สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2536 - 2545 และ 2546

CURRENT SITUATION AND TREND IN MALARIA IN PUBLIC HEALTH REGION 11, BY FISCAL YEARS 1993-2002, 2003

ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ วทม.(เวชศาสตร์ชุมชน)* Yuthapong Muernrat M.Sc(Com.Med)*
กอบกาญจน์ กาญจโนภาศ วทม; D.A.P&E** Kobkan Kanjanopas M.Sc; D.A.P&E**

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช *Office of Disease Prevention and Control 11 Nakhon Sri Thammarat
**สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง **Bureau of Vector Borne Disease

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา เชิงพรรณนา เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2536 - 2545 กับ 2546 และสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียชาวต่างด้าวปี 2546 โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค เพื่อใช้ทำนายแนวโน้มการแพร่กระจายโรคและหาแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพทางการดำเนินงานป้องกันควบคุม ผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยปี 2536 - 2545 มีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงกว่าระดับภาคใต้และประเทศ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง ได้แก่ จังหวัดระนอง ชุมพร และสุราษฎร์ธานี อัตราตายปี 2536 - 2540 มีแนวโน้มลดลง แต่ปี 2541 เริ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกันกับอัตราตายระดับภาคใต้ สำหรับอัตราป่วย ปี 2546 ได้ลดลงเหลือ 1.18 จาก 2.37 ต่อประชากรพันคนในปี 2545 ซึ่งเป็นอัตราการลดลงเท่ากับร้อยละ 50.21 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดยังเป็นจังหวัดระนอง (4.17 ต่อประชากรพันคน) รองลงมาเป็นจังหวัดชุมพร พังงา และกระบี่ (2.30, 1.48 และ 1.40 ต่อประชากรพันคน) ตามลำดับ จังหวัดภูเก็ตมีอัตราป่วยต่ำสุด (0.17 ต่อประชากรพันคน) เช่นเดิม ส่วนอัตราตายค่อนข้างน้อยมาก จำนวนผู้ป่วยพบมากในฤดูฝน ช่วงมิถุนายน - กรกฎาคม และพฤศจิกายน ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 64) วัยทำงาน อายุ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 39.43) ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม สำหรับสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียของผู้ป่วยชาวต่างด้าว ปรากฏว่าอัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรียปี 2546 ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 2.62) แม้ว่าต่ำกว่าปี 2545 (ร้อยละ 4.33) ก็ตาม โดยจังหวัดที่มีผู้ป่วยมากที่สุดเป็นจังหวัดระนอง รองลงมาเป็นจังหวัดพังงา และชุมพร ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยพบมากในช่วงฤดูฝน เป็นชาย (ร้อยละ 77.17) วัยทำงาน อายุ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 43.48) ที่รับจ้างทางเกษตรกรรมเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยชาวไทย

ผู้วิจัย เสนอแนะว่า การวางแผนป้องกันควบคุมโรคล่วงหน้าก่อนฤดูกาลโรคระบาดทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเน้นมาตรการควบคุมตามลักษณะการกระจายของโรค ทั้งด้านสถานที่ บุคคล และเวลา น่าจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่เกิดประโยชน์สูงสุดและสามารถป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดด้วย

Abstract

Based on Longitudinal observation in malaria surveillance in Public Health Region 11 by fiscal years (FYs) 1993-2003, this epidemiological review focuses on current situation and trend in malaria, causing an important public health burden in 7 provinces in the region. By FYs 1993-2003, reduction in malaria prevalence has been observed, showing overall morbidity rates, lower than that observed in the country but likely showing highest morbidity rate of 9.33 per 1,000 population in 1998. For examples, the high morbidity rates were recorded in Ranong, Chumporn, and Surattani Provinces, as in Phuket Province the lowest morbidity rate was observed. By FYs 1993-1997, the overall mortality rates were dramatically declined, but after FY 1998 there was likely to have an increase in the mortality rate. By FY 2003, malaria situation in Thai population tended to have decreases in overall prevalence rates, ie the morbidity and mortality rates were considered lower than arbitrarily quantitative level of malaria control in the region. However, the highest morbidity rates (per 1,000 population) in most 4 endemic provinces [*eg* Ranong, Chumporn, Phang-Nga, and Krabi] were 4.17, 2.30,1.48 and 1.40 respectively. And with seasonal transmission patterns, high malaria cases were periodically observed in June-July and in November, as the lowest number was seen in March. Of the malaria cases, 64.00 % male was evident and 39.43% affected person range 25-44 years old ; most having agricultural practice were observed. In the meantime, malaria situation in foreign migrants tended to have similar decrease in overall prevalence (%) : changing from 4.33 in FY 2002 to 2.62 in FY 2003. The highest number of malaria cases in most 3 risk provinces, for examples in Ranong, Phang- Nga, and Chumporn, were 1,603 , 213 and 74 respectively. As similar to the seasonal malaria cases observed in the Thai population, two malaria peaks were observed. Also, most were male (71.17%), 43.48% affected persons aged 25 - 44 years, and their occupation was agricultural - related work. These baseline informations have been suggested that, in background malaria surveillance both active and passive, local malaria endemicity in the region as well as seasonal tranmission patterns is needed for infection control personnel and epidemiologists to emphasize on the basis of intervention or control measure design.

บทนำ

ไข้มาลาเรียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมเนื่องจากทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและตาย แต่ละปีรัฐสูญเสียรายได้หลายร้อยล้านบาท[1] การควบคุมไข้มาลาเรียในประเทศไทยที่ผ่านมา แม้ภาพรวม

ไข้มาลาเรียระดับประเทศมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราป่วยปี 2541, 2542, 2543, 2544 และ 2545 เท่ากับ 2.21, 2.27, 1.60, 1.17 และ 0.82 ต่อประชากรพันคน และอัตราตายเท่ากับ 1.00, 1.08, 1.00, 0.82 และ 0.58 ต่อประชากรแสนคน[2] ตามลำดับก็ตาม แต่หลายจังหวัดในสาธารณสุขเขต 11 โดยเฉพาะจังหวัดชายแดน ได้แก่ จังหวัดระนองและชุมพร ก็ยังปรากฏอัตราป่วยด้วยไข้มาลาเรียค่อนข้างสูง (4.17 และ 2.30 ต่อประชากรพันคน) ขณะอัตราตาย เท่ากับ 1.22 และ 1.06 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3] รวมทั้งบางพื้นที่มีเชื้อมาลาเรียดื้อต่อยารักษา[4,5] และอัตราป่วยซ้ำซากสูงด้วย เนื่องจากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งได้รับการรักษาค่อนข้างนาน ซึ่งชี้ถึงประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียและพฤติกรรมการรักษาที่ไม่ถูกต้อง[6] จึงจำเป็นต้องเร่งดำเนินการควบคุมไข้มาลาเรียด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน และพัฒนามาตรการต่างๆ มาผสมผสานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านควบคุมโรคตามสภาพพื้นที่ โดยมีจุดมุ่งหมายที่ต้องการลดความทุกข์ทรมานของประชาชนจากการป่วยและตายด้วยไข้มาลาเรีย และมาตรการทั่วไปที่สามารถใช้ยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรีย คือ มาตรการต่อคน ยุงพาหะ และเชื้อมาลาเรีย[7]

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคสามารถพยากรณ์แนวโน้มการเกิดและการแพร่กระจายโรคได้ ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ครั้งนี้ จะทำให้ทราบระดับสัมฤทธิผลของมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ผ่านมา อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพทางด้านการดำเนินงานในอนาคต

วิธีการ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับแนวโน้มการเกิดโรค ตามลักษณะของบุคคล เวลา และสถานที่ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงาน การตรวจค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียประจำเดือน(รว.2) ทะเบียนผู้ป่วยพบเชื้อมาลาเรีย(รว.6) รายงานสรุปผลการเฝ้าระวังโรค (Summary of Surveillance Operations) ตั้งแต่ปี 2536 - 2546 และรายงานการสอบสวนและรักษาหายขาดผู้ป่วยมาลาเรีย(รว.3) ปี 2546 ของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง (กองมาลาเรีย เดิม) โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ อัตรา ซึ่งแยกวิเคราะห์ข้อมูลปี 2536 - 2545 กับปี 2546 และผู้ป่วยต่างด้าว ปี 2546 โดยประมวลผลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel

วัตถุประสงค์ เพื่อ

วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราป่วย อัตราตาย การแพร่กระจายโรคตามสถานที่ ฤดูกาล บุคคล และการรักษา สำหรับใช้ประเมินสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียปี 2536 - 2545 กับ 2546 และชาวต่างด้าว ปี 2546

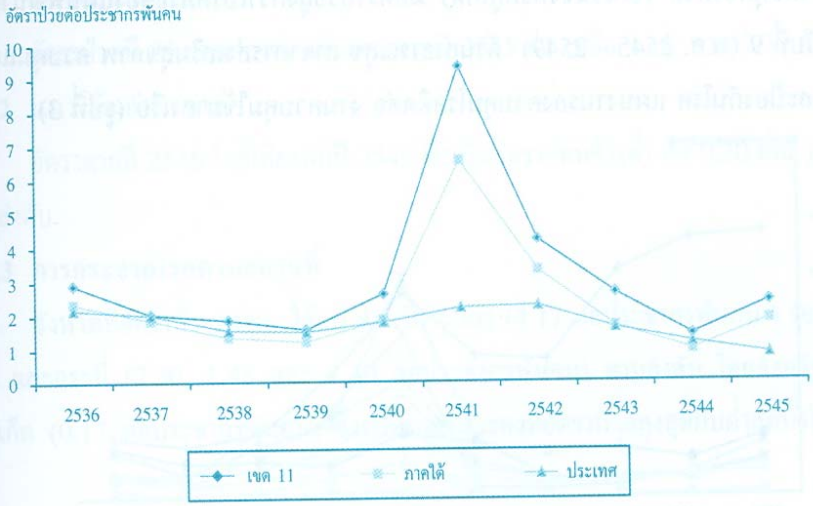
ผล

1. สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ปี 2536 - 2545

1.1 แนวโน้มอัตราป่วย

การเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย โดยค้นหาผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ให้การรักษา สอบประวัติ ลงทะเบียนผู้ป่วย ติดตามผลการรักษาและทำลายแหล่งแพร่เชื้อที่ผ่านมา พบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง

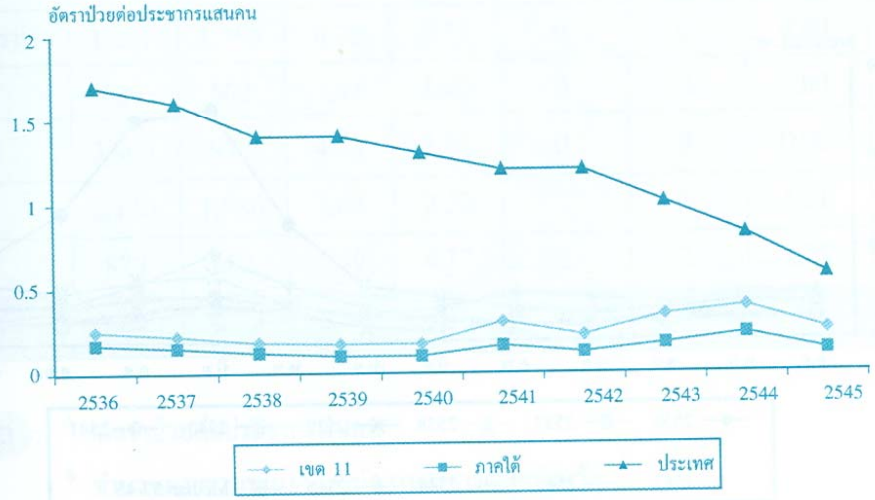
โดยอยู่ระหว่าง 1.40 - 9.33 ต่อประชากรพันคน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระดับภาคใต้และประเทศแล้ว ปรากฏอัตราป่วยสูงกว่ามาโดยตลอด โดยเฉพาะปี 2541 สูงถึง 9.33 ต่อประชากรพันคน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 เปรียบเทียบกับภาคใต้และประเทศไทย ปี 2536 - 2545

1.2 แนวโน้มอัตราตาย

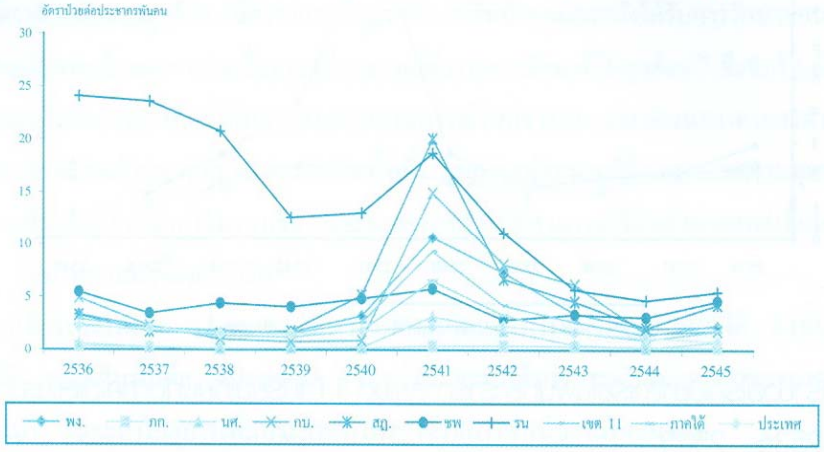
อัตราตายช่วงปี 2536 - 2540 มีแนวโน้มลดลง แต่ปี 2541 เริ่มสูงขึ้น (0.30 ต่อประชากรแสนคน) และปี 2544 สูงที่สุด (0.39 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งลักษณะแนวโน้มการเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกันกับอัตราตายระดับภาคใต้ แต่แตกต่างกันกับระดับประเทศที่มีแนวโน้นลดลงตามลำดับอย่างชัดเจน คือ 1.70 ต่อประชากรแสนคนในปี 2536 เหลือ 0.58 ต่อประชากรแสนคนในปี 2545 (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 อัตราตายโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 เปรียบเทียบกับภาคใต้และประเทศไทยปี 2536 - 2545

1.3 การกระจายโรคตามสถานที่

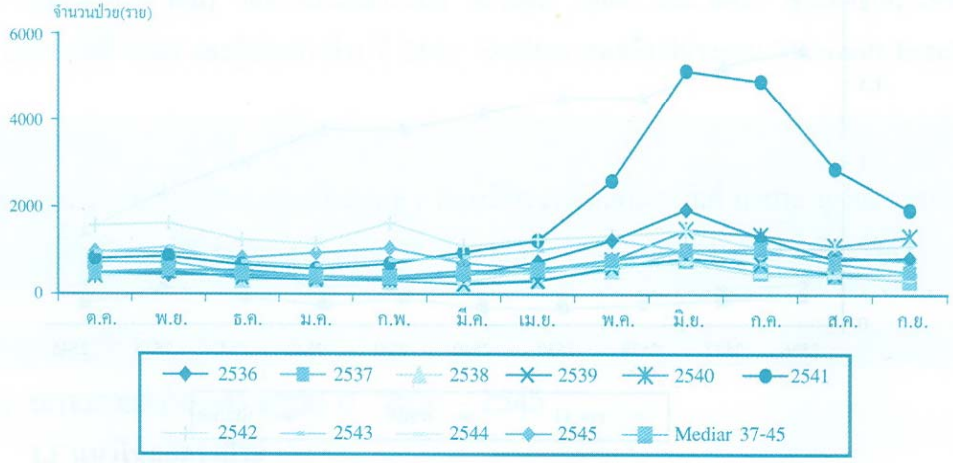
จังหวัดที่อัตราป่วยสูงกว่าภาพรวมของพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 มาโดยตลอด ได้แก่ จังหวัดระนอง ชุมพร และสุราษฎร์ธานี โดยทุกจังหวัด (ยกเว้นจังหวัดภูเก็ต) มีอัตราป่วยสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ด้านสาธารณสุข สาขาการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค แผนงานควบคุมและป้องกันโรค แผนงานรองควบคุมโรคติดต่อ งานควบคุมไข้มาลาเรีย (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 จำแนกรายจังหวัด เปรียบเทียบกับภาคใต้และประเทศไทย ปี 2536 - 2545

1.4 การกระจายโรคตามฤดูกาล

ช่วงเดือนที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก คือ พฤศจิกายน และ มิถุนายน - กรกฎาคม ของทุกปี ซึ่งเป็นฤดูฝนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 จำแนกรายเดือน ปี 2536 - 2545

2. สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ปี 2546

ตารางที่ 1 เป็นข้อมูลแสดงถึงแนวโน้มอัตราป่วย อัตราตาย และ การกระจายโรคตามสถานที่ ดังนี้

2.1 แนวโน้มอัตราป่วย

อัตราป่วยปี 2546 ลดลงค่อนข้างมากจากปี 2545 คือ เหลือ 1.18 จาก 2.37 ต่อประชากรพันคน

2.2 แนวโน้มอัตราตาย

อัตราตายปี 2546 ใกล้เคียงกับปี 2545 ซึ่งเป็นอัตราค่อนข้างต่ำ คือ 0.20 และ 0.25 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

2.3 การกระจายโรคตามสถานที่

จังหวัดที่อัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดระนอง (4.17 ต่อประชากรพันคน) รองลงมาเป็นจังหวัดชุมพร พังงา และกระบี่ (2.30, 1.48 และ 1.40 ต่อประชากรพันคน) ตามลำดับ โดยจังหวัดที่อัตราป่วยต่ำสุดเป็นจังหวัดภูเก็ต (0.17 ต่อประชากรพันคน) จังหวัดเหล่านี้จะคงที่อัตราป่วยสูงสุดกับต่ำสุดทั้งในปี 2545 และปี 2546

ตารางที่ 1 สถิติการป่วยและตายด้วยไข้มาลาเรีย ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2545 - 2546 แยกรายจังหวัด

จังหวัด	สถิติการป่วย				สถิติการตาย			
	จำนวน(ราย)		อัตรา[A]		จำนวน[B] (ราย)		อัตรา[C]	
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2545	ปี 2546
พังงา	474	320	2.21	1.48	0	1	0.00	0.46
ภูเก็ต	55	44	0.22	0.17	1	0	0.41	0.00
นครศรีธรรมราช	1,261	1,166	0.78	0.71	0	0	0.00	0.00
กระบี่	639	502	1.81	1.40	0	0	0.00	0.00
สุราษฎร์ธานี	3,969	979	4.28	1.04	0	0	0.00	0.00
ชุมพร	2,140	1,080	4.63	2.30	7	5	1.51	1.06
ระนอง	879	682	5.49	4.17	2	2	1.25	1.22
รวม	**9,417**	**4,773**	**2.37**	**1.18**	**10**	**8**	**0.25**	**0.20**

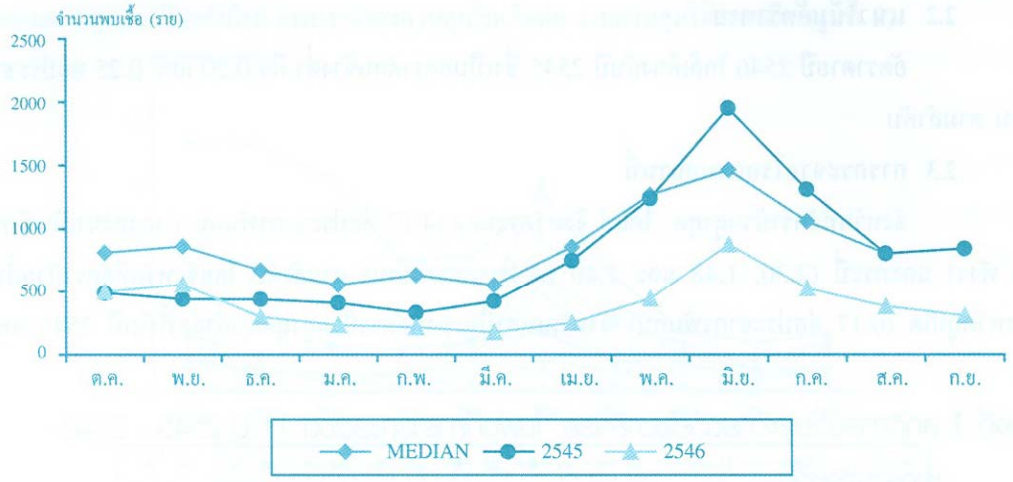
หมายเหตุ : [A] อัตราป่วยต่อประชากรพันคน

[B] จำนวนตายรวบรวมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

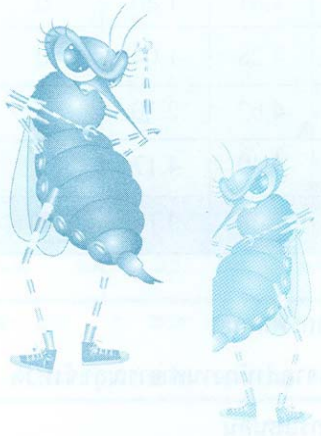
[C] อัตราตายต่อประชากรแสนคน

2.4 การกระจายโรคตามฤดูกาล

ช่วงเดือนที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก คือ พฤศจิกายน และ มิถุนายน - กรกฎาคม โดยจำนวนมากที่สุดในเดือนมิถุนายน และต่ำที่สุดในเดือนมีนาคม (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 จำนวนพบเชื้อมาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2546 เปรียบเทียบกับปี 2545 และ Median ปี 2541 - 2545



2.5 การกระจายโรคตามบุคคล

ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ จำนวน 4,773 ราย พบว่า เป็นผู้มีที่พักอาศัยอยู่ในสาธารณสุขเขต 11 และลงทะเบียนผู้ป่วยไว้ จำนวน 4,393 ราย จะมีคุณลักษณะโดยทั่วไป (ตารางที่ 2) ดังนี้

2.5.1 เพศ

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.03) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 64.03) คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 1.78 :1

2.5.2 กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 39.43) รองลงมา 45 - 49 ปี และ 15 - 24 ปี (ร้อยละ 19.85 และ 19.55) ตามลำดับ

2.5.3 อาชีพ

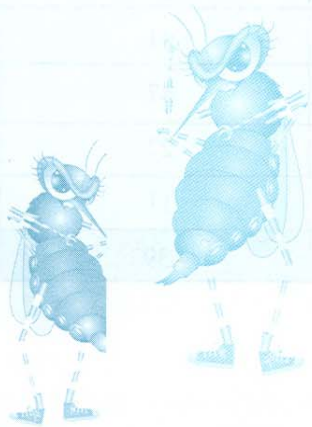
ผู้ป่วยประกอบอาชีพมากที่สุด ได้แก่ ทำสวนยางพารา (ร้อยละ 52.52) รองลงมาเป็นเด็ก/นักเรียน และทำสวนกาแฟ (ร้อยละ 23.92 และ 10.36) ตามลำดับ

2.5.4 ชนิดเชื้อมาลาเรีย

เชื้อชนิด *P.falciparum* (ร้อยละ 54.39) มากกว่า *P.vivax* (ร้อยละ 45.34) เล็กน้อย และมีเชื้อผสม (Mixed infection ร้อยละ 0.27) ด้วย โดยชนิด *P.falciparum* พบระยะมีเพศร้อยละ 30.24

2.5.5 การรักษาหายขาด

ผู้มีเชื้อมาลาเรียได้รับการรักษาหายขาดไม่เกิน 5 วัน สูงถึงร้อยละ 77.02



ตารางที่ 2 คุณลักษณะผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2546

คุณลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	หมายเหตุ
● เพศ			
ชาย	2,813	64.03	
หญิง	1,580	35.97	
รวม	4,393	100.00	
● กลุ่มอายุ (ปี)			
0-4	174	3.96	
5-9	325	7.40	
10-14	431	9.81	
15-24	859	19.55	
25-44	1,732	39.43	
45-49	872	19.85	
รวม	4,393	100.00	
● อาชีพ			
สวนยางพารา	2,307	52.52	
เด็ก/นักเรียน	1,051	23.92	
สวนกาแฟ	455	10.36	
สวนผลไม้	346	7.88	
ค้าขาย	108	2.46	
กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	41	0.93	
ทหาร/ตำรวจ/ราชการ	47	1.07	
ทำนา	27	0.61	
ตัดไม้/หาของป่า/ล่าสัตว์	11	0.25	
รวม	4,393	100.00	

ตารางที่ 2 คุณลักษณะผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2546 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	หมายเหตุ
• ชนิดเชื้อมาลาเรีย			
P.falciparum (Pf.)	2,569	54.39	
P.vivax (Pv.)	2,164	45.34	
Mixed (Pf. + Pv.)	13	0.27	
รวม	4,773	100.00	
• ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย จนถึงรักษาหายขาด (วัน)			
1 - 5	3,384	77.03	
6^{+}	1,009	22.97	
รวม	4,393	100.00	

3. สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียชาวต่างด้าว ปี 2546

ตารางที่ 3 เป็นข้อมูลแสดงอัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรีย และการกระจายโรคตามสถานที่ ดังนี้

3.1 อัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรีย

อัตราตรวจพบเชื้อปี 2546 (ร้อยละ2.62) จะต่ำกว่าปี 2545 ค่อนข้างมาก (ร้อยละ 4.33) โดยคิดเป็นอัตราตรวจพบเชื้อที่แตกต่างกันร้อยละ 39.49

3.2 การกระจายโรคตามสถานที่

จังหวัดที่มีอัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรียสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดระนอง (ร้อยละ 6.36) รองลงมาเป็นจังหวัดชุมพร (ร้อยละ 1.16)

ตารางที่ 3 การตรวจโลหิต การพบเชื้อมาลาเรีย และอัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรียของชาวต่างด้าว ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2545 - 2546 แยกรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนตรวจโลหิต (ราย)		จำนวนพบเชื้อมาลาเรีย (ราย)		อัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรีย (%)	
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2545	ปี 2546
พังงา	20,099	21,460	229	213	1.14	0.99
ภูเก็ต	7,130	14,797	30	24	0.42	0.16
นครศรีธรรมราช	485	136	0	0	0.00	0.00
กระบี่	1,364	787	0	7	0.00	0.89
สุราษฎร์ธานี	7,797	6,473	123	37	1.58	0.57
ชุมพร	8,054	6,392	229	74	2.84	1.16
ระนอง	23,620	25,642	2,357	1,630	9.98	6.36
รวม	**68,549**	**75,687**	**2,968**	**1,985**	**4.33**	**2.62**

3.3 การกระจายโรคตามฤดูกาล

ช่วงเดือนที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก คือ ระหว่างมิถุนายน - กรกฎาคม และเดือนพฤศจิกายน โดยมากที่สุดในเดือนมิถุนายน และน้อยที่สุดในเดือนมีนาคม เช่นเดียวกับผู้ป่วยชาวไทย

3.4 การกระจายโรคตามบุคคล

ชาวต่างด้าวที่ตรวจพบเชื้อมาลาเรีย จำนวน 1,985 ราย เป็นผู้มีที่พักอาศัยในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 และลงทะเบียนไว้ จำนวน 644 ราย มีคุณลักษณะโดยทั่วไป (ตารางที่ 4) ดังนี้

3.4.1 เพศ

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.17) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 22.83) คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 3.38 : 1

3.4.2 กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 43.48) รองลงมา 15 - 24 ปี และ 0 - 4 ปี (ร้อยละ 31.68 และ 8.23 ตามลำดับ)

3.4.3 อาชีพ

ผู้ป่วยประกอบอาชีพมากที่สุด ได้แก่ ทำสวนยางพารา (ร้อยละ 61.55) รองลงมาเป็นเด็ก/นักเรียน และกรรมกร/รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 19.25 และ 7.92 ตามลำดับ)

3.4.4 ชนิดเชื้อมาลาเรีย

เชื้อ *P.falciparum* (ร้อยละ 51.94) มากกว่า *P.vivax* (ร้อยละ 47.41) และมีเชื้อผสมค่อนข้างน้อย (Mixed infection ร้อยละ 0.65) ด้วย สำหรับ *P.falciparum* พบระยะมีเพศ ร้อยละ 24.25

3.4.5 การรักษาหายขาด

ผู้มีเชื้อมาลาเรียได้รับการรักษาหายขาดไม่เกิน 5 วัน (ร้อยละ 52.17) ใกล้เคียงกับ 6 วัน (ร้อยละ 47.83)

ตารางที่ 4 คุณลักษณะผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ชาวต่างด้าว ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2546

คุณลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	หมายเหตุ
● เพศ			
ชาย	497	77.17	
หญิง	147	22.83	
รวม	644	100.00	
● กลุ่มอายุ (ปี)			
0-4	53	8.23	
5-9	40	6.21	
10-14	41	6.36	
15-24	204	31.68	
25-44	280	43.48	
45^{+}	26	4.04	
รวม	644	100.00	
● อาชีพ			
สวนยางพารา	397	61.55	
เด็ก/นักเรียน	124	19.25	
กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	51	7.92	
สวนผลไม้	32	4.97	
ตัดไม้/หาของป่า/ล่าสัตว์	23	3.57	
สวนกาแฟ	17	2.64	
รวม	644	100.00	

ตารางที่ 4 คุณลักษณะผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ชาวต่างด้าว ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2546 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	หมายเหตุ
● ชนิดเชื้อมาลาเรีย			
P.falciparum (Pf.)	1,031	51.94	
P.vivax (Pv.)	941	47.41	
Mixed (Pf. + Pv.)	13	0.65	
รวม	1,985	100.00	
● ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย จนถึงรักษาหายขาด (วัน)			
1 - 5	336	52.17	
6^{+}	308	47.83	
รวม	644	100.00	

วิจารณ์

1 สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ปี 2536 - 2545

อัตราป่วย ปี 2536 - 2545 แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงโดยสูงกว่าทั้งระดับภาคใต้และประเทศ รวมทั้งจังหวัดระนอง ชุมพร และสุราษฎร์ธานีก็มีโรคกระจายอยู่มากซึ่งสามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดปี โดยเฉพาะการมีผู้ป่วยจำนวนมากช่วงฤดูฝน เดือนมิถุนายน - กรกฎาคม และพฤศจิกายนเหล่านี้ ล้วนบ่งชี้ถึงสถานการณ์โรคที่ไม่อาจไว้วางใจได้

สำหรับ ปี 2541 ซึ่งเป็นปีที่ไข้มาลาเรียแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางเกือบทุกจังหวัด (อัตราป่วย 9.33 ต่อประชากรพันคน) โดยพบผู้ป่วยจำนวนมากในจังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช และกระบี่นั้น อาจเนื่องมาจากพื้นที่เหล่านี้มีความไวต่อการแพร่เชื้อ (area receptivity) สูงในอดีตโดยกองมาลาเรีย (เดิม) จัดเป็นท้องที่ควบคุมที่มีการแพร่เชื้อตลอดปีและดำเนินการพ่นเคมีควบคุมยุงพาหะมาเป็นเวลานาน เมื่อการแพร่เชื้อหยุดยั้งไปแล้วเป็นเวลาหลายปีจึงได้งดพ่นเคมีและปรับเปลี่ยนเป็นที่ท้องที่ไม่มีการแพร่เชื้อที่ยังมีความเสี่ยง ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนมาตรการ/กลวิธีควบคุมโรคตามไปด้วย และผลกระทบจากการปฏิรูปโครงสร้างส่วนราชการที่มีการโอนงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคเท้าช้างสู่ท้องถิ่นทำให้ภาระรับผิดชอบมากขึ้น งบดำเนินการลดลง ขณะเดียวกันโรคไข้เลือดออกมีการแพร่ระบาดมาก[8] การติดตามนิเทศงานอาจไม่ทั่วถึง ระบบการเฝ้าระวังโรคไม่เข้มแข็งกอร์ปกับประเทศประสบภาวะเศรษฐกิจถดถอยพร้อมๆ กับการล่มสลายของภาคอุตสาหกรรม ประชาชนที่เดินทางไปประกอบอาชีพที่อื่น ถูกเลิกจ้างงานเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิมเพื่อประกอบอาชีพเกษตรกรรมเพิ่มมากขึ้น มีการบุกเบิกพื้นที่ที่เคยปล่อยรกร้างหรือบุกเบิกพื้นที่ป่าใหม่ซึ่งประชาชนเหล่านั้นไม่มีภูมิต้านทานต่อโรคมาก่อน[9] จึงทำให้โรคไข้มาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fungladda และ Sornmni ที่พบว่า การย้ายถิ่นไปอยู่ในป่าเป็นเวลา 2 สัปดาห์ก่อนป่วย มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย[10] รวมทั้ง Butraporn

และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 84.80 มีประวัติการย้ายถิ่นเข้าไปทำงานในบริเวณท้องที่ป่าเขา และมีโอกาสติดเชื้อมาลาเรียได้พอ ๆกับคนที่มีบ้านเรือนที่พักใกล้แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ[11,12] นอกจากนี้ในการระบาดของไข้มาลาเรียนั้นมักจะเกิดจากเชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* เป็นส่วนใหญ่[13] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการตายของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี 2541 - 2544 [3] เช่นเดียวกัน แต่ทั้งนี้อัตราตายด้วยโรคไข้มาลาเรียไม่สูงนัก เนื่องจากเชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* ในภาคใต้มีความไวต่อยาที่ใช้รักษาในปัจจุบัน[14] แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลดีขึ้นมาก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลทันเวลาจึงทำให้อาการป่วยไม่รุนแรงมากนัก

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการควบคุมโรคมาลาเรียที่ผ่านมามีประสิทธิผลในระดับหนึ่งแต่ยังจำเป็นต้องดำเนินการควบคุมป้องกันอย่างเข้มเพื่อลดอัตราป่วยและตายของประชาชนจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขต่อไป

2 สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ปี 2546

อัตราป่วยเหลือ 1.18 ต่อประชากรพันคนในปี 2546 แม้ว่าพบผู้ป่วยได้ตลอดปีก็ตาม แสดงถึงการควบคุมโรคมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่การพบผู้ป่วยมากในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม และเดือนพฤศจิกายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนอันแสดงว่าลักษณะการเกิดโรคไข้มาลาเรียแปรผันตามฤดูกาล ดังนั้น จึงควรรีบดำเนินการควบคุมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำและยุงก้นปล่องตัวเต็มวัย ก่อนเริ่มเข้าฤดูฝนต่อเนื่องไปจนถึงปลายฤดูฝน ป้องกันการแพร่กระจายของโรค รวมทั้งประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีการรณรงค์ก่อนถึงฤดูการระบาดเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัว ให้ความร่วมมือและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ดังที่ อุษา เล็กอุทัย และกมลวรรณ บำรุง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] เช่นเดียวกันกับ อำนาจ เจริญกุล และคณะ ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและรักษาไข้มาลาเรียของประชาชนบริเวณชายแดนไทย-พม่า พบว่าร้อยละ 65.90 มีพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข[16] รวมทั้ง ประยุทธ สุดาทิพย์ รายงานพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่นอนกางมุ้งและไม่ทายากันยุง ขณะอาศัยอยู่ในท้องที่ป่าเขาร้อยละ 78.10 และ 95.30 ตามลำดับ[17] ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐจะต้องดำเนินการแก้ไขหารูปแบบและกลวิธีการปฏิบัติงานให้เป็นแบบอย่างและกระตุ้นให้ประชาชนหันมาให้ความร่วมมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียเพื่อแก้ปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

อัตราตายค่อนข้างต่ำ น่าจะเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วขึ้น ดังจะเห็นได้จากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงวันรับการรักษาหายขาด เฉลี่ย 5.02 วัน (Min = 1 และ Max = 11) หรือผู้ป่วยร้อยละ 77.02 มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงรับการรักษาหายขาดไม่เกิน 5 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประยุทธ สุดาทิพย์ และมาริสสา นิภาเกษม[18] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียช้าของผู้ป่วยมาลาเรีย และพบว่าผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาภายใน 7 วัน ร้อยละ 91.10 และโดยเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใน 4.11 วัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.03) วัยทำงาน อายุ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 39.43) และ 15 - 24 ปี (ร้อยละ 19.55) เฉลี่ย 29.27 ปี (Min = 1 และ Max = 68) ที่มีอาชีพทำสวนยางพารา (ร้อยละ 52.52) จะเสี่ยงสูงต่อการถูกยุงกัด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริหญิง กังวาลเลิศ ที่ได้ทำการศึกษาระบาดวิทยาและพฤติกรรมอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรียโดย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.70) อยู่ในวัยทำงาน อายุ 15 - 44 ปี (ร้อยละ 85.80) และมีอาชีพทางการเกษตร (ร้อยละ 81.70) [19] ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียควรเพิ่มเน้นมาตรการควบคุมโรคด้านต่าง ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ เป็นกรณีพิเศษ

3 สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียชาวต่างด้าว ปี 2546

อัตราการตรวจพบเชื้อมาลาเรียของแรงงานต่างด้าว แม้ว่าลดลงจากร้อยละ 4.33 ในปี 2545 เหลือร้อยละ 2.62 ในปี 2546 แต่ยังเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง การพบผู้ป่วยมากในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม และ พฤศจิกายน เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยชาวไทย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.17) วัยแรงงาน (อายุ 25 - 44 ปี ร้อยละ 43.48) อายุเฉลี่ย 24.63 ปี (Mix = 1 Max = 52) และอาชีพรับจ้างทำสวนยางพารา (ร้อยละ 61.55) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ และกิตติ ทองศรี [20] ที่ศึกษาระบาดวิทยาและพฤติกรรมการป้องกันรักษาไข้มาลาเรียของแรงงานต่างชาติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 37.30 $\pm$ 12.84 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.30 ส่วนใหญ่รับจ้างทำสวนยางพารา (ร้อยละ 40.00) รองลงมารับจ้างทำสวนกาแฟ และสวนผลไม้ (ร้อยละ 36.20 และ 13.70 ตามลำดับ)

ผู้ป่วยชาวต่างด้าวมีเชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* (ร้อยละ 51.94) และ *P.vivax* (ร้อยละ 47.41) และมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงวันได้รับการรักษาหายขาดไม่เกิน 5 วัน (ร้อยละ 52.17) โดยเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใน 6.85 วัน (Min = 1 Max = 34) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยชาวไทย

สรุป

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 ปี 2536 - 2545 และ 2546 มีแนวโน้มลดลง จำนวนผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน การแพร่กระจายโรคอยู่ในจังหวัดแถบชายแดน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงานที่ประกอบอาชีพเสี่ยงสูงต่อการถูกยุงกัด เช่น งานด้านเกษตรกรรมต่าง ๆ ส่วนสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียชาวต่างด้าวก็ปรากฏผลทำนองเดียวกัน ดังนั้น การวางแผนป้องกันควบคุมโรคทั้งเชิงรุกและเชิงรับตามมาตรการต่อคน ต่อยุงพาหะ และต่อเชื้อมาลาเรีย ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราชควรเพิ่มเน้นและให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้เป็นกรณีพิเศษ ตลอดจนการจัดสรรอัตรากำลัง งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์และเคมีภัณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายทั้งบุคคล เวลา และสถานที่ อันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อทางราชการสูงสุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์จิรภัทร์ กัลยาณพจน์พร สถาบันพัฒนานักระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นิคม ดีพอ. การวิเคราะห์พฤติกรรมและต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยในการรักษาไข้มาลาเรียก่อนการเข้ารับบริการของกองมาลาเรีย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
2. กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2545. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2546.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2546. นครศรีธรรมราช, 2547.
4. ตระหนักจิต หะรินสุต. การพัฒนายารักษามาลาเรีย. *วารสารมาลาเรีย*. 2527; 19 (4) : 210 - 1.
5. กรองทอง ทิมาสาร. ยาป้องกันมาลาเรีย. *วารสารมาลาเรีย* 2538 ; 20 (5) : 237 - 9.
6. ประยุทธ สุดาทิพย์ มาริสา นิภาเกษม. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย *วารสารมาลาเรีย* 2541 ; 33 (2) : 60 - 72.
7. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือการปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย พ.ศ 2546. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
8. กรองทอง ทิมาสาร. ไข้มาลาเรียระบาด. *วารสารมาลาเรีย* 2543 ; 35 (4) : 163 - 4.
9. กรองทอง ทิมาสาร. ไข้มาลาเรียระบาด. *วารสารมาลาเรีย* 2540 ; 32 (3) : 109 - 11.
10. Fungladda W, Sornmani S. Health behavior, treatment seeking patterns and cost of treatment for patients visiting malaria clinics in Western Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1986 ; 17(3) : 379 - 85.
11. Butraporn P, Prasittisuk C, Krachaklin S, Chareonjai P. Behaviors in self - prevention of malaria among mobile population in east Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1995 ; 26 (2) : 213 - 7.
12. Butraporn P, Sornmani S, Hungsapruek T. Social behavioral, housing factors and their interactive effects associated with malaria occurrence in east Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1986 ; 17 (3) : 386 - 92.
13. เสาวนิต วิชัยขัทคะ. การระบาดไข้มาลาเรียในประเทศไทย. ใน : สมทัศน์ มะลิกุล, บรรณาธิการ. *มาลาเรียวิทยา 2542*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร

แห่งประเทศไทย จำกัด ; 2543. หน้า 36 - 48.

14. เสาวนิต วิชัยขัทคะ. การศึกษาการดื้อยาของเชื้อฟัลซิปารัมมาลาเรีย. ใน : สมทัศน์ มะลิกุล, บรรณาธิการ. *มาลาเรียวิทยา 2542.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2543. หน้า 120 - 138.
15. อุษา เล็กอุทัย, กมลวรรณ บำรุง. ปัจจัยความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียของครูสังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. *วาสารมาลาเรีย.* 2542 ; 34 (2) : 58 - 73.
16. อำนาจ เจริญกุล และคณะ. พฤติกรรมการป้องกันและรักษาไข้มาลาเรียของประชาชนบริเวณชายแดนไทย - พม่า. *วารสารโรคติดต่อ* 2539 ; 22 (4) : 308 -16.
17. ประยุทธ สุดาทิพย์. ปัจจัยเสี่ยงของการป่วยเป็นไข้มาลาเรียชนิดพลาสโมเดียมฟัลซิปารัมซ้ำในผู้ป่วยมาลาเรียที่มารับการรักษา ณ มาลาเรียคลินิค จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ระบาดวิทยา) สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
18. ประยุทธ สุดาทิพย์, มาริสสา นิภาเกษม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการรักษาไข้มาลาเรียช้าของผู้ป่วยมาลาเรีย. *วารสารมาลาเรีย* 2542 ; 34 (3) : 111 - 20.
19. สิริหญิง กังวาลเลิศ. ระบาดวิทยาและพฤติกรรมอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
20. ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ , กิตติ ทองศรี. การศึกษาระบาดวิทยาและพฤติกรรมการป้องกันรักษาไข้มาลาเรียของแรงงานต่างชาติในพื้นที่มีความเสี่ยงสูงของจังหวัดระนอง. [Online]. Available from : http :// library. hsri.or.th/abs/res/hs0825t.doc. [Accessed 2004 March 19].