



รายงาน

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา WESR

Weekly Epidemiological Surveillance Report

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

ISSN 0859-547X http://epid.moph.go.th/weekly/w_2551/menu_wesr51.html

ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๕S : ๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๑ Volume 39 Number 5S : June 27, 2008

ฉบับพิเศษ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีในหญิงบริการทางเพศ ที่รับบริการจากคลินิกเคลื่อนที่ จังหวัดภูเก็ต 2550

(STIs/HIV Prevalences in Female Sex Workers Attended Phuket STIs Mobile Clinics in 2007)

เอมอร กิตติธรรกุล

Eamorn Kittitornkul

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

Phuket Provincial Medical Office

✉ emmy4800@yahoo.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีในหญิงบริการทางเพศที่มารับบริการจากคลินิกเคลื่อนที่ และสนับสนุนการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่ที่มีหญิงบริการจำนวนมากแต่มีสัดส่วนเข้าไม่ถึงบริการ โดยมีสถานีนอมาดย 6 แห่ง ร่วมดำเนินการ ซึ่งเป็นรูปแบบที่จัดขึ้นโดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการครอบคลุมทุกอำเภอ ได้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2549 ถึง กันยายน 2550 มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองเอชไอวี และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (OPD. Card) ทำการบันทึกด้วยโปรแกรม Access และวิเคราะห์หาค่าสถิติ ความชุก (Prevalence) ความถี่ ร้อยละ

ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ให้บริการทางเพศที่มารับบริการตรวจสุขภาพจากคลินิกเคลื่อนที่ทั้ง 6 แห่ง จำนวน 226 คน มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 5.51 สูงกว่าการเฝ้าระวังประจำปี 2550 ร้อยละ 3.36 ในการดำเนินงานคลินิกเคลื่อนที่พบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความชุกร้อยละ 14.16 ซึ่งสูงกว่าที่พบในการดำเนินงานในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของจังหวัด (ร้อยละ 4.83) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองดูแลรักษาตามมาตรฐานน่าจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอชไอวี ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีหลังจากการให้สุขศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.7 ระดับต่ำร้อยละ 3.2

จากการดำเนินงานพบว่าผู้ให้บริการที่คลินิกเคลื่อนที่เป็นประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้เนื่องจากมีความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าในกลุ่มที่มารับบริการอย่างสม่ำเสมอที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกเคลื่อนที่และการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้ผู้บริหารของจังหวัดร่วมพิจารณาและตัดสินใจ ให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไปในอนาคต



สารบัญ

◆ ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีในหญิงบริการทางเพศที่รับบริการจากคลินิกเคลื่อนที่ จังหวัดภูเก็ต 2550	93
◆ พฤติกรรมการป้องกันโรคเมเร็งเริมของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี ปี พ.ศ. 2550	96
◆ การประเมินมาตรฐานทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จังหวัดน่าน ปี 2550	100
◆ รายงานการสอบสวนโรคมือเท้าปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนสำราญ ตำบลกุดชุมพุง อ.พิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี เดือนธันวาคม 2550	103

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยปัจจุบัน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคหนองใน มีอุบัติการณ์ของทั้งประเทศเพิ่มขึ้น จาก 8.49 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2544 เป็น 9.73 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2548¹ ซึ่งอาจทำให้โรคเอดส์แพร่ระบาดมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันมีปัญหาที่สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้บริการจากหน่วยงานโรคและโรคเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเข้าสู่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ทำให้พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ ซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาสที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องเร่งพัฒนากระบวนการจัดการบริการ ป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้สามารถดำเนินการตามมาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษา ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกรมควบคุมโรค เพราะหากไม่มีการดำเนินการป้องกันที่เข้มแข็ง ทั้งถึง และเป็นธรรมชาติ คาดว่าจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากและยากต่อการควบคุม

จากข้อมูลการสำรวจแหล่งแพร่ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2549 ของกรมควบคุมโรค พบว่า จังหวัดภูเก็ต มีสถานบริการทางเพศจำนวนมาก เป็นอันดับ 4 ของประเทศ² คือ มีจำนวนสถานบริการ 509 แห่ง รองจากกรุงเทพมหานคร (2,129 แห่ง) ชลบุรี (1,296 แห่ง) ระยอง (591 แห่ง) และ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต เป็นอำเภอที่มีสถานบริการทางเพศเป็นอันดับ 3 ของประเทศ คือ 221 แห่ง รองลงมาอำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต มี 211 แห่ง จำนวนผู้ให้บริการทางเพศมีถึง 2,508 คน ส่วนมากจะอาศัยทำงานในเขตเมือง และพื้นที่ท่องเที่ยว เช่น ป่าตอง และ กระรน เป็นต้น นอกจากนี้ มีกระจัดกระจายมากขึ้นตามสภาพพื้นที่ ที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายทั้งชาวไทยและต่างด้าว ซึ่งเข้ามาทำงานเกี่ยวกับการก่อสร้างหรือประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว บางพื้นที่อยู่ห่างไกลจากคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรืออยู่ในจุดที่มีการคมนาคมที่ไม่สะดวก มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง ทำให้ผู้ให้บริการทางเพศไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้ ผู้ให้บริการทางเพศเป็นกลุ่มเสี่ยงอันดับต้นของโรคเอดส์ จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงบริการทางเพศปี พ.ศ. 2550 พบว่า กลุ่มหญิงบริการทางเพศ มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับร้อยละ 3.36³ ความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่ากับร้อยละ 2.20

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดภูเก็ตอยู่ในอันดับที่ 4 ของประเทศ และอันดับที่ 2 ของภาคใต้⁴ สาเหตุหลักของการแพร่ระบาดมาจากเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 89.75 ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อคลาไมเดียของหญิงให้บริการ ปี 2549 พบอัตราการติด

เชื้อหนองในเทียมในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ ร้อยละ 8.4 รองลงมาคือ เอชไอวี (5.4) หนองใน (2.6) และซิฟิลิส (0.6)⁵ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้ดำเนินการจัดทำคลินิกเคลื่อนที่ขึ้น เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศที่มารับบริการจากคลินิกเคลื่อนที่ 6 แห่ง ทั้ง 3 อำเภอ ในจังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี

วิธีการวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองเอชไอวีและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถาม ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งวิธีการสัมภาษณ์หรือการตอบคำถามด้วยตัวเอง ต่อด้วยทำการบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรม Access และวิเคราะห์หาค่าสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ผลการดำเนินงาน

1. ผลการดำเนินงานทางคลินิก

จำนวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ 285 คน มีผู้มารับบริการ 226 คน (ร้อยละ 79.30) พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 32 ราย มีอัตราความชุกร้อยละ 14.16 ในจำนวนดังกล่าว พบโรคหนองใน 8 ราย หนองในเทียม 19 ราย เริม 4 ราย และหูดหงอนไก่ 3 ราย มีการสนับสนุนกิจกรรมการให้การศึกษาเพื่อตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ (VCT) ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ มีผู้เข้ารับบริการ Pretest Counseling 127 ราย และ Posttest Counseling 126 ราย พบ HIV positive 7 ราย ความชุกร้อยละ 5.51

2. ผลประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบตัวเลือกให้ ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อที่เห็นด้วยมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ตัวเลือก จำนวน 12 ข้อ และนำมาจัดกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ

ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจ พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.7 และมีความรู้ในระดับต่ำน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.2 ตามลำดับ โดยมีระดับคะแนนต่ำสุดคือ 4 คะแนน และสูงที่สุดคือ 12 คะแนน ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย 9.67 คะแนน

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การประเมินพื้นที่และผู้ให้บริการทางเพศ ที่ยังไม่เข้าถึงบริการการรักษาเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากในกลุ่มดังกล่าวเป็น

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ ซึ่งวิธีการประเมินดังกล่าวส่วนใหญ่ ได้ข้อมูลมาจากการสำรวจแหล่งแพร่ และการออกแบบบริการเชิงรุก ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกเคลื่อนที่ โดยคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถานีนอมัย/PCU ในพื้นที่เสี่ยงเป้าหมายเป็นสถานที่ดำเนินงาน เป็นรูปแบบที่จัดขึ้นโดยคำนึงถึงความสะดวกทั้งของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ จากผลการดำเนินงานพบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ ร้อยละ 5.51 มีอัตราที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการเฝ้าระวังประจำปี 2550 ซึ่งมีความชุกร้อยละ 3.36⁶ ในการดำเนินงานคลินิกเคลื่อนที่พบความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 14.16 ซึ่งสูงกว่าที่พบจากการดำเนินงานในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของจังหวัด มีความชุกร้อยละ 4.83⁶ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองดูแลรักษาตามมาตรฐานน่าจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอชไอวี จำเป็นต้องมีการบริการที่สะดวกรองรับเพื่อให้หญิงบริการทางเพศที่ไม่เข้าถึงบริการได้รับการดูแล เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

ผลการประเมินความรู้ ความเข้าใจ มีข้อที่น่าเป็นห่วง เพราะตอบถูกน้อย (ร้อยละ 60.4) คือ การมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับเพื่อนหญิง/ชาย แฟน หรือ กิ๊ก ไม่เสี่ยงกับการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ แสดงว่าอาจมีความเข้าใจจนละเลยการป้องกันโรค ควรมีการเร่งรัดรณรงค์ในเรื่องนี้ให้มากขึ้น ส่วนหัวข้อการใช้สารหล่อลื่นหรือเจลที่ใช้กับถุงยางอนามัยนั้น ไม่ควรใช้โลชั่น เบบี้ออยล์ วาสลีน น้ำมันพืช ยังมีการตอบน้อย คือ ร้อยละ 66.9 ซึ่งตรงกับการศึกษาของนักศึกษานานาชาติระดับปริญญาโทและเอก ภาควิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 60 ของกลุ่มที่ทำการศึกษามีประสบการณ์เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยแตก ร้อยละ 10 ควรเร่งรัดให้ความรู้เรื่องนี้เพื่อสร้างความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.ในพื้นที่ท่องเที่ยวและพื้นที่ที่มีแรงงานอพยพจำนวนมาก เช่น ตำบลศรีสุนทร กมลา รัชฎา ราไวย์ และฉลอง จะมีหญิงบริการทางเพศจำนวนมาก จึงควรจัดให้มีคลินิกบริการตรวจรักษา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ขึ้นในพื้นที่ เพื่อความสะดวกรวดเร็วของผู้มารับบริการ และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง เท่าเทียม รวมทั้งช่วยป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

2. การให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ตลอดจนการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อ เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรเข้าไปในสถานบริการ เนื่องจาก ในพื้นที่ที่หญิงบริการทางเพศเข้าไม่ถึงบริการ พบ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าการดำเนินงานในคลินิกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

3. ควรมีการเยี่ยมชมตรวจเพื่อกระตุ้นให้หญิงบริการทางเพศได้รับการตรวจสุขภาพ (ตรวจภายในสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง) เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อยู่ใกล้ชิดผู้ให้บริการทางเพศ

4. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยงเพื่อให้การดูแลหญิงบริการทางเพศได้อย่างมีมาตรฐาน

5. ควรมีการศึกษาปัญหาการไม่เข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ในหญิงบริการทางเพศในเชิงลึก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานการปฏิบัติงานควบคุมโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. นนทบุรี; กรมควบคุมโรค, 2549.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทยปี 2549 . นนทบุรี ; กรมควบคุมโรค, 2550.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงให้บริการ จังหวัดภูเก็ต ปี 2550 .ภูเก็ต.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549. Available from URL: <http://www.203.157.15.4/index.php?send=aidsdata>.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อคลาไมเดียจังหวัดภูเก็ต ปี 2549.ภูเก็ต.
6. งานป้องกันแก้ไขปัญหายาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. รายงานสถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (เอกสารอค์สำเนา).ภูเก็ต; 2550.

ขยายเวลา ขอเชิญชวนส่งผลงานเข้าประกวดสัญลักษณ์ของ WESR ชิงเงินรางวัล 1,000 บาท

บุคคลทั่วไปที่มีความสามารถและความคิดสร้างสรรค์ ส่งผลงานเป็น File.jpg หรือ รูปวาดบนกระดาษ พร้อม ชื่อ ที่อยู่ สามารถส่งได้ 2 ชิ้นงาน ต่อ 1 คน

เกณฑ์การตัดสิน ตัดสินโดยคณะกรรมการพัฒนา WESR มีหลักเกณฑ์ 4 ข้อ ดังนี้

- 1.สื่อถึงลักษณะของวารสาร
- 2.จำง่าย
- 3.ใช้งานได้กับงานหลายลักษณะ ใช้ได้ทุกโอกาส เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การจัดนิทรรศการ
- 4.สื่อถึงภาพลักษณ์ขององค์กร

ส่งผลงานเข้าร่วมประกวดและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จ.นนทบุรี 11000 หรือ wesr@windowslive.com ทัดเขต 15 กรกฎาคม 2551 ประกาศผลรางวัล 31 กรกฎาคม 2551

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี ปี พ.ศ. 2550

(Risk behavior of breast cancer prevention of female in Saohai district Saraburi province 2007)

ปรีชา โอภาสสวัสดิ์*, สำริง โอภาสสวัสดิ์**

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสนาห์*, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแค**

✉ Ocha_two@hotmail.com

บทคัดย่อ

รูปแบบการศึกษา แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Studies) ประชากรศึกษาได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น จากสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งหมด ใน 12 ตำบล เขตอำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เป็นแบบคำถามปลายปิดและปลายเปิด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกระจายแบบสอบถามให้ประชากรศึกษา และเก็บรวบรวมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ประชากรศึกษาส่วนใหญ่ มีอายุ 35 – 45 ปี จบชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 1 – 3 คน อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,001 – 5,000 บาท เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจากแพทย์ ประชากรศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เรื่องโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจากสาเหตุใด ร้อยละ 78.00

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ภาพรวมทั้ง 7 ด้าน อยู่ในระดับสูง จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านเจตคติในการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.97 ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.93 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ค่าเฉลี่ย 3.91 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.90 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ค่าเฉลี่ย 3.84 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.76 ระดับปานกลางคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 2.82 สำหรับด้านแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนใหญ่พบว่า บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายสาธารณสุขในหมู่บ้าน สามารถเป็นผู้ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมตามองค์ประกอบทั้ง 8 ด้านได้

ปัญหาอุปสรรคในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่สามารถชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจกับประชากรศึกษาเนื่องจาก มีอาชีพรับจ้าง และไม่อยู่บ้านในเวลากลางวัน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ คือ ควรสร้างสื่อสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อสร้างความตระหนักต่อโรคมะเร็งเต้านม นำไปสู่การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง และสถานบริการของรัฐควรจัดให้มีบริการรองรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เช่น มุมให้คำปรึกษาโดยแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทาง มีการพัฒนาเครือข่ายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่อาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว และควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม

Keyword : Risk behavior, prevention, Breast cancer

ความเป็นมา

จากสภาพสังคมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วยและอัตราตาย ด้วยสาเหตุจากกลุ่มโรคติดเชื้อมาเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อกันมากขึ้นจากสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยและตายเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายด้วยมะเร็งของสตรีไทยมากเป็นอันดับหนึ่ง วิธีป้องกันที่ดีที่สุด คือ การตรวจพบมะเร็งเต้านมให้เร็วที่สุด ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะสามารถรักษาได้ผลดี วิธีการตรวจหา มะเร็งเต้านมในระยะแรกทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยแพทย์ และการถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านม แต่เนื่องจากการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำให้ทั่วถึงอย่าง

สม่ำเสมอเป็นไปได้ยากและการถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านมมีปัญหาในเรื่องความครอบคลุมของการบริการและปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ดังนั้น การตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งเข้ากับหลักการของการส่งเสริมสุขภาพ จึงเหมาะสมกับประเทศไทยในการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนแม่บทการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์การดำเนินกลยุทธ์ ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก แก่สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยที่ผ่านมามหาวิทยาลัยสาธารณสุขได้ดำเนินการให้ความรู้แก่สตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในหมู่บ้านและชุมชนให้ตระหนักและใส่ใจกับการตรวจเต้านม โดยการตรวจเต้านมตนเองทุกเดือนหลังการมี

ประจำเดือน 3 – 10 วัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นการกิจที่สำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ทั้งนี้เพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานตามโครงการเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

สำหรับปัญหาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในจังหวัดสระบุรี จากสถิติข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็ง ในปี 2547 และ 2548 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 129,140 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 21.87 และ 22.51 ต่อแสนประชากรและเพื่อสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี โดยศึกษาด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะประกอบเป็นปัจจัยและเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

- 1.1 อายุ
- 1.2 ระดับการศึกษา
- 1.3 สถานภาพสมรส
- 1.4 อาชีพ
- 1.5 รายได้
- 1.6 การมีบุตรและไม่บุตร
- 1.7 ประสบการณ์ที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- 1.8 ประสบการณ์ที่เคยรับการตรวจโดยแพทย์

2. ข้อมูลด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
- 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
- 2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม
- 2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
- 2.5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
- 2.6 แรงจูงใจด้านสุขภาพ
- 2.7 เจตคติต่อการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
- 2.8 แรงสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือและวิธีการศึกษา

ประชากรศึกษาและวิธีการเลือก

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเสาไห้ จำนวน 8,808 คน (ตามทะเบียนสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) แล้วนำมาคำนวณหาประชากรศึกษา โดยการประมาณ ประชากรศึกษาที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าซึ่งคำนวณจากสูตรยามานะ (Yamane, 1967:886) จำนวนประชากรศึกษาเท่ากับ 400 คน และสุ่มโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling)

1) แบ่งตามเขตการปกครองของอำเภอเสาไห้ ซึ่งประกอบด้วย 12 ตำบล ได้แก่ ตำบลจี่งวาม ตำบลบ้านยาง ตำบลศาลาไทย ตำบลเสาไห้ ตำบลหัวปลวก ตำบลต้นตาล ตำบลท่าช้าง ตำบลพระยาท ตำบลม่วงงาม ตำบลเมืองเก่า ตำบลเริงราง และตำบลสวนดอกไม้

2) จัดทำบัญชีรายชื่อสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ในแต่ละตำบล และสุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายให้ได้สัดส่วนตามที่ต้องการ 400 คน และเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถาม เพื่อป้องกันการสูญหาย และข้อมูลประชากรจะไม่เป็นตัวแทนการศึกษา จึงเพิ่มประชากรศึกษาเป็น 420 คน

หน่วยที่ศึกษา

อำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีบุตรและไม่บุตร ประสบการณ์ที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และโดยแพทย์ จำนวน 8 ข้อ โดยมีการตอบแบบให้เติมคำตอบและเลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม 8 หมวด จำนวน 34 ข้อ

ส่วนที่ 3 แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

การดำเนินการเก็บข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นและให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ประชากรศึกษาอ่านและตอบแบบสอบถาม หากประชากรศึกษาไม่สามารถอ่านได้เนื่องจากมีปัญหาทางสายตา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ใช้แบบสอบถาม 420 ชุด แล้วรอรับแบบสอบถามหลังจากตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 400 ชุด คิด

เป็นร้อยละ 95.24 จากนั้นผู้ศึกษานำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS

2. เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี 8 ด้าน จำนวน 34 ข้อ

หมวด 1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบถูกที่สุด โดยมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

หมวด 2 - 8 คำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) กำหนดให้มี 5 ตัวเลือก ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท Likert

3. การแปลผล

ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ ของ Best

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้

เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ประชากรศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 35 - 45 ปี จบชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 1 - 3 คน อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,001 - 5,000 บาท เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไม่เคยไปให้แพทย์ตรวจเต้านม

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในเรื่อง โอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจากสาเหตุใด ร้อยละ 78.00

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในภาพรวม พบว่าระดับการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในภาพรวมทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับสูงจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านเจตคติในการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.97 ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.93 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ค่าเฉลี่ย 3.91 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.90 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ค่าเฉลี่ย 3.84 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.76 ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 2.82 อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ส่วนใหญ่พบว่า บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายสาธารณสุขในหมู่บ้าน สามารถเป็นผู้ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมตามองค์ประกอบทั้ง 8 ด้านได้

ปัญหาอุปสรรค

มีข้อจำกัดเรื่องเวลา งบประมาณ และประชากรศึกษาตอบแบบสอบถามไม่ตรงกับความเป็นจริงทั้งหมด

อภิปรายผล

ด้านความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ร้อยละ 78.00 ของประชากรศึกษา มีความรู้ที่ถูกต้องในหัวข้อสาเหตุที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจากสาเหตุใด และร้อยละ 68.50 มีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารประเภทใดที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญาเพ็งสุมา (ชัญญาเพ็งสุมา, 2550: 76-77) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลเตาปูน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่า หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และการรับประทานอาหารที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่นกัน และพบว่า ร้อยละ 40 ของประชากรศึกษา มีความรู้ในเรื่อง การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีทั้งขั้นตอนและตรวจอย่างไรบ้าง และเมื่อศึกษาถึงแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ประชากรศึกษาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ควรได้รับความรู้จากแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้แนะนำ และบางส่วนเห็นว่าควรได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ แผ่นพับ เอกสาร หนังสือ หนังสือพิมพ์ และจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน

พฤติกรรมในมุมมองด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค พบว่า ประชากรศึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร สุรังสรรค์ (บุษกร สุรังสรรค์, 2536 : 66)

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค พบว่าประชากรศึกษามีการรับรู้ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัญญา ตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่มีในเรื่องการไปพบแพทย์ตรวจเต้านมเป็นเรื่องน่าอาย อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อศึกษาถึงแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ที่จะเป็นประโยชน์ให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์แล้ว พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ประชากรศึกษาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ต้องเป็นการได้รับการสร้างการรับรู้จากแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข มีส่วนน้อยที่เห็นว่าสื่อประเภทต่าง ๆ และคน

ในครอบครัวญาติ หรือเพื่อนบ้านที่มีผลต่อการสร้างความรับรู้ใน 4 ด้าน ดังกล่าว

ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า ประชากรศึกษาส่วนใหญ่ ได้รับแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับสูง โดยมีความกลัวการเป็นโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากอาสาสมัครสาธารณสุข คนในครอบครัว หรือเพื่อน เป็นสิ่งที่สร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรค

ด้านเจตคติในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มประชากรศึกษามีเจตคติต่อการป้องกันโรคในระดับสูง และมีเจตคติที่ดีในหัวข้อที่ว่าถ้าได้รับการสอนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้ว จะตรวจได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอน การตรวจสุขภาพทั่วไปประจำปี สามารถตรวจหาโรคในระยะแรกได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัยญา เฟ็งสุมา (ชัยญา เฟ็งสุมา, 2550 :91-92)

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าประชากรศึกษาส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขสอนให้ตรวจเต้านมได้ด้วยตนเอง ในระดับสูง รองลงมาคือ การได้รับข่าวสารจากเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าว ในหมู่บ้านเรื่องมะเร็งเต้านมซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัยญา เฟ็งสุมา (ชัยญา เฟ็งสุมา, 2550:93-94)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรมของประชากรศึกษา เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น
2. ควรศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ เจตคติในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่เสี่ยง เช่น พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม
4. ควรศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

บรรณานุกรม

- กชกร สมมั่ง. (2542). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ศรีสิงห์. (2548). คู่มือ การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม. คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิตติ จินดาภิรักษ์. (2519). การค้นหาโรคมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง. 4(2): 6-7.

- กระทรวงสาธารณสุข. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (2550). การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม.
- กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็ง. (2546). การค้นหา วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง ปิงปประมาณ 2542-2545. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.
- ชัยญา เฟ็งสุมา. (2550). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลเตาปูน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. สารนิพนธ์โครงการสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสุพรรณบุรี.
- บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ. (2542). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัย. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- บุษกร สุรัสวดี. (2536). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียงของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บวร งามศิริอุดม. (2550 , มกราคม – มีนาคม). “ประสิทธิผลการถ่ายทอดความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง,” ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 30(ฉบับที่ 1) : 50-51.
- วิมล คำสวัสดิ์. (2535). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขภาพศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. สถิติสาธารณสุข. ม.ป.ท. นนทบุรี.
- สำเริง จันทรสวรรณ. (2544). เภยันต์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อการแปลผล และเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเพื่อใช้สถิติ Chi-Square. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมหมาย ทองแก้ว. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่รับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- โสพรรณ โพทะยะ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

การประเมินมาตรฐานทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จังหวัดน่าน ปี 2550

(Evaluation of Surveillance and Rapid Response Team Standard in Nan Province 2007)

ชลีพร รุจิโกไสย Chuleporn Rujikosai, มนุสสินี สิริมาตย์ Manoosin Sirimart

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน Nan Provincial Health Office

✉ m_siri@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินมาตรฐาน และเปรียบเทียบสมรรถนะของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของ จังหวัดน่าน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทีม SRRT 4 องค์ประกอบ คือ ด้านทีมงาน ความพร้อม การเฝ้าระวังและเตือนภัย และการสอบสวนโรค จำนวน 14 ตัวชี้วัด เก็บข้อมูลโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานระดับวิทยาระดับจังหวัด ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2550 - 30 กันยายน 2550 เป้าหมาย ทีมระดับจังหวัด และทีมระดับอำเภอทุกอำเภอ รวม 16 ทีม ผลการประเมินพบว่า ทีม SRRT ระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับ คุณภาพดีมาก ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ โดยมี 11 ทีม หรือร้อยละ 73.33 ผ่านในระดับคุณภาพดีมาก และอีก 4 ทีม หรือ ร้อยละ 26.67 อยู่ในระดับคุณภาพดี ข้อเสนอแนะจากผลการประเมินสำหรับทีมระดับจังหวัด ควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดด้านศักยภาพทางวิชาการ ของทีม ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาด ส่วนทีมระดับอำเภอ ต้องพัฒนาตัวชี้วัดด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานทันเวลา, ความทันเวลาของการได้รับการแจ้งข่าวการระบาด และความ ครอบคลุมหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับมาตรฐานทีม SRRT ที่ใช้ ควร พิจารณาปรับเกณฑ์ตัวชี้วัดการทราบข่าวเตือนภัย และองค์ความรู้ด้านอิเล็กทรอนิกส์ ที่กำหนดให้ทีมอำเภอเป็นสมาชิกเครือข่ายระดับเขตและ ประเทศ ให้เหลือเพียงเป็นสมาชิกเครือข่ายระดับจังหวัด

คำสำคัญ ประเมินมาตรฐาน, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว, SRRT, จังหวัดน่าน

บทนำ

จากนโยบายการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของ รัฐบาล ได้กำหนดให้มีการประเมินผลเพื่อการพัฒนา และระบบ มาตรฐานเป็นกระแสหลักของการพัฒนารวมถึงการแข่งขันในทุก วงการทั้งภาครัฐและเอกชน มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่ เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) เป็นมาตรฐาน หนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจัดให้มีการประเมินมาตรฐานทีมระดับจังหวัดและอำเภอ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการประเมินมาตรฐานทีม SRRT ของจังหวัดน่านขึ้น วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินมาตรฐานและสมรรถนะของทีม SRRT จังหวัดน่าน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและประเมินผลการ พัฒนาทีม SRRT ของจังหวัดน่าน

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลจากทะเบียนรับและส่ง ข้อมูล รง 506, ทะเบียนเฉพาะโรค (E1), รายงานสถานการณ์โรค ประจำเดือน, ทะเบียนรับแจ้งข่าวการระบาด, รายงานสอบสวนโรค และเอกสารงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่เกี่ยวข้อง ช่วงเวลาที่ ใช้ประเมินมี 3 ช่วงเวลา คือ ณ เวลาปัจจุบัน, รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 - 30 เมษายน 2550) และข้อมูลย้อนหลัง 12 เดือน (วันที่ 1 พฤษภาคม 2549 - 30 เมษายน 2550) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวชี้วัด

แต่ละตัว เก็บข้อมูลโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานระดับ วิทยาระดับจังหวัด ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2550 - 30 กันยายน 2550 เป้าหมายทีมระดับจังหวัด 1 ทีม ประเมินทั้งงานระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข และทีมระดับอำเภอ 15 ทีม เก็บ ข้อมูลที่ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอทุกแห่ง เครื่องมือที่ใช้เป็น “แบบ ประเมินมาตรฐานทีม SRRT” ที่สำนักระบาดวิทยาจัดทำขึ้น รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

องค์ประกอบของมาตรฐานทีม SRRT

มาตรฐานทีม SRRT¹ หมายถึง ข้อกำหนดเกี่ยวกับ คุณลักษณะและแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ 14 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. **มาตรฐานทีมงาน** เป็นมาตรฐานแสดงขนาด โครงสร้าง และความรู้ความสามารถหรือสมรรถนะของทีม มี 2 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดที่ 1) การจัดตั้งทีม SRRT 2) ศักยภาพทางวิชาการของทีม
2. **มาตรฐานความพร้อม** เป็นมาตรฐานแสดงความพร้อม ทั้งในภาวะปกติ และในการออกปฏิบัติงาน มี 2 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัด ที่ 3) ความพร้อมของทีมในภาวะปกติ 4) ความรวดเร็วในการออก ปฏิบัติงาน
3. **มาตรฐานการเฝ้าระวังและเตือนภัย** เป็นมาตรฐานแสดง บทบาทหน้าที่หรือภารกิจด้านการเฝ้าระวังโรคทั้งในระยะปกติ และ

เมื่อสถานการณ์ผิดปกติ มี 5 ตัวชี้วัดคือ ตัวชี้วัดที่ 5) การจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง 6) ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด 7) ความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามเกณฑ์ที่กำหนด 8) การแจ้งเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค 9) การทราบข่าวเตือนภัยและองค์ความรู้ทางเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์

4. มาตรฐานการสอบสวนโรค เป็นมาตรฐานแสดงบทบาทหน้าที่หรือภารกิจที่เกี่ยวกับการสอบสวนโรคและควบคุมโรคเบื้องต้น มี 5 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดที่ 10) ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายในพื้นที่รับผิดชอบ 11) ความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด 12) ความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาดในพื้นที่รับผิดชอบ 13) การสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ และ 14) การเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ

ผลการประเมินตัวชี้วัดแต่ละตัวแบ่งเป็น 4 ระดับ คือระดับ 0, 1, 2 และ 3 มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน การผ่านเกณฑ์แต่ละตัวชี้วัด ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 5 คะแนน ส่วนการผ่านเกณฑ์มาตรฐานของทีม SRRT ต้องได้คะแนนเฉลี่ยรวมทุกตัวชี้วัด (14 ตัวชี้วัด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยถ้าได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 จัดอยู่ในระดับคุณภาพ “ดี” และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นระดับคุณภาพ “ดีมาก”

ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินทีม SRRT ระดับจังหวัด พบว่าทีม SRRT จังหวัดน่าน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีม SRRT ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 91.0 ระดับคุณภาพ ดีมาก โดยได้ค่าคะแนนระดับ 3 จาก 10 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดที่ 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13 และ 14 ที่เหลือได้คะแนนระดับ 2 จำนวน 4 ตัวชี้วัด คือตัวชี้วัดที่ 2 (ศักยภาพทางวิชาการของทีม) ตัวชี้วัดที่ 6 (ความครอบคลุมหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด) ตัวชี้วัดที่ 7 (ความทันเวลาของการรายงานโรค) และตัวชี้วัดที่ 12 (ความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาด)

2. ผลการประเมินทีม SRRT ระดับอำเภอ พบว่า ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกอำเภอ (15 ทีม) คิดเป็นร้อยละ 100 ทีมที่มีค่าคะแนนจากการประเมินเฉลี่ยทุกตัวชี้วัดในระดับคุณภาพดีมากมี 11 ทีม (ร้อยละ 73.33) และระดับคุณภาพดีมี 4 ทีม (ร้อยละ 26.67) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินมาตรฐานทีม SRRT ระดับอำเภอ จังหวัดน่าน มิถุนายน - กันยายน 2550

ทีม SRRT อำเภอ	ผลการประเมิน (ร้อยละ)	การผ่าน เกณฑ์	ระดับ คุณภาพ
1. พงษ์ช้าง	95.00	ผ่าน	ดีมาก
2. นาน้อย	92.00	ผ่าน	ดีมาก
3. สันติสุข	91.00	ผ่าน	ดีมาก
4. บ้านหลวง	90.00	ผ่าน	ดีมาก
5. ปัว	90.00	ผ่าน	ดีมาก
6. ภูเพียง	90.00	ผ่าน	ดีมาก
7. เมือง	85.00	ผ่าน	ดีมาก
8. เชียงกลาง	85.00	ผ่าน	ดีมาก
9. ท่าวังผา	83.00	ผ่าน	ดีมาก
10. บ่อเกลือ	83.00	ผ่าน	ดีมาก
11. เถลิมพระ	83.00	ผ่าน	ดีมาก
เกียรติ	77.00	ผ่าน	ดี
12. เวียงสา	75.00	ผ่าน	ดี
13. นาหมื่น	71.00	ผ่าน	ดี
14. สองแคว	63.00	ผ่าน	ดี
15. แม่จริม			

ผลการประเมินรายตัวชี้วัด พบว่าตัวชี้วัดที่มีการผ่านเกณฑ์ระดับ 3 มากที่สุด คือ ตัวชี้วัดที่ 8 (การแจ้งเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค) ผ่านเกณฑ์ทุกทีมรองลงไปได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 (การจัดตั้งทีม SRRT) ตัวชี้วัดที่ 2 (ศักยภาพทางวิชาการของทีม) และตัวชี้วัดที่ 3 (ความพร้อมของทีมในภาวะปกติ) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ตัวชี้วัดที่ 4 (ความพร้อมของทีมในการปฏิบัติงานทันเวลา) ไม่ผ่านเกณฑ์ (ระดับคะแนน 0 และ 1) ทุกทีม รองลงไปได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 11 (ความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด) ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93.3 ตัวชี้วัดที่ 9 (การทราบข่าวเตือนภัยและองค์ความรู้ด้านอิเล็กทรอนิกส์ และตัวชี้วัดที่ 6 (ความครอบคลุมหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด) ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 73.3 ดังตารางที่ 2



WESR

ผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ และฉบับผนวก (Supplement) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ส่ง E-mail พร้อมแนบไฟล์บทความที่จะลงตีพิมพ์ พร้อมทั้งแจ้งสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

ส่งมาที่กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

E-mail : wesr@windowslive.com โทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1730

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทีม SRRT ระดับอำเภอ จังหวัดน่าน จำนวนตามระดับคะแนน จากการประเมินมาตรฐานทีม SRRT ปี พ.ศ. 2550

ตัวชี้วัด ที่	ระดับ 3		ระดับ 2		ระดับ 1		ระดับ 0		ทีมที่ประเมิน	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	12	80.0	0	0	3	20.0	0	0	15	100
2	12	80.0	0	0	3	20.0	0	0	15	100
3	12	80.0	2	13.3	1	6.7	0	0	15	100
4	0	0	0	0	13	86.7	2	13.3	15	100
5	12	80.0	1	6.7	1	6.7	1	6.7	15	100
6	3	20.0	1	6.7	6	40.0	5	33.3	15	100
7	4	26.7	4	26.7	4	26.7	3	20.0	15	100
8	15	100.0	0	0	0	0	0	0	15	100
9	1	6.7	3	20.0	11	73.3	0	0	15	100
10	6	40.0	0	0	1	6.7	8	53.3	15	100
11	0	0	1	6.7	12	80.0	2	13.3	15	100
12	8	53.3	1	6.7	1	6.7	5	33.3	15	100
13	11	73.3	1	6.7	3	20.0	0	0	15	100
14	9	60.0	2	13.3	3	20.0	1	6.7	15	100

สรุปและอภิปรายผล

ทีม SRRT ของเครือข่ายระบาดวิทยาจังหวัดน่าน ทั้งทีมระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถผ่านการประเมินมาตรฐานในปี พ.ศ. 2550 ทุกทีม แสดงถึงความสำคัญและความเชื่อมโยงของการพัฒนาและมาตรฐานงานในการเฝ้าระวัง สอบสวนและรายงานโรคจากหลักการด้านสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข¹ ที่มีคำกล่าวไว้ว่า “เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนต้องใช้ระบาดวิทยาในการปฏิบัติงาน” และด้านสมรรถนะขององค์กร ที่กล่าวว่า “หน่วยงานที่มีหน้าที่ป้องกันควบคุมโรคและภัยทุกหน่วยงาน ต้องมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)”

เนื่องจากปัญหาวะถูกเดินทางสาธารณสุขที่มากขึ้นทั้งในด้านความถี่ ขนาด และความรุนแรง รวมถึงขีดความสามารถในการแพร่กระจายของปัญหาไปยังพื้นที่อื่น ๆ พื้นที่ใดที่ทีม SRRT ไม่เข้มแข็ง จะเป็นจุดอ่อนของการป้องกันควบคุมโรค และอาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้โรคทวีความรุนแรงขึ้นได้ การพัฒนาทีม SRRT จึงมีความสำคัญ โดยมีมาตรฐานเป็นเครื่องชี้วัด มาตรฐาน SRRT จึงมีความสำคัญต่อระบบป้องกันควบคุมโรคโดยตรง จากผลการประเมินมาตรฐานทีม SRRT ของจังหวัดน่าน นับได้ว่าการพัฒนาศักยภาพของทีม SRRT ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2550 ทีม SRRT ระดับอำเภอยังได้รับรางวัลผลงานการสอบสวนโรคทรงคุณค่าและรางวัลทีมสอบสวนโรคดีเด่น ส่วนระดับจังหวัดได้รับรางวัลเครือข่ายทีม SRRT ดีเด่น ซึ่งการพัฒนานั้นมีกลไกและรูปแบบที่พิเศษแตกต่างจากจังหวัดอื่น คือ มีการฝึกอบรมจากเหตุการณ์จริง (Action Learning) โดยเมื่อมีการระบาดของโรคที่สำคัญและน่าสนใจเกิดขึ้น จะมีการระดมทีมจากทุกอำเภอมาร่วมสอบสวนโรค

ทำให้ทุกทีมมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างไรก็ตามถึงแม้ทีมทั้งหมดจะผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงแก้ไข กล่าวคือ ทีมระดับจังหวัดต้องมีการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการของทีม ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาด ส่วนทีมระดับอำเภอต้องพัฒนาด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานทันเวลา ความทันเวลาของการได้รับการแจ้งข่าวการระบาด และความครอบคลุมหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปัญหาและอุปสรรค

1. โปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย โดยยกเลิกโปรแกรมเดิม ทำให้เกิดความยุ่งยากในการสืบค้นข้อมูลย้อนหลัง

2. ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอบางแห่ง ระบบการจัดเก็บเอกสารไม่ดี การค้นหาข้อมูลยุ่งยาก

ข้อเสนอแนะ

1. ทีม SRRT ระดับจังหวัด ควรเน้นย้ำการปฏิบัติงานทีมอำเภอเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดที่ 4 เกี่ยวกับความพร้อมของทีมในการออกปฏิบัติงานโดยให้สามารถออกสอบสวนได้ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังรับการรักษา ตัวชี้วัดที่ 11 ความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด โดยให้สามารถแจ้งข่าวทันเวลา ภายใน 24 ชั่วโมงหลังวันรับรักษา

2. ทีม SRRT ระดับอำเภอ ควรเร่งรัดการรายงานของสถานีอนามัย เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดที่ 6 ความครอบคลุมหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัด ควรดำเนินการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปและจัดเก็บข้อมูลให้เหมือนกันทั้งจังหวัด ไม่ควรปรับเปลี่ยนบ่อย โดยเฉพาะโปรแกรม Health_Center ควรพัฒนาระบบให้มี Menu สำหรับกรอกข้อมูลด้านระบาดวิทยาให้ครบถ้วน ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และสามารถประมวลผลได้ในระดับปฏิบัติการ

4. มาตรฐาน SRRT ที่ใช้ควรปรับปรุงใหม่ โดยปรับเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 9 กรณีการเป็นสมาชิกของทีม SRRT ระดับอำเภอที่ต้องเป็นสมาชิกเครือข่ายระดับเขต และประเทศ ให้เหลือเพียงระดับจังหวัด

5. ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาองค์ความรู้ในด้านรูปแบบการพัฒนาทีม SRRT จังหวัดน่าน ด้วยการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อใช้เป็นแนวทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับทีม SRRT อื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ชวลิต ทศนสว่าง. โรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2532.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. นิยามโรคติดต่อ ประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ; 2546.
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. คู่มือมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT). กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ; 2548.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. คู่มือพัฒนาบุคลากรทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2549.

การสอบสวนทางระบาดวิทยา

รายงานการสอบสวนโรคมือเท้าปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนสำราญ ตำบลกุดชุมพภู

อ. พิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี เดือนธันวาคม 2550

(Investigation of Hand Foot and Mouth Disease at Phiboonmangsaharn District,Ubon Ratchathani Province, December, 2008)

มนิรัตน์ ออบมา Maneerat Obma นิภรณ์ แนนสุวรรณ Niporn Namsuwan

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Provincial Health Office Ubon Ratchathani

✉ maneeratobma@thaimail.com

ความเป็นมา

เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2550 เวลาประมาณ 11.00 น. งานผู้ป่วยนอกได้แจ้งทางโทรศัพท์มาที่ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ว่ามีผู้ป่วยจากตำบลกุดชุมพภู มาด้วย อาการมีตุ่มตามฝ่ามือ เท้า และในปาก มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกวันนี้ แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จึงได้ทำการสอบสวนโรคเบื้องต้นที่โรงพยาบาล หลังการสอบสวนโรคได้แจ้งข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร และประสานทีมเคลื่อนที่เร็วของอำเภอ ดำเนินการสอบสวนโรคตั้งแต่วันที่ 25 ธันวาคม 2550

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
2. เพื่อหาสาเหตุการระบาด วิธีการถ่ายทอดโรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
3. เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดโรค ในแง่บุคคล เวลา สถานที่
4. เพื่อหาแนวทางในการควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายโรค

วิธีการสอบสวน

1. ทบทวนบันทึกการรักษาผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน,จากระบบ LAN ของโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2550 ถึง 3 มกราคม 2551
2. ศึกษาข้อมูลการเกิดโรค HFMD ก่อนหลัง จากศูนย์เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อ.พิบูลมังสาหาร
3. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน โดยนิยามผู้ป่วย คือ มีไข้ร่วมกับมีตุ่มหรือแผลบริเวณปาก หรือฝ่ามือ หรือฝ่าเท้า หรือที่ก้น ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหมู่บ้านที่ตั้งศูนย์ฯ ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2550 ถึง 3 มกราคม 2551
4. เก็บตัวอย่างอุจจาระ ส่งตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
5. สอบถามข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการเดินทางและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทุกราย โดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองตามแบบฟอร์มการสอบสวนโรคในหนังสือนิยามโรคติดต่อ ประเทศไทย 2548
6. ประสานศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลกุดชุมพภู และผู้นำชุมชน

เพื่อหาตำแหน่งบ้านที่อยู่ของผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๆ

ผลการสอบสวน

ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายแรกเป็นเด็กหญิง อายุ 3 ปี อยู่ที่ ม.9 บ้านคอนสาราญ ต.กุดชุมภู อ.พิบูลมังสาหาร เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2550 ด้วยอาการมีไข้ต่ำ ๆ หนึ่งวันต่อมามีอาการตามฝ้ามืด เท้า และในปาก วันที่สามญาติพามาับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลฯ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก

ทีมสอบสวนโรคเก็บตัวอย่างอุจจาระ เมื่อ 30 ธันวาคม 2550 ส่งตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้รับแจ้งผลว่าแยกเชื้อแล้วได้เชื้อเอนเทอโรไวรัส 71

ข้อมูลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดามารดา และยาย ส่วนใหญ่ยายจะเป็นผู้ดูแล ลักษณะที่อยู่อาศัย เป็นบ้านเดี่ยว ชั้นเดียว อยู่ในหมู่บ้าน

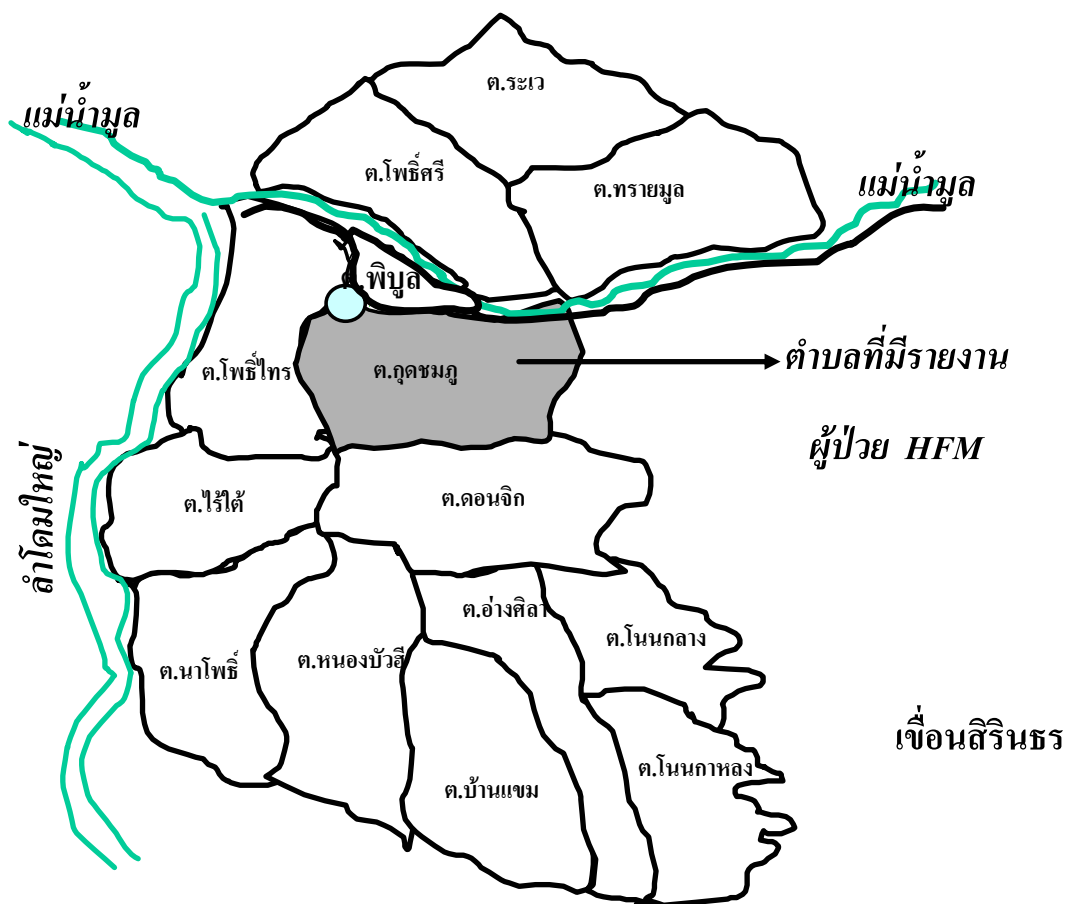
ตั้งอยู่ริมถนนเส้นที่ตัดผ่านกลางหมู่บ้าน บริเวณบ้านทั่วไปแห้ง มีฝุ่นดิน ไม่มีน้ำขัง

บิดามารดา ทำงานเป็นลูกจ้างอยู่ที่ร้านค้าแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร เดินทางไป-กลับ กลางวันผู้ป่วยจะอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในหมู่บ้าน มียายไปรับ-ส่ง

จากการสัมภาษณ์ยายผู้ป่วย ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยไม่ได้เดินทางออกนอกชุมชนไปไหน และจากการสอบถามครูพี่เลี้ยง ให้ข้อมูลว่า ก่อนหน้านั้นไม่พบเด็กคนอื่นป่วยมาก่อน

ข้อมูลทั่วไป

บ้านคอนสาราญ หมู่ที่ 9 ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีหลังคาเรือนจำนวน 225 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 1,031 คน กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 61คน อยู่ห่างจากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลกุดชุมภู ประมาณ 1.5 กิโลเมตร ถนนจากหมู่บ้านไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นถนนลาดยาง และศูนย์สุขภาพชุมชน อยู่ห่างจากตัวอำเภอพิบูลมังสาหาร ประมาณ 5 กิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการเกษตร และรับจ้างทั่วไป



รูปที่ 1 แผนที่ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ในหมู่บ้านมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 1 แห่ง ตั้งอยู่ในหมู่บ้าน อยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดชุมภู ลักษณะอาคารเป็นอาคารชั้นเดียวข้างในเป็นห้องโถง มีแผ่นกั้นแยกเป็นห้องต่าง ๆ ภายในค่อนข้างแออัด ใช้เครื่องปรับอากาศจะเปิดใช้ตลอดยกเว้นช่วงที่มีอากาศหนาวเย็น ด้านหน้าและด้านข้างอาคารมีสนามหญ้าล้อมรอบ มีห้องน้ำในอาคาร จำนวน 2 ห้อง ใช้ถึงเก็บน้ำสำหรับทำความสะอาด หลังขับถ่ายทั้ง 2 ห้อง และใช้ขันตักน้ำรดทำความสะอาดน้ำใช้ ใช้น้ำจากระบบประปาของหมู่บ้าน ปริมาณน้ำมีใช้อย่างเพียงพอ

สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปแห้งสะอาด การจัดวางอุปกรณ์ ของใช้ต่างๆมีชั้นวางเป็นระเบียบจำนวนเด็กในศูนย์ฯ จำนวน 75 คน มีครูพี่เลี้ยงจำนวน 5 คน เด็กส่วนใหญ่จะมาจากบ้านที่ตั้งศูนย์ฯ คือ บ้านดอนสำราญ ม.9 และมีบางส่วนมาจากหมู่บ้านใกล้เคียง ได้แก่ บ้านหินสูง ม.4 บ้านแก่งเจริญ ม.5 บ้านหินลาด ม.6 บ้านดอนหาย ม.7 บ้านแสนคอ ม.10 บ้านกุดชุมภู ม.11 บ้านใหม่มาคลอง ม.17 และจากตำบลใกล้เคียง ได้แก่ เขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร

ห้อง 1 อายุ 2 1/2 - 3	ห้อง 2 อายุ 3 ปี	ห้อง 3 อายุ 4 ปี	อ่างล้างมือ ห้องพัก	อ่างล้างมือ	สขา
					สขา
ห้องโถงพักผ่อนและห้องกิจกรรม					
ประตู					ประตู

รูปที่ 2 แผนผังภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนสำราญ หมู่ 9 ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- แก้วน้ำ : ใช้ส่วนตัว เด็กนำมาจากบ้าน ทางศูนย์ฯ จัดที่แขวนให้เรียงกัน และให้เด็กนำกลับไปทำความสะอาดที่บ้านทุกสัปดาห์ (ตอนเย็นวันศุกร์)
- แปรงสีฟัน : ใช้ส่วนตัว เด็กนำมาจากบ้าน ทางศูนย์ฯ จัดที่แขวนให้เรียงกัน เช่นเดียวกับแก้วน้ำ
- อุปกรณ์เครื่องนอน : ใช้ส่วนตัวและให้เด็กนำกลับไปทำความสะอาดที่บ้านทุกสัปดาห์ (ส่วนใหญ่จะเป็นตอนเย็นวันศุกร์)
- นม, ขวดนม: ทางศูนย์ฯ มีนมกล่องให้แต่เด็กส่วนใหญ่จะดื่มจากขวดซึ่งนำมาจากบ้าน
- อุปกรณ์ของเล่น : ทางศูนย์ฯ จะจัดเตรียมไว้ให้ เด็กจะเล่นด้วยกัน และครูพี่เลี้ยงจะเก็บลงกล่อง เมื่อแล้วเสร็จในแต่ละวัน

ลักษณะการเกิดโรค

จากการทบทวนบันทึกการรักษาผู้ป่วยที่มาจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอน-

สำราญ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร และจากการรายงานโรคของงานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ช่วงวันที่ 15 ธันวาคม ถึง 31 ธันวาคม 2550

พบผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือเท้าปาก จำนวน 3 ราย (รวมผู้ป่วยรายแรก) จากการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 8 ราย รวมผู้ป่วยทั้งหมด 11 ราย ทั้ง 11 ราย มีอาการไม่รุนแรง ไม่ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วย 23 ธันวาคม 2550 และรายสุดท้าย 31 ธันวาคม 2550 โดยมีวันเริ่มป่วยดังแสดงในรูปที่ 3

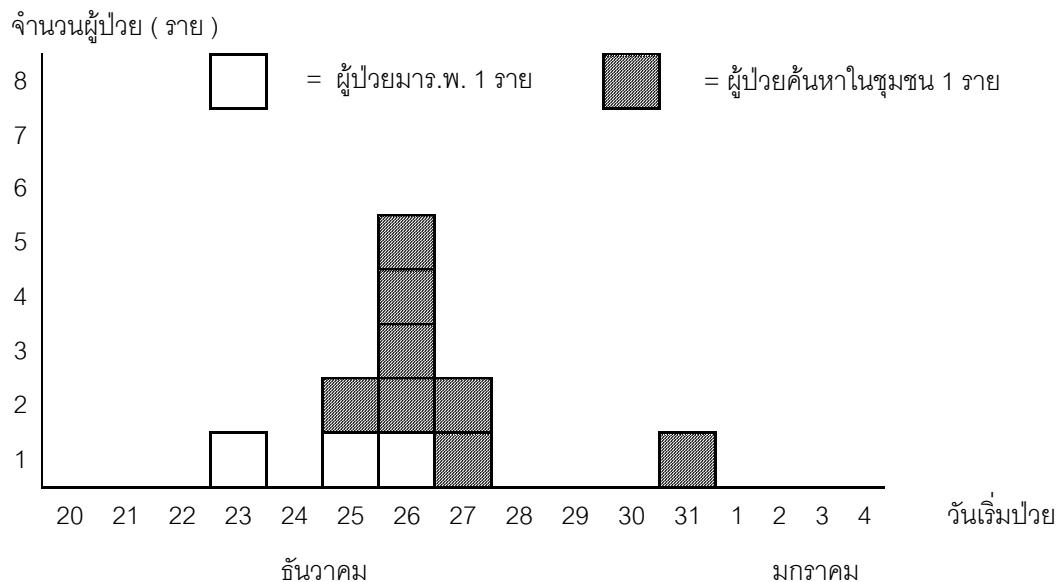
จากการสอบสวนโรคเฉพาะรายผู้ป่วยทั้ง 11 ราย เป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 4 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 1.75 : 1 ทั้ง 11 ราย อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอายุระหว่าง 2 - 4 ปี ผู้ป่วยทั้ง 11 ราย เป็นเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบ้านดอนสำราญ โดยมาจากหมู่บ้านต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบ้านดอนสำราญ จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	อัตราป่วยต่อพันประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน
หินสูง ม.4	1	21.73
หินลาด ม.6	1	12.04
ดอนหาย ม.7	1	17.85
ดอนสำราญ ม.9	6	75.00
กุดชุมภู ม.11	1	20.83
ด.พิบูล	1	0.89

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบ้านดอนสำราญ จำแนกตามห้องเรียน

ห้องเรียน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ (ของนักเรียนแต่ละห้อง)
ห้อง 1	5	21.74
ห้อง 2	3	13.64
ห้อง 3	3	15.79
รวม	11	17.19(ทั้งศูนย์ฯ)



รูปที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากตามกลุ่มชุมชน อำเภอพินุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
จำแนกตามวันเริ่มป่วย ระหว่างวันที่ 23 – 31 ธันวาคม 2550

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากการเก็บตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วยส่งตรวจ ช่วงวันที่ 28 ธันวาคม 2550 ถึง 3 มกราคม 2551 โดยส่งตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำการตรวจวิเคราะห์โดยแยกเชื้อในเซลล์เพาะเลี้ยง พิสูจน์เชื้อโดยวิธี micro - neutralization ส่งตรวจจำนวน 11 ตัวอย่าง ได้รับแจ้งผลแล้ว 9 ตัวอย่าง (รอฟผล 2 ตัวอย่าง) ได้ผลเป็นดังนี้

- แยกเชื้อแล้วไม่พบเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 จำนวน 6 ตัวอย่าง
- แยกเชื้อแล้วพบเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 จำนวน 3 ตัวอย่าง

ข้อมูลการเกิดโรคมือ เท้า ปาก

- ในปี 2549 อำเภอพินุลมังสาหาร มีรายงานผู้ป่วย 1 ราย แต่ผลการตรวจแยกเชื้อ และตรวจภูมิคุ้มกันของเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ให้ผล Negative
- ในปี 2550 ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2550 อำเภอพินุลมังสาหาร มีรายงานผู้ป่วย 53 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 12.59 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยกระจายใน 11 ตำบล จาก 14 ตำบล และพบ การเกิดโรคแบบกลุ่มก้อน (Cluster) อีก 2 แห่ง ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน คือ ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในตำบลพินุล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในตำบลโนนกาหลง มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 12 ราย เก็บตัวอย่างส่งตรวจ จำนวน 6 ตัวอย่าง แยกเชื้อแล้วพบเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 จำนวน 3 ตัวอย่าง
- ในการสอบสวนโรคที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอน

สำราญในครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันกับพื้นที่อื่นที่มีรายงานโรคแต่อย่างใด

การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรค

1. ให้คำแนะนำครูพี่เลี้ยงให้รู้จักอาการของโรค เพื่อให้สามารถค้นหาเด็กป่วยได้เองและแยกเด็กได้เร็ว
2. ให้คำแนะนำการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กไม่ป่วย โดยให้หยุดเรียนอย่างน้อย 1 สัปดาห์
3. ให้สุศึกษาการดูแลสุขภาพ วิธีล้างมือที่ถูกต้อง และวิธีทำความสะอาดสถานที่ ทั้งที่อยู่อาศัย และที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๆ การทำความสะอาดเครื่องใช้ เครื่องเล่น ให้กับครูพี่เลี้ยงผู้ปกครอง
4. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมพิจารณา และปิดศูนย์ฯ ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม ถึง 6 มกราคม 2551 รวม 9 วัน และในระหว่างปิดศูนย์ฯ ได้ระดมผู้เกี่ยวข้อง ทำความสะอาดสถานที่ โดยใช้สารละลายเจือจางของน้ำยาฟอกขาวแล้วเช็ดล้างด้วยน้ำสะอาด ส่วนการทำมาสะอาดเครื่องเล่นของเด็กทำการซักล้างตามปกติแล้วผึ่งแดดให้แห้ง
5. หยุดใช้เครื่องปรับอากาศ เปิดประตูหน้าต่าง ให้แสงแดดส่องถึงเพื่อฆ่าเชื้อโรค
6. หลังปิดศูนย์ฯ ได้ให้สุศึกษาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ประสาน อบต. และผู้นำชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการป่วยไม่รุนแรง ผู้ปกครองอาจจะพาเด็กไปเล่นด้วยกัน ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการติดต่อโรคในชุมชนได้อีก

7. เฝ้าระวังและค้นหาเด็กป่วยในชุมชนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง โดยแจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากรของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อกระตุ้นให้มีการรายงาน เมื่อพบผู้ป่วยหรือสงสัยว่าป่วย และจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 20 แห่ง (ทั้งอำเภอ)

8. แจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดแก่ประชาชนทั่วไป ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้านและวิทยุชุมชน

9. สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค และการค้นหาผู้ป่วย โดยการจัดอบรมให้กับครูพี่เลี้ยงเด็กผู้ดูแลเด็ก จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 35 แห่ง (ทั้งอำเภอ)

สรุปและอภิปรายผล

โรคมือเท้าปาก เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากเชื้อไวรัสได้หลายชนิด เช่น ไวรัสคอกแซกกี เอ ไวรัสคอกแซกกี บี ไวรัสเอโค และเอนเทอโรไวรัส 71 เป็นต้น เชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ได้รับความสำคัญ เนื่องจากเป็นเชื้อที่ตรวจพบในผู้ป่วยโรคมือเท้าปากที่มีอาการรุนแรง แต่การติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 โดยธรรมชาติจะสามารถก่อให้เกิดอาการได้หลายรูปแบบ โดยอาจจะมีอาการผื่นแบบโรคมือเท้าปาก หรือไม่ก็ได้ และความรุนแรงก็จะมีตั้งแต่การติดเชื้อไม่แสดงอาการ ไปจนถึงอาการรุนแรงจากก้านสมองอักเสบซึ่งก่อให้เกิดภาวะปอดบวม (Pulmonary edema) ตามมาจากการเต้นของหัวใจผิดปกติจนเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

ข้อมูลจากระบบรายงาน 506 พบว่า จะมีรายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ตลอดทั้งปี โดยจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในฤดูร้อนต่อต้นฤดูฝน (พฤษภาคม – มิถุนายน) มักพบผู้ป่วยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การระบาดมักเกิดขึ้นในสถานที่ที่มีเด็กรวมกันอยู่จำนวนมาก เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล

จากการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เกิดการระบาดของโรคมือเท้าปาก ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้อีก โดยพบผู้ป่วยจำนวน 11 ราย ทั้ง 11 ราย เรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนสำราญ คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 17.19 ผู้ป่วยทั้งหมดอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ

ข้อมูลระดับประเทศ มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่า เชื้อสาเหตุหนึ่งของการระบาดในครั้งนี้คือ เชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 โดยแหล่งโรคน่าจะอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชนที่ตั้งศูนย์ฯ ปัจจุบันเสี่ยงต่อการระบาดในครั้งนี้ คือ การคลุกคลีกันของเด็กป่วยและเด็กไม่ป่วย การไม่ล้างมือ หรือล้างมือไม่สะอาด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเตรียมพร้อมอุปกรณ์สำหรับการเก็บตัวอย่างในสถานบริการทุกระดับ และขอความร่วมมือกับผู้ปกครองไว้ เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง ประกอบกับเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่ ประชาชนและครอบครัวได้เดินทางไปท่องเที่ยวและเยี่ยมญาติต่างอำเภอ ต่างจังหวัด อาจทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ ไม่ทราบผลการรักษา และอาจทำให้ไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ตามเวลาที่เหมาะสม

2. ควรมีระบบเฝ้าระวังเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคเพิ่มเติมต่อไป นอกจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71

3. ควรมีการดูแลสภาพจิตใจของผู้ปกครองควบคู่กันไปด้วย เนื่องจากการนำเสนอข่าวการระบาดของโรคทางสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะทางโทรทัศน์ ถึงความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกวิตกกังวล เป็นอย่างมาก อาจทำให้เกิดการตื่นตระหนกได้

กิตติกรรมประกาศ

ทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วอำเภอพิบูลมังสาหาร ขอขอบคุณ นายแพทย์พัฒนา ตันสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ทีม SRRT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นางกาญจนาพันธ์ สมหอม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

1. นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย. สำนักโรคติดต่อวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2544.
2. แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าปาก และโรคติดเชื้อ เอนเทอโรไวรัส 71. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2550.

ผู้ที่สนใจสมัครสมาชิกรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (WESR) และฉบับผนวก (Supplement) ของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค

สามารถส่ง ชื่อ ที่อยู่ สังกัดสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา พร้อมระบุ

ต้องการรับรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ทาง **E-Mail** หรือ **ไปรษณีย์**

แล้วส่งมาที่กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000
E-mail : wesr@windowslive.com โทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1730