



รายงาน

WESR

Weekly Epidemiological Surveillance Report

ฉบับผนวก / Supplement

เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ประจำสัปดาห์

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

ISSN 0859-547X

http://epid.moph.go.th/home_menu_20001.html

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 รอบที่ 10 ปี พ.ศ.2547

ธรรีรัตน์ เชนนะลิริ

ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค

บทวิจัย

บทนำ

เอดส์เป็นโรคติดต่อที่มีระยะเวลาฟักตัว (Incubation period) ที่ยาวนาน มีวิธีการติดต่อได้หลายวิธี การเฝ้าระวังปัญหาเอดส์จึงจำเป็นต้องเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการป่วย การตาย การติดเชื้อ รวมถึงข้อมูลด้านพฤติกรรม

สำนักโรคติดต่อได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538⁽¹⁾ ใน 4 กลุ่มประชากร ได้แก่ คนงานชายและหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ทหารกองประจำการ และหญิงตั้งครรภ์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 จึงได้เริ่มเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นในระบบการศึกษา เพื่อให้ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำงานด้านสุขศึกษา เพศศึกษา และด้านพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้

รายงานฉบับนี้จะสรุปผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ปี พ.ศ. 2547

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น
2. เพื่อติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่น
3. เพื่อติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น



สารบัญ

◆ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 รอบที่ 10 ปี พ.ศ.2547	S21
◆ สรุปการติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ปีงบประมาณ 2547	S29
◆ ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2547 เครือข่ายเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม(เชิงรับ) กรมควบคุมโรค	S34

วิธีการเฝ้าระวัง

1. ประชากรที่เฝ้าระวังและพื้นที่เฝ้าระวัง

สำนักกระบวนวิชาได้เฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งหมดในพื้นที่เฝ้าระวัง 24 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี, จังหวัดนนทบุรี, จังหวัดนครนายก, จังหวัดลพบุรี, จังหวัดราชบุรี, จังหวัดสมุทรสงคราม, จังหวัดฉะเชิงเทรา, จังหวัดตราด, จังหวัดนครราชสีมา, จังหวัดบุรีรัมย์, จังหวัดสกลนคร, จังหวัดอุดรธานี, จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดศรีสะเกษ, จังหวัดตาก, จังหวัดสุโขทัย, จังหวัดแพร่, จังหวัดพิษณุโลก, จังหวัดลำพูน, จังหวัดเชียงราย, จังหวัดพังงา, จังหวัดนครศรีธรรมราช, จังหวัดสงขลา และจังหวัดตรัง

2. การสุ่มตัวอย่าง

การหาขนาดของตัวอย่างที่ต้องการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นพื้นที่เฝ้าระวัง สามารถคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้จากสูตรทางสถิติ หรือสามารถคำนวณได้จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Epi Info version 6 ในส่วนของ Statcal โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ ไม่จำเป็นต้องมีจำนวนเท่ากันในทุกจังหวัด ที่ทำการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ แต่เป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการเป็นตัวแทนที่ดีของจังหวัด และมีจำนวนมากเพียงพอ สำหรับการวิเคราะห์หาผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ ของตัวชี้วัดทุกตัว

3. วิธีการเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 จะเป็นการเลือกโรงเรียน และระยะที่ 2 เป็นการเลือกห้องเรียนของโรงเรียนที่เลือกได้ เมื่อสุ่มได้ห้องเรียนแล้ว เจ้าหน้าที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมจากเด็กนักเรียนในห้องเรียน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire: SAQ) ซึ่งเป็นการให้ผู้ตอบสามารถตอบคำถามทุกข้ออย่างอิสระ แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ ที่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ตอบได้ การเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับทั้งหมด โดยเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลจะคัดเลือกเฉพาะผู้ตอบ ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และเข้าใจภาษาไทยเท่านั้น เพื่อการตอบคำถามที่ไม่มีอคติ โดยเจ้าหน้าที่จะชี้แจงถึงความจำเป็นมา วัตถุประสงค์ของโครงการ นิยามศัพท์ต่าง ๆ และวิธีการตอบคำถามในแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจตรงกัน ผู้ตอบจะสามารถตอบคำถามได้อย่างเสรี หลังจากนั้น เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ตอบจะพับแบบสอบถามลงในซองที่เตรียมไว้ และใส่ลงในกล่องที่ปิดด้วยตนเอง ผู้ตอบจึงสามารถมั่นใจได้ว่าข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ จะถูกเก็บเป็นความลับอย่างแน่นอน

แบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การร่วมเพศ ซึ่งได้เพิ่มในส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และสถานที่หาถุงยางอนามัยมาใช้ในกลุ่มนักเรียนชาย การมีเพศสัมพันธ์ด้วยความสมัครใจในแบบสอบถามของเพศหญิง และการมีเพศสัมพันธ์โดยได้สิ่งของตอบแทน ส่วนที่ 3 ประสพการณ์การใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วยประสพการณ์การใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ประสพการณ์การเสพยาและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศ และส่วนที่ 4 ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเอดส์ โดยส่วนสุดท้ายนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่องความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่ง 5 ข้อแรกเป็นคำถามตามที่ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS หรือ UNGASS ได้กำหนดไว้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงในโปรแกรม Aidsbss ที่สำนักกระบวนวิชาจัดเตรียมให้ การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดรายจังหวัด โดยอาศัยสถิติเชิงพรรณนาที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับประเทศจะใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ของตัวชี้วัดแต่ละตัวของจังหวัด ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังในรอบปี พ.ศ. 2547 จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลเฝ้าระวังของปีก่อนหน้า เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมต่าง ๆ

ผลการเฝ้าระวัง

นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

1. ข้อมูลทั่วไป

การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 5,746 คน โดยค่ามัธยฐานของอายุที่ 17 ปี และมีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
จำนวนนักเรียน (คน)	6486	5886	5827	6168	6838	6478	5842	4867	5746
อายุ (Median)	17	17	17	17	17	17	17	17	17

2. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5

เมื่อสำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชาย พบว่า ร้อยละ 17.8 เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศมาก่อน แต่มีเพียงร้อยละ 34.8 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปีที่ผ่านมา และค่ามัธยฐานอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 15 ปี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของประสบการณ์การร่วมเพศ

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
- เคยมีเพศสัมพันธ์	9.8	10	9.8	11.3	11.1	12.6	13.2	15.8	17.8
- ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	-	-	21.7	20.8	24	17.7	27.7	33.3	34.8

3. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา

ในรอบปีที่ผ่านมา นักเรียนชายร้อยละ 17.2 มีแฟนหรือคนรัก และร้อยละ 12.6 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งจากปี พ.ศ. 2539 – 2547 การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปีนี้ ได้มีการสำรวจพฤติกรรมร่วมเพศในกลุ่มนักเรียนชายด้วย ซึ่งพบว่า ร้อยละ 1.8 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันในรอบปีที่ผ่านมา

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 25 – 45) โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการมากที่สุด ซึ่งมีการใช้น้อยลงกว่าปีที่ผ่านมา แต่สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรัก ซึ่งนักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ด้วยมากที่สุด กลับมีเพียงร้อยละ 25.7 เท่านั้น ในส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นในรอบปีที่ผ่านมา มีระดับคงที่ และร้อยละ 27.3 มีการใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ชายด้วยกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา									
- เพศสัมพันธ์กับหญิงขาย บริการ	1.8	2.5	2.2	2.8	1.6	1.9	2.2	2.6	3.5
- เพศสัมพันธ์กับแฟนหรือ คนรัก	5.9	-	-	8.6	8	8.9	8.8	10.9	13.2
- เพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น	3	7.2	4.7	4.4	3.6	4.6	4.3	4	5.2
- เพศสัมพันธ์กับผู้ชาย	-	-	-	-	-	-	-	-	1.8

ตารางที่ 3 (ต่อ) ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา

การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา									
- กับหญิงขายบริการ	73.9	37.5	51.9	37.5	50	30.8	50	50	43.1
- กับแฟนหรือคนรัก	16.4	-	-	9.4	16.4	13.1	17.5	19	25.7
- กับหญิงอื่น	30	22.7	25	16.7	22.2	22.4	25.7	38.9	38.3
- กับผู้ชาย	-	-	-	-	-	-	-	-	27.3

4. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีระดับการใช้ถุงยางอนามัยระหว่าง ร้อยละ 35 - 75 ซึ่งสะท้อนถึงความคิดของนักเรียนในการป้องกันตนเอง จากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่า การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับหญิงขายบริการและหญิงอื่นมีร้อยละสูงกว่า เกือบหนึ่งเท่าของการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคนรักและผู้ชาย (ตารางที่ 4) ซึ่งจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายแห่งของถุงยางอนามัยที่นักเรียนชายนำมาใช้มากที่สุด 3 อันดับ คือ ร้อยละ 33.9 จากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 30.5 พกติดตัว และร้อยละ 13.8 จากร้านขายยา

ตารางที่ 4 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ	ร้อยละ
1. หญิงขายบริการ	74.2
2. แฟนหรือคนรัก	38.5
3. หญิงอื่น	53.5
4. ผู้ชาย	35.4

5. การใช้สารเสพติดในรอบปีที่ผ่านมา

นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 30.3 เคยใช้สารเสพติดมาก่อน โดยสารเสพติด 3 ชนิดที่พบว่ามีการใช้มากที่สุด คือ ร้อยละ 33.4 สุบหรี่ ร้อยละ 8.2 สุบกัญชา และ ร้อยละ 6 เสพยาบ้า (ตารางที่ 5) แต่สิ่งที่น่าสนใจเป็นห่วงคือ ร้อยละ 14.8 เสพยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ซึ่งหมายความว่านักเรียนชาย ร้อยละ 14.8 อาจขาดสติและไม่มีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนั้น ร้อยละ 65.3 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ ร้อยละ 40.6 ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 5 ร้อยละของการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

การใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	ร้อยละ
1. บุหรี่	33.4
2. ยาบ้า	6
3. กาว, พินเนอร์	2.7
4. เฮโรอีน	0.5
5. กัญชา	8.2
6. ฟีน	0.8
7. ยาเค	0.5
8. ยาอี	0.9
9. กระเทียม	5
อื่น ๆ	2.4

6. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นการวัดความรู้ที่สามารถสื่อถึงทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ โดยการสำรวจความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชาย จะสามารถวัดถึงระดับความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงทัศนคติที่นักเรียนชายหรือเยาวชนมีต่อโรคเอดส์

จากผลการสำรวจในกลุ่มนักเรียนชาย พบว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับปานกลางถึงดีมาก (ร้อยละ 49 – 97) โดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดสามข้อ ได้แก่ ร้อยละ 96.3 ข้อที่ 1 ถูกต้อง การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ร้อยละ 79.9 ข้อที่ 2 ถูกต้อง การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ และร้อยละ 76.5 ข้อที่ 5 ถูกต้อง คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ แต่เมื่อรวมผู้ที่ตอบคำถามถูกทั้งหมด 6 ข้อ มีเพียงร้อยละ 16.2 และมีเพียงร้อยละ 34 ที่สามารถตอบคำถามข้อที่ 1 – 5 ถูกต้องตามที่ UNGASS ได้กำหนดไว้ (ตารางที่ 6) ตารางที่ 6 ร้อยละของความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5	ร้อยละ
ข้อที่ 1 การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	96.3
ข้อที่ 2 การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	79.9
ข้อที่ 3 ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้	67.3
ข้อที่ 4 การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	71.3
ข้อที่ 5 คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	76.5
ข้อที่ 6 ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาด้านไวรัส) ได้	49.6
ตอบถูก 5 ข้อ ตามกำหนดของ UNGASS	34

7. การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

นักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีเพียงร้อยละ 17.6 จากจำนวนนักเรียนชายทั้งหมด ที่เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

1. ข้อมูลทั่วไป

การเฝ้าระวังพฤติกรรมในปี พ.ศ. 2547 ได้มีนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร่วมในการสำรวจทั้งสิ้นจำนวน 6,496 คน ซึ่งทั้งหมดมีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี และมีความรู้พื้นฐานที่อายุ 17 ปี (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
จำนวนนักเรียน (คน)	7161	6463	6715	6871	7350	7104	6293	5182	6496
อายุ (Median)	17	17	17	17	17	17	17	17	17

2. ประสบการณ์การร่วมเพศ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีเพศสัมพันธ์ในระดับคงที่มาตลอด (ร้อยละ 1 – 6) แต่ยังมีแนวโน้มว่า จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุก ๆ ปีที่ผ่านมา โดยค่ามัธยฐานอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ 16 ปี ในส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 32 ของนักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่สมัครใจ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของประสบการณ์การร่วมเพศ

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
- เคยมีเพศสัมพันธ์	3.5	2.6	2.1	1.6	2.6	3.3	3.4	5.7	5
- ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	-	-	11.1	10.8	14.3	20.0	28.0	21.8	30.6

3. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา

ในรอบปีที่ผ่านมา นักเรียนหญิงร้อยละ 5.7 มีแฟนหรือคนรัก และร้อยละ 3.8 มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ซึ่งมีระดับคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา แต่การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงกับชายอื่น มีระดับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งคงที่มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 (น้อยกว่าร้อยละ 1)

การใช้ถุงยางอนามัยในรอบปีที่ผ่านมาของนักเรียนหญิง มีแนวโน้มไม่คงที่มาตลอด ตั้งแต่การเฝ้าระวังพฤติกรรมรอบแรก ซึ่งในปีนี้ ร้อยละ 16.8 ของนักเรียนหญิงที่แฟนหรือคนรักใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และ การใช้ถุงยางอนามัยของชายอื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ในรอบปีที่ผ่านมา ลดลงเหลือร้อยละ 0 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่สนประเภต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา									
- เพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก	2.4	1.7	1.4	1.1	2.1	2.3	2.6	3.8	3.8
- เพศสัมพันธ์กับชายอื่น	0.6	0.3	0	0.3	0.3	0.3	0	0.3	0.5
การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งของคู่สนประเภต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา									
- กับแฟนหรือคนรัก	9.1	10.0	3.5	0	9.7	0	15.1	9.7	16.8
- กับชายอื่น	0	0	0	0	0	0	0	6.3	0

4. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

นักเรียนหญิงร้อยละ 27.6 มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ซึ่งร้อยละ 34.9 มีการขอร้องให้คู่สนใช้ถุงยางอนามัย และร้อยละ 7.5 เคยมีเพศสัมพันธ์แลกกับสิ่งของหรือค่าตอบแทน โดยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 32.3 มีการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคนรัก และร้อยละ 10 ของนักเรียนหญิงใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับชายอื่น

5. การใช้สารเสพติดในรอบปีที่ผ่านมา

การเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ ในรอบปีที่ผ่านมา ของกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่า ร้อยละ 6.9 เคยใช้สารเสพติดมาก่อน โดยสารเสพติด 3 ชนิดที่กลุ่มนักเรียนหญิงเคยใช้มากที่สุด 3 อันดับ คือ บุหรี่ กัญชา และกาวหรือทินเนอร์ ตามลำดับ (ตารางที่ 10) เนื่องจากนักเรียนหญิงมีการใช้สารเสพติดค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ไม่มีค่าการใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์เลย (ร้อยละ 0) แต่ร้อยละ 13.4 ของนักเรียนหญิงที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีถึงร้อยละ 50.8 ของนักเรียนหญิงทั้งหมดที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ตารางที่ 10 ร้อยละของการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

การใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	ร้อยละ
1. บุหรี่	6.7
2. ยาบ้า	0.6
3. กาว, ทินเนอร์	0.7
4. เฮโรอีน	0
5. กัญชา	0.9
6. ฝิ่น	0
7. ยาเค	0
8. ยาอี	0
9. กระเทียม	0.3
อื่นๆ	0.8

6. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนหญิง อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยนักเรียนหญิงสามารถตอบคำถามทั้ง 6 ข้อได้ถูกต้อง เพียงร้อยละ 19.3 และข้อคำถามที่สามารถตอบได้ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับ คือ ร้อยละ 95.7 ตอบข้อที่ 1 การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 85 ตอบข้อที่ 5 คนที่เรามองเห็นว่ามีความสุขร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ และร้อยละ 78.8 ตอบข้อที่ 2 การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ทั้งนี้ UNGASS ได้กำหนดคำถามข้อที่ 1 – 5 เพียงเป็นมาตรฐานการวัดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 34.8 ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่สามารถตอบคำถามทั้ง 5 ข้อได้ถูกต้อง (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 5

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 5	ร้อยละ
ข้อที่ 1 การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	95.7
ข้อที่ 2 การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	78.8
ข้อที่ 3 ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้	63
ข้อที่ 4 การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	71.5
ข้อที่ 5 คนที่เรามองเห็นว่ามีความสุขร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	85
ข้อที่ 6 ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาต้านไวรัส) ได้	51
ตอบถูก 5 ข้อ ตามกำหนดของ UNGASS	34.8

7. การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เพียงร้อยละ 10 ที่มีการตรวจเลือดโดยสมัครใจ โดยนักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีมาก่อน เนื่องจากมีเพียงส่วนน้อยที่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวี

อภิปรายผล

ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมฯ นักเรียนชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 9 – 18) การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ที่มีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 17 – 35) แต่สำหรับในนักเรียนหญิง ในปีที่ผ่านมา นักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์ลดลงเล็กน้อย แต่ในทางตรงกันข้าม นักเรียนหญิงมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพิ่มขึ้น ซึ่งให้เห็นว่านักเรียนหญิงมีความรู้และความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภทเพิ่มมากขึ้น ยกเว้นในกลุ่มนักเรียนหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนและคนรักเท่ากับปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 3.8) สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทุกประเภท ในรอบปีที่ผ่านมา นักเรียนชายมีการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการและหญิงอื่นลดลง แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักมากขึ้น ซึ่งเหมือนกับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักในกลุ่มนักเรียนหญิง แต่ในกลุ่มนักเรียนหญิงคู่นอนที่เป็นชายอื่นใช้ถุงยางอนามัยกลับลดลงจนเหลือร้อยละ 0 แสดงให้เห็นว่า การรณรงค์ในกลุ่มนักเรียนให้ตระหนักถึงการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักมากขึ้นได้ผลในระดับดีพอสมควร แต่ไม่ควรละเลยในการรณรงค์ให้กลุ่มนักเรียน ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทุกประเภท เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง โดยผลการเฝ้าระวังในปัจจุบันสอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ.2533 ของอุไรวรรณ ภูวิจิตรสุทิน ในเรื่อง การเปิดรับและการยอมรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนและนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร⁽²⁾ ซึ่งพบว่า นักเรียนนักศึกษาชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง แต่การใช้ถุงยางอนามัยในการศึกษานี้มีระดับสูงกว่ามาก คือ เพศชายมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักและหญิงขายบริการถึงร้อยละ 79 ซึ่งเพศหญิงจะใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักร้อยละ 93.1

การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิง อยู่ในระดับร้อยละ 7 -30 ซึ่งถือว่าเป็นห่วง โดยเฉพาะนักเรียนร้อยละ 50 – 66 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ตามกฎหมายเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่สามารถซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่สามารถซื้อบุหรี่ได้ แต่กลับมีนักเรียนที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 6 – 34 จึงจำเป็นต้องเร่งกวาดล้างความเข้มงวด ในการกระบวนกาซื้อขายสารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะป็นร้านค้าทั่วไปหรือสถานบันเทิงก็ตาม ควรเป็นการตรวจสอบเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในหมู่เยาวชนไทย

ความรู้และความตระหนักของนักเรียนชายและหญิงเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า นักเรียนชายมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ น้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 16.2 และ 19.3 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นข้อสังเกตหนึ่ง คือ จากการที่นักเรียนชายมีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อไอวีมากกว่าเพศหญิง ทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับหลายคู่นอนในรอบปีที่ผ่านมา การละเลยวิธีการป้องกันโรคจากการใช้ถุงยางอนามัย และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดนั้น เพศชายยังมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ น้อยกว่าเพศหญิงอีกด้วย ดังนั้น จึงเห็นได้ว่านักเรียนชายมีพฤติกรรมเสี่ยง มากกว่านักเรียนหญิง ถึงแม้ว่าเพศหญิงจะสามารถติดเชื้อไอวีได้ง่ายกว่า แต่หากนักเรียนชายยังคงมีพฤติกรรมเช่นนี้และขาดความรู้ในการป้องกันโรค นักเรียนชายก็สามารถติดเชื้อได้ง่ายเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการสำรวจได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพรรณ ศรีสุข ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตการศึกษา 9⁽³⁾ ที่พบว่า นักเรียนชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างกัน โดยนักเรียนหญิงมีทัศนคติดีกว่า และนักเรียนในเขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาล ไม่มีทัศนคติแตกต่างกัน รวมถึงการศึกษาของ สมร อริยานุชิตกุล ในเรื่องความรู้, เจตคติ, พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร⁽⁴⁾ ที่พบว่า นักเรียนชายมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่าง ๆ มากกว่าเพศหญิง โดยร้อยละ 9 มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันและส่วนใหญ่ ไม่มีการป้องกันการติดโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมค่านิยมในการพกพาถุงยางอนามัยหรือการมีเพศสัมพันธ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น ร่วมมือกันเปลี่ยนแนวความคิดและความเชื่อของเยาวชน โดยเน้นย้ำว่าการใช้ถุงยางอนามัย ไม่ได้หมายถึงการไม่ไว้ใจคู่นอน
2. ผลักดันให้มีการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและสุขศึกษาในชั้นเรียนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะชั้นเรียนที่มีอายุน้อยลง รวมถึงการสอนที่ทันสมัย เข้าใจในความคิดของเยาวชน เช่น การสอนทักษะในการปฏิเสธคู่นอนเมื่อไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ การต่อรองให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ฯลฯ
3. ส่งเสริมให้เยาวชนมีกิจกรรมยามว่าง และเน้นการเล่นกีฬาเพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ รมรงค้ำให้เยาวชนตระหนักถึงการรักษาสุขภาพและส่งผลให้วัยรุ่นมีอัตราการใช้สารเสพติดลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย 2546.สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : 2547.
2. อุไรวรรณ ภู่วิจิตรสุทิน ในเรื่อง การเปิดรับและการยอมรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนและนิสิตนักศึกษาใน กรุงเทพมหานคร (ปริญญาานิพนธ์ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ สาขาวิชานิติศาสตรพัฒนการ). คณะนิติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533
3. ระพีพรรณ ศรีสุข.ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตการศึกษา 9 (ปริญญาานิพนธ์สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา).คณะครุศาสตร์.กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536
4. สมร อริยานุชิตกุล. ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร (ปริญญาานิพนธ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิต). คณะวิทยาศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533

▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲

สรุปการติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด

บทความ

ปีงบประมาณ 2547

เขียนรายงานโดย: ดร.อัญชลี สิริพิทยาคุณกิจ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สำนักระบาดวิทยา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 ร่วมกันพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ตั้งแต่เดือนเมษายน 2546 เป็นต้นมา จวบจนปัจจุบันได้จัดทำหนังสือแนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด เพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคแล้ว และได้จัดส่งหนังสือนี้ให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เพื่อการสนับสนุนหนังสือให้กับหน่วยงานเฝ้าระวังในแต่ละระดับ การจัดประชุมเพื่อชี้แจงถึงวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวังตามระบบนี้ เมื่อ วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2547 ณ โรงแรม ที. เค. พาเลซ โดยสำนักระบาดวิทยา มีหน่วยงานที่เข้าประชุมจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 32 จังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำหรับการประชุมชี้แจงให้กับจังหวัด ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ได้มีการจัดประชุมแล้ว จำนวน 5 เขต ได้แก่ เขตที่ 1 นนทบุรี, เขตที่ 11 นครศรีธรรมราช, เขตที่ 6 ขอนแก่น, เขตที่ 12 สงขลา และเขตที่ 9 พิษณุโลก นอกจากนั้น ยังมีการจัดประชุมชี้แจงให้หน่วยเฝ้าระวังดำเนินการในแต่ละจังหวัดด้วย จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี, กำแพงเพชร, นครศรีธรรมราช, สงขลา, ตรัง และตราด สำหรับจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขได้จัดประชุมบูรณาการร่วมกับเขต

เนื่องจากการเริ่มการเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามคู่มือ ประเด็นสำคัญของการดำเนินงานในปีแรกของการเริ่มต้นคือ ความสามารถในการจัดทำไฟล์ข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละโรคได้ ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการดำเนินงานได้จริงตามคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อทราบถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ตามแนวทางที่กำหนด ตลอดจนรับทราบปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน สำนักระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เห็นสมควร ที่จะมีการติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มเป้าหมายจำนวนหนึ่ง เพื่อประเมินถึงความสามารถในการดำเนินงานเฝ้าระวังได้หรือไม่ ช่วยแก้ไขปัญหาที่พบตามสมควร โดยเน้นการมีฐานข้อมูลที่ต้องการ ตามคำจำกัดความที่กำหนด เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยต่อไป และรวบรวมปัญหา และอุปสรรค เพื่อการปรับปรุง ระบบการเฝ้าระวังให้สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานยิ่งขึ้น

หน่วยงานที่ติดตามผลการดำเนินงาน และระยะเวลาในการติดตาม

สำนักระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 6, 11 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 5 แห่ง ร่วมกันติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ดังนี้

จังหวัด	หน่วยจัดประชุมชี้แจง	เวลาที่ติดตาม	โรงพยาบาล (แห่ง)
ขอนแก่น	เขตร่วมกับจังหวัด	22 - 23 กรกฎาคม 2547	รพช.* (4)
พระนครศรีอยุธยา	เขต	28 - 29 กรกฎาคม 2547	รพศ.** (1), รพท.*** (1), รพช. (2)
อ่างทอง	เขต	5 - 6 สิงหาคม 2547	รพท. (1), รพช. (3)
ปทุมธานี	เขตจัด และ จังหวัดจัด	9, 13 สิงหาคม 2547	รพท. (1), รพช. (3)
นครศรีธรรมราช	เขตจัด และ จังหวัดจัด	30 - 31 สิงหาคม 2547	รพช. (4)

หมายเหตุ : * โรงพยาบาลชุมชน ** โรงพยาบาลศูนย์ *** โรงพยาบาลทั่วไป

การดำเนินงานเฝ้าระวังของหน่วยเฝ้าระวังในจังหวัด กระทำภายหลังได้รับการชี้แจงจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกจังหวัด และมี 2 จังหวัดที่ได้รับการชี้แจงจาก สำนักงานสาธารณสุขจัดประชุมอีกครั้งหนึ่ง ได้แก่ ปทุมธานี และนครศรีธรรมราช

วิธีการ

1. สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ตามแบบติดตามผลการดำเนินงานที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ 5 ส่วน ดังนี้

- การเก็บข้อมูลโรคเรื้อรังในอดีต
- ความพร้อมในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด
- ความสามารถในการดำเนินงานเฝ้าระวัง
- ปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงาน
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

2. ศึกษาวิธีการจัดทำไฟล์ข้อมูลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด รวมทั้งการจัดทำสมุดบันทึกข้อมูล (ทะเบียนผู้ป่วย)

3. ประสานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่เวชสถิติ เพื่อดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้มารับบริการของโรงพยาบาลตามตัวแปรที่กำหนด ในโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถดึงข้อมูลมาได้

4. จัดทำและปรับแก้ไฟล์ข้อมูล เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ต่อไป

5. อธิบายและสาธิตวิธีการใช้โปรแกรม Excel ในการป้อนข้อมูล การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดย Pivot Table เพื่อสรุปผล และกรอกในรายงานการป่วย รายงานการตาย สำหรับส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป

ผลการติดตามและประเมินผล

การเก็บข้อมูลโรคเรื้อรังในอดีต

ก่อนที่จะมีการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ตามแนวทางที่กำหนดนี้ โรงพยาบาลทั้งหมดที่ได้รับการติดตามผล จำนวน 20 แห่ง พบว่า ทุกแห่งมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เก็บข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 19 แห่ง และโรคหัวใจ จำนวน 9 แห่ง การเก็บข้อมูลโดยส่วนใหญ่ใช้การบันทึกด้วยมือ ทำเป็นสมุดทะเบียนผู้ป่วย 11 แห่ง ใช้สมุดทะเบียนและคอมพิวเตอร์ 8 แห่ง มีแห่งเดียวที่ไม่มีสมุดทะเบียน และไม่ใช้คอมพิวเตอร์บันทึก หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่องการเก็บข้อมูลดังกล่าว มีดังนี้ แผนกตรวจผู้ป่วยนอก จำนวน 7 แห่ง คลินิกเฉพาะโรค จำนวน 7 แห่ง ทั้งแผนกตรวจผู้ป่วยนอกและคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 3 แห่ง อีก 3 แห่ง ที่เหลืออยู่ในความรับผิดชอบของงานเวชปฏิบัติครอบครัว 2 แห่ง และงานเวชสถิติ 1 แห่ง สำหรับหน่วยงานสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 แห่ง ได้แก่ ฝ่ายเวชสถิติ 2 แห่ง ฝ่ายแผนงาน 1 แห่ง และศูนย์คอมพิวเตอร์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั้งหมด 20 แห่ง มีการสรุปผลข้อมูลเป็นยอดรวม ส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีเพียงแห่งเดียวที่มีการสรุปข้อมูลส่งฝ่ายการพยาบาลด้วย สำหรับการสรุปข้อมูลในกรณีอื่น ๆ ได้แก่ สรุปเพื่อผู้ตรวจราชการ จำนวน 5 แห่ง เพื่อสนับสนุนในการวิจัย 5 แห่ง และนำเสนอในการประชุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง

ประเด็น	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)
โรคที่เก็บข้อมูล	
เบาหวาน	20
ความดันโลหิตสูง	19
หัวใจ	9
แหล่งข้อมูล	
สมุดทะเบียน	11
สมุดทะเบียน และคอมพิวเตอร์	8
คอมพิวเตอร์	1
หน่วยงานหลัก	
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก	7
คลินิกเฉพาะ	7
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะ	3
ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว	2
ฝ่ายเวชสถิติ	1

ความพร้อมในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานตามระบบเฝ้าระวังนี้ ส่วนใหญ่เป็นแผนกตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 12 แห่ง คลินิกเฉพาะ จำนวน 3 แห่ง ทั้ง OPD และคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 2 แห่ง ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว 2 แห่ง และฝ่ายเวชกรรมสังคม จำนวน 1 แห่ง หน่วยสนับสนุนในการดำเนินงานมี 1 แห่ง คือฝ่ายแผนงานของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน ตามแนวทางที่กำหนดของโรงพยาบาลทุกแห่ง คือ พยาบาล ส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบงาน เป็นผู้ที่ได้เข้าประชุมรับฟังการชี้แจงวิธีการดำเนินงานแล้ว จำนวน 17 แห่ง มีเพียง 3 แห่ง ที่ผู้รับผิดชอบไม่ได้เข้าประชุม แต่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้เข้าประชุม ร่วมกับการศึกษา หาวิธีการทำด้วยตนเอง จากหนังสือคู่มือและเว็บไซต์ของสำนักกระบวนวิชา ในประเด็นของการถ่ายทอดให้เพื่อนร่วมงานรับทราบ พบว่า มีเพียง 5 แห่ง ที่ไม่มีการแจ้งให้เพื่อนร่วมงานรับทราบ

โรงพยาบาลทุกแห่งมีหนังสือแนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือดแล้ว ส่วนใหญ่ทำการถ่ายสำเนาทั้งฉบับให้ทีมงานรับทราบด้วย สำหรับไฟล์ข้อมูลและไฟล์แบบรายงาน พบว่า มีครบเกือบทุกแห่ง ไม่มีเลย 2 แห่ง และจัดทำเอง 1 แห่ง

โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งเก็บข้อมูลการวินิจฉัยเป็นชื่อโรค มีเพียงแห่งเดียวที่ระบุการวินิจฉัยโรคเป็นรหัสโรค ICD 10 และเมื่อมีการตรวจสอบกับบันทึกการตรวจผู้ป่วย พบว่า ความถูกต้องของรหัสโรคน้อยมาก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก	12
คลินิกเฉพาะโรค	3
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรค	2
ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว	2
ฝ่ายเวชกรรมสังคม	1

ความสามารถในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด

จากจำนวนโรงพยาบาล 20 แห่ง มี 18 แห่ง มีการดำเนินงานเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ยกเว้น 2 โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการ อยู่ในช่วงการประสานกับศูนย์ข้อมูลของโรงพยาบาล เพื่อดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลผู้มารับบริการ มาใช้ในการดำเนินงานต่อไป จากจำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว 18 แห่ง พบว่า เป็นการจัดทำไฟล์ข้อมูลใหม่ มากที่สุด จำนวน 17 แห่ง มีแห่งเดียวที่ใช้การสรุปยอดจากฐานข้อมูลเดิม (โปรแกรม Fox Pro) เพื่อจัดทำรายงานการป่วย การตายต่อไป สำหรับไฟล์ข้อมูลที่ทำแล้ว พบว่า มีไฟล์ทั้ง 3 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด จำนวน 13 แห่ง มีไฟล์เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 3 แห่ง มีเฉพาะไฟล์เบาหวาน 1 แห่ง และเฉพาะไฟล์ความดันโลหิตสูง 1 แห่ง

สำหรับวิธีการจัดทำไฟล์ข้อมูลโรค พบว่า โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีป้อนข้อมูลใหม่ จำนวน 9 แห่ง จากสมุดทะเบียนที่บันทึกไว้ ทำการคัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ จำนวน 3 แห่ง ทั้งคัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิม และการป้อนข้อมูลใหม่ จำนวน 2 แห่ง มี 3 แห่ง ที่ยังบันทึกด้วยมือในสมุดทะเบียน โดยใช้การคัดลอกจากฐานข้อมูลเดิมควบคู่ด้วย 1 แห่ง และควบคู่ด้วยการป้อนข้อมูลใหม่ 1 แห่ง ในเรื่องการสรุปเพื่อทำรายงานการป่วย รายงานการตาย ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า เกือบทั้งหมด ยังไม่ได้ทำ เพราะยังไม่ถึงกำหนดส่ง และกำลังทำไฟล์ข้อมูลอยู่ ยังไม่แล้วเสร็จ มีเพียงแห่งเดียวที่สามารถสรุปข้อมูลตามแบบรายงานได้

ไฟล์ข้อมูลที่จัดทำแล้ว	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)
เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด	13
เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	3
เบาหวาน	1
ความดันโลหิตสูง	1
วิธีการทำไฟล์ข้อมูล	
ป้อนข้อมูลใหม่	9
คัดลอกจากฐานข้อมูลเดิม	3
ป้อนข้อมูลใหม่ และคัดลอกจากฐานข้อมูลเดิม	2
บันทึกด้วยมือตามฟอร์มที่กำหนด	1
บันทึกด้วยมือ และป้อนข้อมูลใหม่	1
บันทึกด้วยมือ และคัดลอกจากฐานข้อมูลเดิม	1
จัดทำไฟล์ด้วยโปรแกรม Fox Pro	1

ปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงาน

ผลจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละโรงพยาบาล ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ท่านสามารถจัดทำไฟล์ข้อมูลได้สำเร็จ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือดต่อไป พบว่า ประเด็นสำคัญมีอยู่ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนของผู้รับผิดชอบเอง ที่มีความตั้งใจจริงในการทำงาน ต้องการให้เกิดความสำเร็จของฐานข้อมูล ประกอบกับส่วนสำคัญถัดมาคือ การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน มีลักษณะของการทำงานเป็นทีม ซึ่งทั้งนี้เนื่องจากทุกคนเห็นความสำคัญของฐานข้อมูลโรคดังกล่าว และต้องการใช้ข้อมูลที่เก็บรวบรวม สำหรับติดตามผู้ป่วย เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ แสดงรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)
ความตั้งใจของผู้รับผิดชอบ ต้องการให้สำเร็จ	8
มีการทำงานเป็นทีม	8
เห็นความสำคัญของฐานข้อมูลโรคดังกล่าว	7
ต้องการใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย/ การส่งต่อ/ การรักษาอย่างต่อเนื่อง	5
ใช้เครือข่ายครอบครัวช่วยจัดทำไฟล์ข้อมูลที่บ้าน	4
ศูนย์ข้อมูลช่วยคัดลอกจากฐานผู้มารับบริการของโรงพยาบาล	3
ต้องการใช้ข้อมูลวางแผนในการควบคุม ป้องกันโรค	3
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	3
มีฐานข้อมูลที่เคยทำไว้ก่อนแล้ว	1
การประสานงานที่ดี เกิดประสิทธิผล	1
ลดภาระงาน และใช้ประโยชน์ข้อมูลได้มากขึ้น	1

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังตามเกณฑ์ที่กำหนดนั้น โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ข้อมูลแล้ว แต่เจ้าหน้าที่ยังไม่ได้จัดการดึงข้อมูลให้ ในบางแห่งเกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าต้องการข้อมูลอะไรบ้าง ไม่เข้าใจสิ่งที่ต้องการ สำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ มีปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับ การที่แพทย์ระบุการวินิจฉัยเฉพาะชื่อโรคเท่านั้น มักไม่ใส่ภาวะแทรกซ้อน หรืออาจมีการลงภาวะแทรกซ้อนเพียงครั้งเดียว ครั้งต่อไปมีเพียงการจ่ายยา จึงต้องใช้เวลาในการเปิดดูบันทึกการตรวจ และชื่อยาเพื่อใส่ภาวะแทรกซ้อน อุปสรรคที่พบบ่อย ๆ คือ ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ของพยาบาลค่อนข้างน้อย สำหรับรายละเอียดอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)
ไม่มีอาการแทรกซ้อนในการวินิจฉัย ต้องดูจากยา และประวัติเดิม	5
การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ข้อมูลไม่เป็นผล	5
ขาดความรู้/ ทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์	5
สับสนเรื่องผู้ป่วยใหม่/ เก่า, การให้คำจำกัดความต่างจากข้อมูลของ รพ.	2
ยังไม่ได้ติดตามเลขที่บัตรประชาชน	2
เจ้าหน้าที่มีศักยภาพด้านคอมพิวเตอร์น้อย	2
ต้องทำข้อมูลคนเดียว	2
คอมพิวเตอร์ในการทำข้อมูลไม่ดี ใช้ไม่ได้บ่อยครั้ง	2
พบความผิดพลาดของ ICD 10 มีความถูกต้องน้อย	1
แพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบเลข ๆ เมื่อมาถ่ายถอด	1
การเพิ่มงานที่ไม่สอดคล้องกับระบบข้อมูลเดิมของ รพ.	1

ข้อเสนอแนะ

การร่วมติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ระหว่างสำนักงานสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมควบคุม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้เกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง แบบมีส่วนร่วม ช่วยกันแก้ไขปัญหาที่พบเฉพาะหน้า และในบางปัญหาต้องใช้การวางแผนเพื่อการแก้ไขในอนาคต ตัวอย่างเช่น ความไม่สามารถใช้โปรแกรม Excel ในการประมวลผลเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับทราบถึงจุดอ่อนของการดำเนินงาน จึงเตรียมการที่จะให้ความรู้แก่พยาบาล ที่ดำเนินงานเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบภายในจังหวัด

การติดตามผลในโรงพยาบาลแต่ละแห่งนั้น ได้จัดการปรับปรุงและสร้างไฟล์ข้อมูลของโรงพยาบาลทั้งหมดแล้ว 17 แห่ง ซึ่งจะสามารถใช้เป็นตัวอย่างของการดำเนินงานได้สำเร็จในแต่ละจังหวัด อย่างไรก็ตาม การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ มีความสำคัญมาก เนื่องจากการเริ่มทำฐานข้อมูลในปีแรกนั้น หากสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง จะสามารถลดภาระการดำเนินงานในปีถัดไป และสะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติ เพราะจะมีการป้อนข้อมูลเฉพาะการปรับเปลี่ยนการวินิจฉัยโรค การเพิ่มภาวะแทรกซ้อน และการป้อนข้อมูลผู้ป่วยใหม่เท่านั้น

สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ที่ทางโรงพยาบาลต้องการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น การมาตรวจตามนัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเป็นด้วย ฯลฯ แต่ละโรงพยาบาลสามารถเพิ่มคอลัมน์ในการเก็บข้อมูลได้ แต่ขอให้มีความสอดคล้องกันเพื่อการเฝ้าระวังด้วยทุกแห่ง

เรื่องการตรวจความซ้ำซ้อนของข้อมูลในพื้นที่นั้น ขอให้มีการตรวจสอบข้อมูลในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข และศูนย์ข้อมูลของอำเภอ หากจังหวัดต้องการตรวจซ้ำอีกชั้นหนึ่ง ต้องจัดการให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ส่งข้อมูลตามตัวแปรที่กำหนดให้เหมือนกันทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม หากมีการปฏิบัติตามข้อกำหนด เชื่อว่ามีโอกาสเกิดความซ้ำซ้อนน้อย หรือถ้ามี ก็อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากเช่นนี้ และการบอกสถานการณ์นั้น ใช้อัตราเป็นตัวชี้วัด ไม่ใช่จำนวน

สรุปผล

การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ตามแนวทางที่กำหนด สามารถดำเนินการได้ทุกแห่ง ที่เริ่มดำเนินการ มีเพียง 2 แห่ง จาก 20 โรงพยาบาล ที่ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากยังไม่ได้ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ พบว่า สามารถจัดทำไฟล์ข้อมูลได้เอง โดยการป้อนข้อมูลใหม่จากสมุดบันทึก และพบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจมาก ที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้เป็นหมวดหมู่ และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้เลย เพื่อการรักษาส่งเสริมสุขภาพให้ได้ตามมาตรฐาน และวางแผนที่จะใช้ข้อมูลเหล่านี้ เพื่อการควบคุม ป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบด้วย

สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป คือ ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน สำหรับพยาบาลผู้รับผิดชอบ และคุณภาพของข้อมูลที่เกิดขึ้น สำหรับการรวบรวมแบบรายงานการป่วย รายงานการตายในระดับจังหวัดนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรติดตามการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขอย่างใกล้ชิดในระยะแรก เพื่อการช่วยแก้ไขปัญหา และให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้ข้อมูลที่รวบรวมได้ จึงจะมีความน่าเชื่อถือ

ทีมงานติดตามผล

ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ	สำนักระบาดวิทยา
นางณรรจยา โกไสยกานนท์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นางขวัญใจ จิตรภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นางยุพา พรพระแก้ว	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นายธนาธิบดิ์ สุริยะนาคา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นายวันชัย พรหมศรี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น
น.ส.อมรรัตน์ ชุตินันท์กุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
น.ส.วิยะดา แซ่เตีย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
นางเทวรักษ์ ภูครองนาค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
นางอรณา วีระขุนย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
นายสมยศ แสงหิ่งห้อย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
นางกนกพร จิระธิญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
นางชัชสรีย์ สุทธิรางกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲

ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2547 เครือข่ายเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม(เชิงรับ) กรมควบคุมโรค

รวบรวมสรุปโดย: แสงโถม เกิดคล้าย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

บทความ

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดทำรูปแบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องและทันต่อเหตุการณ์ สามารถแสดงสถานการณ์แนวโน้มของโรคได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการติดตามสอบสวนหาสาเหตุของโรค และสำหรับการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคและภัย จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่กำลังมีแนวโน้มสูงขึ้น

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้กำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังแบบเชิงรับ (Passive surveillance) โดยให้มีการรายงานผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากสถานบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับ PCU/CUT/CUS โดยใช้แบบรายงาน 506/2 (รายบุคคล) และส่งรายงานตามระดับเครือข่าย ตั้งแต่หน่วยรายงาน (สอ./PCU/CUT/CUS) ส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ศูนย์ข้อมูลCUP)/สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักระบาดวิทยา ซึ่งกำหนดให้ส่งรายงานเป็น Electronic file มายังสำนักระบาดวิทยา ทุกสัปดาห์

โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่อยู่ในข่ายการเฝ้าระวังแบบเชิงรับได้กำหนดไว้ 10 กลุ่มโรค (35 รายโรค) ได้แก่ กลุ่มโรคปอดและทางหายใจ, กลุ่มโรคเหตุสภาวะทางกายภาพ, กลุ่มโรคผิวหนัง, กลุ่มโรค

สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป คือ ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน สำหรับพยาบาลผู้รับผิดชอบ และคุณภาพของข้อมูลที่เกิดขึ้น สำหรับการรวบรวมแบบรายงานการป่วย รายงานการตายในระดับจังหวัดนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรติดตามการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขอย่างใกล้ชิดในระยะแรก เพื่อการช่วยแก้ไขปัญหา และให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้ข้อมูลที่รวบรวมได้ จึงจะมีความน่าเชื่อถือ

ทีมงานติดตามผล

ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ	สำนักระบาดวิทยา
นางณรรจยา โกไสยกานนท์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นางขวัญใจ จิตรภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นางยุพา พรพระแก้ว	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นายธนาธิบดิ์ สุริยะนาคา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร
นายวันชัย พรหมศรี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น
น.ส.อมรรัตน์ ชุตินันท์กุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
น.ส.วิยะดา แซ่เตีย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
นางเทวรักษ์ ภูครองนาค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
นางอรณา วีระสุนย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
นายสมยศ แสงหิ่งห้อย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
นางกนกพร จิระธิญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
นางชัชสรีย์ สุทธิรางกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲

ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2547 เครือข่ายเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม(เชิงรับ) กรมควบคุมโรค

รวบรวมสรุปโดย: แสงโถม เกิดคล้าย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

บทความ

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดทำรูปแบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องและทันต่อเหตุการณ์ สามารถแสดงสถานการณ์แนวโน้มของโรคได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการติดตามสอบสวนหาสาเหตุของโรค และสำหรับการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคและภัย จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่กำลังมีแนวโน้มสูงขึ้น

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้กำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังแบบเชิงรับ (Passive surveillance) โดยให้มีการรายงานผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากสถานบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับ PCU/CUT/CUS โดยใช้แบบรายงาน 506/2 (รายบุคคล) และส่งรายงานตามระดับเครือข่าย ตั้งแต่หน่วยรายงาน (สอ./PCU/CUT/CUS) ส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ศูนย์ข้อมูลCUP)/สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักระบาดวิทยา ซึ่งกำหนดให้ส่งรายงานเป็น Electronic file มายังสำนักระบาดวิทยา ทุกสัปดาห์

โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่อยู่ในข่ายการเฝ้าระวังแบบเชิงรับได้กำหนดไว้ 10 กลุ่มโรค (35 รายโรค) ได้แก่ กลุ่มโรคปอดและทางหายใจ, กลุ่มโรคเหตุสภาวะทางกายภาพ, กลุ่มโรคผิวหนัง, กลุ่มโรค

กระดุกและกล้ามเนื้อ, กลุ่มโรคพิษจากสัตว์, กลุ่มโรคพิษจากพืช, กลุ่มโรคพิษโลหะหนัก, กลุ่มโรคพิษสารระเหย และสารทำลาย, กลุ่มโรคพิษจากก๊าซ, กลุ่มพิษจากสารเคมีเกษตรและสารเคมีอื่น ๆ เป็นต้น

จากการติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาและขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 - 2547 สรุปผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังนี้

ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2547

1. การพัฒนามาตรฐานและจัดทำคู่มือ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 เรื่อง คือ

1.1 คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยมีเนื้อหาสำคัญ ได้แก่ สถานการณ์โรคทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค แนวทางการรายงานโรค การบันทึกแบบรายงานต่าง ๆ และแนวทางสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

1.2 คู่มือแนวทางการวินิจฉัยเพื่อการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีเนื้อหาสำคัญ ได้แก่ คำนิยามโรค ในกลุ่มต่าง ๆ ลักษณะงานอาชีพที่เสี่ยง ลักษณะทางเวชกรรม การตรวจพิเศษ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่เข้าข่ายการเฝ้าระวัง

2. การขยายเครือข่ายและจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังโรค ในปี พ.ศ. 2547 ได้ขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งสิ้น 16 จังหวัด (ร้อยละ 21.3) กระจายตามเขตต่าง ๆ ดังนี้ เขต 1 (พระนครศรีอยุธยา), เขต 3 (ระยอง, ฉะเชิงเทรา, สระแก้ว และตราด) เขต 4 (สมุทรสาคร), เขต 5 (ชัยภูมิ, สุรินทร์ และบุรีรัมย์), เขต 6 (ขอนแก่น, เลย และหนองคาย), เขต 7 (ร้อยเอ็ด), เขต 10 (ลำปาง, ลำพูน), เขต 12 (สงขลา) โดยปี พ.ศ. 2544 ดำเนินการนำร่อง (4 จังหวัด), พ.ศ. 2545 (2 จังหวัด), พ.ศ. 2546 (1 จังหวัด) และ พ.ศ. 2547 (9 จังหวัด) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (แบบเชิงรับ) ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2547

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ	การขยายเครือข่าย (จังหวัด)	หมายเหตุ
พ.ศ. 2544	จังหวัดนำร่อง 4 จังหวัด คือ สมุทรสาคร, ชัยภูมิ, ลำปาง และสงขลา	โดยการคัดเลือกและสมัครใจ
พ.ศ. 2545	ขอนแก่น และสุรินทร์ (2 จังหวัด)	
พ.ศ. 2546	ระยอง (1 จังหวัด)	
พ.ศ. 2547	ลำพูน, ร้อยเอ็ด, บุรีรัมย์, ฉะเชิงเทรา, สระแก้ว, พระนครศรีอยุธยา, ตราด, เลย และหนองคาย (9 จังหวัด)	

3. การรายงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล จังหวัดที่ได้รับการจัดตั้งเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2547 รวมทั้งสิ้น 16 จังหวัด สามารถดำเนินการโดยมีการรายงานและส่งรายงานโรคได้ 12 จังหวัด (ร้อยละ 75.0) ได้แก่ สมุทรสาคร, ลำปาง, ชัยภูมิ, สงขลา, ขอนแก่น, สุรินทร์, ระยอง, ร้อยเอ็ด, ลำพูน, บุรีรัมย์, หนองคาย และเลย (ยกเว้น จังหวัดสงขลา ยังไม่สามารถส่งข้อมูลแบบ Electronic file ได้ แต่มีการรายงานเป็นแบบสรุปรายงาน) จังหวัดที่มีรายงานสูงสุด คือ สมุทรสาคร และจังหวัดที่ไม่ได้รายงานโรคหลังจากจัดตั้งระบบเฝ้าระวังแล้ว 4 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา, สระแก้ว, ตราด และพระนครศรีอยุธยา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจากเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. 2544 - 2547

จังหวัด	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	รวม
1. สมุทรสาคร	211	945	884	438	2,478
2. ชัยภูมิ	197	117	118	35	467
3. ลำปาง	239	423	353	178	1,193
4. สงขลา	122	866	611	ยังไม่ได้บันทึก	1,477
5. ขอนแก่น	ยังไม่ได้ดำเนินการ	112	170	53	335
6. สุรินทร์	ยังไม่ได้ดำเนินการ	50	42	76	168

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจากเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. 2544 – 2547

จังหวัด	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	รวม
4. สงขลา	122	866	611	ยังไม่ได้บันทึก	1,477
5. ขอนแก่น	ยังไม่ได้ดำเนินการ	112	170	53	335
6. สุรินทร์	ยังไม่ได้ดำเนินการ	50	42	76	168
7. ระยอง	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	82	82
8. ลำพูน	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	210	210
9. ร้อยเอ็ด	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	124	124
10. บุรีรัมย์	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	74	74
11. เลย	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	12	12
12. นนทบุรี	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ	38	38

หมายเหตุ: 1. ปี พ.ศ. 2547 รายงานโรกระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2547
2. ข้อมูลจังหวัดสงขลาปี พ.ศ. 2547 ยังไม่ได้บันทึกข้อมูลและส่งรายงาน

4. การจำแนกลักษณะการเกิดโรค การรายงานโรคที่ได้รับจากจังหวัดระหว่าง ปี พ.ศ. 2544 - 2547 กลุ่มโรคที่พบการรายงานมากที่สุดตามลำดับ คือ กลุ่มโรคพิษจากสัตว์ กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคผิวหนัง โรคพิษจากพืช และ พิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น (ตารางที่ 3)

สำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่ได้รับรายงาน เป็นรายโรคพบว่า โรคที่มีรายงานสูงสุดตามลำดับ ได้แก่ โรคปวดหลังจากอาชีพ, พิษงูกัด, พิษแมลงและสัตว์อื่น ๆ โรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสและสารภูมิแพ้, โรคพิษเห็ด, พิษจากสารกำจัดวัชพืช และโรคปอดจากฝุ่น เป็นต้น (ตารางที่ 4)

การจำแนกลักษณะการป่วยใน พ.ศ. 2547 (มกราคม – สิงหาคม) พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับรายงานทั้งสิ้น 1,320 ราย เสียชีวิต 4 ราย จากพิษจากเห็ด 3 ราย และพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต 1 ราย จำแนกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 49.0 เพศชาย ร้อยละ 50.8 คิดเป็นอัตราส่วน หญิงต่อชาย เท่ากับ 1:1.03 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตั้งแต่ 15 - 59 ปี จำนวน 1,018 ราย เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 141 ราย และอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 134 ราย ปัจจัยสาเหตุการป่วย จากประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.3 และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 49.7 กลุ่มอาชีพที่มีการป่วยมากที่สุด คือ อาชีพรับจ้างทั่วไป 349 ราย, เกษตรกร 317 ราย และรับจ้างในโรงงาน 297 ราย และอาชีพอื่น ๆ 330 ราย

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มโรกระหว่าง พ.ศ. 2544-2547

กลุ่มโรค	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	รวม
1. โรคปอดและทางเดินหายใจ	16	7	56	18	96
2. โรคเหตุสภาวะทางกายภาพ	7	4	9	6	26
3. โรคผิวหนัง	189	304	304	266	1,063
4. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	165	856	758	496	2,275
5. โรคพิษจากสัตว์	298	1,106	541	382	2,327
6. โรคพิษจากพืช	24	59	66	95	244
7. โรคพิษโลหะหนัก	3	1	4	1	9
8. โรคพิษสารระเหยและตัวทำละลาย	1	7	5	6	19
9. โรคพิษจากก๊าซ	19	1	2	2	24
10. โรคพิษจากสารกำจัดแมลงศัตรูพืช	43	63	30	48	184
รวม	765	2,408	1,775	1,320	6,268

หมายเหตุ: ข้อมูลจากเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 12 จังหวัด

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
จำแนกรายโรค, ระหว่าง ปี พ.ศ. 2546 - 2547

ลำดับ	ชื่อโรค	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547
1.	โรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis)	2	7
2.	โรคปอดฝุ่นฝ้าย(Byssinosis)	2	1
3.	โรคปอดฝุ่นอื่น ๆ	39	1
4.	โรคหืด เหตุอาชีพ	3	4
5.	โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง	2	4
6.	โรคปอดจากสาเหตุอื่น ๆ	8	2
7.	โรคการไคอันเสื่อม เหตุเสียงดัง	4	1
8.	ภาวะการเจ็บป่วย เหตุความร้อน	2	-
9.	โรคจากสภาวะทางกายภาพอื่น ๆ	3	5
10.	โรคผิวหนังอักเสบ จากการสัมผัสไม้ระแนง	127	74
11.	โรคผิวหนังอักเสบ สัมผัสเหตุสารระคาย	60	120
12.	โรคผิวหนังอักเสบ เหตุสารภูมิแพ้	117	72
13.	โรคปวดหลัง เหตุอาชีพ	702	442
14.	โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากงานอื่น ๆ	56	54
15.	โรคพิษจากเห็ด	61	86
16.	โรคพิษพืชอื่น ๆ	5	9
17.	โรคพิษสารหนู	4	-
18.	โรคพิษเบนซีน	1	1
19.	โรคพิษจากสารตัวทำลายอื่น ๆ	4	5
20.	โรคพิษก๊าซแอมโมเนีย	1	1
21.	โรคพิษออร์กาโนฟอสเฟต	6	14
22.	โรคพิษคาร์บามิด	-	3
23.	โรคพิษจากสารกำจัดแมลงอื่น ๆ	8	3
24.	โรคพิษจากสารกำจัดวัชพืชพาราควอต	5	6
25.	โรคพิษจากสารกำจัดวัชพืชกลัยโฟเสต	2	-
26.	โรคพิษจากสารกำจัดวัชพืชอื่น ๆ	10	12
27.	โรคพิษสารเคมีอื่น ๆ ไม่ระบุ	1	10
28.	โรคพิษงู	243	207
29.	โรคพิษจากสัตว์และแมลงอื่น ๆ	297	176
รวม		1,775	1,320

หมายเหตุ:พ.ศ. 2544 รายงานจาก 4 จังหวัด (สมุทรสาคร, สงขลา, ลำปาง และชัยภูมิ)

พ.ศ. 2545 รายงานจาก 6 จังหวัด (สมุทรสาคร,สงขลา,ลำปาง,ชัยภูมิ,ขอนแก่น และสุรินทร์)

พ.ศ. 2546 รายงานจาก 6 จังหวัด (สมุทรสาคร, สงขลา, ลำปาง, ชัยภูมิ ,ขอนแก่นและสุรินทร์)

พ.ศ. 2547 รายงานจาก 11 จังหวัด (สมุทรสาคร, ลำปาง, ชัยภูมิ , ขอนแก่น, สุรินทร์ ะยอง, ร้อยเอ็ด, เลย, หนองคาย, ลำพูน และบุรีรัมย์)

5. การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน ได้กำหนดให้มีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานหลังมีการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อติดตามความก้าวหน้าการจัดตั้งระบบการรายงานโรค ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงาน โดย เป็นการนิเทศร่วมกันระหว่าง สำนักระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พ.ศ. 2547 ได้มีนิเทศติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ทั้งสิ้น 8 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง, ลำพูน, สงขลา, บุรีรัมย์, ร้อยเอ็ด, หนองคาย, เลย และขอนแก่น มีสถานบริการที่ได้รับการนิเทศทั้งสิ้น 54 แห่ง เป็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 แห่ง, โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน 40 แห่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5 แห่ง และสถานีอนามัย 1 แห่ง เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการนิเทศ 114 คน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 สถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับการนิเทศติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2547

จังหวัด	จำนวนสถานบริการ (แห่ง)				ผู้รับการนิเทศ (คน)	หมายเหตุ
	สสจ.	รพ.	สสอ.	สอ.		
1. ลำปาง	1	3	2	-	14	ทีม นิเทศ ประกอบ ด้วย
2. ลำพูน	1	5	5	-	13	เจ้าหน้าที่จาก
3. สงขลา	1	9	-	-	20	- สำนักระบาดวิทยา
4. หนองคาย	1	3	-	-	6	-สำนักงานป้องกันควบคุม
5. เลย	1	3	-	-	5	โรคที่ 5, 6, 7, 10 และ 12
6. ขอนแก่น	1	2	-	-	13	-สำนักงาน สาธารณ สุข
7. บุรีรัมย์	1	7	-	-	9	จังหวัด
8. ร้อยเอ็ด	1	8	-	1	34	
รวม	8	40	5	1	114	

หมายเหตุ : สถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับการนิเทศติดตาม ได้จากการสุ่มอย่างง่าย และข้อจำกัดเรื่องเวลาและความพร้อมของผู้รับการนิเทศ

จากผลการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานและมีการจัดตั้งระบบ ภายหลังที่มีการอบรมชี้แจงแล้ว โดยส่วนใหญ่ กำหนดให้

1. หน่วยรายงานข้อมูล รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ด้วยบัตรรายงาน 506/2 หรือ การดึงข้อมูลจากระบบงานเวชระเบียนมารายงาน แล้วส่งข้อมูลให้ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ซึ่งบางแห่งส่งเป็นบัตรรายงาน หรือบางแห่งส่งแบบ Electronic file

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลระดับจังหวัด และตรวจสอบข้อมูลที่ส่งมาจากหน่วยรายงาน (PCU/CUS/CUT) ของ รพช./รพท./รพศ. แล้วส่งให้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และ สำนักระบาดวิทยา

การนิเทศติดตามในระยะแรก ๆ นี้ ยังไม่ได้มุ่งเน้น ถึงความถูกต้อง ครบถ้วน แต่เป็นการติดตามผลความก้าวหน้า และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมากกว่า

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินการมาได้ผลในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจาก ธรรมชาติของโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เกิดจากปัจจัยเหตุหลายอย่าง ทำให้ยากต่อการตัดสินใจในการวินิจฉัย หรือระบุปัญหาได้ชัดเจน จึงทำให้เกิดปัญหาต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค การรายงานโรค และการรักษา ตลอดจนการแก้ไขปัญหาของสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แบบเชิงรับ ทำให้ได้รับทราบปัญหาต่างๆ ดังนี้

1. ความพร้อมในการดำเนินงาน

1.1. ด้านบุคลากร เนื่องจากในช่วง 3 - 4 ปีที่ผ่านมา อยู่ระหว่างการปฏิรูประบบราชการ เจ้าหน้าที่ มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียน ย้ายงาน ลาออก ทำให้บางแห่งขาดแคลนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินงานเฝ้าระวังฯ หรือเจ้าหน้าที่ต้องทำงานหลายบทบาท ทำให้ประสิทธิภาพของงานเฝ้าระวังไม่ดีเท่าที่ควร

1.2. ด้านความรู้ ความเข้าใจ และความสนใจต่อระบบเฝ้าระวังฯ เนื่องจากโดยส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข มักมีประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ ค่อนข้างมาก แต่มีความรู้และให้ความสนใจต่อปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมค่อนข้างน้อย

2. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยส่วนใหญ่ หน่วยรายงานที่ไม่มีการรายงานโรค มักพบปัญหา จากการไม่ได้ประสานงานภายในหน่วยงาน ได้แก่ งานเวชระเบียน ฝ่ายการพยาบาล งานผู้ป่วยนอก และงานระบาดวิทยา เป็นต้น ทำให้ได้รับความร่วมมือค่อนข้างน้อย

3. การมอบหมายบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน โดยความมุ่งหวังของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเดิม กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในระดับต่าง ๆ ได้แก่ สำนักระบาดวิทยา (งานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม)/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (กลุ่มระบาดวิทยา)/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(งานระบาดวิทยา) หน่วยรายงาน ได้แก่ รพศ./รพท./รพช. (ให้พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติ และเขียนบัตรรายงาน/งานระบาดวิทยา รวบรวม ตรวจสอบและนำส่ง สสจ.) แต่เนื่องจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างฯ เมื่อนำไปปฏิบัติมักเกิดปัญหาความไม่ชัดเจนในการมอบหมายบทบาทหน้าที่การเฝ้าระวังแบบเชิงรับ ระหว่างหน่วยงานระดับต่าง ๆ ดังนี้

3.1 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 การมอบหมายหน้าที่ ระหว่าง กลุ่มระบาดวิทยา และกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

3.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การมอบหมายหน้าที่ ระหว่าง งานระบาดวิทยา และงานคุ้มครองผู้บริโภค

3.3 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป การมอบหมายหน้าที่ ระหว่าง งานเวชกรรมสังคม และอาชีวเวชศาสตร์ การมอบหมายบทบาทความรับผิดชอบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของระดับหน่วยงานข้างต้น บางแห่งยังไม่ชัดเจน และบางแห่งเจ้าหน้าที่ยังไม่ยอมรับการมอบหมายดังกล่าว ดังนั้น ควรให้มีการมอบหมายบทบาท โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการให้ชัดเจนมากขึ้น

4. ระบบการรายงานโรค ปัญหาการรายงานโรคที่พบ คือ ความครอบคลุม ครบถ้วน ของการรายงาน เนื่องจากวิธีการบันทึกรายงานผู้ป่วย ในแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน และสรุปได้ 3 ลักษณะ คือ

4.1 ระบบการรายงานที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติและแยก OPD Card ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมไว้ให้ และให้ฝ่ายสุขภาพ(งานระบาดวิทยา) รับผิดชอบเขียนบัตรรายงาน 506/2 และรวบรวมส่งให้ สสจ.

ลักษณะการรายงานนี้ เป็นรูปแบบที่ดีแบบหนึ่ง แต่ต้องอาศัยการประสานงานและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจาก มักพบว่าเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยนอก มักจะลืม และไม่ได้แยก OPD card ไว้ให้ และเจ้าหน้าที่ ระบาดวิทยา ก็ไม่ได้ติดตาม

4.2 ระบบการรายงานที่กำหนดให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นผู้บันทึกรายงาน และส่งบัตรรายงาน 506/2 ไปให้ฝ่ายสุขภาพ หรือศูนย์ CUP

การรายงานรูปแบบนี้ค่อนข้างดี เพราะสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนทุกตัวแปร มีความถูกต้องสูง แต่ระบบนี้มักพบได้น้อยในโรงพยาบาลต่าง ๆ และอาจได้ข้อมูลน้อยในโรงพยาบาลที่พยาบาล ไม่เห็นความสำคัญของงานเฝ้าระวังโรค คิดว่าไม่ได้เป็นหน้าที่ของตนเอง หรือในโรงพยาบาลที่มีเจ้าหน้าที่น้อยและมีผู้มาใช้บริการมาก ทำไม่ทัน

4.3 ระบบการรายงานโดยวิธีการดึงข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลของเวชระเบียนโรงพยาบาล โดยใช้รหัส ICD 10 เป็นวิธีที่สะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติ แต่มักพบความผิดพลาดสูง โดยเฉพาะความผิดพลาดของการลงรหัส ICD 10 ที่ไม่ตรงกับโรคที่เฝ้าระวัง และได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนทุกตัวแปร ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมสำหรับงานเฝ้าระวังโรคทุกระบบ

5. การซักประวัติ และการวินิจฉัย ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะข้อมูลปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ประวัติการทำงาน ลักษณะงานอาชีพ และการสัมผัสสิ่งก่อโรค

6. ระบบการจัดการข้อมูล

6.1 การส่งข้อมูลในระดับเครือข่ายต่าง ๆ ค่อนข้างช้า บางแห่งเก็บรวบรวมข้อมูลที่รายงานไว้ แต่ไม่ได้บันทึกส่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักระบาดวิทยา เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีน้อยและทำไม่ทัน

6.2 การวิเคราะห์และจัดทำฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง ไม่ได้จัดทำในสถานบริการสาธารณสุขบางแห่ง

7. ปัญหาด้านนโยบายและบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจนในระดับส่วนกลาง ทำให้เกิดระบบการทำงานที่ซ้ำซ้อน และการจัดสรรงบประมาณ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งมีผลต่อการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคค่อนข้างมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ เครือข่ายเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ทุกแห่งในจังหวัดสมุทรสาคร ลำปาง ชัยภูมิ สงขลา ขอนแก่น สุรินทร์ บุรีรัมย์ ระยอง หนองคาย เลย ร้อยเอ็ด ลำพูน และสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 1 - 12 ในความร่วมมือดำเนินงานเฝ้าระวังโรค และ การรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม