

กองระบาดวิทยา ภาศัการะทรงวมสงวกรณสงูย

# รายงาน

## การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

### WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

โปรแกรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยาน	306
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนไข้ในคลินิกกามโรค	308
สรุปสถานการณ์เอดส์ประจำเดือน พฤษภาคม 2536	315

### สาระสำคัญในฉบับ

#### Highlight

#### โปรแกรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยาน แคนาดา, ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา

รายงานฉบับนี้เสนอวิธีการที่จะเพิ่มการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยาน 3 วิธีคือจัดหาหมวกนิรภัยในราคาถูก (ในแคนาดา) ออกกฎหมายบังคับการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยาน (ในออสเตรเลีย) และให้สุขศึกษา (ในสหรัฐอเมริกา) พบว่าในแคนาดามีรายงานการใช้หมวกนิรภัย เพิ่มจาก 6 % เป็น 34 % แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการใส่หมวกนิรภัยระหว่างกลุ่มนักเรียนที่มีการจัดหาหมวกนิรภัยให้และกลุ่มที่ไม่มีการจัดหาหมวกนิรภัยให้ ในออสเตรเลีย อัตราการใส่หมวกนิรภัยในกลุ่มอายุ 5-11 ปีเพิ่มจาก 26 % เป็น 80 % ส่วนในสหรัฐอเมริกามีการใส่หมวกนิรภัยในกลุ่มอายุ 5-15 ปีเพิ่มขึ้นจาก 5 % (ปี 1986) เป็น 38 % (ปี 1992)

### โปรแกรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยาน แคนาดา, ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา

การใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยาน มีผลอย่างมากในการลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บรุนแรงของศีรษะในกรณีที่เกิดการชนหรือล้ม ถึงแม้ว่าจะมีผลดีแต่ข้อมูลทางระบาดวิทยาก็บ่งชี้ว่ายังมีอัตราการใช้หมวกนิรภัยต่ำทั่วโลก วิธีการที่จะเพิ่มการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยานในสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ ได้แก่ การสนับสนุนให้หมวกนิรภัยในราคาถูก การขึ้นทะเบียนและการให้สุศึกษา รายงานฉบับนี้สรุปข้อมูลของ 3 วิธีการที่จะเพิ่มการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยานและผลกระทบของวิธีการเหล่านี้ในแคนาดา (สนับสนุนให้หมวกนิรภัยในราคาถูก) ออสเตรเลีย (ขึ้นทะเบียน) และสหรัฐอเมริกา (ให้สุศึกษา)

**แคนาดา** เพื่อประเมินว่าการจัดหาหมวกนิรภัยสำหรับผู้ขี่จักรยาน ให้ในราคาต่ำจะเพิ่มการใช้หมวกนิรภัยหรือไม่ Division of General Pediatrics, Hospital for Sick Children ในโตรอนโต ได้ทำการศึกษาแบบ randomized controlled study โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน 1992 (2) โดยจัดหาหมวกนิรภัยสำหรับผู้ขี่จักรยานให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาในพื้นที่ที่รายได้ต่ำ 3 โรงเรียนในราคา \$ 10 U.S. เปรียบเทียบนักเรียนเหล่านี้กับนักเรียนที่อยู่ในพื้นที่รายได้ต่ำเช่นเดียวกัน แต่ไม่ได้จัดหาหมวกนิรภัยราคาถูกให้ พบว่ามีรายงานการเป็นเจ้าของหมวกนิรภัยเพิ่มจาก 10 % เป็น 47 % ในเด็กนักเรียนที่มีการจัดหาหมวกนิรภัยให้ รายงานการใช้หมวกนิรภัยเพิ่มจาก 6 % เป็น 34 % อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการใช้หมวกนิรภัยระหว่างพื้นที่เหล่านี้ (3 % ก่อนการศึกษา เป็น 18 % ภายหลังการศึกษา) กับพื้นที่ที่ไม่มีการจัดหาหมวกนิรภัยให้ (1 % - 21 %)

**ออสเตรเลีย** ในเดือนกรกฎาคม 1990 รัฐวิกตอเรียได้บัญญัติกฎหมายเพื่อบังคับการใช้หมวกนิรภัยในการขี่จักรยาน กฎหมายฉบับนี้ใช้บังคับโดยเฉพาะกับทุกคนที่ขี่จักรยานบนถนน ทางเท้า หรือทางเฉพาะสำหรับจักรยาน และในสวนสาธารณะ ต้องสวมหมวกนิรภัยที่กระชับมั่นคงและผ่านการรับรองแล้ว ระหว่าง 10 ปี ก่อนที่จะบัญญัติใช้กฎหมาย ทางรัฐได้จัดให้มีกิจกรรมเพื่อเพิ่มการใช้หมวกนิรภัย ได้แก่ การรณรงค์การให้สุศึกษา โปรแกรมลดหย่อนค่าภาษีและรณรงค์ทางวิทยุและโทรทัศน์ จากการสำรวจโดยการสังเกตโดยตรง พบว่าความชุกของการใช้หมวกนิรภัยในระหว่างคนที่อายุ 5 - 11 ปี ในวิกตอเรีย เพิ่มขึ้นจาก 26 % ก่อนบัญญัติใช้กฎหมาย เป็น 80 % ภายหลังใช้กฎหมาย (3)

**สหรัฐอเมริกา** ระหว่างปี 1986 กลุ่มรณรงค์ให้เด็กใช้หมวกนิรภัย ในการขี่จักรยานในซีแอตเติลรวมกำลังกันจัดโปรแกรมให้สุศึกษาในชุมชนเพื่อลดการบาดเจ็บของศีรษะที่สัมพันธ์กับการขี่จักรยานในเด็กโดยส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัย (4) โปรแกรมนี้ประกอบด้วย การให้สุศึกษาแก่คนทั่วไปและแพทย์, โปรแกรมความปลอดภัยในโรงเรียน, การรณรงค์ในประชากรที่อยู่ห่างไกลและมีรายได้ต่ำ,

การขยายสื่อให้ครอบคลุม และให้ข้อมูลโดยแผ่นพับแทรกในใบเสร็จที่เก็บค่าประกัน และ  
สาธารณสุขโลกเป็นรายเดือน การประเมินผลเกี่ยวกับผลกระทบของโปรแกรมนี้พบว่า จากปี 1986 ถึง  
1992 การใช้หมวกนิรภัยในเด็กอายุ 5-15 ปี เพิ่มขึ้นจาก 5 % เป็น 38 % (4) นอกจากนี้จำนวน  
ตัวเลขของเด็กในกลุ่มอายุนี้ที่ได้รับการรักษาเนื่องจากการบาดเจ็บของศีรษะที่สัมพันธ์กับการขี่จักรยาน  
ที่ regional trauma center ในซีแอตเติล ก็ลดลง 50 % จากปี 1990 ถึงปี 1992

บทบรรณาธิการ MMWR ในจำนวน 96 ล้านคนที่ขี่จักรยานในสหรัฐอเมริกา (5) มีจำนวนผู้  
เสียชีวิตในแต่ละปี 950 คน และผู้บาดเจ็บที่มามีหน่วยฉุกเฉิน 580,000 ราย ซึ่งเป็นผลของการบาดเจ็บ  
จากการขี่จักรยาน (6) ในจำนวนนี้เกือบ 62 % ของผู้ที่เสียชีวิตและ 32 % ของผู้บาดเจ็บเป็นการ  
บาดเจ็บที่ศีรษะ (6) หมวกนิรภัยมีประสิทธิภาพมากในการลดการบาดเจ็บของศีรษะ ค่าประมาณ  
ความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้ที่ไม่ได้ใช้หมวกนิรภัยมากกว่าผู้ใช้หมวกนิรภัยถึง 3.9-6.7 เท่า  
อย่างไรก็ตามมีเด็กในสหรัฐอเมริกาน้อยกว่า 2% และผู้ขี่จักรยานทั้งหมดในสหรัฐอเมริกาน้อยกว่า  
10% ที่สวมหมวกนิรภัย (8)

โปรแกรมการป้องกันการบาดเจ็บของ องค์การอนามัยโลกนั้น เป็นการริเริ่มที่ร่วมมือกันทั่วโลก  
เพื่อเพิ่มการใช้หมวกนิรภัยในการขี่รถจักรยานและรถจักรยานยนต์ (9) โดยเน้นกิจกรรม 3 ประการ  
คือพัฒนาและทดสอบหมวกนิรภัย, ส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัย และประเมินผลวิธีการส่งเสริมการใช้  
หมวกนิรภัย ระหว่างการประชุมเกี่ยวกับการควบคุมการบาดเจ็บทั่วโลก ครั้งที่ 2 ซึ่งจะจัดขึ้นใน  
วันที่ 20-23 พฤษภาคม 1993 นี้ ที่ แอดแลนดา นักวิทยาศาสตร์และศาสตราจารย์ทางสาธารณสุข  
จะเน้นเรื่องการส่งเสริมและประเมินผลการใช้หมวกนิรภัย

ถอดความโดย นางลดารัตน์ ผาดีนาวิณ, นายแพทย์วิชัย เอกพลากร

จาก MMWR March 26 1993 / Vol.42 / No 11

#####

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนไข้ในคลินิกามโรค ก่อนและหลังการประกาศตัวในเรื่องการติดเชื้อ HIV ของ Earvin "Magic" Johnson, แอมรีแลนค์, 1991-1992

เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน ค.ศ. 1991 Earvin "Magic" Johnson นักบาสเกตบอลชื่อดังของอเมริกา ได้ประกาศตัวต่อสื่อมวลชนว่าเขาได้ติดเชื้อ HIV และจะอำลาชีวิตนักกีฬาบาสเกตบอลของเขา ซึ่งก่อให้เกิดความตื่นตะลึงแก่แฟน ๆ กีฬาชาวอเมริกันเป็นอันมาก หลังจากนั้นได้มีการศึกษาที่จะดูผลกระทบทางด้านพฤติกรรมทางเพศของประชาชน โดยศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนไข้ในคลินิกามโรคที่แมรี่แลนด์ วอชิงตันดีซี โดยศึกษาในช่วงเวลา 14 อาทิตย์ก่อนและหลังการประกาศการติดเชื้อของเขา การศึกษาเป็นแบบ Cross-Sectional Study โดยได้เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวกับการติดเชื้ออามโรค และ HIV การศึกษานี้ให้คนไข้ที่มารับบริการเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง และสุ่มตัวอย่างมาจากผู้มารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว ผลการศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 283 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 14 อาทิตย์ก่อนการประกาศ 186 คน และช่วง 14 อาทิตย์หลังการประกาศ 97 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ผิวดำ และจบการศึกษาชั้น High School มีอายุเฉลี่ย 25 ปี ไม่พบมีความแตกต่างในเรื่องลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการประกาศ ได้มีการเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศใน 4 เรื่อง ของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างในพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ร่วมเพศทั้งกับคู่นอนถาวรหรือชั่วคราวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แต่พบมีการลดลงของพฤติกรรมการมีคู่นอนแบบค้างคืน (one - night stand) และการมีคู่นอนต่างเพศ ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างหลังการประกาศ โดยทั้ง 2 พฤติกรรมนี้จะลดลงมากในช่วง 2 อาทิตย์หลังการประกาศ แนวโน้มการมีคู่นอนน้อยลงจะเหมือนกันในทุกเพศและเชื้อชาติของกลุ่มศึกษา แต่จะพบการลดลงในกลุ่มที่มีอายุมาก (กลุ่มอายุ 25 - 48 ปี) ส่วนกลุ่มวัยรุ่นไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนหรือหลังการประกาศ สำหรับเรื่องแนวโน้มการมีคู่นอนแบบค้างคืน เมื่อเปรียบเทียบแล้ว กลุ่มหลังการประกาศจะลดน้อยลง ในทุกกลุ่มอายุ เพศ และเชื้อชาติ

สำหรับข้อวิจารณ์เกี่ยวกับการศึกษานี้ มีข้อจำกัดของการศึกษา คือเรื่องจำนวนตัวอย่างของกลุ่มหลังการประกาศที่มีจำนวนน้อย การที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง และลักษณะของคนไข้คลินิกามโรคที่มักจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็เหมือนการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการประกาศตัวของ Johnson ได้เพิ่มความตระหนักในเรื่องอันตรายของการติดเชื้อ HIV หรือ AIDS แก่ประชาชน

ถอดความโดย นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษย์ ฝ่ายพัฒนานันกระบาดวิทยา  
จาก Morbidity and Mortality Weekly Report/January 29, 1993  
Vol 42 / No.3 / P.45 - 48.

#####

## สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ประจำวันที่ 31 พฤษภาคม 2536

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่เริ่มมีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ.2527 กองระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ 1 ราย และในปีต่อมา จนถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2536 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งหมด 2,039 ราย เป็นผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ รวม 2,235 ราย

ในปี พ.ศ.2534 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รวม 413 ราย มีผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ 401 ราย

ในปี พ.ศ.2535 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ 1,125 ราย ได้รับรายงานผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ 1,135 ราย

ในปี พ.ศ.2536 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ 389 ราย ได้รับรายงานผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ 330 ราย

### ผู้ป่วยโรคเอดส์

ได้รับรายงานเพิ่มเติมจากยอดครั้งที่แล้ว 161 ราย แยกเป็นผู้ป่วยปี พ.ศ.2534 2 ราย พ.ศ.2535 13 ราย ปี พ.ศ. 2536 146 ราย รวมเป็นผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้น 2,039 ราย ซึ่งเป็นรายงานผู้ป่วยจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้น จังหวัดนครพนมและนันทบุรี ยังไม่รายงานผู้ป่วย รายงานเพิ่มเติมได้รับจาก 31 จังหวัด แยกเป็นจังหวัดทางภาคเหนือ 114 ราย ภาคกลาง 32 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ราย และภาคใต้ 12 ราย ผู้ป่วยเอดส์ที่รายงานในรอบนี้ เป็นเพศชาย 139 ราย รวมเป็น 1,778 ราย เพศหญิง 22 ราย รวมเป็น 261 ราย

ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มที่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ 122 ราย ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 13 ราย ทารกติดเชื้อจากมารดา 15 ราย และไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง 11 ราย ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 75.5 (1,539 ราย) แยกเป็นชายรักต่างเพศ ร้อยละ 65.9 (1,344 ราย) หญิงรักต่างเพศร้อยละ 7.6 (155 ราย) ทารกติดเชื้อจากมารดา ร้อยละ 9.5 (194 ราย)

ผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีชีวิต 1,192 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 847 ราย

### ผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์

ได้รับรายงานเพิ่มเติมจากยอดครั้งที่แล้ว 106 ราย แยกเป็นผู้ป่วยในปี พ.ศ.2535 11 ราย และปี พ.ศ. 2536 95 ราย รวมเป็นผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ทั้งสิ้น 2,235 ราย โดยได้รับรายงานจาก 26 จังหวัด แยกเป็นภาคเหนือ 65 ราย ภาคกลาง 28 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 ราย และภาคใต้ 6 ราย

ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้น เป็นกลุ่มที่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ 89 ราย ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 6 ราย รับเลือด 1 ราย และไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง 10 ราย

ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 77.4 (1,729 ราย) แยกเป็นประเภทชายรักต่างเพศ ร้อยละ 64.1 (1,433 ราย) หญิงรักต่างเพศ ร้อยละ 11.6 (260 ราย) กลุ่มทารกที่ติดเชื้อจากมารดา ร้อยละ 3.2 (68 ราย) ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 14.0 (314 ราย) ผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ 1,909 ราย ที่เสียชีวิตไปแล้ว 326 ราย

หมายเหตุ ได้ยกเลิกการรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2

(พ.ศ. 2534) ลงวันที่ 4 กันยายน 2534 เรื่อง ชื่อโรคติดต่อและอาการสำคัญ