

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

นางสาวพิสมัย สุระกาญจน์  
นางสาวณัฐพร สีนวิภาต  
นางกิงกาญจน์ จงใจหาญ  
นางสาวปิยธิดา ภูตาไชย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น  
กรมควบคุมโรค

## บทคัดย่อ

ไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV) เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งตับ ผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HCV การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการในพื้นที่เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ในเดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 ระยะเวลาที่ 1: การเตรียมการและวางแผนการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง วางแผนการแก้ไขปัญหา ระยะเวลาที่ 2 : การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน ระยะเวลาที่ 3 : การสังเกตการณ์ ระยะเวลาที่ 4 : การดำเนินการตามแผนปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุง ระยะเวลาที่ 5 : การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลลัพธ์ เครือข่ายที่ร่วมพัฒนาประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์มีรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การดูแลผู้ต้องขังเมื่อแรกจับ ประเมินภาวะสุขภาพแรกจับตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HCV ผลบวกแยกเข้าควบคุมแดนเฉพาะโรคทันที 2) การดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อHCV ระหว่างอยู่ในเรือนจำ จัดห้องแยกโรค ประเมินอาการผิดปกติ ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ แยกของใช้ส่วนตัว 3)การดูแลส่งต่อเข้าระบบการรักษา การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ตรวจประเมินก่อนการรักษา รักษาตามแนวทางของกรมควบคุมโรคปี 2564 โดยใช้ระบบ TELEMEDICINE และดูแลการให้ยาโดยใช้หลัก DOT (directly observed therapy) และตรวจยืนยันผลการรักษา 4) การดูแลก่อนพ้นโทษและการส่งต่อเพื่อติดตามการรักษา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ออกบัตรนัดเพื่อให้ไปรักษาและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนและคลินิกโรคตับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อติดตามการรักษา

จากการนำรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ในการดำเนินงานรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับ ซี ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 3,328 คน ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 343 คน (ร้อยละ 10.31 ) พ้นโทษก่อนเริ่มรักษาจำนวน 160 คน คงเหลือ 183 คน ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วย HCV Viral load จำนวน 159 คน ผลตรวจพบผู้ต้องขังที่ HCV Viral load >5,000 IU/mL ซึ่งเข้าตามเกณฑ์การรักษา จำนวน 124 คน ได้รับการตรวจประเมินก่อนการรักษา จำนวน 99 คน (พ้นโทษก่อน 25 คน มีผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาทั้งหมด 72 คน พ้นโทษก่อนการรักษาจำนวน 9 คน ได้รับการรักษาจำนวน 63 คน พ้นโทษก่อนรับยาครบจำนวน 4 คน มีผู้ต้องขังที่รับยาครบ 12 สัปดาห์ตามแผนการรักษาจำนวน 59 คน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของเรือนจำกาฬสินธุ์ ซึ่งมีข้อจำกัดหลายอย่างเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในเรือนจำแห่งอื่นต้องมีการเพิ่มสิทธิ์การคัดกรองและลดเกณฑ์การเข้าถึงการรักษา และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำแต่ละแห่ง

## กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ในครั้งนี้ ประสบความสำเร็จและลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนให้คำปรึกษา โดย รศ.พญ.วัฒนา สุขีไพศาลเจริญ อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายแพทย์นพ.เฉลิมพล พรตระกูล พิพัฒน์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้รับผิดชอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น และผู้รับผิดชอบโครงการราชทัณฑ์ปันสุข กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ร่วมการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางจึงทำให้การศึกษานี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นอย่างมาก

คณะผู้วิจัย

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	
กิตติกรรมประกาศ	
สารบัญตาราง	
สารบัญภาพ	
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>5</b>
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี	5
2.2 แนวคิดการป้องกันควบคุมโรคในเรือนจำ	17
2.3 แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	22
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	29
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>30</b>
3.1 สถานที่ในการเก็บข้อมูลและดำเนินการศึกษา	30
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
3.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน	31
3.4 เครื่องมือการเก็บข้อมูล	32
3.5 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	32
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	<b>33</b>
4.1 ระยะเวลาที่ 1 การเตรียมการและวางแผนการดำเนินงาน	33
4.2 ระยะเวลาที่ 2 การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน	43
4.3 ระยะเวลาที่ 3 การติดตามและประเมินผลการนำปฏิบัติตามแผนและการปรับแผนปฏิบัติ	45
4.4 ระยะเวลาที่ 4 การดำเนินการตามแผนปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุง	48
4.5 ระยะเวลาที่ 5 การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุง	50
<b>บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ</b>	<b>53</b>
5.1 สรุปผลการพัฒนา	53
5.2 อภิปรายผล	56
5.3 ข้อเสนอแนะ	57

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารอ้างอิง	58
ภาคผนวก	60

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การประเมินความรุนแรงของโรคตับ โดยใช้วิธี APRI หรือ FIB – 4	14
ตารางที่ 2 การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในระหว่างการรักษาด้วยยา DAA	15
ตารางที่ 3 การเลือกสูตรยาสำหรับรักษาผู้ใหญ่ซึ่งป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ที่ไม่มีภาวะตับแข็ง	15
ตารางที่ 4 จำนวนและรายละเอียดผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี	33
ตารางที่ 5 สิทธิประโยชน์ การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี	37
ตารางที่ 6 แนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV ที่มีกำหนดพ้นโทษในปีพ.ศ.2564	41
ตารางที่ 7 แนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV ปี พ.ศ.2564 (ปรับปรุงครั้งที่ 1)	45

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี	12
ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง	13
ภาพที่ 3 การประเมินการรักษา	16
ภาพที่ 4 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart	26
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย	29
ภาพที่ 6 ขั้นตอนการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี (สปสช.)	37
ภาพที่ 7 ขั้นตอนการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV	66

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งตับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ของโลก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับมีหลายสาเหตุ พบว่าสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus; HBV) ไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis C virus; HCV) พยาธิใบไม้ตับ สุรา และอะฟลาทอกซิน เป็นต้น พบว่าผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อ HBV มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 223 เท่า ประเทศญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรปพบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เกิดจากการติดเชื้อ HCV สูงถึงร้อยละ 50-83 และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 52 เท่า (ธนกร ปรงวิทยา, สมมาตย์ จันทร, สุจิตรา สุวรรณธาดา, ปรีชา หอมจำปา และศิริพร ปรงวิทยา, 2555) สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งตับร่วมกับการติดเชื้อ HCV ร้อยละ 20 เนื่องจากมะเร็งตับเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเร็วมาก เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่พบว่าเป็นมะเร็งตับก็มักจะตรวจพบว่าเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย และมีอาการมากแล้วเนื่องจากในช่วงเริ่มแรกของโรคมักจะไม่แสดงอาการใดเด่นชัดแบบเฉพาะเจาะจง เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ก็มักอยู่ในช่วงที่โรคลุกลามไปแล้ว ซึ่ง การรักษายากและมักจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2563)

สถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเรื้อรัง ประมาณ 130 - 150 ล้านคน จำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนมากดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง ภัยคุกคามร้ายแรงต่อความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ถ้ายังไม่มีการแก้ไข ปัญหาจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประเทศต่าง ๆ คาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า แนวโน้มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ และอาจมีผู้เสียชีวิตถึง 20 ล้านคน ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2573 ในประเทศไทยจัดเป็นพื้นที่ระบาด (endemic area) ของไวรัสตับอักเสบบี มีรายงานความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 1-2 และคาดประมาณว่ามีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 1 ล้านคน โดยพบความชุกมากที่จังหวัดในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ โดยความเสี่ยงที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประเทศไทย คือการโฆษณาเสพติดด้วยวิธีฉีด จากการศึกษาความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ที่โฆษณาเสพติดด้วยวิธีฉีด พบร้อยละ 70.2 และพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีร่วมด้วยในระดับสูงอีกด้วย (Verachai et al. 2002) นอกจากนี้มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุจากไวรัสตับอักเสบบีประมาณปีละ 2 หมื่นคน (เสริมพงษ์ จารุเลิศวุฒิ และคณะ, 2561) เนื่องจากผู้ติดเชื้อ HCV ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการป่วยใด ๆ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบวาตนเองติดเชื้อจนกระทั่งแสดงอาการของภาวะตับแข็งหรือมะเร็งตับจึงเข้ารับการรักษานในสถานบริการสาธารณสุข

องค์การสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UN Thailand) ได้เผยแพร่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) ที่ประชาคมโลกตกลงร่วมกันที่จะใช้เป็นกรอบในการดำเนินงาน การพัฒนาที่ยั่งยืนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริม สวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยที่กำหนดให้ทุกประเทศร่วมกันยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย โรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และร่วมกันต่อสู้กับโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ให้สำเร็จ ภายในปี 2573 (WHO, 2017) ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขของไทยเล็งเห็นความสำคัญของโรคดังกล่าวและได้



กำหนดนโยบายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะไวรัสตับอักเสบบีและซี ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคตับอักเสบบี ตับแข็งและมะเร็ง ที่เปรียบเสมือนมัจจุราชเงียบคร่าชีวิตคนไทยมานาน และดำเนินนโยบายเพื่อป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ลดการป่วยตาย และลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับ ผ่านมาตรการต่างๆ อย่างบูรณาการ และได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ.2560-2564 เป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเน้นการให้วัคซีนแก่เด็กแรกเกิด ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี โดยการตรวจคัดกรองเลือดที่บริจาคไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน ปี พ.ศ. 2564 (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กรมควบคุมโรค, 2560)

อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจำนวนมากที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตน เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและการรักษา ประชาชนบุคคลที่ได้รับสิทธิคัดกรองการติดเชื้อ HCV ในกลุ่มผู้ที่บริจาคโลหิต ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ที่ฉีดยาเสพติดเข้าเส้น (PWID) เท่านั้น กลุ่มเสี่ยงอื่นยังไม่มีแนวทางในการคัดกรองการติดเชื้อ ซึ่งทำให้พบการติดเชื้อเข้ามา ในส่วนสิทธิการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ครอบคลุมเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ในประชาชนทั่วไปที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หลังจากได้รับการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และมีผล Positive ก่อนเข้าสู่การรักษาต้องตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยการตรวจ HCV RNA viral load หรือ X-pert HCV viral load ค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 2,300-3,000 บาท ซึ่งผู้ติดเชื้อต้องจ่ายค่าตรวจเองการเข้าถึงการตรวจมีข้อจำกัดของหน่วยบริการที่สามารถตรวจได้ เมื่อผล HCV RNA viral load มากกว่า 5,000 จึงมีสิทธิ์ในการตรวจประเมินก่อนการรักษา ก่อนจะถึงขั้นตอนการรักษาต้องมีการประเมินหลายอย่างและต้องอยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหารเท่านั้นซึ่งบางโรงพยาบาลไม่มีแพทย์สาขานี้ประจำและยาในการรักษาต้องเบิกในบัญชียา จ2 ซึ่งมีระบบการเบิกที่ซับซ้อน ประชาชนส่วนใหญ่จึงเข้าถึงการรักษาน้อยทำให้โรคเกิดการลุกลามจนเกิดภาวะโรคตับอักเสบบี ตับแข็งและมะเร็ง (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กรมควบคุมโรค, 2563)

ผู้ต้องขังนั้นถือเป็นประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี เพราะอาจมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อตั้งแต่ก่อนต้องขัง อาทิ การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดทั้งยาเฮโรอีน ยาบ้าและยาไอซ์ การใช้หรือขายบริการทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์แบบชายกับชาย การใช้อุปกรณ์ฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันโดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์แบบชายกับชาย เป็นต้น ประเทศไทยมีผู้ต้องขังเกินกว่าความจุของเรือนจำนับเป็นอันดับ 6 ของโลก อันดับ 3 ของเอเชียและเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 จากราชทัณฑ์ทั่วประเทศ คนปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ต้องขังอยู่จำนวน 358,369 ราย มีข้อมูลจากงานวิจัยแสดงถึงปัจจัยเพิ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหลายประการเช่น พฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังราชทัณฑ์มีลักษณะแตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยภายนอก โดยมักมีพฤติกรรมเนื่องจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน (ก่อนต้องราชทัณฑ์) สูงถึงร้อยละ 70.3 ซึ่งสัมพันธ์กับสาเหตุของการต้องราชทัณฑ์มากที่สุดคือคดียาเสพติดฯ การศึกษานำร่องในเรือนจำคลองเปรม แดนที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยาเสพติดจำนวนประมาณ 1,020 คนในปี 2562 พบการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ ซิฟิลิส ประมาณ ร้อยละ 3, 7, 7 และ 4 ตามลำดับซึ่งสูงกว่าคนทั่วไปอย่างชัดเจน

จากการสำรวจเรือนจำทั่วประเทศไทย พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเรือนจำทั่วประเทศน้อยกว่า 1,000 ราย ซึ่งต้องดูแลผู้ต้องขังทั้งหมดประมาณ 370,000 ราย ทำให้การดูแลสุขภาพผู้ต้องขังอาจทำได้อย่างไม่ทั่วถึง และการส่งต่อผู้ต้องขังไป การรักษาพยาบาลนอกเรือนจำทำได้ลำบากเพราะมีขั้นตอนที่เข้มงวดในการขออนุญาตไปรักษาตัวในหน่วยบริการภายนอกเรือนจำ เพราะจำเป็นต้องมีผู้คุมติดตามออกไปด้วย นอกจากนี้ การเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำยังมีข้อจำกัด และที่สำคัญเรือนจำส่วนใหญ่จะไม่มีแพทย์ประจำ ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำเพื่อให้ดูแลสุขภาพผู้ต้องขังที่เป็นวัณโรค วัณโรคแฝง เอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงเป็นหนึ่งในเรื่องที่ต้องพิจารณาเพื่อแก้ปัญหาวัณโรค ปัญหาเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในเรือนจำและในชุมชน (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ ที่ทรงเล็งเห็นว่า การเข้าถึงบริการทางการแพทย์การพยาบาล รวมไปถึงการได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพของ ผู้ต้องขังเป็นสิทธิของผู้ต้องขังควรได้รับให้เท่าเทียมกับบุคคลภายนอกจึงได้ทรงมีพระบรมราชโองการ โปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้จัดตั้ง โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ขึ้น และได้ทรงมีพระเมตตาให้ความช่วยเหลือประชาชนอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติแม้กระทั่ง ผู้ถูกคุมขังที่อยู่ในเรือนจำ ในปี พ.ศ.2563 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้รับมอบหมายจากกรมควบคุมโรคให้ดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการพระราชดำรินพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ และ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี กรมหลวงราชสารินศิริพจนมหาวัชรราชธิดา โดยเรือนจำที่เป็นเป้าหมาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ เรือนจำกลางขอนแก่น เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม และเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการดำเนินงานพบว่าพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากที่สุด โดยพบผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 343 คน (ร้อยละ 10.31 ) ซึ่งถือว่าเป็นการติดเชื้อที่มีขนาดใหญ่จากสภาพเรือนจำที่มีความแออัดการใช้อุปกรณ์มีร่วมกัน(กรรไกรตัดเล็บ ตัดผม) ข้อจำกัดในเรื่องการรักษาทั้งสิทธิการรักษา ในปัจจุบันสิทธิการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ครอบคลุมเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ติดเชื้อเสฟติคชนิดชนิดเข้าเส้น(PWID) ในประชาชนทั่วไปที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หลังจากได้รับการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และมีผล Positive ก่อนเข้าสู่การรักษาต้องตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยการตรวจ HCV RNA viral load หรือ X-pert HCV viral load ค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 2,300-3,000 บาท ซึ่งผู้ติดเชื้อต้องจ่ายค่าตรวจเองการเข้าถึงการตรวจมีข้อจำกัดของหน่วยบริการที่สามารถตรวจได้ เมื่อผล HCV RNA viral load มากกว่า 5,000 ถึงมีสิทธิในการตรวจประเมินก่อนการรักษา ก่อนจะถึงขั้นตอนการรักษาต้องมีการประเมินหลายอย่างและต้องอยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ ระบบทางเดินอาหารเท่านั้นซึ่งบางโรงพยาบาลไม่มีแพทย์สาขานี้ประจำและยาในการรักษาต้องเบิกในบัญชียา จ2 ซึ่งมีระบบการเบิกที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีข้อจำกัดในการออกนอกเรือนจำ ทำให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเข้าถึงการรักษา ยากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตับอักเสบบี ตับแข็งและมะเร็ง และมีโอกาสในการแพร่เชื้อต่อผู้ต้องขังคนอื่นได้สูง หากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพให้หายจะเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสในการไปแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นสูงมากและมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยภาวะตับอักเสบบี ตับแข็งและมะเร็งในอนาคตซึ่งจะทำให้สูญเสียทรัพยากร

มนุษย์และงบประมาณของประเทศชาติ เพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของโรคลดการเจ็บป่วยและสูญเสียในผู้ติดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นและเพื่อบรรลุเป้าหมายของนโยบาย ดังนั้นผู้วิจัยและทีมจึงเห็นความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อในเรือนจำและให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อได้รับการรักษาป้องกันการเกิดมะเร็งตับในอนาคต

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research)และวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research) เช่นการศึกษาของบุญยัง ฉายาทับ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำทัศนสถาน การศึกษาภาณุพันธุ์ ธนปฐมสินชัย, จรรยา ดวงแก้ว, ถนอม นามวงศ์ (2564) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในพนักงานคัดแยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดยโสธร

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้การพัฒนาดำเนินการงานวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)มาใช้ในการพัฒนาเนื่องจากการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

**1.2 คำถามวิจัย:** รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ควรเป็นอย่างไร

**1.3 วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

**1.4 ขอบเขตการวิจัย:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการในพื้นที่เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเดือนตุลาคม 2563 - มิถุนายน 2565 เป็นการศึกษาการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ตั้งแต่การคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับ การป้องกันควบคุมโรคขณะอยู่ในเรือนจำ การส่งต่อรักษา และการส่งต่อเมื่อพ้นโทษ

**1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1.5.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลป้องกันควบคุมการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำ

1.5.2 เพื่อให้ผู้ต้องขังในเรือนจำที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่น และป้องกันการเกิดภาวะตับอักเสบบี ซี ตับแข็งและมะเร็งตับในอนาคตทำให้ลดการสูญเสียทรัพยากรของประเทศชาติต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.2 แนวคิดการป้องกันควบคุมโรคในเรือนจำ
- 2.3 แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

##### 2.1.1 นโยบายการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ในประเทศไทย สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีไม่ทราบชัดเจนจากระบบเฝ้าระวังโรครายงานผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เอ ประมาณปีละ 400-500 รายต่อปี รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี บี มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่มีผลการศึกษาวินิจฉัยที่แสดงว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บี ในประชาชนไทย มีแนวโน้มลดลงหลังจากการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี บี แก่เด็กแรกเกิด ต่อเนื่องมาว่าสองทศวรรษ ส่วนสถานการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี และชนิดอื่น ๆ ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนโดยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค ซึ่งควรได้รับการปรับปรุง อย่างไรก็ตาม ในระยะหลายทศวรรษที่ผ่านมา ในประเทศไทยมีการดำเนินงานทางสาธารณสุขที่มีผลต่อการป้องกัน ควบคุม และลดความรุนแรงของปัญหาจากโรคไวรัสตับอักเสบบี มาอย่างต่อเนื่อง เช่น

- การพัฒนาระบบสุขาภิบาล น้ำ อาหาร และการกำจัดของเสีย ช่วยลดการแพร่เชื้อทางน้ำและอาหาร รวมถึงเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เอ และอี
- การนำวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี บี มาใช้ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตั้งแต่ปี 2535 ช่วยลดการติดเชื้อในประชากรไทยลงอย่างมาก
- การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเลือดบริจาค ช่วยคัดแยกเลือดของผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บี และซี รวมทั้งเชื้อเอชไอวี เพิ่มความปลอดภัยจากการให้เลือด
- การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm reduction) เช่น ให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด สามารถแลกเข็มฉีดยาสะอาดมาใช้ ช่วยลดโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บี และซี
- การสื่อสารเผยแพร่ความรู้ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนโดยทั่วไป

- มาตรการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ภายใต้นโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปิดโอกาสให้เริ่มการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และซี เรื้อรัง โดยยาต้านไวรัสและอินเทอเฟียรอน โดยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การตรวจชั้นสูตรเพื่อคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยก่อนการรักษา ยังทำได้น้อย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ยังมีจำนวนน้อย นอกจากนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาวิธีการรักษาด้วยยาใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูง มีผลข้างเคียงน้อย และมีราคาไม่แพง

แม้จะมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยหน่วยงานต่างๆ ในหลายภาคส่วน ซึ่งมีความคืบหน้ามาเป็นลำดับ แต่การดำเนินงานในหลายด้านยังมีจุดอ่อนที่ต้องได้รับการแก้ไข และทุกด้านต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนา รวมทั้งมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการประสานเชื่อมโยงและบูรณาการ ให้บริการทุกด้านครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้กว้างขวางและมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม เหตุดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560-2564 ฉบับนี้ขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบทางยุทธศาสตร์สำหรับการดำเนินงานโดยหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีในทุกภาคส่วนนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ.2560-2564 มุ่งเน้นทั้งการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่และการดูแลรักษาผู้ที่ติดเชื้อแล้ว โดยการดำเนินงานอย่างบูรณาการ ตั้งแต่การป้องกันโรค การเฝ้าระวัง ค้นหา และรักษาผู้ติดเชื้อ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมีกรอบยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุม 5 ยุทธศาสตร์ และ 17 กลยุทธ์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่
  - กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อการเฝ้าระวังโรคและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
  - กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในพื้นที่
  - กลยุทธ์ที่ 3 ยกระดับการใช้ข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบี
2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่
  - กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่จำเป็น
  - กลยุทธ์ที่ 2 ยกระดับการบริการทางสาธารณสุขให้ปลอดภัยจากไวรัสตับอักเสบบี
  - กลยุทธ์ที่ 3 ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชาชน
  - กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค
3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การค้นหาและดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่
  - กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีคุณภาพ
  - กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี
  - กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบบีได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. ยุทธศาสตร์ที่ 4 การวิจัยพัฒนาเพื่อการป้องกันควบคุมโรคประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่

- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาเครือข่ายผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบ
- กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนารอบหัวข้อการวิจัยเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบที่จำเป็น
- กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้รับจัดสรรทุนเพื่อการวิจัยที่สำคัญ
- กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

5. ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารและจัดการทรัพยากรประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่

- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาโครงสร้างระบบงาน และเครือข่ายการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัส

ตับอักเสบ

- กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาการจัดการด้านงบประมาณ
- กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ.2560-2564 นี้ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานพยาบาลภาครัฐภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้เชื่อมโยงกับ Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021 ขององค์การอนามัยโลก และ Regional strategy for the prevention and control of Viral Hepatitis ขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก โดยองค์ประกอบของแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย สถานการณ์โรคและสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ โดยเนื้อหาในส่วนนี้ได้รวบรวมสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ รวมถึงทบทวนสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทยในแง่มุมต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย

2. ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ หลักการและกรอบยุทธศาสตร์ โดยการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ และหลักการนั้นได้อ้างอิงจากแผนยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกที่ปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยแล้ว ส่วนการกำหนดยุทธศาสตร์และกลยุธะนั้นใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบที่มีอยู่ในปัจจุบัน

3. การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และการติดตาม ประเมินผล และรายงานผล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบฉบับต่อไป

วิสัยทัศน์ การแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบลดลง และผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

เป้าหมาย ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี โดยเน้นการให้วัคซีนแก่เด็กแรกเกิดด้วยความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี โดยเน้นการตรวจคัดกรองเลือด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของเลือดที่บริจาคทั้งหมด และให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน ปี พ.ศ. 2564

พันธกิจ การป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้การทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลัก ในการประสานงานกับหน่วยงาน และองค์กรในภาคส่วนต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ ในการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาจากการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะอย่างยิ่งไวรัสตับอักเสบบีและซี ที่มีขนาดปัญหาและภาระโรคสูง (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กรมควบคุมโรค, 2560)

### 2.1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี

ไวรัสตับอักเสบบี ซี เป็นไวรัสที่ค้นพบปี พ.ศ. 2532 พบว่าเป็นไวรัสที่ทำให้เกิดตับอักเสบบีได้อีกชนิดหนึ่ง สามารถทำให้เกิดตับอักเสบบีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ตลอดจนถึงตับแข็งและมะเร็งตับความรุนแรงของเชื้อไวรัสชนิดนี้ คือ ตับอักเสบบีเฉียบพลันซึ่งหายได้เพียงร้อยละ 15 - 20 ภาวะติดเชื้อเรื้อรัง พบได้หลังการติดเชื้อร้อยละ 80 - 85 ซึ่งพบภาวะตับแข็งร้อยละ 20 - 30 และนำไปสู่ภาวะตับวาย และอีกร้อยละ 1 - 4 ของภาวะตับแข็ง (Cirrhosis) กลายเป็นมะเร็งตับ (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กรมควบคุมโรค, 2563)

#### 1) คุณสมบัติของไวรัส

ไวรัสตับอักเสบบี ซี จัดอยู่ใน Family Flaviviridae, genus Hepacivirus รูปทรงกลม (spherical) ขนาด 30 - 60 nm มี envelope หุ้มรอบ การเพาะเลี้ยงเชื้อ HCV ทำได้ยาก อาจเพาะเลี้ยงในเวลาสั้นๆ ได้ โดยใช้ primary hepatocyte culture หรือ human T lymphocyte cell line หรือ human B lymphocyte cell line สารพันธุกรรมของ HCV เป็น RNA สายเดี่ยว, positive strand, ขนาดยีนประมาณ 9,500 nucleotide ยีนแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ทำหน้าที่สร้างโปรตีน (coding region) หรือ opening reading frame (ORE) เป็นรหัสสร้างโปรตีน 9 ชนิด รวมกรดอะมิโน 3,010 - 3,037 ตัว และมีส่วนที่ไม่เป็นรหัสสร้างโปรตีน (noncoding region, NCR) หรือ untranslated region (UTR) ที่อยู่ปลาย 2 ข้าง ของยีน การสร้างโปรตีนของไวรัส บริเวณ coding region ทำหน้าที่เป็นรหัสสร้างโปรตีนชิ้นใหญ่ชิ้นหนึ่ง (polyprotein) ซึ่งจะถูกตัดย่อยโดยเอนไซม์ได้โปรตีนชิ้นย่อย เป็นโปรตีนที่ประกอบเป็นโครงสร้างของอนุภาคไวรัส (structural protein) และโปรตีนที่ทำหน้าที่ในขณะเพิ่มจำนวน (non-structural protein, NS)

Structural protein ประกอบด้วยโปรตีน 3 ชนิด คือ nucleocapsid protein หรือ core (C) protein และ envelope protein ชนิด E1 และ E2 Non-structural protein (NS) ประกอบด้วยโปรตีนอย่างน้อย 6 ชนิด คือ NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A และ NS5B ทำหน้าที่เป็นเอนไซม์ หรือควบคุมการทำงานของโปรตีนอื่น ๆ แอนติเจนที่ใช้สำหรับตรวจหา anti-HCV เตรียมโดย recombinant DNA จากส่วนของยีนบริเวณต่าง ๆ ทั้ง structural และ non-structural protein โดยเรียกชื่อ protein ที่ได้ตาม cDNA clones

เชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยแต่ละรายมีรหัสพันธุกรรมแตกต่างกันเชื้อ HCV มีความหลากหลายทางพันธุกรรม สามารถจัดแบ่งกลุ่มได้ 6 กลุ่ม เรียกว่า genotype ปัจจุบันแบ่งเป็น 6 genotypes คือ genotypes 1-6 และแยกย่อยเป็น subtype ของ genotype ได้แก่ 1a, 1b, 1c; 2a, 2b, 2c; 3a, 3b; 4a, 5a, และ 6a เชื้อไวรัสตับอักเสบซีแต่ละ genotype กระจายตัวต่างกันในแต่ละภูมิภาคโลก HCV genotype 1, 2 และ 3 พบได้ทั่วโลก ส่วน genotype 4, 5 และ 6 พบเฉพาะในบางภูมิภาคเท่านั้น สำหรับในประเทศไทยเชื้อที่พบบ่อย คือ genotype 3a, genotype 6, genotype 1b และ 1a ส่วน genotype อื่นพบน้อย (สิริฤกษ์ ทรงศิริวไลย, 2543)

## 2) ความสำคัญทางคลินิก

เชื้อ HCV แต่ละ genotype อาจมีความรุนแรงในการก่อโรคและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต่างกัน บาง genotype จะพบการติดเชื้อเรื้อรังมากกว่า genotype อื่น ดังเช่น HCV genotype 1b ก่อโรครุนแรง พบระดับเอนไซม์ alamine transferase (ALT) และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงกว่า genotype อื่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ genotype 1 ตอบสนองต่อการรักษาด้วย interferon ไม่ดีเท่ากับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HCV genotype 2 หรือ 3 นอกจากนี้ ภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นหลังติดเชื้อ HCV genotype ใด genotype หนึ่ง อาจไม่สามารถป้องกันเชื้อ HCV genotype อื่นได้ และน้ำยาตรวจวินิจฉัยบางชนิด ที่เตรียมจาก HCV genotype 1 อาจไม่สามารถตรวจจับ HCV genotype อื่นได้ ทำให้ได้ผลลบปลอมชุดน้ำยาตรวจหา anti-HCV ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ส่วนใหญ่ผลิตโดยใช้แอนติเจนจากรหัสพันธุกรรมของ HCV genotype 1 การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อ genotype 3 และ genotype 6 สร้างแอนติบอดีที่ไม่สามารถทำปฏิกิริยากับแอนติเจนส่วน NS3 และ NS4 แต่ทำปฏิกิริยากับแอนติเจนส่วน core ของ HCV genotype (สิริฤกษ์ ทรงศิริวไลย, 2543)

ระยะฟักตัวประมาณ 7 สัปดาห์ (3 สัปดาห์ถึงมากกว่า 20สัปดาห์) หลังได้รับเชื้อ 1 - 2 สัปดาห์ จะเริ่มตรวจพบ HCV RNA ในเลือด ต่อมาประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ จะเริ่มพบระดับ ALT สูงขึ้น (Garnier, Inchauspe & Trepo, 2002) ผู้ติดเชื้อ HCV ประมาณหนึ่งในสามเท่านั้นที่แสดงอาการตับอักเสบเฉียบพลัน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงจนเกิด fulminant hepatitis แต่พบได้น้อยลักษณะสำคัญของการติดเชื้อ HCV คือ ผู้ติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 80 ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปได้หมด และเกิดการติดเชื้อเรื้อรังตามมา โดยที่อาจไม่มีอาการป่วย ผู้ติดเชื้อ ECV เรื้อรัง อาจมีระดับ ALT ปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ ALT สูงต่ำได้มาก เช่นเดียวกับระดับ HCV RNA ในเลือดแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาสูงขึ้น (Lemom, Walker, Alter & Yi, 2007) ผู้ป่วยบางรายมีพยาธิสภาพในตับ เกิดอักเสบเรื้อรังโดยไม่มีอาการ ไม่มีอาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ผิดปกติก็ได้ แต่เมื่อติดตามอาจจะเปลี่ยนแปลงเป็นผู้มีอาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ การศึกษาติดตามผู้ติดเชื้อ HCV พบว่า หลังได้รับเชื้อราว 10 ปี ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง จะมีลักษณะของ chronic hepatitis และเกิดโรคตับแข็งและมะเร็งตับตามมาในเวลา 20 ปีและ 30 ปี ตามลำดับ (Tong, El-Farra, Reikes & Co,1995)



### 3) การติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี

#### 3.1) การติดต่อของไวรัสตับอักเสบบี ซี สามารถติดต่อได้ ดังนี้

1. เลือดและผลิตภัณฑ์ทุกชนิด โดยเฉพาะได้รับก่อนปี พ.ศ. 2533 สภากาชาดไทยเริ่มควบคุมคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี ทั่วประเทศหลังปี พ.ศ. 2535

2. การใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน
3. การสัก การเจาะหู โดยใช้อุปกรณ์ที่ไม่มีมาตรฐาน
4. การฟอกไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
5. ติดต่อทางเพศสัมพันธ์

#### 3.2) ลักษณะในการถ่ายทอดเชื้อ

การถ่ายทอดเชื้อผ่านทางเลือดสู่เลือด (Blood to blood contact) เท่านั้น เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสกับเลือดผู้ติดเชื้อ การสักร่างกาย เป็นต้น สำหรับการติดเชื้อโดยวิธีอื่น เช่น ทางเพศสัมพันธ์โดยมีผลทำให้เกิดช่องทางเข้าทางเลือด เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การถ่ายทอดจากมารดาไปสู่ทารกพบได้น้อยมาก

#### 3.3) ประชากรกลุ่มเสี่ยง

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. ชายรักชาย และพนักงานบริการทางเพศ
3. ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
4. ผู้ต้องขังหรือผู้เคยมีประวัติต้องขัง
5. ผู้ที่เคยได้รับเลือดและ/หรือรับบริจาคอวัยวะก่อนปี พ.ศ. 2535
6. ผู้ที่เคยสักผิวหนัง เจาะผิวหนังหรืออวัยวะต่างๆ(ในสถานประกอบการที่ไม่ใช่สถานพยาบาล)
7. ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกไตเป็นประจำ
8. ผู้ที่เป็นคู่สมรส หรือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
9. ผู้ที่มีมารดาเป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง
10. ผู้ที่เคยรับการรักษาจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ฉีดยา ทำฟัน หรือหัตถการอื่น ๆ
11. ผู้ที่มีค่าเอนไซม์ของตับผิดปกติ
12. ผู้ที่สัมผัสหรือมีประวัติสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี

#### 4) อาการของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ตับอักเสบบีบพอง ตับอักเสบบีบพอง หลังจากไวรัสตับอักเสบบี ซี เข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เกิดการอักเสบของตับ แต่ส่วนมากผู้ป่วยจะไม่มีอาการ มีเพียงประมาณร้อยละ 25 - 30

ของผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ที่เรียกว่า ตีช่าน ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ว่าตัวเองเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบบเฉียบพลัน

ระยะที่ 2 ตับอักเสบริ้ร้ง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากกว่าร้อยละ 80 จะเกิดภาวะตับอักเสบริ้ร้ง ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการ จนเมื่อตับถูกทำลายไปมากพอควรหรือมีการอักเสบของตับมาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

ระยะที่ 3 ตับแข็ง ในระยะแรก ยังไม่มีอาการหรือความผิดปกติ ผู้ป่วยยังสามารถมีชีวิตทำงานได้ตามปกติเหมือนเดิมจนกระทั่งผู้ป่วยสูญเสียการทำงานของตับมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะเริ่มมีอาการต่าง ๆ ซึ่งอาการแสดงแบ่งเป็น 2 ระยะ

- อาการที่เกิดจากการสูญเสียการทำงานของเซลล์ตับ ทำให้การสร้างสารอาหารพลังงาน และการทำลายพิษต่าง ๆ ผิดปกติ อาจพบอาการ ดังนี้

- 1) อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง
- 2) ตัวเหลือง ตาเหลือง
- 3) ท้องมาน ขาบวม
- 4) ผิวดำคล้ำ แห้ง คันโดยไม่มีแผล หรือผื่นมากกว่าเดิม
- 5) เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน
- 6) ผิวหนังซ้ำ เชี่ยวง่าย
- 7) ไวต่อยาหรือสารพิษต่าง ๆ มากกว่าปกติ
- 8) สมอมนิ่งง ซึ่ม สับสน หรือโคมา

- อาการที่เกิดจากภาวะตับแข็ง (Cirrhosis)

1) อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือด เนื่องจากมีการแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Esophageal varices)

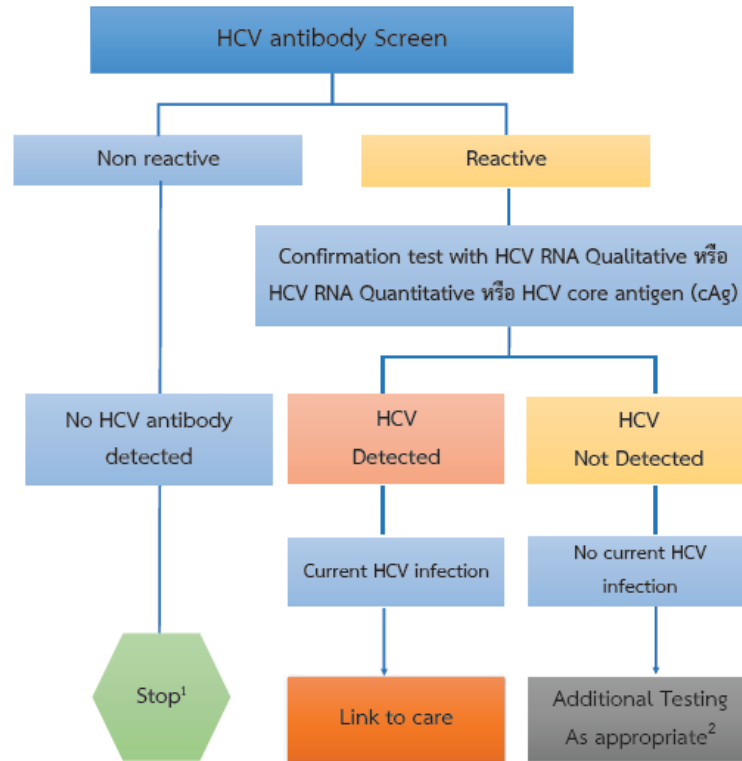
- 2) ม้ามโต
- 3) ซีด เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ
- 4) มะเร็งตับ

5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการมี 2 ขั้นตอน

1. การตรวจคัดกรอง
2. การตรวจยืนยันการวินิจฉัย

การตรวจคัดกรองโดยการตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ HCV (Anti - HCV) มีทั้งชุดตรวจที่ใช้หลักการ ELISA และชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid Test) ที่ใช้หลักการ Immunochromatography แต่ที่นิยมตรวจเป็นการตรวจแอนติบอดีด้วยวิธี Enzyme immunoassay (EA) ซึ่งใช้ชุดการตรวจสำเร็จรูป ถ้าตรวจพบว่าให้ผลบวกจำเป็นต้องตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การตรวจยืนยันการวินิจฉัย

ทำได้หลายวิธี เช่น HCV RNA Qualitative หรือ HCV RNA Quantitative หรือ HCV core antigen (cAg)  
 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

<sup>1</sup>สำหรับผู้ที่อาจได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แนะนำให้ทำการทดสอบ HCV RNA หรือการตรวจติดตามแอนติบอดี ICV สำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องการทดสอบ HCV RNA นั้นสามารถพิจารณาได้

<sup>2</sup>เพื่อแก้ไขจากผลบวกปลอมของตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ให้พิจารณาตรวจแอนติบอดีไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธีอื่น และให้ทำการทดสอบ ICV RNA ซ้ำ หากสงสัยว่าบุคคลที่ทดสอบนั้นได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือมีหลักฐานทางคลินิกเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซี หรือหากมีข้อกังวลควรก็ปรึกษาตัวอย่างทดสอบไว้

#### 6) การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

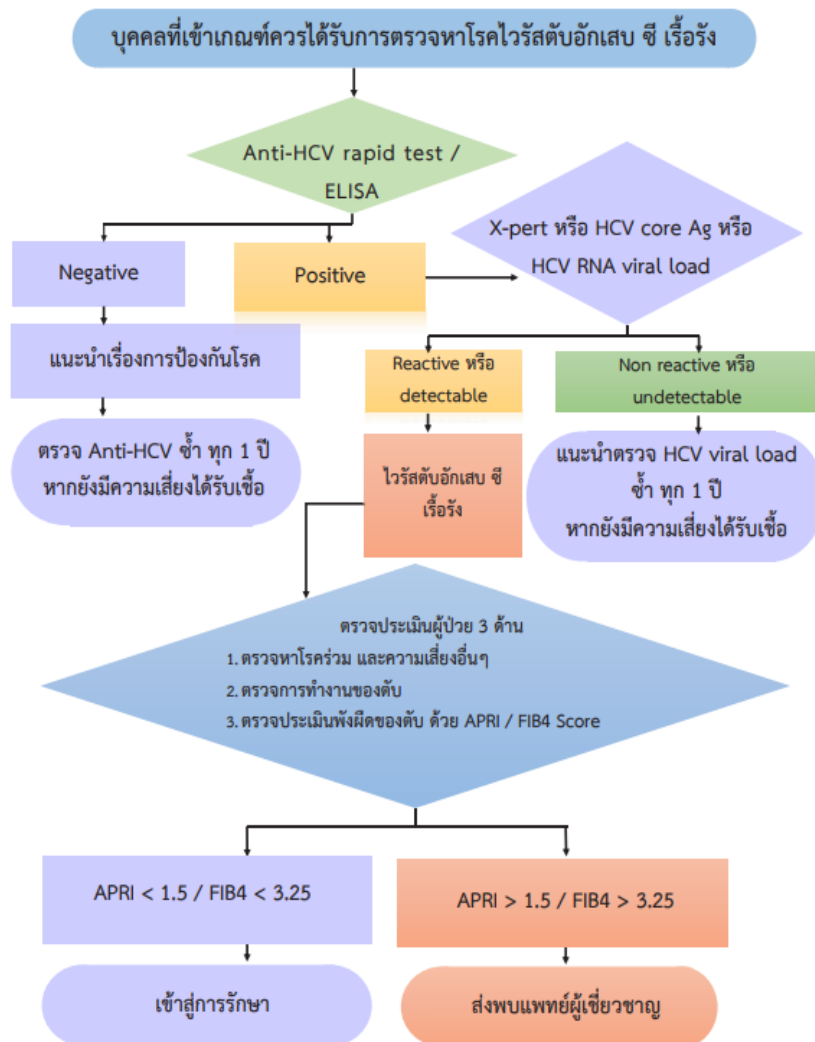
ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุด หลักการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี มีดังนี้

1. ห้ามใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
2. สวมถุงมือถ้าต้องสัมผัสเลือด
3. ห้ามใช้มีดโกนหนวด แปรงสีฟันร่วมกัน
4. ห้ามใช้อุปกรณ์ในการสักร่วมกัน ผู้รับทำการเจาะสักก็ควรต้องมีอุปกรณ์ บุคลากรที่มีมาตรฐานและรับผิดชอบในการกระทำ ไม่นำอุปกรณ์ที่ใช้แล้วมาใช้กับคนอื่นอีก
5. ใช้ถุงยางอนามัย จนรักษาหายจากไวรัสตับอักเสบ ซี
6. กรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี แนะนำให้ทำการรักษาก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปยังทารก

7. การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ซ้ำ กรณีเป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ควรสนับสนุน ให้ได้รับการบำบัดยาเสพติดอย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

#### 7) แนวทางการรักษา

ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง โดยการตรวจหา Antibody หากตรวจพบผลลบ (Negative) ควรได้รับการแนะนำป้องกันโรคและตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบ ซี ซ้ำทุก 1 ปี ในกรณีที่ตรวจพบผลบวก (Positive) ให้ตรวจยืนยันด้วย X - pert หรือ HCV core AS หรือ HCV RNA viral load หากได้ผลบวกแสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง และมีการตรวจประเมินผู้ป่วย เพื่อส่งต่อหรือเข้าสู่ระบบการรักษา ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง

7.1 การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี

การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นขั้นตอนการประเมินประชากรกลุ่มเสี่ยงอาการและระยะของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี และความพร้อมของผู้ป่วย ในการรักษาด้วย ยาต้านไวรัส Direct - acting Antiviral (DAA) ได้แก่

7.1.1 การประเมินก่อนการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี แบบเรื้อรัง สามารถดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อรักษาสภาพตับไม่ให้ถูกทำลาย และควรที่จะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อติดตามสภาพและอาการของตับด้วย

1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholic dependent) เพราะไม่ควรเริ่มให้การรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ยังดื่มสุราอยู่

2) ในกลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (PVD) ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และเอชไอวี รวมถึงควรได้รับการเสนอให้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการติดเชื้อสองชนิดพร้อมกัน

3) ควรประเมินการทำงานของไต ถ้าค่า GFR < 30 ml/min/1.7 m<sup>2</sup> ให้ส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร

4) ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่มีภาวะรุนแรงหรือที่ยังควบคุมไม่ได้ตีร่วมด้วย ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร

5) ควรใช้ระบบการประเมินความรุนแรงของโรคตับ เช่น คะแนน APRI หรือ FIB - 4 หรือ elastography หรือ serum fibrosis marker หรือการเจาะตับเพื่อประเมินสภาพตับ

6) การตรวจอย่างง่าย โดยอาจใช้วิธีตรวจหา AST to Platelet Ratio Index หรือ APR เพื่อประเมินความรุนแรงของพังผืดในตับทดแทน ซึ่งสามารถคำนวณและแปลผล APRI ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การประเมินความรุนแรงของโรคตับ โดยใช้วิธี APRI หรือ FIB - 4

<b>คำนวณ</b>	APRI* = [AST Level ÷ (Upper Limit of Normal of AST) / Platelet Count] x 100		
<b>แปลผล</b>	APRI > 1.5	หมายถึง cirrhosis	เทียบเท่า METAVIR = F4
	APRI = 0.5 - 1.5	หมายถึง significant fibrosis	เทียบเท่า METAVIR ≥ F2
	APRI < 0.5	หมายถึง non or mild fibrosis	เทียบเท่า METAVIR < F2
*AST และ Upper Limit of Normal of AST มีหน่วยเป็น IU/L และ Platelet Count มีหน่วยเป็น 10 <sup>9</sup> /L			
FIB - 4 Score = (Age* x AST) / (Platelets x √(ALT))			
*Use with caution in patients < 35 or > 65 years old, as the score has been shown to be less reliable in these patients.			
<b>แปลผล</b>	ค่า FIB - 4 มากกว่า 3.25 หมายถึง มีภาวะตับแข็ง		

### 7.1.2 การประเมินระหว่างการรักษา

การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในระหว่างการรักษาด้วยยา DAA แนวทางของกรมควบคุมโรคเสนอให้ใช้ตารางการติดตามผลที่ไม่ซับซ้อน ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในระหว่างการรักษาด้วยยา DAA

ช่วงเวลาในการติดตามผล	ช่วงเวลาในการติดตามผลกรณีที่รักษาด้วยยา DAA เพียงอย่างเดียว
จุดตั้งต้น (baseline) ช่วงก่อนการรักษา	การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง
ช่วง 4, 8 และ 12 สัปดาห์ ของการรักษา	ติดตามการรับประทานยาสม่ำเสมอด้วยเครือข่ายติดตามการรักษาพยาบาล เช่น รพ.สต. หรือ อสม.
ช่วงก่อนเริ่มรักษา และที่ 12 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการรักษา (0, 24 สัปดาห์)	ติดตามโดยแพทย์

### 8) การรักษา

8.1 การรักษาทางการแพทย์สามารถรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบบเรื้อรังได้โดยผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ควรได้รับการรักษาด้วยสูตรยา DAA แนวทางฉบับนี้ให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการเลือกสูตรยาชนิดครอบคลุมทุกสายพันธุ์ ซึ่งใช้รักษาไวรัสตับอักเสบบี รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรักษาผู้ใหญ่ และวัยรุ่น ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเลือกสูตรยาสำหรับรักษาผู้ใหญ่ซึ่งป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังที่ไม่มีภาวะตับแข็ง

สูตรยา	ระยะเวลา
Sofosbuvir (400 mg) / Velpatasvir (100 mg)	12 สัปดาห์
Sofosbuvir (400 mg) / Daclatasvir (60 mg)	12 สัปดาห์
Glecaprevir (100 mg) / Pibrentasvir (40 mg)	8 สัปดาห์

#### 8.2 ข้อควรระวังในการใช้ยาสูตร DAA และควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่ง ร่วมกับมีภาวะตับแข็ง
2. ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่ง ร่วมกับมีภาวะตับวาย
3. ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่ง ร่วมกับมีภาวะมะเร็งตับ
4. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี
5. ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง GFR < 30 มิลลิลิตรต่อนาที
6. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะรุนแรงหรือที่ยังควบคุมไม่ได้ดีร่วมด้วย
7. ผู้ป่วยที่มีประวัติปลูกถ่ายตับ
8. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกลุ่ม (DAA) ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี

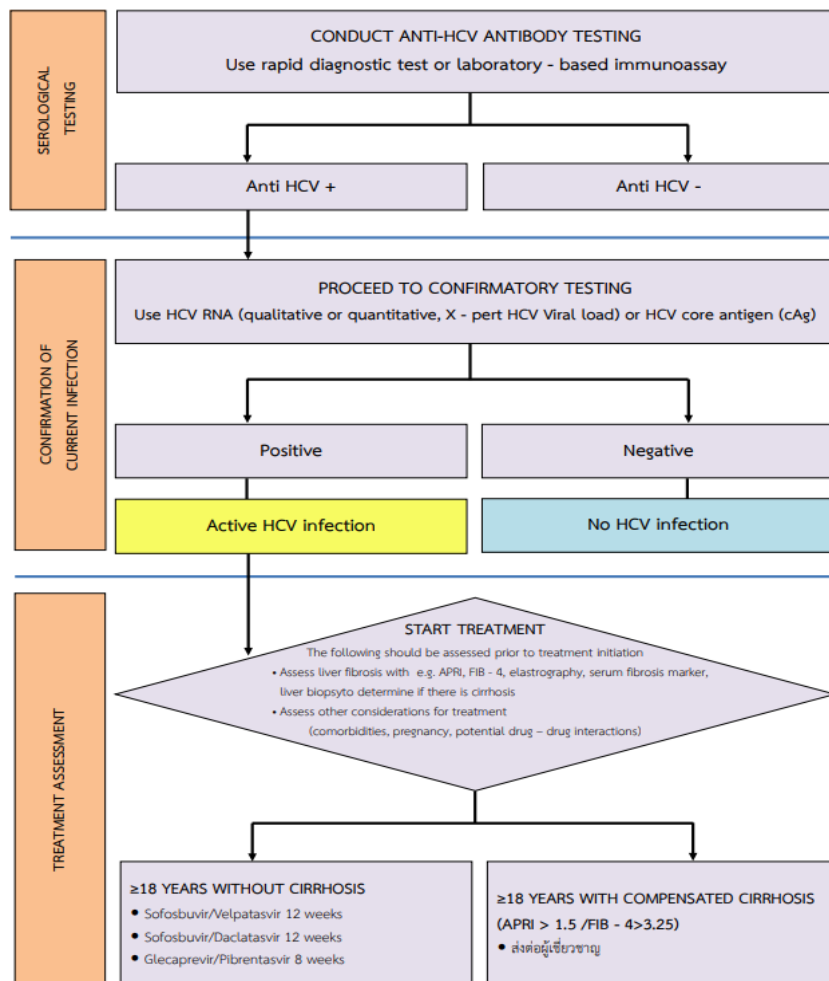
มาก่อน

### 8.3 แนวทางการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร

1. ส่งตรวจสายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบ ซี (Genotype)
2. ถ้าเป็นสายพันธุ์ 36 และมีตับแข็ง ให้การรักษาด้วย Sofosbuvir/Velpastasvir ร่วมกับ Ribavirin เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์
3. ถ้าเป็นตับแข็งระยะท้าย (Decompensated cirrhosis) ให้การรักษาด้วย Sofosbuvir / Velpastasvir ร่วมกับ Ribavirin เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์
4. ถ้าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง GFR < 30 มิลลิลิตรต่อนาที พิจารณาการรักษาด้วย Sofosbuvir/ Velpastasvir ด้วยความระมัดระวัง หรือให้การรักษาด้วย Glecaprevir/Pibrentasvir
5. ถ้ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ของสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

### 9) การประเมินการรักษา

การประเมินผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในกรณีที่ไม่มีความตับแข็ง ให้การรักษาด้วยยา DAA ส่วนถ้าพบว่ามีความตับแข็งให้ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การประเมินการรักษา

## 2.2 แนวคิดการป้องกันควบคุมโรคในเรือนจำ

### 2.2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ต้องขังในเรือนจำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถิติติดอันดับ 6 ของประเทศที่มีผู้ต้องขังมากที่สุดในโลก อันดับ 3 ของเอเชีย และอันดับ 1 ของอาเซียน โดยที่มีผู้ต้องขังมากเกิน 3 แสนคน แต่เรือนจำสามารถรองรับผู้ต้องขัง ได้ประมาณ 120,000 คน จากข้อมูลสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 พบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศ มีจำนวนมากถึง 354,905 คน โดยแยกเป็นชาย 308,693 คน หญิง 46,212 คน ทำให้ความเป็นอยู่ภายในเรือนจำมีความแออัดมาก จึงก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ขึ้นอย่างง่ายตาย โดยเฉพาะโรคติดต่อ มีโอกาสที่จะแพร่กระจายของเชื้อโรคได้อย่างรวดเร็ว และมีอาการรุนแรงมากขึ้น จากการอยู่อย่างแออัด ในพื้นที่ และทรัพยากรที่จำกัด รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรที่ดูแลผู้ต้องขัง และปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหานี้มาโดยตลอด และได้พยายามหาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ต้องขังโดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขของผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมราชทัณฑ์ เนื่องจากผู้ต้องขังส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80) มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (Universal Coverage : UC) จึงจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้ต้องขังได้เข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ จากการสำรวจมูลค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต้องขัง ซึ่งไม่สามารถเรียกเก็บได้ในปีงบประมาณ 2559 ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 75 จังหวัด พบว่า มีผู้ต้องขังที่เข้ารับการรักษแล้วไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายโดยประมาณการได้ จำนวน 23,105 ราย เป็นจำนวนเงินถึง 52,343,443.17 บาท โดยเฉลี่ยแล้วเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 2,265.46 บาทต่อราย โดยส่วนใหญ่ได้รับแหล่งงบประมาณที่สนับสนุนจากเงินบำรุงของโรงพยาบาลซึ่งนับเป็นภาระของโรงพยาบาลอย่างมาก

ในปีงบประมาณ 2559 คณะรัฐมนตรีได้มีมติมอบหมายให้กระทรวงยุติธรรม เป็นหน่วยงานหลักรับรายงานผลการพิจารณาคำร้องเพื่อเสนอแนะนโยบายหรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมาย เรื่องสิทธิของผู้ต้องขัง และสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ กรณีการเข้าถึงสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของผู้ต้องขัง ไปพิจารณาร่วมกับกระทรวงแรงงานกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแพทยสภา และสภาการพยาบาล เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางและความเหมาะสมของข้อเสนอดังกล่าว และสรุปผลการพิจารณาหรือผลการดำเนินงานในภาพรวม ส่งให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เพื่อเสนอแนะนโยบายหรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมาย เรื่องสิทธิของผู้ต้องขังและสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ

### 2.2.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำ

1. หน่วยบริการสุขภาพในเรือนจำและสถานพยาบาลแม่ข่ายปีงบประมาณ 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทั้ง 13 เขต จะมีบทบาทสำคัญในการทำงานเชื่อมประสานงานระหว่างสถานพยาบาลเรือนจำ โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อจัดให้มีระบบการลงทะเบียนสิทธิผู้ต้องขัง และปัจจุบันสถานพยาบาลเรือนจำ จำนวน 142 แห่ง ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ครบ 100%) แยกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 14 แห่ง และหน่วยบริการประจำ 2



แห่ง (เนื่องจากส่วนใหญ่ยังต้องการการพัฒนา ยกระดับคุณภาพ จึงได้ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์ ที่สำคัญๆ เช่น การคัดกรองและรักษาวัณโรค HIV โรคไม่ติดต่อ จิตเวช การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

2. ข้อมูลรายงานสิทธิการประกันสุขภาพของผู้ต้องขัง แยกประเภทสิทธิ และกลุ่มที่ไม่มีสิทธิ สถานการณ์ด้านการลงทะเบียนสิทธิผู้ต้องขัง ณ พฤษภาคม 2562 พบว่า มีผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจสอบสิทธิ โดยสำนักบริหารทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 339,789 คน มีสิทธิ UC ทั้งหมด 329,024 คน คิดเป็นร้อยละ 96.83 สิทธิ UC ตรง CUP จำนวน 261,926 คน คิดเป็นร้อยละ 79.61 สิทธิ UC นอก CUP จำนวน 67,098 คน คิดเป็นร้อยละ 20.39 สิทธิอื่น ๆ เช่น สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น, สิทธิข้าราชการ/สิทธิหน่วยงานรัฐ, สิทธิครูเอกชน, สิทธิประกันสังคม, บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน 10,155 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 และเป็นสิทธิว่าง ไม่พบข้อมูลเลข 13 หลัก จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 0.18

3. การเข้าถึงสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง (ผู้ต้องขังที่มีเลข 13 หลัก) และการเชื่อมโยงข้อมูลทางเทคโนโลยีระหว่างกรมราชทัณฑ์และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมราชทัณฑ์ มีผู้ต้องขังที่อยู่ในความรับผิดชอบมากถึง 354,905 คน (ข้อมูลจากสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 3 กรกฎาคม 2562 พบปัญหาอุปสรรค คือ ปัญหาสถานะสิทธิ/การไร้สิทธิ และสิทธิอยู่นอกพื้นที่ CUP ซึ่งแต่เดิมการขอขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง เรือนจำจะนำเอาเอกสารของผู้ต้องขังป่วยที่มีเลข 13 หลักจัดส่งให้โรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ที่ดูแลรับผิดชอบเรือนจำขึ้นสิทธิให้ โดยที่ทางเรือนจำจะไม่ทราบว่าสิทธิที่เกิดขึ้นนั้นมีจำนวนเท่าใด ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ งบประมาณของรัฐบาลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายมาให้นั้น มาลงตรงกับพื้นที่ของเรือนจำมากน้อยเพียงใด ส่งผลต่อเรือนจำ เมื่อนำผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษายังโรงพยาบาลภายนอกแล้วเกิดปัญหาไม่มีสิทธิการรักษา สิทธิการรักษายังไม่เกิด หรือสิทธิการรักษาไม่ตรงพื้นที่ โรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ที่ไม่ต้องการรับไว้รักษา หากเจ็บป่วยมากหรือเป็นโรคที่ต้องมีค่ารักษาพยาบาลสูงทางโรงพยาบาลอาจจะต้องขอให้เรือนจำย้ายผู้ต้องขังไปอยู่ตามสิทธิที่ขึ้นอยู่ จึงเกิดความยุ่งยากทับซ้อนตามมา

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เร่งดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขัง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการจัดการและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำให้สามารถเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ และสร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานและความเพียงพอของบริการ สนับสนุนความเพียงพอของบริการและเหมาะสม และจัดหาบริการให้กับกลุ่มเปราะบางที่ยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ เช่น กลุ่มผู้ต้องขัง ตามยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ดังนี้

1) การประกาศขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลในเรือนจำ (142 แห่ง ทั่วประเทศ) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครบทุกแห่ง

2) การลงทะเบียนสิทธิการรักษาให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพกรมราชทัณฑ์ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้จัดส่งข้อมูลผู้ต้องขังทั้งหมด ผู้ต้องขังเข้าใหม่ และปล่อยตัวเป็นรายเดือน ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อดำเนินการตรวจสอบสิทธิ และย้ายสิทธิการรักษาให้กับผู้ต้องขังพื้นที่ขอต้นมติกกลับไปยังภูมิลำเนา เพื่อป้องกันปัญหาผู้ต้องขังวิตกกังวลเรื่อง การถูกตีตราในการกลับ

เข้าสู่สังคมภายหลังพันโทษ และให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพทันที ซึ่งปัจจุบันกรมราชทัณฑ์และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเชื่อมต่อข้อมูลในรูปแบบเว็บเซอร์วิส (Web Service) ได้แล้ว มีการอัปเดตทุก ๆ 15 วัน มีการเคลื่อนไหวของข้อมูลวันละประมาณ 2,110 คน จากประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้สถานพยาบาลเรือนจำสามารถเป็นนายทะเบียนขึ้นสิทธิการรักษาให้กับผู้ต้องขังและดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ในการค้นหาผู้ที่มีเลข 13 หลัก นำมาขึ้นทะเบียนสิทธิทั้งหมด และพยายามให้ลงทะเบียนสิทธิที่ตรงกับ CUP หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลรับผิดชอบเรือนจำ โดยให้มีการย้ายสิทธิผู้ต้องขังเข้ามาในเรือนจำให้ตรง CUP หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใน 30 วัน ยกเว้นในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือกลุ่มที่ต้องรับยาต่อเนื่องสามารถดำเนินการย้ายสิทธิได้ทันที ทำให้เม็ดเงินหรืองบประมาณของรัฐบาลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายมาให้มันลงมาถูกพื้นที่ การค้นหาสิทธิมีความถูกต้องมากขึ้น ลดการขึ้นทะเบียนสิทธิซ้ำ เมื่อนำผู้ต้องขังป่วยมารักษาก็สามารถติดต่อประสานได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้ง ในกรณีผู้ต้องขังที่ไม่มีเลข 13 หลัก ยังได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลในการรักษา เนื่องจากยังไม่มียกงบประมาณในส่วนนี้จากรัฐบาล จึงถือเป็นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขให้กับผู้ต้องขัง

#### 4. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในเรือนจำ

จากการศึกษาวิจัย โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการและส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขัง ในปี พ.ศ. 2560 โดย กุลภา วจนสาระ (2561) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพผู้ต้องขัง ได้แก่องค์ประกอบพื้นฐานในชีวิตของผู้ต้องขังคือ คนด้อยโอกาส ได้รับการศึกษาน้อย สองในสามจบภาคบังคับและต่ำกว่ารายได้ไม่มั่นคง ผู้ต้องขังราวสามในสี่มีเงินคงเหลือในบัญชีของเรือนจำเฉลี่ยไม่ถึง 1,000 บาท พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ต้องขังเกือบหนึ่งในสามเห็นว่าไม่ค่อยได้รับสารอาหารตามที่ร่างกายต้องการ และต้องซื้ออาหารและเครื่องดื่มบางอย่างเป็นประจำ และส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้กินผลไม้ประเภทต่าง ๆ การออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกเป็นประจำ สัปดาห์ละ 1 - 2 วัน/3 - 7 วัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ ร้อยละ 82 เคยเจ็บป่วยและได้ยาจากพยาบาล สองในสามป่วยและได้พบแพทย์ที่เข้ามาตรวจ ร้อยละ 10 ป่วยและได้ออกไปหาหมอข้างนอก และยังมีผู้ต้องขังที่ไม่ได้ออกไปพบแพทย์ข้างนอก ข้อเสนอเชิงนโยบายควรใช้แนวทางระบบสุขภาพแบบบูรณาการในเรือนจำ ประกอบด้วย สาธารณสุขมูลฐาน สุขภาพปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยใช้แนวคิดปัจจัยที่กำหนดสุขภาพผู้ต้องขังเป็นพื้นฐานในการทำงาน

- 1) ปรับกระบวนการทัศนในการทำงานบริการสุขภาพผู้ต้องขัง สร้างสมดุลระหว่างแนวคิดเรื่องควบคุมกับสิทธิด้านสุขภาพ
- 2) พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในเรือนจำในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 3) พัฒนาระบบเครือข่ายด้านสุขภาพผู้ต้องขัง โดยอาศัยแผนปฏิบัติการตามแนวทางให้บริการสุขภาพผู้ต้องขังของกองบริหารการสาธารณสุข
- 4) เพิ่มทางเลือกต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขัง ได้แก่ กลุ่มเพื่อนดูแลเพื่อน บริการสุขภาพออนไลน์การขายบัตรประกันสุขภาพให้กับผู้ต้องขังที่ไม่เข้าข่ายได้รับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เป็นต้น

จากการศึกษาวิจัย โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขัง ในเรือนจำโดยสถาบันกัลยาธรรมาครินทร์ กรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ต้องขังที่เป็นโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่มีภาวะทางจิต 45% พบว่ามี Positive เป็นเพศชาย 47% เพศหญิง 3% โรคปัญหาที่พบมากคือ Alcohol Dependence เพศหญิงพบมากคือ บุคลิกภาพแปรปรวนต่อต้านสังคม รองลงมาเป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสารเสพติด เพศชายพบว่าส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รองลงมาเป็นสารเสพติด Psychosis และบุคลิกภาพแปรปรวนต่อต้านสังคม อัตราการเข้าถึงบริการ พบว่า ปัจจัยส่งเสริมคือ มีการคัดกรองทีมเครือข่าย และจิตแพทย์ปัญหาและอุปสรรค พบปัญหาการติดตามประวัติการส่งต่อผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลและการดูแลของญาติผู้ป่วยปัญหาทางด้านเจ้าหน้าที่ และไม่มีที่อยู่เป็นสัดส่วน บุคลากรไม่มีความเข้าใจ และมีภาระงานมาก

#### 5. สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในเรือนจำ

1. ข้อมูลผู้ต้องขังเจ็บป่วย จากรายงานของกรมราชทัณฑ์ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้ เนื่องจากจากจำนวนผู้ต้องขังที่เพิ่มมากขึ้น ความแออัดและสภาพแวดล้อมของเรือนจำ ประกอบกับการคัดกรองโรคและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น ส่งผลให้เรือนจำสามารถค้นหาโรคและยุติการเกิดโรคหรือให้การรักษาได้เร็วขึ้น อาทิ ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค มีจำนวนบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้น (ได้รับเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2559) และมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีที่ส่งผลให้มีระบบการรายงานโรคที่ดีขึ้น โดยพบว่า ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมาจำนวนผู้ต้องขังป่วยที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลของเรือนจำ ที่มาตรวจแบบไม่นอนพักที่สถานพยาบาลเฉลี่ยเดือนละ 146,844 คน จำนวนที่ให้การรักษเฉลี่ยเดือนละ 201,956 ครั้ง นอนพักในสถานพยาบาลเฉลี่ยเดือนละ 5,676 คน ผู้ต้องขังป่วยที่ส่งออกไปรักษายังโรงพยาบาลภายนอก กรณีไป-กลับ เฉลี่ยเดือนละ 2,775 ครั้ง Admit หรือนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เฉลี่ยเดือนละ 413 ครั้ง ดังนั้นจำนวนผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยในแต่ละเดือน พบว่า ร้อยละ 4 ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดจะมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยทั่วไป ในขณะที่ประมาณ ร้อยละ 2 ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลของเรือนจำ และมีผู้ต้องขังบางส่วนที่เกินศักยภาพของเรือนจำ จำเป็นต้องส่งออกรักษา สำหรับโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ต้องขัง จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า สถิติของการเจ็บป่วยของผู้ต้องขัง ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดขึ้นทั่วไป โรคเรื้อรัง และโรคที่เกิดจากการอยู่อาศัยแออัด ได้แก่โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคผิวหนัง ปวดกล้ามเนื้อซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สถิติของการเจ็บป่วยเป็นโรคใน 10 อันดับแรก ที่พบบ่อย คือ

ลำดับที่ 1 ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เฉลี่ยเดือนละ 47,610 คน (ร้อยละ 21.96)

ลำดับที่ 2 ปวดกล้ามเนื้อ เฉลี่ยเดือนละ 25,074 คน (ร้อยละ 11.57)

ลำดับที่ 3 ผื่นคัน ผื่นแพ้ เฉลี่ยเดือนละ 21,318 คน (ร้อยละ 9.83)

ลำดับที่ 4 ไข้หวัด เฉลี่ยเดือนละ 16,885 คน (ร้อยละ 7.79)

ลำดับที่ 5 โรคเหงือกและฟัน เฉลี่ยเดือนละ 14,279 คน (ร้อยละ 6.59)

ลำดับที่ 6 โรคปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เฉลี่ยเดือนละ 11,998 คน (ร้อยละ 6.07)

ลำดับที่ 7 โรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ยเดือนละ 7,633 คน (ร้อยละ 3.52)

ลำดับที่ 8 โรคกระเพาะอาหาร เฉลี่ยเดือนละ 5,575 คน (ร้อยละ 2.57)

ลำดับที่ 9 หิด เฉลี่ยเดือนละ 5,033 คน (ร้อยละ 2.32)

ลำดับที่ 10 ภูมิคุ้มกันบกพร่อง/เอดส์ เฉลี่ยเดือนละ 3,990 คน (ร้อยละ 1.84)

#### 6. ข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ต้องขัง

การเสียชีวิตของผู้ต้องขัง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ มีปัญหาทางสุขภาพ และ 2) การเสียชีวิตที่ผิดธรรมชาติ ทั้งเกิดจากการหลบหนี ถูกวิสามัญ สภาพความเป็นอยู่ที่แออัด เกิดการกระทบกระทั่งทำร้ายร่างกายกันจนเสียชีวิต และมีผู้ต้องขังบางรายทำร้ายตัวเองจนเสียชีวิต ผูกคอตายเป็นต้น จากข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ต้องขังที่ผ่านมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ จำนวน 1,036 ราย โดยไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 833 ราย เสียชีวิตที่เรือนจำ 155 ราย ไม่ระบุ 48 ราย มีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติจำนวน 4 1 ราย โดยการฆ่าตัวตาย จำนวน 19 ราย ถูกทำร้ายจากผู้ต้องขังด้วยกัน จำนวน 3 ราย อุบัติเหตุจำนวน 9 ราย เสียชีวิตไม่ปรากฏเหตุ จำนวน 7 ราย และอื่นๆ อีก 3 รายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง เมษายน 2562) พบว่า มีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ จำนวน 659 ราย โดยไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 59- ราย เสียชีวิตที่เรือนจำ 69 ราย มีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ จำนวน 3 ราย โดยการฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ราย ถูกทำร้ายจากผู้ต้องขังด้วยกัน จำนวน 2 ราย อุบัติเหตุ จำนวน 2 ราย เสียชีวิตไม่ปรากฏเหตุ จำนวน 13 ราย และอื่น ๆ อีก 3 รายสำหรับสาเหตุการเสียชีวิต ในกรณีเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ มีปัญหาทางสุขภาพ พบว่า สาเหตุที่พบ มากที่สุด คือ ปอดอักเสบ/ปอดติดเชื้อ อันดับ 2 รองลงมา คือ ระบบหายใจไหลเวียนโลหิตล้มเหลว และอันดับ 3 คือ โรคเอดส์ส่วนกรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ พบว่า สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย อันดับ 2 รองลงมา คือ อุบัติเหตุ และอันดับ 3 คือ ถูกทำร้ายจากผู้ต้องขังด้วยกัน

7. การดำเนินงานด้านบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ นับตั้งแต่มีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 17 พฤศจิกายน 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงาน ด้านบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ดังนี้

1) จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการจัดบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำให้กับบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเรือนจำ

2) จัดทำหนังสือขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำตามมติคณะรัฐมนตรี และกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานพยาบาลในเรือนจำ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำร่วมกัน และให้รายงานแผนฯ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบเพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการดังกล่าว

3) จัดทำหนังสือขอความร่วมมือดำเนินการตามมาตรการ/แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคก่อนปล่อยตัวผู้ต้องขังกลับสู่สังคม ตามพระราชกฤษฎีกาพระราชทานอภัยโทษ พ.ศ.2559 เพื่อให้ผู้ต้องขังที่พ้นโทษได้รับการดูแลสุขภาพโรคอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยเน้นใน 3 โรคที่สำคัญคือ วัณโรคโรคเอดส์ และโรคทางจิตเวช

4) การเชื่อมโยงข้อมูลทางเทคโนโลยีระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาล เรือนจำ และสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย อยู่ระหว่างดำเนินการรวบรวมข้อมูลและหารือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของโปรแกรมระบบข้อมูลที่จะใช้ ระบบการรักษาความลับของข้อมูลและแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูล เป็นต้น

5) การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้กับสถานพยาบาลในเรือนจำตลอดจนการจัดแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางไปตรวจในเรือนจำ (ได้กำหนดไว้ในหนังสือขอความร่วมมือดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ ตามมติคณะรัฐมนตรี เรียบร้อยแล้ว)

6) สำหรับปัญหาสิทธิของผู้ต้องขังที่ไม่สามารถระบุสิทธิได้ และผู้ต้องขังชาวต่างชาติ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำเอกสารเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรี โดยคำนวณผู้ต้องขังที่ไม่สามารถ Identify สิทธิจากกรมราชทัณฑ์และสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 51,299 ราย

7) การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติงานในเรือนจำ ได้มีการกำหนดไว้ในหนังสือขอความร่วมมือดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ ตามมติคณะรัฐมนตรีแล้ว สำหรับการอบรมอาสาสมัครในเรือนจำ(อสรจ.) ได้มีการหารือกับผู้แทนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการปรับหลักสูตรพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เพื่อจัดอบรมให้กับอาสาสมัครในเรือนจำ โดยขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล ดำเนินการร่วมกับสถานพยาบาลในเรือนจำ และขอรับการสนับสนุนวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ทำ MOU ร่วมกับกรมราชทัณฑ์ในการดำเนินงานด้านการอบรมอาสาสมัครในเรือนจำไปแล้วในปีงบประมาณ 2561

8) ในปีงบประมาณ 2562 กระทรวงสาธารณสุขที่จัดทำ MOU ระดับประเทศ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมราชทัณฑ์ เพื่อเป็นตัวเชื่อมระหว่างกรมราชทัณฑ์ กับกระทรวงสาธารณสุข โดยได้จัดทำพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2562

### 2.3 แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีคุณลักษณะหลายประการแตกต่างไปจากการวิจัยแบบปกติทั่วไป เช่น กระบวนการที่ใช้สามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ มีพันธะกรณีระหว่างนักวิจัยกับชุมชน กรอบของการดำเนินงานกำหนดขึ้นโดยกลุ่มคนในพื้นที่วิจัย จุดเน้นของการวิจัยเริ่มที่คนเป็นหลัก โดยทำให้คนมีคุณค่า มีความภูมิใจในการกระทำ เป้าหมายของการวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของกลุ่มคนในพื้นที่ ตามเงื่อนไขที่เหมาะสมและตามความจำเป็น เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ถึงแม้ว่าแต่ละคนจะแตกต่างในด้านพื้นฐาน ทักษะและโครงสร้างทางสังคม แต่นักวิจัยเชื่อมั่น ในความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ของคน จึงต้องการให้คนเหล่านั้นมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยจะไม่กำหนดกรอบที่ตายตัว แต่ผ่อนสั้นผ่อนยาวตามลักษณะของชุมชน ใช้วิธีการดำเนินการที่เรียบง่ายซึ่งคนในชุมชนรู้จักคุ้นเคยและมีทางเลือก หลากหลาย นักวิจัยมองชุมชนอย่างองค์รวมในลักษณะประสานสัมพันธ์ของ

องค์ประกอบต่าง ๆ ตามมาตรฐานเฉพาะพื้นที่นั้น ๆ ข้อมูลที่ศึกษา มีลักษณะเป็นนามธรรม ค่านิยม ความรู้สึก และความพอใจของคนในชุมชน การดำเนินการใช้หลักประชาธิปไตยโดยให้กลุ่มคนในพื้นที่มีการตัดสินใจร่วมกัน มีการสร้างกำลังและอำนาจในการคิดและการต่อรองให้ได้รับความสำเร็จในสิ่งที่ คนในชุมชนอยากทำ ส่งเสริมวัฒนธรรมการพึ่งตนเอง ผู้ได้รับผลประโยชน์ต้องเป็นผู้ลงมือกระทำหรือมีส่วนร่วมให้โครงการประสบผล สำเร็จ ผลลัพธ์ที่ได้ ไม่เน้นวัตถุ แต่เน้นความสามารถของคนในชุมชน เน้นการเรียนรู้ และความพอใจของผลที่ได้รับ (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2540)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีรูปแบบที่แตกต่างกันและมีชื่อเรียกต่าง ๆ กันเช่น การวิจัยโดยมีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Inquiry) การวิจัยปฏิบัติการแบบร่วมมือ(Collaborative Action Research) การวิจัยปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Critical Action Research) เป็นต้น คุณค่าของการวิจัยแบบนี้คือ กระบวนการของความร่วมมือ (Kemmis & McTaggart, 2000) ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ ซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นสูงและไม่ควรกำหนดเวลาในการวิจัยหรือกิจกรรมไว้ล่วงหน้า รวมทั้งตระหนักถึงภูมิปัญญาของชาวบ้านว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่า ภูมิปัญญาของนักวิชาการ

เคมมิส และวิลคินสัน (Kemmis & Wilkinson, 1988) ได้สรุปลักษณะที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไว้ 6 ประการ คือ 1) เป็นกระบวนการทางสังคมที่นักวิจัยมีเจตนาขยายความสัมพันธ์ของบุคคลแต่ละ บุคคลกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อทำความเข้าใจว่าแต่ละบุคคลสร้างความสัมพันธ์หรือพฤติกรรมผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างไร 2) รูปแบบของการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วม หมายความว่า แต่ละคนจะเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ตนทำ แล้วเสนอความรู้และความคิดเห็นสู่บุคคลอื่น รวมทั้งผลักดันให้เกิดการกระทำร่วมกัน 3) เป็นความร่วมมือในการปฏิบัติร่วมกัน เพราะการวิจัยจะมีความสมบูรณ์ต้องเกิดจากการกระทำของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชน หรือสร้างความรู้ให้กับองค์การทางสังคม เพื่อลดความไม่สมเหตุสมผล ความล้มเหลว และความไม่ยุติธรรม ในการปฏิบัติ หรือจากปฏิสัมพันธ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ 4) การดำเนินงานไม่มีการบังคับ ทุกคนมีอิสระจากกฎเกณฑ์ที่ไม่มีเหตุผลและโครงสร้างที่ไม่ยุติธรรม ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาตนเอง 5) ช่วยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความเป็นอิสระในตัวเอง จากข้อกำหนดต่าง ๆ เช่น สื่อ ภาษาและกระบวนการทำงาน เป็นต้น 6) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันได้อีก โดยการพิจารณาผลที่สะท้อนกลับและเหตุผลที่เหมาะสม เพราะเป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ

ชนิษฐา กาญจนสินนท์ (2536) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่าหมายถึง การวิจัยที่พยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา วางแผนและดำเนินการตามแผนในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการดำเนินการประเมินผล โดยที่ทุกขั้นตอนตอนดั่งกล่าวสมาชิกชุมชนเข้าร่วมด้วย อันเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ ได้พัฒนาตนเอง ในการทำงานพัฒนา

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2544) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา (Journey of Development) โดยมีการเปลี่ยนแปลงจาก สิ่งที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่ง

ที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคม โดยหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัย ซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ (Collaborative Approach) ระหว่างนักวิจัยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ทั้งนี้กระบวนการวิจัยจะต้องเป็น ประชาธิปไตย ยุติธรรม มีอิสระ และส่งเสริมคุณค่าของชีวิต และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้า ร่วมสังเกต ตรวจสอบสถานการณ์ต่าง ๆ สะท้อนความคิดเห็นและความต้องการของตน ทรัพยากร ที่มีอยู่ อุปสรรคและปัญหาที่ปรากฏอยู่ ตรวจสอบทางเลือกที่เป็นไปได้ และมีการเปลี่ยนแปลง อย่างมีจิตสำนึกไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่

สรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหมายความว่า การร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้งที่เป็นชาวบ้านและนักพัฒนา กับผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของสังคมนั้น และเพื่อให้เห็นภาพแห่งคุณลักษณะสำคัญ ของการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เด่นชัด

ระเบียบวิธีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในทัศนะของกมล สุกประเสริฐ (2537) มีแตกต่างกันอยู่สองชุดซึ่งจำแนกได้ดังนี้

1) กิจกรรมการวิจัยปฏิบัติการ หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ประสานงาน หรือผู้อำนวยการวิจัย โดยเป็นกิจกรรมการแสวงหาความรู้ของนักวิจัยตามโครงการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนพื้นที่เป้าหมายของผู้วิจัยแต่ละคน โดยจุดมุ่งหมายที่สำคัญของนักวิจัยคือการสร้างรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามหลักการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ และสามารถที่จะเผยแพร่แก่สังคมได้ โดยรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเป็นรูปแบบที่สามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ้นเปลืองเงินทองและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายไม่มากนัก แต่ในเวลาเดียวกันก็ได้ผลตอบแทนจากการวิจัยค่อนข้างสูง

2) กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหรือเรียกว่า กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการของชุมชน เป็นกิจกรรมที่เกิดจากความพยายามในการแก้ไขปัญหาชุมชนของนักวิจัยที่ปฏิบัติการร่วมกับชุมชน โดยนักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน หรือเป็นผู้อำนวยความสะดวก ซึ่งมีบทบาทหลักในการเป็นผู้ช่วยเหลือในกระบวนการวิจัยตั้งแต่แรกเริ่ม และค่อย ๆ ลดการช่วยเหลือลง และหวังว่าเมื่อดำเนินงานวิจัยไปจนถึงสิ้นสุดโครงการแล้ว ประชาชนจะมีความรู้จากการเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างพลังที่พอเพียงกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้โดยลำพังอย่างมีประสิทธิภาพ มีต้องรอรับการช่วยเหลือจากภายนอกอีก

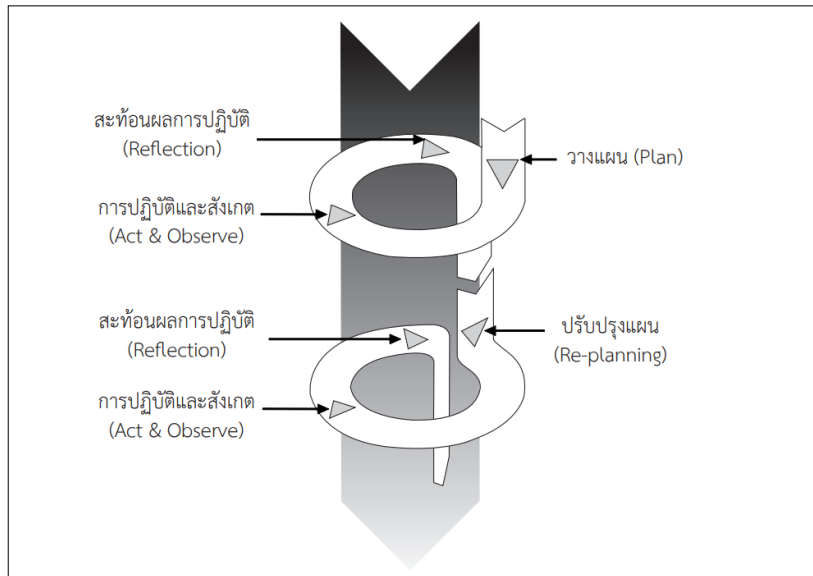
การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นวิธีการ (Means) สำคัญที่จัดว่าเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่ง และเป็นสาระสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมรูปแบบ มีสิ่งก้ำกัประการใดนั้นสามารถพิจารณาได้จากทัศนะของทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) ซึ่งมีความเห็นว่า การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิของประชาชนต่อการตัดสินใจนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดสรร (Allocation) และ การใช้ประโยชน์ (Utilization) ของทรัพยากรเพื่อการผลิต ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ประชาชนต้องเข้าร่วมในการ

ไพโรจน์ ชลารักษ์ (2548) อธิบายไว้ว่า หากพิจารณาในรูปของกระบวนการวิจัย การมีส่วนร่วม ของฝ่ายต่าง ๆ สามารถระบุได้ตามลำดับขั้นหรือกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ หลายขั้นตอน ซึ่งช่วยให้เห็นบทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละฝ่ายได้อย่างชัดเจน และในทางปฏิบัติแล้ว กระบวนการวิจัยก็ต้องดำเนินไปโดยความร่วมมือกับทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นลำดับขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบสิ้นกระบวนการดังต่อไปนี้

- 1) ขั้นการศึกษาบริบท ในขั้นนี้ นักวิจัยจะทำการกำหนดพื้นที่หรืออาณาบริเวณที่จะ ทำการศึกษาวิจัย เพื่อทำประชาคม โดยมีนักพัฒนาประชาสัมพันธ์ชักชวนให้ชาวบ้านเข้าร่วมและ ชาวบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย
- 2) ขั้นกำหนดปัญหาในขั้นตอนนี้ นักวิจัยสรุปคำถามหรือปัญหา รวมทั้งอธิบายเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหมาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เห็นภาพและเกิดความเข้าใจตรงกันส่วนนักพัฒนาทำความเข้าใจประเด็นปัญหาละมอมถึงผลของการวิจัยได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม ส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ และชาวบ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็น/ความต้องการ ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้ว การวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพจริงที่เกิดขึ้นหรือ สอดคล้องกับความต้องการพัฒนาที่ประสงค์ได้นั้นย่อมหลีกเลี่ยงไม่พ้นการที่นักวิจัยจะต้องสร้าง ความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนในชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการสร้างความตระหนักในบทบาทและ ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ขั้นการกำหนดปัญหาร่วมกับชาวบ้านในชุมชน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการให้เกิดผลอย่างแท้จริง ก่อนจะเริ่มดำเนินงานในขั้นตอนนี้
- 3) ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานวิจัยให้ชัดเจนรวมทั้งระบุด้วยว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยแต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมอะไร และ อย่างไร เมื่อใดบ้าง พร้อมทั้งแผนการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัย ส่วนนักพัฒนาจะเข้า ร่วมปฏิบัติการวิจัยโดยติดตามผลการดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอน และคอยตรวจสอบผลของการ ดำเนินงานว่ามีสิ่งใดที่ผิดพลาด หรือไม่เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมาย หรือมีสิ่งใดที่เกิดแทรกซ้อน ขึ้นมาหรือไม่ โดยชาวบ้านนั้น จะเข้ามีส่วนร่วมลงมือในการปฏิบัติงานวิจัยตามแผน และ ตรวจสอบผลว่าพึงพอใจหรือไม่
- 4) ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างกระบวนการปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นนี้นักวิจัยที่มีส่วนร่วมโดยการพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่ายแล้วนำมาทำการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุ เป้าหมาย โดยนักพัฒนาจะเข้ามีส่วนร่วมด้วยการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานวิจัยและประเมินว่าผล ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เป็นต้น และประชาชนหรือชาวบ้านจะเข้าร่วมด้วยการรับรู้ ถึงการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานตามที่นักวิจัยกำหนดรวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ที่แสดงถึงความพึงพอใจและความสำเร็จของการดำเนินการวิจัย
- 5) ขั้นการสรุปผลการวิจัย ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยจะทำการสรุปผลการวิจัย และเรียบเรียงเป็นรายงานการวิจัยออกเผยแพร่ นักพัฒนามีส่วนร่วมด้วยการรับทราบและตรวจสอบประเมิน ผลการวิจัยว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง โดยชาวบ้าน เข้ามีส่วนร่วมด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับผลของการวิจัยว่าพึงพอใจและได้ผลตามที่คาดหวังไว้ หรือไม่ และแสดงความคิดเห็นอื่นประกอบข้อมูลด้วยว่าเพราะเหตุใด



กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการ และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของ กระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไก การนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาลงมือ ต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็น การดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเน แนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึง ปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสภาวะการณ์ เงื่อนไขอื่นๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความ ยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่าง ระวังระมัดระวังและควบคุม การปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มี โอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัด ของสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมี

ลักษณะเป็นเพียงแผน ชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็น ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่ แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและ ผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึก ข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนที่วางไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้ง ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทาง ดังเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวน และปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

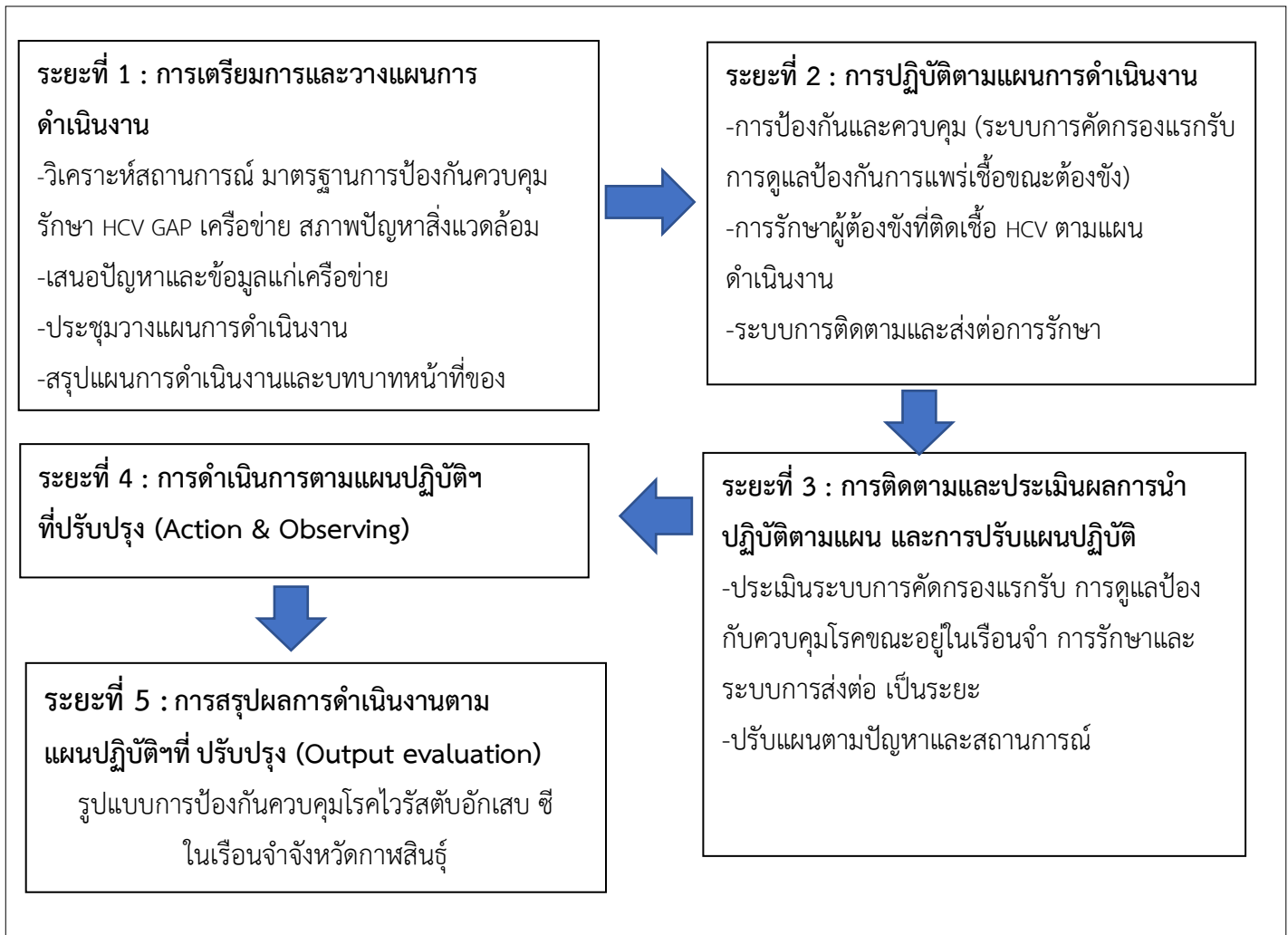
การศึกษาของบุญยัง ฉายาทับ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลสถาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเรือนจำ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกรีนและครูเทอร์ (Green and Kreuter, 2005) และเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เอ ไอ ซี การวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัย จำนวน 34 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ. ศ. 2556 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย การประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา สร้างวิสัยทัศน์ วางแผน ค้นหาวิถีและกำหนดแผนปฏิบัติการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการ สังกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เป็นรายกลุ่ม และการจัดบันทึกวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการศึกษามีข้อค้นพบว่า การทำประชาคม ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความเสี่ยงในเรือนจำ อสด. มีความรู้ และเข้าใจเรื่องวัณโรคปอดดีขึ้น และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย อสด.ได้รับการยกย่องให้เป็น "หมอแดน" ซึ่งเป็นตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง การสร้างภาพฝันแสดงวิสัยทัศน์และแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดการบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรม "มุมความรู้" หลังจากนั้นได้นำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ต้องขังป่วยวัณโรคมียุทธศาสตร์มากขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยเสนอว่าควรนำแผนเหล่านี้เสนอเป็นนโยบายของเรือนจำ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ต้องขังทุกคน ผลจากการทำประชาคม ครั้งที่ 2 ได้ข้อสรุปว่า ควรมีระบบกักตวงและการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการแพร่กระจายของโรค ควรส่งเสริมให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

การศึกษาของภานุพันธุ์ ธนปฐมสินชัย และคณะ (2564) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในพนักงานคัด แยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดยโสธร มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ในพนักงานคัด แยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดยโสธร ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ระยะ คือ 1) การเตรียมการ 2) การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน และ 3) การทดลองใช้รูปแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา T-test และ Z-test กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานคัดแยก ขยะ 357 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.1 เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงานเกี่ยวกับขยะ ร้อยละ 34.2 เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 23.2 ถูกวัตถุสิ่งของบาดที่มือหรือเท้า ร้อยละ 21.6 ผลการตรวจเลือดพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 11 ราย (ร้อยละ 3.1) พบไวรัสตับอักเสบบีซี 15 ราย (ร้อยละ 4.2) การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรค และการรักษาผู้ติดเชื้อยังไม่เป็นรูปธรรม จึงได้พัฒนาให้มีระบบการดูแลรักษา ซึ่งผู้ติดเชื้อถูกส่งต่อเข้าสู่การรักษา ร้อยละ 92.3 และพัฒนาโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว ผลพบว่า หลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรม ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง 2) การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อ 3) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา และ 4) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยบูรณาการดำเนินงานระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในเรือนจำส่วนใหญ่จะใช้กระบวนการงานวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากสืบค้นยังไม่พบมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในเรือนจำ

## 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

#### 3.1 สถานที่ในการเก็บข้อมูลและดำเนินการศึกษา

สถานที่ในการดำเนินงานครั้งนี้คือเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งตั้งอยู่ที่ 91 ถนนหน้าเรือนจำ ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นเรือนจำที่เข้าร่วมโครงการพระราชดำริในพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ และ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ภายใต้ชื่อโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการคัดกรองและทราบถึงสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีโดยการตรวจเลือด

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 กลุ่มผู้ร่วมวิจัย (Participants) คือ บุคลากรจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ดังนี้

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบแผนงานโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี และทีม
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยผู้บริหาร หัวหน้างานควบคุมป้องกันโรค และผู้รับผิดชอบงานโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี
3. เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้บริหาร และพยาบาลประจำเรือนจำ
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคตับ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ งานประกันสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม
5. กองโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้รับผิดชอบงานโครงการราชทัณฑ์ปันสุขและทีม
6. รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และประธานมูลนิธิรักษิต์
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ทดลองใช้รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

### 3.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988 : 11) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการโดยมีกระบวนการในการดำเนินงานแบ่งเป็น 5 ระยะ

#### ระยะที่ 1: การเตรียมการและวางแผนการดำเนินงาน

1.1. วิเคราะห์ข้อมูล ผู้รับผิดชอบแผนงานโรคไวรัสตับอักเสบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

1. วิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขในปี พ.ศ.2563

2. ศึกษาทบทวนแนวทางการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี และสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง

3. ประสานผู้รับผิดชอบเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อขอข้อมูลพื้นฐานของเรือนจำ ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อตับอักเสบ ซี ระบบการคัดกรอง การป้องกัน ดูแลรักษาและส่งต่อเมื่อพ้นโทษ

4. วิเคราะห์เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

5. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร แนวปฏิบัติ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเรือนจำ

1.2. วางแผนการแก้ไขปัญหา : ผู้รับผิดชอบและทีมวางแผนการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

1.3. ประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง : ผู้รับผิดชอบและทีมประสานเครือข่ายเพื่อเข้าร่วมการประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการ

1.4. ประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอข้อมูลและร่วมวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

จัดประชุมราชการเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลส่งต่อและรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ครั้ง วัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ และเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลส่งต่อและรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV

1.5. สรุปแผนการและบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

#### ระยะที่ 2 : การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน

2.1 การวางแผน (Planning; P) วิเคราะห์แผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้จากการประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดบทบาทของ

แต่ละเครือข่ายและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ กำหนดระยะเวลา และจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในแต่ละช่วงและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอ

2.2 การปฏิบัติการ (Action) นำรูปแบบการดำเนินงานที่วางไว้ไปดำเนินงานโดยให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่โดยดำเนินการในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ในเดือน ธันวาคม 2563- กุมภาพันธ์ 2564

ระยะที่ 3 : การสังเกตการณ์ (Observing) การติดตามและประเมินผลการนำปฏิบัติตามแผน และการปรับแผนปฏิบัติ ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยการจัดประชุมราชการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ในวันที่ 8 มีนาคม 2564 และวางแผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 4 : การดำเนินการตามแผนปฏิบัติ ที่ปรับปรุง (Action & Observing)

1. ดำเนินการตามแผนที่ปรับปรุง
2. ติดตามการดำเนินงานตามแผนปรับปรุง

ระยะที่ 5 : การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลลัพธ์ (Output evaluation) ได้แก่การสรุปรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์และผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบที่เกิดขึ้น

### 3.4 เครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. บันทึกการประชุม วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุม
2. เครื่องมือการเก็บข้อมูลซึ่งพัฒนามาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจากการสรุปประชุม

### 3.5 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลทุติยภูมิโดยนำข้อมูลการตรวจคัดกรองหาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ในปี พ.ศ. 2563 เพื่อนำมาทำแนวทางการดูแลต่อและรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV โดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพร่วมเท่านั้นและไม่เจาะจงตัวบุคคลเพื่อรักษาความลับ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพัฒนารูปแบบตามกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการโดยมีกระบวนการในการดำเนินงานแบ่งเป็น 5 ระยะ

ระยะที่ 1 : การเตรียมการและวางแผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 : การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 : การติดตามและประเมินผลการทำงานนำปฏิบัติตามแผน และการปรับแผนปฏิบัติ

ระยะที่ 4 : การดำเนินการตามแผนปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุง (Action & Observing)

ระยะที่ 5 : การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุง (Output evaluation)

ผลการวิจัยตามขั้นตอนทั้ง 5 ดังนี้

#### 4.1 ระยะที่ 1 การเตรียมการและวางแผนการดำเนินงาน

4.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2563 ที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ขึ้น และได้ทรงมีพระเมตตาให้ความช่วยเหลือประชาชนอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติแม้กระทั่ง ผู้ถูกคุมขังที่อยู่ในเรือนจำ ในปี พ.ศ.2563 จากผลการดำเนินงานพบว่าพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากที่สุด โดยพบผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 343 คน (ร้อยละ 10.31 ) ข้อมูลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและรายละเอียดผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

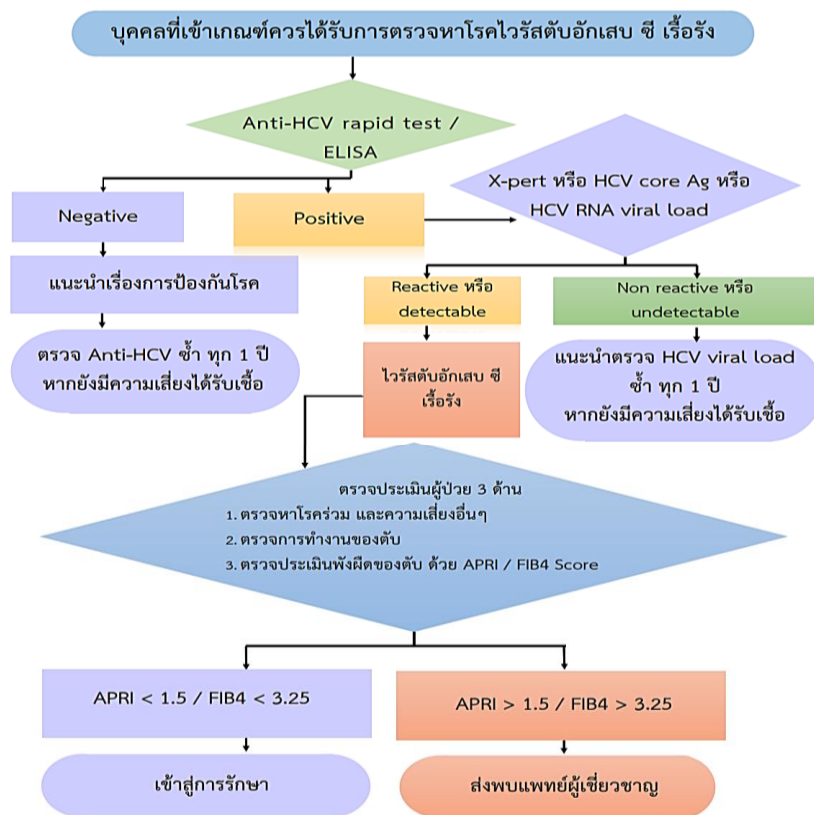
รายละเอียด	จำนวน (คน)
<b>เพศ</b>	
ชาย	329
หญิง	14
<b>อายุ (ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 64 ปี)</b>	
19 – 25 ปี	8
26 – 35 ปี	22
36 – 45 ปี	82
46 - 55 ปี	52
56 – 64 ปี	19
<b>สถานการณ์ติดเชื้อ</b>	
HCV	334
HCV + HIV	6
HCV + Syphilis	3
<b>กำหนดระยะเวลาพันธโทษ</b>	



รายละเอียด	จำนวน (คน)
พื้นที่ทะเลแล้ว	160
พ.ศ. 2564	42
พ.ศ. 2565	47
พ.ศ. 2566	33
พ.ศ. 2567	19
พ.ศ. 2568	8
พ.ศ. 2569	7
พ.ศ. 2570	4
พ.ศ. 2571	4
พ.ศ. 2572	1
พ.ศ. 2573	2
พ.ศ. 2574	2
พ.ศ. 2575	2
<b>ภูมิสำเนาผู้ตั้งขังในเรือนจำกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำที่พื้นที่ทะเลแล้ว (160 คน)</b>	
อำเภอภมกลาไสย	9
อำเภอร่องคำ	1
อำเภอฆ้องชัย	2
อำเภอเมือง	33
อำเภอดอนจาน	6
อำเภอยางตลาด	25
อำเภอห้วยเม็ก	9
อำเภอหนองกุงศรี	13
อำเภอท่าคันโท	3
อำเภอสมเด็จ	5
อำเภอคำม่วง	4
อำเภอสามชัย	4
อำเภอนามน	5
อำเภอกุฉินารายณ์	13
อำเภอห้วยผึ้ง	11
อำเภอเขาวง	1
อำเภอนาคู	7
อำเภอสหัสขันธ์	2
จังหวัดขอนแก่น	3
จังหวัดร้อยเอ็ด	1
จังหวัดนครศรีธรรมราช	1
จังหวัดสมุทรสาคร	1

รายละเอียด	จำนวน (คน)
จังหวัดลพบุรี	1
ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ที่พื้นที่พิษ ในปี 2564 (42 คน)	
มกราคม	1
กุมภาพันธ์	4
มีนาคม	3
เมษายน	5
พฤษภาคม	2
มิถุนายน	4
กรกฎาคม	1
สิงหาคม	4
กันยายน	6
ตุลาคม	2
พฤศจิกายน	8
ธันวาคม	2

#### 4.1.2 แนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี กรมควบคุมโรคปี พ.ศ.2564



การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ในปี 2564 ใช้สูตรยาเกิน (SOFOSBUVIR/VELPATASVIR = SOF/VEL oral) โดยกินนาน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สูตรยา	ระยะเวลา
Sofosbuvir (400 mg) / Velpatasvir (100 mg)	12 สัปดาห์
Sofosbuvir (400 mg) / Daclatasvir (60 mg)	12 สัปดาห์
Glecaprevir (100 mg) / Pibrentasvir (40 mg)	8 สัปดาห์

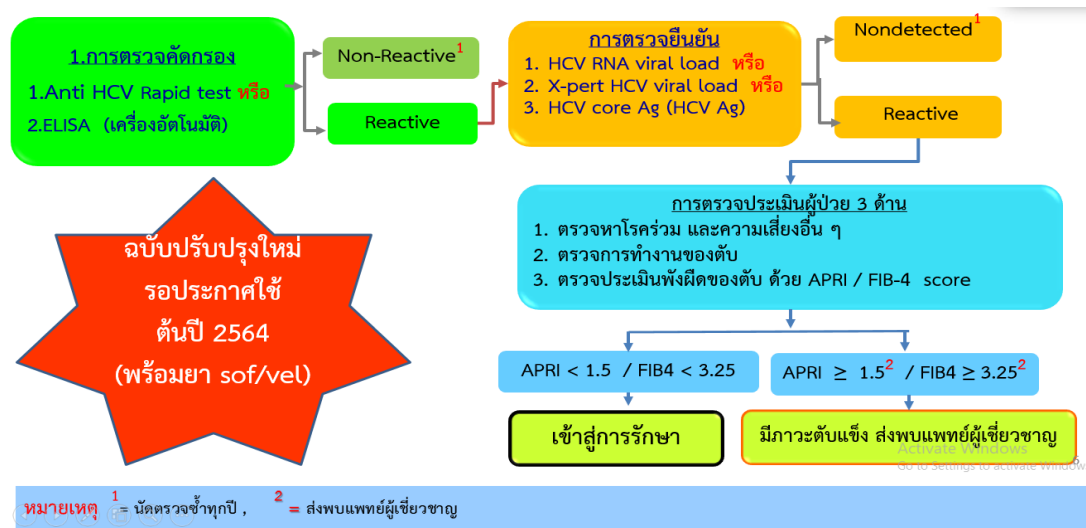
การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรอง การตรวจยืนยัน และการรักษาไวรัสตับอักเสบบี เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการเนื่องจากค่าตรวจ ค่ายา ราคาสูง ยาเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ให้บริการมีจำกัด ค่าใช้จ่ายอยู่ในระบบเหมาจ่าย เว้นเรื่องยาเบิกจาก บัญชียาหลักแห่งชาติ จ 2 ปีงบประมาณ 2561 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้เพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายดำเนินงานใน 2 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2. ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่มารับบริการ VCT โดยใช้งบประมาณจากงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และสิทธิประโยชน์ การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี จากงบ HIV /AIDS ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สิทธิประโยชน์ การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี

ลำดับ	สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ	ปีงบประมาณ 2561		ปีงบประมาณ 2562-2563	
		กลุ่มผู้ป่วย HIV เบิกใน NAP	กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป เบิก จ.2	กลุ่มผู้ป่วย HIV เบิกใน NAP	กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป เบิก จ.2
1	การตรวจคัดกรอง (anti HCV)		เหมาจ่ายรายหัว		เหมาจ่ายรายหัว
	1.1 Rapid test หรือ	70 บาท/ครั้ง		70 บาท/ครั้ง	
	1.2 เครื่องอัตโนมัติ	300 บาท/ครั้ง		300 บาท/ครั้ง	
2	การตรวจยืนยัน เพื่อวางแผนการรักษา	จ่ายกรณีไม่เข้าเกณฑ์รักษา	เข้าเกณฑ์รักษา เหมาจ่าย 7,000	จ่ายกรณีไม่เข้าเกณฑ์รักษา	จ่ายกรณีเข้าเกณฑ์รักษา
	2.1 HCV viral load : HCV RNA-Quantitative	2,300 บาท/ครั้ง	บาท/คน	2,300 บาท/ครั้ง	2,300 บาท/ครั้ง
	2.2 การตรวจสภาพตับ ด้วยวิธี Transient elastography (Fibroscan) หรือ Fibro marker panel	2,000 บาท/ครั้ง		2,000 บาท/ครั้ง	2,000 บาท/ครั้ง
	2.3 การตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบบี (HCV genotype)	2,800 บาท/ครั้ง		2,800 บาท/ครั้ง	2,800 บาท/ครั้ง

ขั้นตอนการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี ปีงบประมาณ 2564 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับใหม่)



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี (สปสช.)

#### 4.1.3 ปัญหาและอุปสรรคในการรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ติดเชื้อ HCV จำนวน 343 คน พันโทฯไปแล้ว 160 คน อยู่ในเรือนจำ จำนวน 183 คนและจะพันโทฯในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 42 คน จึงควรรีบรักษาผู้ต้องขังที่จะพันโทฯในปี พ.ศ. 2564 โดยในระหว่างที่รอแนวทางการรักษาปี พ.ศ. 2564 และยาสูตร SOFOSBUVIR/VELPATASVIR = SOF/VEL oral ซึ่งอยู่ระหว่างรออนุมัติการใช้ยา จึงควรมีการดำเนินการรักษาตามแนวทางเดิมไปก่อน ปัญหาและอุปสรรคในการส่งผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

- ผู้ต้องขังมีกำหนดที่พันโทฯเร็วและบางคนต้องย้ายเรือนจำทำให้ต้องรีบกระบวนการในการรักษาเนื่องจากผู้ต้องขังที่พันโทฯไปแล้วจะติดตามการรักษาได้ยากขึ้นและจะไปแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่น

- ผู้ต้องขังมีข้อจำกัดในการออกนอกเรือนจำทำให้การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมีความยุ่งยาก ต้องมีผู้คุมไปด้วยซึ่งผู้คุมมีจำนวนน้อยและมีภารกิจอื่นในเรือนจำ

- สิทธิการรักษาพยาบาลเนื่องจากผู้ต้องขังมาจากหลายพื้นที่และมีความหลากหลายในเรื่องสิทธิการรักษา บางคนมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)ที่อื่น บางคนไม่มีสิทธิการรักษาเนื่องจากเป็นคนต่างด้าว

- ขั้นตอนก่อนการรักษาต้องตรวจ HCV Viral load แต่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ไม่สามารถตรวจ HCV Viral load ได้ต้องส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการภายนอก ค่าตรวจประมาณ 4,000 บาท/คน ซึ่งผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ต้องตรวจทั้งหมด 180 คน ค่าตรวจทั้งหมดประมาณ 720,000 บาทซึ่งเป็นจำนวนเงินที่สูงมากที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต้องแบกรับ

- การตรวจประเมินก่อนการรักษา การตรวจจุลตราชาวช่องท้องและตับ การประเมินพังผืดที่ตับ ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องอุปกรณ์การตรวจและการออกนอกเรือนจำของผู้ต้องขัง

- การจัดหาและการบริหารยาให้ผู้ต้องขังให้ได้ตามแผนการรักษา การเบิกยารักษาต้องเบิกตามสิทธิในยาบัญชีหลักแห่งชาติ บัญชี จ.2 เป็นรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็น

พิเศษในกำกับ การเข้าถึงยา ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรายละเอียดขั้นตอนในการเบิกที่เฉพาะ ต้องใช้เอกสารประกอบการเบิกเฉพาะและระยะเวลาในการเบิกนานประมาณ 14-30 วัน

- การดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อมะเร็งในเรือนจำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้ต้องขังรายอื่น จากสภาพเรือนจำที่มีความแออัดการใช้อุปกรณ์มีคมร่วมกัน เช่น กรรไกรตัดเล็บ แปรงฟันขัดฟัน ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อต่อผู้ต้องขังรายอื่นได้

- การส่งต่อและติดตามผู้ต้องขังให้เข้าระบบการรักษาต่อเนื่องเมื่อพ้นโทษ ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่พ้นโทษก่อนได้รับการรักษาหรือรักษายังไม่ครบ หลังพ้นโทษจะติดตามมารับการรักษาต่อได้ยาก เนื่องจากที่อยู่ที่ไม่แน่นอนจริงไม่ตรงกับที่อยู่ที่ให้เรือนจำ

4.1.4 การวิเคราะห์เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี จากแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ของกรมควบคุมโรค ปี 2564 และปัญหาอุปสรรคในการรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้รับผิดชอบจึงได้วิเคราะห์เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งต่อรักษา ดังนี้

- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
- บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบไปด้วย อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคตับ กลุ่มงานสำนักงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- ผู้บริหารและทีมผู้รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลศรีนครินทร์
- บุคลากรเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7
- ผู้รับผิดชอบโครงการราชทัณฑ์ปันสุข กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4.1.5 ประชุมราชการเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลส่งต่อและรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชุมราชการเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลส่งต่อและรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV ในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2563 ณ ห้องประชุมคอกพิท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ : เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลส่งต่อและรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV

ผู้เข้าร่วมประชุม : จำนวน ๒๓ คน ประกอบด้วย บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบไปด้วย อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคตับ กลุ่มงานสำนักงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ผู้บริหารและทีมผู้รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลศรีนครินทร์ บุคลากรเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น และผู้รับผิดชอบโครงการราชทัณฑ์ปันสุข กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วาระการประชุม :

วาระที่ 1 นำเสนอผลการดำเนินงานและข้อมูลการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ต้องขังในเรือนจำกาฬสินธุ์ โดย นางสาวพิสมัย สุระกาญจน์

วาระที่ 2 ชี้แจงแนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดย รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ

วาระที่ 3 ชี้แจงสิทธิประโยชน์ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ของประชาชน โดย นายแพทย์รัฐพล เจริญมิชานนท์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วาระที่ 4 ชี้แจงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยนายแพทย์เฉลิมพล พรตระกูลพิพัฒน์

วาระที่ 5 ปรีกษาหารือแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

สรุปการประชุม :

ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ติดเชื้อ HCV จำนวน 343 คน พันโทฯไปแล้ว 160 คน อยู่ในเรือนจำ จำนวน 183 คนและจะพันโทฯในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 42 คน จึงควรรีบรักษาผู้ต้องขังที่จะพันโทฯในปี พ.ศ. 2564 โดยในระหว่างที่รอแนวทางการรักษาปี พ.ศ. 2564 และยาสูตร SOFOSBUVIR/VELPATASVIR = SOF/VEL oral ซึ่งอยู่ระหว่างรออนุมัติการใช้ยา จึงควรมีการดำเนินการรักษาตามแนวทางเดิมไปก่อน สรุปบทบาทของเครือข่ายในการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV

- ผู้บริหารและทีมผู้รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น รับผิดชอบหลักในการจัดทำแนวทางฯ ประสานเครือข่าย สนับสนุนวิชาการ และจัดทำแนวทางฯ
- บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
  - อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแนวทางฯและให้การรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ตามมาตรฐานแนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี
  - เภสัชกร เตรียมเอกสารประกอบการเบิกยาบริหารการเบิกยาและจ่ายยาผู้ติดเชื้อ
  - เทคนิคการแพทย์ ดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา
  - พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคตับ ประสานการรักษาและจัดเตรียมเอกสารประกอบการรักษา
  - กลุ่มงานสำนักงานประกันสุขภาพ ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง เตรียมเอกสารข้อมูลเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลและแก้ไขปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา
  - กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร่วมกับเจ้าหน้าที่เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเรือนจำตามแนวทางวางแผนการเจาะเลือดตรวจตามแนวทางฯ
- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นที่ปรึกษาในการจัดทำแนวทางการรักษา และสนับสนุนการรักษาตามแนวทาง
- บุคลากรเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทาง
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมจัดทำแนวทางและประสานการดำเนินงานในพื้นที่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น เป็นที่ปรึกษาในเรื่องสิทธิการรักษาและ

- ผู้รับผิดชอบโครงการราชทัณฑ์ปันสุข กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ

**ตารางที่ 6** แนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV ที่มีกำหนดพันโทษในปีพ.ศ. 2564 จำนวน 42 คน

ขั้นตอนการรักษาตามแนวทาง	GAP	แนวทางการดำเนินงาน	หมายเหตุ
<p>1. . ตรวจยืนยัน (ไม่อยู่ในสิทธิการรักษา ผู้ติดเชื้อต้องจ่ายค่าใช้จ่ายประมาณ 2300- 3000 บาท)</p> <p>- HCV RNA viral load หรือ</p> <p>- X-pert HCV viral load หรือ</p> <p>-HCV core Ag (HCV Ag)</p>	ผู้ต้องขังต้องจ่ายค่าตรวจเอง	<p>- งานประกันสุขภาพ รพ.กาฬสินธุ์ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง</p> <p>- เสนอข้อมูลให้นายแพทย์ สสจ.กาฬสินธุ์ประสาน รพ.ตามสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง ให้สนับสนุนงบในการตรวจ HCV RNA viral load ของผู้ต้องขังที่มีสิทธิการรักษา</p> <p>- จนท.เรือนจำเจาะเลือดผู้ต้องขังส่งตรวจ HCV RNA viral load ส่งตรวจที่รพ.กาฬสินธุ์</p>	ในระหว่างรอสูตรยาใหม่ให้ใช้แนวทางการรักษาตามแนวทางปี2558 และสูตรยาเดิมก่อน ถ้าสูตรยาใหม่ได้รับการอนุมัติจึงรักษาตามแนวทางปี2564
<p>2. ผู้ต้องขังที่มีผลการตรวจ HCV RNA viral load <math>\geq</math>5,000 IU/ml เข้าสู่ระบบการรักษา</p> <p><u>ตรวจประเมินก่อน</u></p> <p><u>เข้าสู่ระบบการรักษา</u></p> <p>การตรวจประเมินผู้ป่วย 3 ด้าน</p> <p>2.1 ตรวจหาโรคร่วม และความเสี่ยงอื่น ๆ(การทำงานของไตค่า GFR/ Alcoholic dependent / โรคเรื้อรังต่างๆ)</p> <p>2.2 ตรวจการทำงานของตับ</p> <p>2.3ตรวจประเมินพังผืดของตับด้วยวิธี -Transient elastography (Fibroscan®) / APRI / FIB-4 score ( ALT/Platelet Count)</p> <p>2.4 ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัส (HCV Genotype)</p>	<p>2.1เบิกได้ตามสิทธิการรักษา</p> <p>2.2เบิกได้ตามสิทธิการรักษา</p> <p>2.3 Transient elastography (Fibroscan®) ราคา2,000 บาท/ครั้ง สถานที่ตรวจมีน้อย เบิกตามสิทธิการรักษา</p> <p>2.4 ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัส (HCV Genotype)</p>	<p>- จนท.เรือนจำเจาะเลือดผู้ต้องขังส่งตรวจ ที่รพ.กาฬสินธุ์</p> <p>- GI Med พิจารณา การตรวจ Fibro scan หรือ APRI / FIB-4 score ( ALT/Platelet Count)</p>	

ขั้นตอนการรักษาตามแนวทาง	GAP	แนวทางการดำเนินงาน	หมายเหตุ
	ราคา 2,800 บาท/ครั้ง เบิกตามสิทธิการรักษา		
3. เข้าระบบการรักษา ใช้สูตรยาเดิม pegylated interferon และ ribavirin ยากิน และฉีดยา 24- 48 สัปดาห์	- ใช้ยาฉีดและยารับประทาน ขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของไวรัส - การรักษาานาน - สามารถเบิกยาได้จากบัญชี ยา จ(2)	GI Med จนท.โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ และ จนท.เรือนจำวาง แผนการรักษาและติดตามกา รักษาร่วมกัน	
5. ตรวจประเมินระหว่างการ รักษา	- เบิกได้ตามสิทธิการรักษา		

ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่พื้นที่พิษปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป ให้รยาสูตร (SOFOSBUVIR/VELPATASVIR = SOF/VEL oral) อนุมัติและให้ใช้แนวทางการรักษาปีพ.ศ. 2564 การป้องกันดูแลการแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำขอให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในเรือนจำพิจารณามาตรการร่วมกับ สสจ.และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และการติดตามกลุ่มผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่พื้นที่พิษแล้วจำนวน 160 คน ขอความร่วมมือให้ สสจ.กาฬสินธุ์ดำเนินการจัดทำแนวทางและระบบการติดตามมารับการรักษาต่อไป ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากเวทีการประชุม

- ทางราชทัณฑ์ต้องแยกกลุ่มผู้ติดเชื้อ HCV ออกมาอยู่ในโซนเดียวกันก่อน
- เสนอแนะให้เรือนจำทำการประเมิน เจาะเลือด กลุ่มที่ใกล้พื้นที่พิษ และระวังในเรื่องการใช้กรรไกรตัดผม มีดโกนผม กรรไกรตัดเล็บร่วมกัน ไม่ให้ใช้ร่วมกัน
- หากจะมีการประชุมวางระบบ ต้องมีทีม PCU LAB งานเอดส์ มาปรึกษาหารือร่วมกัน
- ราชทัณฑ์ทำเป็นจดหมายส่งตัวไปที่โรงพยาบาล แต่มีการเจาะเลือดในเรือนจำ ให้สสจ.ประสานงานให้
- ปัญหาผู้ต้องขังคือแออัด ไม่มีเงิน และมีพรบ.ในการเอาผลประโยชน์จากญาติ ผู้ต้องขังมีการปกปิดข้อมูล
- ต้องถามผู้ต้องขังที่ติดเชื้อว่าต้องการการรักษาหรือไม่ และนักวิชาการต้องให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ที่จะได้
- สคร.ฝากประเด็นเรื่อง DOT ในกลุ่มผู้ต้องขังที่รักษา HCV และฝากให้ สสจ. Setting ระบบ
- อ.วัฒนาอยากให้อ.กาฬสินธุ์ เป็นโมเดลการดูแลรักษาผู้ต้องขังติดเชื้อ HCV
- สปสช. เสนอให้สคร.คัดกรองเจาะหาการติดเชื้อ HCV ในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงก่อน ส่วน อ.วัฒนาเสนอแนะให้เจาะกลุ่มเสี่ยงก่อน กลุ่ม High risk เช่นกลุ่มผู้ต้องขัง และในประเด็นการเจาะแล้วพบการติดเชื้อ จะมีแนวทางอย่างไรเพื่อให้กลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้เข้ารับการรักษา ส่วนไหนพร้อมควรเริ่มทำก่อน
- ในขณะนี้มีการชุมนุมร้องเรียนต่างๆ มากขึ้น อาจทำให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น ให้ช่วยคัดกรองกลุ่มเหล่านี้ก่อนเข้าสู่เรือนจำ โดยคัดกรองทุกโรค เช่น เอดส์ STI HBV HCV
- จังหวัดจะจัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำ Flow แนวทางการรักษาและเบิกจ่าย โดยเริ่มจากกลุ่มที่สามารถเบิกได้โดยตรงก่อน เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการรักษา



จากการประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องผู้รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ได้สรุปและจัดทำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการตามแนวทางที่จัดทำขึ้น

#### 4.2 ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน

จากการประชุมจัดทำแนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV และได้ประสานให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ และได้จัดประชุมราชการเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลส่งต่อและรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HBV HCV ครั้งที่ 2 ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 09.30 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมเพชรแพรวา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

สรุปการดำเนินงานตามแนวทางฯ จากการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาผลการดำเนินงานดังนี้

- กลุ่มงานประกันสุขภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV และดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง

- การตรวจ HCV Viral load เพื่อยืนยันการติดเชื้อพบว่าโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไม่สามารถตรวจ HCV Viral load ได้ต้องส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการภายนอก ค่าตรวจประมาณ 4,000 บาท/คนและใช้เวลาแจ้งผลตรวจนานประมาณ 30-45 วัน ค่าตรวจที่ สปสช. สนับสนุนให้จำนวน 2,300 บาทเท่านั้นซึ่งส่วนต่างในค่าตรวจผู้ต้องขังต้องจ่ายเอง จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการตรวจ HCV Viral load ในผู้ต้องขังทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางต่อได้ ผู้รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จึงประสานขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ของกองโรคเอดส์เพื่อประสานขอสนับสนุนการตรวจ HCV Viral load จากสภากาชาดไทย ซึ่งได้รับและสนับสนุนการตรวจ HCV Viral load ในผู้ต้องขังทั้งหมด 159 คน รายละเอียดการตรวจ HCV Viral load ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ดังนี้

ผู้ต้องขัง คัดกรอง HCV	ติดเชื้อ HCV	พื้นที่ ก่อน พ.ศ. 2564	ผู้ต้องขังติด เชื้อ HCV ใน เรือนจำ	ตรวจ viral load	ไม่ได้ตรวจ	viral load >5,000 IU/mL	viral load < 5,000 IU/mL	ผล Neg
3,328 คน	343 คน (10.31%)	160 คน	183 คน	159 คน	24 คน	124 คน	32 คน	3 คน

### 4.3 ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการนำปฏิบัติตามแผน และการปรับแผนปฏิบัติ

หลังจากได้ผลตรวจ HCV Viral load สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ประกาศใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในปัจจุบัน และประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2564 (สูตรยosofosbuvir/velpatasvir และ ribavirin ) เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแนวทางฯจึงได้ร่วมกันปรึกษาหารือและจัดทำแนวทางการรักษาผู้ต้องชังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV ให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในปัจจุบัน

**ตารางที่ 7** แนวทางการรักษาผู้ต้องชังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV ปี พ.ศ.2564 (ปรับปรุงครั้งที่ 1)

กิจกรรม	รายละเอียด	กำหนดการ/ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.การตรวจประเมินก่อนการรักษา 1.1 ตรวจประเมินพึงผิดของตับ ด้วย APRI / FIB-4 score (ALT/Platelet Count) APRI $\geq$ 1.52 / FIB4 $\geq$ 3.252 (มีภาวะตับแข็งเข้าสู่ระบบการรักษา และตรวจการทำงานของตับ)	CBC LFT BUN Cr. Anti-HBc Anti -HIV HBsAg	เรือนจำเจาะเลือดมาตรวจที่ห้อง Lab โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และมีตาราง excel ในการคำนวณ FIB 4 เข้าเกณฑ์การรักษา	ประสานกับ PCU ที่เข้าไปดำเนินงานในเรือนจำ โดยบูรณาการร่วมกัน ภายใน 2 สัปดาห์
1.2.ตรวจหาโรคร่วม และความเสี่ยงอื่น	- ซักประวัติ (โรคมะเร็ง โรคเรื้อรัง ไตวาย) - Ultrasound กรณีที่ผู้ป่วยมี FIB4 เกินเกณฑ์	- พยาบาลเรือนจำ ตามแบบฟอร์ม จ.2 - Ultrasound ดูตามจำนวนผู้ป่วย มี 2 กรณี 1. ถ้าจำนวนน้อย จะขอให้ออกมา Ultrasound ที่โรงพยาบาล 2. ถ้าจำนวนมาก อาจจะนำเครื่อง Ultrasound เข้าไปตรวจที่เรือนจำ	ขอข้อมูลทั้งหมด รวมถึงวันพันโทษ เพื่อประกอบการรักษา
2.เข้าระบบการรักษา	- การรับยา	- มีใบสั่งยาจากแพทย์ และผู้คุมในเรือนจำมารับยาให้โดยส่งจ่ายยาครั้งเดียว (3 เดือน) กรณีที่	ให้บันทึกข้อมูลผู้ต้องชังรายบุคคล ในแบบสมุดบันทึก

กิจกรรม	รายละเอียด	กำหนดการ/ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพบแพทย์</li> <li>- การเบิกยาและสำรองยา บัญชีจ.2</li> </ul>	<p>เรือนจำสามารถเก็บรักษายาได้ ถ้าไม่ได้จะให้จ่ายเป็นเดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกสซ์กรมมีแนวทางมารับประทานยา และการเก็บยาให้เรือนจำ</li> <li>- แพทย์จะเข้าไปในเรือนจำในการเริ่มยาครั้งแรก เพื่อแนะนำแนวทางการรักษาและทานยา</li> <li>- เกสซ์กรมดำเนินการเบิกยา</li> </ul>	<p>สุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2564 และแบบบันทึกการรับประทานยาของผู้ต้องขัง (DOT)</p>
3. ประเมินระหว่างการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามการรับประทาน</li> <li>- ผู้ต้องขังที่มีอาการผิดปกติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเรือนจำติดตามการรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติจากการรับประทานยา</li> <li>- สคร.7 จัดทำแบบบันทึกสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2564 และแบบบันทึกการรับประทานยาของผู้ต้องขัง</li> <li>- หากพบอาการผิดปกติ เช่น cirrhosis ให้มีการนำออกมาพบแพทย์เดือนละครั้ง และจ่ายยาให้เดือนละครั้ง</li> </ul>	
4. ติดตามหลังการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเจาะ VL ประเมินหลังการรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หลังจากรักษาทานยาครบ 3 เดือน และหลังจากนั้นอีก 6 เดือน เจาะเลือดตรวจ VL และแพทย์จะเข้าเรือนจำเพื่อประเมินผลหลังการรักษา</li> </ul>	<p>1 Case สามารถตรวจ VL เบิกได้ 2 ครั้ง คือ ก่อนการรักษา และหลังการ</p>

กิจกรรม	รายละเอียด	กำหนดการ/ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	- การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง	- มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโดยเรือนจำ และ PCU	รักษา ระหว่างการ รักษาไม่สามารถเบิก ค่าตรวจ VL ได้
5. การดูแลก่อนพ้นโทษ	- คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ ซ้ำและการแพร่กระจายเชื้อ	-พยาบาลเรือนจำให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อและการติดตามการรักษา	

จากการประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงานการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำการพาสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV ซึ่งผู้รับผิดชอบของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำขึ้นและได้นำไปใช้ในการดำเนินงาน จากการติดตามการประเมินพบว่าสามารถปฏิบัติตามแผนได้และเกิดการเปลี่ยนแนวทางการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จึงได้ร่วมประชุมเพื่อปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทและแนวทางที่เปลี่ยนไป ซึ่งได้ประสานให้เครือข่ายและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติอีกครั้ง

#### 4.4 ระยะเวลาที่ 4 การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ที่ปรับปรุง (Action & Observing)

จากการปรับแนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV ปี พ.ศ. 2564 (ปรับปรุงครั้งที่ 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV ตามแนวทางฯที่จัดทำขึ้น เพื่อติดตามการดำเนินงานโดยได้ประชุมราชการเพื่อติดตามการดำเนินงานการส่งต่อรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ตามแนวทางการดูแลส่งต่อและรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ในวันที่ 8 มีนาคม 2564 เวลา 09.30 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เจ้าหน้าที่เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ และกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อ HCV ปี พ.ศ. 2564 (ปรับปรุงครั้งที่ 1) ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ได้รับการตรวจ ได้รับการตรวจ HCV viral load จำนวน 159 คน ผลตรวจพบผู้ต้องขัง HCV viral load >5,000 IU/mL จำนวน 124 คน ซึ่งเข้าเกณฑ์การรักษา จึงได้ส่งตรวจประเมินก่อนการรักษาด้วยยาต้าน จำนวน 99 คน ผู้ต้องขังจำนวน 25 คน ได้รับการพันโทษก่อน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ที่มี HCV viral load >5,000 IU/ml แต่มีค่า Fib-4 < 3.25 แต่มีอาการผิดปกติ เช่น น้ำหนักลด ตุ่มคันตามตัว ตัวเหลือง เกิดเส้นเลือดฝอยมากผิดปกติตามตัว และฝ่ามือ (มีเส้นเลือดฝอยคล้ายใยแมงมุมขึ้นที่หน้าอก) ท้องอืดบอຍ จุกแน่นได้ขยายขาและมีความต้องการรักษา ควรมีการดำเนินการอย่างไรเพื่อประเมินความยืดหยุ่นของตับเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา

มติที่ประชุม รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ ประธานมูลนิธิรักษ์ตับ อนุเคราะห์จะนำเครื่องตรวจไฟโบรสแกนมาตรวจประเมินให้ผู้ต้องขังที่ HCV viral load >5,000 IU/ml ในวันที่ 12 มีนาคม 2564 โดยผู้รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ได้จัดทำแบบประเมินอาการผิดปกติของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อใช้ประเมินผู้ต้องขังเพื่อเข้ารับการตรวจประเมินพังผืดที่ตับ

1. ผู้รับผิดชอบในเรือนจำประเมินอาการผิดปกติของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ตามแบบประเมินที่จัดทำขึ้น
2. ผู้รับผิดชอบในเรือนจำให้บันทึกข้อมูลผู้ต้องขังที่เข้ารับการตรวจในแบบบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่เข้ารับการตรวจพังผืดที่ตับ ด้วยเครื่องไฟโบรสแกน ( Fibro Scan)
3. ผู้รับผิดชอบจัดเตรียมผู้ตั้งขังเพื่อรับการตรวจครั้งนี้ ให้ผู้ต้องขังที่เข้ารับการตรวจงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน และจัดสถานที่ตรวจให้เหมาะสม

ผลการตรวจไฟโบรสแกนผู้ต้องขังที่ HCV มีผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV เข้ารับการตรวจประเมินพังผืดที่ตับ จำนวน 65 คน พบผลผิดปกติเข้าเกณฑ์รักษาจำนวน 36 คน ซึ่งได้ดำเนินการเข้าสู่ระบบการรักษา

#### สรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงาน

แนวทางการคัดกรองและรักษา HCV ปี 2564 (กรมควบคุมโรค)	ผลการรักษาในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์
1. การตรวจยืนยันตามเกณฑ์การรักษา HCV RNA viral load HCV RNA viral load >=5,000	- ได้รับการตรวจ HCV RNA viral load จำนวน 159 คน - HCV RNA viral load >=5,000 จำนวน 124 คน

แนวทางการคัดกรองและรักษา HCV ปี 2564 (กรมควบคุมโรค)	ผลการรักษาในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์
<p>2.ประเมินก่อนการรักษา</p> <p><u>ตรวจประเมินก่อนเข้าสู่ระบบการรักษา</u></p> <p>การตรวจประเมินผู้ป่วย 3 ด้าน</p> <p>2.1 ตรวจหาโรคร่วม และความเสี่ยงอื่น ๆ (การทำงานของไตค่าGFR/ Alcoholic dependent /โรคเรื้อรังต่างๆ)</p> <p>2.2 ตรวจการทำงานของตับ</p> <p>2.3ตรวจประเมินพังผืดของตับ ด้วยวิธี - Transient elastography (Fibroscan®) / APRI / FIB-4 score ( ALT/Platelet Count)</p>	<p>ได้รับตรวจประเมินก่อนการรักษา จำนวน 99 คน (พื้นที่ก่อน 25 คน)</p> <p>- มีผล Fib-4&gt;3.25 ซึ่งเข้าเกณฑ์การรักษา จำนวน 37 ราย</p> <p>-ผู้ต้องขังที่ประเมินค่า Fib-4 ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาและมีอาการผิดปกติจำนวน 65 คน ได้รับการตรวจประเมินค่าพังผืดที่ตับด้วยเครื่องไฟโบรสแกน ( Fibro Scan) พบความผิดปกติ จำนวน 36 คน รวมผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาทั้งหมด 72 คน พื้นที่ก่อนการรักษาจำนวน 9 คน ได้รับการรักษาจำนวน 63 คน พื้นที่ก่อนรับยาครบจำนวน 4 คน มีผู้ต้องขังที่รับยาครบ 12 สัปดาห์ตามแผนการรักษาจำนวน 59 คน</p>
<p>3.ระบบการรักษา</p>	<p>ผู้ต้องขังเข้าเกณฑ์การรักษา จำนวน 63 คน</p> <p>สิ่งที่ได้ดำเนินการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งรายงานข้อมูลให้แพทย์ทราบ</li> <li>2. ร่วมกันวางแผนและจัดรูปแบบบริการ เข้ารับการให้ยาต้านไวรัสตัวอักเสบ</li> <li>3. จัดทำเอกสารเพื่อเสนอเข้ารับการอนุมัติจ่ายยา ในระหว่างดำเนินการแพทย์ได้ให้ยาบำรุงตับมารับประทานก่อนในเบื้องต้น</li> <li>4. จัดให้ผู้ต้องขังป่วยเข้ารับการตรวจจากแพทย์โดยแพทย์เข้าไปให้การักษาในเรือนจำ และผ่านทางระบบ Tele – med</li> <li>5. ผู้ต้องขังที่มีอาการผิดปกติเข้ารับการตรวจ U/S ตับและช่องท้อง ตามวันและเวลานัด</li> <li>6. ผู้รับผิดชอบเรือนจำดูแลให้ผู้ต้องขังได้รับยาตามแผนการรักษาโดยใช้ระบบ DOT</li> <li>7. การติดตามการรักษา เมื่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ได้รับยาครบ 12 สัปดาห์ตามแผนการรักษาหลังจากได้ยาครบผ่านไป 12 สัปดาห์ให้ตรวจ HCV RNA Viral Load เพื่อประเมินการรักษา</li> </ol>

เมื่อได้จัดทำแนวทางการรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ HCV ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อในเรือนจำและการดูแลผู้ติดเชื้อที่ได้รับการดูแลจนสิ้นสุดการรักษาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลป้องกัน ส่งต่อรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตัวอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่การคัดกรองแรกเริ่ม การดูแลป้องกันการแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่น การดูแลส่งต่อรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการส่งต่อการดูแลเมื่อพ้นโทษ

#### 4.5 ระยะเวลาที่ 5 การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติที่ ปรับปรุง (Output evaluation)

ประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้รับผิดชอบแผนงานโรคตับอักเสบบีและซีของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหารจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหารและบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น และกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น จากกประชุมจัดทำแนวทางการร่วมกันทำให้ได้แนวทางและระบบการส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์เข้าสู่ระบบการรักษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 1. การดูแลผู้ต้องขังเมื่อแรกรับ

เมื่อผู้ต้องขังเดินทางมาถึงเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์จะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแรกรับตามแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพแรกรับของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการซักประวัติสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ตรวจสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว แยกผู้ต้องขังเพื่อกักตัวในแดนรับใหม่และกักตัว 1 เดือนเจาะเลือดตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส (Syphilis) ไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV) และส่งตรวจเอนไซม์ปอดประเมินการติดเชื้อวัณโรค หากผู้ต้องขังมีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บีและซีแยกเข้าควบคุมแดนเฉพาะโรคทันทีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

##### 2. การดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ระหว่างอยู่ในเรือนจำ

ผู้ต้องขังที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หรือได้รับการคัดกรองแรกรับและผลการตรวจคัดกรองพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จะมีการดำเนินการดังนี้

###### 2.1 จัดห้อแยกโรคของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

###### 2.2 ประเมินอาการผิดปกติ

###### 2.3 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคแนวทางการดูแลส่งตัวรักษาและ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

###### 2.3 แยกของใช้ส่วนตัว ได้แก่ แก้วน้ำ ถาดอาหาร กรรไกรตัดเล็บ แปดเตอเปลี่ยนตัดผม

##### 3. การดูแลส่งต่อเข้าระบบการรักษา

ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ต้องได้รับการส่งต่อรักษาโดยเริ่มจากการตรวจสอบสิทธิการรักษาและย้ายให้ทุกคนมาขึ้นสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อเข้าระบบการรักษา โดยมีขั้นตอนในการรักษา ดังนี้

3.1 การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti HCV Confirmation Test ) พยาบาลเรือนจำเจาะเลือดส่งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อตรวจตรวจ HCV viral load ( HCV RNA Quantitative) ผลตรวจ HCV viral load < 5,000 IU/mlติดตามตรวจประเมินทุก 1 ปี ผลตรวจ HCV viral load > 5,000 IU/ml เข้าเกณฑ์การรักษา

3.2 การตรวจประเมินก่อนการรักษา การประเมินก่อนการรักษาให้พยาบาลเรือนจำเจาะเลือดผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อส่งตรวจ CBC LFT BUN Cr. Anti-HBc Anti-HBs นำผลตรวจประเมินโรคร่วมประเมินการมีภาวะพังผืดตับในระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis) ด้วยโปรแกรมการคำนวณที่ใช้ประเมินความรุนแรงของพังผืดตับ การคำนวณค่า Fibrosis-4 score และ APRI score ผู้ต้องขังที่มีผล Fibrosis-4 score >1.45 หรือ APRI score >0.5 ซึ่งหมายถึงมีภาวะพังผืดตับในระดับที่ต้องเข้ารับการรักษา

รักษา หากผู้ต้องขังมีค่า Fibrosis-4 score <1.45 หรือ APRI score <0.5 แต่มีอาการผิดปกติ ให้ส่งตรวจประเมินพังผืดในตับด้วยวิธีตรวจ Transient elastography (Fibro scan®) ผลตรวจ >7 kilopascal (kPa) ระดับ F2 ถือว่ามีพังผืดตับเข้าเกณฑ์การรักษา ผู้ต้องขังที่เข้าตามเกณฑ์การรักษาและไม่ข้อห้ามในการรักษา ให้ส่งต่อผู้เข้ารับการรักษา

### 3.3 การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ระบบการรักษาผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาซึ่งสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาจากสำนักหลักประกันสุขภาพได้นั้นมีกระบวนการรักษาดังนี้

1. พยาบาลประจำเรือนจำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซี แนวทางการดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายและร่วมวางแผนการรักษาเป็นรายบุคคลร่วมกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. การตรวจรักษาโดยอายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ผ่านระบบ TELEMEDICINE ครั้งที่ 1 เพื่อประเมินก่อนเริ่มการรักษา ในกรณีที่ผู้ต้องขังมีภาวะตับแข็งให้ส่ง Ultrasound Liver ที่คลินิกโรคตับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3. พยาบาลคลินิกโรคตับประสานเรือนจำให้นำผู้ต้องขังเข้ารับการ Ultrasound Liver ตามลำดับ

4. เจ้าหน้าที่เรือนจำและพยาบาลหน่วยงานเวชกรรม รพ.กาฬสินธุ์ซักประวัติผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาและบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม sofosbuvir/velpatasvir (อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2564

5. เภสัชกรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ดำเนินการเบิกยาตามระบบ

6. อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร (GI MED) ตรวจประเมินอาการผู้ต้องขังและให้คำปรึกษา ก่อนเริ่มให้ยา sofosbuvir/velpatasvir (ผ่านระบบ TELEMEDICINE หรือแพทย์เข้ามารักษาในเรือนจำ)

7. พยาบาลประจำเรือนจำเบิกยา sofosbuvir/velpatasvir จากห้องยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้แก่ผู้ต้องขังที่เข้าตามเกณฑ์การรักษาโดยเบิกยาสำหรับผู้ต้องขังครั้งละ 1 เดือน

8. พยาบาลประจำเรือนจำชี้แจงข้อปฏิบัติในการรับประทานให้แก่ผู้ต้องขัง โดยมีการจัดทำประวัติข้อมูลสุขภาพพื้นฐานตามแบบฟอร์มสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2564 ก่อนเริ่มรับประทานยาและบริหารการให้ยาโดยใช้หลัก DOT (directly observed therapy) และประเมินอาการผิดปกติ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ(อส.จร.) ช่วยกำกับดูแลในการทานยาทุกวันและจดบันทึกอาการผิดปกติระหว่างรักษา หากพบอาการผิดปกติ เช่น cirrhosis ให้มีการนำออกมาพบแพทย์เดือนละครั้ง และจ่ายยาให้เดือนละครั้ง

### 3.4 การตรวจยืนยันผลการรักษา

หลังจากรักษาทานยาครบ 3 เดือน และหลังจากนั้นอีก 3 เดือน เจาะเลือดตรวจ HCV viral load และพบแพทย์เพื่อประเมินผลหลังการรักษา (ผ่านระบบ TELEMEDICINE หรือแพทย์เข้ามารักษาในเรือนจำ)

#### 4. การดูแลก่อนพ้นโทษและการส่งต่อเพื่อติดตามการรักษา

4.1 ในกรณีที่ผู้ต้องขังได้รับยาครบกำหนดและได้ประเมินหลังการรักษา เจ้าหน้าที่เรือนจำและเจ้าหน้าที่หน่วยงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ประเมินพฤติกรรมการเสี่ยงในการติดเชื้อและให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

4.2 ในกรณีที่ผู้ต้องขังได้รับยาไม่ครบแต่พ้นโทษก่อนสิ้นสุดการรักษา เจ้าหน้าที่เรือนจำให้คำแนะนำในการติดตามการรักษาต่อเนื่องกับผู้ต้องขังและญาติเมื่อมารับตัวในวันปล่อยตัว และส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพ้นโทษ



และส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป (ประสานผ่านหนังสือลับ และทางไลน์ผู้รับผิดชอบ)

4.3 ในกรณีที่ผู้ต้องขังได้รับยาครบ 12 สัปดาห์ แต่ยังไม่ครบกำหนดการเจาะเลือดตรวจ HCV viral load และประเมินหลังการรักษาให้ประสานคลินิกโรคตับออกใบนัดเพื่อตรวจประเมินหลังการรักษาพร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพ้นโทษและส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป

4.4 ในกรณีที่ผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แต่ยังไม่เข้าระบบการรักษาเนื่องจากพ้นโทษก่อนให้เจ้าหน้าที่เรือนจำประสานคลินิกโรคตับออกใบนัดเพื่อบัตรนัดเพื่อให้ไปรักษาและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพ้นโทษและส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป

จากการนำรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ในการดำเนินงานรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3,328 คน ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 343 คน (ร้อยละ 10.31 ) พ้นโทษก่อนเริ่มรักษาจำนวน 160 คน คงเหลือ 183 คน ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วย HCV Viral load จำนวน 159 คน ผลตรวจพบผู้ต้องขังที่ HCV Viral load >5,000 IU/mL ซึ่งเข้าตามเกณฑ์การรักษา จำนวน 124 คน ได้รับตรวจประเมินก่อนการรักษา จำนวน 99 คน (พ้นโทษก่อน 25 คน มีผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาทั้งหมด 72 คน พ้นโทษก่อนการรักษาจำนวน 9 คน ได้รับการรักษาจำนวน 63 คน พ้นโทษก่อนรับยาครบจำนวน 4 คน มีผู้ต้องขังที่รับยาครบ 12 สัปดาห์ตามแผนการรักษาจำนวน 59 คน

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาารูปแบบการป้องกันควบคุม โรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยสามารถสรุปผลการพัฒนา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการพัฒนา

จากการพัฒนาารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการ พัฒนาร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน โดยเครือข่ายและบทบาทของเครือข่ายในการจัดทำ แนวทางการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ติดเชื้อมีดังนี้

1) ผู้บริหารและทีมผู้รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น รับผิดชอบหลัก ในการจัดทำแนวทางฯ ประสานเครือข่าย สนับสนุนวิชาการ และจัดทำแนวทางฯ

2) บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

- อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแนวทางฯ และให้การรักษา ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อมี HCV ตามมาตรฐานแนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี

- เกสซ์กร เตรียมเอกสารประกอบการเบิกยาและบริหารการเบิกยาและจ่ายยาผู้ติดเชื้อ

- เทคนิคการแพทย์ ดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

- พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคตับ ประสานการรักษาและเอกสารประกอบการรักษา

- กลุ่มงานสำนักงานประกันสุขภาพ ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง เตรียมเอกสารข้อมูล เพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลและแก้ไขปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา

- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร่วมกับเจ้าหน้าที่เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมให้การพยาบาลผู้ติด เชื้อเรือนจำตามแนวทางวางแผนการเจาะเลือดตรวจตามแนวทางฯ

3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นที่ปรึกษาในการจัดทำแนวทางการรักษาและสนับสนุน การรักษาตามแนวทาง

4) บุคลากรเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทาง ผู้รับผิดชอบให้การ

5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมจัดทำแนวทางและประสานการดำเนินงานในพื้นที่

6) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น เป็นที่ปรึกษาในเรื่องสิทธิการรักษาและ

7) ผู้รับผิดชอบโครงการราชทัณฑ์ปันสุข กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นที่ปรึกษาและ สนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อมีไวรัสตับอักเสบบีซี

จากความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ และนำไปใช้ในการดำเนินงานมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลผู้ต้องขังเมื่อแรกจับ เมื่อผู้ต้องขังเดินทางมาถึงเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์จะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแรกจับตามแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพแรกจับของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการซักประวัติสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ตรวจสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว แยกผู้ต้องขังเพื่อกักตัวในแดนรับใหม่และภายใน 1 เดือนเจาะเลือดตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส (Syphilis) ไวรัสตับอักเสบ ซี(HCV) และส่งตรวจเอ็กซเรย์ปอดประเมินการติดเชื้อวัณโรค หากผู้ต้องขังมีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บีและซีแยกเข้าควบคุมแดนเฉพาะโรคทันทีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. การดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ระหว่างอยู่ในเรือนจำ

ผู้ต้องขังที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หรือได้รับการคัดกรองแรกจับและผลการตรวจคัดกรองพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จะมีการดำเนินการดังนี้

- 1) จัดห้อแยกโรคของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
- 2) ประเมินอาการผิดปกติ
- 3) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคแนวทางการดูแลส่งตัวรักษาและ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 4) แยกของใช้ส่วนตัว ได้แก่ แก้วน้ำ ถาดอาหาร กรรไกรตัดเล็บ แปดต่อเปลี่ยนตัดผม

3. การดูแลส่งต่อเข้าระบบการรักษา

ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ต้องได้รับการส่งต่อรักษาโดยเริ่มจากการตรวจสอบสิทธิการรักษา และย้ายให้ทุกคนมาขึ้นสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อเข้าระบบการรักษา โดยมีขั้นตอนในการรักษาดังนี้

3.1 การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti HCV Confirmation Test )

พยาบาลเรือนจำเจาะเลือดส่งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อตรวจตรวจ HCV viral load ( HCV RNA Quantitative) ผลตรวจ HCV viral load < 5,000 IU/mlติดตามตรวจประเมินทุก 1 ปี ผลตรวจ HCV viral load > 5,000 IU/ml เข้าเกณฑ์การรักษา

3.2 การตรวจประเมินก่อนการรักษา

การประเมินก่อนการรักษาให้พยาบาลเรือนจำเจาะเลือดผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อส่งตรวจ CBC LFT BUN Cr. Anti-HBc Anti-HBs นำผลตรวจประเมินโรคร่วม

ประเมินการมีภาวะพังผืดตับในระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis) ด้วยโปรแกรมการคำนวณที่ใช้ประเมินความรุนแรงของพังผืดตับ การคำนวณค่า Fibrosis-4 score และ APRI score ผู้ต้องขังที่มีผล Fibrosis-4 score >1.45 หรือ APRI score >0.5 ซึ่งหมายถึงมีภาวะพังผืดตับในระดับที่ต้องเข้ารับการรักษา หากผู้ต้องขังมีค่า Fibrosis-4 score <1.45 หรือ APRI score <0.5 แต่มีอาการผิดปกติ ให้ส่งตรวจ

ประเมินพังผืดในตับด้วยวิธีตรวจ Transient elastography (Fibro scan®) ผลตรวจ >7 kilopascal (kPa) ระดับ F2 ถือว่ามีพังผืดตับเข้าเกณฑ์การรักษา ผู้ต้องขังที่เข้าตามเกณฑ์การรักษาและไม่ข้อยกเว้นในการรักษาให้ส่งต่อผู้เข้ารับการรักษา

### 3.3 การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ระบบการรักษาผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาซึ่งสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาจากสำนักหลักประกันสุขภาพได้นั้นมีกระบวนการรักษาดังนี้

1. พยาบาลประจำเรือนจำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซี แนวทางการดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายและร่วมวางแผนการรักษาเป็นรายบุคคลร่วมกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. การตรวจรักษาโดยอายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ผ่านระบบ TELEMEDICINE ครั้งที่ 1 เพื่อประเมินก่อนเริ่มการรักษา ในกรณีผู้ต้องขังมีภาวะตับแข็งให้ส่ง Ultrasound Liver ที่คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3. พยาบาลคลินิกโรคตับประสานเรือนจำให้นำผู้ต้องขังเข้ารับการรักษา Ultrasound Liver ตามลำดับ

4. เจ้าหน้าที่เรือนจำและพยาบาลหน่วยงานเวชกรรม รพ.กาฬสินธุ์ซักประวัติผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาและบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม sofosbuvir/velpatasvir (อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2564

5. เกสซ์กรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ดำเนินการเบิกยาตามระบบ

6. อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร (GI MED) ตรวจประเมินอาการผู้ต้องขังและให้คำปรึกษา ก่อนเริ่มให้ยา sofosbuvir/velpatasvir (ผ่านระบบ TELEMEDICINE หรือแพทย์เข้ามารักษาในเรือนจำ)

7. พยาบาลประจำเรือนจำเบิกยา sofosbuvir/velpatasvir จากห้องยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้แก่ผู้ต้องขังที่เข้าตามเกณฑ์การรักษาโดยเบิกยาสำหรับผู้ต้องขังครั้งละ 1 เดือน

8. พยาบาลประจำเรือนจำชี้แจงข้อปฏิบัติในการรับประทานให้แก่ผู้ต้องขัง โดยมีการจัดทำประวัติข้อมูลสุขภาพพื้นฐานตามแบบฟอร์มสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2564 ก่อนเริ่มรับประทานยาและบริหารการให้ยาโดยใช้หลัก DOT (directly observed therapy) และประเมินอาการผิดปกติ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ(อส.จร.) ช่วยกำกับดูแลในการทานยาทุกวันและจดบันทึกอาการผิดปกติระหว่างรักษา หากพบอาการผิดปกติ เช่น cirrhosis ให้มีการนำออกมาพบแพทย์ เดือนละครั้ง และจ่ายยาให้เดือนละครั้ง

### 3.4 การตรวจยืนยันผลการรักษา

หลังจากรักษาทานยาครบ 3 เดือน และหลังจากนั้นอีก 3 เดือน เจาะเลือดตรวจ HCV viral load และพบแพทย์เพื่อประเมินผลหลังการรักษา (ผ่านระบบ TELEMEDICINE หรือแพทย์เข้ามารักษาในเรือนจำ)

#### 4. การดูแลก่อนพันโทษและการส่งต่อเพื่อติดตามการรักษา

4.1 ในกรณีที่ต้องขังได้รับยาครบกำหนดและได้ประเมินหลังการรักษา เจ้าหน้าที่เรือนจำและเจ้าหน้าที่หน่วยงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อและให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

4.2 ในกรณีที่ต้องขังได้รับยาไม่ครบแต่พันโทษก่อนสิ้นสุดการรักษา เจ้าหน้าที่เรือนจำให้คำแนะนำในการติดตามการรักษาต่อเนื่องกับผู้ต้องขังและญาติเมื่อมารับตัวในวันปล่อยตัว และส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพันโทษและส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป (ประสานผ่านหนังสือลับและทางไลน์ผู้รับผิดชอบ)

4.3 ในกรณีที่ต้องขังได้รับยาครบ 12 สัปดาห์ แต่ยังไม่ครบกำหนดการเจาะเลือดตรวจ HCV viral load และประเมินหลังการรักษาให้ประสานคลินิกโรคตับออกใบนัดเพื่อตรวจประเมินหลังการรักษาพร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพันโทษและส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป

4.4 ในกรณีที่ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แต่ยังไม่เข้าระบบการรักษาเนื่องจากพันโทษก่อนให้เจ้าหน้าที่เรือนจำประสานคลินิกโรคตับออกใบนัดเพื่อบัตรนัดเพื่อให้ไปรักษาและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพันโทษและส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป

จากการนำรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ในการดำเนินงานรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3,328 คน ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 343 คน (ร้อยละ 10.31 ) พันโทษก่อนเริ่มรักษาจำนวน 160 คน คงเหลือ 183 คน ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วย HCV Viral load จำนวน 159 คน ผลตรวจพบผู้ต้องขังที่ HCV Viral load >5,000 IU/mL ซึ่งเข้าตามเกณฑ์การรักษา จำนวน 124 คน ได้รับตรวจประเมินก่อนการรักษา จำนวน 99 คน (พันโทษก่อน 25 คน มีผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาทั้งหมด 72 คน พันโทษก่อนการรักษาจำนวน 9 คน ได้รับการรักษาจำนวน 63 คน พันโทษก่อนรับยาครบจำนวน 4 คน มีผู้ต้องขังที่รับยาครบ 12 สัปดาห์ตามแผนการรักษาจำนวน 59 คน

## 5.2 อภิปรายผล

การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ที่ผ่านมามีการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มเท่านั้น ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ ในปี พ.ศ.2563 เป็นครั้งแรกที่มีนโยบายให้คัดกรองในผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เมื่อพบผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวนมากในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์การนำเข้าสู่ระบบการรักษาจึงมีความสำคัญมาก การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงเป็นครั้งแรกที่มีการพัฒนาขึ้นภายใต้แนว

ทางการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ปี 2564 (กรมควบคุมโรค) จากการพัฒนาครั้งนี้จำเป็นต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานเข้าร่วมการพัฒนา ซึ่งจะมีความแตกต่างกับการการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคตับด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลของ บัญชี ฅญาทาบ (2557) เนื่องจากเป็นการพัฒนาแบบการดูแลในขณะอยู่ในเรือนจำและการรักษาโรคมีนโยบายในการดูแลและเข้าถึงการรักษาได้ง่าย แต่การรักษาไวรัสตับอักเสบบี เป็นเรื่องใหม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการเข้าถึงการรักษา การป้องกันการติดเชื้อ ความรู้ความเข้าใจหน่วยงานที่ดูแลและผู้ติดเชื้อเองยังน้อย ที่สำคัญยังไม่เคยมีการพัฒนาในรูปแบบนี้มาก่อน ซึ่งผู้รับผิดชอบได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการดำเนินการพัฒนาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้จริงในเรือนจำกาฬสินธุ์เพื่อให้การพัฒนานี้สามารถนำไปใช้ได้จริงและมีความเหมาะสมกับบริบทจึงควรมีการนำไปใช้และถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละเรือนจำ และควรเพิ่มเติมเรื่องระบบการส่งต่อและติดตามผู้ต้องขังที่พ้นโทษหรือยังรับการรักษาไม่ครบ ให้มารับการรักษาให้หายขาดและการให้ความรู้เพื่อป้องกันติดเชื้อซ้ำจึงจะเป็นรูปแบบที่

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1. ควรมีการเพิ่มสิทธิ์การคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ต้องขังเนื่องเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง

5.3.2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้เข้าถึงการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่น ควรเพิ่มการเข้าถึงการรักษาให้มากขึ้นโดยการสนับสนุนค่าตรวจ HCV Viral load ให้หน่วยบริการที่รักษาและเพิ่มหน่วยบริการที่สามารถตรวจ HCV Viral load ให้มากขึ้น ทั้งนี้ควรลดเกณฑ์การเข้าถึงการรักษาให้น้อยลง เช่นการประเมินค่าพังผืดที่ตับด้วยเครื่อง Fibro scan ที่มีข้อจำกัดในเรื่องของอุปกรณ์การตรวจที่มีน้อยและค่าตรวจที่แพง และการประเมินพังผืดที่ตับด้วยค่า APRI และ FIB- 4 ซึ่งจากการจัดทำแนวทางครั้งนี้จะเห็นว่าผู้ต้องขังที่ค่า APRI และ FIB- 4 ปกติยังไม่ถึงเกณฑ์ที่ต้องรักษาแต่มีอาการผิดปกติเมื่อตรวจประเมินพังผืดที่ตับด้วยเครื่อง Fibro scan พบว่ามีพังผืดที่ตับและบางคนมีภาวะตับแข็ง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ติดเชื้อจึงควรตัดเกณฑ์ข้อนี้ออก

5.3.3 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำ นั้นมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น สถานที่แออัด การออกนอกเรือนจำ สิทธิการรักษาและการพ้นโทษได้รับการปล่อยตัว การรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จึงควรกำหนดเป็นนโยบายพิเศษเพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วภายในเรือนจำ เนื่องจากเมื่อพ้นโทษจะติดตามมารักษายากและมีโอกาสไปแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่นได้สูง

5.3.4 ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อและติดตามผู้ต้องขังที่พ้นที่ก่อนได้รับการรักษาหรือได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาให้หายขาดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่แพร่เชื้อต่อผู้อื่น

5.3.5 ควรมีระบบการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำและแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่น เนื่องจากไวรัสตับอักเสบบี รักษาให้หายได้แต่ติดเชื้อซ้ำใหม่ได้ ไม้วัคซีนป้องกัน การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำจึงเป็นเรื่องสำคัญซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันดำเนินการ

5.3.6 การรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในแต่ละเรือนจำตามรูปแบบที่จัดทำขึ้นสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำแต่ละแห่ง แต่ต้องอิงมาตรฐานการรักษาตามแนวทางของกรมควบคุมโรคที่จัดทำขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กมล สุตประเสริฐ. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท บอร์น ทูบีพับลิชชิ่งจำกัด.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. **เตือนประชาชนระวังภัยเจ็บจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ.** [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=13303&deptcode=brc&news\\_views=1V.I](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=13303&deptcode=brc&news_views=1V.I)
- กุลภา วจนสาระ. (2561). **ป่วยไข้ในเรือนจำ: ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ.** พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ชนิษฐา กาญจนสินนท์. (2536). **โครงสร้างและการเข้าถึงเครือข่ายเศรษฐกิจนอกระบบในชนบท.** วิทยานิพนธ์พัฒนาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. (2527). **การมีส่วนร่วมของประชาชน.** กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนกร ปรงวิทยา, สมมาตย์ จันทร, สุจิตรา สุวรรณธาดา, ปรีชา หอมจำปา และศิริพร ปรงวิทยา. (2555). **อัตราการตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ ที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.** วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2555; 24: 264-271.
- นิตยา เงินประเสริฐศรี. (2544). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.** วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2(7), 61-62.
- บุญยัง ฉายาทับ. (2557). **การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่สถาน.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พโรจน์ ชลารักษ์. (2548). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.** วารสารราชภัฏตะวันออก, 1(1).
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2540). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.** สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาณุพันธุ์ ธนปฐมสินชัย, จรรยา ดวงแก้ว และถนอม นามวงศ์. (2564). **การพัฒนากระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในพนักงานคัด แยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดยโสธร.** วารสารควบคุมโรค, 47(3), 531-541.
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2560). **แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ.2560-2564.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.



ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.

(2563). **แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.

ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.

**แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560-2564**. กรุงเทพฯ; เจ เอส การพิมพ์

สิริฤกษ์ ทรงศิริวิไล. (2543). **ตับอักเสบจากไวรัส (Viral Hepatitis)**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ; บางกอบลิ๊อก.

เสริมพงษ์ จารุเลิศวุฒิ และคณะ. (2561). **แนวโน้มการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพลทหารที่บริจาคโลหิตในจังหวัดเชียงใหม่**. เวชสารแพทยทหารบก 2560;70:57-63.

Garnier L, Inchauspe G, Trepo C. (2002). **Hepatitis C virus**. In: Richman DD, Whitley RJ, Hayden FG, editors. *Clinical virology*. 2<sup>nd</sup>ed. Washington DC: ASM Press.

Green, L. and Kreuter, M. (2005). **Health program planning: An educational and ecological approach**. 4th Edition, McGraw Hill, New York.

Kemmis S, McTaggart R. (1988). **The Action Research Planner**. Australia: Deakin University Press.

Kemmis, & McTaggart, R. (1988). **The Action research planner, 3<sup>rd</sup> ed**. Geelong: Deakin University, Australia.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). **Participatory action research**. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567-605). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lemon SM, Walker C, Alter HJ, Yi M. (2007). **Hepatitis C virus**. In: Knipe DM, Howley PM, editors. Griffin DE, Lamb RA, Martin MA, Roizman B, Straus SE, associate editors. *Fields Virology*. 5<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; Wolters Kluwer Business.

Tong MJ, El-Farra NS, Reikes AR, Co RL. (1995). **Clinical outcomes after transfusion-associated hepatitis C**. *N Engl J Med*, 332:1463-6.

Verachai V, Phutiprawan T, Theamboonlers A, Chinchai T, Tanprasert S, Haagmans BL, Osterhaus AD, Poovorawan Y. (2002). **Prevalence and genotypes of hepatitis C virus infection among drug addicts and blood donors in Thailand**. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. Dec; 33(4): 849 - 51.

World Health Organization. (2017). **Regional action plan for viral hepatitis in South-East Asia: 2016-2021**.

ภาคผนวก

## แนวทางการดูแลป้องกัน ส่งต่อรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UN Thailand) ได้เผยแพร่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) ที่ประชาคมโลกตกลงร่วมกันที่จะใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในเป้าหมายที่ 3:สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย โดยกำหนดให้ทุกประเทศร่วมกันยุติการแพร่กระจายของเอชไอวี วัณโรค มาลาเรีย โรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และร่วมกันต่อสู้กับโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ให้สำเร็จภายในปี 2573 กรมควบคุมโรคและเครือข่ายได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560-2564 และจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ปี 2564 คือกำจัดไวรัสตับอักเสบบี เป้าหมายคือลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเน้นการให้วัคซีนแก่เด็กทารกแรกเกิด ด้วยความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเน้นการตรวจคัดกรองเลือด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของเลือดที่บริจาคทั้งหมด และ ให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปีพ.ศ.2564

ในปัจจุบันบุคคลที่ได้รับสิทธิคัดกรองการติดเชื้อ HBV HCV โดยการคัดกรองการติดเชื้อ HBV ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้บริจาคโลหิต คัดกรองการติดเชื้อ HCV ในผู้บริจาคโลหิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่มีติดยาเสพติดเข้าเส้นเท่านั้นกลุ่มเสี่ยงอื่นยังไม่มีแนวทางในการคัดกรองการติดเชื้อ ซึ่งทำให้พบการติดเชื้อซ้ำมากและเข้าสู่ระบบการรักษาทำให้บางคนมีอาการตับอักเสบบี ตับแข็งและมะเร็ง ในปี พ.ศ.2563 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้รับมอบหมายจากกรมควบคุมโรคให้ดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการพระราชดำริในพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ และ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ กรมหลวงราชสาริณีสิริพชรมหาวัชรราชธิดา โดยเรือนจำที่เป็นเป้าหมาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ เรือนจำกลางขอนแก่น เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม และเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ และมีโครงการของขบวนการใหม่ ประจำปี พ.ศ. 2563 สำหรับประชาชนคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในพนักงานคัดแยกขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา เป้าหมาย 38,000 คน (จังหวัด 500 คน) และจากผลการดำเนินงานพบว่าพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี มากที่สุด โดยพบผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี จำนวน 343 คน (ร้อยละ 10.31 ) พนักงานเก็บขยะของเทศบาลในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี จำนวน ๑๙ คน (ร้อยละ ๔.๓๗ ) และการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกัญฉิณารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี จำนวน ๕๗ คน (ร้อยละ ๑๔.๕๕) ได้รับการรักษา จำนวน 2 คนเท่านั้น จากข้อมูลรวมทั้ง 3 กลุ่ม พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ทั้งหมด 419 คน ถือว่าเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มใหญ่หากไม่ได้รับการดูแลรักษาให้หายจะเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสในการไปแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นสูงมากและมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยภาวะตับอักเสบบี ตับแข็งและมะเร็งในอนาคตซึ่งจะทำให้สูญเสียทรัพยากรมนุษย์และงบประมาณของประเทศชาติ

ในปัจจุบันสิทธิการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ครอบคลุมเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (PWID) ในประชาชนทั่วไปที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หลังจากรับการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และมีผล Positive ก่อนเข้าสู่การรักษาต้องตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยการตรวจ HCV RNA viral load หรือ X-pert HCV viral load ค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 2,300-3,000 บาท ซึ่งผู้ติดเชื้อต้องจ่ายค่าตรวจเองการเข้าถึงการตรวจมีข้อจำกัดของหน่วยบริการที่สามารถตรวจได้ เมื่อผล HCV RNA viral load มากกว่า 5,000 ถึงมีสิทธิในการตรวจประเมินก่อนการรักษา ก่อนจะถึงขั้นตอนการรักษาต้องมีการประเมินหลายอย่างและต้องอยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหารเท่านั้นซึ่งบางโรงพยาบาลไม่มีแพทย์สาขานี้ประจำและยาในการรักษาต้องเบิกในบัญชียา จ2 ซึ่งมีระบบการเบิกที่ซับซ้อน ประชาชนส่วนใหญ่จึงเข้าถึงการรักษาน้อยทำให้โรคเกิดการลุกลามจนเกิดภาวะโรคตับอักเสบ ตับแข็งและมะเร็ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ต้องขังซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการรักษาหลายด้าน เช่นการออกนอกเรือนจำ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการรักษาและการติดตามการรักษา ซึ่งกลุ่มผู้ต้องขังเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสที่จะไปแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่นและมีโอกาสในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆได้ง่าย เพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของโรคลดการเจ็บป่วยและสูญเสียในผู้ติดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นและเพื่อบรรลุเป้าหมายของนโยบาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเร่งด่วนลดการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในปี 2563 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นได้ดำเนินงานโครงการราชทัณฑ์ปันสุข โดยได้ดำเนินการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ ซี ซิฟิลิส ในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์และเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม ผลการดำเนินงานดังนี้

ชื่อเรือนจำ	ผู้ต้องขังทั้งหมด(คน)	ติดเชื้อ HIV	ติดเชื้อ Syphilis	ติดเชื้อ HCV
เรือนจำกลางขอนแก่น	5,146	คัดกรอง 450 คน ติดเชื้อ 6 คน (1%)	คัดกรอง 450 คน ติดเชื้อ 13 คน (3%)	คัดกรอง 450 คน ติดเชื้อ 16 คน (4%)
เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม	2,491	คัดกรอง 846 คน ติดเชื้อ 16 คน(2%)	คัดกรอง 846 คน ติดเชื้อ 17 คน (2%)	คัดกรอง 846 คน ติดเชื้อ 28 คน (3%)
เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์	3,328	คัดกรอง 1,611 คน ติดเชื้อ 59 คน(4%)	คัดกรอง 1,611 คน ติดเชื้อ 20 คน (1%)	คัดกรอง 3,328 คน ติดเชื้อ 343 ค(10.31%)
รวม	10,965 (100%)	คัดกรอง 2,907 คน ติดเชื้อ 81 ค(2.79%)	คัดกรอง 2,907 คน ติดเชื้อ 50 คน (1.72 %)	คัดกรอง 4,624 คน ติดเชื้อ 387 คน(8.37%)

จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าเรือจ้างจังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ต้องขังในเรือนจำติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี จำนวน 343 คน (10.31%) ซึ่งถือว่ามีความชุกสูงมากเมื่อเทียบกับเรือนจำอื่น เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาทางผู้รับผิดชอบ จึงเห็นควรอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการส่งผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตับอักเสบบี ตับแข็ง มะเร็งตับในอนาคตและป้องกันการแพร่เชื้อต่อบุคคลอื่น จึงได้ประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้รับผิดชอบแผนงานโรคตับอักเสบบีและซี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารและบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น และกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น จากการประชุมจัดทำแนวทางร่วมกันทำให้ได้แนวทางและระบบการส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์เข้าสู่ระบบการรักษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1. การดูแลผู้ต้องขังเมื่อแรกจับ

เมื่อผู้ต้องขังเดินทางมาถึงเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์จะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแรกจับตามแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพแรกจับของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการซักประวัติสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ตรวจสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว แยกผู้ต้องขังเพื่อกักตัวในแดนรับใหม่และกักตัว 1 เดือนเจาะเลือดตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส (Syphilis) ไวรัสตับอักเสบบี ซี (HCV) และส่งตรวจเอ็กซเรย์ปอดประเมินการติดเชื้อวัณโรค หากผู้ต้องขังมีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีแยกเข้าควบคุมแดนเฉพาะโรคทันทีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

### 2. การดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ระหว่างอยู่ในเรือนจำ

ผู้ต้องขังที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี หรือได้รับการคัดกรองแรกจับและผลการตรวจคัดกรองพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี จะมีการดำเนินการดังนี้

- 1) จัดห้อแยกโรคของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 2) ประเมินอาการผิดปกติ
- 3) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคแนวทางการดูแลส่งตัวรักษาและ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 4) แยกของใช้ส่วนตัว ได้แก่ แก้วน้ำ ถาดอาหาร กรรไกรตัดเล็บ แปรงฟัน เป็นต้น

### 3. การดูแลส่งต่อเข้าระบบการรักษา

ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ต้องได้รับการส่งต่อรักษาโดยเริ่มจากการตรวจสอบสิทธิการรักษา และย้ายให้ทุกคนมาขึ้นสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อเข้าระบบการรักษา โดยมีขั้นตอนในการรักษา ดังนี้

### 3.1 การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti HCV Confirmation Test )

พยาบาลเรือนจำเจาะเลือดส่งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อตรวจตรวจ HCV viral load ( HCV RNA Quantitative) ผลตรวจ HCV viral load < 5,000 IU/mlติดตามตรวจประเมินทุก 1 ปี ผลตรวจ HCV viral load > 5,000 IU/ml เข้าเกณฑ์การรักษา -

### 3.2 การตรวจประเมินก่อนการรักษา

การประเมินก่อนการรักษาให้พยาบาลเรือนจำเจาะเลือดผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อส่งตรวจ CBC LFT BUN Cr. Anti-HBc Anti-HBs นำผลตรวจประเมินโรคร่วม

ประเมินการมีภาวะพังผืดตับในระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis) ด้วยโปรแกรมการคำนวณที่ใช้ประเมินความรุนแรงของพังผืดตับ การคำนวณค่า Fibrosis-4 score และ APRI score ผู้ต้องขังที่มีผล Fibrosis-4 score >1.45 หรือ APRI score >0.5 ซึ่งหมายถึงมีภาวะพังผืดตับในระดับที่ต้องเข้ารับการรักษา หากผู้ต้องขังมีค่า Fibrosis-4 score <1.45 หรือ APRI score <0.5 แต่มีอาการผิดปกติ ให้ส่งตรวจประเมินพังผืดในตับด้วยวิธีตรวจ Transient elastography (Fibro scan®) ผลตรวจ >7 kilopascal (kPa) ระดับ F2 ถือว่ามีพังผืดตับเข้าเกณฑ์การรักษา ผู้ต้องขังที่เข้าตามเกณฑ์การรักษาและไม่ข้อห้ามในการรักษา ให้ส่งต่อผู้เข้ารับการรักษา

### 3.3 การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ระบบการรักษาผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาซึ่งสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาจากสำนักหลักประกันสุขภาพได้นั้นมีกระบวนการรักษาดังนี้

1. พยาบาลประจำเรือนจำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซี แนวทางการดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายและร่วมวางแผนการรักษาเป็นรายบุคคลร่วมกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. การตรวจรักษาโดยอายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ผ่านระบบ TELEMEDICINE ครั้งที่ 1 เพื่อประเมินก่อนเริ่มการรักษา ในกรณีที่ผู้ต้องขังมีภาวะตับแข็งให้ส่ง Ultrasound Liver ที่คลินิกโรคตับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. พยาบาลคลินิกโรคตับประสานเรือนจำให้นำผู้ต้องขังเข้ารับการ Ultrasound Liver ตามลำดับ
4. เจ้าหน้าที่เรือนจำและพยาบาลหน่วยงานเวชกรรม รพ.กาฬสินธุ์ซักประวัติผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์การรักษาและบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม sofosbuvir/velpatasvir (อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2564
5. เกสเซอร์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ดำเนินการเบิกยาตามระบบ
6. อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร (GI MED) ตรวจประเมินอาการผู้ต้องขังและให้คำปรึกษา ก่อนเริ่มให้ยา sofosbuvir/velpatasvir (ผ่านระบบ TELEMEDICINE หรือแพทย์เข้ามารักษาในเรือนจำ)
7. พยาบาลประจำเรือนจำเบิกยา sofosbuvir/velpatasvir จากห้องยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้แก่ผู้ต้องขังที่เข้าตามเกณฑ์การรักษาโดยเบิกยาสำหรับผู้ต้องขังครั้งละ 1 เดือน

8. พยาบาลประจำเรือนจำชี้แจงข้อปฏิบัติในการรับประธานให้แก่ผู้ต้องขัง โดยมีการจัดทำประวัติ ข้อมูลสุขภาพพื้นฐานตามแบบฟอร์มสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2564 ก่อนเริ่มรับประธานยาและบริหารการให้ยาโดยใช้หลัก DOT (directly observed therapy) และประเมินอาการผิดปกติ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ(อสจร.) ช่วยกำกับดูแลในการทานยาทุกวัน และจัดบันทึกอาการผิดปกติระหว่างรักษา หากพบอาการผิดปกติ เช่น cirrhosis ให้มีการนำออกมาพบแพทย์ เดือนละครั้ง และจ่ายยาให้เดือนละครั้ง

#### 3.4 การตรวจยืนยันผลการรักษา

หลังจากรักษาทานยาครบ 3 เดือน และหลังจากนั้นอีก 3 เดือน เจาะเลือดตรวจ HCV viral load และพบแพทย์เพื่อประเมินผลหลังการรักษา (ผ่านระบบ TELEMEDICINE หรือแพทย์เข้ามารักษาในเรือนจำ)

#### 4.การดูแลก่อนพ้นโทษและการส่งต่อเพื่อติดตามการรักษา

4.1 ในกรณีที่ผู้ต้องขังได้รับยาครบกำหนดและได้ประเมินหลังการรักษา เจ้าหน้าที่เรือนจำและเจ้าหน้าที่หน่วยงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อมีและให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

4.2 ในกรณีที่ผู้ต้องขังได้รับยาไม่ครบแต่พ้นโทษก่อนสิ้นสุดการรักษา เจ้าหน้าที่เรือนจำให้คำแนะนำในการติดตามการรักษาต่อเนื่องกับผู้ต้องขังและญาติเมื่อมารับตัวในวันปล่อยตัว และส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพ้นโทษ และส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป (ประสานผ่านหนังสือลับและทางไลน์ผู้รับผิดชอบ)

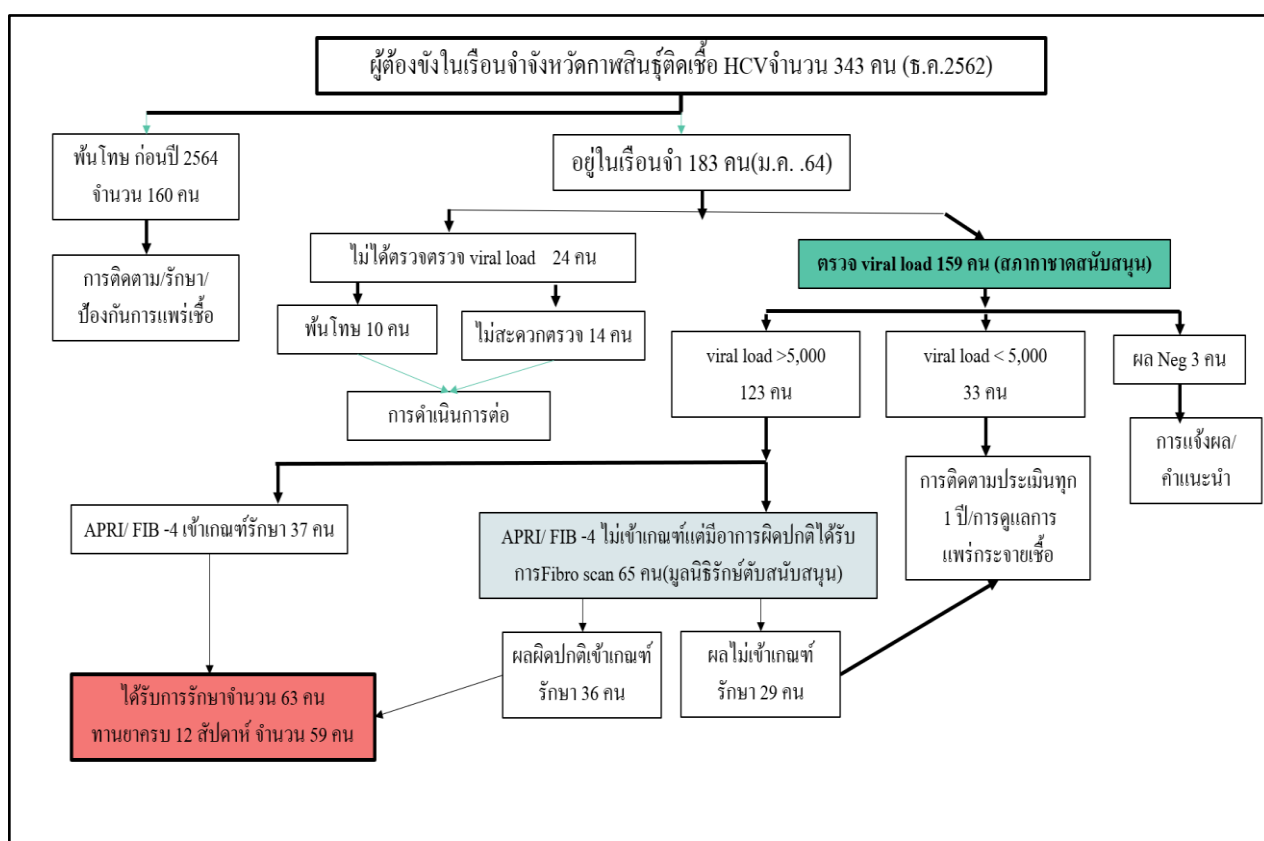
4.3 ในกรณีที่ผู้ต้องขังได้รับยาครบ 12 สัปดาห์ แต่ยังไม่ครบกำหนดการเจาะเลือดตรวจ HCV viral load และประเมินหลังการรักษาให้ประสานคลินิกโรคตับออกใบนัดเพื่อตรวจประเมินหลังการรักษาพร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพ้นโทษและส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป

4.4 ในกรณีที่ผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี แต่ยังไม่เข้าระบบการรักษาเนื่องจากพ้นโทษก่อนให้เจ้าหน้าที่เรือนจำประสานคลินิกโรคตับออกใบนัดเพื่อบัตรนัดเพื่อให้ไปรักษาและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ผู้ต้องขังไปพำนักหลังพ้นโทษและส่งต่อข้อมูลให้คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป

ผลการรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2564

จากการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ในปี พ.ศ.2563 เรือนจำกาฬสินธุ์คัดกรองผู้ต้องขังทั้งหมดจำนวน 3,328 คน พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 343 คน (10.31%) ซึ่งผู้รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เห็นความสำคัญและดำเนินการส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาในปี พ.ศ.2564 ซึ่งมีผลการดำเนินงานดังนี้

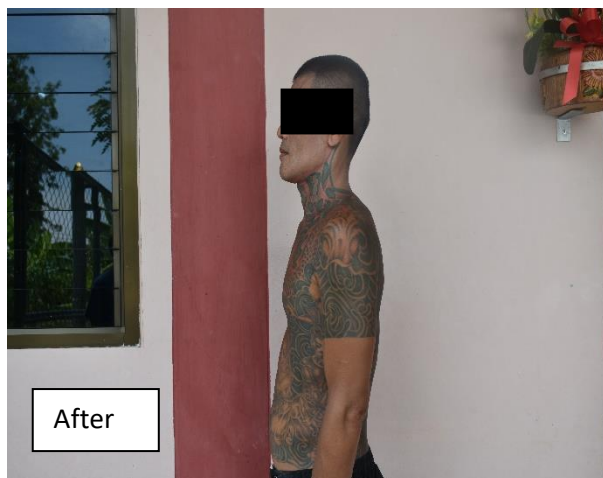
ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 343 คน พันโทฯก่อนปี 2564จำนวน 160 คน เหลือผู้ต้องขังทั้งหมด 183 คน ได้รับการตรวจยืนยันผลการรักษาด้วยการตรวจ HCV viral load จากสภากาชาดซึ่งได้อนุเคราะห์การตรวจให้ จำนวน 159 คน ผู้ต้องขังจำนวน 24 คน ไม่ได้รับการตรวจเนื่องจากพันโทฯและติดภารกิจในวันที่ตรวจ ผลการตรวจ HCV viral load พบผู้ต้องขังที่มีค่า HCV viral load > 5,000 จำนวน 123 คน HCV viral load < 5,000 จำนวน 33 คน ซึ่งผู้ต้องขังจำนวน 123 คนได้รับการประเมินก่อนการรักษาโดยการคำนวณค่าพังผืดด้วยโปรแกรม Fibrosis-4 score และ APRI score มีผู้ต้องขังเข้าตามเกณฑ์การรักษา จำนวน 37 คน และมีผู้ต้องขังที่ค่าพังผืดไม่เข้าตามเกณฑ์จำนวน 86 คน ซึ่งได้พันโทฯไปจำนวน 21 คน เหลือผู้ต้องขังที่ยังไม่ได้รับการรักษาจำนวน 65 คน จากการประเมินพบว่าผู้ต้องขังกลุ่มนี้มีอาการผิดปกติ เช่น ท้องบวม ท้องอืด และต้องการเข้ารับการรักษาจึงได้ประสานมูลนิธิรักษาระดับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่ออนุเคราะห์การตรวจประเมินพังผืดด้วยการตรวจด้วยวิธีตรวจ Transient elastography (Fibro scan®) จากการตรวจพบผู้ต้องขังที่มีภาวะมีพังผืดที่ตับเข้าตามเกณฑ์การรักษาจำนวน 36 คน ทำให้มีผู้ต้องขังเข้ารับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ทั้งหมดจำนวน 73 คน ในระหว่างรอการรักษามีผู้ต้องขังพันโทฯ จำนวน 10 คน จึงมีผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ได้รับการรักษาด้วยสูตรยา sofosbuvir/velpatasvir จำนวนทั้งสิ้น 63 คนและรักษาครบกำหนดจำนวน 59 คน ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 ขั้นตอนการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ติดเชื้อ HCV



ภาพก่อนและหลังการรักษา



## สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในเรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2564

### ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ .....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....
2. ว/ด/ป เกิด .....เลขที่บัตรประจำประชาชน.....
3. HN..... ระดับการศึกษาสูงสุด.....
4. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
5. กำหนดพื้นที่.....ที่อยู่หลังพื้นที่.....
6. ชื่อผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน.....
7. ความสัมพันธ์..... เบอร์โทร.....

### ประวัติครอบครัว

9. เป็นบุตรลำดับที่ของครอบครัว.....มีพี่น้องทั้งหมด.....คน
10. ในครอบครัวมีสมาชิกจำนวน .....คน
11. สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรค  
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี  มีระบุ..... ไม่มี /ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี  มีระบุ..... ไม่มี  
โรคตับแข็ง  มีระบุ..... ไม่มี / โรคมะเร็งตับ  มีระบุ..... ไม่มี

### ข้อมูลสุขภาพทั่วไป

12. ส่วนสูง.....เซนติเมตร / น้ำหนัก .....กิโลกรัม ( ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....)
13. มีโรคประจำตัวหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....(ตรวจเจอ.....)  
( ) มีมารับประทานประจำ ระบุ..... ( ) ขาดยา.....
14. ในอดีตก่อนเข้าเรือนจำเคยทราบไหมว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ( ) ไม่ทราบ ( ) ทราบจาก.....
15. ท่านเคยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี มาก่อนหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย ที่.....พ.ศ. ....
16. ในอดีตท่านเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยอาการดังต่อไปนี้หรือไม่  
( ) ตาเหลืองตัวเหลือง ( ) ปัสสาวะสีเข้ม ( ) อุจจาระสีขาวยืด ( ) อ่อนเพลียมาก  
( ) คลื่นไส้ ( ) เบื่ออาหาร มีอาการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
( ) ไม่เคยมีอาการเหล่านี้เลย

### ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง

17. ปกติท่านมีเพศสัมพันธ์  
( ) เพศเดียวกัน ( ) ต่างเพศ ( ) ทั้งสองเพศ ( ) ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์
18. ถ้าท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ ท่านสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งหรือไม่  
( ) คู่สมรส ( ) สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ( ) สวมถุงยางอนามัยบางครั้ง  
( ) บุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส ( ) สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ( ) สวมถุงยางอนามัยบางครั้ง

19. ท่านเคยเที่ยวหญิงบริการหรือชายบริการหรือไม่

( ) ไม่เคย

( ) เคย ( ) สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ( ) สวมถุงยางอนามัยบางครั้ง

20. ท่านเคยทำสิ่งต่อไปนี้หรือไม่

การทำฟัน ( ) เคย เมื่อ..... สถานที่..... ( ) ไม่เคย

การเจาะหู ( ) เคย เมื่อ..... สถานที่..... ( ) ไม่เคย

การผ่าตัด ( ) เคย ระบุ.....เมื่อ..... ( ) ไม่เคย

การสักผิวหนัง ( ) เคย สถานที่.....เมื่อ..... ( ) ไม่เคย

การฝังเข็ม ( ) เคย สถานที่.....เมื่อ..... ( ) ไม่เคย

เคยได้รับเลือดหรือ สารเลือด ( ) เคย ระบุ.....เมื่อ..... ( ) ไม่เคย

เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ( ) เคย ระบุ.....เมื่อ..... ( ) ไม่เคย

เคยให้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น ถึงแม้ว่าจะทดลองใช้เพียงครั้งเดียว

( ) เคย ระบุชนิด..... มีประวัติใช้เข็มร่วมกับบุคคลอื่น ( ) ใช้ ( ) ไม่ใช้

( ) ไม่เคย

( ) มีประวัติใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....

เคยใช้อุปกรณ์ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เป็นต้น

( ) เคย ระบุ..... ( ) ไม่เคย

ตัดผมโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกับคนอื่นเช่น กรรไกร แบทเตอร์เลียน ใบมีดโกน

( ) เคย ระบุ..... ( ) ไม่เคย

**ประวัติการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจก่อนการรักษา**

21. ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เมื่อ วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

22. ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เมื่อ วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ผลการตรวจ HCV RNA Viral Load ..... IU/mL

23. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ว/ด/ป	platelet ( $10^3$ )	TB	Alb	AST	ALT	APRI	Fib-4

24. ได้รับการตรวจ Fibro Scan เมื่อวันที่.....

ผลการตรวจตรวจ Fibro Scan .....(Kpa.)  Cirrhosis  Non Cirrhosis

25. ได้รับการตรวจ Ultrasound upper abdomen

( ) ได้รับ เมื่อ ว/ด/ป.....ผลการตรวจ.....

( ) ไม่ได้รับ

26. อาการผิดปกติที่พบ ให้ทำเครื่องหมาย / ที่หน้าข้อความที่ท่านมีอาการ (ขณะอยู่ในเรือนจำ)
- ..... เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย
  - ..... เกิดรอยขีดหรือห้อเลือดได้ง่าย
  - ..... ตัวเหลืองและตาเหลือง (ดีซ่าน)
  - ..... อาการบวมตามอวัยวะต่าง ๆ เนื่องจากการสะสมของน้ำ เช่น ขาบวม ท้องมาน ข้อเท้าบวม
  - ..... ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด
  - ..... เกิดเส้นเลือดฝอยมากผิดปกติตามตัว และฝ่ามือ (มีเส้นเลือดฝอยคล้ายใยแมงมุมขึ้นที่หน้าอก)
  - ..... ท้องอืดบอຍ จุกแน่นใต้ชายขวา
  - ..... มีเลือดออกได้ง่าย
  - ..... คั้นตามผิวหนัง
  - ..... คลื่นไส้ อื่นระบุ.....

### ประวัติการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี

27. ได้รับยา / เริ่มทานยาครั้งแรกเมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

1. ....ขนาด.....mg. กินวันละ.....ครั้ง เวลา.....
2. ....ขนาด.....mg. กินวันละ.....ครั้ง เวลา.....
3. ....ขนาด.....mg. กินวันละ.....ครั้ง เวลา.....
4. ....ขนาด.....mg. กินวันละ.....ครั้ง เวลา.....
5. ....ขนาด.....mg. กินวันละ.....ครั้ง เวลา.....

28. การตรวจระหว่างการรักษา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับการตรวจ.....

ผลการตรวจ.....

29. วันครบกำหนดการรักษาวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

30. การตรวจประเมินผลการรักษาวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผลการตรวจ HCV RNA Viral Load ..... IU/ML

ผลตรวจอื่นๆ.....

31. ในกรณีที่พ้นโทษก่อนสิ้นสุดการรักษา

( ) รับประทานยาที่เหลือทั้งหมดไปรับประทานต่อเอง

( ) ให้ไปรับยาต่อที่ โรงพยาบาล.....

( ) ญาติรับรู้และยินดียินดีดูแล ชื่อญาติ.....ความสัมพันธ์.....เบอร์โทร.....

( ) กำหนดนัดตรวจเพื่อประเมินผลการรักษาวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่โรงพยาบาล.....

( ) อื่นๆ.....

### บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่.....ระหว่างวันที่.....เดือน.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	มี ไม่มี	
1.ปวดศีรษะ																														
2.อ่อนเพลีย																														
3.คลื่นไส้/อาเจียน																														
4.ผื่นแดง																														
5.ตุ่มพอง																														
6.มีไข้ตามผิวหนัง																														
7.ลมพิษ																														
8.ใบหน้าบวม ตาบวม																														
9.หน้ามืด/เป็นลม																														
10.แน่นหน้าอก/ หายใจลำบาก																														
11.เลือดออกผิดปกติ																														
12.อื่นๆ																														

หมายเหตุ 1.วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย / ในช่องว่ามีอาการหรือไม่มีอาการ