



บทบรรณาธิการ

ปัญหาของการรักษาโรคหืด

ในปัจจุบันการรักษาโรคหืดมีการพัฒนาไปมาก และมีการร่างแนวทางการรักษาโรคหืดที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกเรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA)¹ มีหลายประเทศที่ได้นำเอา GINA guidelines ไปเป็นแนวทางในการทำแนวทางการรักษาโรคหืดของตนเองรวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทยได้จัดทำขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537 โดยความร่วมมือของสมาคมอหิวาต์ สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา และชมรมโรคหอบหืด² และมีการปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. 2540³ และ 2547⁴ ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ของการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืด² ก็เพื่อให้เป็นต้นแบบให้กับแพทย์ทั่วไปได้ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเป็นขั้นตอน ซึ่งจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยโรคหืด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติ นั่นคือสามารถควบคุมโรคหืดได้ ป้องกันการกำเริบของโรค และมีสมรรถภาพของปอดเป็นปกติ โดยแนวทางในการรักษาโรคหืดได้เน้นความสำคัญของการอักเสบของหลอดลมว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหืด และ Inhaled corticosteroids ก็เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืด

แม้ว่าแนวทางการรักษาโรคหืดได้มีการเผยแพร่มาเป็นเวลาหลายปี แต่ผลการสำรวจในหลายๆ ประเทศ^{5,6}

รวมทั้งประเทศไทย⁷ กลับพบว่าการรักษาโรคหืดยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่ควรจะเป็น นั่นคือ ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่มิได้รับยาพ่น Inhaled corticosteroids ซึ่งเป็นตัวยาหลักในการรักษาโรคหืด ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดจำนวนมากมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง มีอาการหอบรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการเขียนแนวทางการรักษาโรคต่างๆ นั้นทำได้ง่ายแต่การที่จะให้มีการนำเอาแนวทางการรักษาไปใช้นั้นยากมาก คำถามที่น่าสนใจก็คืออะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการนำเอาแนวทางการรักษาโรคหืดไปสู่การปฏิบัติ

ในวารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤตฉบับนี้ กริธา ธรรมคัมภีร์ และคณะ ได้สำรวจหาสาเหตุที่การรักษาโรคหืดไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลจังหวัด 6 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง ผลการสำรวจพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ (81%) รู้จักแนวทางการรักษาโรคหืดดี ยาพ่น Inhaled corticosteroids ก็มีในโรงพยาบาลจังหวัดทุกโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ (73.3% ของโรงพยาบาลชุมชน) แต่ผู้ป่วยโรคหืดที่โรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับยาพ่น Inhaled corticosteroids มีเพียง

29.7% ปัญหาที่สำคัญที่พบคือผู้ป่วย 47% ยังใช้ยาสูดพ่นไม่เป็น

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสาเหตุที่การรักษาโรคหืดไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา ไม่ใช่เพราะแพทย์ไม่มีความรู้ หรือไม่มียา Inhaled corticosteroids ใช้ในโรงพยาบาล แต่น่าจะมีสาเหตุจากปัจจัยอื่นๆ

การรักษาโรคหืดให้ดีขึ้นๆ ตามแนวทางการรักษา² ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะจะต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยให้เข้าใจในแนวทางการรักษา ต้องสอนวิธีใช้ยาพ่นสูด ต้องสอนให้ผู้ป่วยรู้จักหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ต้องประเมินความรุนแรงของโรคโดยการตรวจวัดสมรรถภาพปอด ต้องจัดยารักษาตามความรุนแรงของโรค ต้องวางแผนให้ผู้ป่วยเมื่อโรคกำเริบ ซึ่งเป็นการยากที่ลำพังแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกจะสามารถทำได้ในเวลาอันจำกัด การจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคหืด ที่มีแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาน่าจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

การที่จะทำให้การรักษาโรคหืดในประเทศไทยได้ผลดียิ่งขึ้น สิ่งที่จะต้องให้ความสนใจมากๆ ไม่ใช่เพียงแค่เขียนแนวทางการรักษาใหม่ๆ แต่ควรเพิ่มพยายามในการหาวิธีที่จะนำแนวทางการรักษาให้ไปสู่การปฏิบัติจริงในวงกว้างให้ได้

นพ.วัชรานุญสวัสดิ์

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report. 1995.
2. แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่. แพทยสภาสาร. 2538; 24(1):17-29.
3. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ฉบับปรับปรุง). วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2541;19(3): 179-193.
4. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2547.
5. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Guilbert T, Lozano P and Martinez F. Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey. *J Allergy Clin Immunol.* 2002;110(1):58-64.
6. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB and Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma insights and reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J.* 2000;16(5):802-807.
7. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology.* 2004;9(3):373-378.



การรักษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กริธา ธรรมคำภีร์ พ.บ.*

ศิวศักดิ์ จุทอง พ.บ.*

นรวิทย์ จั่วแจ่มใส พ.บ.**

นพดล รุ่งศรีทอง พ.บ.***

นิพนธ์ เณลิมพันธ์ชัย พ.บ.****

ชลวิทย์ หลาวทอง พ.บ.*****

*ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

**แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า อ.เมือง จ.จันทบุรี

***แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรี อ.เมือง จ.สระบุรี

****แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง

*****แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจปัญหาของการรักษาโรคหืดและวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ว่ามีความสอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

ระเบียบวิธี: เป็นการศึกษาแบบ descriptive study

วิธีการศึกษา: ส่งแบบสอบถามให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสุ่มสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหืดที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน

ผลการศึกษา: ได้ศึกษาที่โรงพยาบาลชุมชน (รพ.ชุมชน) 15 แห่งและโรงพยาบาลจังหวัด (รพ.จังหวัด) 6 แห่ง พบว่าปัญหาในการใช้แนวทางการรักษาโรคที่พบบ่อยในรพ.ชุมชนคือไม่มียาที่จำเป็นร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยสูดยาไม่เป็นร้อยละ 40 ปัญหาด้านการเงินร้อยละ 33.3 และผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาสูดพ่นร้อยละ 6.7 ในรพ.จังหวัดพบว่าปัญหาทางด้านไม่มียาที่จำเป็น ปัญหาผู้ป่วยสูดยาพ่นไม่เป็น และปัญหาด้านการเงินในจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 47.6 มีผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาสูดพ่นร้อยละ 14.3 ผู้ป่วยโรคหืดในรพ.จังหวัดมีความรุนแรงมากกว่ารพ.ชุมชน การรักษาผู้ป่วยนอกมีการใช้ยา inhaled corticosteroid ในรพ.ชุมชนน้อยกว่ารพ.จังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือร้อยละ 29.7 และร้อยละ 55.3 ตามลำดับ ($p < 0.05$) การรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยได้รับ systemic

corticosteroid ในรพ.ทั้งสองกลุ่มพอๆ กัน คือได้รับยา prednisolone เฉลี่ยร้อยละ 10.8 ได้รับการฉีด dexamethasone เฉลี่ยร้อยละ 35.7 ผู้ป่วยที่ออกจากห้องฉุกเฉินกลับบ้านได้รับยา prednisolone กลับบ้านเท่าๆ กันในรพ.ชุมชนและรพ.จังหวัดคิดเป็นร้อยละ 57.4 และ 54.3 ตามลำดับ

สรุป: ในรพ.ของกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาด้านความพร้อมของยารักษาโรค ความพร้อมของผู้ป่วยและเจตคติในการรักษาของแพทย์แต่ละคน การรักษาผู้ป่วยนอกมีการใช้ยาพ่น inhaled corticosteroid น้อยกว่าความจำเป็นและมีการใช้ systemic steroid ในผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินน้อยเกินไป

Abstract: Thammakumpee K, Juthong S, Chuachamsai N, Roongsritong N, Chalermphanchai N and Laothong C. Asthma management in community and provincial hospitals. Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2005; 26: 235-242.

Department of Internal Medicine, Prince of Songkhla University, Hat-Yai, Songkhla

Study objective: The primary objective was to survey the problems in management of asthmatic patients at Ministry of Public Health hospitals. The second objective was to compare the treatment of patients at out-patient clinics and emergency rooms with the guidelines recommended by the Thoracic Society of Thailand.

Design: Descriptive study

Method: Questionnaires were sent to doctors who were responsible for the management of asthma patients in Ministry of Public Health hospitals. Data from the records of randomly selected patients who attended out-patient clinics or emergency rooms in the previous 6 months were collected for analysis.

Result: The study was done in 15 community and 6 provincial hospitals. The problems of asthma management in the community hospital were unavailability of essential drugs (66.7%), patient improper use of inhalation drugs (40%), economic problems (33.3%) and patients' dislike of inhalation therapy (6.7%). The problems in the provincial hospital were unavailability of essential drugs (47.6%), improper use of inhalation drugs (47.6%), economic problems (47.6%) and patients' dislike of inhalation therapy (14.3%). Patients in provincial hospitals were more severe than those in community hospitals. Inhaled corticosteroid was used less in the community hospitals than in the provincial hospitals (29.7% and 55.3%, respectively, $p < 0.05$). In emergency cases, systemic corticosteroid was used equally in community and provincial hospitals, averaging 10.8% for prednisolone and 35.7% for intravenous dexamethasone. Patients of community and provincial hospitals discharged with prednisolone accounted for 57.4% and 54.3% of all patients respectively.

Conclusion: The problems in management of asthmatic patients included essential drugs availability, patient education and individualized management by doctors. Inhaled corticosteroid for out-patient management was underused in both hospital groups. Acute exacerbation of asthma received less systemic corticosteroid at the emergency room.

บทนำ

การรักษาโรคหืดในปัจจุบันมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ให้อาการของโรคสงบลงจากอาการหอบเหนื่อย ทำงานได้ตามปกติ ใช้ยาน้อยที่สุด ไม่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุดและมีสมรรถภาพปอดปกติ¹ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหืดแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือยาที่ควบคุมโรคให้สงบและยาขยายหลอดลม ยาที่ควบคุมโรคที่สำคัญที่สุดในปัจจุบันคือ inhaled corticosteroid เพราะทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ความไวของหลอดลมลดลง² ช่วยลดอาการหอบ ลดความถี่และความรุนแรงของการจับหืด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย³⁻⁶ ยานี้จัดเป็นยาควบคุมโรคที่สำคัญที่สุด มีผลการสำรวจทั่วโลก⁷⁻⁸ และการสำรวจเฉพาะแถบเอเชีย-แปซิฟิก⁹ พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคหืดได้แก่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขาดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ขาดความชำนาญในการใช้เครื่องสูดพ่นยา และการใช้ยา inhaled corticosteroid ไม่เพียงพอ จากการสำรวจผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยโดย วัชรนา บุญสวัสดิ์ และคณะ¹⁰ พบว่ามีการใช้ยา inhaled corticosteroid เพียงร้อยละ 6.7 จากผู้ป่วยที่ควรจะได้รับยาร้อยละ 37.1 การศึกษาของ Stempel และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วย 12,656 รายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินพบว่ามีเพียงร้อยละ 25.1 เท่านั้นที่ได้รับยา inhaled corticosteroid ในช่วง 12 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน

การศึกษานี้ได้ร่วมกับสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย สํารวจโรงพยาบาลจังหวัด (รพ.จังหวัด) และโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ชุมชน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูด้านความพร้อมและปัญหาของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในผู้ใหญ่ในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่¹²

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ descriptive study

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่โรงพยาบาลระดับจังหวัด 6 แห่งคือ สระบุรี หาดใหญ่ จันทบุรี ลำปาง ปัตตานี และศรีสะเกษ โรงพยาบาลชุมชน 15 แห่งในจังหวัด จันทบุรี สงขลา และสระบุรี การเก็บข้อมูลทำในเดือน ธันวาคม 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล เพื่อสำรวจความพร้อมของแพทย์ เครื่องมือ และยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด รวมทั้งปัญหาในการรักษาผู้ป่วย ส่วนที่สองเป็นการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินย้อนหลัง 6 เดือน เพื่อหาข้อมูลด้านความรุนแรงของโรคโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น intermittent, mild persistent, moderate persistent และ severe persistent asthma¹² โดยใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก และการสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน

การรวบรวมข้อมูล: ได้ทำการศึกษาในเดือนธันวาคม 2546 โดยส่งแบบสอบถามให้แพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรมเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล: รายงานข้อมูลแบบพรรณนา และใช้ค่าสถิติ chi-square เปรียบเทียบสัดส่วนของประชากร 2 กลุ่ม โดยโปรแกรมสถิติ SPSS 11.0

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของรพ.ชุมชน 15 แห่ง รพ.จังหวัด จำนวน 6 แห่ง ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 พบว่ามีแพทย์ในรพ.ชุมชนรู้จักแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ร้อยละ 73.3 แพทย์ในรพ.จังหวัดรู้จักร้อยละ 100 แพทย์มีความเชื่อมั่นในแนวทางการรักษาโรคทุกคน ปัญหาในการใช้แนวทางการรักษาโรคที่พบบ่อยในรพ.ชุมชนคือไม่มียาที่กำหนดไว้ร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยสูดยาไม่เป็นร้อยละ 40 ปัญหาด้านการเงินร้อยละ 33.3 และผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาสูดพ่นร้อยละ 6.7 ในรพ.จังหวัดพบว่าปัญหาทางด้านไม่มียา

ที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษาโรค ปัญหาผู้ป่วยสูดยาพ่นไม่เป็น และปัญหาด้านการเงินในจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 47.6 มีผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาสูดพ่นร้อยละ 14.3 ความพร้อมของโรงพยาบาล พบมีการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry, peak flow meter และการตรวจหา theophylline level ในรพ.จังหวัดได้เป็นส่วนใหญ่ และทำได้น้อยมากในรพ.ชุมชน ยากลุ่ม $\beta 2$ agonist ที่ออกฤทธิ์สั้นและยาเกิน theophylline มีใช้ในทุกระบบสุขภาพ ยาพ่น $\beta 2$ agonist ร่วมกับ ipratropium bromide มีใช้ในรพ.ชุมชนร้อยละ 40 และมีในทุกระบบสุขภาพ ยากลุ่ม inhaled corticosteroid มีใช้ในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 73.3 และมีใช้ในโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง ยากลุ่ม inhaled long acting $\beta 2$ agonist + inhaled corticosteroid และ antileukotriene ไม่มีใช้ในรพ.ชุมชน และมีใช้ในรพ.จังหวัดร้อยละ 100 และร้อยละ 83.3 ตามลำดับดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ความรุนแรงของโรคพบว่าในรพ.จังหวัดมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากกว่ารพ.ชุมชน โดยพบว่ามีผู้ป่วยกลุ่ม intermittent asthma ในรพ.ชุมชนมีมากกว่ารพ.จังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 33.9 และร้อยละ 11.3 ตามลำดับ, $p < 0.05$) ผู้ป่วยกลุ่ม moderate persistent asthma ในรพ.ชุมชนมีน้อยกว่ารพ.จังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 28.0 และร้อยละ 45.3 ตามลำดับ, $p < 0.01$) สำหรับผู้ป่วย mild persistent และ severe asthma ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

การรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่าการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการกลุ่ม inhaled $\beta 2$ agonist มากกว่า

ยาชนิดกินทุกโรงพยาบาล เมื่อเทียบสัดส่วนการใช้ยาพ่นและยาเกินในกลุ่มโรงพยาบาลพบว่ายา inhaled $\beta 2$ agonist ใช้มากในรพ.จังหวัดมากกว่าในรพ.ชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือร้อยละ 81.3 และร้อยละ 64.4 ตามลำดับ ($p < 0.01$) ยา oral $\beta 2$ agonist ใช้มากในรพ.ชุมชนมากกว่าในรพ.จังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือร้อยละ 43.2 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ ($p < 0.05$) มีการใช้ยา inhaled corticosteroid ในรพ.ชุมชนน้อยกว่ารพ.จังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือร้อยละ 29.7 และร้อยละ 55.3 ตามลำดับ ($p < 0.05$) มีการใช้ theophylline ชนิดกินในรพ.ชุมชนร้อยละ 41.5 และรพ.จังหวัดร้อยละ 52 มีการใช้ยาเกิน prednisolone ในรพ.ชุมชนร้อยละ 5.1 และรพ.จังหวัดร้อยละ 2.7 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินพบว่าการใช้ peak flow meter น้อยมาก ซึ่งส่วนมากจะใช้อาการและอาการแสดงทางคลินิก การรักษาส่วนมากแล้วใช้ $\beta 2$ agonist ชนิดสูดพ่นทาง nebulizer คิดเป็นร้อยละ 94.8 และ 85.7 ในรพ.ชุมชน รพ.จังหวัดตามลำดับ มีการใช้ adrenaline ฉีดเข้าใต้ผิวหนังและการใช้ยา theophylline ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำน้อยมาก มีการใช้ยาเกิน prednisolone ในรพ.ชุมชนและรพ.จังหวัดคิดเป็นร้อยละ 35.7 และ 36.7 ตามลำดับ มีการฉีด dexamethasone ร้อยละ 35.7 ผู้ป่วยที่ออกจากห้องฉุกเฉินกลับบ้านได้รับยา prednisolone กลับบ้านเท่าๆ กันในรพ.ชุมชนและรพ.จังหวัดคิดเป็นร้อยละ 57.4 และ 54.3 ตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ชุมชน) เทียบกับโรงพยาบาลจังหวัด (รพ.จังหวัด)

	รพ. ชุมชน	รพ. จังหวัด	รวมทั้งหมด
จำนวนรพ.	15	6	21
จำนวนแพทย์ที่รู้จัก แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย	11 (73.3)	6 (100)	17 (81.0)
ปัญหาในการใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษา			
ไม่เชื่อมั่น	0	0	0
ไม่มียาใช้ตาม Thai Guideline	10 (66.7)	0	10 (47.6)
ปัญหาด้านการเงิน	5 (33.3)	5 (83.3)	10 (47.6)
ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาสูดพ่น	1 (6.7)	2 (33.3)	3 (14.3)
ผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นไม่เป็น	6 (40.0)	4 (66.7)	10 (47.6)
มีการใช้ spirometry	1	5	4
มีการใช้ peak flow meter	2	4	6
มีการตรวจหา theophylline level	1	3	4

ตารางที่ 2 ยารักษาโรคหืดที่มีใช้ในโรงพยาบาล

	รพ ชุมชน N =15	รพ.จังหวัด N = 6	รวมทั้งหมด N = 21
Oral β_2 agonist	15 (100)	6 (100)	21 (100)
Inhaled β_2 agonist	15 (100)	6 (100)	21 (100)
Inhaled β_2 agonist + ipratropium	6 (40)	6 (100)	12 (57.1)
Inhaled corticosteroid	11 (73.3)	6 (100)	17 (81.1)
Inhaled corticosteroid + Inhaled long acting β_2 agonist	0	6 (100)	6 (28.6)
Oral theophylline	15 (100)	6 (100)	21 (100)
Antileukotriene	0	5 (83.3)	5 (23.8)

ตารางที่ 3 ลักษณะผู้ป่วยโรคหืดที่รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

	รพ. ชุมชน N = 118	รพ.จังหวัด N = 150	รวมทั้งหมด N = 268
ชาย:หญิง	33:85	51:99	84:184
อายุ, เฉลี่ย (พิสัย)	43.4 (3-93)	46.8 (1-78)	45.3 (1-93)
ความรุนแรงของโรค (%)			
Intermittent	40 (33.9)	17 (11.3)*	57 (21.3)
Mild persistent	36 (30.5)	45 (30.0)	81 (30.2)
Moderate persistent	33 (28.0)	68 (45.3)**	101 (37.7)
Severe persistent	9 (7.6)	19 (12.7)	28 (10.4)

* p<0.05, **p<0.01

ตารางที่ 4 การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับที่แผนกผู้ป่วยนอก

	รพ. ชุมชน N = 118	รพ.จังหวัด N = 150	รวมทั้งหมด N = 268
Oral β 2 agonist	51 (43.2)	11 (7.3)*	62 (23.1)
Inhaled β 2 agonist	76 (64.4)	122 (81.3)**	198 (73.9)
Inhaled β 2 agonist + Ipratropium	9 (8.0)	12 (8.0)	14 (5.2)
Oral theophylline	49 (41.5)	78 (52.0)	127 (47.4)
Inhaled corticosteroid	35 (29.7)	83 (55.3)*	118 (44.0)
Inhaled corticosteroid + Inhaled long acting β 2 agonist	0	21 (14.0)*	21 (7.8)
Oral corticosteroid	6 (5.1)	4 (2.7)	10 (3.7)

* p<0.05, **p<0.01

ตารางที่ 5 การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับที่ห้องฉุกเฉิน

	รพ. ชุมชน N = 115	รพ.จังหวัด N = 70	รวมทั้งหมด N = 185
วิธีการประเมินความรุนแรงของโรค			
อาการและอาการแสดง	115	70	185
Peak expiratory flow rate	1	2	3
การรักษา			
Adrenaline, subcutaneously	4 (3.5)	3 (4.3)	7 (3.8)
β 2 agonist			
subcutaneously	16 (13.9)	9 (12.9)	25 (13.5)
metered dose inhaler via spacer	5 (4.4)	0 (0)	5 (2.7)
nebulizer	109 (94.8)	60 (85.7)	169 (91.4)
Theophylline, intravenously	1 (0.9)	0	1 (0.5)
Systemic corticosteroid	47 (40.9)	34 (48.6)	81 (43.8)
Prednisolone	8 (7.0)	12 (17.1)	20 (10.8)
dexamethasone, intravenously	41 (35.7)	25 (36.7)	66 (35.7)
การให้ prednisolone กินที่บ้าน	66 (57.4)	38 (54.3)	104 (56.2)

วิจารณ์

จากการสำรวจพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่รู้จัก แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ และมีความเชื่อมั่นในแนวทางการรักษาแต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ทั้งหมด แพทย์ในรพ.ชุมชนได้ให้เหตุผลของปัญหาคือไม่มียาใช้ร้อยละ 66.7 และผู้ป่วยใช้ยาสุดพ้นไม่เป็นร้อยละ 40 เมื่อไปดูข้อมูลยาในรพ.ชุมชน มียา short acting β 2 agonist ทุกโรงพยาบาล มียา

inhaled corticosteroid ร้อยละ 73 ดังนั้นปัญหาการไม่มียาใช้ในรพ.ชุมชนจึงน่าจะไม่เป็นจริงทั้งหมด เมื่อดูข้อมูลผู้ป่วยนอกของรพ.ชุมชนพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่จำเป็นต้องได้ยา inhaled corticosteroid คือกลุ่ม mild, moderate, and persistent asthma ร้อยละ 64.1 แต่ได้รับยา inhaled corticosteroid เพียงร้อยละ 29.7 แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ยาน้อยกว่าความจำเป็นประมาณ 2 เท่า ในรพ.จังหวัดแพทย์มีปัญหากในการรักษาเนื่องจาก

สถานะทางการเงินร้อยละ 83.3 และผู้ป่วยสูดพ่นยาไม่เป็นร้อยละ 66.7 จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยในรพ.จังหวัดควรจะได้ inhaled corticosteroid ร้อยละ 88.7 แต่กลับได้รับยา inhaled corticosteroid เพียงร้อยละ 55.3 เมื่อเทียบกับการศึกษาของ วัชร บัญสวัสดิ์ และคณะ¹⁰ เมื่อเทียบกับการศึกษาของ วัชร บัญสวัสดิ์ และคณะได้ใช้แบบสอบถามประชากรทั่วทุกภาคของประเทศพบผู้ป่วยโรคหืด 466 ราย¹⁰ ในจำนวนนี้มีการใช้ยา inhaled corticosteroid เพียงร้อยละ 6.7 จากผู้ป่วยที่ควรจะได้รับยาร้อยละ 37.1 และศึกษาของ Stempel และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วย 12,656 รายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินพบว่ามีเพียงร้อยละ 25.1 เท่านั้นที่ได้รับยา inhaled corticosteroid ในช่วง 12 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ดังนั้นข้อมูลจากโรงพยาบาลที่สำรวจจากการศึกษานี้มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย inhaled corticosteroid มากกว่าการศึกษาข้างต้น อุปสรรคในการรักษาได้แก่ไม่มียาใช้ในโรงพยาบาล ปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยสูดพ่นยาไม่เป็นหรือไม่ยอมใช้ยา และเจตคติของแพทย์ในการใช้ยา จากข้อมูลดังกล่าวน่าจะมีประโยชน์ในการวางกลยุทธ์ เพื่อเพิ่มการใช้ยา inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยโรคหืดต่อไป

สำหรับความรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในรพ.ชุมชนมีความรุนแรงน้อยกว่ารพ.จังหวัดซึ่งก็สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ การรักษาผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมากยาที่ได้ผลดีที่สุดคือการใช้ inhaled corticosteroid ร่วมกับยา long acting $\beta 2$ agonist¹³⁻¹⁶ แต่ยากี้มีราคาค่อนข้างแพง ในแนวทางการวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากสามารถใช้ยา inhaled corticosteroid ในขนาดสูง หรือ Inhaled corticosteroid ขนาดปานกลางจนถึงขนาดสูงร่วมกับ sustained-release theophylline ดังนั้นในรพ.ชุมชนอาจจะไม่มีความจำเป็นต้องใช้ inhaled corticosteroid ร่วมกับยา long acting $\beta 2$ agonist ก็ได้ มีข้อสังเกตว่ายา oral $\beta 2$ agonist ยังมีขายในรพ.ชุมชนถึงร้อยละ 43.2 ซึ่งผู้ป่วยทั่วไปน่าจะให้การรักษาด้วย inhaled $\beta 2$ agonist และจะใช้ยากินเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถ

พ่นยาได้

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดมารักษาที่ห้องฉุกเฉินก็ยังคงพบมีการให้ยา inhaled $\beta 2$ agonist ตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษา เกือบทั้งหมดในรพ.ชุมชน และรพ.จังหวัด มีการใช้ยาฉีด theophylline และ adrenaline น้อยมาก มีการให้ systemic steroid เพียงร้อยละ 46 สำหรับผู้ป่วยที่กลับบ้านพบว่ามีการให้ยา prednisolone เฉลี่ยร้อยละ 56.2 ซึ่งนับว่ามากแต่ก็ควรได้รับมากกว่านี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดที่มีความรุนแรงน้อยอาจจะไม่จำเป็นต้องได้รับ systemic corticosteroid แต่ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงควรได้ยา systemic corticosteroid ที่ห้องฉุกเฉินและได้รับยา prednisolone กลับบ้านทุกราย^{1,12} ดังนั้นควรให้ความรู้แก่แพทย์ในด้านการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น

สรุปการศึกษานี้ได้หาข้อมูลในโรงพยาบาล 21 แห่ง พบว่าการรักษาโรคหืดยังไม่สามารถทำได้ตามแนวทางการวินิจฉัยโรคและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ได้เต็มที่ โดยเฉพาะมีการใช้ inhaled corticosteroid น้อยกว่าที่ควรจะเป็น มีการใช้ systemic corticosteroid ในผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ สาเหตุที่การรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดก็มีความแตกต่างกันในโรงพยาบาลระดับต่างๆ กัน

เอกสารอ้างอิง

1. Global initiative for asthma: Global strategy for asthma management and prevention. (Bethesda(MD)): National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 2002 [cited 2004 Dec 15]. Available from : [http:// www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com).
2. The Childhood Asthma Management Program Research Group. Long term effects of budesonide or nedocromil in children with asthma. N Engl J Med 2000;343:1054-1063.
3. Barnes PJ, Pedersen S and Busse WW. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids. New developments. Am J Respir Crit Care Med

- 1998;157(3 Pt 2):S1-53.
4. Jeffery PK, Godfrey RW, Adelroth E, Nelson F, Rogers A and Johansson SA. Effects of treatment on airway inflammation and thickening of basement membrane reticular collagen in asthma. A quantitative light and electron microscopic study. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145(4 Pt 1):890-899.
5. Djukanovic R, Wilson JW, Britten KM, Wilson SJ, Walls AF, Roche WR, et al. Effect of an inhaled corticosteroid on airway inflammation and symptoms in asthma. *Am Rev Respir Dis* 1992;145:669-674.
6. Suissa S, Ernst P, Benayoun S, Baltzan M and Cai B. Low-dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. *N Engl J Med* 2000;343:332-336.
7. Masoli M, Fabian D, Holt S and Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004; 59:469-478.
8. Rabe KF, Adachi M, Lai CK, Soriano JB, Vermeire PA, Weiss KB, Weiss ST, et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114:40-47.
9. Lai CK, De Guia TS, Kim YY, Kuo SH, Mukhopadhyay A, Sorino JB, et al. Asthma control in the Asia-Pacific region: the asthma insights and reality in Asia-Pacific Study. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111:263-268.
10. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004, 9:373-378
11. Stempel DA, Roberts CS and Stanford RH. Treatment patterns in the months prior to and after asthma-related emergency department visit. *Chest* 2004; 126:75-80.
12. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ (ฉบับปรับปรุง). วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2541; 19: 179-193
13. Pauwels RA, Lofdahl CG, Postma DS, Tattersfield AE, O'Byrne P, Barnes PJ, et al. Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. Formoterol and Corticosteroids Establishing Therapy (FACET) International Study Group. *N Engl J Med* 1997;337:1405-1411.
14. Greening AP, Ind PW, Northfield M and Shaw G. Added salmeterol versus higher-dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid. Allen & Hanburys Limited UK Study Group. *Lancet* 1994;344:219-224.
15. Woolcock A, Lundback B, Ringdal N and Jacques LA. Comparison of addition of salmeterol to inhaled steroids with doubling of the dose of inhaled steroids. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153: 1481-1488.
16. O'Byrne PM, Barnes PJ, Rodriguez-Roisin R, Runnerstrom E, Sandstrom T, Svensson K, et al. Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma: the OPTIMA randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164(8 Pt 1): 1392-1397.



PLATELET ACTIVITY IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA BEFORE AND AFTER TREATMENT WITH CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE

Nitipatana Chierakul, M.D.¹

Pimon Ruttanaumpawan, M.D.¹

Wiwat Piyayodilokchai, M.D.¹

Arth Nana, M.D.¹

Nisarath Opartkiattikul, M.D.²

Department of¹ Medicine and² Clinical Pathology,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ABSTRACT: Patients with obstructive sleep apnea (OSA) are at increased risk for coronary artery disease and cerebrovascular disease. Higher platelet activation and improvement after treatment with continuous positive airway pressure (CPAP) have been demonstrated.

Platelet function as determined by plasma level of β -thromboglobulin (β -TG), was studied in 37 patients with polysomnographic verified OSA (mean apnoea/hypnoea index, AHI, 58.1 ± 26.8 n/h) before and after treatment with CPAP for seven days.

Increased platelet activation in OSA patients was demonstrated by higher baseline plasma level of β -TG than normal (47.3 ± 4.2 IU/L). There was no significant change after 7-day treatment period (43.3 ± 3.4 IU/L, $p = 0.42$). Considering between subgroups of responder (21 patients) and non-responder (16 patients), only the difference of arousal index correlated with the response to CPAP treatment.

Although platelet dysfunction was demonstrated in patients with obstructive sleep apnea, response to treatment with continuous positive airway pressure was evident only in those with higher arousal index.

บทคัดย่อ : นิธิพัฒน์ เจียรกุล, พิมล รัตนอำพลย์, วิวัฒน์ ภิชัยดิกลชัย, อรรถ นานา และ นิศารัตน์ โอบาสเกียรติกุล ปฏิบัติการของเกล็ดเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะการหยุดหายใจระหว่างนอนหลับภายหลังการรักษาด้วยเครื่องสร้างแรงดันบวก. วารสารวันโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2548;26: 243-249.

ภาควิชาอายุรศาสตร์ และภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการหยุดหายใจระหว่างนอนหลับมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ได้เคยมีการศึกษาพบว่าปฏิบัติการของเกล็ดเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะการหยุดหายใจระหว่างนอนหลับดีขึ้นภายหลังการรักษาด้วยเครื่องสร้างแรงดันบวก

ได้ทำการศึกษาน้ำที่ของเกล็ดเลือดด้วยการวัดระดับ β -thromboglobulin (β -TG) ในผู้ป่วยจำนวน 37 รายที่ยืนยันจากการตรวจการนอนหลับ(ค่าเฉลี่ย apnoea/hypnoea index, AHI, 58.1 ± 26.8 ครั้ง/ชม.) โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษานาน 7 วันด้วยเครื่องสร้างแรงดันบวก

พบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเพิ่มขึ้นของการกระตุ้นเกล็ดเลือด โดยมีระดับ β -TG สูงกว่าปกติ (47.3 ± 4.2 IU/L) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนภายหลังการรักษา 7 วัน (43.3 ± 3.4 IU/L, $p = 0.42$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการตอบสนองดี (21 ราย) กับกลุ่มที่ไม่ตอบสนอง(17 ราย) พบว่าเฉพาะ arousal index เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการรักษาด้วยเครื่องสร้างแรงดันบวก

แม้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการหยุดหายใจระหว่างนอนหลับจะมีการทำงานของเกล็ดเลือดที่ผิดปกติ การตอบสนองต่อการรักษาด้วยเครื่องสร้างแรงดันบวกจะพบเฉพาะในผู้ป่วยที่มี arousal index สูง

Introduction

Sleep-disordered breathing, especially obstructive sleep apnoea (OSA), is now recognized to be an important health issue both in western and eastern countries, including Thailand.¹⁻³ Increased cardiovascular morbidity and mortality from both coronary heart disease and stroke has been linked to OSA either as a cause or co-morbid condition.^{4, 5} Some of the patients who experience these cardiovascular events do not have identifiable risk factors, and OSA per se may be an unrecognised risk.

Mechanisms proposed to mediate the effects of sleep apnoea on the cardiovascular system include sustained sympathetic activation,⁶ swings in intrathoracic pressure,⁷ oxidative stress,⁸ and hemostatic alterations⁹.

Platelet activation has been found to be associated with thrombotic events and is also a risk factor for cardiovascular death.^{10, 11} Three out of 5 studies demonstrated higher platelet activation in patients with OSA than in control subjects.¹²⁻¹⁶ Only two studies revealed the significant reduction of platelet activity after treatment with continuous positive airway pressure (CPAP). The primary objective of this study was to compare the platelet activity in patients with OSA before and after treatment with CPAP and to examine factors that determined the change in activity of those who responded or did not respond to treatment. The secondary objective was to determine whether there is a correlation between platelet activity and the severity of apnea.

Material and methods

Thirty-seven consecutive patients with OSA were included in the study after having given informed consent. They had all been referred to the sleep laboratory for snoring, suspected OSA, or excessive daytime sleepiness. The study was approved by the local ethics committee.

Standard polysomnography was performed before study entry for confirmation and quantification of OSA. Sleep stages, apnoea/hypopnoea events, and arousal were evaluated manually by one of the investigators according to commonly used methods.^{17, 18} All patients were offered home CPAP treatment for one week.

Exclusion criteria were the presence of intercurrent infection, inflammatory diseases, liver impairment, renal failure, or hematologic disorders. Medications known to affect platelet functions except for antihypertensive drugs were not allowed for at least 7 days before the treatment period with CPAP.

Blood Sampling

Three ml of morning venous blood were drawn while the patient was sitting, a tourniquet was not used except in 5 patients who had difficult venous access. The specimen was collected into a VacutainerTM tube (Becton Dickinson, UK) containing a mixture of sodium citrate, theophylline, adenosine, and dipyridamole. The blood sample tube was put on ice, and immediately transferred to the coagulation laboratory.

Platelet activity determination

The evidence of platelet activation was determined by analysing the plasma level of β -thromboglobulin (β -TG). This specific protein is released from platelet granules during platelet

activation.²⁰ β -TG determination was performed using Asserachrom β -TG kitsTM (Diagnostica Stago, France).

In brief, a plastic support coated with specific rabbit anti-human β -TG antibodies captured the β -TG in the plasma after an incubation for 1 hour. Then the rabbit anti- β -TG antibody coupled with peroxidase bound to the remaining free antigenic determinants of the β -TG, forming a "sandwich". The bound enzyme peroxidase was then revealed by its activity on the substrate ortho-phenylenediamine in the presence of hydrogen peroxide at 3 minutes incubation time. After stopping the reaction with 3 M sulphuric acid, the intensity of the color was determined by Sunrise Microplate ReaderTM (Tecan, Austria). The 5 calibrator values were plotted on the abscissa and their corresponding absorbance values were plotted on the ordinate of a log-log graph with the aid of a computer program.

The β -TG concentration in each control and patient plasma sample was automatically calculated and expressed. The normal value of plasma β -TG concentration is 10-40 IU/mL and % CV of the tests is 6.8.

Follow-up

After one week of treatment, a second blood sample was drawn in the morning. The record of the hours the CPAP machine was used were checked to ensure that there was an adequate period of treatment.

Statistical analysis

Statistical analyses were performed using the STATA 6.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA) computer software. Paired t-test was used to compare the platelet activity before and after CPAP treatment. Intergroup differences between

responder and non-responder were analysed using the Student's t-test for paired or unpaired sample as appropriate. The correlation between OSA severity and platelet activation was determined by Pearson's correlation and linear regression analysis.

Results

Patient characteristic

Thirty-two patients were male and 5 were female. The mean age was 47.6 ± 9.9 years, with the mean body mass index of 28.1 ± 4.6 kg/m². Out of the 37 patients, 10 were being treated for systemic hypertension (4 with diuretics, 2 with beta blocking agents, and 4 with angiotensin converting enzymes inhibitors). Six patients were being treated for diabetes mellitus and 10 for hypercholesterolemia. Three of the patients were current smokers, and there were no cases with thromboembolic complications such as stroke, acute coronary syndrome, or venous thromboembolism. The mean time of CPAP use during the 7-day study period was 4.8 ± 1.2 hours/night.

Sleep analysis

All 37 patients had polysomnographically verified symptomatic OSA, and the optimum level

of CPAP treatment for each patient was also determined. The severity indices of OSA are shown in Table 1.

Platelet function

The baseline mean $\pm$ SEM of β -TG concentrations of OSA patients in this study was 47.3 ± 4.2 IU/L, which was higher than normal, indicating an increase platelet activation. Univariate correlation analyses demonstrated a significant relationship only between the β -TG level and sleep time with oxygen saturation below 90% ($p = 0.027$), but the multivariate regression analysis did not revealed any statistical significance ($p = 0.094$).

After 7 days of CPAP treatment, the overall mean β -TG concentration was decreased to 43.3 ± 3.4 IU/L, $p = 0.42$. Twenty-one patients (18 males and 3 females) had a decreased β -TG concentration from 52.5 ± 6.5 IU/L to 30.8 ± 2.2 IU/L, $p = 0.002$. Sixteen patients (14 males and 2 females) had had increased β -TG concentration from 40.4 ± 4.2 IU/L to 59.6 ± 4.9 IU/L, $p < 0.001$. A comparison between the demographic and polysomnographic data of the 2 groups revealed that only the difference in arousal index was nearly statistically significant, $P = 0.05$ (Table 2).

Table 1 Polysomnographic data

Parameter	
Apnoea/hypopnoea index-non REM	58.1 ± 26.8 n/hr
Apnoea/hypopnoea index/REM	26.1 ± 23.6 n/hr
Overall apnoea/hypopnoea index	56.1 ± 25.8 n/hr
Arousal index	66.5 ± 23.4 n/hr
Sleep efficiency	$79.1 \pm 13.1\%$
Minimum oxygen saturation	$47.2 \pm 7.9\%$
Sleep time with oxygen saturation < 80%	$8.2 \pm 17.4\%$
Sleep time with oxygen saturation < 90%	$42.9 \pm 30.3\%$

Values are presented as mean $\pm$ S.D.

* REM = rapid eye movement

Table 2 Demographic and polysomnographic data of responder and non-responder groups

Parameter	Responder	Non-responder	p-value
Age (year)	46.3 ± 2.3	49.4 ± 2.3	NS
Body mass index (kg/m ²)	28.1 ± 1.1	28.1 ± 1.0	NS
AHI-non REM (n/h)	64.3 ± 5.3	49.9 ± 7.1	NS
AHI-REM (n/h)	29.1 ± 5.2	22.2 ± 5.9	NS
Overall AHI (n/h)	62.8 ± 5.2	47.3 ± 6.6	NS
Arousal index (n/h)	73.0 ± 4.5	57.8 ± 6.2	0.05
Sleep efficiency (%)	79.2 ± 3.2	78.8 ± 2.9	NS
Sleep time with O ₂ sat < 80% (%)	9.2 ± 3.6	6.8 ± 4.7	NS
Sleep time with O ₂ sat < 90% (%)	50.1 ± 6.7	33.4 ± 7.0	NS
Minimum O ₂ sat (%)	72.3 ± 1.9	76.6 ± 1.5	NS

Values are presented as mean ± SEM, AHI = apnoea/hypopnoea index, REM rapid eye movement,

O₂ sat = oxygen saturation

Discussion

The mechanisms of platelet activation in OSA patients are not exactly defined. Augmented sympathetic activity with increased concentrations of epinephrine and norepinephrine resulting from hypoxaemia and arousals from sleep, may be the most contributing factor.^{15, 21, 22}

It was shown in this study that baseline plasma β-TG levels in OSA patients were higher than normal. A relationship between the degree of platelet activation and the severity of OSA could be partially demonstrated. The only parameter with close relationship to baseline platelet activation was sleep time with oxygen saturation below 90%, although no statistical significance was reached. Other mechanisms rather than OSA severity in OSA patients and also the small sample size of this study, may be the causes.

There are few methodological differences between this study and those previous ones with controversial results as mentioned earlier. First, in vitro determination of platelet activity as in this study may be inferior to in vivo study using flow cytometry. Secondly, time point of blood sampling can affect the platelet activity. Lastly the results of direct venipuncture as in this study may differ from those of continuous intravenous catheter placement.

The short duration of CPAP therapy as seven days in this study may be responsible for no statistical changes of platelet activation in the whole group of OSA patients. Although a short term treatment of one night has been shown to decrease the platelet activation in 6 severe OSA patients.¹⁴ But in another study, one night treatment did not affect the platelet activation in 12 rather moderate

OSA patients.¹⁷ When we separated the patients into responder and non-responder subgroups, only the arousal index may be responsible for the outcome of short-term treatment. Although from the used hour recording was sufficient, the adequacy of actual pressure during CPAP treatment may be not ensured. This may affected the outcome of those not responded to treatment.

Consideration in methodologic issues on CPAP effect over platelet activation has been mentioned.⁹ An appropriate control placebo-CPAP treatment can be accounted for circadian and seasonal changes of hemostasis molecules. Ideally, alcohol consumption, caffeine intake, physical exercise, and antihypertensive drugs should be adequately controlled.

In conclusion, this study suggests that obstructive sleep apnoea has some roles in platelet dysfunction. Treatment with continuous positive airway pressure may reduce platelet aggregability in some patients, especially those with higher arousal index.

Acknowledgement

This study was supported by the Siriraj Grant for Research Development and Medical Education.

References

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S and Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-1235.
2. Ip MSM, Lam B, Laufer IJ, et al. A community study of sleep-disordered breathing in middle-aged Chinese men in Hong Kong. *Chest* 2001;119:62-69.
3. Charoenpan P, Thanakitcharu S, Muntarhorn, et al. Sleep apnoea syndrome in Ramathibodi Hospital: clinical and polysomnographic baseline data. *Respirology* 1999;4:371-374.
4. Peker Y, Hedner J, Kraiczi H, et al. Respiratory disturbance index: an independent predictor of mortality in coronary artery disease. *Am J Resp Crit Care Med* 2000;162: 81-86.
5. Bassetti C and Aldrich MS. Sleep apnea in acute cerebrovascular diseases; final report on 128 patients. *Sleep* 1999; 22:217-223.
6. Fletcher EC. Sympathetic overactivity in the etiology of hypertension of obstructive sleep apnea. *Sleep* 2003; 26: 15-19.
7. Parker JD, Brooks D, Kozar LF, et al. Acute and chronic effects of airway obstruction on canine left ventricular performance. *Am J Resp Crit Care Med* 1999; 160:1888-1896.
8. Lavie L. Obstructive sleep apnoea syndrome: an oxidative stress disorder. *Sleep Med Rev* 2003;7: 35-51.
9. von Känel R and Dimsdale JE. Hemostatic alterations in patients with obstructive sleep apnea and the implications for cardiovascular disease. *Chest* 2003;124: 1956-1967.
10. Pumphrey CW and Dawes J. The platelet release reaction in cardiovascular disease : evaluation of plasma betathromboglobulin as a marker of prothrombotic event. *Eur Heart J* 1984;5 Suppl D:7-11
11. Thaulow E, Erikssen J, Sandvick L, et al. Blood platelet count and function are related total and cardiovascular death in apparently healthy men. *Circulation* 1991;84:613-617.
12. Rångemark G, Hedner JA, Carlson JT, Gleeurup G and Winther K. Platelet function and fibrinolytic activity in hypertensive and normotensive sleep apnea patients. *Sleep* 1995;18:188-194.
13. Bokinski G, Miller M, Ault K, Husband P and Mitchell J. Spontaneous platelet activation and aggregation during obstructive sleep apnea and its response to therapy with nasal continuous positive airway pressure. *Chest* 1995;108:625-629.
14. Eisensehr I, Ehrenberg BL, Noachtar S, et al. Platelet activation, epinephrine, and blood pressure in

- obstructive sleep apnea syndrome. *Neurology* 1998; 51:188-195.
15. Sanner BM, Konermann M, Tepel M, Groetz J, Mummenhoff C and Zidek W. Platelet function in patients with obstructive sleep apnoea syndrome. *Eu Resp J* 2000; 16: 648-652.
 16. Geiser T, Buck F, Meyer BJ, Bassetti C, Haeberli A and Gugger M. In vivo platelet activation is increased during sleep in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Respiration* 2002; 69: 229-234.
 17. Rechtschaffen A and Kales A. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Washington, DC, U.S. government Printing Office, 1968 (NIH publication No. 204).
 18. American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep* 1999;22:667-689.
 19. Clinical Practice Review Committee, American Academy of Sleep Medicine. Hypopnea in sleep-disordered breathing in adult. *Sleep* 2001;24:469-490.
 20. Zahavi KL and Kakkar W, β -thromboglobulin-a specific marker of in vivo platelet release reaction. *Thromb Haemostasis* 1980; 44: 23-29.
 21. Somers VK, Dyken ME, Clary MP and Abboud FM. Sympathetic neural mechanisms in obstructive sleep apnea. *J Clin Invest* 1995;96:1897-1904.
 22. Zeigler MG, Nelesen R, Mills P, Ancoli-Israel S, Kennedy B and Dimsdale JE. Sleep apnea, norepinephrine-release rate, and daytime hypertension. *Sleep* 1997;20:224-231.



สภาพทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายชนิดแบบ MDR-TB ของศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา พ.ศ. 2547

ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร พ.บ.

ศรีมงคล ประยูรยวง ส.บ.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ: ระหว่าง ตุลาคม 2546-มิถุนายน 2547 ได้ศึกษาสภาพทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายชนิดแบบ MDR-TB ซึ่งมารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 5 จำนวน 13 ราย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก อัดเทปเสียงและถ่ายภาพโดยไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยรายละ 3 ครั้งจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน พบว่าเป็นผู้ป่วยชาย 8 ราย ผู้ป่วยหญิง 5 ราย อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 71 ปี ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถม สภาพสมรสส่วนใหญ่แยกกันอยู่ และมีอาชีพรับจ้าง มีผู้ป่วย 3 รายที่มีอาชีพนักบวช และมี 3 รายที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอยู่ในครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นวัณโรคจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 3.4 ปี ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสจากสมาชิกในบ้าน ร้อยละ 75 ไม่เคยมีความรู้เรื่องวัณโรคมาก่อน ปัจจุบันเกือบทุกรายมีอาการไอเรื้อรัง และไม่ได้มีการปิดปากเวลาไอหรือการกำจัดเสมหะอย่างถูกวิธี 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีสภาพบ้านที่อับทึบ และถูกแยกอยู่ต่างหากจากสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งอาจช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อได้บ้าง ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรร่วมด้วยเมื่อแพทย์บอกว่าไม่มีทางรักษาหายขาด ผู้ป่วยเกือบทุกรายไม่มีการออกกำลังกายที่เพียงพอเนื่องจากสุขภาพไม่ดี แต่ไปเน้นการพักผ่อน และส่วนใหญ่จะมีความเชื่อเรื่องการไม่ทานเนื้อสัตว์ ซึ่งกลัวว่าจะแสดงต่อโรค สมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวไม่ได้แสดงการรังเกียจผู้ป่วยที่ชัดเจน แต่แสดงออกทางกรกระทำ เช่น แยกกันอยู่ แยกกันรับประทานอาหาร สำหรับชุมชน ส่วนมากไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรเนื่องจากผู้ป่วยจะเก็บตัวและไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมากนัก ผู้ป่วยส่วนน้อยยังสูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด และส่วนใหญ่ต้องอาศัยผู้อื่นหาเลี้ยงชีพเพราะอายุมากและสุขภาพไม่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นในเรื่องการใช้จ่ายมากนัก จึงไม่พบปัญหาทางเศรษฐกิจที่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลและมีความเครียดจากโรคมากบ้างน้อยบ้าง ตามสภาพของครอบครัว

จากข้อมูลที่ได้ทำให้ต้องเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และความตระหนักในเรื่องการแพร่เชื้อและการกำจัดเสมหะที่ถูกวิธี ตลอดจนต้องให้คำปรึกษาและคำแนะนำอย่างต่อเนื่องโดยสถานบริการควรนัดติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ หรือออกไปเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือทางด้านสังคมเศรษฐกิจเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ไม่ควรทิ้งให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาตามลำพัง

Abstract: Valaisathien T and Prayoonyuang S. Social Conditions of Multidrug Resistant Tuberculosis Patients at 5th Regional Tuberculosis Center Nakornratchasima 2004. Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2005; 26: 251-258.

5th Office of Disease Prevention and Control, Nakornratchasima, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

During October 2003-June 2004, 13 cases of multi-drug resistant tuberculosis patients of tuberculosis center region 5 were selected by purposive sampling method to enroll in qualitative research. The information about social conditions of patients were collected by observation and indepth interview at the patient's home by the same interviewer thorough this study.

The results revealed that most of the patients had anxiety and stress about their illnesses so they tried to find alternative treatment such as herb. Most of them did not eat meat, hardly had any exercise and tried to rest all the time. They faced very few socio-economic problems because their family members took care of them and no obvious stigma in their families and communities. All of them still coughed without prevention of droplet spreading which was harmful to people around them.

The suggestions from this study were to give them more effective health education programme stressing on how to prevent people around them from infection by droplet nuclei and they should be provided home visiting and socio-economic supports from government as well as other chronic disease patients.

บทนำ

วัณโรคยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จนถูกประกาศโดย องค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2536 ให้เป็นภาวะฉุกเฉินของโลก โดยพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่วัณโรคปอดและนอกปอดเกิดขึ้นปีละ 8 ล้านราย และร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 30 คิดเป็น 1.7 พันล้านคน ติดเชื้อวัณโรคแล้ว และ 1.3 พันล้านคน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา วัณโรคทำให้เกิดการตายคิดเป็นร้อยละ 26 ของการตายในผู้ใหญ่ ที่ป้องกันได้และเป็นสาเหตุการตายจากการติดเชื้อสำหรับโรคเดียวในผู้หญิงมากกว่าสาเหตุอื่นๆ จากการตั้งครรภ์และการคลอดรวมกัน และผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอายุ 15-60 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน¹

ต้นปี พ.ศ. 2536 มีรายงานการระบาดของวัณโรค

ที่ติดต่อหลายขนาน ในบางแห่งของโลก ซึ่งเป็นผลจากการใช้ยาต้านวัณโรคที่ไม่ถูกต้อง ปรากฏการณ์ของการเกิดวัณโรคที่ติดต่อหลายขนานเกิดจากการกระทำของมนุษย์นั่นเอง โดยความผิดพลาดที่เกี่ยวกับยาที่พบบ่อยที่สุด ที่นำไปสู่เชื้อดื้อยา คือ การให้ยาที่ไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วยวัณโรค หรือการเพิ่มยาใหม่เพียงชนิดเดียวให้แก่ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษา ตลอดจนผู้ป่วยขาดยารักษาบ่อยๆ เป็นเวลานาน ร่วมกับการใช้ยาที่ไม่ได้ทดสอบ bioavailability²

เชื้อวัณโรคที่ติดต่อหลายขนาน (MDR-bacilli) หมายถึงเชื้อวัณโรคที่ดื้อยาอย่างน้อย 2 ขนาน คือ Isoniazid และ Rifampicin ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาและการดื้อยาหลายขนานนี้ถือว่ารุนแรงที่สุดของการดื้อยาของเชื้อวัณโรคในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ แม้จะมีจำนวนน้อย แต่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การ

รักษาให้หายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งยากต่อการรักษาด้วยระบบยามาตรฐาน และ หากมีผู้ป่วยดื้อยาเกิดขึ้นจำนวนมากแล้วหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษา จะมีค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่จำเป็น โดยพบว่าค่ายาสำหรับผู้ป่วยดื้อยาสูงเป็น 100 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ดื้อยา²

ในปี พ.ศ. 2540 องค์การอนามัยโลกคาดว่าประเทศไทยมีผู้ป่วย MDR -TB ประมาณ 3,000 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาและสามารถแพร่กระจายเชื้ออันตรายนี้สู่ผู้ใกล้ชิด ผู้ดูแลรักษาและชุมชนอยู่ตลอดไป จนกว่าผู้ป่วยจะพ้นจากระยะแพร่เชื้อหรือเสียชีวิต กองวัณโรคได้มีการรายงานผู้ป่วย MDR-TB ของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2531³ แต่ประเทศเราได้มีการนำระบบรักษาแบบ DOTS มาเริ่มใช้ในปี 2540 จึงคาดได้ว่า น่าจะมีการแพร่ระบาดของผู้ป่วยประเภทนี้ในสังคมไทยมานานแล้ว

จากการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในประเทศไทยของกองวัณโรค ครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ. 2544-2545 พบการเกิด MDR-TB ในผู้ป่วยใหม่ร้อยละ 1.06 พบในผู้ป่วยที่เคยรักษาร้อยละ 20.3 และในแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 5.3⁴ ส่วนข้อมูล MDR-TB ในจังหวัดเชียงราย พบว่าในผู้ป่วยใหม่ พบ ร้อยละ 7.2 ในผู้ป่วยที่เคยรักษาแล้วพบ ร้อยละ 30.8⁵ ซึ่งนับว่าสูงมาก และการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องรับประทานยา 24 เดือน หลังจากเสมหะเพาะเชื้อเป็นลบ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีโอกาสหายขาดเพียงร้อยละ 45-56 เท่านั้น⁶ ซึ่งผู้ป่วยอีกประมาณ ร้อยละ 50 จะไม่มีทางรักษาหายขาดกลายเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาแบบเรื้อรัง (chronic case) ซึ่งมีการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนปกติ ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อให้คนรอบข้างต่อไป หากผู้ป่วยขาดความตระหนักและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่เชื้อ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีสภาพทางสังคมตลอดจนพฤติกรรมเป็นอย่างไร มีโอกาสจะแพร่เชื้อให้คนทั่วไปได้มากน้อยแค่ไหน และจะป้องกันได้อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วย MDR-TB ที่ไม่มีทางรักษาของ ศูนย์วัณโรคเขต 5
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาแบบ MDR-TB

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญแก่ข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ความคิดเห็นของผู้ป่วย การให้คุณค่าของผู้ป่วย และลักษณะที่ผู้ป่วยให้คุณค่าของสิ่งต่างๆ ซึ่งเก็บข้อมูลโดย การสอบถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก และการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยมุ่งที่จะวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อสรุป

ประชากร

คือ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาแบบ MDR-TB ที่ไม่มีทางรักษาหายขาด ที่มารับบริการที่ ศูนย์วัณโรคเขต 5

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาแบบ MDR-TB ที่มารับบริการที่ศูนย์วัณโรคเขต 5 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือจำนวน 13 ราย

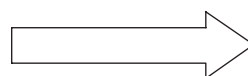
การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ใช้การสอบถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้ป่วยและญาติ และการเยี่ยมบ้านจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ต้องการ โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม เสร็จแล้วปรึกษาผู้รู้เพื่อให้ข้อคิดเห็น การสัมภาษณ์จะใช้การอัดเทป โดยใน 2 รายแรกจะอัดเทปแล้วส่งให้ผู้รู้ฟัง เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการสัมภาษณ์ ซึ่งจะปรับแก้แนวทางสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้รู้ ส่วนผู้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นเครื่องมืออย่าง

หนึ่งของการวิจัย จะใช้คนเดียวเท่านั้นในการเก็บข้อมูล ตลอดการวิจัยโดยผู้สัมภาษณ์จะให้ที่นั่งเหนือลมและอยู่ห่างจากผู้ป่วยพอสมควร เพื่อป้องกันการติดเชื้อ วัณโรคจากผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าถูกรังเกียจจากผู้สัมภาษณ์ และมีการเตรียมตัวผู้

กรอบแนวคิด

- สภาพทางจิตใจของผู้ป่วย
 - อารมณ์ จิตใจ ความวิตกกังวล
 - ความถูกรังเกียจ ความรู้สึกปมด้อย การถูกละทิ้ง
 - ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม
- พฤติกรรมการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น
- พฤติกรรมการแสวงหาบริการอื่น
- พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การออกกำลัง การรับประทานอาหาร การใช้ยาเสพติด เหล้า บุหรี่
- สัมพันธภาพในครอบครัว / ชุมชน
- ปัญหาทางสังคม / เศรษฐกิจ



สภาพทางสังคมของผู้ป่วย
วัณโรคดื้อยาหลายชนิด
แบบ MDR-TB

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ได้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 13 รายที่มารับบริการที่ ศูนย์วัณโรคเขต 5 โดยทุกรายมีผลการทดสอบความไว ต่อยาของเชื้อวัณโรคว่ามีการดื้อยาหลายชนิดแบบ MDR-TB โดยเป็นผู้ป่วยชาย 8 ราย ผู้ป่วยหญิง 5 ราย มีอายุระหว่าง 24 - 71 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 50.7 ปี มีภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมาและอำเภอใกล้เคียง เกือบทั้งหมดของผู้ป่วยคือ 11 ใน 13 ราย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และส่วนมาก คือ 8 ใน 15 รายมีสถานภาพสมรสแบบอยู่คนเดียวคือ โสด /ม่าย /หย่า/แยก และมีผู้ป่วยเพียงหนึ่งรายที่มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน อาชีพเกือบทั้งหมดทำงานรับจ้างหรือเป็นเกษตรกร มี 3 รายที่เป็นนักบวช และ 1 รายทำงานรัฐวิสาหกิจ ผู้ป่วยส่วนมากมีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ เนื่องจากอายุมากหรือทำงานไม่ได้แล้ว ระยะเวลาการป่วยระหว่าง 4 เดือน -8 ปี ค่าเฉลี่ย 3.4 ปี มีราวครึ่งหนึ่งที่สัมผัสโรคจากคนในบ้าน และส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องวัณโรค ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาครั้งที่ 2

สัมภาษณ์ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องใช้บันทึกภาพและเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูลจากความสอดคล้องของข้อมูลจากหลายแหล่งและ สอดคล้องกับบริบทชุมชนและสังคม

ขึ้นไป โดยสาเหตุการดื้อยาคือมีประวัติการขาดยาในการรักษาครั้งแรกๆ ขณะไปเยี่ยมบ้านส่วนมากมีอาการไอเหนื่อย หอบ ตั้งแต่ระดับน้อย ถึง มาก มีเพียง 1 รายที่ไม่มีอาการ สภาพบ้านส่วนมากเป็นห้องแยกที่อับทึบ และมีความรกรุงรัง ผู้ป่วยไม่มีการปิดปากเวลาไอที่ชัดเจน รวมทั้งการบ้วนเสมหะ หรือการกำจัดเสมหะนิยมใส่ถุงพลาสติกแล้วนำไปทิ้งปนกับขยะทั่วไป และพบว่าผู้ป่วย 8 ใน 13 ราย มีการใช้สมุนไพรระหว่างการรักษา โดยญาติหรือเพื่อนบ้านเป็นคนแนะนำให้กินหรือจัดหามาให้กิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แทบไม่ได้ออกกำลังกายที่ชัดเจน เนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอ และส่วนมากมักหลีกเลี่ยงการทานเนื้อสัตว์เพราะคิดว่าแสงกับโรค ส่วนใหญ่มีการพักผ่อนที่เพียงพอ เนื่องจากไม่ต้องทำงานเพื่อการหาเลี้ยงชีพ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าที่ต้องป่วยเป็นโรคเนื่องจากกรรมแห่งกรรมและเป็นสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ แต่เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีความเครียดสูง ผู้ป่วยที่ยังอยู่กับครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่ถูกรังเกียจจากสมาชิกครอบครัว รวมทั้งรายที่บวชพระหรือบวชชีก็ไม่ถูกรังเกียจจากพระหรือชีร่วมวัด และชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคเพราะผู้ป่วยจะ

เก็บตัวไม่ออกสังคม จึงไม่พบการรังเกียจจากชุมชนที่ชัดเจน ส่วนน้อยของผู้ป่วยที่มีความเครียดจะสูบบุหรี่และดื่มเหล้า เพื่อเป็นการลดความเครียด ส่วนใหญ่จะใช้ทางออกอย่างอื่น เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ฯ

สภาพทางจิตใจของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล และมีความเครียดจากการป่วย และส่วนมากคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม เนื่องจากมีบางรายที่มีสมาชิกครอบครัวเคยเป็นวัณโรคทำให้ผู้ป่วยคิดว่าเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ และคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่โรคจะมีการแพร่ถึงกันในครอบครัว ผู้ป่วยที่เพิ่งมีอาการภายใน 1 ปีแรกจะมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการป่วยมานานแล้ว ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นมานานแล้วจะมีความยอมรับค่อนข้างสูงและค่อนข้างปลงตก ซึ่งเป็นไปตามกลไกของจิตใจที่ต้องรับรู้และอยู่กับสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Elizabeth Kubler-Ross ซึ่งระบุว่า ปฏิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยหรือครอบครัวเมื่อรู้ถึงการวินิจฉัยว่าตนเป็นโรคที่มีความรุนแรงจะมี 5 ขั้นตอนคือ 1. ตกใจและปฏิเสธความจริง 2. แสดงความโกรธ 3. มีการต่อรอง 4. แสดงความโศกเศร้า 5. การยอมรับความจริง⁷

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่เกิน 1 ปีจะมีการแสดงออกของความเครียดในรูป การนอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ มึนงง เวียนศีรษะ ซึ่งอาการส่วนนี้อาจมาจากโรคเอง และจากยารักษาวัณโรคด้วย สำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อย และยังต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูงมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก ซึ่งไม่ต้องทำงานหาเลี้ยงตัว เพราะมีลูกหลานคอยดูแล ผู้ป่วยที่มีการศึกษาดี จะมีการปรับตัวค่อนข้างดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ผู้ป่วยบางรายที่มีความเครียดสูงจะหาทางออกโดยการบวช และมักมีปัจจัยเสริมจากปัญหาในครอบครัวด้วย พบว่าผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัว มีคนดูแลจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาครอบครัวก่อน จึงทำให้ต้องอยู่คนเดียว เช่น หย่า แยก ม่าย โสด และทำให้ป่วยเป็นโรคตามมา จึงคาดว่าความเครียดจากปัญหาชีวิตน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ

ภูมิต้านทานของร่างกายและทำให้โรคกำเริบได้⁸

ผู้ป่วยบางรายที่ขาดการให้คำปรึกษาที่ดี มักจะหาทางออกเพื่อลดความเครียดด้วยการสูบบุหรี่หรือ ดื่มเหล้า แต่บางรายที่ได้รับคำแนะนำที่ดี จะหาทางออกได้ดีกว่า เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ หรือทำงานบ้านเบาๆ ผู้ป่วยที่มีอาการมากจะมีความเครียดสูงจากการกลัวผู้อื่นจะรู้ว่าป่วยเพราะไอเสียงดังตลอดเวลา จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม มักแยกอยู่ เช่น มักอยู่ห้องแยกที่บ้าน หรือแยกไปอยู่กระท่อมที่แยกห่างออกไปจากบ้านใหญ่ ทั้งๆ ที่สมาชิกครอบครัวไม่ได้แสดงการรังเกียจแต่อย่างใด

ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว พบว่าการป่วยทำให้ตนเสียคุณค่าไป รู้สึกว่าตนมีปมด้อย ซึ่งแสดงออกในรูปการซึมเศร้า แต่ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัวมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนใจจากครอบครัว จึงควรพยายามส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ตลอดจนให้คำปรึกษาที่ดี แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเพื่อให้รับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาที่กำลังเผชิญ อันจะส่งผลดีต่อกำลังใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อไป

พฤติกรรมการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น

พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมที่ยังคงแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ทั้งๆ ที่ผ่านการให้สุขศึกษามากหลายครั้งจากศูนย์วัณโรค เช่น การไอไม่ปิดปาก การบ้วนเสมหะไม่เป็นที่ การกำจัดเสมหะโดยใส่ถุงพลาสติกแล้วทิ้งปนกับขยะทั่วไป พบว่า การให้สุขศึกษาอย่างเดียวไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้ เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น สภาพการดำรงชีวิต ความเชื่อ ลักษณะครอบครัว และความเคยชินที่สะสมมานาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเคยชินในการบ้วนเสมหะไม่เป็นที่จนมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้พกผ้าเช็ดหน้า จึงไม่สามารถ

นำมาปิดปากเวลาไอได้ ทั้งๆ ที่ส่วนใหญ่รู้ว่าหากไม่ปิดปาก จะแพร่เชื้อได้ สภาพห้องนอนผู้ป่วยมักอับทึบและรกรุงรัง ซึ่งคาดว่าน่าจะแพร่เชื้อให้คนใกล้ชิดได้สูง ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวบางคนมักเน้นเรื่องการใช้ช้อนกลาง หรือ แยกสำรับอาหารกับผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่วิธีป้องกันที่ดี ผู้ป่วยบางคนมีอายุมากเป็นผู้อาวุโสของครอบครัว ซึ่งมีสถานภาพทางสังคมค่อนข้างสูง ทำให้ไม่มีใครกล้าไปแนะนำให้ปิดปากอย่างจริงจัง ผู้ป่วยสูงอายุบางคนคิดว่าอีกไม่นานก็แก่ตายแล้ว ไม่รู้จะป้องกันให้ยุ่งยากไปทำไม บางคนเห็นเป็นความเคยชินที่จะไม่ปิดปาก เพราะไม่เห็นว่ามีใครเป็นวัณโรคทันทีในครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “ไม่ปิดปากเวลาไอ ก็ไม่เห็นว่ามีใครในบ้านจะเป็นวัณโรคเหมือนฉัน เพราะฉันป่วยมานานแล้ว”

ทางแก้ไขปัญหานี้ คงต้องประยุกต์หาวัสดุในครัวเรือนมาใช้ เช่น อาจแนะนำให้ใช้ผ้าขาวมาคล้องคอและปิดปากเวลาไอ โดยมี 2 ผืน สลับกันซัก ส่วนการผูกผ้าปิดปากปิดจมูก คงไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและไม่สามารถปิดได้ตลอดเวลา ตลอดจนการจัดหา การผูก และการทำลาย ล้วนแล้วแต่สร้างภาระอย่างสูงต่อครอบครัวผู้ป่วย

พฤติกรรมการแสวงหาบริการอื่น

ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วย 8 ใน 13 ราย มีการใช้สมุนไพรร่วมด้วย เช่น น้ำตะไคร้ เห็ดหลินจือ แห้ม ฯลฯ โดยส่วนมากญาติเป็นผู้แนะนำหรือหามาให้ใช้ ผู้ป่วยจะทานสมุนไพรเป็นระยะๆ ไม่ต่อเนื่อง สมุนไพรบางชนิดมีราคาแพง พอหมดเงินก็ไม่ได้ทานต่อ หรือบางรายทานแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็จะหยุดทานไปโดยปริยาย พบว่าการทานสมุนไพรไม่มีผลดีต่ออาการหรือความรุนแรงของโรคอย่างชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอาการของโรคอยู่ แต่สมุนไพรทำให้จิตใจผู้ป่วยดีขึ้น มีสุขภาพจิตดีขึ้นเพราะสร้างความหวังให้ผู้ป่วยการที่ผู้ป่วยบางส่วนยังนิยมใช้สมุนไพรอาจเนื่องมาจากสังคมไทยดั้งเดิมมีการใช้สมุนไพรรักษาโรคต่างๆ มาอย่างแพร่หลาย เช่น โรคเอดส์ เบาหวาน ฯลฯ ตลอด

จนสมุนไพรเป็นเรื่องใกล้ตัว มีการประชาสัมพันธ์เข้าถึงกลุ่มประชาชนจากสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และการใช้สมุนไพรมักเป็นเรื่องการบอกปากต่อปากตามประสบการณ์ของผู้ใช้ ประกอบกับในสังคมไทย ยังมีความเชื่อและแหล่งให้บริการรักษาโรคที่อยู่นอกระบบมากมาย เช่น สำนักสงฆ์ต่างๆ หมอแผนโบราณ ฯลฯ จึงทำให้การใช้สมุนไพรเป็นเรื่องที่เข้าถึงได้ง่าย

ผู้ป่วยบางรายขณะที่ทานยาสมุนไพรจะหยุดยาแผนปัจจุบัน ซึ่งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้ง ควรสอบถามเรื่องการไปรับบริการจากสถานบริการอื่นๆ หรือไม่ หากผู้ป่วยกำลังทานยาสมุนไพรอยู่ไม่ควรห้าม แต่อาจเสนอแนะให้ทานควบคู่ไปกับยาแผนปัจจุบัน จะทำให้สุขภาพจิตผู้ป่วยดีขึ้น และปล่อยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ตัดสินใจเองว่าจะหยุดใช้สมุนไพรเมื่อไหร่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวังผลจากสมุนไพรจะทำให้หายจากโรคได้ เพียงแต่หวังว่าสุขภาพจะดีขึ้น โดยทำไปตามความเชื่อของญาติและคนใกล้ชิด ในรายที่มีอาการน้อยสมุนไพรจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้บ้าง แต่ในรายที่มีอาการมากแล้วพบว่า สมุนไพรไม่ได้ช่วยอะไรเลย

พฤติกรรมการแสวงหาบริการอื่นๆ นอกจากสมุนไพร คือการไปแสวงหาบริการจากโรงพยาบาลหลายๆ ที่ ซึ่งจะเกิดขึ้นมากในช่วง 1-2 ปีแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นวัณโรคคือยา เมื่อได้รับยาและข้อมูลการรักษาที่คล้ายๆ กันจากหลายๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพความเป็นจริงและจะค่อยๆ หยุดการไปรับการรักษาจากหลายๆ ที่เอง การใช้สมุนไพรส่วนมากเกิดจากความตั้งใจดีของญาติและคนใกล้ชิด จึงควรทำความเข้าใจกับญาติด้วย ว่า สมุนไพรเพียงแค่ทำให้ร่างกายผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ หากจะทานเพื่อความสบายใจก็ไม่ห้าม แต่ไม่ควรหยุดยาแผนปัจจุบัน

พฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

พฤติกรรมกรทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยจะทานอาหารได้น้อยลงจากผลของความเจ็บป่วยทำให้เบื่ออาหาร และมีความเชื่อว่า เนื้อสัตว์ใหญ่คือของแสลง เช่น

เนื้อหมู เนื้อวัว แต่ยังคงทานเนื้อปลาซึ่งเหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยที่ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ บางครั้งอาการเบื่ออาหารเกิดจากผลข้างเคียงของยาวัณโรคตลอดจนผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยทานอาหารได้น้อยลง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบางครั้งต้องให้ยาบำรุงหรือ ยาเจริญอาหารช่วยด้วย แต่ในผู้ป่วยบางรายที่อาการไม่มาก จะทานอาหารได้ตามปกติ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่มีการออกกำลังกายอย่างชัดเจน เนื่องจากส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยก็ทำให้สภาพร่างกายอ่อนแออยู่แล้ว หากเป็นไปได้ควรแนะนำผู้ป่วยให้ออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน การทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ การหายใจเข้าออกลึกๆ ฯลฯ ซึ่งน่าจะเป็นผลดีกว่าการไม่ออกกำลังกายเลย มีผู้ป่วยบางรายที่อายุน้อยและอาการของโรคไม่มาก สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ โดยการเดินแอโรบิค ซึ่งคงต้องแนะนำผู้ป่วยไม่ให้ออกกำลังกายหักโหมเกินไป

พฤติกรรมการพักผ่อน พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเน้นเรื่องการพักผ่อนมาก อาจเนื่องจากสภาพของโรคเองทำให้ร่างกายอ่อนแอไม่อยากทำอะไร หรืออาจเกิดจากความเชื่อว่า ผู้ป่วยต้องพักผ่อนมากๆ ประกอบกับมักได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอให้พักผ่อนมากๆ อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการกลัวการรังเกียจจากเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ป่วยค่อนข้างเก็บตัว ไม่ได้ออกงานสังคม ทำให้มีเวลาพักผ่อนอยู่กับบ้านอย่างเต็มที่ ซึ่งนับเป็นข้อดีในการลดการแพร่เชื้อสู่สังคมภายนอก แต่จะต้องระวังเรื่องการแพร่เชื้อให้สมาชิกครอบครัวด้วย ซึ่งห้องพักของผู้ป่วยจะต้องมีการระบายอากาศดี แสงแดดส่องถึง จึงจะลดการแพร่เชื้อได้

สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน

สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค และไม่ได้แสดงการรังเกียจแต่อย่างใด แต่ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกถึงการแบ่งแยกอยู่ เช่น ห้องพักผู้ป่วยมักจะเป็นห้องเล็กๆ ท้ายบ้าน หรืออยู่แยกออกไปจากบ้านใหญ่ หรือเวลาทานอาหารก็จะแยกสำรับกัน หรืออาจใช้ช้อนกลาง

หรือให้ผู้ป่วยทานทีหลัง ทำให้ผู้ป่วยบางรายคิดมากได้ว่าการรังเกียจไม่ได้แสดงออกทางวาจาแต่แสดงออกทางการกระทำ การที่แยกผู้ป่วยออกจากสมาชิกคนอื่นนับเป็นข้อดีต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ แต่มีผลกระทบทางจิตใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งต้องการความรักความเห็นใจจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยแสดงความไม่พอใจออกมาในรูป การไม่ทานยา การไม่รักษาสุขภาพ เพราะไม่รู้จะรักษาไปทำไม อีกไม่นานก็ตายแล้วแต่อย่างไรก็ตาม บางครอบครัวมีเด็กเล็กซึ่งมักมีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสรับเชื้อได้สูงและอาจเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มสมองได้ จึงควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อและการกำจัดเสมหะอย่างดีแก่ครอบครัวที่มีเด็กเล็กอยู่ในบ้าน

ในชุมชนส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเก็บตัว ไม่ค่อยออกงานสังคม เนื่องจากสภาพร่างกายไม่แข็งแรง และกลัวการรังเกียจจากการไออยู่ตลอดเวลา ซึ่งนับเป็นข้อดีในเรื่องการลดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ แต่อาจมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยคิดมาก ซึ่งส่งผลต่อการรักษาได้ นอกจากนี้จากการไปเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำให้ผู้ป่วยถูกเพื่อนบ้านสงสัย และรังเกียจได้ บางครั้งเพื่อนบ้านคิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ เจ้าหน้าที่จึงควรผสมผสานการเยี่ยมบ้านเป็นแบบบูรณาการ ไปเยี่ยมครั้งละหลายๆ กลุ่มเป้าหมาย เช่น เยี่ยมหลังคลอด เยี่ยมเด็กแรกเกิด เยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรืออาจต้องเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนไม่ให้รังเกียจผู้ป่วย อันจะส่งผลดีทำให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษา ซึ่งจะลดการแพร่เชื้อในชุมชนได้

ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มักต้องพึ่งพิงคนอื่นในการหาเลี้ยงชีพ แต่เนื่องจากมีรายจ่ายน้อยจึงไม่ค่อยมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ยกเว้นผู้ป่วยบางรายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือผู้หารายได้หลักของครอบครัว อาจทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจได้ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการคำแนะนำที่ดีในการวางแผนอนาคต ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในส่วนนี้

สรุป วิจารณ์

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายชนิด มีพฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่คล้ายกับผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น สภาพทางจิตใจ การแสวงหาบริการอื่น การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ แต่เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสรักษาให้หายขาดยาก และสามารถแพร่เชื้อดื้อยาให้แก่สมาชิกครอบครัวและชุมชนทั่วไป จึงต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ตลอดจนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านอื่นๆ และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องพึ่งพิงสมาชิกอื่นในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จึงควรต้องให้ความรู้กับสมาชิกครอบครัวและผู้ใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วย จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือหายขาดจากโรค ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมที่ค่อนข้างยาวนานและต่อเนื่อง ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขต้องเข้าไปมีบทบาทหนุนเสริมเพื่อเป็นการรับผิดชอบปัญหาสังคมร่วมกัน อันจะช่วยให้สังคมไทยส่วนใหญ่ปลอดภัยจากเชื้อวัณโรคดื้อยา

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยต้องได้รับสุศึกษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องการแพร่เชื้ออย่างเข้มข้นจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยต้องมีการควบคุมกำกับและตรวจสอบการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในสังคมในลักษณะที่จะไม่แพร่เชื้อให้คนอื่น
2. บุคลากรสาธารณสุขต้องแสดงบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้

อย่างปลอดภัย ตลอดจนลดการรังเกียจจากชุมชน ตราบใดที่ยังไม่มียาชนิดใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูงพอ โดยควรมีการนัดติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ หรือออกไปเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราวเพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจเท่าที่จะทำได้เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น จัดตั้งเป็นชมรม ไม่ควรทิ้งให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาตามลำพัง

3. ควรเชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้กับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัวและหารูปแบบวิธีการที่จะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. Stopping Tuberculosis. Geneva. Switzerland, 2003:2.
2. Crofton J, Chaulet P and Maher D. Guidelines for management of drug-resistant tuberculosis. WHO 1997:15-16.
3. เจริญ ชูโชติถาวร. Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB). ใน บุญมี สถาปัตยวงศ์ (บรรณาธิการ). An Update on Infectious Diseases V. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย, 2541:30-44.
4. กองวัณโรค. ผลการเฝ้าระวังเชื้อวัณโรคดื้อยาครั้งที่สอง. 2545.
5. สำนักวิจัยวัณโรคเชียงราย. ผลการเฝ้าระวังเชื้อวัณโรคดื้อยาของจังหวัดเชียงราย. 2542:4.
6. Davies. PDO. Clinical tuberculosis. 1994:183.
7. Kubler-Ross E. On Death and Dying. Minnesota. 1969:23-25.
8. พันธุ์ทิพย์ งามสุต. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาในโรคติดต่อ. วารสารโรคติดต่อ 2529;12:329-341.



การบริหารจัดการยาวัณโรคของหน่วยงานคู่สัญญาในพื้นที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ปี 2546

ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช วท.ม.

ศุภรัตน์ บุญนาค วท.ม.

ภัทรนันท์ ไพโรพสุทธิ ภ.บ., วท.ม.

อมรมิตร จิวเจริญ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ: การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการยาวัณโรคในระดับโรงพยาบาล รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลในพื้นที่เขต 1 จำนวน 41 แห่ง เก็บข้อมูล โดยออกปฏิบัติงานสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ระยะเวลาในการศึกษา มกราคม - มิถุนายน 2546 ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาล ทั้งหมด 41 แห่งในด้าน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการอบรม DOTS และมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการยา ร้อยละ 45.28 โดยมีระยะเวลาในการรับผิดชอบงานวัณโรค มากกว่า 5 ปี ในการบริหารจัดการยาวัณโรค ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดซื้อยา การจัดหายา การเก็บรักษายา การควบคุมการเบิกจ่ายยา การจัดเตรียมยา และการจ่ายยา พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 48.8-56.1 ยกเว้น การจัดซื้อ จัดหายา ที่ผู้ปฏิบัติคือ เภสัชกร จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการบริหารยาวัณโรคในโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบ เดียวที่ชัดเจนว่าเป็นความรับผิดชอบของใคร ระหว่างฝ่ายเวชกรรมสังคม หรือ ฝ่ายเภสัชกรรม หรือทั้งสองฝ่าย ในส่วนการบริหารยาวัณโรค ทุกโรงพยาบาลเบิกยาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีโรงพยาบาลที่มีการยืมยา ร้อยละ 53.7 การคุมปริมาณยาใช้บัญชีควบคุม ร้อยละ 58.94 มีโรงพยาบาล 9 แห่งที่ไม่ได้จัดเตรียมยาเป็นของ ให้ผู้ป่วย ข้อมูลการส่งวิเคราะห์ยาไม่มีที่ใดมีการส่งยาวัณโรคเพื่อวิเคราะห์คุณภาพ

ผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การเก็บสำรองยาไม่เพียงพอ การได้รับยาล่าช้า ยาใกล้หมดอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ระบบการรายงานปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะใช้ในการประมาณยาที่ต้องการ และจัดส่งยาตามต้องการ ทำให้มียาไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรจัดการประชุม ระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการ ยาวัณโรค ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน รวมทั้งการวิเคราะห์คุณภาพยาทางห้องปฏิบัติการ ทั้งในส่วนการ วิเคราะห์ปริมาณตัวยาสสำคัญ และวิเคราะห์การละลายของยา เพื่อเป็นการประกันคุณภาพยา นำไปสู่การบริหาร จัดการยาที่มีประสิทธิภาพ

Abstract: Boonpendej R, Boonnak S, Pripeesoot P and Chewcharoen A. The Management of Antituberculosis Drug at Contracting Unit for Primary Care Level, Office of Disease Prevention and Control, 2003. Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2005; 26: 261-269.

Office of Disease Prevention and Control 1, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

The objective of this cross-sectional research was to study Anti-TB drug management system. The study was done in 41 Contracting Unit for Primary Care at Region 1 during January-June 2003 by interviewing health personnels who responsible for TB management sector and pharmacists. Data collected were later analyzed by descriptive statistics.

Results of the study show that the actual role of Anti-TB management system are supported by health personnels (48.8-56.1 %). Respondents mentioned the application of research results in their practice settings was the major benefit. It was found that nine hospitals does not prepackaging drugs to patients. The important problems in Anti-TB drug management system are insufficient stock, delay to receive drugs and short expired drugs.

Data from this study may be helpful for the sustainable development of Anti-TB drug management system.

บทนำ

ยาวัณโรคเป็นอาวุธสำคัญในการรักษาและควบคุมวัณโรค และเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของ DOTS (Directly Observed Treatment, Short course) ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ WHO แนะนำให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้เพื่อการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ¹ แต่ปัจจุบัน “การดื้อยา” โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื้อยาวัณโรคหลายขนาน (MDR-TB) เป็นอุปสรรค และทำให้อาวุธสำคัญของการควบคุมวัณโรคด้อยประสิทธิภาพลง² รายงานการสำรวจระบบสนับสนุนยาวัณโรคจาก 73 ประเทศทั่วโลกพบว่า ปัญหาหลักของการบริหารจัดการยาวัณโรค ได้แก่ ความยากในการประมาณยาที่จะใช้ ยาขาด ปัญหาในการกระจายยา และปัญหาในการประกันคุณภาพยา³ ในประเทศไทยยาวัณโรคเป็นยาที่ได้รับการสนับสนุนฟรีจากกองวัณโรค ด้วยการที่เป็น “ยาฟรี” ยาวัณโรคจึงถูกสุมตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์คุณภาพไม่มากนัก การประเมินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย WHO ในปี 2542⁴ รายงานปัญหาหลักในระบบยาวัณโรค

ของไทยไว้ 3 ประการคือ 1) การบริหารคลังยาวัณโรคในโรงพยาบาลยังไม่ดีนักทำให้มียาเหลือค้างในคลังและยาหมดอายุ มียาหมดอายุจำนวนมากถูกส่งคืนมายังกองวัณโรค, 2) การบริหารจัดการยาวัณโรคในโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบเดียวที่ชัดเจนว่าเป็นความรับผิดชอบของใครระหว่างฝ่ายเวชกรรมสังคม หรือฝ่ายเภสัชกรรม หรือทั้งสองหน่วยงาน ซึ่งปัญหาจะมีมากขึ้นหากการประสานงานระหว่าง 2 หน่วยงานนี้ไม่ดี, 3) ระบบการรายงานปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะใช้ในการประมาณยาที่ต้องการและจัดส่งยาตามความต้องการ

การสนับสนุนยาวัณโรคที่มีคุณภาพดีมีความสำคัญต่อการขยาย DOTS และการควบคุมวัณโรค แต่เกิดปัญหาต่างๆ ในระบบยาวัณโรค ได้แก่ ปัญหาการดื้อยาวัณโรคหลายขนาน ยาวัณโรคเสื่อม และการบริหารจัดการยาวัณโรคในโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนว่าเป็นความรับผิดชอบของ TB clinic หรือห้องยา อีกทั้งปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการยาวัณโรคของประเทศไทยมีจำกัด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง

ทำการวิจัยเพื่อศึกษาระบบบริหารจัดการยาวัณโรค เพราะการบริหารจัดการยาวัณโรคมีความสำคัญ การบริหารจัดการยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มียาเหลือค้างในคลังมากเกินไป ยาถูกแสง ความชื้น ความร้อน อาจนำมาสู่ปัญหาของคุณภาพยาได้ เช่น ทำให้ยาเสื่อมสภาพก่อนถึงวันหมดอายุ และหากไม่มีระบบประกันคุณภาพยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเสื่อม⁵ ที่อาจไม่มีผลในการรักษา หรือมีปริมาณตัวยาไม่ถึงระดับที่รักษา ซึ่งผลที่เกิดขึ้นไม่ต่างกับการที่ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ

การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการยาวัณโรคให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน จะทำให้มีระบบการทำงาน การตรวจสอบ และประเมินผลการทำงานที่เข้มแข็งขึ้น การให้ผู้ปฏิบัติงาน ผู้นิเทศงาน ผู้บริหารระดับกอง และผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการคิดแนวทางการบริหารจัดการยาวัณโรคร่วมกัน โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานจากการวิจัยจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการวิจัยเพื่อศึกษาระบบบริหารจัดการยาวัณโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการยาวัณโรคในโรงพยาบาลพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ

คำจำกัดความ

หน่วยงานคู่สัญญา (Contracting Unit for Primary Care : CUP) หมายถึงสถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หรือเรียกว่า Main Contractor ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งจะต้องมีผู้ซื้อบริการ (Purchaser) มาทำสัญญาซื้อบริการกับผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องจัดบริการเป็นบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

วัสดุและวิธีการ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้ทำการศึกษา หน่วยงานที่บริหารจัดการยาวัณโรค ได้แก่ TB clinic ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม หรือ กลุ่มงานเภสัชกรรม หรือ ทั้งสองหน่วยงาน ในโรงพยาบาล 43 แห่ง ของเขต 1 โดยใช้แบบสอบถามสอบถามข้อมูลจากผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการยาวัณโรค ในโรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ TB clinic เภสัชกรผู้จัดยา ผู้จ่ายยาวัณโรค

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบสำรวจ (Cross-sectional survey study research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นโรงพยาบาลจำนวนทั้งหมด 43 แห่ง ขณะออกปฏิบัติงาน เก็บข้อมูล ทุกแห่ง มีโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง ที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคไม่อยู่ จึงได้ข้อมูลจำนวน 41 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้สร้างแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็นข้อคำถาม 3 ประเด็น โดยประเด็นที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ประเด็นที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการยาวัณโรค และประเด็นที่ 3 ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด สอบถามถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริหารจัดการยาวัณโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการออกปฏิบัติงานสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมคลังยาวัณโรค ในโรงพยาบาล 41 แห่ง ในพื้นที่เขต 1

ระยะเวลาการศึกษาวิจัย

มกราคม 2546-มิถุนายน 2546

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยสถิติ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Chi-square
3. วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยาวัณโรค เป็นแบบ content analysis

ผลการศึกษา**1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานวัณโรค****1.1 ข้อมูลทั่วไป**

จากแบบสอบถามที่ส่งไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่เขต 1 ทั้งหมด 43 แห่ง พบว่ามีการตอบกลับมาทั้งสิ้น

41 แห่ง (ร้อยละ 95.35) จำแนกประเภทได้ดังนี้ โรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 34 แห่ง และเกือบทุกโรงพยาบาลทำ HA (Hospital accreditation) (ร้อยละ 97.6) จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมากกว่าครึ่งให้บริการคลินิกวัณโรค สัปดาห์ละครั้ง (ร้อยละ 56.1) รองลงมาให้บริการทุกวัน (ร้อยละ 31.7) สำหรับข้อมูลการได้รับการอบรม DOTS แสดงให้เห็นว่าผู้รับผิดชอบงานวัณโรคส่วนใหญ่เคยอบรม DOTS มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (ร้อยละ 39.0) มีเพียง 1 แห่งที่ไม่เคยรับการอบรม DOTS จากข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาพบว่าส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเคยมีประสบการณ์การทำงานในการบริหารจัดการยา (ร้อยละ 45.28) มีผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลที่ไม่เคยเรียน/ไม่เคยอบรม/ไม่มีประสบการณ์ แต่ปัจจุบันรับผิดชอบงานวัณโรค 5 แห่ง ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคส่วนใหญ่รับผิดชอบงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย	1	2.439
โรงพยาบาลศูนย์	1	2.439
โรงพยาบาลทั่วไป	5	12.19
โรงพยาบาลชุมชน	34	82.94
รวม	41	100
การให้บริการคลินิกวัณโรค		
ทุกวัน	13	31.70
สัปดาห์ละครั้ง	23	56.10
เดือนละครั้ง	3	7.30
ทุกวันเฉพาะรายใหม่รายเก่าสัปดาห์ละครั้ง	2	4.90
รวม	41	100

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานวัณโรค (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับการอบรม DOTS		
เคยอบรม น้อยกว่า 1 ปี	16	39.00
เคยอบรม อย่างน้อย 1 ปี	8	19.50
เคยอบรม อย่างน้อย 2 ปี	3	7.30
เคยอบรม อย่างน้อย 3 ปี	3	7.30
เคยอบรมมากกว่า 3 ปี	10	24.40
ไม่เคยอบรม	1	2.40
รวม	41	100
ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการยา		
เคยเรียน/เคยอบรม	10	18.87
เคยมีประสบการณ์การทำงาน	24	45.28
ปัจจุบันรับผิดชอบการบริหารจัดการยาของโรงพยาบาล	7	13.21
ไม่เคยเรียน/ไม่เคยอบรม/ไม่มีประสบการณ์	12	22.64
รวม	53	100
การทำ HA (Hospital Accreditation)		
ทำ	40	97.60
ไม่ได้ทำ	1	2.40
รวม	41	100
ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานวัณโรค		
< 1 ปี	6	14.60
1-2 ปี	4	9.80
3-4 ปี	11	26.80
> 5 ปี	20	48.80
รวม	41	100

1.2 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามกิจกรรมการบริหารจัดการยาวัณโรค

เมื่อพิจารณากิจกรรมการบริหารจัดการยาวัณโรคเกือบทุกกิจกรรมผู้ปฏิบัติคือเจ้าพนักงานสาธารณสุข

(ร้อยละ 48.8-56.1) มีเพียงกิจกรรมการจัดซื้อยาที่ผู้ปฏิบัติคือเภสัชกร จากกิจกรรมทั้งหมดมี โรงพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมในการคำนวณปริมาณยาที่เบิกคิดเป็นร้อยละ 2.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามกิจกรรมการบริหารจัดการยาวัณโรค

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ)						
	เภสัชกร	ผู้ช่วยเภสัช	นักวิชาการสาธารณสุข	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. การคำนวณปริมาณยาที่เบิก	7.3	0.0	9.8	22.0	4.9	53.7	2.3
2. การทำเอกสารขอเบิกยา	7.3	0.0	12.2	19.5	4.9	56.1	0.0
3. การจัดซื้อยา	12.2	0.0	2.4	0.0	0.0	2.4	83.0
4. การรับยาที่เบิก	7.3	4.9	12.2	14.6	4.9	56.1	0.0
5. การควบคุมปริมาณยาในคลังยา	17.0	0.0	12.2	12.2	4.9	53.7	0.0
6. การจัดยา	14.6	7.3	12.2	12.2	4.9	48.8	0.0
7. การจ่ายยา	22.0	0.0	9.8	12.2	4.9	51.1	0.0
8. การดูวันหมดอายุของยา	22.0	0.0	12.2	9.8	4.9	51.1	0.0
9. การทำรายงานการใช้ยาประจำเดือน	4.80	0.0	12.2	22.0	4.9	56.1	0.0

2. ข้อมูลการบริหารยาวัณโรค

2.1 การบริหารจัดการยาวัณโรค

ผลการรักษาแสดงให้เห็นว่าการเบิกยาวัณโรคของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เบิกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 76.59) มี 10 แห่งที่เบิกยาจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการเยี่ยมยาของโรงพยาบาลมากกว่าครึ่งที่ยืมยา (ร้อยละ 53.7) โดยสถานที่ยืมยาส่วนใหญ่ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ (ร้อยละ 30.76) เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ได้รับยาหลังจากเบิกส่วนใหญ่รับยา 1-2 สัปดาห์ (ร้อยละ 65.9) รองลงมาคือ 3-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 24.4) มี 4 แห่ง ที่รับยาหลังจากเบิก 8 สัปดาห์ จากข้อมูลการซื้อยาวัณโรคพบว่า มีมากกว่าครึ่งที่ไม่เคยซื้อยาวัณโรคเอง (ร้อยละ 85.4) สำหรับสถานที่เก็บสำรอง

ยาวัณโรคส่วนใหญ่เก็บที่คลินิกวัณโรค (ร้อยละ 67.34) ซึ่งเกือบทุกโรงพยาบาลมีสถานที่เก็บยาเพียงพอ (ร้อยละ 92.7) นอกจากนั้นในการจัดยาเป็นซองให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งใน DOTS มี 9 แห่งที่ไม่ได้ทำ (ร้อยละ 21.95) และผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวคือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข สำหรับคำแนะนำให้กับผู้ป่วยขณะจ่ายยาเรียงตามลำดับคือ ผลข้างเคียงของยา, ขนาดวิธีกินยา, ระยะเวลาในการกินยา, ความสม่ำเสมอในการกินยา, ผลเสียของการกินยาไม่ครบ, การบันทึกการกินยา และการมีไข้เลี้ยงในการกินยา จากข้อมูลมากกว่าครึ่งที่ใช้วิธีคุมปริมาณยาใน Stock โดยใช้บัญชีควบคุมยา (ร้อยละ 58.94) ถึง ร้อยละ 26.31 ที่ประมาณการของยาใน Stock โดยการสังเกต และทุกโรงพยาบาลไม่เคยส่งยาวิเคราะห์คุณภาพ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การบริหารจัดการยาวัณโรค

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่เบิกยาวัณโรค		
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ	10	21.74
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	36	78.26
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน	0	0.0
รวม	46	100
ระยะเวลาที่ได้รับยาหลังจากเบิก		
1-2 สัปดาห์	27	65.9
3-4 สัปดาห์	10	24.4
5-8 สัปดาห์	4	9.8
>9 สัปดาห์	0	0.0
รวม	41	100
การยืมยาวัณโรค		
เคยยืมยา	22	53.7
ไม่เคยยืมยา	19	46.3
รวม	41	100
สถานที่เคยยืมยาวัณโรค		
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ	28	43.08
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	17	26.15
โรงพยาบาลใกล้เคียง	20	30.77
รวม	65	100
การซื้อยาวัณโรค		
เคยซื้อยา	6	14.6
ไม่เคยซื้อยา	35	85.4
รวม	41	100
สถานที่เก็บสำรองยาวัณโรค		
เพียงพอ	38	92.7
ไม่เพียงพอ	3	7.3
รวม	41	100
การจัดยาให้ผู้ป่วยเป็นของ		
ทำ	32	78.05
ไม่ได้ทำ	9	21.95
รวม	41	100

ตารางที่ 3 การบริหารจัดการยาวันโรค (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ทำหน้าที่จัดยาวันโรคให้ผู้ป่วยเป็นของ		
เภสัชกร	1	2.4
ผู้ช่วยเภสัช	8	19.5
นักวิชาการสาธารณสุข	3	7.3
พยาบาลวิชาชีพ	6	14.6
พยาบาลเทคนิค	3	7.3
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	20	48.8
รวม	41	100
คำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยขณะจ่ายยา		
ความสม่ำเสมอของการกินยา	15	16.30
ผลข้างเคียงของยา	28	30.43
ผลเสียของการกินยาไม่ครบ	7	7.61
ระยะเวลาในการกินยา	15	16.30
การมีพี่เลี้ยงในการกินยา	3	3.26
ขนาดวิธีกินยา	19	20.65
การบันทึกการกินยา	5	5.43
รวม	92	100
วิธีคุมปริมาณยาใน Stock		
ประมาณการโดยการสังเกตปริมาณยา	25	26.32
ใช้ maximum, minimum stock	7	7.37
ใช้บัญชีควบคุม (computer, สมุด, stock card)	56	58.95
ดูจำนวนผู้ป่วยเทียบกับปริมาณยา	7	7.37
รวม	95	100
การส่งยาวิเคราะห์คุณภาพ		
ไม่เคยทำ	0	0.0
เคยทำ	41	100
รวม	41	100

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทโรงพยาบาล และข้อมูลการบริหารจัดการยาวันโรค

ผลการศึกษา พบว่า ประเภทของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการทำเอกสารขอเบิกยา การจัดยา การจ่ายยา การทำรายงานการใช้ยา การซื้อยา และการคุมปริมาณยาโดยวิธี Maximum, Minimum อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับ การคำนวณปริมาณยาที่เบิก การควบคุมปริมาณยาในคลัง การดูแลวันหมดอายุยา การควบคุมปริมาณยาโดยการสังเกตปริมาณยา และการควบคุมโดยใช้บัญชีควบคุม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับประเภทของโรงพยาบาล ($p > 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทโรงพยาบาล และกิจกรรมการบริหารจัดการยาวัณโรค

กิจกรรมการบริหารจัดการยาวัณโรค	P-value
การทำเอกสารขอเบิกยา	0.024
การจัดยา	0.002
การจ่ายยา	0.031
การทำรายงานการใช้ยาประจำเดือน	0.004
การจัดซื้อยาวัณโรค	0.001
การคุมปริมาณยาวัณโรคโดยใช้วิธี Maximum, Minimum	0.002
การคำนวณปริมาณยาที่เบิก	0.115
การควบคุมปริมาณยาในคลัง	0.090
การดูแลวันหมดอายุยา	0.141
การควบคุมปริมาณยาโดยสังเกตปริมาณยา	0.071
การควบคุมปริมาณยาโดยใช้บัญชีคุมยา	0.728

3. การพัฒนาระบบบริหารจัดการยาวัณโรค

มีมากกว่าครึ่งที่ให้ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการยาวัณโรค (ร้อยละ 51.22) ในจำนวนนี้ตอบปัญหาซ้ำกัน 9 แห่ง จากตารางที่ 3 ปัญหาที่โรงพยาบาลให้ข้อมูลมากที่สุดคือ ได้รับยาล่าช้า รองลงมา

คือ การประมาณการยาน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วย และ Stock ยาวัณโรคระดับจังหวัดขาดยาบางชนิด ผลการสอบถามเสนอปัญหาและแนวทางการแก้ไขรวมทั้งข้อเสนอแนะ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัญหาอุปสรรค ในการบริหารจัดการยาวัณโรค การแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	การแก้ไขปัญหา	ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป
การประมาณการยาน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วย	ขอยืมยาจากโรงพยาบาลใกล้เคียง	ควรมีการเก็บสำรองยาที่สสจ. หรือ ส่งตรงที่โรงพยาบาล เพื่อสะดวกในการเบิกจ่าย
ได้รับยาล่าช้า	stock ยาล่วงหน้า 1-2 เดือน	ควรส่งยาตรงไปยังโรงพยาบาล
ผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว	เบิกยาเพิ่มจากสสจ. หรือขอยืมยาจากโรงพยาบาลใกล้เคียง	ควรให้งานเภสัชกรรมเป็นผู้บริหารจัดการยาวัณโรค
ยาที่ได้รับใกล้หมดอายุ	ตรวจสอบหรือให้โรงพยาบาลอื่นช่วยใช้	ขอให้สนับสนุนยาที่มีอายุยาวกว่านี้
การเก็บสำรองยาวัณโรคระดับจังหวัดไม่เพียงพอ	ขอยืมยาจาก สครที่ 1 กรุงเทพฯ และจากโรงพยาบาลใกล้เคียง	สสจ. ควรสำรองยาให้เพียงพอ
การเบิกยาจาก สสจ. ได้ไม่ครบจำนวน	รอเบิกเพิ่มในเดือนต่อไป	ควรมีการจัดประชุมเพื่อวางแผนการบริหารจัดการยาวัณโรค
ยาบางชนิดเบิกแล้วไม่มี ต้องเบิกยาตัวอื่นทดแทน	ประสานงาน สสจ. เพื่อเบิกยาตัวอื่นทดแทน	ควรมีการสนับสนุนยาชนิดรวมเม็ดแก่ผู้ป่วย
ทดแทน	พยายามแบ่งที่เก็บให้ชัดเจน และจัดหา -	
สถานที่เก็บยาไม่เหมาะสม โดนแสงส่องถึง	ที่ให้เหมาะสม	

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาระบบบริหารจัดการยาวัณโรคในโรงพยาบาลพื้นที่ เขต 1 มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

ข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลในพื้นที่ เขต 1 ทั้งหมด 41 แห่ง ในส่วนเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรคผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการอบรม DOTS และมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการยา โดยมีระยะเวลาในการรับผิดชอบงานวัณโรค มากกว่า 5 ปี ซึ่งมีผลต่อการส่งเสริมประสิทธิภาพของ DOTS ในส่วนของระบบยา จากข้อมูลกิจกรรมในการบริหารจัดการยาวัณโรค ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดซื้อยา การจัดหายา การเก็บรักษายา การควบคุมการเบิกจ่ายยา การจัดเตรียมยา และการจ่ายยา พบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยกเว้น การจัดซื้อจัดหายา ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการบริหารจัดการยาวัณโรค ที่ผู้ปฏิบัติคือ เภสัชกร ทั้งนี้เนื่องจากมาจากการพิจารณา การคัดเลือกยา เป็นคุณลักษณะเฉพาะทางยาซึ่งเป็นบทบาท หน้าที่ ของเภสัชกร ในส่วนของฝ่ายงานเภสัชกรรมด้านการบริหารงานเวชภัณฑ์ ในส่วนการบริหารยาวัณโรคในโรงพยาบาลจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่ายังไม่เป็นระบบเดียวที่ชัดเจนว่าเป็นความรับผิดชอบของใคร ระหว่างฝ่ายเวชกรรมสังคม หรือ ฝ่ายเภสัชกรรม หรือทั้งสองฝ่าย

จากข้อมูลการบริหารยาวัณโรค แสดงให้เห็นว่าทุกโรงพยาบาลเบิกยาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีโรงพยาบาลมากกว่าครึ่งที่มีการยืมยา อาจเป็นไปได้ว่าระบบการรายงานปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะใช้ในการประมาณยาที่ต้องการ และจัดส่งยาตามต้องการ การบริหารยาวัณโรคยังไม่ดีนัก ทำให้มียาไม่เพียงพอ เป็นผลให้ได้รับยาล่าช้า ดังนั้นจึงควรจัดการประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการยาวัณโรค ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ในการจัดยาเป็นซองให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการยอมรับในการกินยาของผู้ป่วย และเป็นวิธีการหนึ่งในแนวทาง

การดำเนินงาน DOT ในส่วนของการเตรียมยารักษาวัณโรค พบว่ามีโรงพยาบาลที่ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรไม่เพียงพอ และในบางโรงพยาบาลที่ขั้นตอนการจ่ายยาวัณโรคให้ผู้ป่วย อยู่ที่ฝ่ายเภสัชกรรม เนื่องจากในการเตรียมให้ผู้ป่วยเป็นรายเดือน ซึ่งต้องใช้เวลาในการจัดเตรียมมาก ทำให้ไม่สามารถเตรียมยาให้ผู้ป่วยเป็นซองได้ นอกจากนั้นมีการให้เหตุผลชี้แจงถึงการเปลี่ยนสีของตัวยา เมื่อผสมปนกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบจากการไม่ได้จัดเตรียมยาเป็นซอง รวมทั้งการยอมรับในการรับประทานยาวัณโรคของผู้ป่วย

อีกประการหนึ่งจากข้อมูลการส่งวิเคราะห์ยาไม่มีที่ใดมีการส่งยาวัณโรคเพื่อวิเคราะห์คุณภาพ อาจเป็นไปได้ว่ายาวัณโรคเป็นยาที่ได้รับการสนับสนุนฟรี อาจนำมาสู่ปัญหาคุณภาพยาได้ และหากไม่มีระบบประกันคุณภาพยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่มีผลในการรักษา หรือมีปริมาณตัวยาไม่ถึงระดับการรักษา จึงควรดำเนินการวิเคราะห์คุณภาพยาทางห้องปฏิบัติการ ทั้งในส่วน การวิเคราะห์ปริมาณตัวยาสำคัญ และวิเคราะห์การละลายของยา

ผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ การ Stock ยาไม่เพียงพอ การได้รับยาล่าช้า ยาใกล้หมดอายุ จึงควรจัดการประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต ระดับจังหวัดและโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการยาวัณโรค ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน รวมทั้งการวิเคราะห์คุณภาพยาทางห้องปฏิบัติการ ทั้งในส่วน การวิเคราะห์ปริมาณตัวยาสำคัญ และวิเคราะห์การละลายของยา เป็นการประกันคุณภาพยา นำไปสู่การบริหารจัดการยาที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. จัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการยาวัณโรค ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน
2. ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบจากการจัดเตรียมยาเป็นซอง และการเพิ่มการยอมรับในการรับประทาน

ยาของผู้ป่วย

3. วิเคราะห์คุณภาพยาในส่วนปริมาณตัวยาลำคัญ และวิเคราะห์การละลายของยา เพื่อประกันคุณภาพยา ที่จ่ายให้ผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยการสนับสนุนจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ขอขอบคุณ แพทย์หญิงดารณี วิริยกิจจา ผู้อำนวยการสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ และกลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน (ทีมงาน วัณโรค) ที่ให้คำปรึกษาและร่วมจัดทำโครงการ รวมทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 จังหวัด ในพื้นที่ เขต 1 และ โรงพยาบาลในพื้นที่ เขต 1 ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยให้ความร่วมมือในการตอบแบบ สัมภาษณ์

เอกสารอ้างอิง

1. อิทธิศักดิ์ เสียมภักดี, เกสัชกรรมวัณโรค 1 เพื่อพัฒนางาน บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรค: สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. 2545 (เอกสารอัดสำเนา)
2. อิทธิศักดิ์ เสียมภักดี, เกสัชกรรมวัณโรค 2 เพื่อพัฒนางาน บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรค: สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. 2545 (เอกสารอัดสำเนา)
3. Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health Management of tuberculosis, modified WHO modules of managing tuberculosis at district level. 2545.
4. World Health Organization. Guidelines for the management of drug resistant tuberculosis, WHO/TB/ 96. 1997.
5. World Health Organization - Geneva. Treatment of Tuberculosis : Guidelines for National Programmer, 2003:67-77.



การสร้างประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ ตำบลบางเตือ อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี ปี 2547

สุภาพ รอนศึก กศ.บ.

ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช วท.ม.

ศุภรัตน์ บุญนาค วท.ม.

วิจิษณา หุตานนท์ สศ.ม.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัย
เกื้อหนุนต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ของชุมชน ความรู้เจตคติของชุมชนต่อวัณโรคและโรคเอดส์
ศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
แบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การระดมความคิด และการเสริมสร้างพลังชุมชน
มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม วิธีดำเนินการประกอบด้วย การสำรวจชุมชนโดยสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 356 คน ใน 4 หมู่บ้านของตำบลบางเตือ อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี เพื่อหาข้อมูลพื้นฐาน
ด้านสังคม และความรู้เจตคติต่อวัณโรคและโรคเอดส์ เตรียมความพร้อมผู้นำชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจใน
กระบวนการมีส่วนร่วมและเป็นผู้นำกลุ่มในการอบรมแกนนำชุมชน อบรมผู้นำและแกนนำชุมชนจำนวน 30 คน
โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้สามารถวิเคราะห์สภาพชุมชน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยเกื้อหนุน
ต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ของชุมชน รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในการ
วางแผนชุมชน และดำเนินโครงการป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ในชุมชน เริ่มดำเนินงานตั้งแต่มกราคม-
กรกฎาคม 2547 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired-t-test วิเคราะห์
ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก field note

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และทำเกษตรกรรมสวนผัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
คือ 7,591 บาท มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทางสังคม และมีหลวงปู่บุญธรรมเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ
ของคนในชุมชน ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 และความรู้เกี่ยวกับ
โรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.8 ในด้านเจตคติ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับวัณโรค

และโรคเอดส์ในเชิงบวก ร้อยละ 81.7 และร้อยละ 79.5 ตามลำดับ การวิเคราะห์ชุมชนพบปัจจัยเกื้อหนุนคือ มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามาให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อในชุมชน มีผู้นำและแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง ส่วนปัจจัยเสี่ยงพบว่ามีประชาชนบางกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อย และบางพื้นที่มีขยะมากทำให้สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ หลังการวิเคราะห์ชุมชนแล้วผู้วิจัยได้เสริมความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ ซึ่งหลังดำเนินการ พบว่า ผู้นำและแกนนำชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทั้งในเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์สูงกว่าก่อน ดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในด้านเจตคติเกี่ยวกับวัณโรคพบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สำหรับเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ผลของการศึกษาดังกล่าวชุมชนได้ร่วมกันวางแผนชุมชน และจัดทำโครงการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์จำนวน 4 โครงการ โดยยึดพื้นฐานด้านปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยเสี่ยงของแต่ละชุมชน ได้แก่โครงการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและโรคเอดส์ โครงการอุ้มใจเมื่อใกล้หมอ โครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า และโครงการสร้างการยอมรับผู้ป่วยวัณโรคและโรคเอดส์

จากกระบวนการดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน การรวมพลังสร้างสรรค์ และการเสริมสร้างพลังชุมชน ซึ่งเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชนร่วมกัน การวิเคราะห์ปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยเสี่ยง การเสริมจุดอ่อนให้เข้มแข็งโดยการเพิ่มความรู้ความเข้าใจแก่กลุ่มเป้าหมายให้ดีขึ้น จะทำให้ชุมชนสามารถวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง นับว่าเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักต่อปัญหา เกิดการยอมรับ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป การวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมที่ใกล้เคียงกันได้

Abstract: This study was aimed to measure the demography, obstacle supportive, knowledge and attitude of community to prevent and solve the problems of tuberculosis and AIDS. The method was used Participatory Action Research by adapting the ideas of participation appreciation influence control and empowerment. It was conducted during January - July 2004. Activities were comprised of interviewing 356 survey population samples and 30 core people in the community. The data obtained was analysed by using percentages, average, standard deviation, paired t - test and qualitative data from field note.

The results showed that, the survey population samples had the knowledge on tuberculosis at moderate level (52.3%) and AIDS at high level (79.8%), positive attitude to tuberculosis (81.7%) and AIDS (79.5%). From the community analysis, these was the evidence that the technical knowledge of communicable diseases was supported by all technical sectors and with the tips of strong leaders and core people. The obstacles were discriminated by non-cooperation of the population, lack of health workers, poor environment due to garbage. After the intervention was launched it was found that the core group had increasing knowledge and attitude with significant difference at $p < 0.05$ and the new 4 projects were produced by the community, based on the supportive and risk factors of each community. This was confirmed that this method is applicable to other similar societies.

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก และเป็นสาเหตุที่ทำให้มนุษย์ต้องเจ็บป่วยล้มตายเป็นจำนวนมาก หลายประเทศยังไม่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราป่วยของวัณโรค ในอดีตที่ผ่านมาวัณโรคได้ถูกขจัดกวาดล้างไปมากแล้วในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก แต่ปัจจุบันวัณโรคได้กลับมาใหม่ และทวีความรุนแรงมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในหลายๆ ประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งเป็นผลมาจากการดื้อยาวัณโรคสูงขึ้น และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันโดยตรง ทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย ทั้งโดยการที่มี reactivation จากการติดเชื้อวัณโรคมาก่อน และการติดเชื้อวัณโรคที่รับใหม่ ความรุนแรงของวัณโรคมีมากจนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศว่า วัณโรคเป็นเรื่องฉุกเฉินระดับสากล (Global emergency) เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2536¹ ในปี พ.ศ. 2537 องค์การอนามัยโลกคาดว่าประชากรโลก 5,700 ล้านคน ติดเชื้อวัณโรคแล้วถึง 1,900 ล้านคน และจากประชากรที่ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 14 ล้านคน จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ร่วมกับติดเชื้อวัณโรคถึง 5.6 ล้านคน ซึ่งจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้มากถึงประมาณ 1.4 ล้านคน เมื่อสิ้นศตวรรษนี้¹ และในปี พ.ศ. 2542 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าในประเทศที่มีปัญหาของวัณโรคมากจำนวน 23 ประเทศ จะมีอัตราป่วยของวัณโรคทั้งหมด 178 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยใหม่ของวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ 79 ต่อแสนประชากร³

วัณโรคในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขของประเทศ พ.ศ. 2541 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคเป็นอันดับ 9 ของสาเหตุจากการเสียชีวิตต่าง ๆ และใน พ.ศ. 2542 มีอัตราเสียชีวิตจากวัณโรคในอัตรา 5.6 ต่อแสนประชากร³ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญประมาณร้อยละ 3-4 ต่อปี มาโดยตลอด โดยอัตราป่วยวัณโรคทุกประเภท เพิ่มขึ้นจาก 65 ต่อแสนประชากร

ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 79 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อในเสมหะมีแนวโน้มเพิ่มจาก 33.4 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ.2538 เป็น 40 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2543⁴ สำหรับสถานการณ์วัณโรคของเขต 1 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ใน พ.ศ. 2545 จำนวน 3,390 ราย คิดเป็นอัตราป่วยด้วยวัณโรค 92.1 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในระยะแพร่เชื้อจำนวน 1,310 ราย คิดเป็นอัตราป่วยในระยะแพร่เชื้อ 35.6 ต่อประชากรแสนคน และจากการประเมินผลรอบที่ 1 ของปีงบประมาณ 2546 พบว่าอัตราเสมหะปราศจากเชื้อ ร้อยละ 69.1 อัตราความสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 72.4 อัตราขาดการรักษาร้อยละ 11.7 และมีผู้ป่วยดื้อยารักษาวัณโรค (MDR) กำลังรักษาอยู่จำนวน 11 ราย

กระทรวงสาธารณสุขได้นำการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น (The National Short Course Chemotherapy NSCC) มาใช้ในผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะพบเชื้อเพื่อการควบคุมวัณโรคตั้งแต่ปี 2528⁵ ทำให้อัตราการรักษาหายขาดสูงขึ้นกว่าเดิม แต่การควบคุมวัณโรคในประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งในปี พ.ศ. 2538 คณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินแผนงานโครงการวัณโรคของประเทศไทย พบว่า มีจุดอ่อนของการควบคุมวัณโรคที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขหลายประการ รวมทั้งอัตราการรักษาหายขาดของสถานบริการสาธารณสุขหลายแห่งอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีอัตราการรักษาหายอยู่ระหว่างร้อยละ 17-68⁶ ซึ่งห่างไกลจากเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ค่อนข้างมาก จึงมีการปฏิรูปแนวทางการควบคุมวัณโรคเพื่อให้ได้ผลดีที่สุด ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกประเทศทั่วโลกนำการรักษาวัณโรคแบบ DOTS (Directly Observed Treatment, Short - course) ไปใช้ในการรักษาวัณโรค ซึ่งการรักษาแบบนี้จะต้องมีพี่เลี้ยงดูแลการกินยาต่อหน้าทุกวัน พี่เลี้ยงที่สำคัญลำดับแรกเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาเป็นบุคคลที่เชื่อถือได้ในชุมชน ได้แก่ อาสา

สมัครสาธารณสุข, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้นำศาสนา, พระ, ครู และลำดับสุดท้ายจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว การรักษาวัณโรคจะได้ผลดีหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับแพทย์ หรือยาที่ใช้รักษาโดยตรง แต่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือที่จะ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วย โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาครบขนาดอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ครบกำหนดเวลาตามที่แพทย์สั่งและมาตรวจตามนัด ปัญหาที่แพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบมากที่สุด คือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยเฉพาะเรื่องการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง⁷ การรักษา ผู้ป่วยวัณโรคให้พ้นจากระยะแพร่เชื้อเป็นวิธีการที่สำคัญ ที่สุด ถ้าทิ้งไว้ไม่รักษาจะทำให้โรคไม่หายทั้งยังทำให้เกิด การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ชุมชน ผู้ป่วยไม่สามารถ ประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ เกิดปัญหา ทางครอบครัว ซึ่งจะเป็นผลต่อการพัฒนาประเทศชาติ ในปัจจุบันนี้การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดโดย เฉพาะถ้าเป็นการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วย หากผู้ป่วยรับ ประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีเวลาในการรับประทาน ยาเพียงพอจะสามารถรักษาวัณโรคให้หายขาดได้มาก กว่าร้อยละ 90⁸

ในด้านสถานการณ์ของโรคเอดส์ จากสถิติของกอง ระบาดวิทยารายงานว่า ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 700,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ แล้วประมาณ 300,000 ราย คาดว่าแต่ละปีในช่วงแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ปีละประมาณ 50,000 ราย ซึ่งร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุ 20-44 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่เป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศ ทั้งในเขตเมืองและชนบท สำหรับในพื้นที่สาธารณสุข เขต 1 พบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2530 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2546 มีผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 14,435 ราย ผู้เสียชีวิต 4,326 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.0 จังหวัดที่มีรายงานจำนวน ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่สูงสุด คือ จังหวัดปทุมธานีมีจำนวน 414 ราย เมื่อพิจารณาอัตราป่วยสะสมของผู้ป่วยเอดส์ รายอำเภอ พบว่า อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี มีอัตรา

ป่วยสะสมของผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุดคือ 516.57 ต่อ แสนประชากร (1,276 ราย) นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัด ปทุมธานีมีอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ 96.5 ต่อแสน ประชากร อัตราป่วยใหม่ในระยะแพร่เชื้อ 30.4 ต่อแสน ประชากร และอำเภอเมืองเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยวัณโรค มากที่สุดของจังหวัด⁹ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ให้ขยายงานตามยุทธศาสตร์ผสมผสานงานวัณโรคและ โรคเอดส์ใน 24 จังหวัดที่มีความชุกของการแพร่ระบาดของ โรคเอดส์สูง ซึ่งจังหวัดปทุมธานีได้ถูกกำหนดให้เป็น 1 ใน 24 จังหวัดตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว

จากความสำคัญของปัญหาและข้อมูลดังกล่าว ข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ไม่สามารถประสบผลสำเร็จได้ด้วย ภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจาก ทุกภาคส่วนของสังคมโดยเฉพาะชุมชนซึ่งเป็นพื้นฐาน ของสังคม การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์นั้นเป็นการสอดคล้อง กับนโยบายการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง ซึ่งพี่เลี้ยงอาจ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำ ชุมชน ชุมชน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย การ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกจังหวัดปทุมธานีเป็นพื้นที่ใน การศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV สูงที่สุดในพื้นที่เขต 1 และมีอัตราป่วยด้วยวัณโรคเป็น อันดับ 3 ของพื้นที่ในเขต 1 และเลือกอำเภอเมือง เป็น พื้นที่ศึกษาวิจัย เนื่องจากอำเภอนี้มีผู้ติดเชื้อ HIV สูง ที่สุดของจังหวัด และมีอัตราป่วยด้วยวัณโรคสูงที่สุดของ พื้นที่ในจังหวัดเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การสร้างประชาสังคมเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรค และโรคเอดส์ ตำบลบางเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งผลของการวิจัยจะนำไปเป็นรูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ต่อไป

คำถามการวิจัย

ชุมชนจะทำอะไรและทำอย่างไรกับการป้องกัน และแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของชุมชน รวมทั้ง ปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยเกื้อหนุนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์
2. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติของชุมชนต่อวัณโรคและโรคเอดส์
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประชาสังคม หมายถึง ประชาสังคมแบบชุมชนนิยมที่เน้นความร่วมมือเอื้ออาทร นำไปสู่พลังการรวมตัวที่เข้มแข็งของคนในชุมชนที่มีพันธะร่วมกัน มาร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำงาน ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนรวมตัวกัน เพื่อร่วมกันคิด ร่วมกันวิเคราะห์ ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินกิจกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ในชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

การพัฒนาศักยภาพของผู้นำและแกนนำชุมชน หมายถึง กระบวนการในการที่จะทำให้เกิดการรับรู้ การเรียนรู้ การสร้างความคิดรวบยอดเพื่อให้เกิดพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของตนเอง การวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความสามารถและแนวทางในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

เครือข่ายทางสังคมของชุมชน หมายถึง การที่บุคคลในชุมชนมีการรวมตัวกันทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ในชุมชน

ผู้นำชุมชน หมายถึง ผู้นำของชุมชนอย่างเป็นทางการ ซึ่งได้แก่ รองปลัดอบต. ประธานอบต. ครู ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

แกนนำชุมชน หมายถึง ผู้ที่เป็นตัวแทนของชุมชน มีภาวะผู้นำ เป็นที่เชื่อถือและยอมรับของประชาชน มีความรับผิดชอบเสียสละเวลามาร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง สามารถประสานงานกับชุมชนได้และเต็มใจที่จะทำประโยชน์ให้กับชุมชน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) กลุ่มที่ใช้ศึกษา แบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 คือ ประชาชนหมู่ 1,2,3 และ 7 ตำบลบางเตือ อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี และกลุ่มที่ 2 คือแกนนำชุมชนของหมู่ที่ 1,2,3 และ 7 กลุ่มประชาชนจะสำรวจข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ เจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ ส่วนกลุ่มผู้นำและแกนนำชุมชนจะจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการวิเคราะห์ชุมชน การพัฒนาศักยภาพชุมชนและการระดมความคิด เพื่อร่วมกันจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ โดยประยุกต์แนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชน การระดมพลังสร้างสรรค์ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังชุมชนมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ pretest-posttest one group design ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2547

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ หมู่ 1,2,3 และ 7 ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลบางเตือ 2 ตำบลบางเตือ อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี ประชากรในหมู่ที่ 1 จำนวน 499 คน หมู่ที่ 2 จำนวน 1,003 คน หมู่ที่ 3 จำนวน 1,255 คน และหมู่ที่ 7 จำนวน 476 คน รวมประชากร ทั้งหมด 3,233 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ประชาชนที่เป็นตัวแทนในการสำรวจชุมชน จำนวน 356 คน คำนวณด้วยสูตร

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

กลุ่มที่ 2 ผู้นำและแกนนำชุมชน จำนวน 30 คน จากหมู่ 1,2,3 และ 7

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารังนี้ใช้การสังเกต แบบสอบถาม กระบวนการกลุ่ม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ทฤษฎีการเรียนรู้ แนวคิดกระบวนการ A-I-C แนวคิดการเสริมสร้างพลังชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และข้อมูลที่ต้องการศึกษา

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมชุมชน โดย

1.1 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบลบางเคื่องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ

1.2 ประชุมผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงและขอความเห็นชอบในการดำเนินโครงการรวมทั้งคัดเลือกหมู่บ้านที่จะเข้าร่วมโครงการ กำหนดทีมวิจัยร่วมจากชุมชน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้นำชุมชนโดยให้ผู้นำชุมชนแสดงความคิดเห็นปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพชุมชน และถูกต้องตามแผนการวิจัย และให้กลุ่มผู้นำเป็นผู้กำหนด วัน เวลา ในการจัดกิจกรรม

1.3 สำรวจชุมชนโดยการสัมภาษณ์ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารของชุมชน ความรู้และเจตคติของชุมชนในเรื่องวันโรคและโรคเอดส์ และนำผลการวิเคราะห์ชุมชนมาเป็นข้อมูลให้ผู้นำและแกนนำชุมชนทราบถึงปัญหาวันโรคและโรคเอดส์ในชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาวินโรคและโรคเอดส์

1.4 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมผู้นำชุมชน ให้มีแนวคิดและเข้าใจกระบวนการวิจัย เพื่อให้ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมและเป็นผู้นำกลุ่มในการอบรมแกนนำชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การอบรมผู้นำและแกนนำชุมชน ดำเนินการ 3 ครั้ง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม การประชุมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการสร้างพลังชุมชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ชุมชน เกิดกระบวนการวิเคราะห์สภาพหมู่บ้านที่พึงประสงค์และสร้างภาพการพัฒนาหมู่บ้านที่พึงประสงค์ที่ปลอดจากปัญหาวินโรคและโรคเอดส์ ทั้งนี้จะดำเนินการสำรวจความรู้และเจตคติของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนดำเนินกิจกรรมโดยใช้แบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนชุมชน โดยผู้นำและแกนนำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านได้ประชุมกลุ่ม และร่วมกันระดมความคิดในการวางแผน และกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาวินโรคและโรคเอดส์ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้และเจตคติของผู้นำและแกนนำชุมชนหลังขั้นตอนการอบรมและวางแผนชุมชนแล้ว โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินโครงการ

ขั้นตอนที่ 5 การนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่ชุมชนกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันใช้สถิติ Paired-T test ข้อมูลการวิเคราะห์สภาพชุมชนวิเคราะห์จาก Field Note

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์นำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเตรียมชุมชน

1.1 จากการประชุมผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงโครงการแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ผลการประชุมพบว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความเข้มแข็ง และมีความพร้อม รวมทั้งมีศักยภาพในการเข้าถึงประชาชนและเป็นที่ยอมรับของประชาชน กลุ่มผู้นำชุมชนมีความเห็นตรงกันให้ดำเนินการใน 4 หมู่บ้าน คือ หมู่ 1, หมู่ 2, หมู่ 3 และหมู่ 7 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบางเตือ 2 นอกจากนี้ยังได้ร่วมกันคัดเลือกแกนนำชุมชนที่เหมาะสมเพื่อเข้าร่วมโครงการ โดยหมู่ 1 และหมู่ 7 คัดเลือกได้หมู่ละ 7 คน ส่วนหมู่ 2 และหมู่ 3 คัดเลือกได้หมู่ละ 8 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน รวมทั้งได้ร่วมกันกำหนดวัน เวลา ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมและอบรมผู้นำและแกนนำชุมชน

1.2 การสำรวจชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน กลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ชุมชนแต่ละหมู่บ้านคิดตามสัดส่วนของประชากรในหมู่บ้าน หมู่ 1 ร้อยละ 15.4 หมู่ 2 ร้อยละ 30.9 หมู่ 3 ร้อยละ 38.8 และหมู่ 7 ร้อยละ 14.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.6 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 55-80 ปี ร้อยละ 27.8 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 99.4 และนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 69.4 และมีอาชีพ

รับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.2 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 19.4 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-9,999 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 38.2 รายได้เฉลี่ย 7,591 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 30,000 บาท จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีสมาชิก 3-4 คน ร้อยละ 41.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 44.6

1.2.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ร้อยละ 97.5 และร้อยละ 98.9 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ส่วนประเภทของแหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์จากสถานีอนามัยร้อยละ 38.9 และ 42.6 สำหรับสื่อบุคคลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรค จากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 32.3 รองลงมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 30.5 ส่วนเรื่องโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.8 รองลงมาเป็นเพื่อนบ้าน ร้อยละ 31.0 ในด้านสื่อสารมวลชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคจากโทรทัศน์ ร้อยละ 73.2 รองลงมาเป็นวิทยุ และสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 34.3 ส่วนโรคเอดส์ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์เป็นส่วนใหญ่เช่นกัน ร้อยละ 88.4 รองลงมาเป็นสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 66.8 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของชุมชน

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	วัณโรค (n= 356)		เอดส์ (n = 356)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยได้รับ	347	97.5	352	98.9
ไม่เคยได้รับ	9	2.5	4	1.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวันโรคและโรคเอดส์ จำแนกตามประเภทแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

ประเภทแหล่งข้อมูลข่าวสาร	วันโรค (n= 347)		เอดส์ (n = 352)	
	ได้รับข้อมูล จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้รับข้อมูล จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับข้อมูล จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้รับข้อมูล จำนวน (ร้อยละ)
สถานที่				
โรงพยาบาล	58 (16.7)	289 (83.3)	48 (13.6)	304 (86.4)
สถานีนามัย	135 (38.9)	212 (61.1)	150 (42.6)	202 (57.4)
โรงเรียน	37 (10.7)	310 (89.3)	44 (12.5)	308 (87.5)
ศสมช.	5 (1.4)	342 (98.6)	8 (2.3)	344 (97.7)
สื่อบุคคล				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	106 (30.5)	241 (69.5)	119 (33.8)	233 (66.2)
อาสาสมัครสาธารณสุข	47 (13.5)	300 (86.5)	61 (17.3)	291 (82.7)
ผู้นำชุมชน	25 (7.2)	322 (92.8)	29 (8.2)	323 (91.8)
เพื่อนบ้าน	112 (32.3)	235 (67.7)	109 (31.0)	243 (69.0)
สื่อสารมวลชน				
วิทยุ	119 (34.3)	228 (65.7)	143 (40.6)	209 (59.4)
โทรทัศน์	254 (73.2)	93 (26.8)	311 (88.4)	41 (11.6)
หนังสือพิมพ์	107 (30.8)	240 (69.2)	157 (44.6)	195 (55.4)
หออกระจายข่าว	5 (1.4)	342 (98.6)	6 (1.7)	346 (98.3)
สื่อสิ่งพิมพ์	119 (34.3)	228 (65.7)	235 (66.8)	117 (33.2)

1.2.3 ความรู้เรื่องวันโรคและโรคเอดส์ของชุมชน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องวันโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.3 แต่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ชุมชนมีความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.8 (ดังตารางที่ 3) ซึ่งความรู้เรื่องวันโรคที่ชุมชนมีความรู้้น้อยที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ

ของโรค โดยส่วนมากเข้าใจว่าการใช้ของใช้ร่วมกับผู้ป่วยวันโรคจะทำให้ติดเชื้อได้ และยังเข้าใจว่าวันโรคเกิดจากการหายใจเอาฝุ่นละอองเข้าไป ส่วนความรู้เรื่องโรคเอดส์นั้น ชุมชนบางส่วนยังเข้าใจว่าโรคเอดส์มีการแพร่กระจายทางเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องวันโรคและโรคเอดส์ของชุมชน

ระดับความรู้	ความรู้เรื่องวันโรค (n= 356)		ความรู้เรื่องโรคเอดส์ (n= 356)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	100	28.0	23	6.4
ระดับปานกลาง	186	52.3	49	13.8
ระดับสูง	70	19.7	284	79.8

1.2.4 เจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของชุมชน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับวัณโรคและโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงร้อยละ 81.7 และ 79.5 (ดังตารางที่ 4) และจากการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ชุมชนยังมีเจตคติเกี่ยวกับวัณโรคในเชิงลบ

ในเรื่องที่เชื่อว่าวัณโรคเป็นโรคที่หายได้เองโดยไม่ต้องรักษา และยังเชื่อว่าผู้ป่วยวัณโรคทุกรายต่อมาจะเป็นโรคเอดส์ด้วย ส่วนเรื่องโรคเอดส์นั้น ชุมชนบางส่วนยังมีความเชื่อว่าผู้ชายที่ร่างกายแข็งแรงเมื่อเที่ยวหญิงบริการเพียงครั้งเดียวไม่น่าจะติดโรคเอดส์

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของชุมชน

ระดับของเจตคติ	เจตคติเรื่องวัณโรค (n= 356)		เจตคติเรื่องโรคเอดส์ (n= 356)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1	0.3	1	0.3
ระดับปานกลาง	64	18.0	72	20.2
ระดับสูง	291	81.7	283	79.5

ส่วนที่ 2 การอบรมผู้นำและแกนนำชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์

จากการดำเนินการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มผู้นำและแกนนำชุมชนใน 4 หมู่บ้าน ดังกล่าว พบว่า

2.1 การวิเคราะห์สภาพชุมชน โดยจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน ดังนี้

หมู่ที่ 1 พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม ปลูกสวนผัก ประชาชนมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ บ้านเกือบทุกแห่งยังคงปลูกแบบธรรมชาติ มีสวนร่มรื่น ทำมาหากินสะดวก มีวัดเป็นศูนย์รวมของหมู่บ้าน มีประเพณีวันทำบุญพระร้อย

หมู่ที่ 2 พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม ปลูกข้าว ปลูกผัก สองข้างทางเป็นลำคลองที่สะอาด บ้านเกือบทุกแห่งยังคงปลูกแบบธรรมชาติ มีสวนร่มรื่น มีสวนกล้วย มะพร้าว ปลูกผักสวนครัว ทำมาหากินสะดวก มีวัดโพธิ์ฟ้า (หลวงปู่บุญธรรม) เป็นที่เคารพของหมู่บ้าน มีโรงเรียนวัดโพธิ์ฟ้า การคมนาคมสะดวก ริมถนนมีต้นไม้ร่มรื่น มีคนดี มีกองทุนเป็นของตนเอง

หมู่ที่ 3 พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม ในหมู่บ้านจะเป็นที่ตั้งของสถานที่ราชการหลายแห่ง เช่น สถานีอนามัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบล

สถานีตำรวจ นอกจากนั้นยังมีโรงงานอุตสาหกรรม มีแหล่งบันเทิงและมั่วสุมเช่นร้านคาราโอเกะ โรงแรมอยู่ปากซอยติดถนนใหญ่เป็นแหล่งมั่วสุมของวัยรุ่นซึ่งมีการตั้งวงดื่มเหล้าเกือบทุกคืน และมีตู้โทรศัพท์เป็นแหล่งนัดพบของวัยรุ่นซึ่งนับว่าเป็นประตูเปิดรับเอดส์ทางหนึ่ง

หมู่ที่ 7 พบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม เช่นกัน แต่มีชุมชนแออัดซึ่งเป็นชุมชนที่ย้ายถิ่นฐานมาจากที่อื่นซึ่งมีความเสี่ยงต่อการมั่วสุมของวัยรุ่น การคมนาคมไม่ค่อยสะดวก เพิ่งมีการพัฒนาถนนเมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยเกื้อหนุนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ในชุมชน จำแนกรายหมู่บ้าน ดังนี้

หมู่ที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคคือในชุมชนมีปัญหาในด้านสิ่งแวดล้อม (ขยะ) และมีโรงงานปล่อยมลพิษในชุมชน ไม่มีสถานพักผ่อนหย่อนใจ การติดต่อสื่อสารในชุมชนยังไม่ดีพอ สำหรับปัจจัยเกื้อหนุนในหมู่ที่นี้คือ เป็นชุมชนที่มีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง มีวัดเป็นศูนย์รวมใจ ประชาชนส่วนใหญ่มีงานทำและมีความรู้ มีการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกาย และวัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง

หมู่ที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรค คือ ประชาชนบางกลุ่มยังไม่ให้ความร่วมมือในการร่วม

กิจกรรมและไม่ค่อยให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ แม้ว่าจะมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆ แล้ว คนที่เป็นโรคยังไม่กล้าเปิดเผยตัวเองกลัวสังคมไม่ยอมรับ ในเรื่องยาเสพติดยังมีแฝงตัวอยู่ในชุมชน สำหรับปัจจัยเกื้อหนุนในหมู่ 2 คือ เป็นชุมชนที่มีความเจริญทางด้านคมนาคม มีแหล่งอุปโภคบริโภคที่อุดมสมบูรณ์ มีผู้นำ และแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง มีหน่วยงานต่างๆ มาให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อต่างๆ และยังมีการรวมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายด้วย

หมู่ที่ 3 มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรค คือ การขาดความร่วมมือจากประชาชนบางกลุ่มในชุมชน การประชาสัมพันธ์และการประสานงานในชุมชนยังไม่ดีพอ มีแหล่งบันเทิง เช่น คาราโอเกะ โรงแรม โต๊ะเหล้า สำหรับปัจจัยเกื้อหนุนในหมู่ 3 คือ มีหน่วยงานตั้งอยู่ในชุมชนหลายหน่วยงาน ได้แก่ สถานีตำรวจ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมสนับสนุนด้านสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมบางเตือสามัคคี และตลาดนัดสุขภาพ เป็นต้น

หมู่ที่ 7 มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรค คือ มีชุมชนแออัดซึ่งเป็นประชากรย้ายถิ่นฐาน การคมนาคมไม่สะดวก ถนนชำรุดทรุดโทรม ประชาชนส่วนมากมีการศึกษาเพียงชั้นพื้นฐานเท่านั้น สำหรับปัจจัยเกื้อหนุนในหมู่ 7 คือ เป็นชุมชนที่มีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง

2.3 การวิเคราะห์เจตคติของผู้นำและแกนนำชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า หมู่ 1, หมู่ 3 และหมู่ 7 ผู้นำและแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีเจตคติในเชิงบวก โดยแสดงความคิดเห็นว่า วัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ และสามารถป้องกันได้ ไม่น่าตกใจ นอกจากนี้ยังเห็นว่า ควรให้กำลังใจและยอมรับผู้ป่วยทั้งวัณโรคและโรคเอดส์ในชุมชน ไม่ควรแสดงท่าทีรังเกียจหรือแยกผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังมีบางคนมีความวิตกกังวลใจกลัวว่าจะติดต่อไปยังครอบครัวได้ โดยเฉพาะวัณโรคที่สามารถติดต่อได้ทางการหายใจ

สำหรับหมู่ 2 นั้นผู้นำและแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีเจตคติในเชิงลบ โดยแสดงความคิดเห็นว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้จะไม่มีคนคบหาสมาคมด้วย เนื่องจากกลัวการติดโรค ผู้ป่วยจึงมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่าการป่วยของโรคดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อเงินบำรุงท้องที่ เนื่องจากเจ็บป่วยจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้จึงขาดรายได้ และไม่มีเงินเสียภาษีบำรุงท้องที่ อย่างไรก็ตามผู้นำและแกนนำชุมชนในหมู่ 2 นี้ยังมีความคิดเห็นตรงกันว่าควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในด้านอาชีพ และแนะนำสถานที่ที่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วย

2.4 การพัฒนาศักยภาพผู้นำและแกนนำชุมชน หมู่ 1, หมู่ 2, หมู่ 3, และหมู่ 7 ให้มีความรู้ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และนำข้อมูลจากการสำรวจความรู้และเจตคติของชุมชน รวมทั้งข้อมูลจากการวิเคราะห์เจตคติของผู้นำและแกนนำชุมชนมาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้นำและแกนนำชุมชนดังกล่าว และเสริมความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์โดยเน้นในส่วนที่มีความรู้ยังไม่ถูกต้องด้วย

ส่วนที่ 3 การวางแผนชุมชน

จากการศึกษา พบว่า ผู้นำและแกนนำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านทั้ง 4 หมู่ ได้มีการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อระดมความคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำข้อมูลต่างๆ ทั้งจากการสำรวจและการวิเคราะห์ชุมชน รวมทั้งข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยเกื้อหนุนของแต่ละชุมชนมาร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ในชุมชนของตน ซึ่งพบว่า ผู้นำและแกนนำชุมชนได้ร่วมกันจัดทำโครงการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ของแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้

- หมู่ที่ 1 จัดทำโครงการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและโรคเอดส์

- หมู่ที่ 2 จัดทำโครงการอุ่นใจเมื่อใกล้หมอ
- หมู่ที่ 3 จัดทำโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า
- หมู่ที่ 7 จัดทำโครงการสร้างการยอมรับผู้ป่วย

วัณโรคและโรคเอดส์

และหลังจากขั้นตอนการอบรมผู้นำและแกนนำชุมชนและขั้นตอนการวางแผนชุมชนแล้วเสร็จ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลความรู้และเจตคติของผู้นำและแกนนำชุมชนอีกครั้งโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินโครงการ

ส่วนที่ 4 การนำโครงการไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล

กลุ่มผู้นำและแกนนำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านมีความสามารถในการนำโครงการที่ได้วางแผนไว้ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยมีการประชุมปรึกษาหารือถึงแนวทางการดำเนินงาน มีการพิจารณาศักยภาพผู้นำและแกนนำชุมชน รวมทั้งวางแผนการดำเนินงาน และได้นำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ดังกล่าวเสนอเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลบางเตือ เพื่อดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมายของโครงการต่อไป ซึ่งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวนี้จะดำเนินการในปีต่อไป

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความรู้และเจตคติของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนและหลังดำเนินการ

ก่อนและหลังดำเนินการอบรมผู้นำและแกนนำชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์

ผู้นำและแกนนำชุมชนถึงข้อมูลทั่วไป และความรู้เจตคติเกี่ยวกับวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 ผู้นำและแกนนำชุมชนจาก หมู่ 1, หมู่ 2, หมู่ 3 และหมู่ 7 ที่เข้าร่วมโครงการมีทั้งสิ้น 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.7 มีอายุเฉลี่ย 39.9 ปี การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 46.7 อาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 23.3 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 7,000 บาท สถานภาพในครอบครัวเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 46.7 ผู้นำและแกนนำชุมชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์จากสถานีอนามัยร้อยละ 95.8 และร้อยละ 92.3 ตามลำดับ ด้านสื่อมวลชนส่วนใหญ่กลุ่มผู้นำและแกนนำชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100.0 และ 96.2 ด้านสื่อสารมวลชนกลุ่มแกนนำชุมชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์จากโทรทัศน์ร้อยละ 95.8 และ 100.0

5.2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ ก่อนการพัฒนาพบว่าผู้นำและแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 ส่วนความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.7 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ระดับความรู้	ความรู้เรื่องวัณโรค (n = 30)		ความรู้เรื่องโรคเอดส์ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	9	30.0	4	13.3
ระดับปานกลาง	12	40.0	3	10.0
ระดับสูง	9	30.0	23	76.7

5.3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ หลังการพัฒนาพบว่าผู้นำและ

แกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.7 และร้อยละ 100.0 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ระดับความรู้	ความรู้เรื่องวัณโรค (n = 30)		ความรู้เรื่องโรคเอดส์ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง	1	3.3	0	0.0
ระดับสูง	29	96.7	30	100.0

5.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนและหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ ก่อนดำเนินการพัฒนาศักยภาพ พบว่าความรู้เรื่องวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ย 6.6 หลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ย 9.5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ

พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคเอดส์ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.2 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 9.5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนและหลังดำเนินการ

ความรู้เรื่องวัณโรคและโรคเอดส์	N	$\bar{x}$	SD.	T-test	df	P - value
- ความรู้เรื่องวัณโรค						
ก่อนดำเนินการ	30	6.6	1.7			
หลังดำเนินการ	30	9.5	0.8	-7.540	29	0.000
- ความรู้เรื่องโรคเอดส์						
ก่อนดำเนินการ	30	8.2	2.3			
หลังดำเนินการ	30	9.5	0.6	-0.395	29	0.006

5.5 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ ก่อนพัฒนาศักยภาพ พบว่าผู้นำ

และแกนนำชุมชนมีเจตคติในเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงเท่ากันคือ ร้อยละ 76.7 (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ระดับของเจตคติ	เจตคติเรื่องวัณโรค (n = 30)		เจตคติเรื่องโรคเอดส์ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0.0	3	10.0
ระดับปานกลาง	7	23.3	4	13.3
ระดับสูง	23	76.7	23	76.7

5.6 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ พบว่าผู้นำและแกนนำชุมชนมีเจตคติในเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงคือ ร้อยละ 100.0 และ 90.0 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ระดับของเจตคติ	เจตคติเรื่องวัณโรค (n = 30)		เจตคติเรื่องโรคเอดส์ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง	0	0.0	3	10.0
ระดับสูง	30	100.0	27	90.0

5.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ ก่อนดำเนินการพัฒนาศักยภาพ พบว่าเจตคติเรื่องวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ย 24.9 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 29.2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเจตคติเรื่องโรคเอดส์ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 25.8 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 28.2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเจตคติเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนก่อนและหลังดำเนินการ

เจตคติเกี่ยวกับวัณโรคและโรคเอดส์	N	$\bar{x}$	SD.	T-test	df	P - value
- เจตคติเกี่ยวกับวัณโรค						
ก่อนดำเนินการ	30	24.9	3.3	-2.930	29	0.000
หลังดำเนินการ	30	29.2	1.5			
- เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์						
ก่อนดำเนินการ	30	25.8	7.1	-0.264	29	0.075
หลังดำเนินการ	30	28.2	2.9			

วิจารณ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจของชุมชน ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยเกื้อหนุนต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาระบาดโรคและโรคเอดส์ ความรู้ เจตคติของชุมชนต่อโรคและโรคเอดส์ การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาระบาดโรคและโรคเอดส์ โดยประยุกต์แนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การระดมความคิด และการเสริมสร้างพลังชุมชนมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ผู้นำและแกนนำชุมชนได้แสดงออกในรูปของการร่วมกันศึกษาวิเคราะห์หาปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาและดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง การดำเนินงานเริ่มจากการเตรียมชุมชน การสำรวจชุมชนเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านสังคม และศึกษาความรู้ เจตคติของชุมชนที่มีต่อโรคและโรคเอดส์ การเตรียมความพร้อมผู้นำชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการกลุ่มและเป็นผู้นำกลุ่มในการอบรมแกนนำชุมชน การอบรมผู้นำและแกนนำชุมชนโดยคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มผู้นำและแกนนำชุมชนทราบถึงผลของการสำรวจชุมชน โดยเฉพาะในเรื่องความรู้และเจตคติที่ชุมชนมีต่อโรคและโรคเอดส์ เพื่อการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผลการวิจัยพบว่าผู้นำและแกนนำชุมชนสามารถวิเคราะห์ชุมชนได้ และทราบว่าในชุมชนของตนมีสภาพชุมชนเป็นอย่างไร ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยเกื้อหนุนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคและโรคเอดส์เป็นอย่างไร รวมทั้งได้รับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและเสริมความรู้เพิ่มเติมทั้งในเรื่องโรคและโรคเอดส์ ซึ่งทำให้ผู้นำและแกนนำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น และเกิดการรวมกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการเพื่อร่วมกันวางแผนชุมชน และจัดทำโครงการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคและโรคเอดส์ของแต่ละหมู่บ้าน รวม 4 โครงการ ซึ่งได้แก่ โครงการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคและโรคเอดส์ โครงการอุ้มใจเมื่อใกล้หมอ โครงการสุขภาพ

ดีถ้วนหน้า และโครงการสร้างการยอมรับผู้ป่วยโรคและโรคเอดส์ จะเห็นว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ผู้นำและแกนนำชุมชนได้ร่วมกันระดมความคิด และการเสริมสร้างพลังชุมชนทำให้ชุมชนมีศักยภาพร่วมกันวิเคราะห์แสดงความคิดเห็นเสนอแนะแนวทางในการช่วยกันหาสาเหตุของปัญหาและร่วมกันแก้ไขสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวณีย์ เสนารัตน์ และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาเรื่องการให้บริการสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในครอบครัวและชุมชน หมู่ 4 ตำบลบ้านชี อำเภอบ้านชี จังหวัดลำพูน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการส่งเสริมให้แกนนำชุมชนมีความเข้มแข็ง แกนนำชุมชนสามารถเขียนโครงการที่สามารถนำไปปฏิบัติ และดำเนินกิจกรรมตามโครงการ ทำให้ชุมชนยอมรับผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุขในสังคม และการศึกษาของรองศาสตราจารย์ชมนาด พจนามาตร์ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัวในชุมชน ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการค้นหาปัญหาร่วมกัน การเสริมความรู้ความเข้าใจแก่กลุ่มเป้าหมายให้ดีขึ้น จะทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาดได้ด้วยตนเอง และผลจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านความรู้และเจตคติเรื่องโรคและโรคเอดส์ของผู้นำและแกนนำชุมชนนั้น พบว่าหลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพแล้ว ผู้นำและแกนนำชุมชนมีความรู้เรื่องโรคและโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.7 และ 100.0 ซึ่งมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเจตคติเรื่องโรคและโรคเอดส์ก็พบว่าหลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพแล้ว ผู้นำและแกนนำชุมชนมีเจตคติอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การระดมความคิดและการเสริมสร้างพลังชุมชนให้กับผู้นำและแกนนำชุมชน ทำให้ผู้นำและแกนนำชุมชนเกิดความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจที่จะช่วยกันป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคและโรคเอดส์ โดย

ไม่รังเกียจผู้ป่วย ส่งผลให้เจตคติในเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ภายหลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพมีคะแนนอยู่ในระดับสูงซึ่งเจตคติเรื่องวัณโรคของผู้นำและแกนนำชุมชน พบว่าภายหลังดำเนินการมีความแตกต่างจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเจตคติเรื่องโรคเอดส์พบว่าภายหลังดำเนินการไม่มีความแตกต่างจากก่อนดำเนินการ ซึ่งอาจเป็นเพราะเรื่องโรคเอดส์มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารหรือมีการจัดกิจกรรม/โครงการต่างๆ จากหน่วยงานต่างๆ มากกว่าวัณโรค

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพชุมชน ควรเริ่มจากการทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ มีเจตคติที่ดี และเกิดความตระหนักในปัญหาของชุมชน พร้อมทั้งจะรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ในชุมชนของตน การพัฒนาศักยภาพของชุมชนต้องอาศัยทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อให้เกิดความรักความเป็นเจ้าของซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาต่อถึงการประเมินผลโครงการแก้ไขปัญหาของแกนนำชุมชนแต่ละหมู่ ว่าได้นำไปปฏิบัติอย่างไร เพราะเนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาทำให้ไม่สามารถดำเนินการติดตามประเมินผลได้
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ในบริบทที่แตกต่างกันระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการสร้างประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ ตำบลบางเตือ อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ได้ ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่ง จากเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และสถานีอนามัย

ตำบลบางเตือ 2 อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และอนุญาตให้คณะผู้วิจัยเข้าศึกษาในพื้นที่ตำบลบางเตือ รวมทั้งสนับสนุนเจ้าหน้าที่จังหวัดเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการควบคุมวัณโรค ตามแนวทางใหม่ของประเทศไทย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขตและจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 1
2. World Health Organization. WHO Report 2001, Global Tuberculosis Control : 18 - 19.
3. กองวัณโรค เอกสารการรวบรวมรายงานรายปี 2544. ไม่ระบุสถานที่พิมพ์และหน้า
4. ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ. สถานการณ์ ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ปี 2543. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.
5. บัญญัติ ปริษณานนท์ และคณะ. การรักษาวัณโรค. กรุงเทพมหานคร สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 2535: 238-279.
6. ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ. การควบคุมกำกับการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคโดยสมาชิกในครอบครัว. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2538; 237-249.
7. บุญส่ง สุนากร. การรักษาวัณโรคตามโครงการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก, 2524; 91-93.
8. ประกิจ วาสิธากิจ และคณะ. การอภิปรายหมู่เรื่องการรักษาวัณโรคซ้ำ. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก, 2542; 151.
9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ. สรุปผลการนิเทศงานวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ, 2547.
10. วิลาวัลย์ ชลอสรี และคณะ. การให้บริการสุขภาพ การให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือทางสังคม เพื่อป้องกันการ

ติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัวและชุมชน หมู่ 4 ตำบลบ้านชี อำเภอบ้านชี จังหวัดลำพูน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

11. ชมนาด พจนามาตร์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัวในชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.



IMPACT OF HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY ON INCIDENCE OF TUBERCULOSIS

Attapon Cheepsattayakorn M.D., F.A.C.P., F.C.C.P.*

Ruangrong Cheepsattayakorn M.D.**

Amnuay Harnvivattana*

Tanawan Harnyodsuta*

Kunya Sopana*

Pattana Pokaew*

Nuntavadee Pinparnkong*

**10th Zonal Tuberculosis and Chest Disease Center, 10th Office of Disease Prevention and Control,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand*

***Department of Pathology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand*

บทคัดย่อ: อรรถพล ชีพลัทยากร*, เรืองรอง ชีพลัทยากร**, อำนวย หาญวิวัฒนา*, ธนวันต์ หาญยอดสุธา*, กัลยา โสภานะ*, พัฒนา โพธิแก้ว* และ นันทวดี ปิ่นปันคง*. ผลกระทบของยาต้านไวรัสเอดส์ต่ออุบัติการณ์ของวัณโรค. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2548; 26:287-296.

**ศูนย์วัณโรคเขต 10 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข **ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

จุดประสงค์: เพื่อทบทวนเวชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผลกระทบต่ออุบัติการณ์ของวัณโรคและต่อการวินิจฉัยรักษาวัณโรค

ประเด็นสำคัญ: ในปี พ.ศ. 2538 เริ่มมีการนำยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดแรกคือ zidovudine (AZT) มาใช้ครั้งแรกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 มีการรายงานพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของโลกเมื่อปี พ.ศ. 2524 และพบในประเทศไทยรายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 ผลของการระบาดของโรคเอดส์ทำให้เกิดผลกระทบต่อการระบาดของวัณโรคที่มีมากขึ้นอย่างมากและกระทบต่อการบริหารจัดการเรื่องการป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษาวัณโรคในทวีปอาฟริกา โดยเฉพาะแถบ sub-Sahara รวมทั้งที่อื่นๆ

จากข้อมูลของศูนย์วัณโรคเขต 10 ในปี พ.ศ. 2542 และข้อมูลของกลุ่มวัณโรค (กองวัณโรค) ในปี พ.ศ. 2545 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ยืนยันเชื้อเอชไอวีร้อยละ 48.8 และ 13 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ก็เพิ่มมากขึ้นทั่วประเทศนับตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอชไอวีในประเทศไทย เป็นต้นมา การให้ยา ไอโซไนอะซิด เพื่อป้องกันวัณโรคในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องตรวจทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คิวลิน (มากกว่า 5 มิลลิเมตร) และจำนวนเม็ดเลือดขาว CD₄ ลิมโฟไซต์ (น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) จึงจะให้นาน 9 เดือน แต่การให้ยาไอโซไนอะซิดเพื่อป้องกันวัณโรคนี้ไม่ใช่วิธีการนำมาทดแทนการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นที่มีการกำกับการรับประทานยาเพื่อควบคุมการระบาดของวัณโรคซึ่งต้องประกอบด้วยแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติที่มีคุณภาพ การวินิจฉัยวัณโรคปอดในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องตรวจทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คิวลิน ถ่ายภาพรังสีทรวงอก และตรวจข้อมเสมหะและเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค 3 ครั้งติดต่อกัน ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาตินิวยอร์กและสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย แนะนำให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีหลังจากที่รักษาวัณโรคไปแล้ว 4-8 สัปดาห์ ส่วนองค์การอนามัยโลกแนะนำที่ 2-8 สัปดาห์โดยที่จำนวน CD₄ ลิมโฟไซต์แรกเริ่มน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยให้ใช้ยา เอฟาเวเรนซ์ในสูตรการรักษา องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายไว้ว่าประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อย 3 ล้านคนในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่มีรายได้ปานกลางต้องได้รับยาด้านไวรัสครบในปี พ.ศ. 2548

Introduction

Tuberculosis has for a long time caused considerable morbidity and mortality in the developing countries of the world. The human immunodeficiency virus (HIV) arrived in the 1970s, and the first case of AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) was reported in 1981. The subsequent devastating spread of virus, particularly in sub-Saharan Africa, during the last decade is having a profound effect on the epidemiology, clinical features and management of tuberculosis.¹ First case of AIDS in Thailand was reported in the year 1984.² Annual report of the Tuberculosis Cluster of Thailand in the year 2002 showed that the countrywide HIV/AIDS-infection rate among new tuberculosis cases was about 13 per cent, and about 30 per cent in the upper-northern region of Thailand.² The data of 10th Zonal Tuberculosis and Chest Disease Center, Chiang Mai, Thailand revealed the highest value of 48.8 per cent of HIV/AIDS-infection rate

among new tuberculosis cases, registered at this Center in the year 1999.³ Pulmonary tuberculosis is the most common pulmonary opportunistic infection among HIV/AIDS patients in Thailand.² HIV infection increases the demand on tuberculosis control programmes, which are struggling to cope with the increased tuberculosis case load. The impact of HIV exposes any weakness in tuberculosis control programmes. The rise in tuberculosis suspects is putting a strain on diagnostic services. Extrapulmonary and smear-negative pulmonary tuberculosis cases, which are more difficult to diagnose, account for an increased proportion of total cases. There are more adverse drug reactions. There is a higher morbidity and mortality, partly due to other, curable, HIV-related infections. The risk of tuberculosis recurrence is higher. The diagnosis of tuberculosis in young children has always been difficult and is even more so with HIV.⁴ Tuberculosis control programmes and HIV/AIDS

control programmes therefore share mutual concerns. Prevention of HIV should be a priority for tuberculosis control; tuberculosis care and prevention should be priority concerns of HIV/AIDS programmes.⁴ Tuberculosis and HIV control programmes provide support to general health service providers.⁴ Previously, tuberculosis control programmes and HIV/AIDS control programmes have largely pursued separate courses. However, a new approach to tuberculosis control in populations with high HIV prevalence requires collaboration between these two programmes.⁴

The introduction of antiretroviral therapy

In 1995, six months after the publication of the ACTG 076 trial (Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group), PIH/ZL (Partners in Health/Zanmi Lasante) began to offering zidovudine (AZT) to pregnant women to prevent mother-to-child transmission of HIV. Rates of VCT (Voluntary Counselling and Testing) uptake in the prenatal clinic skyrocketed: by the end of 1996, more than 90 per cent of the women offered HIV testing accepted it after AZT was made available free of charge; dramatic declines in the vertical transmission of HIV ensued. In 1997, following the publication of post-exposure prophylaxis criteria, PIH/ZL began offering post-exposure prophylaxis with a three-drug regimen (usually AZT, Lamivudine (3TC), and a protease inhibitor (PI) to all victims of rape or occupational exposure. This, then was the third discovery: introducing a drug to a clinic formulary can improve prevention efforts in unexpected ways. For the first time, the majority of serologies performed were negative as asymptomatic women

accepted HIV testing.⁵ Partners In Health made a fateful decision toward the end of 1998: from that moment forward, accompagnateurs would deliver highly active antiretroviral therapy (HAART) for HIV/AIDS patients with same model used to treat tuberculosis, and “DOTS” (Directly Observed Treatment, Short Course) became “DOT-HAART.”⁵

The “3 by 5” initiative⁶

“3 by 5” is the target to get 3 million people in developing and middle-income countries on antiretroviral treatment (ART) by 2005. It is a step towards the goal of providing universal access to treat for all who need it.⁶

The Four Pillars of HIV Prevention and Care⁵

There are identified four main entry points for identifying HIV-positive persons: 1) Through voluntary HIV counselling and testing offered to people seeking primary health care, 2) Through diagnosis and treatment of tuberculosis, 3) Through women’s health and family planning services, 4) Through diagnosis and treatment of all sexually transmitted infections.

Tuberculosis and HIV co-infection

HIV infection is the most potent risk factor yet identified for developing tuberculosis. HIV infection facilitates the progression of latent tuberculosis infection to active tuberculosis disease. In fact, tuberculosis is the most common cause of death in HIV-positive persons worldwide.⁵ HIV-positive patients are 100 times more likely than HIV-negative individuals to develop active

tuberculosis.⁵ Additionally, molecular studies have confirmed that HIV-positive persons are more susceptible to developing active tuberculosis due to exogenous re-infection, even after adequate antituberculosis treatment.⁵ The risk of poor response to tuberculosis treatment, including mortality and rate of relapse is greater among HIV-positive individuals, however, effective antiretroviral therapy, when indicated, can improve survival and decrease risk of progression to AIDS.⁵

Prevention of tuberculosis in HIV-positive persons

HIV-positive patients with latent tuberculosis infection should be given chemoprophylaxis.⁵ In addition, prompt diagnosis and treatment of active tuberculosis and infection-control measures can help decrease the spread of tuberculosis.⁵

Table 1 Strategies for preventing the spread of tuberculosis in communities heavily burdened by HIV.⁵

Prevention effort	Intervention
Chemoprophylaxis for patients with latent tuberculosis	If skin tuberculin test > 5 millimeters, or if anergy suspected ($CD_4 < 200$ cells/cubic millimeter), treat with isoniazid 300 milligrams/day plus pyridoxine 50 milligrams/day for 9 months; in endemic areas, have low threshold for treating active, subclinical tuberculosis.
Diagnosis and treatment of active tuberculosis	All HIV-positive patients are screened for tuberculosis with skin tuberculin test, chest roentgenogram, and, if coughing, three consecutive daily sputum-smear microscopic examinations. High suspicion of tuberculosis even in sputum smear-negative patients.
Infection control	Patient and health care worker education. Infection-control measures in hospitals and clinics, including separation of sputum smear-positive patients and multidrug-resistant tuberculosis patients, natural and mechanical ventilation, ultraviolet germicidal irradiation, highly efficient-particulate air (HEPA) filtration, N-95 masks.

Diagnosis of tuberculosis in HIV-positive patients

Tuberculosis in HIV co-infected patients is often atypical, that is, patients with pulmonary tuberculosis may have chest roentgenograms that do not show the classic upper lobe findings of tuberculosis or may even appear normal.⁵ The evaluation for tuberculosis in all HIV patients includes a careful review of symptoms and a

physical examination, with special attention given to signs of extrapulmonary disease. A skin tuberculin test and, if available, a chest roentgenogram are indicated in all HIV-positive patients. Any patient with respiratory symptoms should submit three sputum smear-microscopic examinations.⁵ Given the limited sensitivity of sputum-smear microscopy (50 per cent), sputum culture for *Mycobacterium tuberculosis* is also

recommended, but it is rarely available in resource-poor settings.⁵

Initiation of antiretroviral therapy in co-infected patients

For patients who are not receiving antiretroviral therapy, tuberculosis therapy should begin as soon as possible, and the decision of whether to start antiretroviral therapy should be based on CD₄ cell count and clinical status.⁵ Antiretroviral therapy should be considered for all patients with CD₄ cell counts < 350 cells/cubic millimeter, but may be delayed if the patient is clinically well.⁵ Antiretroviral therapy should be initiated immediately in patients with severe clinical status and/or CD₄ cell counts < 200 cells/cubic millimeter.⁵ Patients with CD₄ cell counts between 200 and 350 cells/cubic millimeter should routinely initiate antiretroviral therapy after completion of intensive phase of tuberculosis treatment in order to minimize drug toxicity, improve adherence, and avoid the possibility of paradoxical reactions.⁵

Choice of tuberculosis and antiretroviral therapy regimens in co-infected patients

Treatment of tuberculosis in patients with or without HIV infection should last for a minimum of six months (180 days).⁵ Many antiretroviral medications, particularly protease inhibitors and nevirapine (NVP) interact with rifampicin (R). This interaction results in lower

levels of both drugs, which could potentially produce both drug-resistant tuberculosis and HIV.⁵ If the patients are in urgent need of antiretroviral therapy, we should use a dose-adjusted efavirenze (EFV)-containing antiretroviral therapy regimen (e.g., AZT+3TC+EFV at 800 milligrams per day). If a patient is unable to receive EFV because it is not available or due to prior adverse drug reactions, pregnancy, or age (less than 3 years old), a rifabutin (RFB)-containing tuberculosis regimen may be used with an NVP-or PI-containing antiretroviral therapy regimen.⁵ The Centers for Disease Control and Prevention (United States of America) and the American Thoracic Society recommendation is to : 1) continue antiretroviral therapy that was previously started; 2) avoid initiating treatment of both and always treat tuberculosis first with HAART introduced at 4-8 weeks.⁷ The possible exception is patients with advanced HIV with CD₄ cell counts < 50 cells per cubic millimeter.⁷ The World Health Organization guidelines are: 1) CD₄ cell counts < 200 cells per cubic millimeter: Start antiretroviral therapy at 2-8 weeks after tuberculosis treatment with EFV-based HAART; alternative “third drugs” are SQV/r (Saquinavir) and ABC (Abacavir); NVP (Nevirapine). 2) CD₄ cell counts 200 to 350 cells per cubic millimeter: Consider antiretroviral therapy. If given, start after initial tuberculosis treatment phase using EFV (or NVP if Rifampicin-free continuation). 3) CD₄ cell counts > 350 cells per cubic millimeter: Defer antiretroviral therapy.⁷

Table 2 Dose adjustments for concomitant antiretroviral therapy and tuberculosis therapy.⁵

Tuberculosis regimen	ARV regimen	Dose modification	Comment
Rifampicin-containing : Category 1 for new smear-positive or smear-negative patients (2 months of isoniazid + rifampicin + pyrazinamide + ethambutol / 4 months of isoniazid + rifampicin) Category 2 for previously treated, relapse and return after default (2 months of streptomycin+isoniazid+rifampicin+pyrazinamide+ethambutol then one month of isoniazid + rifampicin+pyrazinamide + ethambutol/ 5 months of isoniazid + rifampicin + ethambutol, multidrug-resistant tuberculosis not suspected)	AZT+3TC+NVP d4T+3TC+NVP	This ART regimen is not recommended as NVP decreased by 37% and R levels are decreased.	First-line ART regimen with R-containing treatment is EFV-containing regimen. A two-week washout period is required between the last R dose and initiation of PIs or NVP.
	AZT+3TC+EFV d4T+3TC+EFV	Increase EFV to 800 milligrams per day (EFV level decreased by 25%).	
	Regimen with SQV+RTV	Clinical experience limited, but may use SQV-RTV combination without dose modification.	
	Regimens with other PIs, e.g., IDV, NFV, LPV/ RTV, SQV alone, APV	This ART regimen is not recommended.	

Note: ARV: Antiretroviral, ART: Antiretroviral Therapy, AZT: Azidothymidine or Zidovudine (ZDV), 3TC:Lamivudine, NVP: Nevirapine, d4T: Stavudine, R: Rifampicin, EFV: Efavirenz (or EFZ), PIs: Protease Inhibitors, SQV: Saquinavir, RTV: Ritonavir, IDV: Indinavir, NFV: Nelfinavir, LPV: Lopinavir, APV: Amprenavir.

Table 3 Dose adjustments for concomitant ART and rifabutin-containing tuberculosis therapy.⁵

Tuberculosis regimen	ARV regimen	Dose modification	Comment
RFB-containing Category 1 or 2 therapy	AZT+3TC+NVP d4T+3TC+NVP	ART and RFB: no dose adjustments	Monitor for RFB toxicity (arthralgias, uveitis, and leukopenia) Substitute Rifampicin with Rifabutin (300 milligrams daily). Daily or 3x per week dosing recommended for Rifabutin-containing regimens in patients. Note: RFB: Rifabutin
	AZT+3TC+EFV d4T+3TC+EFV	ART: no dose adjustment. RFB : 450 milligrams per day or 600 milligrams 3 days per week.	
	IDV-containing regimen	IDV: 1,000 milligrams q 8 hours. RFB: 150 milligrams per day or 300 milligrams 3x per week.	
	NFV-containing regimen	NFV: no dose adjustment. RFB: 150 milligrams per day or 300 milligrams 3x per week.	
	SQV+RTV-containing regimen	SQV-RTV : 400/400 milligrams 2x per day. RFB : 150 milligrams 3x per week.	
	LPV/ RTV-containing regimen	LPV/RTV : 400/100 milligrams 2x per day. RFB : 150 milligrams 3x per week.	

Table 4 Drug doses with daily and three times weekly DOT (Directly Observed Treatment).⁵

First-line medication	Daily dose (maximum dose)	3x per week dose (maximum dose)
Isoniazid (H)	5 milligrams per kilogram (300 milligrams)	10-15 milligrams per kilogram (900 milligrams)
Rifampicin (R)	10 milligrams per kilogram (600 milligrams)	10 milligrams per kilogram (600 milligrams)
Pyrazinamide (Z)	20-25 milligrams per kilogram (2.0 grams)	30-35 milligrams per kilogram (3.0 grams)
Ethambutol (E)	15-20 milligrams per kilogram (1.6 grams)	25-30 milligrams per kilogram (2.4 grams)
Streptomycin (S)	15 milligrams per kilogram (1.0 gram)	25-30 milligrams per kilogram (1.5 grams)

Girardi E and colleagues concluded that cases of HIV-associated tuberculosis occurring in patients with advanced immunosuppression and presenting with atypical appearance tend to be relatively less common in the HAART era and HAART is a major factor in prolonging survival in these patients.⁸ Combination antiretroviral therapy significantly reduced the risk of tuberculosis in HIV-infected persons. In industrialized countries, the widespread use of this treatment may determine a decrease in the incidence of HIV-associated tuberculosis, possibly contributing to a reduction in the overall incidence of tuberculosis.⁹⁻¹¹ The introduction of HAART has been associated with a significant fall in the occurrence of bacteraemia. However, patients with a low CD₄ cell counts remain at risk of bacteraemia with similar microbiological and epidemiological characteristics than in the pre-HAART era.¹² The virologic, immunologic, and clinical responses to HAART and prognosis of HIV-1-infected tuberculosis patients who were concurrently treated with antituberculous therapy

and HAART were similar to those of non-tuberculosis patients.¹³ Dean GL and colleagues recommended starting HAART early for patients with advanced HIV disease (CD₄ cell counts < 100 cells per cubic millimeter) and deferring HAART until the continuation phase of tuberculosis therapy (i.e. after 2 months) for patients who are clinically stable (CD₄ cell counts > 100 cells per cubic millimeter).¹⁴ Paradoxically, antiretroviral treatment can sometimes lead to the development of active tuberculosis in HIV-positive persons with latent infection, this development being part of the immune reconstitution syndrome.¹⁵ Failure of tuberculosis control interventions (e.g. noncompletion of treatment and of HIV care (delayed diagnosis of HIV infection and suboptimal uptake of therapy) may contribute to continuing occurrence of HIV-associated tuberculosis in a country where highly active antiretroviral therapy is largely available. However, a significant proportion of cases occur in patients who are on antiretroviral therapy.¹⁶

Conclusions

The optimal antiretroviral regimens for use with antituberculosis treatment and the best time to start antiretroviral therapy in patients with tuberculosis have still to be worked out. It is likely that antiretroviral therapy will reduce HIV-related morbidity and mortality during and after antituberculosis treatment, and may also reduce the risk of recurrent tuberculosis in HIV-positive individuals who have successfully completed antituberculosis treatment. Isoniazid preventive therapy is not an alternative to the DOTS strategy for controlling tuberculosis. However, there are many opportunities for providing isoniazid preventive therapy to people living with HIV which could prevent many cases of active tuberculosis. Systems need to be developed to greatly increase the accessibility of preventive therapy to people living with HIV in settings of high tuberculosis prevalence. While health infrastructure must be built and supported, nontraditional community-based initiatives can serve as a starting point for launching a global AIDS strategy in the meantime. At the same time it is crucial to avoid compromising National Tuberculosis Control Programme quality.

References

1. Harries AD. The association between HIV and tuberculosis in the developing world. In : Davies PDO, ed. *Clinical tuberculosis* 2nd ed. London: Chapman & Hall Medical, 1998 : 315-338.
2. Tuberculosis Cluster of Thailand. National Guideline of Tuberculosis Control of Thailand, 2005.
3. 10th Zonal Tuberculosis and Chest Disease Center, Chiang Mai, Thailand. Annual report 1999.
4. Harries A, Maher D, Graham S, et al. *TB/ HIV : a clinical manual*. 2nd ed. World Health Organization, 2004;21.
5. Partners In Health. The PIH guide to the community-based treatment of HIV in resource-poor settings. 15th International AIDS Conference, Bangkok Edition, July 2004.
6. World Health Organization. *Fight AIDS, fight TB, fight now : TB/ HIV information pack*. 15th International AIDS Conference, Bangkok, July 2004.
7. Bartlett JG and Gallant JE. *Medical management of HIV infection*. 2004 edition. Baltimore: John Hopkins Medicine Health Publishing Business Group, 2004.
8. Girardi E, Palmieri F, Cingolani A, et al. Changing clinical presentation and survival in HIV-associated tuberculosis after highly active antiretroviral therapy. *Acquir Immune Defic Syndr* 2001 April 1;26.
9. Girardi E, Antonucci G, Vanacore P, et al. Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection. *AIDS* 2000;14:1985-1991.
10. Jones JL, Hanson DL, Dworkin MS and DeCock KM. HIV-associated tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy. The Adult/Adolescent Spectrum of HIV Disease Group. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:1026-1031.
11. Badri M, Wilson D and Wood R. Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet* 2002;359:2059-2064.
12. Meynard JL, Guiguet M, Fonquernie L, et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on the occurrence of bacteraemia in HIV-infected patients and their epidemiologic characteristics. *HIV Medicine* 2003;4:127-132.
13. Hung CC, Chen MY, Hsiao CF, Hsieh SM, Sheng WH and Chang SC. Improved outcomes of HIV-1-infected adults with tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2003;17:2615-2622.

14. Dean GL, Edward SG, Ives NJ, et al. Treatment of tuberculosis in HIV-infected persons in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2002;16: 75-83.
15. Harries AD. How does treatment of tuberculosis differ in persons infected with HIV? In: Frieden TR, ed. *Toman's tuberculosis: case detection, treatment, and monitoring-questions and answers*. 2nd ed. Geneva : World Health Organization, 2004;169-172.
16. Girardi E, Antonucci G, Vanacore P, et al. Tuberculosis in HIV-infected persons in the context of wide availability of highly active antiretroviral therapy. *Eur Respir J* 2004;24:11-17.



ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน กับผล การรักษาหายของสถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ

สุคนธ์ โลศิริ วท.บ.*

ชำนาญ ยูงไธสง พย.บ.**

* กลุ่มงานสนับสนุนประเมินผลและพัฒนาแผนงานวัณโรค

** กลุ่มงานวิจัยพัฒนา รักษาและป้องกันวัณโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ: การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบ retrospective design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ซึ่งมารับการตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ระหว่างปีงบประมาณ 2543 - 2545 ทั้งหมด จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหาย และกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย ทั้ง 2 กลุ่ม ใช้ข้อมูลจากแผ่นบันทึกประวัติผู้ป่วย (TB - treatment card) และทะเบียนคุมผู้ป่วยวัณโรค รบ 1 ก 04 (TB-register) ที่ถูกบันทึกการรักษาอย่างละเอียด โดยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 (second-line drugs) หรือระบบยาสำรอง การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ด้วยสถิติวิเคราะห์ odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95% CI) ของ odds ratio

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ทั้งหมด 50 ราย รักษาหายทั้งหมด 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 และรักษาไม่หายทั้งหมด 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ผลการรักษากลุ่มรักษาไม่หายขาดยาทั้งหมด 12 ราย การรักษาล้มเหลว 7 ราย ตาย 3 ราย ไม่พบผู้ป่วยโอนออก จากการวิเคราะห์พบว่า การกินยาสม่ำเสมอในแต่ละครั้งของการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นของการรักษา จนถึงสิ้นสุดการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 มีผลการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่กินยาสม่ำเสมอจะมีโอกาสหายมากกว่ากลุ่มที่กินยาไม่สม่ำเสมอ 8.67 เท่า (OR = 8.67, 95% CI = 2.23-33.68) ส่วนคุณลักษณะอื่น ๆ ได้แก่ คุณลักษณะด้านประชากร ด้านภาวะสุขภาพร่างกาย ด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย และด้านการรักษา (ยกเว้นความสม่ำเสมอในการกินยาแต่ละครั้งของการรักษา) ไม่มีผลกับการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2

สรุป การกินยาสม่ำเสมอเป็นปัจจัยที่สำคัญในการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน กลวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ เช่น การรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment, DOT) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้รักษาหายต่อไป

Abstract: Losiri S and Yungthaisong C. Pulmonary Tuberculosis Patients with Multi-drug Resistance and Cured Outcome at Bangkok Chest Clinic Tuberculosis Division. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2005; 26: 297-311.

A retrospective study was conducted to assess factors associated with a cure from the disease among patients who had Multi-Drug Resistant Tuberculosis (MDR-TB). The sample consisted of 50 MDR-TB patients who were diagnosed and received the second line anti-TB drugs at Bangkok Chest Clinic between the fiscal year of 2000-2002. The patients were classified into two groups: cured group and non-cured group (treatment default, treatment failure, and death). Data were collected from TB treatment card and TB register. Odd ratios (OR) and 95% confidence interval of OR were performed to assess the univariate analysis.

The findings indicated that of the total 50 MDR-TB patients, 28 (56%) were cured and 22 (44%) were not cured because 12 had treatment default, 7 had treatment failure, and 3 died. Patients who regularly took the medications, were cured eight times more than those who did not take the medication regularly (OR = 8.67, 95% CI = 2.23-33.68). Other factors such as sociodemographic, disease, and treatment except for regularity of taking medication, were not significantly associated with the cure from the disease.

In conclusion, regularly taking medication is very necessary to determine the cure from MDR-TB. Strategies to encourage patients to take medications regularly such as Directly Observed Treatment (DOT) should be further studied to help these patients to be cured from this disease.

บทนำ

ปัจจุบันวัณโรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพประชาชนทั่วโลก ความรุนแรงจากวัณโรคมีมากจนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ต้องประกาศว่าวัณโรคเป็นเรื่องฉุกเฉินระดับสากล (Global Emergency) เมื่อเดือนเมษายน 2536 และวัณโรคยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงานมากที่สุดในกลุ่มโรคติดเชื้อชนิดเดียวกัน¹ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 3 ของประชากรที่ติดเชื้อวัณโรคมีความชุกของโรคประมาณ 16-20 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่ง 8-10 ล้านคน เป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อและในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 8.5 ล้านคน โดย 95% อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อด้วยวัณโรคประมาณ 3 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยสะสมมีมากกว่า 16 ล้านคน

ทั่วโลก ทวีปเอเชีย มี 6 ประเทศ ที่มีผู้ป่วยมากได้แก่ ประเทศอินเดีย จีน อินโดนีเซีย บังคลาเทศ เวียดนาม และไทย² ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 15-49 ปี ติดเชื้อเอ็ดส์ร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เสียชีวิตทั้งหมดพบว่าเป็นวัณโรค 11% ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวง อุบัติการณ์ของวัณโรคเคยลดลงอย่างช้า ๆ ในอดีต แต่ในระยะหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 กลับเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอ็ดส์ การมีผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ที่เพิ่มมากขึ้นในบางพื้นที่ เช่น ภาคเหนือตอนบน และผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการติดเชื้อเอ็ดส์สูงถึงร้อยละ 40.6³ สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่เชื้อยังมีประสิทธิภาพไม่ดีพอ อัตราการรักษาหายขาดเฉลี่ยได้เพียงร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2538⁴ ส่งผลให้มีเพียงผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมาก ในเวลาต่อมาองค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้

ประเทศต่าง ๆ ใช้กลยุทธ์ DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) ในการรักษาวัณโรค โดยมีผู้สังเกตการกินยาโดยตรง หรือการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง เพื่อเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมและการแก้ไขปัญหาวัณโรค ซึ่งประเทศไทยได้ทดลองนำมาปฏิบัติและประเมินผลแล้ว ปรากฏว่าได้ผลดี อัตราการหายขาดสูงขึ้น จากร้อยละ 50 เป็น 76.04⁵ เป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ อัตราการหายขาดร้อยละ 85⁶ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ WHO กำหนดไว้ แต่ในปัจจุบันใช้อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success Rate) มากกว่าร้อยละ 85 (WHO Global report 2002)

ในประเทศไทยปัญหาวัณโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานจากโรงพยาบาลต่าง ๆ เพิ่มขึ้น⁷ จากการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์วัณโรค พบว่าอัตราป่วยอัตราตายสูงขึ้น มีการย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัยจากชนบทสู่ชุมชนเมืองมากขึ้น โดยเฉพาะชุมชนเมืองวัณโรคยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของการตายทุกสาเหตุในประเทศไทย และเป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มโรคติดต่อโดยคิดเป็นอัตราเท่ากับ 6.3/100,000 ประชากรตายเฉลี่ยวันละ 20 ราย วัณโรคจึงเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยที่การควบคุมและรักษาวัณโรคยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคจะไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีอุปสรรคหลายประการที่สำคัญ เช่น ด้านการเงิน ความร่วมมือระหว่างรัฐและหน่วยงานต่าง ๆ ประการที่สำคัญคือ ความร่วมมือของผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะละทิ้งการรักษาและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการติดต่อขาดยา (Default) จำนวนมาก ซึ่งหมายความว่าไม่หายจากโรค และผู้ป่วยเหล่านี้นอกจากจะมีอาการกำเริบซึ่งยากต่อการรักษาขั้นต่อไป แล้วยังเป็นผู้แพร่เชื้อทำให้โรคนี้นิยมนำออกไปอีก แล้วเชื้อเหล่านี้อาจเป็นเชื้อที่ดื้อยา ต้องขยายเวลาในการรักษาออกไปอีกมากกว่า 6-8 เดือน เป็น 18-24 เดือน (ระบบยา

Second-line drugs ระบบแนวที่ 2) ดังนั้นในการรักษาควรรักษาให้หายขาดในการรักษาครั้งแรก เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาแนวที่ 2 การดื้อยามีสาเหตุหลายประการ การใช้ยาไม่ถูกต้อง รักษาไม่ต่อเนื่อง การขาดการดูแลรักษา และระบบรายงานขาดประสิทธิภาพ หรืออาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ จากการผ่าเหล่าของเชื้อวัณโรค การเคยได้รับการรักษาที่ไม่ครบถ้วนมาก่อน (โดยถ้าระยะเวลาการเคยรักษาในอดีตยังนานเท่าไร โอกาสที่จะดื้อยามีมากขึ้น) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัณโรคต้านยาหลายขนาน (Multi-Drug Resistant Tuberculosis, MDR-TB) การเฝ้าระวังการดื้อยาในห้องปฏิบัติการของกลุ่มวัณโรคในระหว่าง พ.ศ. 2534-2541 พบว่าการดื้อยาวัณโรคชนิด MDR-TB เพิ่มจากร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 2.02 และภาวะเชื้อดื้อยาหลายขนานเพิ่มขึ้น⁸ การเพิ่มขึ้นของ MDR-TB อาจทำให้เกิดระบาดได้ในอนาคต⁹ สะท้อนประสิทธิภาพการรักษาและการดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขการดื้อยาที่ถือว่ามีความร้ายแรงมากที่สุดคือการดื้อยาหลักที่ใช้ในการรักษาวัณโรคคือ ไอโซไนอะซิด (INH) และริแฟมปีซิน (Rifampicin) หรือที่เรียกว่า MDR-TB ซึ่งอาจมีการดื้อยาดูอื่นร่วมด้วย การดื้อยาชนิดเดียวมีอยู่ในระดับสูงพอสมควร และค่อนข้างอยู่ในระดับคงที่เป็นเวลานาน เช่น พบการดื้อยา ไอโซไนอะซิด 9-15% สเตรปโตมัยซิน 5.5 - 11% ริแฟมปีซิน 1-4% และอีแอมบิวตอล 2-6% การสำรวจภาวะดื้อยาวัณโรคพบว่า MDR-TB ในผู้ป่วยรายใหม่มีค่าเฉลี่ยรวมพบเพียงร้อยละ 2.02 แต่การศึกษาในบางแห่งพบว่ามีอัตรา MDR-TB สูง เช่น ที่โรงพยาบาลทรวงอก 6.2% และที่เขตเมืองของจังหวัดเชียงราย 6.9% พบว่าผู้ป่วยดื้อยาวัณโรคมักอยู่ในวัยทำงาน 20-50 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่กำลังมีบทบาทต่อเศรษฐกิจ และความมั่นคงของครอบครัว โดยทั่วไปผู้ป่วยดื้อยา 1 ราย สามารถกระจายเชื้อทำให้มีผู้ติดเชื้ออีก 8-15 ราย

ในปัจจุบันค่าเงินบาทอ่อนตัวมาก ค่าใช้จ่ายต่อการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 (second-line drugs) สูงประมาณ 80,000-100,000 บาทต่อราย ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้วยระบบยา

แนวที่ 2 ปีละ 30-40 ล้านบาท (direct cost) ดังนั้น มาตรการที่สำคัญที่สุดคือการป้องกัน¹⁰ และการรักษาจะต้องใช้ยาแนวที่ 2 ซึ่งมีประสิทธิภาพต่ำ ราคาแพง อาการข้างเคียงมากและต้องใช้เวลารักษานาน 18-24 เดือน หรือ 2 ปีขึ้นไป โดยจะมีโอกาสหายขาดเพียงร้อยละ 45-56 เท่านั้น¹¹ แต่อย่างไรก็ดี วิธีที่ดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยที่ดื้อยา

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่รักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 โดยจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรด้านสภาวะสุขภาพร่างกาย ด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย และด้านการรักษาเพื่อที่จะทราบสาเหตุการรักษาวัณโรคปอดไม่หาย และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาวัณโรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยวัณโรคหรือประชาชนทั่วไป ได้เข้าใจถึงวัณโรค และนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่มีคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน มีผลต่อการรักษาหาย

2. เพื่อศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่มีสภาวะสุขภาพร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษา อาการแพ้ยาวัณโรค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา มีผลต่อการรักษาหาย

3. เพื่อศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการไอเป็นเลือด อาการหอบเหนื่อย ปริมาณเชื้อที่พบในเสมหะ ลักษณะรอยโรคทางด้านรังสี ความไวของเชื้อดื้อยา มีผลต่อการรักษาหาย

4. เพื่อศึกษาผู้ป่วยวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการรักษาก่อนการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ความสม่ำเสมอในการกินยาในแต่ละครั้งของการรักษาลักษณะการจำหน่ายการรักษาในครั้งที่ผ่านๆ มา มีผลต่อการรักษาหาย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่มีคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน แตกต่างกันจะรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสารอง แตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่มีสภาวะสุขภาพร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษา อาการแพ้ยาวัณโรค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา แตกต่างกันจะรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสารอง แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการไอเป็นเลือด อาการหอบเหนื่อย ปริมาณเชื้อที่พบในเสมหะ ลักษณะรอยโรคทางด้านรังสี ความไวของเชื้อดื้อยา แตกต่างกัน จะรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสารอง แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการรักษาก่อนการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ความสม่ำเสมอในการกินยาในแต่ละครั้งของการรักษา ลักษณะการจำหน่ายการรักษาในครั้งที่ผ่านๆ มาแตกต่างกัน จะรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสารอง แตกต่างกัน

ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย

ผลของการศึกษาวิจัยจะนำไปเป็นแนวทางในการรักษา ควบคุมป้องกันวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน เพื่อป้องกันไม่ให้วัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาแพร่เชื้อสู่ชุมชนต่อไป

คำจำกัดความในการวิจัย

1. ผู้ป่วยรักษาหาย (Cure) หมายถึงผู้ป่วยที่มีเสมหะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคติดต่อกัน 12 เดือน หลังจากผลเสมหะเปลี่ยนเป็นไม่พบเชื้อโดยมีผลเพาะเชื้อยืนยันทุก 3-6 เดือน และอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (success rate) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรักษาหาย (cure) และรักษาครบ (complete)

2. ผู้ป่วยรักษาไม่หาย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรคติดต่อกันตลอดระยะเวลาการรักษา 18-24 เดือน และผลเพาะเชื้อยืนยันพบเชื้อทุกครั้ง และผู้ป่วยขาดยา ล้มเหลว หรือตาย

3. การรักษาซ้ำ (Re-treatment) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษามาแล้วระยะหนึ่ง กลับเป็นซ้ำที่ต้องเริ่มต้นรักษาใหม่อีกครั้ง

4. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติรักษาหายหรือครบกำหนดแล้วในระยะต่อมา กลับเป็นวัณโรคอีก โดยตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ

5. ล้มเหลว (Failure) หมายถึง

5.1 ผู้ป่วยที่รักษาไปแล้ว 4 เดือน ผลเสมหะยังคงพบเชื้อในเดือนที่ 5

5.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบเมื่อขึ้นทะเบียนหรือวัณโรคนอกปอดแต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2

5.3 ผู้ป่วยที่เสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรคหลังการรักษาติดต่อกันนานเกิน 6-9 เดือน หรือเสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรคติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน ในระยะช่วงต่อเนื่องของการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2

6. Chronic case หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่ relapse, failure และ default ซึ่งได้รับการรักษาจนครบตามกำหนดแล้วแต่เสมหะยังพบเชื้อวัณโรค

7. ตาย (Died) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ตายในระหว่างการรักษา

8. ผู้ป่วยขาดยา (Default) หมายถึง ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่า 2 เดือนขึ้นไป

9. ขาดการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยขาดการติดต่อเมื่อถึงกำหนดนัดหมายพบแพทย์

10. จำนวนครั้งของการรักษา หมายถึง จำนวนครั้ง (course) ของการรักษาวัณโรคปอดของผู้ป่วยก่อนที่จะขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2

11. ความสม่ำเสมอของการกินยา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้รับยาสม่ำเสมอตามแพทย์นัดทุกครั้ง กินยาสม่ำเสมอ จนถึงสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง และไม่มีการขาดยา

12. ลักษณะของการจำหน่ายในแต่ละครั้งของการรักษา หมายถึง ผลการรักษาของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้งของการรักษา เช่น รักษาหาย รักษาครบ ขาดยา ตาย ล้มเหลว โอนย้าย เป็นต้น

13. อาการแพ้ยาวัณโรค หมายถึง อาการแสดงที่มีผลมาจากการกินยาวัณโรค เช่น มีอาการคันตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน ชาตามปลายมือปลายเท้า ปวดตามบริเวณข้อมือหรือข้อเท้า เป็นต้น

14. ขนาดของการแพ้ยาวัณโรค หมายถึง ความรุนแรงของการแพ้ยาวัณโรค ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งความรุนแรงออกเป็น 2 ระดับคือ

14.1 Minor allergic หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาวัณโรคเล็กน้อยสามารถทนได้ และกินยาได้ต่อไปโดยไม่ต้องหยุดยา

14.2 Major allergic หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาวัณโรคมากไม่สามารถที่จะกินยาได้ต่อไป โดยแพทย์ต้องให้หยุดกินยาวัณโรคหรือเปลี่ยนชนิดใหม่ให้กินแทนยาที่แพ้

15. Second-line drugs (ระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบสำรอง) คือ ยาที่รักษาวัณโรคที่ดื้อต่อยาหลายขนานที่เกิดขึ้น โดยมียาดังต่อไปนี้ กลุ่ม Aminoglycosides ได้แก่ Kanamycin Amikacin Capreomycin กลุ่ม Thioamide ได้แก่ Ethionamide Prothionamide กลุ่ม Fluoroquinolones ได้แก่ Ofloxacin Ciprofloxacin กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ Cycloserine Terizidone

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบ retrospective design โดยใช้ข้อมูลแผ่นบันทึก

ประวัติของผู้ป่วยวัณโรคปอด (TB treatment card) และทะเบียนรายงานผู้ป่วย รบ.1ก04 (TB register) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน จำนวน 50 ราย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาลำรอง ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ในปีงบประมาณ 2543-2545 ซึ่งได้ข้อมูลจากการสอบถามและบันทึกการรักษาอย่างละเอียดโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ของสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ โดยแยกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่รักษาหายจากการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2

2. กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่รักษาไม่หายจากการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 เนื่องจาก ขาดยา ล้มเหลว หรือตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยของการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานด้วย odds ratio และ 95% confidence interval (95% CI) ของ odds ratio

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบ retrospective design เพื่อเปรียบเทียบการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน จำนวน 50 ราย โดยจำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร คุณลักษณะด้านสภาวะสุขภาพร่างกาย คุณลักษณะด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย และคุณลักษณะด้านการรักษา

ผลการศึกษาของผู้ป่วยวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานทั้งหมด 50 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่มีประวัติเคยได้รับการรักษามาก่อน หรือล้มเหลวจาก

การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น พบว่า รักษาหายจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 (ตารางที่ 1) และรักษาไม่หาย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 (ตารางที่ 1) จากผลการศึกษาระบุแบ่งออกเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายจากการป่วยเป็นวัณโรคปอดด้วยระบบยาแนวที่ 2 จำนวน 28 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หายจากการป่วยเป็นวัณโรคปอดด้วยระบบยาแนวที่ 2 จำนวน 22 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยของการรักษาโดยใช้สถิติวิเคราะห์ odds ratio (OR), 95% CI ของ OR ส่วนผลการรักษาของผู้ป่วยที่รักษาไม่หายทั้งหมด 22 ราย ได้แก่ ขาดยา จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.50 ล้มเหลว จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.85 และตาย จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.65 (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้านคุณลักษณะของประชากร

1. เพศ จากจำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษาแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายทั้งหมด 28 ราย ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.3 และเป็นเพศหญิงจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย มีทั้งหมด 22 ราย เป็นเพศชายจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 และเป็นเพศหญิงจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.8 (ตารางที่ 3)

2. กลุ่มอายุ ในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-44 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-34 ปี และ 35-44 ปี กลุ่มอายุละ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย กลุ่มอายุ 35-44 ปี พบมากที่สุด จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 (ตารางที่ 3)

3. สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ ทั้ง 2 กลุ่ม โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหาย พบสถานภาพคู่ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.3 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย พบสถานภาพคู่ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.8 (ตารางที่ 3)

4. ระดับการศึกษา การศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ทั้งผู้ป่วยที่รักษาหายและกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย โดยกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหาย พบระดับการศึกษาชั้นประถมทั้งหมด 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.3 และกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย พบระดับการศึกษาชั้นประถมทั้งหมด 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมา ระดับการศึกษาจะอยู่ในระดับมัธยมศึกษา โดยกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายพบ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย พบ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 (ตารางที่ 3)

5. อาชีพ อาชีพของกลุ่มผู้ป่วยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายและกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย โดยกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายพบอาชีพรับจ้างทั้งหมด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย พบผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างทั้งหมด 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาที่พบคือผู้ป่วยที่ว่างงาน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายพบผู้ป่วยที่ว่างงาน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย พบผู้ป่วยว่างงานทั้งหมด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.8 (ตารางที่ 3)

6. รายได้ ในจำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษา ส่วนใหญ่จะไม่มีรายได้ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายพบผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ทั้งหมด 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาจะมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย พบผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ทั้งหมด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาทั้งหมดประมาณ 2,800 บาท ต่อคน (ตารางที่ 3)

วิเคราะห์คุณลักษณะที่มีผลกับการรักษาหายด้วยระบบยา Second-line drugs

จากการศึกษาด้านคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน จะรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสารองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะฉะนั้นจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อที่ 1 (ตารางที่ 4)

ลักษณะทางด้านสภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ น้ำหนักตัว อาการแพ้ยา ขนาดของการแพ้ยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา แตกต่างกันจะรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสารอง แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะฉะนั้นจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 (ตารางที่ 4)

ลักษณะทางด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการไอเลือดออก อาการหอบเหนื่อย ปริมาณเชื้อในเสมหะ ลักษณะทางรอยโรคทางรังสี ความไวของเชื้อดื้อยาแตกต่างกัน จะรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสารอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะฉะนั้นจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 (ตารางที่ 4)

ลักษณะทางการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการรักษาก่อนการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ความสม่ำเสมอในการกินยาในแต่ละครั้งของการรักษา ลักษณะการจำหน่ายการรักษาในครั้งที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอในแต่ละครั้งของการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นของการรักษาในครั้งแรก และสิ้นสุดการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 มีผลกับการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะฉะนั้นจึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 จะมีโอกาสหายมากกว่ากลุ่มที่กินยาไม่สม่ำเสมอ 8.67 เท่า (OR = 8.67, 95% CI=2.23-33.68) ส่วนลักษณะทางการรักษาอื่น ๆ จากการวิเคราะห์ผลพบว่าไม่มีผลกับการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ของสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ในปีงบประมาณ 2543-2545 โดยมีตัวแปรที่สนใจศึกษา และนำมาวิเคราะห์ ประกอบไปด้วยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ

อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ด้านภาวะสุขภาพร่างกายได้แก่น้ำหนักตัว เมื่อเริ่มรักษา ด้วยระบบยาแนวที่ 2 การแพ้ยาวัณโรค ขนาดของการแพ้ยาวัณโรค การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการไอ เลือดออก อากาศหอบเหนื่อย ปริมาณเชื้อที่พบในเสมหะ ลักษณะรอยโรคทางรังสี ความไวของเชื้อต่อยา ด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการรักษา การจำหน่าย การรักษาในครั้งที่ผ่านมา ความสม่ำเสมอในการกินยา ซึ่งเมื่อนำเอาตัวแปรต่าง ๆ ไปวิเคราะห์ทางสถิติ จากผลการศึกษาค้นพบว่า

1. จากการศึกษาคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนเมื่อเปรียบเทียบกันภายในตัวแปรพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากร เมื่อรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ไม่ทำให้ผลการรักษาแตกต่างกัน โดยกลุ่มรักษาหาย 28 ราย เพศชาย 18 ราย เพศหญิง 10 ราย เพศชายรักษาหาย มากกว่าเพศหญิง อายุ เพศชายอยู่ในวัยแรงงาน อายุเฉลี่ย 15-45 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ เพศหญิง โดยทั่วไปจะดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย ถ้าผู้ป่วยเป็นวัณโรค คู่สมรส (เพศหญิง) จะดูแลการกินยาไม่ให้ขาดยา มีความอดทนให้ความร่วมมือดีในระหว่างรักษามารับยาสม่ำเสมอตามแพทย์นัดตลอดระยะเวลา 18-24 เดือน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสุขภาพสมรสคู่ มีความสนใจดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือหย่าร้าง อาจเป็นเพราะมีคนคอยกระตุ้นเตือน¹² แต่ในทางตรงกันข้ามก็มีผู้ศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและดูแลตนเอง¹³ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 44 ปี ไม่มีรายได้ อาชีพรับจ้างรายได้น้อย จะให้ความร่วมมือสูงในการรักษาวัณโรค เพราะเป็นกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งต้องการที่จะรักษาวัณโรคให้หาย เพื่อที่จะได้กลับไปทำงานให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพรับจ้าง จะให้ความร่วมมือมากที่สุด เพราะถ้ารักษาหายเร็วก็

สามารถกลับไปประกอบอาชีพสร้างรายได้ให้แก่ครอบครัว และตนเองได้เร็วเท่านั้น ดังนั้นจึงควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติควรตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาครั้งนี้ บางรายมีปัญหาค่าใช้จ่ายระหว่างเดินทางมารักษา จะส่งผู้ป่วยให้นักสังคมสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือนอกเหนือจากบัตรทอง 30 บาท และบัตรประกันสังคม

2. จากการศึกษาลักษณะด้านสภาวะสุขภาพร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักก่อนรักษา อาการแพ้ยาวัณโรค ขนาดของการแพ้ยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เมื่อเปรียบเทียบกันภายในตัวแปรพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นตัวแปรด้านสภาวะสุขภาพร่างกาย เมื่อรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ไม่ทำให้ผลการรักษาแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษพบว่ากลุ่มรักษาหาย 28 ราย ไม่สูบบุหรี่ 21 ราย มีสุขภาพแข็งแรง แต่มีอาการแพ้ยาค่อนข้างมาก จนผู้ป่วยไม่สามารถทานยาต่อไปได้ แพทย์พิจารณาหยุดยบบางชนิด และพบทอนซิลอักเสบการแพ้ยา แพทย์ปรับเปลี่ยนยาหลังจากนั้นผู้ป่วยทานยาได้และสม่ำเสมอ แพทย์หยุดการรักษา (cure) ส่วนโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โรคเอดส์ มีจำนวนผู้ป่วยน้อยไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้ และโรคตับผู้ป่วยทุกรายไม่มีประวัติเป็น

3. จากการศึกษาลักษณะด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้แก่อาการไอเป็นเลือด อากาศหอบเหนื่อย ปริมาณเชื้อที่พบในเสมหะ ลักษณะรอยโรคทางรังสี ความไวของเชื้อต่อยา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในระหว่างตัวแปรพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นตัวแปรด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความแตกต่างกันในการรักษา โดยผลการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น MDR-TB เพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งคล้าย ๆ กันทุกแห่งมีผลเสมหะอยู่ในเกรด 3+ มีอาการทางระบบหายใจทุกราย และมีอาการไอ มีเลือดออกร่วมด้วย สอดคล้องกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีแฟลโพรงซึ่งแฟลโพรงในปอดบ่งชี้ถึงกลุ่ม ที่มีจำนวนเชื้อวัณโรคมาก และมีโอกาสติดเชื้อดื้อยาได้มาก แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่มรักษาหาย และกลุ่มรักษาไม่หาย มีอาการป่วยไม่รุนแรงมาก อาการไอเลือดออกน้อย อากาศหอบเหนื่อยไม่มาก

เน้นย้ำการปฏิบัติตัวระหว่างรักษา ให้กำลังใจ สนับสนุนค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยไม่ท้อแท้มารับยาสม่ำเสมอ

4. จากการศึกษาลักษณะด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการรักษาก่อนการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ความสม่ำเสมอในการกินยาในแต่ละครั้งของการรักษา ลักษณะการจำหน่าย รักษาในครั้งที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับไม่มีความแตกต่างกันภายในตัวแปร แต่ตัวแปรความสม่ำเสมอของการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับภายในตัวแปรคือความสม่ำเสมอกับความไม่สม่ำเสมอของการกินยา พบว่าผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ

รักษาหายมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มกินยาสม่ำเสมอจะมีโอกาสหายมากกว่ากลุ่มที่กินยาไม่สม่ำเสมอ 8.67 เท่า (OR=8.67, 95% CI=2.23-33.68) ผลการศึกษาได้สนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาหายของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรักษาล้มเหลวในการรักษาด้วยระบบยา short course (CAT I, CAT II) หรือมีเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยารักษาก็ตาม แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีการรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่ขาดยาจะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เช่นกัน¹⁴

ตารางที่ 1 แสดงผลการรักษาเป็นจำนวน ร้อยละ

ผลการรักษา	(N = 50)	จำนวน	%
รักษาหาย		28	56.00
รักษาไม่หาย		22	44.00

ตารางที่ 2 แสดงผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มที่รักษาไม่หาย

ผลการรักษา	(N 22)	จำนวน	%
ขาดยา		12	54.50
ล้มเหลว		7	31.85
ตาย		3	13.65

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะของประชากร

คุณลักษณะ	กลุ่มรักษาหาย		กลุ่มรักษาไม่หาย	
	N=28	%	N=22	%
คุณลักษณะด้านประชากร				
1. เพศ				
- ชาย	18	64.30	15	68.20
- หญิง	10	35.70	7	31.80
2. อายุ				
- 15-34 ปี	10	35.70	4	18.20
- 35-44 ปี	10	35.70	11	50.00
- 45 ปีขึ้นไป	8	28.60	7	31.80
อายุเฉลี่ย	37 ปี		40 ปี	
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.43		11.56	
3. สถานภาพสมรส				
- โสด	10	35.70	4	18.20
- คู่/สมรส	18	64.30	18	81.80
4. ระดับการศึกษา				
- ประถม	18	64.30	17	77.30
- มัธยม	8	28.60	4	18.20
- สูงกว่ามัธยม	2	7.10	1	4.50
5. อาชีพ				
- รับจ้าง	12	42.90	11	50.00
- ค้าขาย	3	10.70	3	13.60
- แม่บ้าน	6	21.40	1	4.50
- ว่างงาน	7	25.00	7	31.80
6. รายได้ต่อเดือน				
- ไม่มีรายได้	13	46.40	8	36.40
- 1-4,999 บาท	7	25.00	7	31.80
- 5,000-10,000 บาท	8	28.60	7	31.80
รายได้เฉลี่ย	2,400 บาท		3,300 บาท	
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2,579		2,788	
รายได้ต่ำสุด 0 บาท	รายได้สูงสุด 8,000 บาท			

ตารางที่ 4 วิเคราะห์คุณลักษณะที่มีผลกับการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2

คุณลักษณะ	กลุ่มรักษาหาย		กลุ่มรักษาไม่หาย		OR	95%CI	p-value
	N=28	%	N=22	%			
คุณลักษณะด้านประชากร							
1. เพศ							
- ชาย	18	64.30	15	68.20	1.00		
- หญิง	10	35.70	7	31.80	1.19	0.36-3.89	0.77
2. อายุ							
- 15-34 ปี	10	35.70	4	18.20	1.00		
- 35-44 ปี	10	35.70	11	50.00	0.36	0.09-1.54	0.17
- 45 ปีขึ้นไป	8	28.60	7	31.80	0.46	0.10-2.13	0.32
3. สถานภาพสมรส							
- โสด	10	35.70	4	18.20	1.00		
- คู่/สมรส	18	64.30	18	81.80	0.40	0.11-1.51	0.18
4. ระดับการศึกษา							
- ประถม	18	64.30	17	77.30	1.00		
- มัธยม	8	28.60	4	18.20	1.89	0.11-1.51	0.36
- สูงกว่ามัธยม	2	7.10	1	4.50	1.89	0.16-22.79	0.62
5. อาชีพ							
- รับจ้าง	12	42.90	11	50.00	1.09	0.29-4.12	0.90
- ค้าขาย	3	10.70	3	13.60	1.00	0.15-6.78	1.00
- แม่บ้าน	6	21.40	1	4.50	6.00	0.57-63.68	0.14
- ว่างงาน	7	25.00	7	31.80	1.00		
6. รายได้							
- ไม่มีรายได้	13	46.40	8	36.40	1.00		
- 1-4,999 บาท	7	25.00	7	31.80	0.62	0.16-2.42	0.48
- 5,000-10,000 บาท	8	28.60	7	31.80	0.70	0.18-2.70	0.61
ลักษณะด้านสภาวะสุขภาพร่างกาย							
1. น้ำหนัก							
- 30-49 กิโลกรัม	18	64.30	16	72.70	1.00		
- 50 กิโลกรัมขึ้นไป	10	35.70	6	27.30	1.49	0.45-5.00	0.53
2. อาการแพ้ยาวัณโรค							
- แพ้	18	64.30	14	63.60	1.00		
- ไม่แพ้	10	35.70	8	36.40	0.97	0.30-3.11	0.97
3. ขนาดของการแพ้ยา							
- แพ้มาก	17	94.40	10	71.40	1.00		
- แพ้น้อย	1	5.60	4	28.60	6.80	0.66-69.64	0.11

ตารางที่ 4 วิเคราะห์คุณลักษณะที่มีผลกับการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะ	กลุ่มรักษาหาย		กลุ่มรักษาไม่หาย		OR	95%CI	p-value
	N=28	%	N=22	%			
4. การสูบบุหรี่							
- สูบ	1	3.60	5	22.75	1.00		
- ไม่สูบ	21	75.00	12	54.50	6.00	0.52-69.75	0.15
- เคยสูบ	6	21.40	5	22.75	8.75	0.91-83.95	0.06
5. การดื่มสุรา							
- ดื่ม	1	3.60	3	13.60	1.00		
- ไม่ดื่ม	21	75.00	11	50.00	2.25	0.19-27.37	0.52
- เคยดื่ม	6	21.4	8	36.40	5.73	0.53-61.75	0.15
ลักษณะด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย							
1. อาการไอเลือดออก							
- ไอมีเลือดออก	3	10.70	6	27.30	1.00		
- ไอไม่มีเลือดออก	25	89.30	16	72.70	3.13	0.68-14.31	0.14
2. อาการหอบเหนื่อย							
- มีหอบเหนื่อย	3	10.70	6	27.30	1.00		
- ไม่มีหอบเหนื่อย	25	89.30	16	72.70	3.13	0.68-14.31	0.14
3. ปริมาณเชื้อที่พบในเสมหะ							
- Negative	2	7.10	2	9.10	1.00		
- 1+	5	17.90	1	4.50	5.00	0.27-91.53	0.28
- 2+	9	32.10	7	31.80	1.29	0.14-11.54	0.82
- 3+	12	42.90	12	54.50	1.00	0.12-8.31	1.00
4. ลักษณะรอยโรคทางด้านรังสี							
- ไม่มีแฟลโพรง	13	46.40	7	31.80	0.54	0.17-1.73	0.3
- มีแฟลโพรง	15	53.60	15	68.20	1.00		
5. ความไวของเชื้อต่อยา							
- ดื้อต่อยา 2 ตัว H และ R ตัวอื่นร่วมด้วย	25	89.30	16	72.70	1.00		
- ดื้อต่อยาตัวเดียว H หรือ R	1	3.60	4	18.20	0.16	0.02-1.56	0.12
- ไวต่อยาทุกตัว	2	7.10	2	9.10	0.64	0.08-5.01	0.67
ลักษณะด้านการรักษา							
1. จำนวนครั้งของการรักษาก่อนการรักษาด้วยระบบยา Second-line drugs							
- 1 ครั้ง	7	25.00	6	27.30	2.33	0.31-17.55	0.41
- 2 ครั้ง	19	67.90	12	54.50	3.17	0.50-20.04	0.22
- 3 ครั้งขึ้นไป	2	7.10	4	18.20	1.00		
2. ความสม่ำเสมอของการกินยา							
- สม่ำเสมอ	24	85.70	9	40.9	8.67	2.23-33.68	0.002*
- ไม่สม่ำเสมอ	4	14.30	13	59.10	1.00		

ตารางที่ 4 วิเคราะห์คุณลักษณะที่มีผลกับการรักษาหายด้วยระบบยาแนวที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะ	กลุ่มรักษาหาย		กลุ่มรักษาไม่หาย		OR	95%CI	p-value
	N=28	%	N=22	%			
3. การจำหน่ายครั้งที่ผ่านมาของการรักษา							
- ล้มเหลวทุกครั้ง	17	60.75	11	50.00	1.00		
- ขาดยาทุกครั้ง	2	7.10	5	22.70	0.26	0.04-1.58	0.14
- รักษาหาย/ครบทุกครั้ง	3	10.75	2	9.10	0.97	0.14-6.78	0.98
- ทั้งรักษาหาย/ครบ/ ล้มเหลวหรือขาดยา	6	21.40	4	18.20	18.20	0.22-4.24	0.97

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบ retrospective design โดยการศึกษาติดตามผู้ป่วยวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ร่วมกับการวิเคราะห์ จากแผ่นบันทึกประวัติของผู้ป่วยวัณโรคปอด (TB treatment card) และสมุดลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคระบบ.1ก04 (TB register) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ปีงบประมาณ 2543-2545 จำนวน 50 ราย แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มรักษาหาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่รักษาหายจากการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2

2. กลุ่มรักษาไม่หาย เนื่องจากขาดยา ล้มเหลว หรือตาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่รักษาไม่หาย จากการรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 เนื่องจากขาดยา ล้มเหลว หรือตาย ซึ่งได้ข้อมูลอย่างละเอียด และการสัมภาษณ์เป็นระยะ ๆ ขณะผู้ป่วยมารับยา เพื่อศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่รักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสำรอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มรักษาหาย จำนวน 28 ราย เป็นเพศชาย 18 ราย เพศหญิง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 และรักษาไม่หาย จำนวน 22 ราย เป็นเพศชาย 15 ราย เพศหญิง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 44

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มรักษาไม่หาย จำนวน 22 ราย ได้แก่ขาดยา จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.50 ล้มเหลว จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.80 และตายจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.60

ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะด้านการรักษา มีผลกับการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอด ชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่รักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ รักษาหายมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่กินยาสม่ำเสมอจะมีโอกาสหายมากกว่ากลุ่มที่กินยาไม่สม่ำเสมอ 8.67 เท่า (OR=8.67, 95% CI=2.23-33.68) ส่วนข้อมูลทางด้านคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำการศึกษาไม่มีผลกับการรักษาหาย แต่ยังคงมีความสำคัญในการรักษาวัณโรคปอดที่จะละเลยไม่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะศึกษาวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การกินยาสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยรักษาหาย (cure) ซึ่งปัจจุบันใช้อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (success rate) ทำให้ผลการรักษาหายเพิ่มมากขึ้น คือผู้ป่วยที่รักษาหาย (cure) และผู้ป่วยรักษาครบ (complete) แต่อัตราการรักษาหายก็ยังต่ำอยู่ (ร้อยละ 56) และอัตราขาดยายังสูงมาก (ร้อยละ 54.50) ซึ่งอัตราการขาดยา (default) ไม่เกินร้อยละ 5 สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ เป็นสถานบริการในเขตเมืองใหญ่ มีปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก ผู้ป่วยมิได้มีภูมิลำเนาในกรุงเทพฯ มาทำงานชั่วคราว ย้ายที่อยู่อาศัยบ่อย บ้านเช่า ไม่อยาก

ให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองเป็นวัณโรค ไม่สะดวกและไม่เต็มใจให้ไปเยี่ยมบ้าน ไม่ได้ให้ความร่วมมือในการทำ DOT ผู้ป่วยบางรายยังคงมองว่ากลวิธี DOTS ที่สถานบริการนั้นดำเนินการขัดขวางต่อการประกอบอาชีพ และการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมารับยาตามแพทย์นัดทุกครั้งจะให้สุศึกษาซ้ำแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมารับยาเพิ่มมากขึ้น¹⁵ และมีการให้คำแนะนำกำลังใจจากผู้ให้คำปรึกษา แนะนำกลุ่มแนะแนวทางการแพทย์และสังคมทำให้เข้าใจว่าแม้ ผู้ป่วยวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยา จะเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่ก็ยังมีความหวังยังเป็นโรคที่รักษาหายได้ ให้กำลังใจระหว่างการรักษา เพิ่มการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่ายาฟรี พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ สื่อ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยได้มาก และที่สำคัญการเร่งรัดขยายงาน การรักษาภายใต้กลวิธี (DOTS) ให้เข้มข้นถือว่าดีที่สุดถ้าดำเนินการให้ครอบคลุมผู้ป่วยให้มากที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาครบทุกมื้อ และสามารถป้องกันการดื้อยาซึ่ง DOTS ยังถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมวัณโรคทุกวันนี้

2. ให้การวินิจฉัยที่รวดเร็ว รักษาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยา (MDR) โดยนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ในห้องชันสูตร เพื่อพัฒนาคุณภาพเรื่องผลทดสอบความไวของเชื้อดื้อยา (sensitivity test) ระบบคอยผลชันสูตรครบถ้วน แม่นยำ และรวดเร็ว

3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาล้มเหลว (failure) จากระบบยา CAT 1 จะเริ่มรักษาใหม่ด้วยระบบยา CAT 2 ตามที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำไว้ ยังเป็นปัญหาถกเถียงกันอยู่และยังไม่ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยให้เด่นชัดยังมีการรักษาแบบเดิม ส่วนใหญ่คือ failure จากระบบยา CAT 1 ให้การรักษา CAT 2 ซึ่งเป็นการรักษาซ้ำซ้อนผู้ป่วยจะได้ยาตัวเดิม พร้อมกับทำการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาด้วย ซึ่งมีความสำคัญมาก และ failure จาก CAT 2 รักษาด้วยระบบยา Cat 4 (second-line drugs) และส่วนน้อยที่ failure จาก CAT 1 จะรักษา

ด้วยระบบยา CAT 4 (second-line drugs) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายต่อการรักษาสูงขึ้น ทั้ง ๆ ที่การรักษาด้วยระบบยาแนวที่ 2 ในระบบยาเองก็สูงมากอยู่แล้ว ดังนั้นการพิจารณาของแพทย์และผู้เกี่ยวข้องที่จะตระหนักถึงระบบยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้

4. ให้การรักษาเป็นมาตรฐานทั้งผู้ป่วยใหม่และเก่าให้ยาที่เหมาะสมทั้งชนิด ขนาด และระยะเวลา เพื่อหยุดการเพิ่มขึ้นของเชื้อดื้อยา ที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันไม่ใช้การรักษา¹⁶ ปัจจุบัน MDR ในผู้ป่วยรายใหม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ยังถือว่าไม่ปัญหามากนัก มีอัตราอุบัติการณ์ที่ยังต่ำและเป็นปัญหาไม่รุนแรง แต่ผู้ป่วยเก่า MDR ค่อนข้างสูง ร้อยละ 20.3 มีแนวโน้มว่ากำลังมีอัตราเพิ่มขึ้นช้า ๆ เป็นอุปสรรคต่อแผนการควบคุมวัณโรคในอนาคต ดังนั้นควรจะมีการศึกษาต่อไปถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างไรก็ตามควรจะมีการเฝ้าระวังต่อไป เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเพียง 3 ปี เท่านั้น ซึ่งอาจจะยังไม่เห็นแนวโน้มที่ชัดเจน

5. การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา โดยให้การรักษาแบบ DOT ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ถ้าทำได้ควรรักษาให้หายขาดในการรักษาครั้งแรกเพื่อหลีกเลี่ยงการให้ยาแนวที่ 2 หรือระบบยาสำรองซึ่งมีประสิทธิภาพต่ำ ราคาแพง ระยะเวลารักษานานถึง 18-24 เดือน ต้องจ่ายค่ายามากขึ้นประมาณ 80,000-100,000 บาท ต่อราย ผลข้างเคียงของระบบยาแนวที่ 2 ค่อนข้างมาก และผลการรักษาไม่ค่อยดี จากการศึกษาอัตราการรักษาหายร้อยละ 56 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าอัตราการรักษาหายเพียงร้อยละ 45-56 เท่านั้น ผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาที่รักษาล้มเหลว เป็นปัญหาที่ต้องหามาตรการรับมือให้ชัดเจนต่อไป ซึ่งในปัจจุบันเท่าที่ทำได้ คือ ให้กินยาไอโซไนอะซิด (INH) เพียงขนานเดียวตลอดชีวิต พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเท่านั้น

6. จากการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานอยู่ในกลุ่มอายุ 15-45 ปี มีประวัติการรักษามาแล้วและเคยได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดเชื้อดื้อยา แต่ในการศึกษานี้

ไม่ได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยหรือไม่ นอกจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเอดส์มาก่อน การรักษาวัณโรคในครั้งนี้ ซึ่งมีจำนวนน้อยมากจึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณแพทย์หญิงศรีประพา เนตรนิมิต หัวหน้ากลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดดื้อยาหลายขนาน ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ นายแพทย์พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยพัฒนารักษาและป้องกันวัณโรค กลุ่มวัณโรค คุณฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ที่ให้คำแนะนำ และขอคิดเห็นในการศึกษานี้มาโดยตลอด ทำให้รายงานการศึกษานี้สำเร็จลงได้อย่างดีเยี่ยม และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานทะเบียนประวัติทุกท่านของสถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลติดตามและสืบค้นข้อมูลโดยละเอียดทุกขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Combating Tuberculosis New Delhi : n. p 1999.
2. ภาสกร อัครเสวี. วัณโรคดื้อยา ผลกระทบสำคัญต่ออนาคตการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย เอกสารอัดสำเนา : 2542
3. ไชวัฒน์ อึ้งเศรษฐพันธ์. เกียรติ รักรุ่งธรรม วัณโรคและการติดเชื้อ HIV เกียรติ รักรุ่งธรรม (บรรณาธิการ) การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ เอดส์ : การวิจัยทางคลินิก พิมพ์ที่สหมิตรปริ้นติง จ.นนทบุรี พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2541:39-92.
4. กระทรวงสาธารณสุข ; แนวทางปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุข ในการควบคุมวัณโรคตามแนวใหม่ของประเทศไทย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขต และจังหวัด. โรงพิมพ์

ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพฯ พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2541.

5. ข้อมูลรายงานวอดวัณโรค (Cohort Analysis) สรุปการประมวล การดำเนินงานควบคุมวัณโรค ปี พ.ศ. 2545. กลุ่มวัณโรค
6. นัตตา ศรียาภัย สรุปสาระสำคัญจากการประชุม World Congress of Tuberculosis 16-19 พฤศจิกายน 2535 ที่เมือง Betesda Maryland USA วารสารโรคติดต่อ 2535;18:213-220.
7. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน ปี 2546.
8. นัตตา ศรียาภัย และบัญญัติ ปริษณานนท์. National Tuberculosis Programme (NTP) แผนงานวัณโรคแห่งชาติ วารสารวัณโรค และโรคทรวงอก 2540;18:231.
9. วัลลภ ปายะนันท์ และคณะ การเฝ้าระวังการดื้อยาในประเทศไทย วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2543;21:1-8.
10. WHO, Guidelines for the management for drug resistant Tuberculosis 1997:9-35.
11. Davies PDO, Clinical Tuberculosis, London, Champman & Hall 1994:163-181.
12. Shaw JB, Wynn - Williams N. Infectivity of pulmonary tuberculosis in relation to sputum status, Am Rev Respir Dis 1954;69:724-732.
13. Kocabas A, Burgut R and Seydaoglu G. Factors of smear positive pulmonary tuberculosis patients in Turkey. Tuberc Lung Dis 1995;76 Supp 12:79.
14. อีรวัฒน์ วลัยเสถียร. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาแบบ MDR-TB ของศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2541;19:217-222.
15. สมทรง คุปตวินทุ. การให้สุขศึกษา กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรค. วารสารโรคติดต่อ 2529;2:177-195.
16. ประมนัส ตุ่มทอง. สูตรที่ใช้ในการรักษา และการค้นคว้าในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544;10:467-484.



ดรรชนีรายนามผู้แต่ง

ก

- กมล แก้วกิตติณรงค์	89
- กริธา ธรรมคำภีร์	235
- กัลยา โสภานะ	287
- เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์	129
- เกียรติกำจร กุศล	1

ณ

- ณัชนาย ลิทธิพันธ์	89
- เฉลิม ลีวงศ์สกุล	23

ข

- ชนินทร พุ่มเรือง	185
- ชนินทร นันทดิลก	41
- ชลวิทย์ หลาวทอง	235
- ขวลิต ลีตระกูล	41,185
- ชัยยศ อุดิน	1
- ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ	23
- ชัยวัฒน์ ลิ้มปฐมิวราณนท์	35
- ชายชาญ โพธิรัตน์	23
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล	77
- ชำนาญ ยุ่งไธสง	297

ท

- ทศนียา สุธรรมสมัย	223
---------------------	-----

ธ

- ธนวันต์ หาญยอดสุธา	287
- ธีรกร ธีรภักดีกุล	23
- ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร	251

น

- นพดล รุ่งศรีทอง	287
- นรวิทย์ จั่วแจ่มใส	235
- นันทวดี ปิ่นปันคง	235
- นาฏพฐ์ สงวนวงศ์	101
- นิธิพัฒน์ เจริญกุล	35,163,165,243
- นิภา งามไตรโร	175
- นิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล	243
- นีล อริโยทัย	139,167
- นีล เตชะวัฒนวรรณ	89

บ

- บุญเชิด กลัดพวง	139,167
- บุษกร สร้อยโมรี	175

ป

- ปิยานุช มีมงคลกุลดิลก	211
- เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์	223

พ

- พัฒนา โพธิ์แก้ว	129,287
- พิมล รัตนอำมพวัลย์	243
- เพ็ญสังข์ พานิชกิจ	11

ภ

- ภทรนันท์ ไพรพิสุทธิ	259
-----------------------	-----

ม

- เมตตา คำอินทร์	129
------------------	-----

ย		ส	
- ยุพา เจี้ยวเลียน	11	- สงคราม ทรัพย์เจริญ	161
ร		- สมเกียรติ วงษ์ทิม	89
- เรืองรอง ชีพลัทยากร	287	- สมคิด พันธุ์พฤษ	11
ว		- สายใจ สมบัติการ	139
- วรการ วิไลชนม์	77	- สุคนธ์ โลศิริ	297
- วรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์	11,175	- สุดใจ คงสามสี	167
- วัชรานุกูลสวัสดิ์	233	- สุพรรณิณี เจริญกิจ	211
- วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย	223	- สุภาพ รอนศึก	271
- วาริ ธนะสมบุรณ์	167	- สุระพร วรสวาท	11
- วิจักขณา หุตานนท์	271	อ	
- วิรัช นิราฤทธิ์	129	- อติศร วงษา	75
- วิวัฒน์ ภิญโญติลลชัย	243	- อมรมิตร จิวเจริญ	259
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์	89	- อรรถ นานา	243
ศ		- อรรถพล ชีพลัทยากร	111,287
- ศรัณญา จันดาศักดิ์	23	- อรรถวุฒิ ดีสมโชค	23
- ศรีมงคล ประยูรยวง	251	- อำนวย หาญวิวัฒนา	287
- ศิวศักดิ์ จุทอง	235	- โอภาส การย์กวินพงศ์	199
- ศุภรัตน์ บุญนา	41,185,211,259,271	ฤ	
		- ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช	41,185,211,259,271



ดรชรนีย์หัวเรื่อง

กรณีศึกษา

- กรณีศึกษา : การศึกษาการสนับสนุนจากบุคลากร
ทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค
โรงพยาบาลท่าศาลา 1

ดื้อยา

- ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานกับผล
การรักษาหายของสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ 297
- วัณโรคดื้อยาหลายขนานและผลการรักษาด้วย
ระบบยาระยะสั้นในเรือนจำขนาดใหญ่ 11
- สภาพทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายชนิด
แบบ MDR-TB ของผู้ป่วยวัณโรคเขต 5
นครราชสีมา พ.ศ. 2547 251

บทความพิเศษ

- Therapeutic approach to septic shock 77

บทบรรณาธิการ

75, 233

ปอด

- กรณีศึกษา : การศึกษาการสนับสนุนจากบุคลากร
ทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิก
วัณโรคโรงพยาบาลท่าศาลา 1
- การขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะ
พบเชื้อรายใหม่ 167
- การสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยเป็น
วัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ 139
- ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนานกับผล
การรักษาหายของสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ 297
- แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด 149

มะเร็งปอด

- แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด 149

ยาสูดสเตียรอยด์

- ผู้ป่วยวัณโรคหืดที่มีข้อบ่งชี้ จะต้องได้รับยาสูด
สเตียรอยด์ภายในปี พ.ศ. 2552 163
- โรงพยาบาลมียาสูดสเตียรอยด์เพียงพอให้กับ
ผู้ป่วยโรคหืดหรือไม่ 165

ระบบการหายใจ

- ศาสตราจารย์แพทย์หญิงพูนเกษม เจริญพันธุ์
กับงานวิชาการด้านโรคระบบการหายใจ
และวัณโรค 161

รายงานกิจกรรม

- รายงานกิจกรรมประจำปี 2547 สมาคมปราบ
วัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 71

วัณโรค

- กรณีศึกษา : การศึกษาการสนับสนุนจากบุคลากร
ทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค
โรงพยาบาลท่าศาลา 1
- การขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะ
พบเชื้อรายใหม่ 167
- การบริหารจัดการยาวัณโรคของหน่วยงาน
คู่สัญญาในพื้นที่สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ปี 2546 259
- การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการตรวจ
วินิจฉัยวัณโรคในเรือนจำ 175
- การเพิ่มประสิทธิภาพงานควบคุมวัณโรคด้วย
วิธีรักษาแบบมีพีแอลจีโดยการติดตามประเมินผล
เชิงรุกแบบใหม่ 199

- การศึกษาวัณโรคในเด็กในพื้นที่สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ปี 2546 185
- การสร้างประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา
วัณโรคและโรคเอดส์ ตำบลบางเตือ
อ.เมือง จ.ปทุมธานี ปี 2547 271
- การสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วย
เป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ 139
- ผลกระทบการดำเนินโครงการ “น้ำพระทัยจัดภัย
วัณโรค” รวมใจถวายเป็นพระราชกุศล
เฉลิมพระเกียรติในมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา
6 รอบ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ
ต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ปี 2547 211
- ผลกระทบของการปฏิรูปสุขภาพต่อระบบงาน
วัณโรคในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ปี 2547 41
- ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน
กับผลการรักษาหายของสถานตรวจโรคปอด
กรุงเทพฯ 297
- มาตรการป้องกันวัณโรคด้านการบริหารจัดการ
ของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนบน 129
- วัณโรคดื้อยาหลายขนานและผลการรักษาด้วย
ระบบยาระยะสั้นในเรือนจำขนาดใหญ่ 11
- ศาสตราจารย์แพทย์หญิงพูนเกษม เจริญพันธุ์
กับงานวิชาการด้านโรคระบบการหายใจ
และวัณโรค 161
- สภาพทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายชนิด
แบบ MDR-TB ของผู้ป่วยวัณโรค เขต 5
นครราชสีมา พ.ศ. 2547 251
- เสมหะพบเชื้อ**
- การขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะ
พบเชื้อรายใหม่ 167
- เอดส์**
- การสร้างประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา
วัณโรคและโรคเอดส์ ตำบลบางเตือ
อ.เมือง จ.ปทุมธานี ปี 2547 271
- หายใจอึดอัดเฉียบพลัน**
- สาเหตุและค่าใช้จ่ายของกลุ่มอาการหายใจอึดอัด
เฉียบพลันในหออภิบาลอายุรกรรม
ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ 23
- หืด**
- การรักษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข 235
- แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดใน
ประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547 59
- ผู้ป่วยโรคหืดที่มีข้อบ่งชี้ จะต้องได้รับ
ยาสูดสเตียรอยด์ ภายใน ปี พ.ศ. 2552 163
- โรงพยาบาลมียาสูดสเตียรอยด์เพียงพอให้กับ
ผู้ป่วยโรคหืดหรือไม่ 165
- Asthma**
- Perception of Dyspnea in Thai Asthma
Patients 223
- Medical ICU**
- Unplanned Extubation in Medical ICU 89
- Pulmonary**
- Perception of Exertional Dyspnea, Pulmonary
Function and Exercise Tolerance in Thai
Patients with chronic Obstructive
Pulmonary Disease 101
- The study of Theophylline level in chronic
obstructive pulmonary disease patients 35
- Septic shock**
- บทความพิเศษ : Therapeutic approach
to septic shock 77
- Sleep apnoea**
- Platelet activity in patients with obstructive
sleep apnoea before and after treatment
with continuous positive airway pressure 243

Theophylline

- The study of theophylline level in chronic obstructive pulmonary disease patients 35

Tuberculosis

- Controlling multidrug-resistant tuberculosis

and access to expensive drugs : a rational framework 111

- Impact of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis 287