Information, Similarity, Symbol Search, Picture Completion, และ Arithmetic⁽¹⁴⁾ โดยเด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีคะแนนมาตรฐานสูงกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) เป็นผลมาจากเด็กสมาธิสั้นมีการทำงานของสมองด้วยการนำความรู้ เนื้อหาต่างๆ ที่ได้รับรู้มา นำมาสู่วิธีคิดที่ทำให้เกิดกระบวนการเข้าใจ ความจำ และสามารถจัดระบบเพื่อนำไปสู่การประยุกต์ได้ดีกว่า⁽¹⁵⁾ ซึ่งต่างจากคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานแบบทดสอบย่อยด้าน Arithmetic และ Vocabulary ที่เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) มีค่าเฉลี่ยมาตรฐานสูงกว่าเด็กสมาธิสั้น (ADHD) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า Arithmetic และ Digit Span ต่ำกว่า Information, Vocabulary

และ Comprehension อย่างมีนัยสำคัญ และ ยังพบว่า SCAD Index และ ACID Profile ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้นี้ เป็นการสนับสนุนให้เห็นถึงประโยชน์ของรูปแบบการทดสอบย่อยของ WISC-III สำหรับเด็กที่มีภาวะ (ADHD)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ อีกทั้งเด็กสมาธิสั้นมีข้อจำกัดในเรื่องของสมาธิทั้งด้านการเหม่อลอย ไม่ตั้งใจมอง หรือฟัง มักจะสนใจในสิ่งที่ตนเองสนใจอยู่ขณะนั้นและวอกแวกง่าย หรือวู่วามในการฟังโจทย์คณิตศาสตร์หรือคำถามเกี่ยวกับคำศัพท์ ทำให้การทําแบบทดสอบย่อยทั้งสองด้านนี้ ได้คะแนนต่ำกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) อย่างเห็นได้ชัด

ส่วนแบบทดสอบย่อยด้าน Coding และ Picture Arrangement เป็นแบบทดสอบย่อยด้านการกระทำ Performance Part ต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับการศึกษาที่พบว่าเด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีปัญหา Coding⁽¹⁸⁾ รวมถึง Picture Arrangement เด็กจะต้องใช้การทำงานระหว่างมือกับสายตาไปพร้อมกัน รวมถึงการใช้ความจำและประสบการณ์ที่เด็กได้รับมาในการทดสอบแบบทดสอบย่อยทั้งสองนี้ ซึ่งสิ่งเร้าต่างๆ เหล่านี้ ที่ทำให้เด็กสมาธิสั้น (ADHD) อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของสมาธิ รวมถึงความหุนหันพลันแล่นในการที่จะต้องทำงานเพื่อแข่งกับเวลาที่กำหนดให้ และในกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ที่ไม่มีปัญหาด้านสมาธิ แต่มีลักษณะของความจำและการมองเห็นภาพในแบบทดสอบย่อยทั้งสองที่จะต้องคัดลอกสัญลักษณ์ที่ละตัว และยังพบการศึกษาที่ว่าความจำในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ พบว่าเด็ก (LD) มีผลการปฏิบัติด้านความจำต่ำกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05⁽¹⁹⁾ ทั้งนี้ จากการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาได้พบว่า ผู้ปกครองและครูได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ว่า มี

ปัญหาในการจดงาน ลอกงานบนกระดานไม่ทันในชั่วโมงเรียนทำให้ต้องยืมสมุดเพื่อนมาคัดลอก นั้นเป็นเพราะเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) มีความยากลำบากในการอ่านคำ สะกดคำหรืออ่านทั้งประโยคได้ ต้องมองตัวหนังสือบนกระดานทีละตัวแล้วก้มหน้าลงมาดลงสมุด ทำให้ทำงานช้า ส่งผลให้เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ทําแบบทดสอบย่อย ทั้งสองนี้ช้าลง เมื่อต้องแข่งกับเวลา ซึ่งทำให้เด็กทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่ไม่แตกต่างกันมากในการศึกษาครั้งนี้

อีกทั้ง ยังพบผลต่างของ Verbal IQ กับ Performance IQ ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) กับเด็กสมาธิสั้น (ADHD) พบว่าเด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง Verbal IQ กับ Performance IQ สูงกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) โดยแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.05$ และ 0.043^* ตามลำดับ) ซึ่งตรงกับการศึกษาที่พบว่าเด็กสมาธิสั้น (ADHD) มี Verbal Scale IQ สูงกว่าเด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ ($p < 0.05$)⁽¹⁰⁾ และยังพบว่า Verbal Scale IQ กับ Performance Scale IQ ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะการเรียนรู้บกพร่องกับกลุ่มเด็กปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01⁽¹²⁾ อีกทั้งยังพบว่า เด็กที่มีภาวะการเรียนรู้บกพร่อง ร้อยละ 55 มี Performance Scale IQ สูงกว่า Verbal Scale IQ⁽¹⁴⁾ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า Verbal Scale IQ มากกว่า Performance Scale IQ เล็กน้อย⁽¹¹⁾ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความสามารถทางสติปัญญาที่ Cattell and Horn's Fluid and Crystallized Theory of Intelligence. 1967-1998⁽¹¹⁾ ได้อธิบายและแบ่งสติปัญญาไว้ 2 ด้าน คือ Fluid Intelligence เป็นความสามารถในการแยกแยะภาพ การวิเคราะห์ภาพ อนุกรมตัวเลข

และตัวอักษร แมทริกซ์ (การเรียงตัวเลข) และการจับคู่สัมพันธ์ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมพฤติกรรมทางสติปัญญามากกว่า Crystallized Intelligence โดย Fluid Intelligence จะเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ จนถึงวัยรุ่น เมื่อร่างกายหยุดการเจริญเติบโตก็จะหยุดตาม ความเร็วในกระบวนการทำงานและความจำก็เกี่ยวเนื่องกับ Fluid Intelligence เช่นกัน เมื่ออายุเปลี่ยนความเร็วในการทำงานเปลี่ยน ย่อมส่งผลต่อความจำ ส่วน Crystallized Intelligence เป็นความสามารถทางคำศัพท์ ความรู้ทั่วไป คำศัพท์เชิงนามธรรมและความสามารถทางภาษา ซึ่งทักษะความสามารถนี้เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ซ้ำๆ รวมถึง

กระบวนการทางจิตและแรงจูงใจ โดย Crystallized Intelligence มีความสัมพันธ์ ทั้งในและนอกระบบตลอดชีวิต ดังนั้น Crystallized Intelligence จึงเพิ่มขึ้นในช่วงผู้ใหญ่ตอนกลาง Fluid Intelligence เป็นพื้นฐานในการพัฒนาไปสู่ Crystallized Intelligence ซึ่งจากการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 7- 13 ปี พัฒนาการด้านร่างกายกำลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึง Fluid Intelligence เช่นกัน ทำให้สามารถทำแบบทดสอบ WISC-III ได้ทั้งในส่วนความสามารถด้านภาษา Verbal part และด้านการกระทำ Performance part ตามทฤษฎีที่กล่าวไว้ ดังนั้น ความแตกต่างของ Verbal IQ และ Performance IQ จึงเป็นจุดหนึ่งที่ควรพิจารณา

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้น (ADHD) มีความสามารถทั้งด้าน Verbal part และ Performance Part สูงกว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้าน Arithmetic และ Vocabulary ที่เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) สูงกว่าเด็กสมาธิสั้น (ADHD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนแบบทดสอบย่อยด้าน Coding และ Picture Arrangement ไม่พบความแตกต่างระหว่างเด็กทั้งสองกลุ่ม ดังนั้น สามารถนำแบบทดสอบย่อยที่ศึกษาได้มาใช้ในการบอกแนวโน้มของความผิดปกติของเด็กทั้งสองกลุ่มได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์เฉพาะแบบทดสอบย่อยหลัก 10 แบบทดสอบ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้ง 13 แบบทดสอบย่อย และดัชนี 4 องค์ประกอบให้ครบ จะได้ประโยชน์สูงสุดจากการศึกษาแบบทดสอบ WISC-III ภาษาไทย
2. ควรมีการใช้แบบทดสอบทางพหุปัญญาทางสมองในเด็กทั้งสองกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงความสามารถทางสมองที่แท้จริงและความถนัดของเด็กแต่ละกลุ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชานุกูล. การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์(EQ) เด็กไทยวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 พ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล:http://rajanukul.go.th/new/=portfolio&group=394&id=6032&date_start=&date_en=
2. สุจินดา ผ่องอักษร. การศึกษาพิเศษและผู้ด้อยโอกาส สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : มติชน, 2551.
3. ดารณี อุทัยรัตนกิจ, ชาญวิทย์ พรนภดล, วังนรินทร์ โรหิตสุขและคณะ. แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้และออทิสซึม. กทม : สำนักพิมพ์ซีเอ็ดยูเคชั่น, 2546.
4. ออนไลน์ สสจ.ชัยภูมิ. สธ.เผยเด็กไทยกว่า 3 แสนเป็น “โรคสมาธิสั้น” ขี้หากไม่รักษาโตขึ้นอาจ “ก้าวร้าว” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2561],แหล่งข้อมูล<http://cpho.moph.go.th/wp/?p=9795>
5. Suvanakich K. Mental health and learning disorders in children. J Ppsychiatr Assoc of Thailand, 26 : 259-62.
6. Suvanakich K. Learning problems in Primary schools in Bangkok. J Ppsychiatr Assoc of Thailand, 44 : 55-64.
7. ปราณี่ ชาญณรงค์, จริยา วัฒนโสภณ และ ชนิสา เวชวิรุฬห์. การพัฒนาแบบทดสอบวัดความสามารถทางสติปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ปิยอนด์. 2547.
8. ภูมิเรียง สายะวารานนท์. การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2 : 24-32.
9. พิชิต ฤทธิ์จรูญ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เข้าส์ ออฟเคอร์มีส์, 2547.
10. จุฬาลักษณ์ รุ่งวิริยะพงษ์. คะแนนความสามารถทางสติปัญญาจากแบบทดสอบ WISC-III ฉบับภาษาไทยของเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางการเรียนรู้ และเด็กบกพร่องทางการเรียนรู้. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 10 และการประชุมการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทยครั้งที่ 8 ประจำปี 2554 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2561]. แหล่งข้อมูล <http://www.jvkk.go.th/research/qresearch.asp?code=0103467>.
11. ญาณดา ธงธรรมรัตน์. การศึกษาคะแนนความสามารถทางเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient) ของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-16 ปี ด้วยแบบทดสอบ WISC-III.การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2561]. แหล่งข้อมูล:<http://www.jvkk.go.th/research/qresearch.asp?code=0102897>
12. อัปสรศรี ธนไพศาล, วิมลรัตน์ ชัยปราการและพรพัชร ศิริอินทราทร. ศึกษาผลของแบบทดสอบสติปัญญา WISC-III ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะการเรียนรู้บกพร่อง (Learning Disorder)และเด็กปกติ. เชียงรายเวชสาร 6(1): 119 – 126.
13. มนต์ สูงประสิทธิ์ และ เพียงใจ ทองพวง. ระดับเชาว์ปัญญาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องในการอ่าน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 59(2) : 87 -96.
14. Octavio Moura, Mario R. Simoes and Marcelino Pereira. WISC III Cognitive Profiles in

- Children with Developmental Dyslexia: Specific Cognitive Disability and Diagnostic Utility [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24222530>.
15. Guilford J P. The structure of intellect. Psychological Bulletin 1956; 53, 267-293.
 16. Anastopoulos, A.D. Spisto, M.A., & Maher, M. The WISC-III Freedom From Distractibility factor : It's utility in identifying children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psychological Assessment 1994, 6, 368-371.
 17. Snow J B., & Sabb G L. WISC-III subtest patterns of ADHD and normal samples. Psychol Rep 2000 ; 87(3Pt1): 759-65.
 18. Smitha V S., Dennis I M., Varghese P K., & Vinayan K P. Cognitive profile of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Amrita Journal of Medicine 2014; 10(1): 1- 44.
 19. พีรดา อุ่นไพร, ฐิติวี แก้วพรสวรรค์, กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และ ชาศรี วิฑูรชาติ. ความจำในเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(3): 229-242.

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Factors Effecting Quality of Life among HIV Infected and AIDS Patients Received Antiretroviral Drugs at Banpong Hospital Ratchaburi Province

สุระชัย เข้มแข็ง วท.บ.(สุขศึกษา)

Surachai khemkheang B.Sc.(Health Education)

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Banpong Hospital Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytics study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงเดือนมกราคม 2561 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย และเพศหญิงอย่างละเท่าๆ กัน คือเพศละ 143 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 -50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.3 และน้อยสุดอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 9.8 มีอายุเฉลี่ย 43.9 ปีอายุน้อยที่สุด 20 ปี มากสุด 60 ปี สถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 57.3 จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 25.2 ว่างาน ร้อยละ 52.1 รองลงมาเกษตรกร ร้อยละ 19.9 มีรายได้ต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 68.2 รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 24.1 ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 47.9 เหลือเก็บ ร้อยละ 36.0 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 รองลงมาระดับไม่ดี ร้อยละ 21.0 มีคะแนนเฉลี่ย 68.6 คะแนนคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.3 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 18.5

ปัจจัยคุณลักษณะประชากรไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (P-value >0.05) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (P-value <0.001) ข้อเสนอแนะ เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจกับบุคคลในครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนบ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกัน เสริมสร้างองค์กรภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องสามารถสนับสนุนด้านทรัพยากร แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้มีการฝึกอาชีพในกลุ่มว่างงาน ซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มรายได้แล้ว ยังเป็นการลดภาระการดูแลจากครอบครัวชุมชน

Abstract

A study of factors effecting quality of Life among HIV Infected and AIDS patients received antiretroviral drugs at Banpong Hospital Ratchaburi province. This study was a cross - sectional study design. The objective was to study quality of life, factors affecting quality of life of HIV infected patients and AIDS patients. The samples were 286 HIV-infected patients and AIDS patients receiving antiretroviral therapy at Banpong Hospital, Ratchaburi from November 2017 to January 2018. The results revealed that sample consisted of 143 males and 143 females. Most of them were between 41-50 years old and the lowest was between 20-30 years old. The average age was 43.9 years old, minimum at 20 years old, and maximum at 60 years old. For the status, the single/widow/divorce was 57.3%. For the education, lower secondary school education was 70.3%, secondary school was 25.2%. For the occupation, unemployment was 52.1%, agriculture was 19.9%. For the income, 10,001-15,000 baht per month was 68.2%, lower than 5,000 baht was 24.1%. The sufficiency income was 47.9%, and the deposit was 36.0%. For the social support for HIV infected people and AIDS patients receiving antiretroviral therapy, the moderate level was 62.2%, and the low level was 21.0%. The mean scores quality of life of HIV-infected patients and HIV-infected patients were 68.6, the moderate level was 70.3%, and good level was 18.5%.

Population characteristics did not affect the quality of life of HIV infected patients and AIDS patients receiving antiretroviral therapy (P - value > 0.05). Social support had influenced to quality of life of HIV infected patients and AIDS patients receiving antiretroviral therapy (P - value < 0.001). Recommendations. It should enhance knowledge and understanding of family members, neighbors, people living with HIV and AIDS patients. There is a sharing of knowledge and experience between infected people. It should strengthen networking organizations such as local government organizations, relevant government agencies and NGOs which are able to support resources for HIV and AIDS patients. It should encourage people living with HIV / AIDS to have vocational training among unemployment group. In addition to increasing income, it also reduces the burden of care from the community.

ประเด็นสำคัญ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต/ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Key words :

Factors Effecting Quality of Life/และผู้ป่วยเอดส์
HIV Infected and AIDS Patients

บทนำ

เอดส์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และนานาชาติทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบโดยรวม ทั้งต่อสุขภาพประชาชน และการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ เอดส์เป็นปัญหาที่มีไข่มุกเฉพาะ เนื่องจากการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคม และปัญหาการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่ได้รับผลกระทบอื่นๆ อีกด้วย⁽¹⁾

ตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573⁽¹⁾ มีสาระสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทางด้านสาธารณสุข คือการพัฒนาสภาพทางสังคม ควบคู่ไปกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ติดเชื้อ รวมทั้งการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยคำนึงถึงหลักของความครอบคลุม ความเสมอภาคมีสิทธิที่เท่าเทียม เป็นธรรมและเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม มาตรการที่สำคัญในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการบูรณาการให้การดูแลทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล บริการปรึกษา บริการทางสังคม การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

ผลกระทบจากโรคเอดส์ส่งผลอย่างมากทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต่อครอบครัว รวมทั้งต่อสังคมและเศรษฐกิจ⁽²⁾ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง และในท้ายที่สุดจะส่งผลกระทบต่อประเทศชาติด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งผู้เจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ บางส่วนเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องดูแล

รับผิดชอบสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการเจ็บป่วย ความต้องการในการใช้เงินก็เพิ่มจำนวนมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ประกอบกับสมรรถภาพในการประกอบอาชีพที่น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากต้องตกอยู่ในภาวะสิ้นเนื้อประดาตัว เป็นหนี้เป็นสิน อันเป็นผลจากการดิ้นรนในการแสวงหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ จึงประสบปัญหามากยิ่งขึ้น สภาวะร่างกายและจิตใจก็มักทรุดโทรมลงในเวลาอันรวดเร็ว

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่ง กล่าวได้ว่าถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว⁽³⁾ จากการศึกษาของ วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถที่จะมีชีวิตยืนยาวได้เช่นเดียวกับคนปกติเป็นเวลาหลายปี หากได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้เป็นอย่างดี หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็สามารถทำให้มีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวเช่นคนปกติ หากมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น มีความจำเป็นที่ต้องศึกษาและทำความเข้าใจถึงข้อมูลและสภาพปัญหาให้ชัดเจนและถูกต้อง ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุดว่ามีระดับคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้าง จึงจะสามารถจัดระบบบริการหรือช่วยสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างแท้จริง⁽⁵⁾

จากการศึกษาเอกสารและรายงานวิจัยต่างๆ พบว่าได้มีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเด็นต่างๆ ไว้พอสมควร แต่ไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประกอบกับการมีบริบทที่หลากหลายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยจะทำการศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยคาดว่าผลการศึกษจะสามารถสะท้อนให้เห็นภาพที่เป็นจริงในบริบทของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งจะสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการจักระบบบริการในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลบ้านโป่ง คือ

1. ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และความเพียงพอของรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการยอมรับ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง และยังคงรับยาต้านไวรัสเอชไอวีสม่ำเสมอมี จำนวนทั้งสิ้น 1,005 ราย (ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ณ วันที่ 1 เดือน ตุลาคม 2560)

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง $n = 286$ คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพราะกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส

เอชไอวีมาแล้ว อย่างน้อย 1 ปี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ 20-60 ปี
2. รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะ
3. สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม
5. ยินดีสมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีที่มีต่อภาวะของตนเองในเรื่องระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจทั้งด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ภายใต้วฒฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคล สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ⁽⁶⁾

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีแล้วตรวจเลือดพบแอนติบอดี (Antibody) หรือแอนติเจน (Antigen) ต่อเชื้อเอชไอวี แต่ยังไม่แสดงอาการ หรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมมีอาการหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 1 ใน 25 โรคตามนิยามโรคของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข หรือมีค่า CD4 น้อยกว่า หรือเท่ากับ 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14% ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ยาต้านไวรัสเอชไอวี หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการเพิ่มจำนวนเชื้อ การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with Attachment And Entry) ได้แก่ (1) การยับยั้งขบวนการ Reverse Transcription (2) การยับยั้งขบวนการ Integration (3) การยับยั้ง Transcription และ (4) การยับยั้ง Post-Translation Processing

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน โดยในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษารายละเอียดตามแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และในส่วนที่ 3 ใช้เครื่องมือวัดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยที่พัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁽⁶⁾ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระดับ CD4 ครั้งหลังสุด และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ผู้ทำการศึกษารวบรวมจากการศึกษาเอกสาร โดยอาศัยแนวคิดของ เพนเดอร์⁽⁸⁾ ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการยอมรับ มีคำถามรวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตามแบบมาตรวัดของ ลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽⁹⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือวัดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย⁽⁶⁾ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม

การทดสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรง และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย โดยผู้ทำการศึกษา นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นผู้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขกำหนดให้คะแนน ผลการพิจารณาดังนี้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัย (OIC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 โดยได้ปรับเนื้อหาในข้อคำถามที่มีคะแนน 0.60 และตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความแนะนำ⁽¹⁰⁾

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยมีเอกสารชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัยต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และผู้วิจัยยืนยันการเป็นความลับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการ

วิจัยเท่านั้น และหากกลุ่มตัวอย่าง ไม่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยหรือยกเลิกจากการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิ์ที่จะได้รับบริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและบริการสุขภาพอื่นๆ ตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต ปัจจัย ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระดับ CD4 ครั้งหลังสุด และระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์โดยใช้ T-test และ ANOVA (F - test)

5. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงอย่างละเท่าๆ กัน คือเพศละ 143 คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง

41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.3 และน้อยสุดอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 9.8 มีอายุเฉลี่ย 43.9 ปีอายุน้อยที่สุด 20 ปี มากสุด 60 ปี สถานภาพโสดหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 57.3 จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 25.2 ว่างาน ร้อยละ 52.1 รองลงมาเกษตรกรกรรม ร้อยละ 19.9 มีรายได้ต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 68.2 รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 24.1 ความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 47.9 เหลือเก็บ ร้อยละ 36.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (N=286)

ข้อมูลลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	143	50.0
หญิง	143	50.0
อายุ		
20 - 30 ปี	28	9.8
31 - 40 ปี	62	21.7
41 - 50 ปี	121	42.3
51 - 60 ปี	75	26.2
อายุเฉลี่ย 43.9 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี		
สถานะภาพสมรส		
สมรส	122	42.7
โสด หม้าย หย่า/แยกกันอยู่	164	57.3
จบการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	201	70.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	72	25.2
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	13	4.5
อาชีพ		
ว่างงาน/งานบ้าน	149	52.1
เกษตรกรรม	57	19.9
รับจ้างทั่วไป/โรงงาน	47	16.4
ค้าขาย	22	7.7
อื่นๆ	11	3.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	69	24.1
5,001 - 10,000 บาท	17	5.9
10,001 - 15,000 บาท	195	68.2
ความพอเพียงของรายได้		
ไม่เพียงพอ	46	16.1
เพียงพอ	137	47.9
เหลือเก็บ	103	36.0

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างราย ชีวิต จากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ (ข้อ11) รองลง ข้อ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุน มาคือเมื่อไม่สามารถทำงานที่รับผิดชอบ มีคนช่วย ทางสังคม 66.8 คะแนน เมื่อแยกรายข้อ พบว่าการได้ ทำงานแทน(ข้อ14) ดังแสดงในตารางที่ 2

รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยคือการได้รับความ ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของที่เป็นต่อการดำรง ชีวิต จากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ (ข้อ11) รองลง มาคือเมื่อไม่สามารถทำงานที่รับผิดชอบ มีคนช่วย ทำงานแทน(ข้อ14) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อที่	ข้อความคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1	ท่านได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว	3.9	0.97
2	ท่านมีบุคคลที่ไว้วางใจ พอที่จะเล่าปัญหาต่างๆให้ฟังได้	3.2	1.18
3	ท่านมีความมั่นใจว่า จะมีผู้ที่ช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	3.2	1.06
4	บุคคลในครอบครัว ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้านไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้ ท่านหมดกำลังใจ	3.1	1.41
5	บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นมั่นใจ และปลอดภัย	3.9	0.99
6	ท่านได้รับความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่	3.9	0.87
7	เมื่อท่านมีปัญหา หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยท่านมีคนที่สามารถช่วยเหลือแก้ปัญหา หรือข้อสงสัยของท่านได้	3.3	0.97
8	มีคนให้คำแนะนำ หรือเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำรงชีวิต	3.4	0.97
9	ท่านได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันจากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.2	0.78
10	ท่านได้ร่วมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน	3.4	1.06
11	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ ที่เป็น ต่อการดำรงชีวิต จากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ	1.8	1.09
12	ท่านได้รับการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการรักษาพยาบาล และคำแนะนำ จากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.2	0.67
13	เมื่อท่านไม่สบาย หรืออาการของโรคกำเริบ มีคนคอยช่วยเหลือ หรือพา	3.6	1.11

ข้อที่	ข้อความคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
14	เมื่อท่านไม่สามารถทำงานที่รับผิดชอบ มีคนช่วยทำงานแทนท่านได้	2.6	1.23
15	ท่านได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาและการช่วยเหลือที่จำเป็น	3.8	0.79
16	ท่านไม่ได้ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว เมื่อทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี	3.4	1.51
17	ท่านได้รับให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ	3.2	1.05
18	ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆ	3.1	1.11
19	ท่านยังคงไปมาหาสู่กับคนอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ	3.7	0.98
20	บุคคลรอบข้างแสดงให้เห็นว่าคุณสามารถมีส่วนร่วมช่วยงานของส่วนรวม	3.6	0.92
คะแนนรวม 68.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.48 คะแนน ต่ำสุด 33 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน			

ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากตารางที่ 3 พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 รองลงมาระดับไม่ดี ร้อยละ 21.0 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 68.6 คะแนน

ตารางที่ 3 ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับคุณภาพชีวิต			จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	คะแนน	80 – 100 คะแนน	48	16.8
ระดับปานกลาง	คะแนน	60 – 79 คะแนน	178	62.2
ระดับไม่ดี	คะแนน	1 – 59 คะแนน	60	21.0

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 91.9 คะแนน ต่ำสุด 47 คะแนน สูงสุด 126 คะแนน เมื่อแยกรายข้อ พบว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คือ การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ (ข้อ 2) ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล (ข้อ 11) และความพึงพอใจในชีวิตทางเพศ (ข้อ 25) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อ	ข้อความคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในขณะนี้เพียงใด	3.8	0.85
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	2.5	0.91
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหมทั้งในเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน	3.7	0.85
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	3.7	0.85
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข มีความสงบ และมีความหวังมากนักเพียงใด	3.7	0.88
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด	3.7	0.82
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักเพียงใด	3.8	0.79
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.6	0.98
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.8	1.06
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหน ที่สามารถทำอะไรผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.6	0.89
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	2.4	1.10
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด	3.7	0.87
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.6	0.82
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น	3.4	0.91
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีมากนักเพียงใดในแต่ละวัน	3.6	0.77
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักเพียงใด	3.8	0.91
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด	2.8	0.79
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.5	0.91
19	ท่านได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากนักเพียงใด	3.4	0.86
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากนักเพียงใด	3.4	0.86
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากนักเพียงใด	3.8	1.91

ข้อ	ข้อความคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่านมากน้อยเพียงใด (หมายถึงการคมนาคม)	3.6	0.85
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด	4.1	0.82
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหน ด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	4.1	0.81
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน มากน้อยเพียงใด (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายได้รวมถึงการช่วยตัวเองหรือมีเพศสัมพันธ์)	2.8	1.10
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับไหน	3.4	0.80
คะแนนรวม 91.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.09 คะแนน ต่ำสุด 47 คะแนน สูงสุด 126 คะแนน			

ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากตารางที่ 5 พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.3 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 18.5 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 91.9 คะแนน คะแนนต่ำสุด 47 คะแนน และคะแนนสูงสุด 126 คะแนน

ตารางที่ 5 ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับคุณภาพชีวิต		จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	คะแนน 104 – 130 คะแนน	53	18.5
ระดับปานกลาง	คะแนน 78 – 103 คะแนน	201	70.3
ระดับไม่ดี	คะแนน 1 – 77 คะแนน	32	11.2

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($P - value > 0.05$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($P - value < 0.001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลลักษณะประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P - value
เพศ			
ชาย	90.7	T = 1.276	0.203
หญิง	92.6		
อายุ			
20 - 30 ปี	91.2	F = 1.817	0.144
31 - 40 ปี	94.7*		
41 - 50 ปี	91.3		
51 - 60 ปี	89.8*		
สถานภาพสมรส			
สมรส	92.4	T = 0.889	0.375
โสด หม้าย หย่า/แยกกันอยู่	91.1		
จบการศึกษาสูงสุด			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	90.8	F = 1.364	0.257
มัธยมศึกษาตอนต้น	93.5		
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	93.2		
อาชีพ			
ว่างงาน/งานบ้าน	89.8*	F = 1.821	0.125
เกษตรกรกรรม	93.9*		
รับจ้างทั่วไป/โรงงาน	92.4		
ค้าขาย	95.2		
อื่นๆ	93.8		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
ต่ำกว่า 5,000 บาท	90.5	F = 0.323	0.809
5,001 - 10,000 บาท	93.2		
10,001 - 15,000 บาท	91.8		
ความพอเพียงของรายได้			
ไม่เพียงพอ	90.5	F = 0.223	0.800
เพียงพอ	91.9		
เหลือเก็บ	91.7		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม			
ระดับดี	104.2*	F = 73.063	0.000
ระดับปานกลาง	92.0*		
ระดับไม่ดี	80.4*		

*The mean difference is significant at the .05 level

สรุปและวิจารณ์

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริชัย ดาริกานนท์⁽¹⁰⁾ ที่สำรวจคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่ ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และวันเพ็ญ แก้วปาน⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์ของโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างถึงแม้จะเป็นโรคที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิต แต่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ โดยเข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามสมควร จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

ปัจจัยลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีแต่มีข้อค้นพบบางประการ เช่น อายุของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ว่างงาน หรืออยู่บ้านโดยไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพประจำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากอิทธิพลของอายุและระดับการศึกษา เพราะจากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ คือกลุ่มที่มีอายุมาก ระดับการศึกษาน้อย เนื่องจากการศึกษาช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ ทำให้การรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ได้ดี เป็นผลให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม⁽³⁾ ที่เห็นว่าการศึกษาคือสิ่งสำคัญต่อการพัฒนา

ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและการศึกษาของ สุเทพ รักเมืองนรินทร์ หิรัญสุทธิกุล และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล⁽¹²⁾

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 (ตารางที่ 11) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาวัลย์ กิรุ่งเรืองกุล⁽³⁾ ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่อยู่ในชุมชนที่ให้การยอมรับ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคม มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้รับเงินทุนในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และวันเพ็ญ แก้วปาน⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ กับบุคคลในครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนบ้าน ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกัน เสริมสร้างองค์รภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องที่สามารถสนับสนุนด้านทรัพยากรแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้มีการฝึกอาชีพในกลุ่มว่างงาน ซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มรายได้แล้วยังเป็นการลดภาระการดูแลจากครอบครัวชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วย ความกรุณาจากนายแพทย์วิกรม ปรีชาปัญญากุล ผู้เชี่ยวชาญและประธานคณะทำงานด้านเอดส์โรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุนและให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณพูนศรี นิธากรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางจรงค์ เข้มแข็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสุขศึกษาทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนแกนนำและสมาชิกชมรมบ้านสีขาว โรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม และแพทย์หญิงสมศรี เกษโกวิท รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ที่ปรึกษากลุ่มงานสุขศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ;2560.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รู้ทันเอดส์. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
3. ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2547.
4. วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ. ปัจจัยส่งเสริมการมีชีวิตรื่นยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์; 2551. 36-46.
5. ศดานันท์ ปิยกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.[วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
6. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, รวีวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต; 2541. 4-15.
7. ภาสกร อินทุมาร. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. เอกสารประกอบคำบรรยาย ประชากรศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล.[อินเทอร์เน็ต] [สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2560]. แหล่งข้อมูล : <http://www.popedusspace.com/index.php?lay>Show&ac=article&id>.
8. วารุณี นาคูน. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วย AIDS ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.2551.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : สุริยาสัน; 2542.
10. ศิริชัย ดาริกานนท์. การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ HIV. วารสารกรมสุขภาพจิต; 2541. 25-57.
11. ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และวันเพ็ญ แก้วปาน. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดนราธิวาส. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 2550. 47-58.
12. สุเทพ รักเมือง, นรินทร์ หิรัญสิทธิกุล และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ในเขต 11. วารสารโรคเอดส์; 255. 46-57.

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในพื้นที่นำร่องต้นแบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) จังหวัดเพชรบุรี

Promotion of Health Behaviors to Enhance Quality of Life of Dependent Elderly
in Long Term Care Pilot Area, Phetchaburi Province

สุกัญญา ปวงนิยมพย.บ*

SukanyaPuangniyom ,RN.*

วันเพ็ญ แก้วปานส.ด.**

WonpenKaewpan , Dr.PH.**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

**ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข

**Public Health Office , Ministry of Public Health,Thailand

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Department of Public Health Nursing, Faculty of

Public Health, MahidolUniversity.Thailand**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานในพื้นที่ที่ดำเนินการได้ผลดีเยี่ยม เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีแก่พื้นที่อื่น รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed-Method Research) ดำเนินการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 ศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานจากปัจจัยแห่งความสำเร็จและกลไกในการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) รวมทั้ง ปัญหาอุปสรรค เพื่อสรุปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และระยะที่ 3 สรุปผลการดำเนินงาน ประชากร ในระยะที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 มี 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้ให้บริการ จำนวน 11 คน กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ จำนวน 7 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย และการจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการในพื้นที่ จำนวน 7 คน เครื่องมือวิจัย ในระยะที่ 1 เป็นแบบสอบถาม ระยะที่ 2 มีจำนวน 3 ชุด ชุดที่ 1 แบบสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ชุดที่ 2 ผู้รับบริการ และชุดที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร ผลการวิจัยพบว่า ผลการดำเนินงานมีค่าผลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 87.5 ของทั้งหมด โดยอยู่ในระดับดี (เกินร้อยละ 80 ขึ้นไป) ร้อยละ 50.0 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย 15-30 นาที นานๆ ครั้ง ร้อยละ 29.8 รับประทานผักผลไม้ บางครั้ง ร้อยละ 32.3 และรับประทานปลาบ่อยครั้ง ร้อยละ 36.9 ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว เป็นประจำ ร้อยละ 46.6 พักผ่อนกลางวันเป็นประจำ ร้อยละ 63.8 โกรธ ผ่อนคลายความเครียดบางครั้ง ร้อยละ 28.0 และยอมรับความเป็นจริง

สิ่งต่างๆ ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้เป็นประจำ ร้อยละ 26.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค มีการตรวจสุขภาพ วัดความดัน ร้อยละ 95.1 ฉีดวัคซีน ร้อยละ 36.6 และยังไม่ได้ฉีดวัคซีน ร้อยละ 63.4 และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่ามีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 4.6 และบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 33.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า มีระดับการพึ่งพิงมาก ร้อยละ 24.2 ระดับพึ่งพิงบางส่วน ร้อยละ 75.8 คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.207$, $p\text{-value} = 0.000$ และ $r = 0.221$, $p\text{-value} = 0.000$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ SWOT และปัจจัยแห่งความสำเร็จในพื้นที่นำร่องต้นแบบที่มีคะแนนสูงสุดอันดับ 1 เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) ความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล) 2) ความร่วมมือจากชุมชน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย 3) ศักยภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และความเข้มแข็งของผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ผู้บริหาร คือ นายอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดนโยบายการดำเนินงาน 5) การสนับสนุนจากแม่ข่าย/เครือข่ายบริการในพื้นที่ (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) และ 6) การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีและศูนย์เขต ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินการ โดยส่งเสริมบทบาทของผู้จัดการระบบและสนับสนุนการดำเนินงานโดยสร้างความร่วมมือจากชุมชน และเน้นการบูรณาการจากองค์กรในชุมชน ผู้นำชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

Abstract

The objective of this study was to analyze the situations of health status, health behaviors, daily activity living, and quality of life of dependent elderly. The model to promote quality of life of dependent elderly was also developed based on analysis of the best practices from the implemented areas. Action research using mixed -method design was divided into 3 phases. In phase 1, health behaviors, daily activity living, quality of life and health needs of dependent elderly were analyzed. The association between health behaviors and daily activity living of dependent elderly was also explored. In phase 2, successful implementation was analyzed for its key success factors and implementation process to develop the best practice model. Problems and obstacles were also analyzed to develop implementation model. Phase 3 was the summary of the implementation. Subjects in phase 1 was dependent elderly. While subjects in phase 2 include 11 health care providers, 7 clients, and 3 administrators involving policy development and management of the service support in the areas.

Instrument used in phase 1 was questionnaire, while focus group guideline for providers and clients and in-depth interview guideline was used for phase 2 data collection.

Results showed that there were 87.5% of the sub-district passed the standard criteria (>80%) and 50% had performance at good level. Regarding health promoting behaviors, 29.8% rarely exercise for 15-30 min, 32.3% have fruit and vegetable intake sometimes, 36.9% often eat fish, and 46.6% regularly drink water 6-8 glasses per day. Taking a nap during the day, stress relaxing, and accepting what happened in their life was reported regularly (63.8%), sometimes (28.0%), and regularly (26.2%), respectively. For disease prevention, 95.1% had their blood pressure checked and 36.6 had vaccination, while non-vaccination was found at 63.4%. In terms of health risk behaviors, 1.5% drink alcohol, 4.6% smoke, and 33.5 had unsafe food. For daily activity living, 24.2% were dependent and 75.8% were partial dependent. Most of them had quality of life at moderate level (86.3%). Health promoting behaviors and daily activity living were significantly positively related to quality of life of dependent elderly in Petchaburi province at low level ($r = 0.207$, $p\text{-value} = 0.000$, $r = 0.221$, $p\text{-value} = 0.000$, respectively). According to the SWOT analysis and deriving the key success factors from the pilot area which had the highest performance score, the best practice in health promotion to enhance quality of life of the dependent elderly include 1) participation of local administrative organization 2) participation of community leaders, stakeholders, and network 3) competency of care manager and actions of administrators and multidisciplinary team in health promoting hospital at sub-district level 4) role of change agents including administrators such as district administrators and quality of life development committee in the policy implementation 5) support of service network in the areas (hospitals and district public health office) and 6) support from public health provincial office and regional center.

Findings suggested that roles of care system managers and support from the community should be enhanced. Integration of community organization, community leaders, governmental sectors, and service network is needed for the efficient implementation.

ประเด็นสำคัญ

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาว

Key words :

Promotion of health Behaviors, Quality of Life, Dependent Elderly, Long Term Care

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ตั้งแต่ปี 2550 คือมีประชากรสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 โดยใช้อายุตามปีปฏิทินที่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเป็นนิยามที่เป็นทางการของ “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2546⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทย มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.7⁽²⁾ และจากการฉายภาพประชากรจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 20.5 ในปี 2565 และ ร้อยละ 32.1 ในปี 2583⁽³⁾ ซึ่งประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 หมายถึงว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) สอดคล้องตามนิยามขององค์การสหประชาชาติในการจำแนกการเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวม หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรรวม 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20 และประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14 และ 3) ระดับ Super – aged society หมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรรวม⁽⁴⁾

นโยบายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง คือการหาแนวทางให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้เต็มพื้นที่ภายใน 3 ปี วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁵⁾

จังหวัดเพชรบุรีก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในช่วงปี 2555-2558 ร้อยละ 15.4, 15.0, 15.0, 15.5 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.7 ของประชากรรวมในปีพ.ศ.2559 จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ร้อยละ 93.1 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องให้การช่วยเหลือ ร้อยละ 5.5 กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องให้การช่วยเหลืออย่างมาก ร้อยละ 0.8 จากการคัดกรองสุขภาพพบปัญหาภาวะโภชนาการ ร้อยละ 22.3 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.3 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 14.8 เช้าเสื่อม ร้อยละ 9.2 ตาเป็นโรคต้อกระจก ร้อยละ 5.42 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 สมอเสื่อม ร้อยละ 3.1 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 2.8 การกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 0.84⁽⁶⁾ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการสนองนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ Long Term Care ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในปี พ.ศ.2559 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ 16 แห่ง (ตำบล) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 331 คน โดยใช้รูปแบบการดูแลการบูรณาการระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งรูปแบบที่เด่นชัด คือ

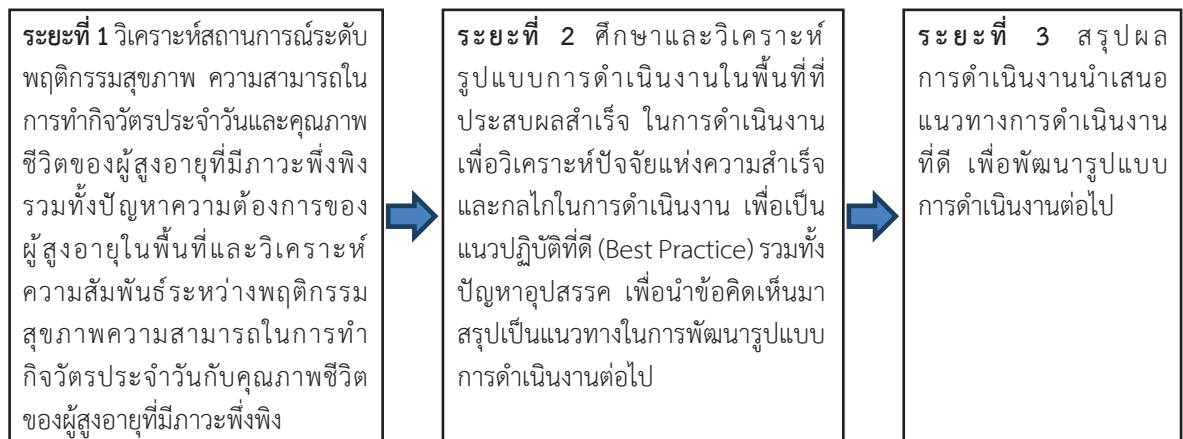
การมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และ ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Care Giver) มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสร้างเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา จังหวัดเพชรบุรียังไม่มีโครงการหรือแผนงานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน รวมทั้งยังไม่มีโครงการประเมินผลการดำเนินงานภายหลังจากการดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ Long Term Care ดังนั้น ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในพื้นที่ที่ดำเนินการได้ผลดีเยี่ยม เป็นที่ยอมรับว่ามีกลไกที่ก่อให้เกิดประสิทธิผลสำเร็จอย่างไร บุคลากรที่มีบทบาทเป็นผู้จัดการสุขภาพมีแนวปฏิบัติงาน กระบวนการจัดการ และกลไกการดำเนินงานในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านอย่างไร เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการเสนอแนะการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการ

ที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และมีความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริง ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed -Method Research) โดยมีแนวทางดำเนินการเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 สำรวจสถานการณ์เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะที่ 2 ศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และกลไกในการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) รวมทั้งปัญหาอุปสรรค เพื่อนำข้อคิดเห็นมาสรุปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานต่อไป และระยะที่ 3 สรุปผลการดำเนินงานโดยขั้นตอนการศึกษาวิจัยสรุปดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 สํารวจสถานการณ์เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่นําร่องต้นแบบ

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่นําร่องต้นแบบ (Long Term Care) จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 16 ตำบล ได้แก่ ตำบลธงชัย ตำบลบ้านหม้อ ตำบลต้นมะม่วง ตำบลดอนยาง ตำบลหนองขนาน ตำบลหนองโสน ตำบลหนองชุมพลเหนือ ตำบลหนองหญ้าปล้อง ตำบลชะอำ ตำบลบ้านในดง ตำบลท่าไม้รวก ตำบลบ้านลาด ตำบลสมอพลือ ตำบลบ้านแหลม ตำบลแหลมผักเบี้ย และตำบลวังจันทร์ ในปีงบประมาณ 2560 (ข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560) รวมทั้งหมด จำนวน 331 คน ในการศึกษาจะศึกษาทั้งหมดในกลุ่มประชากรโดยมีเกณฑ์กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มที่ศึกษา คือ 1) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิง มีสติสัมปชัญญะดี และ 2) มีผู้ดูแลหรือมีผู้ช่วยเหลือที่ให้คำตอบในระหว่างการสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 1 เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยข้อความ 6 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ในชุมชนและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวันจากช่องทางสื่อสารต่างๆ และการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 การได้รับการเยี่ยมดูแลจากบุคคล

ต่างๆ ได้แก่ ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และอาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 10 ข้อ (7)

เกณฑ์การแปลผล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จะจำแนกความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็น 3 ระดับ (ตามเกณฑ์การจัดแบ่ง ADL ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) คือ **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1** ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2** ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน และ**ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3** ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน⁽⁸⁾ และส่วนที่ 6 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งกรมสุขภาพจิตแปลจากองค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾

เกณฑ์แปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตคะแนนในส่วนนี้ มีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน นำมาจำแนกระดับคุณภาพชีวิตดังนี้ คือ คะแนน 26 - 60 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสรุป ดังตารางที่ 1

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุเพื่อกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และอาจารย์จากมหาวิทยาลัย รวม 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลไร่มะทอน ตำบลไรโคก และตำบลหนองกะบู่ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 ชุด แล้ววิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachs Alpha Coefficient) ในส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 เท่ากันซึ่งมีค่าใช้ได้⁽¹⁰⁾

การดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขอ อนุ มัติ จ ริ ย ธรรม การ วิ จัย ใน ม นุ ช ย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ภายหลังจากการรับรอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ตามทะเบียนรายชื่อในแฟ้มที่

ผู้ช่วยวิจัยจัดทำเตรียมทะเบียนกลุ่มประชากรที่ศึกษา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 สามารถจัดเก็บได้ จำนวน 331 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มประชากรที่กำหนด

การวิเคราะห์ทางสถิติ โดยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าไคสแควร์ (χ^2), ค่า Fisher's exact test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ระยะที่ 2 ศึกษารูปแบบและแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยดำเนินการประเมินการดำเนินงานของพื้นที่ โดยใช้ตัวชี้วัดระดับกระทรวงประเมินองค์ประกอบการดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)⁽¹¹⁾ จำแนกรายองค์ประกอบรวม 7 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 เป็นคะแนนในส่วนของการประเมินคัดกรอง ADL องค์ประกอบที่ 2 มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ องค์ประกอบที่ 3 คือการมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Care Giver) หรืออาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน องค์ประกอบที่ 4 มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว องค์ประกอบที่ 5 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ติดบ้าน กลุ่มที่ติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) องค์ประกอบที่ 7 มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล เมื่อประเมินทั้ง 16 แห่งแล้ว นำคะแนนมาจำแนก โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) โดยผลการดำเนินงานในระดับสูง มีคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80 ขึ้นไป คะแนนระดับปานกลาง คะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 60-79 ระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 60 ต่อจากนั้น จะวิเคราะห์แนวทางการบริหารการจัดบริการในกลุ่มที่มีผลการดำเนินงานในระดับสูง ซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ (มีคะแนนในระดับสูงสุดเป็นลำดับที่ 1 เพื่อเป็นการวิเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) โดยใช้การวิเคราะห์ SWOT และปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมทั้งสอบถามแนวทางการจัดบริการ จากกลุ่มผู้ดำเนินการและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินงาน จัดรูปแบบบริการผู้สูงอายุในชุมชนในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จนั้น ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ทีมหมอครอบครัวของเครือข่ายบริการผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเพชรบุรี และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล

ในพื้นที่นำร่องต้นแบบ จำนวน 11 คน กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ ประชาชนชาวบ้านและครอบครัวผู้สูงอายุ โดยสอบถามสมาชิกหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 7 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย และการจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการในพื้นที่ ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลในพื้นที่นำร่องต้นแบบ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, องค์การบริหารส่วนตำบล) ประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัด จำนวน 7 คน

เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 2 มีจำนวน 3 ชุด ชุดที่ 1 แบบสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ และชุดที่ 2 ผู้รับบริการ และชุดที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร โดยมีประเด็นที่มีคำถามที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key question)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับกลุ่มผู้บริหาร ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ระยะที่ 3 สรุปและวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานโดยวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค เพื่อสรุปเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่ดีต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิต ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.9 อายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 35.3 (อายุเฉลี่ย 79.6 ปี SD = 9.6 อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 101 ปี) สถานภาพสมรส เป็นหม้าย ร้อยละ 52.9 ระดับการศึกษาจบชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 82.4 มีความสามารถอ่านออก เขียนได้ ร้อยละ 52.9 อาชีพก่อนอายุ 60 ปี ส่วนใหญ่ ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 41.0 รองลงมารับจ้าง ร้อยละ 24.0 และค้าขาย ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 96.4 รายได้เฉลี่ย ต่อเดือนประมาณ 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 46.2 (รายได้เฉลี่ย Median=1,400 SD=2,751.9 min=600 Max=25,000 บาท) การเป็นสมาชิก ชมรมของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เข้าร่วมเป็น สมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 70.9 รองลงมา ได้แก่ สมาชิกกลุ่มท่องเที่ยว และ กลุ่มออมทรัพย์ ร้อยละ 34.4 และ 23.7 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็น บุตรสาว ร้อยละ 46.8 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 17.3 บุตรชาย ร้อยละ 16.4 และหลาน ร้อยละ 8.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการดูแลและ สวัสดิการ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุจากการมี พื้นหลายระดับ ร้อยละ 34.8 จากห้องสุขาอยู่ไกล/

พื้นลื่น ร้อยละ 32.2 จากสภาพภายในบ้านมืด มองไม่ค่อยเห็น ร้อยละ 21.8 และสาเหตุอื่น ได้แก่ บ้านรกรุงรัง จัดของไม่เป็นระเบียบ ผนังบ้านเป็นไม้ไผ่ ร้อยละ 0.3 และสภาพบ้านไม่เรียบร้อย ร้อยละ 1.2

2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวัน และการรับสวัสดิการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ รับทราบข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 88.3 บุคลากรสาธารณสุขและทีวี ร้อยละ 79.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล มีร้อยละ 44.6 การทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 พบว่ามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.9) ไม่ทราบข้อมูล ฉบับนี้เลย

2.3 การได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากกลุ่มคน พบว่า 1) การได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Care giver) โดยดูแล เรื่องการรับประทานอาหาร ร้อยละ 58.5 การ นอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัย การจัด สภาพแวดล้อมถูกสุขลักษณะ การจัดยา ดูแลการ รับประทานยามากกว่า ร้อยละ 50 2) การได้รับ บริการเยี่ยมบ้านจากผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) พบว่าได้รับการดูแลเรื่อง การรับประทานอาหารมากกว่า ร้อยละ 20 การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับ ถ่ายถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัย การจัดสภาพแวดล้อมถูกสุขลักษณะ การจัดยา ดูแลการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 50 และ 3) การได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัคร สาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการดูแล วัดความดันโลหิต ร้อยละ 53.6 ตรวจน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 26.7 ส่งเสริมการออกกำลังกาย ร้อยละ 28.5 ทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น ร้อยละ 17.6

2.4 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) พบว่าด้านร่างกาย มีโรคเรื้อรังประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 74.9 รองลงมาอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 54.4 ด้านจิตใจมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.8 จิตเวชอื่นๆ ร้อยละ 2.2 สำหรับใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีอาการทางร่างกายที่พบเป็นประจำคือ สายตามัว ร้อยละ 31.4 ปัสสาวะกลั้นไม่อยู่ ร้อยละ 24.7 ด้านจิตใจมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 24.7 เครียด ร้อยละ 18.5 หลงลืม ร้อยละ 34.0 โดยเกิดเป็นบางครั้ง สำหรับการบอกวัน เวลา สถานที่ พบว่า มากกว่าครึ่ง ยังสามารถบอกวันในสัปดาห์ บอกเดือน บอกปีได้ (ร้อยละ 58.5, 53.6 และ 52.3 ตามลำดับ) ส่วนที่บอกไม่ได้ ได้แก่ การบอกวันทั่วไป ร้อยละ 51.5 สำหรับในช่วง 2 สัปดาห์รู้สึกมีอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ร้อยละ 17.5 ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 19.2

2.5 พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย 15-30 นาที นานๆ ครั้ง ร้อยละ 29.8 รับประทานผักผลไม้ บางครั้ง ร้อยละ 32.3 และรับประทานปลาบ่อยครั้ง ร้อยละ 36.9 ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วเป็นประจำ ร้อยละ 46.6 พักผ่อนกลางวันเป็นประจำ ร้อยละ 63.8 โกรธ ผ่อนคลายความเครียดบางครั้ง ร้อยละ 28.0 และยอมรับความเป็นจริงสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เป็นประจำ ร้อยละ 26.2 **พฤติกรรม**

การป้องกันโรค มีการตรวจสุขภาพวัดความดัน ร้อยละ 95.1 ฉีดวัคซีน ร้อยละ 36.6 และยังไม่ได้

ฉีดวัคซีน ร้อยละ 63.4 และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่ามีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 4.6 และบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 33.5

2.6 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า มีระดับการพึ่งพิงมาก ร้อยละ 24.2 ระดับพึ่งพิงบางส่วน ร้อยละ 75.8 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่สามารถดื่อกาอาหารโดยใช้ช้อนตักอาหารเองได้ ร้อยละ 44.7 ทำความสะอาดร่างกายต้องมีผู้ช่วย ร้อยละ 59.7 ลูกนั่งต้องการความช่วยเหลือมาก ร้อยละ 34.8 การใช้สຸຂາต้องพึ่งพาผู้อื่น ร้อยละ 51.4 การเคลื่อนไหวไม่สามารถทำได้เลย ร้อยละ 33.8 และต้องมีผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 31.4 การสวมเสื้อผ้าทำได้ ร้อยละ 55.3 ขึ้นลงบันได 1 ชั้น ไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 78.0 การอาบน้ำมีคนช่วย ร้อยละ 77.1 การถ่ายหนักไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ร้อยละ 20.8 การถ่ายเบาไม่สามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะได้ ร้อยละ 29.3 และทำได้บางครั้ง ร้อยละ 49.2

2.7 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.3 ระดับไม่ดี ร้อยละ 10.6 และระดับดี ร้อยละ 3.0 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7, 73.7, 61.1 และ 81.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ด้านร่างกาย	89 (27.1)	232 (70.7)	7(2.1)
ด้านจิตใจ	49(15.0)	241(73.7)	37(11.3)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	112(34.0)	201(61.1)	16(4.9)
ด้านสิ่งแวดล้อม	23(7.0)	269(81.8)	37(11.2)
โดยรวม	35(10.6)	284(86.3)	10(3.0)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.207$, $p\text{-value} = 0.000$ และ $r = 0.221$, $p\text{-value} = 0.000$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ปัจจัย	n	r	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ	326	0.095	0.086
พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	326	-0.085	0.123
พฤติกรรมป้องกันโรค	326	0.020	0.717
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	326	0.207	0.000*
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	329	0.221	0.000*

*p-value <0.05

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) จังหวัดเพชรบุรี

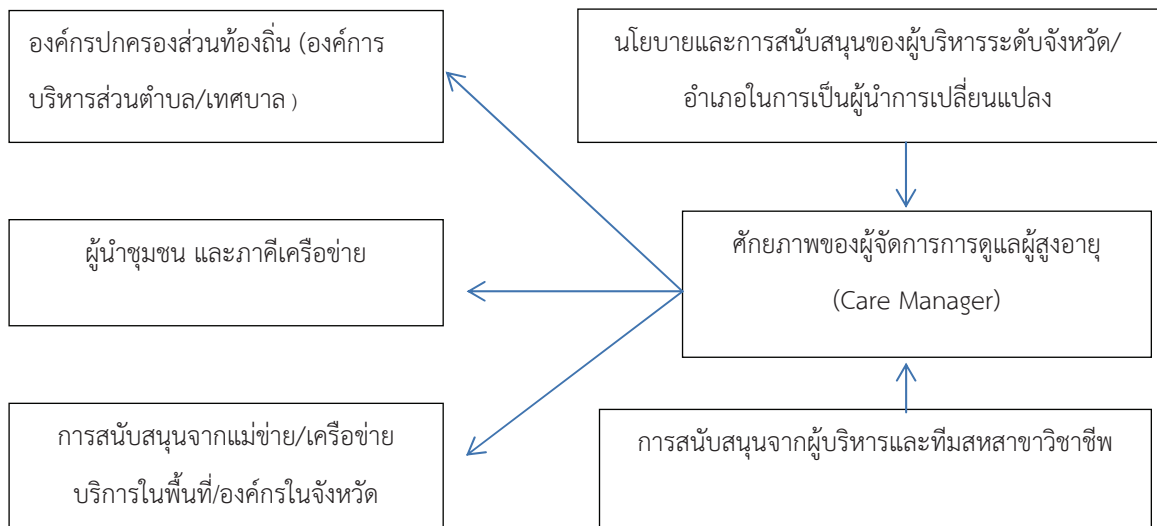
4.1 ผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามเกณฑ์มาตรฐานของตำบลนำร่องรวม 16 แห่ง พบว่า มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 14 แห่ง คิดเป็น

ร้อยละ 87.5 ของทั้งหมด โดยอยู่ในระดับดี (เกินร้อยละ 80 ขึ้นไป) จำนวน 8 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 50.0 ระดับปานกลาง 6 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 37.5 และระดับต่ำ 2 แห่งคิดเป็น ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

4.2 ผลการวิเคราะห์ SWOT และปัจจัยแห่งความสำเร็จในพื้นที่นำร่องต้นแบบ ที่มีคะแนนสูงสุดอันดับ 1 เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย 1) ความร่วมมือจากองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2) ความร่วมมือจากชุมชน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย 3) ศักยภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และความเข้มแข็งของผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ผู้บริหาร คือ นายอำเภอ

และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดนโยบายการดำเนินงาน 5) การสนับสนุนจากแม่ข่าย/เครือข่ายบริการในพื้นที่ (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) และ 6) การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และศูนย์เขต โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5 และสรุปรูปแบบดำเนินการ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จและเป็นแนวปฏิบัติที่ดี

4.3 ปัญหาอุปสรรค ในพื้นที่ที่ยังดำเนินการไม่บรรลุผลสำเร็จและข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

สำหรับพื้นที่ที่ดำเนินการในระดับต่ำ พบว่ามีปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้บริหารขาดความรู้ความเข้าใจ ในแนวทางการดำเนินงาน หลักเกณฑ์การจ่ายเงินไม่ชัดเจน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุขาดทักษะในการดำเนินงาน และมีการย้ายงาน และปริมาณภาระงานแต่ละหน่วยแตกต่างกัน ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดการนิเทศงาน และการประชาสัมพันธ์งาน

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

1. ความต้องการของผู้รับบริการและแนวทางการจัดการในทัศนะของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กลุ่มผู้รับบริการ มีความเห็นว่าในอนาคตอยากให้มีความคุณภาพชีวิตที่ดี มีระบบบริการสุขภาพที่ดี มีคุณภาพ มีระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันติดบ้าน ติดเตียง และมีบริการให้คำแนะนำญาติ มีการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Care Giver) มีอาสาสมัครไปดูแลที่บ้านตอนกลางวัน มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล เป็นศูนย์รวมกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พร้อมกับมีสถานที่และบุคลากรดูแลผู้สูงอายุที่ญาตินำมาฝากช่วงกลางวัน (Day Care)

และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงควรบูรณาการงานไปด้วยกัน

กลุ่มผู้ให้บริการ เห็นว่าครอบครัวเป็นตัวหลักสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องบริหารจัดการให้คนในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคนเปลี่ยนกันดูแล และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวต้องเรียนรู้ไปพร้อมๆ กับผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้ความร่วมมือกับ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขชุมชน โดยผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีทัศนคติเชิงบวกว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่มีความค่า พร้อมกับจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย สังคมทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งหน่วยงานในชุมชน และหน่วยงานในระดับจังหวัด

กลุ่มของผู้บริหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าไม่ถึงรัฐสวัสดิการ เพราะไม่รู้สิทธิ เข้าไม่ถึงข้อมูล เข้าไม่ถึงแหล่งบริการใกล้บ้าน เป้าหมายสูงสุดคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการครอบคลุมสามารถตัดสินใจกับครอบครัวที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ถูกห้ามไม่ให้ทำอะไรเลย (off service) เพราะเกรงว่าจะเป็นภาระทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการ “เฉาตาย” No Activity **ควรลดบริการขยายแนวป้องกัน ตั้งแต่เขายังมีศักยภาพอยู่ แต่สังคมไม่ให้โอกาส เกิดการพึ่งพิงโดยไม่จำเป็นเหมือนรถยนต์จอดไว้ ก็สตาร์ทไม่ติด รถดับเครื่องเหมือนพึ่งพิงเทียม**

ปัญหา อุปสรรค คือ 1) ขาดงบประมาณจัดตั้ง Day Care แก่ปัญหาโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งงบประมาณส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งขอสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี 2) ขาดบุคลากร แก่ปัญหา

โดยระยะแรกขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลในอำเภอ

แนวทางดำเนินการ สรุปดังนี้ 1) ครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนเห็นความสำคัญ 3) มีการบูรณาการงานผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 4) ขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหากมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลพึงปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีศักยภาพสูงสุด มีสุขภาพสมบูรณ์⁽¹²⁾ โดยเน้นเรื่องการออกกำลังกาย โภชนาการ การพักผ่อน การตรวจสุขภาพและการจัดการความเครียดซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถปฏิบัติได้ดีในด้านการพักผ่อน โดยมีการพักผ่อนกลางวันเป็นประจำ ร้อยละ 63.8 พฤติกรรม การป้องกันโรคมีการตรวจสุขภาพวัดความดัน ร้อยละ 95.1 และต้องได้รับการดูแลให้มีการปฏิบัติที่ดีขึ้นเพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะในขณะนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เพราะในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด การฉีควัคซีนยังปฏิบัติไม่ดี โดยออกกำลังกายนานๆ ครั้ง รับประทานอาหารไม่เพียงพอเป็นต้น เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพไม่สามารถดำเนินการเองได้โดยตนเองและเพียงลำพังจำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นทำให้มีขีดจำกัดในการปฏิบัติตนในการดูแล

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ระบุว่าต้องการการดูแลเรื่องปัจจัยพื้นฐานเกี่ยวกับอาหาร สวัสดิการการดูแลให้ดีขึ้นและการเงินเพื่อยังชีพ รวมทั้งต้องการให้มีผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเงินและต้องการการดูแล และมีความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันจำกัด จึงต้องมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^(13,14) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง มีปัญหาโรคเรื้อรังและมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง และมีความต้องการการดูแลจากคนในครอบครัว

สำหรับรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบที่ดำเนินการได้ผลดี พบว่ามืองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2) ความร่วมมือจากชุมชน ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่าย 3) ศักยภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และความเข้มแข็งของผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ผู้บริหาร คือ นายอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดนโยบายการดำเนินงาน 5) การสนับสนุนจากแม่ข่าย/เครือข่ายบริการในพื้นที่ (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) และ 6) การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพชรบุรีและศูนย์เขต ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ระบุว่า การบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีหลักการดำเนินการในการออกแบบการจัดการ โดยมีองค์ประกอบ คือ 1) การบูรณาการสาธารณสุขในพื้นที่และบริการ

สังคมในพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) การสนับสนุนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในการบริหารจัดการภายใต้การสนับสนุนเครือข่ายระดับปฐมภูมิของพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวเป็นผู้ดำเนินการ มีบทบาทในการพัฒนาและวางแผนให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้จัดการระบบฯ ประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละรายซ้ำ ประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขและจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อต่อการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทภาคีใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างไร ระบบการดูแลจะครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มติดเตียงสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีภาวะพึ่งพิงมาก หรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้ จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวันส่วนกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเคลื่อนไหวได้บ้าง จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระการดูแลในระยะยาว⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของยูดี รอดจากภัย กลุ่ชาติ โรจนไพศาลกิจ และไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่า การดำเนินงานโดยใช้หลักการ Community based service และเศรษฐกิจพอเพียงมีผลต่อการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

โดยต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ คือ เครือข่ายในการทำงาน มีการสร้างทีมงานและมีการสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจึงจะส่งผลดี ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในด้าน การรับรู้คุณค่าตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผลการศึกษานี้ สรุปว่า พื้นที่ที่ดำเนินการ ได้ผลดี มีความพร้อมในด้านองค์กรและเครือข่าย ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และมีพยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการ การดูแลผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสูงสามารถจัดการระบบ การดำเนินงานได้มีประสิทธิภาพเป็นกลไกขับเคลื่อน การดำเนินงาน มีทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย นอกวิชาชีพที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี และได้รับความร่วมมือจากชุมชน

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายผู้บริหารของ เครือข่ายบริการระดับอำเภอ (โรงพยาบาลและ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ควรกำหนดมาตรการเชิง รุกส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เพิ่มความครอบคลุม ของตำบลที่มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)

2) ข้อเสนอแนะด้านการจัดบริการ ควรจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัวร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ/เอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ได้รับบริการครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

3) ข้อเสนอแนะด้านวิชาการและการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

อยู่ในกลุ่มติดสังคม เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ หาแนวทางป้องกันไม่ให้เปลี่ยนเป็นกลุ่มที่มีภาวะ พึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) รวมทั้ง บทบาทของ ครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มติดสังคมได้ยาวนาน

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี นายแพทย์ประจักษ์ วัฒนะกุล อดีตนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี นายแพทย์สาธิต ทิมขำ นายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา (อดีตนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน) และ นายบุญลาภ ทิพย์จันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่ให้การสนับสนุนและ ชี้แนะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ .พระราชบัญญัติผู้ สูงอายุ พ.ศ. 2546.[อินเทอร์เน็ต].2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค.2561] เข้าถึงได้จาก : <http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law09.html>
2. สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของ ประเทศไทยพ.ศ. 2553–2583. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2556.
3. รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์} เรวดี สุวรรณพเก้า. มโนทัศน์ใหม่ ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิง จิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท โรงพิมพ์ เดือนตุลา; 2556.

4. สรรพากรสาสน์ .ก้าวสู่สังคมสูงอายุ:สังคมผู้สูงอายุประเทศไทยพร้อมหรือยัง (ตอนที่1). [อินเทอร์เน็ต].2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค.2561] เข้าถึงได้จาก : http://www.sanpakornsarn.com/page_article_detail.php?aID=652 วันที่ 10-7-61
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.);2559.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2559). การตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559 รอบที่ 1, : 95-100
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ. ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
9. กรมสุขภาพจิต.เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). [อินเทอร์เน็ต].2545. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค.2561] เข้าถึงได้จาก :<https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
10. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10 th.ed. Philadelphia : Wolters Kluwer Health.;2017.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2557). การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิ.ย.2561] เข้าถึงได้จาก : https://eh.anamai.moph.go.th/download/article/article_20180625164331.pdf
12. DiClemente JR,Crosby AR,Kegler CM.editors. Emerging theories in health promotion practice and research.2nded. San Francisco, CA : John Wiley & Sons;2009.
13. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก็อปปี; 2549.
14. อุทัย สุดสุข,พิทยา จารุพูนผล.รายงานการวิจัย โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
15. ยุวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์.การจัดการรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. [อินเทอร์เน็ต].2557. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก : http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files//2559_007.pdf

[illegible]

