

Evaluation of the Helminthiasis Control Program in Thailand at the End of the 8th Health Development Plan, 2001

Praphasri Jongsuksuntigul, Datchanee Manatrakul, Thitima Wongsaroj, Patamavadee Krisanamara, Sripen Sawatdimongkol, Sukunya Wongsaroj

*Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control,
Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand*

Abstract

The objective of this investigation was to assess the effectiveness of helminthiasis control in the year 2001, which was the final year of the 8th Health Development Plan. Data were collected to determine the prevalence and intensity of liverfluke and hookworm infections. Thirty-cluster sampling was carried out in each of 12 public health regions, obtaining a total of 14,400 individual samples. Kato's thick smear and Kato-Katz's methods were used to diagnose helminth infection.

Data concerning health behavior assessment were collected through interviews with the same sample group designated for stool examination.

The results obtained showed that the areas with liverfluke prevalence higher than the target set by the Ministry of Public Health were in regions 5, 6, 7, 9, and 10 with the average prevalences at 13.3, 16.1, 16.6, 20.6, and 26.3%, respectively. The intensities of liverfluke infections in all regions were mostly at low and moderate levels.

The areas with higher prevalence of hookworm infections than the 8th Health Development Plan were regions 3, 4, 7, 8, 9, 11, and 12 with averages of 12.9, 11.0, 11.6, 10.3, 11.6, 19.7, and 21.1%, respectively. The intensities were mostly at low and moderate levels.

The health risk behavior among the population was the consumption of liverfluke risk foods, which were raw or improperly cooked freshwater fish. The occasional consumption and frequent consumption rates were between 15.0-59.8%, while the percentage of hookworm health risk behaviors ie the habit of wearing inappropriate footwear, was 26.5, and the percentage of those who defecated outside the latrine, inducing hookworm transmission, was 39.1. In addition, it was also found that 68.2% of the samples had experience with stool examination and 71.6% of them had never before taken any anthelmintic drug.

The data obtained from this assessment firmly indicated that both liverfluke and hookworm infection remained significant public health problems in certain areas of Thailand. A better targeted planning approach is strongly recommended, together with adequate resource allocation and sufficient staff development for effective implementation. Community participation is also needed for the accomplishment of sustainable helminthiasis control.

Keywords: liverfluke infection, hookworm infection, prevalence rate, intensity, health risk behavior

บทนำ

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายของการควบคุมโรคหนอนพยาธิ ดังนี้ [1-2]

1. อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชากรทุกกลุ่มอายุ ในทุกพื้นที่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง เหลือไม่เกินร้อยละ 10 และไม่ให้มีการแพร่ระบาดของ

- โรคพยาธิใบไม้ตับในภาคใต้
- อัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอในประชากรทุกกลุ่มอายุ เฉลี่ยทั่วประเทศไม่เกินร้อยละ 10 (เฉพาะภาคใต้ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 20)
 - ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ (มีไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระของผู้ที่เป็นโรคนี้น้อยกว่า 1,000 ฟอง ต่ออุจจาระหนักหนึ่งกรัม)
 - ความรุนแรงของโรคพยาธิปากขออยู่ในระดับต่ำ (มีไข่พยาธิปากขอในอุจจาระของผู้ที่เป็นโรคนี้น้อยกว่า 2,000 ฟอง ต่ออุจจาระหนักหนึ่งกรัม)
 - ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 90 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ เช่น รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงให้สุกด้วยความร้อน และการสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน เป็นต้น
 - ประชาชนมีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยร้อยละ 90 ของหลังคาเรือนเพื่อป้องกันการแพร่โรคหนอนพยาธิ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้านี้ เพื่อให้ทราบอัตราความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคพยาธิปากขอ เมื่อปี พ.ศ. 2544 รวมทั้งการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่โรคหนอนพยาธิ เพื่อนำมาประเมินประสิทธิผลของโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิ เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ในปี 2544

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

- รูปแบบการศึกษาค้นคว้าเป็นการวิจัยประเมินผลโครงการเชิงปริมาณและคุณภาพ
- พื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยแบ่งพื้นที่ตามเขตสาธารณสุขออกเป็น 12 เขต

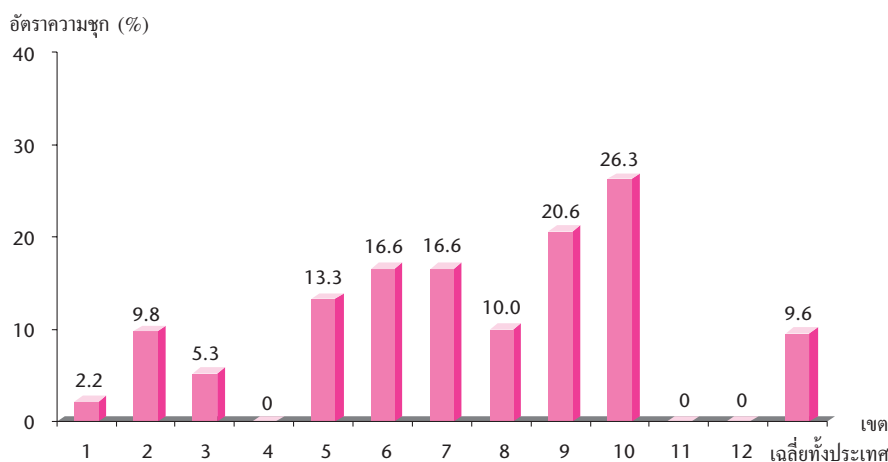
- ทำการสุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละเขต โดยวิธี 30-Cluster Sampling [3] ได้จำนวนตัวอย่างเขตละ 1,200 คน รวมทั้งประเทศเป็น 14,400 ตัวอย่าง
- การตรวจอุจจาระของกลุ่มตัวอย่างความชุกของโรคหนอนพยาธิ ใช้วิธี Kato's thick smear ส่วนการศึกษาระดับความรุนแรงของโรคใช้วิธี Katz's modified thick smear [4]
- การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่โรคหนอนพยาธิของประชาชนใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดขึ้น
- ระยะเวลาดำเนินการในการเก็บข้อมูลภาคสนามคือเดือนเมษายน-สิงหาคม 2544
- ทำการประเมินผลข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยโปรแกรม Epi-info

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1: การศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคพยาธิปากขอ

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ค่าเฉลี่ยของอัตราความชุกของโรคพยาธิ ใบไม้ตับในประชาชนทั่วประเทศคือ ร้อยละ 9.6 ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายของแผนฯ 8 (ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่เกินร้อยละ 10) แต่เมื่อวิเคราะห์แยกพื้นที่ตามเขตสาธารณสุขแล้วพบว่า เขตที่ยังมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเป้าหมายของแผนฯ 8 ได้แก่ เขตสาธารณสุขที่ 5, 6, 7, 9 และ 10 ซึ่งอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยในแต่ละเขตคิดเป็นร้อยละ 13.3, 16.6, 16.6, 20.6, และ 26.3 ตามลำดับ (รูปที่ 1)

ส่วนความชุกของโรคพยาธิปากขอในประชาชนทั่ว



รูปที่ 1 อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 จำแนกตามรายเขตสาธารณสุข

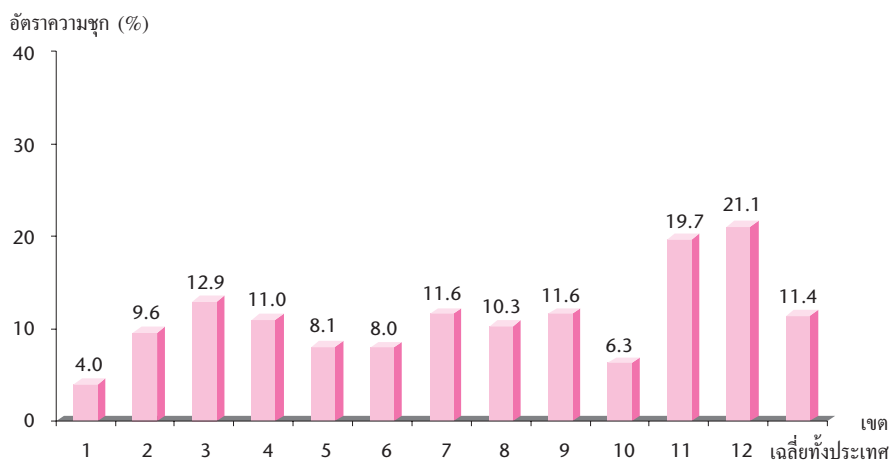
ประเทศ เฉลี่ยร้อยละ 11.4 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของแผนฯ 8 (ความชุกของโรคพยาธิปากขอ ไม่เกินร้อยละ 10) เล็กน้อย และเมื่อวิเคราะห์แยกพื้นที่ตามเขตสาธารณสุขแล้วพบว่า เขตที่ยังมีอัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอ สูงกว่าเป้าหมาย ได้แก่ เขตสาธารณสุขที่ 3, 4, 7, 8, 9, 11 และ 12 คือ มีอัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอเฉลี่ยในแต่ละเขต คิดเป็นร้อยละ 12.9, 11.0, 11.6, 10.3, 11.6, 19.7 และ 21.1 ตามลำดับ (รูปที่ 2)

อนึ่ง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเป็นโรคหนอนพยาธิในประชาชนแต่ละกลุ่มอายุ พบว่าอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคพยาธิปากขอจะพบได้น้อยในกลุ่มเด็ก และจะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากโรคหนอนพยาธิเป็นโรคเรื้อรังและมีการติดเชื้อซ้ำค่อนข้างสูง จึงเกิดการสะสมหรือป่วยซ้ำในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น (รูปที่ 3

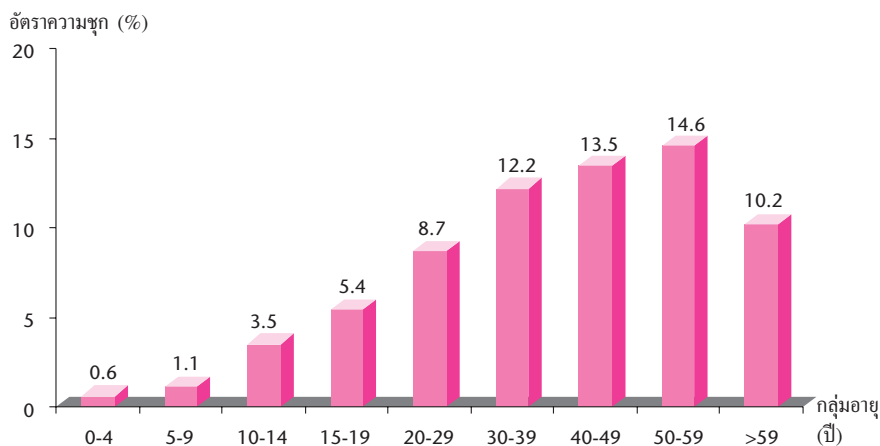
และ 4)

การประเมินความรุนแรงของโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับนั้น พบว่าผู้ที่ เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเฉลี่ยทั่วประเทศ ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 90.6 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.5 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.8 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 0.1 มีความรุนแรงของโรคในระดับสูงมาก เมื่อวิเคราะห์แยกตามพื้นที่สาธารณสุข พบว่าเขตที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูงมาก ได้แก่ เขต 9 และเขต 10 ซึ่งมีอัตราร้อยละ 3.2 และ 3.7 ตามลำดับ ส่วนเขตที่พบผู้ป่วยซึ่งมีความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปานกลาง ได้แก่ เขต 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 (ตารางที่ 1)

การประเมินความรุนแรงของโรคหนอนพยาธิปากขอ



รูปที่ 2 อัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 จำแนกตามรายเขตสาธารณสุข

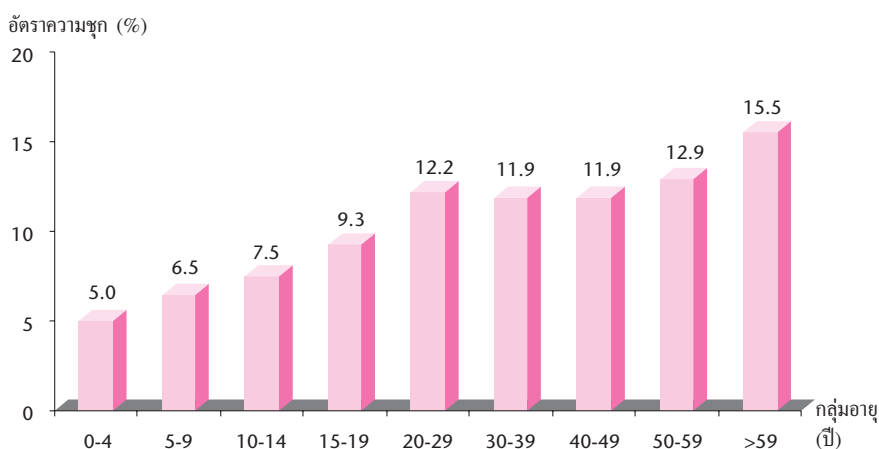


รูปที่ 3 อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับเมื่อปี 2544 จำแนกตามกลุ่มอายุ

นั้นพบว่าผู้ที่เป็นโรคพยาธิปากขอโดยเฉลี่ยทั่วประเทศ ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 90.9 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.6 มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.5 มีความรุนแรงของโรคในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์แยกตามพื้นที่สาธารณสุข พบว่า เขตที่ผู้เป็นโรคพยาธิปากขอมีความรุนแรงของโรคในระดับสูง ได้แก่ เขต 2 และเขต 11 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 3.2 และ 2.6 ตามลำดับ ส่วนเขตที่ผู้เป็นโรคพยาธิปากขอมีความรุนแรง

ของโรคในระดับปานกลางพบในทุกเขต ยกเว้นเขต 10 (ตารางที่ 2)

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ผลการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในภาพรวมของประเทศและในระดับเขต สามารถลดปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอได้ใกล้เคียงกับเป้าหมายของแผนฯ 8 แล้ว แต่คงมีเพียงบางพื้นที่ซึ่งยังมีสถานการณ์ของโรคสูงอยู่ ซึ่งจะต้องมีการวิเคราะห์ให้ลึกกลงไปในระดับจังหวัดต่อไป



รูปที่ 4 อัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอเมื่อปี 2544 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ตารางที่ 1 ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 จำแนกตามพื้นที่เขตสาธารณสุข

เขต สาธารณสุข	จำนวนตรวจ (คน)	MEPG	ความรุนแรง (EPG)							
			ต่ำ (<1,000)		ปานกลาง (1,000-9,999)		สูง (10,000-29,999)		สูงมาก (>29,999)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เขต 1	32	361.0	28	87.5	4	12.5	0	0	0	0
เขต 2	32	98.5	32	100.0	0	0	0	0	0	0
เขต 3	20	512.0	16	80.0	4	20.0	0	0	0	0
เขต 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
เขต 5	160	274.0	152	95.0	8	5.0	0	0	0	0
เขต 6	302	204.0	300	99.3	2	0.7	0	0	0	0
เขต 7	41	655.0	30	73.2	11	26.8	0	0	0	0
เขต 8	24	244.5	18	75.0	6	25.0	0	0	0	0
เขต 9	62	745.1	56	90.3	4	6.4	2	3.2	0	0
เขต 10	107	2,333.0	75	70.1	27	25.2	4	3.7	1	1.0
เขต 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
เขต 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม	780	421.0	707	90.6	66	8.5	6	0.8	1	0.1

MEPG = Mean egg count per gram of feces (ค่าเฉลี่ยของจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระหนัก 1 กรัม)

EPG = Egg per gram of feces (จำนวนไข่พยาธิในอุจจาระหนัก 1 กรัม)

ตารางที่ 2 ความรุนแรงของโรคพยาธิปากขอในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 จำแนกตามพื้นที่เขตสาธารณสุข

เขต สาธารณสุข	จำนวนตรวจ (คน)	MEPG	ความรุนแรง (EPG)					
			ต่ำ (<2,000)		ปานกลาง (2,000-7,000)		สูง (>7,000)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เขต 1	58	682.2	53	91.3	5	8.7	0	0
เขต 2	31	758.2	29	93.5	1	3.2	1	3.2
เขต 3	41	559.0	39	95.1	2	4.9	0	0
เขต 4	192	570.1	182	94.8	10	5.2	0	0
เขต 5	97	428.0	90	92.8	7	7.2	0	0
เขต 6	136	200.0	134	98.5	2	1.5	0	0
เขต 7	31	501.0	30	96.7	1	3.3	0	0
เขต 8	26	199.3	15	57.7	11	42.3	0	0
เขต 9	39	463.5	34	87.2	5	12.8	0	0
เขต 10	26	278.0	26	100	0	0	0	0
เขต 11	115	1,603.0	88	76.5	24	20.9	3	2.6
เขต 12	64	592.0	58	91.0	6	9.4	0	0
รวม	856	648.0	778	90.9	74	8.6	4	0.5

MEPG = Mean egg count per gram of feces (ค่าเฉลี่ยของจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระหนัก 1 กรัม)

EPG = Egg per gram of feces (จำนวนไข่พยาธิในอุจจาระหนัก 1 กรัม)

ส่วนที่ 2: การศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวข้องโรคหนอนพยาธิ

การศึกษานี้ ได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดโรคและการแพร่โรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด และเนื้อสัตว์อื่น เช่น หมู วัว ในลักษณะดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งเป็นอาหารเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิตัวตืดนั้น พบว่า โดยเฉลี่ยทั่วประเทศประชาชนมีอัตราการกินอาหารเสี่ยงต่อการติดโรคหนอนพยาธิในลักษณะกินเป็นประจำ และกินเป็นบางครั้งรวมกันระหว่างร้อยละ 15.0-59.8 โดยมีอัตราต่างกันในแต่ละชนิดของอาหาร อาหารเสี่ยงที่กินเป็นประจำมากที่สุดได้แก่ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ แจ่วบองปลาร้าดิบ ปลาจ่อม ปลาดิบ ก้อยปลาดิบ ปลาปัก ปลาแจ่ว ลาบเนื้อดิบ ลาบหมูดิบ เนื้อวัวดิบ และสุ่นเนื้อ (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์พฤติกรรมการสวมรองเท้า เพื่อป้องกันโรคพยาธิปากขอ พบว่าโดยเฉลี่ยทั่วประเทศประชาชนยังมีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิปากขออยู่ เนื่องจากการสวมรองเท้าที่ห่อหุ้มเท้าซึ่งจะสามารถป้องกันโรคพยาธิปากขอได้แน่นอนนั้น มีเพียงร้อยละ 39.2 แม้ว่าจะมีอัตราการสวมรองเท้าเป็นประจำร้อยละ 90.8 แต่ก็

ยังมีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิปากขอค่อนข้างมาก เนื่องจากพยาธิปากขอสามารถไต่จากพื้นดินขึ้นไปตามขดหล่อน้า จึงอาจไขเข้าไปยังผิวหนังบริเวณเท้าได้ (ตารางที่ 4)

อนึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์แยกพื้นที่ตามเขตสาธารณสุขแล้ว เขตที่มีประชาชนสวมรองเท้าแต่ละเป็นประจำต่ำกว่าเป้าหมายของแผนฯ 8 คือ เขต 3, 10 และเขต 12 ส่วนการสวมรองเท้าซึ่งห่อหุ้มเท้า มีอัตราค่อนข้างต่ำในทุกเขต คืออยู่ในระหว่างร้อยละ 11.4 - 48.7 (ยกเว้นเขต 1 ซึ่งมีอัตราการสวมรองเท้าที่ห่อหุ้มเท้าประจำเมื่อออกนอกบ้านถึงร้อยละ 96.4)

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันการแพร่โรคหนอนพยาธิในชุมชน คือการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะนั้น การศึกษานี้พบว่า โดยเฉลี่ยทั่วประเทศประชาชนมีการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเป็นประจำ ในขณะที่อยู่ที่บ้านร้อยละ 97.9 แต่เมื่อออกไปทำงานนอกบ้าน ในสวน ไร่ นา มีการถ่ายในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเพียงร้อยละ 38.0 และไม่ถ่ายในส้วมถึงร้อยละ 39.1 (ตารางที่ 5)

เนื่องจากการกำหนดเครื่องชั้วดินในแผนฯ 8 ไม่ได้ระบุให้ชัดเจนว่า การถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่ออยู่ในสถานที่ใด จึงไม่อาจสรุปได้ว่าบรรลุเป้าหมาย

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงการติดโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิตัวตืด ของประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544

ชนิด / ลักษณะของอาหาร	จำนวน (ร้อยละ) ของการปฏิบัติ				
	กินเป็นประจำ	กินเป็นบางครั้ง	เคยกิน (แต่เลิกแล้ว)	ไม่เคยกิน	ไม่รู้จัก
1. ก้อยปลาดิบ	252 (1.8)	2,698 (19.1)	822 (5.8)	8,248 (58.3)	2,118 (15.0)
2. ลาบปลาดิบ	287 (2.0)	2,864 (20.2)	740 (5.2)	8,905 (62.9)	1,351 (9.5)
3. ปลาต้มดิบ	307 (2.2)	4,008 (28.4)	656 (4.6)	7,919 (56.1)	1,233 (8.7)
4. ปลาจ่อม	533 (3.8)	5,196 (36.8)	663 (4.7)	5,770 (40.8)	1,975 (14.0)
5. ปลาพริก	212 (1.5)	2,147 (15.2)	349 (2.5)	6,486 (48.9)	4,941 (35.0)
6. ปลาเจ่า	210 (1.5)	2,641 (18.7)	478 (3.4)	7,029 (49.7)	3,778 (26.7)
7. หมำขี้ปลา	202 (1.4)	1,926 (13.6)	327 (2.3)	6,387 (45.2)	5,291 (37.4)
8. แจ่วบองปลาร้าดิบ	1,291 (9.1)	3,172 (22.4)	327 (2.3)	5,234 (37.0)	4,106 (29.0)
9. น้ำพริกปลาร้าสับเครื่องแกงดิบ	1,108 (7.8)	4,445 (31.4)	446 (3.4)	6,387 (45.2)	1,754 (12.4)
10. ปลาร้าดิบ	1,671 (11.8)	3,736 (26.5)	488 (3.5)	7,725 (54.7)	502 (3.6)
11. ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ	2,426 (17.2)	6,017 (42.6)	489 (3.5)	4,858 (34.4)	347 (2.5)
12. ลาบหมูดิบ	766 (5.4)	3,862 (27.3)	360 (2.5)	8,708 (61.6)	447 (3.2)
13. ลาบเนื้อดิบ	816 (5.8)	3,411 (24.1)	356 (2.5)	9,114 (64.4)	448 (0.9)
14. สุนัข	358 (2.5)	1,765 (12.4)	210 (1.5)	7,496 (52.9)	4,350 (30.7)
15. เนื้อวัวดิบ	553 (3.9)	2,050 (14.5)	318 (2.2)	10,988 (77.7)	232 (1.6)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการสวมรองเท้าของประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544

พฤติกรรม	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) ของการปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. การสวมรองเท้าแตะยาง หรือรองเท้าแตะฟองน้ำ เมื่อออกไปธุระหรือทำงานนอกบ้าน	12,006	10,897 (90.8)	922 (7.7)	182 (1.5)
2. การสวมรองเท้ายาง รองเท้าหนัง หรือรองเท้าผ้าใบ ที่หุ้มห่อเท้าเมื่อออกไปธุระหรือทำงานนอกบ้าน	14,146	5,547 (39.2)	4,837 (34.2)	3,747 (26.5)
3. การสวมรองเท้าบูทเมื่อไปทำสวน ทำไร่ หรือกรีดยาง หรือไปธุระนอกบ้าน	14,127	4,809 (34.0)	3,881 (27.5)	5,418 (38.4)

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในสวนของประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544

พฤติกรรม	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) ของการปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. การถ่ายอุจจาระในสวนที่ถูกสุขลักษณะ เมื่ออยู่ที่บ้าน	14,162	13,845 (97.9)	156 (1.1)	147 (1.0)
2. การถ่ายอุจจาระในสวนที่ถูกสุขลักษณะเมื่อ ออกไปทำงานในสวน ในไร่ หรือไปทำนา	14,055	5,345 (38.0)	3,216 (22.9)	5,489 (39.1)

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการตรวจอุจจาระ และการได้รับการรักษาพยาธิของประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544

พฤติกรรม	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) ของการปฏิบัติ		
		เคย	ไม่เคย	จำไม่ได้
1. การรับการตรวจอุจจาระ	14,161	4,178 (29.5)	9,656 (68.2)	312 (2.2)
2. การได้รับยารักษาพยาธิจากสถานบริการสาธารณสุข	14,161	3,707 (26.2)	10,139 (71.6)	287 (2.0)

หรือไม่ แต่ในแง่การแพร่โรคนั้น หากผู้ที่เป็นโรคหนอนพยาธิได้ถ่ายอุจจาระนอกส้วมที่ถูกสุขลักษณะไม่ว่าจะอยู่ในสถานที่ใด ก็มีโอกาสดูดเชื้อให้แก่มนุษย์ได้ เนื่องจากตัวอ่อนของพยาธิเมื่อออกจากไข่จะเจริญเติบโตอยู่ในพื้นดินได้ในระยะเวลาอันยาวนานหากสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศเอื้อต่อการเจริญเติบโต เช่น พื้นดินที่ร่วน และชื้นแฉะ

การวิเคราะห์พฤติกรรมของประชาชนในทางไปรับบริการตรวจอุจจาระเพื่อวินิจฉัยโรคหนอนพยาธินั้น การศึกษาครั้งนี้พบว่า โดยเฉลี่ยทั่วประเทศ ประชาชนเพียงร้อยละ 29.5 เคยได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ซึ่งนับว่าต่ำกว่าเป้าหมายเป็นอันมากและการวิเคราะห์ด้านการรับบริการรักษาโรคหนอนพยาธิ การศึกษาครั้งนี้พบว่าโดยเฉลี่ยทั่วประเทศ ประชาชนรับยารักษาจากสถานบริการสาธารณสุข เพียงร้อยละ 26.2 (ตารางที่ 6)

วิจารณ์ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าในภาพรวมของประเทศความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคพยาธิปากขอ ลดลงใกล้เคียงกับเป้าหมายของแผนฯ 8 แต่เมื่อวิเคราะห์ลงไปในระดับเขต จะเห็นว่า ยังมีเขตที่มีโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคพยาธิปากขอ สูงกว่าเป้าหมายอยู่ 5 เขต และ 7 เขต ตามลำดับ ดังนั้น จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการควบคุมโรคหนอนพยาธิบรรลุวัตถุประสงค์

การศึกษาความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคพยาธิปากขอ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงต่ำ ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในประเทศไทย ได้มีการดำเนินการต่อเนื่องมาหลายสิบปี และยารักษาโรคหนอนพยาธิที่ใช้มีประสิทธิภาพสูง คือ Praziquantel มีอัตราการรักษาหายขาดถึง 91-97% [5] และ Albendazole มีอัตราการรักษาหายขาด 84.3% [6] สำหรับกลุ่มที่ยังมีความรุนแรงของโรคปานกลาง-สูงนั้น ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีการติดเชื้อโรคซ้ำ

การศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลาที่ไม่ได้ปรุงให้สุกดีด้วยความร้อน ยังมี

อัตราถึงร้อยละ 15.0-59.8 ซึ่งนับว่าไม่บรรลุเป้าหมาย ส่วนพฤติกรรมป้องกันการติดโรคพยาธิปากขอ แม้ว่า ประชาชนมีการสวมรองเท้าแตะเมื่อออกนอกบ้านในอัตราร้อยละ 90.8 แต่ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ เนื่องจากรองเท้าแตะห่อหุ้มผิวหนังไม่เพียงพอ

สำหรับพฤติกรรมที่จะป้องกันการแพร่โรคหนอนพยาธิในชุมชนคือการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะนั้น ยังมีปัญหาสำหรับชาวบ้านที่ต้องไปประกอบอาชีพเกษตรกรรมนอกบ้าน ใน นา/ไร่ ซึ่งไม่มีส้วมใช้ จึงถ่ายนอกส้วมถึงร้อยละ 39.1 ส่วนพฤติกรรมการไปรับบริการตรวจอุจจาระเพื่อวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิของประชาชน ยังต่ำเพียงร้อยละ 29.5 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ ไม่ให้ความสนใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคหนอนพยาธิ ประกอบกับแผนงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในบางพื้นที่มีการให้การบำบัดหมู่ (Mass treatment) โดยไม่มีการตรวจอุจจาระ สำหรับพื้นที่ซึ่งมีการตรวจอุจจาระเชิงรุกเข้าไปในหมู่บ้าน ก็สามารถดำเนินการได้เพียงปีละ 1 ครั้งซึ่งชาวบ้านบางคนจะพลาดโอกาสได้รับการตรวจอุจจาระเนื่องจากออกไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้านในช่วงเวลาที่มีหน่วยบริการเข้าไปดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลข้อมูลในภาพรวมของประเทศ และภาพรวมของระดับเขต แม้ว่า ข้อมูลที่ได้ซึ่งแสดงค่าเฉลี่ยของสถานการณ์ของโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอลดลงใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) บางพื้นที่อาจจะมียอดความชุกสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาก หรือบางพื้นที่อาจจะมียอดความชุกต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมาก หรือบางพื้นที่ไม่มีปัญหาเลย ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมว่าพื้นที่ใดในระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้านยังมีสถานการณ์ของโรคหนอนพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งสูงอยู่ แล้วจึงกำหนดให้เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง ซึ่งจะต้องเร่งรัดการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในลักษณะของการเจาะพื้นที่ และถ้า

สามารถวิเคราะห์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงได้ก็จะทำให้การควบคุมโรคบรรลุวัตถุประสงค์ได้ง่ายยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ประสานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ. แผนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2540.
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ; พฤษภาคม 2541. (ไม่ได้รับอนุญาตให้พิมพ์)
3. Bennette S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *WHO Statistics Quarterly* 1991; 44:98-106.
4. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ปรสิตหนอนพยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา; 2541.
5. Bunnag D, Harinasuta T. Studies on the chemotherapy of human opisthorchiasis in Thailand. Clinical trial of praziquantel. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1980;11:528-31.
6. Jongsuksuntigul P, Jeradit C, Pornpattanakul S, Charanasri U. A comparative study on the efficacy of Albendazole and Mebendazole in the treatment of ascariasis, hookworm infection and trichuriasis. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993;24:724-9.

Evaluation of the Helminthiasis Control Program in Thailand at the End of the 8th Health Development Plan, 2001

(การประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทย
เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544)

ประภาศรี จงสุขสันติกุล, ดัชนี มานะตระกูล, จิตติมา วงศาโรจน์, ปัทมาวดี กลุณามระ,
ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, สุกัญญา วงศาโรจน์

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และพยาธิปากขอ โดยสุ่มตัวอย่างแบบ 30-Cluster Sampling Technique ในแต่ละเขตสาธารณสุขรวม 12 เขต ได้จำนวนตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 14,400 ตัวอย่าง การตรวจจุลพยาธิวิธี Kato's thick smear และ Kato-Katz's การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ใช้การสัมภาษณ์ประชาชนแบบตัวอย่างเดียวกันกับการประเมินความชุกของโรคหนอนพยาธิ ผลการศึกษาด้านความชุกและความรุนแรงของโรคหนอนพยาธิพบว่า พื้นที่ซึ่งยังมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ได้แก่ เขตสาธารณสุขที่ 5, 6, 7, 9 และ 10 คือ อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เฉลี่ยร้อยละ 13.3, 16.6, 16.6, 20.6, และ 26.3 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง สำหรับพื้นที่ซึ่งมีอัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอสูงกว่าเป้าหมายของแผนฯ 8 นั้น ได้แก่ เขตสาธารณสุขที่ 3, 4, 7, 8, 9, 11 และ 12 คือ อัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอ เฉลี่ยร้อยละ 12.9, 11.0, 11.6, 10.3, 11.6, 19.7 และ 21.1 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงของโรคพยาธิปากขอนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ประชาชนมีการกินอาหารเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีอัตราการกินประจำและกินเป็นบางครั้งรวมกันระหว่างร้อยละ 15.0-59.8 และมีอัตราต่างกันในแต่ละชนิดของอาหารเสี่ยง ส่วนพฤติกรรมการติดโรคพยาธิปากขอ คือ การไม่สวมรองเท้าที่หุ้มเท้าเมื่อออกนอกบ้าน มีอยู่ร้อยละ 26.5 และพฤติกรรมที่ทำให้มีการแพร่โรคหนอนพยาธิในชุมชน คือ การถ่ายอุจจาระนอกส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีอยู่ร้อยละ 39.1 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 68.2 ยังไม่เคยได้รับการตรวจอุจจาระเพื่อวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิมาก่อน และร้อยละ 71.6 ไม่เคยได้รับยารักษาโรคหนอนพยาธิจากสถานบริการสาธารณสุข

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า โรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในบางพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้นการวางแผนควบคุมโรคควรเลือกดำเนินการในพื้นที่ซึ่งมีปัญหาโรคสูงก่อน (Better targeted plan) ทั้งนี้จะต้องได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เพียงพอและมีการพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้การควบคุมโรคหนอนพยาธิสัมฤทธิ์ผลอย่างยั่งยืนต่อไป

ประเด็นสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ โรคพยาธิปากขอ ความชุกของโรค ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมเสี่ยง