



กรมควบคุมโรค

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

# วารสาร

ISSN 0857-8575

# โรคเอดส์

<http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/home>

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 - มกราคม 2561

- ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558”
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย
- ผลการดำเนินงานการจัดชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุขโครงการกองทุนโลก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน 3 จังหวัดและพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในประเทศไทย ช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2559
- การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสเพื่อดูแลรักษาในศูนย์สาธิต บริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
- การตรวจหาเซลล์ปากมดลูกและเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติ โดยวิธีแปปเทสต์ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ที่มารับบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก)





กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

# วารสารโรคเอดส์

ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐/๒๕๖๑

## สารบัญ

	หน้า
ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” <i>เอกชัย แดงสะอาด, นัทธวิทย์ สุขรักษ์, ปิยะวดี ทองโปร่ง, อานุกาฬ พ่วงสร้อย</i>	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย <i>กัญญา อภิพรชัยสกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์</i>	11
ผลการดำเนินงานการจัดชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายใต้ความร่วมมือระหว่าง กรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข โครงการกองทุนโลก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน 3 จังหวัด และพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในประเทศไทย ช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2559 <i>มณฑินี วสันตดิอุปกาศกร, สุเมธ อังศ์วรรณดี, ชิวันันท์ เลิศพิริยะสุวัฒน, ทนงศรี ภูริศรี, กรรณิการ์ บัวทะเล</i>	24
การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสเพื่อดูแลรักษาในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ <i>พรนารา อธิเชียว, สุทธิพา วงศาโรจน์, วชิรี ประสงค์, รัชณี เชื้อนแก้ว, พจมาลย์ คชินทร์ไพโร</i>	35
การตรวจหาเซลล์ปากมดลูกและเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติ โดยวิธีแปปเทสต์ ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มารับบริการคลินิกโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก) <i>บุศรา บำรุงศักดิ์, นฤมล เย็นยาขัน, วนิดา รอดรังนก, เอกชัย แดงสะอาด, รัชณี รอดรังนก</i>	46

**Thai AIDS Journal**  
**Volume 30, Number 1, 2017/2018**

	<b>Page</b>
<b>Clinicians and public health care providers's satisfaction of "Thai Sexually transmitted infections clinical practice guideline, 2015"</b> <i>Ekkachai Daengsaard, Nutthavit Sookral, Piyawadee Tongpong, Anuprap Puangsoi</i>	<b>1</b>
<b>Factors associated with access to HIV counseling and testing among migrant workers in Thailand.</b> <i>Kanya Apipornchaisakul, Chalernpol Chamchan</i>	<b>11</b>
<b>The resulting performance of HIV prevention Integrated Program Affiliated with Department of Disease Control Thailand MOPH-US CDC collaboration, Global Fund and Three Provincial Health Offices and Bangkok in Thailand for the period of 2012 to 2016</b> <i>Montinee Vasantiuppapokakorn, Sumet Ongwandee, Cheewanan Lerdpiriyasuwat, Thanongsri Purisri, Kannika Buataley</i>	<b>24</b>
<b>Development of Syphilis Referral System at Sexually Transmitted Infections Demonstration Center, the Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai</b> <i>Phonnara Tikiaw, Sutipa Wongsaroj, Watcharee Prasing, Ratchanee Khuankaew, Pojamarn Kachinprai</i>	<b>35</b>
<b>Determined of cervical and anal cytological abnormalities by Pap test in high risk sexual behavior population group among attending at STD clinic (Bangrak hospital)</b> <i>Busara Bamrungsak, Naruemon Yenyason, Wanida Rodrungnok, Ekkachai Dangsaard, Ratchanee Rodrungnok</i>	<b>46</b>

---

# วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไปซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสารวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุน องค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

## ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

## บรรณาธิการ

นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข กรมควบคุมโรค

## กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย กรมควบคุมโรค

นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี กรมควบคุมโรค

นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงรสพร กิติเยวามาลย์ กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงมณฑิณี วสันตอุโปภาคาร กรมควบคุมโรค

นางสาวทองกร ยันรังษี กรมควบคุมโรค

ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นายแพทย์พัลลภ คางคีล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ร.ศ.ดร.สุคนธา คางคีล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

ผศ.พญ.พัชร์วิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร สำนักวิชาการแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์รณภูมิ สามีคศิริกรมย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## ผู้จัดการ

นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## สำนักงานผู้จัดการ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

## ผู้ออกแบบปก

นายบุญยະฤทธิ มาบกลาง

## ผู้ประสานงาน

นางสาวพกามาศ แดงคุหา โทร. 0 2590 3291, 3289 โทรศัพท์มือถือ 08 1788 3573  
E-mail : aidsstijournal@gmail.com

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ : E-Journal สืบค้นได้ที่ [www.aidssti.ddc.moph.go.th](http://www.aidssti.ddc.moph.go.th) และสืบค้นต่อที่ e-library

## กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง หรือราย 4 เดือน : ตุลาคม - มกราคม, กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม, มิถุนายน - กันยายน

## พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์

# คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์มีความยินดีรับเรื่องรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทยและมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษหลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

## 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

**นิพนธ์ต้นฉบับ** ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือ ผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์ บนมุมขวาของกระดาษ ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า

**รายงานผลการปฏิบัติงาน** ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

**บทความพื้นวิชา** ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

**ย่อเอกสาร** อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

## 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้นได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้เขียน** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิธานต่อท้ายชื่อ และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านและผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

**บทคัดย่อ** คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีปัญหาชื่อเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

**วัสดุและวิธีการศึกษา** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

**ผลการศึกษา** อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

**วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

**สรุป (ถ้ามี)** ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และขอเสนอแนะที่นำไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบ จะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

### 3. รูปแบบการเขียนวารสาร (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

#### 3.1 การอ้างอิงเอกสาร

##### ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสารปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

##### ตัวอย่าง

1) Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.

##### ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษแต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

##### ตัวอย่าง

2) ธีระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสาร โรคติดต่อ 2527;10:101-2.

#### 3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

##### ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์.

##### ตัวอย่าง

1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

##### ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

##### ตัวอย่าง

2) ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัยบุญนาท, ตระหนักจิต หาริณสูต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงธรรม; 2533. หน้า 115-20.

#### 3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

##### ตัวอย่าง

1) Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

##### ตัวอย่าง

1) Bengtsson S, Solheim BG.. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

#### 3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

##### ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน (วิทยานิพนธ์

ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

### 3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

#### ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

#### ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

#### ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

#### ตัวอย่าง

2) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/Merlis\\_risingoopspending\\_887.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf)

3) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

### 4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุดและแผ่น CD ถึงสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มาที่ กองบรรณาธิการ E-mail : [aidsstijournal@gmail.com](mailto:aidsstijournal@gmail.com)

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

### 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 3 ท่าน ร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจากพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาจากพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 20 เล่ม

#### ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรคถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัยและวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

---

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์

161/477-478 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 27

ถนนจรัญสนิทวงศ์ บางขุนศรี

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700



แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.) .....
2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....  
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....  
.....

3. สถานภาพผู้เขียน  
 อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....  
โปรแกรม.....คณะ.....  
 บุคลากรทางการแพทย์  
 ผู้บริหาร  
 แพทย์ พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข  
 บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....

4. ขอส่ง  
 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....  
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....  
.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย  
 แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล .....
- เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณา  
ของวารสารอื่น

ลงนาม..... ผู้เขียน  
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร  
(.....)

วันที่...../...../.....





# ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558”

เอกชัย แดงสะอาด\*, นัทธวิท สุขรักษ์\*,  
ปิยะวดี ทองโปร่ง\*\*, อานุภาพ พ่วงสร้อย\*

## Abstract

### Clinicians and public health care providers's satisfaction of “Thai Sexually transmitted infections clinical practice guideline, 2015”

*Ekkachai Daengsaard\*, Nutthavit Sookral\*,  
Piyawadee Tongpong\*\*, Anuprap Puangsoi\**

\* Bangrak Sexually transmitted infections Cluster, Bureau of AIDS, TB and STIs

\*\* Ratchathane University, Ubonratchathani

*Sexually transmitted infections (STIs) continuously remain the major public health problem in Thailand. Thai STIs clinical practice guideline is the available tool to assist practitioner decision about appropriate health care for specific circumstances. This study aimed to survey satisfaction of Thai STIs clinical practice guideline 2015 among clinicians and public health care providers. The data were collected using self-administered questionnaires from participants who participated in academic conferences and training in the field of STIs and visited to Bangrak STI cluster for training amount 207 people. The satisfaction were divided in three parts consist of contents, formats, and overall participant's satisfaction. Results indicated that the most of participants were doctors and nurses who work at government hospital. All items of contents and formats were slightly satisfied. In of content, academic correction had high score ( $M=3.31$ ,  $S.D.=0.52$ ). The first issue was consistency of purpose ( $M=3.30$ ,  $S.D.=0.51$ ) and another was ease understanding ( $M=3.30$ ,  $S.D.=0.530$ ). In the part of format, size of book ( $M=3.37$ ,  $S.D.=0.59$ ) and alphabet ( $M=3.28$ ,  $S.D.=0.59$ ) were high score. The overall of satisfaction score was slightly satisfied ( $M=3.25$ ,  $S.D.=0.51$ ). Conclusion, Most of clinicians and public health care providers were slightly satisfied toward Thai STIs clinical practice guideline 2015 in, both contents and formats. Moreover, they suggested that should be STIs lesion figures and should be published with color version.*

**Keywords :** Thai Sexually transmitted infections clinical practice guideline 2015, Satisfaction, Personnel

## บทคัดย่อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” เป็นเครื่องมือชิ้นหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบท การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าร่วมประชุมวิชาการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมาศึกษาดูงานที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งสิ้น จำนวน 207 คน การสำรวจความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) เนื้อหา (2) รูปแบบหนังสือ และ (3) ความพึงพอใจภาพรวมผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทุกประเด็นข้อคำถามด้านเนื้อหาและด้านรูปแบบของหนังสือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหาประเด็นความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ( $M=3.31, S.D.=0.52$ ) รองลงมา คือ เนื้อหาที่มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ( $M=3.30, S.D.=0.51$ ) และประเด็นเนื้อหาเข้าใจง่าย ( $M=3.30, S.D.=0.53$ ) ส่วนด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบของหนังสือ ประเด็นขนาดรูปเล่มมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ( $M=3.37, S.D.=0.59$ ) รองลงมา คือ ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย ( $M=3.28, S.D.=0.59$ ) ส่วนด้านความพึงพอใจในภาพรวมมีความพึงพอใจมาก ( $M=3.25, S.D.=0.51$ ) สรุป บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจหนังสือเรื่อง “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” ทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบของหนังสืออยู่ในระดับพอใจมาก มีข้อเสนอแนะนั้นต้องการให้เพิ่มรูปภาพสื่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการจัดทำครั้งต่อไป

**คำสำคัญ** แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 / ความพึงพอใจ / บุคลากร

## บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยทางด้านสุขภาพนั้นส่งผลกระทบต่อเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ทางด้านเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา จากการศึกษาการดำเนินงานผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั่วโลกที่ติดเชื้อโรคหนองในเทียม หนองในซิฟิลิส และพยาธิช่องคลอด ในกลุ่มอายุ 15 - 49 ปี จากทุกภูมิภาคทั่วโลก คาดว่าในปี พ.ศ. 2555 จะมีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น จำนวน 357 ล้านคน โดยพบผู้ติดเชื้อพยาธิช่องคลอด จำนวน 143 ล้านคน รองลงมาคือเชื้อโรคหนองในเทียมรายใหม่ จำนวน 131 ล้านคน หนองใน จำนวน 78 ล้านคน และซิฟิลิส จำนวน 5.6 ล้านคน<sup>(1)</sup> สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หนองใน ซิฟิลิส มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ระหว่าง

ปี พ.ศ. 2556 - 2558 พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ คิดเป็นอัตราป่วย 52.09, 53.55 และ 61.02 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงสุด<sup>(2)</sup>

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน นอกเหนือจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องแล้ว การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานถือเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ในทศวรรษที่ผ่านมา การปฏิบัติโดยการอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ เป็นประเด็นสำคัญ ในการบริการสุขภาพของหลายๆประเทศ โดยมีเครื่องมือที่สำคัญคือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ จะช่วยในการตัดสินใจของ ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทใดบริบทหนึ่ง<sup>(3)</sup> แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเครื่องมือชิ้นหนึ่งที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธาณสุขมีแนวทางในการดูแลรักษาที่เหมาะสมดังนั้นแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ จึงมีความสำคัญ

ในการให้บริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน ดังนั้นแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงมีความสำคัญในการบริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน

การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หลักเป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการของผู้ใช้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และนำเสนอการบริการต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจและเชื่อมั่นในตัวผลิตภัณฑ์ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจความพึงพอใจ ได้แก่ (1) การสังเกต คือการเฝ้าดูปรากฏการณ์ที่สนใจจากกลุ่มตัวอย่าง และบันทึกสิ่งที่ได้พบเห็นไว้อย่างเป็นระบบการสังเกตอาจทำอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ และสามารถใช้เครื่องมืออื่นช่วย ในการบันทึก เช่น Checklist Rating Scale (2) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่นิยมในการสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ เนื่องจากสามารถสอบถามข้อมูลเชิงลึก รวมถึงความรู้สึกได้และ (3) แบบสอบถาม คือการสอบถามโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบผ่านการตรวจสอบทางสถิติ แบบสอบถามถือเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย การสำรวจความพึงพอใจต่อ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” นั้น เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค ด้านคุณภาพการให้บริการเพื่อจะได้ทราบถึงความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับบริบทโดยรวมของผู้ใช้ จากการศึกษาความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกใช้ในการปฏิบัติงานนั้น จะทำให้บุคลากร มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง<sup>(3)</sup> และจากการศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับมากที่สุด<sup>(4)</sup>

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาทหน้าที่ในการศึกษา วิเคราะห์ พัฒนางานความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการผลิตผลิตภัณฑ์หลัก ได้แก่ มาตรฐาน คู่มือ แนวทาง หลักสูตร หรือการผลิตผลิตภัณฑ์วิชาการ ได้แก่ ผลงานวิจัย ผลการสำรวจ บทบาทหน้าที่ด้านหนึ่งของหน่วยงานในสังกัดสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์หลักหรือผลิตภัณฑ์วิชาการที่ผลิตขึ้นไปสู่กลุ่มผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการผลิต “แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” โดย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เริ่มมีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีการพัฒนาและปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 ชื่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558”<sup>5</sup> การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558”

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง ระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 - มีนาคม 2560 ต่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” โดยใช้แบบสอบถาม “ความพึงพอใจต่อ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” มีเนื้อหาทั้งหมด 4 ส่วน คือ ส่วน ก.

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งงาน สถานที่ทำงาน และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบัน ส่วน ข. ข้อมูลการใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย การเคยได้รับทราบการเคยอ่านหนังสือ ช่องทางในการได้รับหนังสือ และประโยชน์ที่ได้รับจากหนังสือแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 ส่วน ค. เป็นการประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ โดยระดับความพึงพอใจ มีดังนี้ 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจ 1 หมายถึง พอใจน้อยที่สุด 2 หมายถึง พอใจน้อย 3 หมายถึง พอใจมาก และ 4 หมายถึง พอใจมากที่สุด และส่วนสุดท้าย ส่วน ง ข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด และคำถามชนิดตัวเลือกเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” และความต้องการผลิตภัณฑ์ใดจากกรมควบคุมโรคของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจมีจำนวน 12 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของสถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัยได้ทดลองเก็บข้อมูลกับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน โดยหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ปฏิบัติราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวอย่าง คือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แพทย์ประจำบ้านที่มาศึกษาดูงานที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถามคือ (1) แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนด

เกณฑ์การคัดออกคือ (1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม (2) ไม่ส่งแบบสอบถามในเวลาที่กำหนด

การเลือกตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยแจกแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองให้กับตัวอย่างแล้วส่งกลับภายในวันที่ได้รับแบบสอบถามการเลือกตัวอย่างวิธีนี้เนื่องจากความสะดวกในการเก็บข้อมูล และมีค่าใช้จ่ายในการเก็บข้อมูลต่ำ

กำหนดขนาดตัวอย่างจากการคำนวณสูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรดังนี้<sup>(6)</sup>

$$n = \frac{\sigma^2 Z^2}{e^2}$$

N = ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการ (n)

Z = ระดับความเชื่อมั่น ที่ 95% เท่ากับ 1.96

$\sigma$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร ซึ่งจะใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่างที่ศึกษาประมาณการเท่ากับ 0.35

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้เท่ากับ 0.05

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 189 ราย จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกรณีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 210 รายการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายคุณลักษณะตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ ข้อมูลการใช้ประโยชน์ ความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ และจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีแจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมประชุมงานวิชาการของสมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้เข้าร่วมประชุมในโครงการควบคุมซิฟิลิสตั้งแต่กำเนิดแพทย์

ประจำบ้านที่มาศึกษาดูงานที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งสิ้น จำนวน 207 ราย เนื่องจาก ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากทุกภูมิภาคทั่วประเทศไทย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2560

### นิยามศัพท์

ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หลังจากได้รับหนังสือเรื่อง “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” ที่ตรงกับ ความคาดหวัง โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือความพึงพอใจ ต่อเนื้อหา ความพึงพอใจรูปแบบของหนังสือ และ ความพึงพอใจภาพรวม

ผลิตภัณฑ์หลัก หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ กรมควบคุมโรค มีภารกิจโดยตรงในการจัดทำให้ ได้มา ได้แก่ มาตรการ มาตรฐาน คู่มือ แนวทาง และ หลักสูตร สำหรับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

ผลิตภัณฑ์วิชาการ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ กรมควบคุมโรค จำเป็นต้องจัดทำให้ได้มาเพื่อสร้าง ผลิตภัณฑ์หลัก ได้แก่ นวัตกรรม องค์ความรู้ งานวิจัย ผลการสำรวจ ผลการประเมิน ข่าวกรอง ฐานข้อมูล ทางวิชาการ ฐานข้อมูลเพื่อการอ้างอิง ฐานข้อมูล ระบาดวิทยา

เกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจที่มี ระดับสเกลการวัดเป็น 0 ถึง 4 (5 สเกล) โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ ในการ วิเคราะห์ ตามแนวคิดของ เบสท์<sup>(7)</sup> กำหนดไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.49 หมายถึง ไม่พึงพอใจ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีระดับการวัดเป็น 5 สเกลการแปลผล แปลผลดังนี้ คือ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่า 1.75 หมายถึง มีความแตกต่างมาก

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.25 - 1.75 หมายถึง มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยกว่า 1.25 หมายถึง มีความแตกต่างกันน้อย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะของตัวอย่างที่ทำการศึกษากการวิเคราะห์

### ผลการศึกษา

จากการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 214 ฉบับ แบบสอบถาม มีความสมบูรณ์ 207 ฉบับ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 80.2 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 35 ปี ร้อยละ 33.8 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.5 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือตำแหน่งนายแพทย์ ร้อยละ 23.7 และเกินครึ่งของผู้ตอบแบบสอบถาม ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ร้อยละ 67.1 โดยมีระยะเวลาของการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันมากที่สุด คือ 40 ปี น้อยที่สุด 1 ปี การดำรงตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 12 ปี (S.D.=10.22)

ช่องทางการได้รับหนังสือเรื่อง “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” ส่วนใหญ่ได้รับการเข้าร่วมประชุมหรืออบรมร้อยละ 25.93 รองลงมาคือ ได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัดร้อยละ 20.74 และได้รับการทำงานปกติร้อยละ

14.81 เท่ากับการสืบค้นด้วยตนเอง ร้อยละ 14.81 ในด้านการใช้ประโยชน์นั้น พบว่านำไปใช้ประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานสูงสุดร้อยละ 30.57 รองลงมาคือใช้เพื่อสืบค้นข้อมูลร้อยละ 17.81 และการนำไปใช้อ้างอิงร้อยละ 17.63 ตามลำดับ

**ตารางที่ 1** ตารางแสดงความถี่ของระดับความพึงพอใจต่อ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” (N = 207)

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ									
	4 มากที่สุด		3 พอใจมาก		2 น้อย		1 น้อยที่สุด		0 ไม่พึงพอใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความพึงพอใจต่อเนื้อหา</b>										
มีความเป็นปัจจุบัน	59	28.5	141	68.1	7	3.4	0	0	0	0
สอดคล้องตามวัตถุประสงค์	67	32.4	135	65.2	5	2.4	0	0	0	0
ตรงตามความต้องการ	60	29.0	138	66.7	9	4.3	0	0	0	0
ครบถ้วนตามความต้องการ	54	26.1	143	69.1	10	4.8	0	0	0	0
เข้าใจง่าย	70	33.8	130	62.8	7	3.4	0	0	0	0
มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	70	33.8	132	63.8	5	2.4	0	0	0	0
ลำดับเนื้อหาต่อเนื่อง	63	30.4	135	65.2	8	3.9	1	0.5	0	0
<b>ความพึงพอใจรูปแบบหนังสือ</b>										
ปกน่าสนใจ	67	32.4	119	57.5	19	9.2	2	1.0	0	0
ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย	72	34.8	120	58.0	15	7.2	0	0	0	0
ขนาดรูปเล่ม	87	42.0	109	52.7	11	5.3	0	0	0	0
ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา	49	23.7	126	60.9	28	13.5	2	1.0	2	1.0
<b>ความพึงพอใจภาพรวม</b>	<b>58</b>	<b>28.0</b>	<b>142</b>	<b>68.6</b>	<b>7</b>	<b>3.4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



การสำรวจความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 แบ่งเป็น 5 ระดับ และแบ่งความพึงพอใจออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหา พบว่าทุกประเด็นคำถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก โดยประเด็นเกี่ยวกับเนื้อหาที่มีความครบถ้วน ตามความต้องการ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมากร้อยละ 69.1 รองลงมาคือ ประเด็นเนื้อหาที่มีความเป็นปัจจุบันร้อยละ 68.1 และประเด็นเนื้อหาตรงกับความต้องการร้อยละ 66.7 ตามลำดับ

2) ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบหนังสือ พบว่าทุกประเด็นคำถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก โดยประเด็นเกี่ยวกับภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมากร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ ประเด็นขนาดตัวอักษรอ่านง่ายร้อยละ 58.0 และประเด็นปกหนังสือน่าสนใจร้อยละ 57.5 ตามลำดับ

3) ด้านความพึงพอใจภาพรวมต่อแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับพอใจมากร้อยละ 68.6 รองลงมาคือความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 28.0

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจต่อ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” (N = 207)

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	S.D.
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา		
มีความเป็นปัจจุบัน	3.25	0.507
สอดคล้องตามวัตถุประสงค์	3.30	0.509

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	S.D.
ตรงตามความต้องการ	3.25	0.523
ครบถ้วนตามความต้องการ	3.21	0.515
เข้าใจง่าย	3.30	0.530
มีความถูกต้อง		
ตามหลักวิชาการ	3.31	0.515
ลำดับเนื้อหาต่อเนื่อง	3.26	0.546
<b>รูปแบบของหนังสือ</b>		
ปกน่าสนใจ	3.21	0.641
ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย	3.28	0.588
ขนาดรูปเล่ม	3.37	0.583
ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา	3.05	0.705
<b>ความพึงพอใจภาพรวม</b>	<b>3.25</b>	<b>0.505</b>

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.505 ทุกประเด็นของข้อคำถามต่อเนื้อหาและรูปแบบของหนังสือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหาประเด็นความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (M = 3.31, S.D. = 0.515) รองลงมาคือ 2 ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากัน คือ ประเด็นเนื้อหาที่มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (M = 3.30, S.D. = 0.509) และประเด็นเนื้อหาเข้าใจง่าย (M = 3.30, S.D. = 0.530) ส่วนด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบของหนังสือ ประเด็นขนาดรูปเล่มมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (M = 3.37, S.D. = 0.583) รองลงมา คือ ประเด็นขนาดตัวอักษรอ่านง่าย (M = 3.28, S.D. = 0.588) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงจำนวนความต้องการ  
ผลิตภัณฑ์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค  
และสุขภาพจำแนกตามประเภท  
ผลิตภัณฑ์ของกรมควบคุมโรค (N = 867)

ผลิตภัณฑ์เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคและสุขภาพ	จำนวนความ ต้องการ	
	ราย	ร้อยละ
<b>ผลิตภัณฑ์ฯ หลัก (n = 473)</b>		
มาตรการ	53	6.1
มาตรฐาน	105	12.1
คู่มือ	154	17.8
แนวทางปฏิบัติ	155	17.9
อื่นๆ	6	0.7
<b>ผลิตภัณฑ์ฯ ทางวิชาการ (n = 394)</b>		
นวัตกรรม	112	12.9
องค์ความรู้	124	14.3
งานวิจัย	89	10.3
ผลการสำรวจ	66	7.6
อื่นๆ	3	0.3
<b>รวม</b>	<b>867</b>	<b>100</b>

แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข  
มีความต้องการผลิตภัณฑ์หลักของกรมควบคุมโรค  
มากกว่าผลิตภัณฑ์ทางวิชาการของกรมควบคุมโรค  
ผลิตภัณฑ์ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและสุขภาพ  
ของกรมควบคุมโรค ประเภท แนวทางปฏิบัติ  
เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความต้องการสูงสุด ร้อยละ 17.9  
รองลงมาคือ คู่มือ ร้อยละ 17.8 และองค์ความรู้ ร้อยละ  
14.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 4** ตารางแสดงจำนวนข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน ความคิดเห็น	
	ราย	ร้อยละ
<b>ด้านเนื้อหาของหนังสือ (n = 17)</b>		
ควรเพิ่มเติมรูปภาพรอย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	12	70.60
ภาพรอยโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ที่ออกอาการ แสดงทางผิวหนัง	1	5.88
ควรเพิ่มเนื้อหาในการดูแล รักษากลุ่มชายที่มีเพศ สัมพันธ์กับชาย และกลุ่ม หญิงบริการ	1	5.88
การตรวจทางห้องปฏิบัติ การโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์	1	5.88
ควรเพิ่ม window period ของแต่ละโรค	1	5.88
เนื้อหาละเอียดเกินไป	1	5.88
<b>รวม</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
<b>ด้านรูปแบบของหนังสือ (n = 17)</b>		
ภาพรอยโรคควรจัดพิมพ์ เป็นภาพสี	8	47.05
ขนาดรูปเล่ม ควรมีขนาด A6 10.5 x14.8 ซม.	2	11.77
ขนาดตัวหนังสือควรมี ขนาดใหญ่กว่านี้	2	11.77
ควรทำเป็นไฟล์ อิเล็กทรอนิกส์ด้วย	2	11.77
ควรทำตารางสรุปเปรียบ เทียบแต่ละโรค	1	5.88

ข้อเสนอแนะ	จำนวน ความคิดเห็น	
	ราย	ร้อยละ
ควรมีรหัสบัญชีแยกโรค (ICD - 10)	1	5.88
ปกหนังสือควรรออกแบบให้มีลักษณะความเฉพาะที่สื่อความหมายเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	1	5.88
<b>รวม</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

สำหรับข้อเสนอแนะ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 28 ราย จาก 207 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะโดยการเขียนบรรยายประเด็นความต้องการลงเพื่อปรับปรุงหนังสือ “แนวทางดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ด้านเนื้อหาของหนังสือ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) เสนอแนะให้เพิ่มเติมรูปภาพรอยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนด้านรูปแบบของหนังสือนั้นครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ต้องการให้มีการจัดพิมพ์ภาพรอยโรคและควรจัดพิมพ์เป็นภาพสี

### อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย ต่อหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” จากการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่คือพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 68.8 รองลงมาคือแพทย์ร้อยละ 23.7 โดยประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร้อยละ 69.1 มีความพึงพอใจในระดับมาก คือ เนื้อหาที่มีความครบถ้วนตามความต้องการ รองลงมาคือ ประเด็นเนื้อหาที่มีความเป็นปัจจุบัน และประเด็นเนื้อหาตรงกับความ ต้องการร้อยละ 68.1 และ 66.7 ตามลำดับ โดยพบว่าความพึงพอใจด้านเนื้อหาในประเด็นความถูกต้อง

ตามหลักวิชาการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดรองลงมาคือ ประเด็นเนื้อหาที่มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และประเด็นเนื้อหาเข้าใจง่าย แสดงให้เห็นว่า สิ่งที่สำคัญในการจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกคือ เนื้อหาที่มีความถูกต้อง ครบคลุมตามวัตถุประสงค์ มีการใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย และควรมีการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ นอกจากนี้ ตัวอย่างร้อยละ 70.59 ยังเห็นว่า ควรมีการเพิ่มภาพประกอบแสดงรอยโรค เพื่อความสะดวกและชัดเจนในการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับด้านรูปแบบหนังสือ พบว่าตัวอย่างร้อยละ 60.9 มีความพึงพอใจต่อภาพประกอบที่สอดคล้องกับเนื้อหาในระดับพอใจมาก โดยตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) เห็นว่า ควรพิมพ์ภาพประกอบเป็นภาพสี รองลงมาคือ ขนาดตัวอักษรอ่านง่ายและปกหนังสือ น่าสนใจ (ร้อยละ 58.0 และ 57.5 ตามลำดับ) โดยพบว่าความพึงพอใจต่อขนาดรูปเล่มมีค่าเฉลี่ยสูงสุด แสดงให้เห็นว่า การจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกควรจัดทำรูปเล่มในขนาดที่สะดวกต่อการพกพา มีหน้าปกที่สวยงามดึงดูดใจให้เปิดอ่าน และต้องมีขนาดของตัวอักษรที่เหมาะสมร่วมกับมีภาพประกอบที่ชัดเจนและสอดคล้องกับเนื้อหา

ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 จากการศึกษาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล บุคลากรที่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดหรือระดับสูง<sup>(3-4)</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกพบว่า แนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือที่จะช่วยเรื่องคำแนะนำ การให้ความรู้ และจะช่วยด้านการปรับปรุงคุณภาพได้ โดยบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับสูง<sup>(8)</sup>

สำหรับผลิตภัณฑ์หลักจากกรมควบคุมโรคที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องการพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการผลิตภัณฑ์หลักด้านแนวทางการปฏิบัติร้อยละ 79.9 และผลิตภัณฑ์หลักด้านคู่มือร้อยละ 74.4 โดยผลิตภัณฑ์ทางวิชาการที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.1) ต้องการ คือผลการสำรวจ รองลงมาต้องการผลิตภัณฑ์ทางวิชาการด้านองค์ความรู้ และผลิตภัณฑ์ทางวิชาการด้านงานวิจัย (ร้อยละ 59.9 และร้อยละ 57.0 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า กรมควบคุมโรค ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลสถิติต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ และควรเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก และคู่มือการดูแลรักษาโรคอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีมาตรฐานและนำไปสู่การปฏิบัติการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

สรุป บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความพึงพอใจหนังสือเรื่อง “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” อยู่ในระดับพอใจมากทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบของหนังสือ สำหรับข้อเสนอแนะนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องการให้เพิ่มเติมรูปภาพ

รอยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้ง 14 โรค และภาพรอยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรจัดพิมพ์เป็นภาพสีในขนาดสมควรมีศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในการเกี่ยวกับการใช้ “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” ในทางปฏิบัติ และควรศึกษาคุณภาพกระบวนการในการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หัวหน้ากลุ่มบางรัก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ คำปรึกษา และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงหนังสือเรื่อง “แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558” ในครั้งต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Newman L, Rowley J, Hoorn SV, Wijesooriya NS, Unemo M, Low NL, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. 2015 [Internet]. [cited 2015 Feb 15] Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143304>
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี 2558 [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก [http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/sum\\_aesr.php](http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/sum_aesr.php)
3. อีรนุช ยินดีสุข, วริยา วชิราวัฒน์, ภาวนา กิรติยตวงศ์. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารสภาการพยาบาล 2554;26(4):70 - 81.
4. จันทิมา พรเชนศรพงศ์, จันทรินทร์ภา คำวังนัง, กวินทร์นาฏ บุญชู. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558;23(3):91 - 111.
5. เอกชัย แดงสอาด, ปิยะวดี ทองโปร่ง, นันทวิทย์ สุรักษ์ย์, อังคณา สมณัสทวีชัย, วลัยพร พัทธนนุผล. วัฒนการของการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;25(4):561 - 70.
6. Cochran, W. G. Sampling Techniques (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley and Sons. 1963.
7. Best JW. Research in education. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1981.
8. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinician' attitudes to clinical practice guidelines: A systematic review. Med J 2002;177(9):502 - 6.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

กัญญา อภิพรชัยสกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์\*

## Abstract

**Factors associated with access to HIV counseling and testing among migrant workers in Thailand.**

*Kanya Apipornchaisakul, Chalernpol Chamchan\**

\*Institute for Population and Social Research, Mahidol University

\* The Institute of Population and Social Research, Mahidol University

*This study aims to identify factors associated with access to HIV counseling and testing (HCT) of migrant workers living in Thailand. The migrant workers consisted of three nationalities which are Myanmar, Cambodian and Laotian. Secondary data from the survey of the prevention of the HIV/AIDS among migrant workers in Thailand (PHAMIT) project in year 2014 and the external evaluation of the AIDS program, under the GF-SSF round project was used. The results found factors that associated with access to the HCT including gender, age, nationality, occupation, HIV/AIDS knowledge, and ability to speak Thai. For gender, females appeared to access to the HCT more than males due to pregnancy check-ups. Age was another factor associated with the HCT access. Migrants in a working age group accessed to the test more than other age group, with the main reason to apply for a job. About occupation, industrial migrant workers accessed to the test more than other groups. Knowledge of HIV/AIDS was an important factor related to access to the HCT. Those with better knowledge according to the UNGASS questions had better access to the HCT. Speaking Thai is also found the association to access the HCT of migrant workers. The work on HIV/AIDS prevention among migrant workers who are substitution to Thai workers is considered non-negligible. The Thai government needs to continue the support to increase service coverage.*

**Keywords :** migrant workers, access to service, HIV counseling and testing (HCT)

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Counselling and Testing : HCT) ของแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ คือ เมียนมา กัมพูชาและลาว ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจข้อมูลผลกระทบของโครงการวิจัยประเมินผลโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร<sup>๒</sup>) พ.ศ. 2557 และโครงการวิจัยประเมินผลโครงการด้านเอดส์รอบ SSF กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ในประเทศไทย ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเอช ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ อาชีพ ความรู้เรื่องเอดส์ และการพูดภาษาไทยได้ในส่วนปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิงเข้าถึงการตรวจมากกว่าเพศชาย ด้วยเหตุผลหลักจากการตั้งครุฑ ปัจจัยอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไปตรวจ โดยแรงงานข้ามชาติที่ไปตรวจส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลที่ไปตรวจคือ เพื่อสมัครงาน เกี่ยวกับปัจจัยอาชีพ แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นกลุ่มที่ไปตรวจเป็นส่วนใหญ่ ความรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการไปตรวจเลือด พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีความรู้ตามเกณฑ์ชีวิตของ UNGASS ยังตอบถูกมากยิ่งไปตรวจมากขึ้น และ การพูดภาษาไทยได้ พบว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดของแรงงานข้ามชาติ โดยหากแรงงานข้ามชาติที่พูดภาษาไทยได้จะไปตรวจมากกว่าแรงงานที่พูดไม่ได้ การดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งเป็นกำลังหลักทดแทนแรงงานไทยยังคงมีความจำเป็นไม่อาจละเลยได้เลย ภาครัฐยังคงต้องให้การสนับสนุนเพื่อให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

**คำสำคัญ** แรงงานข้ามชาติ, การเข้าถึงบริการ, การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ

## บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศปลายทางสำคัญในกลุ่มประเทศอาเซียนที่แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ เมียนมา กัมพูชา และลาวเดินทางเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ปี 2560<sup>(1)</sup> พบว่ามีแรงงานกลุ่มประเทศอาเซียนมากขึ้นทะเบียนแรงงาน จำนวน 1,664,003 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงาน ข้ามชาติเมียนมาถึง 1,204,496 คน แรงงานข้ามชาติกัมพูชา จำนวน 308,753 คน และแรงงานข้ามชาติลาว จำนวน 128,840 คน การที่มีแรงงานข้ามชาติเข้ามาเป็นจำนวนมากนั้นอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประเทศปลายทางหลายประการด้วยกัน ผลกระทบที่สำคัญคือ ผลกระทบด้านการให้บริการสุขภาพ<sup>(2)</sup> แรงงานข้ามชาติเมียนมา กัมพูชา และลาว เป็น กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงและเข้าถึงประชากรเหล่านี้ได้ค่อนข้างยาก สำหรับผลกระทบด้านการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติกัมพูชาสูงสุด รองลงมาเป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาและลาว<sup>(3)</sup> (ร้อยละ 1.04, 0.72 และ 0.2 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติมีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 40 กับคู่นอนที่ไม่ใช่แฟนอีกด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ นอกจากนี้เมื่อแรงงานข้ามชาติพบว่า ตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ควรไปรับบริการการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจแต่แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มักประสบความยากลำบากในการเข้าถึงบริการการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ<sup>(4, 5)</sup>

สำหรับข้อจำกัดของแรงงานข้ามชาติในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ<sup>(2, 6)</sup> คือ 1) การสื่อสารที่แตกต่างกันทำให้การดูแลรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบาก 2) ความเกรงกลัวการถูกจับกุม 3) เวลาที่สถานพยาบาลเปิดบริการไม่ตรงกับเวลาของแรงงานข้ามชาติไปใช้บริการ 4) การยึดบัตรแรงงานของนายจ้างเพื่อเป็นหลักประกันไม่ให้มีการเคลื่อนย้ายของแรงงาน 5) สถานพยาบาล ตั้งอยู่ในที่ที่แรงงานไม่สะดวกไปใช้บริการ

ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM) ในการดำเนินงาน การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย มีการดำเนินงานด้านการป้องกัน ภายใต้ชื่อโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ (โครงการฟ้ามิตร) (Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand : PHAMIT) มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 โครงการ ฟ้ามิตร -1 ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2547 - 2551<sup>(7)</sup> และโครงการฟ้ามิตร - 2 ดำเนินการระหว่าง พ.ศ.2552-2557<sup>(8)</sup> โดยยุทธศาสตร์สำคัญของการดำเนินงานโครงการ คือ การขยายการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและครอบครัวการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแก่แรงงานข้ามชาติ การดำเนินงานต่างๆ นอกจากดำเนินงานผ่านภาคีเครือข่าย ในพื้นที่แล้วยังดำเนินงานเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาคประชาสังคมกับภาคสุขภาพของรัฐ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของแรงงานข้ามชาติได้อีกด้วยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Counselling and Testing : HCT) ของแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จาก 2 โครงการ คือ 1) จากการสำรวจข้อมูลผลกระทบของโครงการวิจัยประเมินผลโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติประเทศไทย (โครงการ ฟ้ามิตร - 2) พ.ศ. 2557 ซึ่งดำเนินการสำรวจใน 13 จังหวัด<sup>(8)</sup> และ

2) จากโครงการวิจัยประเมินผลโครงการด้านเอดส์รอบ SSF กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (โครงการเอดส์รอบ SSF) พ.ศ. 2557 ซึ่งดำเนินการสำรวจเพิ่มอีก 1 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 14 จังหวัด<sup>(9)</sup>

โครงการฟ้ามิตร - 2 มีจังหวัดที่เป็นพื้นที่ดำเนินงานโครงการใน 34 จังหวัด กระจายตามพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่เป็นจำนวนมาก โดยการทำงานโครงการได้รับการสนับสนุน การดำเนินงานจากโครงการกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย การสำรวจข้อมูลผลกระทบภายใต้โครงการฟ้ามิตร-2 ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ, 2557) และโครงการประเมินผลด้านเอดส์รอบ SSF กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย ซึ่งดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เช่นกัน ข้อมูลทั้ง 2 โครงการครอบคลุมแรงงานข้ามชาติทั้ง 3 สัญชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย คือ เมียนมา กัมพูชา และลาว

สำหรับโครงการฟ้ามิตร - 2 ในการเลือกจังหวัดแบ่งจังหวัดออกเป็น 3 ชั้นภูมิ (Stratum) ตามสัญชาติของแรงงานข้ามชาติ คือ เมียนมา 22 จังหวัด กัมพูชา 4 จังหวัด และลาว 8 จังหวัด เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติมากที่สุดในแต่ละชั้นภูมิ รวม 14 จังหวัด คือ เมียนมา 7 จังหวัด ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ สมุทรสาคร ระนอง ตาก สุราษฎร์ธานี กัมพูชา 2 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดระยอง ตรัง และลาว 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี นอนคาย ขอนแก่น บึงกาฬ และสำหรับโครงการประเมินผลด้านเอดส์รอบ SFF เลือกจังหวัดที่เก็บเพิ่มอีก 1 จังหวัด โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ

จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติทั้ง 2 สัญชาติ คือ เมียนมา และกัมพูชา การคำนวณจำนวนตัวอย่างใช้สูตรยามาเน่ (Yamane's Formula) ในการคำนวณ ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดประมาณ 250 ถึง 400 ราย เพื่อความสะดวกในการสำรวจ จึงปรับขนาดตัวอย่างเป็น 400 ราย ในทุกจังหวัด ยกเว้นแรงงานข้ามชาติลาวที่มีจำนวนน้อยมาก จึงเลือก 400 ราย จาก 4 จังหวัด รวมจำนวนแรงงานข้ามชาติทั้งสิ้น 3,958 ราย เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมา จำนวน 2,594 ราย แรงงานข้ามชาติกัมพูชา จำนวน 1,040 ราย และแรงงานข้ามชาติลาว จำนวน 324 ราย

การสุ่มตัวอย่างทั้ง 2 โครงการดังกล่าว ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ หรือใช้วิธี บอกลูกต่อลูก (chain-referral method) เพื่อหาตัวอย่างในการเก็บข้อมูล โดยการวางจุดผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ให้สัมภาษณ์รายแรก (seeder) กระจาย ในหลายๆ จุดที่เป็นพื้นที่ปฏิบัติการของโครงการในจังหวัดนั้นๆ เพื่อให้เกิดการกระจายและครอบคลุมผู้ให้ข้อมูล โดยจำนวนตัวอย่างที่ได้จากการบอกต่อแต่ละจุดถูกกำหนดไว้ไม่เกิน 10 ราย คือ จำนวนตัวอย่าง 400 ราย ควรมีอย่างน้อย 40 จุด กระจายตัวตามพื้นที่ดำเนินงานโครงการ และลักษณะของอาชีพของแรงงานข้ามชาติหลักๆ 5 อาชีพ คือ ประมง ประมงต่อเนื่อง ก่อสร้าง เกษตร และแรงงานในสถานประกอบกิจการ

เครื่องมือในการสำรวจใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (structure questionnaire) 4 ภาษา คือ ไทย อังกฤษ เมียนมา และ กัมพูชา การออกแบบสอบถามผ่านกระบวนการพิจารณาจากองค์กรภาคีเครือข่ายในโครงการฟ้ามิตร - 2 และทำการทดสอบแบบสอบถามในพื้นที่จริงก่อนลงเก็บข้อมูล ข้อคำถามประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ การตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ด้วย

ความสมัครใจ และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการประเมินผลโครงการซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ COA.No.2014/1-1-15

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (SPSS-Statistical Package for the Social Sciences) สำหรับสถิติที่ใช้เป็นการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการทดสอบตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

## ผลการศึกษา

### คุณลักษณะทางประชากร

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 3,958 ราย เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมา จำนวน 2,594 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 52.4 เพศหญิงร้อยละ 47.6 แรงงานข้ามชาติกัมพูชา จำนวน 1,040 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 51.2 เพศหญิงร้อยละ 48.8 และแรงงานข้ามชาติลาว จำนวน 324 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 72.8 เพศหญิงร้อยละ 27.2 แรงงานข้ามชาติมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยแรงงาน โดยแรงงานข้ามชาติลาวมีอายุเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ แรงงานข้ามชาติเมียนมา และแรงงานข้ามชาติกัมพูชา (32.9, 29.8, 29.1 ปี ตามลำดับ) การศึกษาพบว่าแรงงานทั้ง 3 สัญชาติ ร้อยละ 91.3 ได้เรียนหนังสือ และร้อยละ 59.4 มีสถานภาพสมรสแต่งงานและมีคู่อยู่ด้วยกัน ด้านการใช้ภาษาไทยของแรงงานข้ามชาติในภาพรวม พบว่า ร้อยละ 56.6 พูดภาษาไทยได้ โดยแรงงานข้ามชาติลาว พูดภาษาไทยได้มากที่สุด รองลงมาเป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมา และแรงงานข้ามชาติกัมพูชา (ร้อยละ 86.7, 54.5, 52.6 ตามลำดับ)

สำหรับอาชีพของแรงงานข้ามชาติ พบว่า แรงงานข้ามชาติเมียนมา ส่วนใหญ่ทำงานเป็นลูกจ้าง ในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 40.9 รองลงมาคือ



ลูกจ้างงานประมงบนฝั่งร้อยละ 22.9 ก่อสร้างร้อยละ 17.3 และอีกประมาณร้อยละ 4-8 ประกอบอาชีพ ลูกจ้างในงานเกษตร รับจ้างทั่วไป และลูกเรือประมง สำหรับแรงงานข้ามชาติกัมพูชาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ลูกเรือประมงร้อยละ 37 รองลงมาคือลูกจ้างงานประมงต่อเนื่องบนฝั่งร้อยละ 36 ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมร้อยละ 20.5 มีบ้างที่ประกอบอาชีพลูกจ้างในงานเกษตรและรับจ้างทั่วไปร้อยละ 5 ส่วนแรงงานข้ามชาติลาว ส่วนใหญ่ทำอาชีพลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 46.9 รองลงมา

คือ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 25.3 ลูกจ้างในงานเกษตร ร้อยละ 22.8 และก่อสร้างร้อยละ 4.9 การพูดภาษาไทยพบว่าแรงงานข้ามชาติลาวพูดภาษาไทยได้มากที่สุด ร้อยละ 86.7 รองลงมา คือแรงงานข้ามชาติเมียนมา ร้อยละ 54.5 และแรงงานข้ามชาติกัมพูชา ร้อยละ 52.6 สำหรับการมีบัตรประจำตัวเพื่อการอยู่อาศัยพบว่า แรงงานข้ามชาติเมียนมามีบัตรมากที่สุด ร้อยละ 81.4 รองลงมาเป็นแรงงานข้ามชาติลาวร้อยละ 75.5 และแรงงานข้ามชาติกัมพูชามีบัตรน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 31.8 เท่านั้น

#### ตารางที่ 1 ตารางแสดงคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	เมียนมา		กัมพูชา		ลาว		รวม	
	จำนวน (2,594)	(%)	จำนวน (1,040)	(%)	จำนวน (324)	(%)	จำนวน (3,958)	(%)
<b>เพศ</b>								
ชาย	1,236	47.6	508	48.8	88	27.2	1,832	46.3
หญิง	1,358	52.4	532	51.2	236	72.8	2,126	53.7
<b>อายุ</b>								
15 - 19 ปี	301	11.6	129	12.4	35	10.8	465	11.7
20 - 24 ปี	586	22.6	269	25.9	48	14.8	903	22.8
25 - 29 ปี	508	19.6	206	19.8	63	19.4	777	19.6
30 - 34 ปี	417	16.1	161	15.5	50	15.4	628	15.9
35 - 39 ปี	329	12.7	117	11.3	38	11.7	484	12.2
40 - 44 ปี	237	9.1	78	7.5	29	9	344	8.7
45 - 49 ปี	171	6.6	59	5.7	24	7.4	254	6.4
50 - 54 ปี	35	1.3	18	1.7	23	7.1	76	1.9
55 - 59 ปี	10	0.4	3	0.3	14	4.3	27	0.7
<b>อายุเฉลี่ย</b>		<b>29.9</b>		<b>29.1</b>		<b>32.9</b>		<b>29.9</b>

คุณลักษณะ ส่วนบุคคล	เมียนมา		กัมพูชา		ลาว		รวม	
	จำนวน (2,594)	(%)	จำนวน (1,040)	(%)	จำนวน (324)	(%)	จำนวน (3,958)	(%)
<b>การศึกษา</b>								
เรียน	2,478	95.5	873	83.9	262	80.9	3,613	91.3
ไม่เรียน	116	4.5	167	16.1	62	19.1	345	8.7
<b>สถานภาพสมรส</b>								
แต่งงานอยู่กินด้วยกัน	1,526	58.8	570	54.8	255	78.7	2,351	59.4
แต่งงานแต่แยกกันอยู่	113	4.4	121	11.6	7	2.2	241	6.1
ไม่แต่งงานแต่มีคู่อยู่ด้วยกัน	4	0.2	1	0.1	5	1.5	10	0.3
โสด	861	33.2	323	31.1	41	12.7	1,225	30.9
แยก/หย่า	53	2.0	6	0.6	10	3.1	69	1.7
หม้าย	37	1.4	19	1.8	6	1.9	62	1.6
<b>อาชีพ</b>								
ลูกเรือประมง	125	4.8	385	37	-	0.0	510	12.9
ลูกจ้าง งานประมงต่อ เนื่องบนฝั่ง	595	22.9	374	36	-	0.0	969	24.5
ลูกจ้าง ในโรงงาน อุตสาหกรรม	1,060	40.9	213	20.5	152	46.9	1,425	36.0
ลูกจ้างการเกษตร	205	7.9	38	3.7	74	22.8	317	8.0
ก่อสร้าง	449	17.3	-	0.0	16	4.9	465	11.7
รับจ้างทั่วไป	160	6.2	30	2.9	82	25.3	272	6.9
<b>พูดภาษา</b>								
ได้	1,413	54.5	547	52.6	281	86.7	2,241	56.6
ไม่ได้	1,181	45.5	493	47.4	43	13.3	1,717	43.4
<b>บัตรประจำตัวเพื่อการอยู่อาศัย</b>								
มี	2,111	81.4	330	31.8	244	75.5	2,685	67.9
ไม่มี	481	18.6	709	68.2	79	24.5	1,269	32.1

### ความรู้เรื่องโรคเอดส์ สถานที่ตรวจ และ การเคยไปตรวจ

สำหรับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ใช้ความรู้ 5 ข้อตามตัวชี้วัดของ UNGASS : United Nation General Assembly Special Session คือ 1) ใช้ถ้อยคำ

อนามัยทุกครั้งป้องกันเอดส์ได้ 2) มีคู่นอนที่ซื่อสัตย์ต่อกันเพียงคนเดียวและไม่ติดเชื้อเอดส์ป้องกันการติดเอดส์ได้ 3) คนที่ดูแข็งแรงเป็นคนที่มีเชื้อเอชไอวีเอดส์ได้ 4) ยุงกัดติดเอดส์ไม่ได้ 5) รับประทานอาหารร่วมกันติดเอดส์ไม่ได้ พบว่าโดยภาพรวม

แรงงานข้ามชาติที่ตอบความรู้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ พบเพียงร้อยละ 48.2 เท่านั้น โดยแรงงานข้ามชาติเมียนมาและกัมพูชาตอบได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 48 แรงงานข้ามชาติลาวตอบได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 44.4

สำหรับความรู้เกี่ยวกับสถานที่ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ร้อยละ 72.1 รู้จักสถานที่ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อแยกรายสัญชาติ พบว่า แรงงานข้ามชาติลาวรู้จักสถานที่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด โดยสูงถึงร้อยละ 91.4 รองลงมาคือ แรงงานข้ามชาติกัมพูชาร้อยละ 80.3 และแรงงานข้ามชาติเมียนมาตอบว่ารู้จักน้อยที่สุดร้อยละ 66.4

สำหรับการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ในภาพรวมของแรงงานข้ามชาติเคยไปตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีน้อยมากเพียงร้อยละ 30.2 เท่านั้น เมื่อแยกรายสัญชาติ พบว่าแรงงานข้ามชาติกัมพูชาไปตรวจมากที่สุด รองลงมาคือ แรงงานข้ามชาติเมียนมา และแรงงานข้ามชาติลาว (ร้อยละ 46.6, 24.5, 23.5 ตามลำดับ) เมื่อถามถึงการไปตรวจในรอบปีที่ผ่านมาพบน้อยลงไปอีก

โดยในภาพรวมพบการไปตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 9.3 เท่านั้น โดยแรงงานข้ามชาติกัมพูชาไปตรวจมากที่สุด รองลงมาคือ แรงงานข้ามชาติเมียนมา และแรงงานข้ามชาติลาว (ร้อยละ 10.0, 9.2 , 8.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความรู้เรื่องโรคเอดส์ สถานที่ตรวจ และการเคยไปตรวจ

ตัวชี้วัด UNGASS	เมียนมา		กัมพูชา		ลาว		รวม	
	จำนวน (2,594)	(%)	จำนวน (1,040)	(%)	จำนวน (324)	(%)	จำนวน (3,958)	(%)
ตอบไม่ถูกต้องเลย	149	5.7	0	0.0	0	0.0	149	3.8
ตอบถูก 1 ข้อ	30	1.2	7	0.0	0	0.0	37	0.9
ตอบถูก 2 ข้อ	119	4.6	40	3.8	9	2.8	168	4.2
ตอบถูก 3 ข้อ	349	13.5	151	14.5	59	18.2	559	14.1
ตอบถูก 4 ข้อ	689	26.6	337	32.4	112	34.6	1,138	28.8
ตอบถูก 5 ข้อ	1,258	48.5	505	48.6	144	44.4	1,907	48.2
<b>ท่านรู้จักสถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อ HIV /โรคเอดส์ หรือไม่</b>								
รู้จัก	1,722	66.4	835	80.3	296	91.4	2,853	72.1
ไม่รู้จัก	872	33.6	205	19.7	28	8.6	1,105	27.9
<b>เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือไม่</b>								
เคย	636	24.5	485	46.6	76	23.5	1,197	30.2
ไม่เคย	1,958	75.5	555	53.4	248	76.5	2,761	69.8
<b>ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อใด</b>								
ตรวจในรอบ 1 ปี	238	9.2	104	10.0	26	8.0	368	9.3
มากกว่า 1 ปี	398	15.3	381	36.6	50	15.4	829	20.9
ไม่เคยตรวจ	1,958	75.5	555	53.4	248	76.5	2,761	69.8

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

การไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพบน้อยมาก ทั้งๆ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง และเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษานี้จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร พบว่า ปัจจัยด้านเพศ มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงไปตรวจมากกว่าเพศชาย อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มอายุที่จะไปตรวจส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 - 49 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานและอยู่ในวัยเจริญพันธุ์อีกด้วย สัญชาติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหา การติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน โดยแรงงานข้ามชาติเมียนมาจะไปตรวจมากกว่าแรงงานข้ามชาติกัมพูชาและแรงงานข้ามชาติลาว

ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ การศึกษานี้พบว่า อาชีพที่ไปตรวจมากที่สุดคือ อาชีพลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยแรงงานข้ามชาติ ที่เรียนหนังสือส่วนใหญ่จะไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้เรียน การพูดภาษาไทยได้มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยแรงงานข้ามชาติหากพูดภาษาไทยได้จะไปตรวจมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่พูดภาษาไทยไม่ได้

สำหรับปัจจัยด้านความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ตัวชี้วัดของ UNGASS จำนวน 5 ข้อ ดังกล่าวมาแล้วพบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาพบว่าหากแรงงานข้ามชาติยิ่งตอบความรู้เรื่องโรคเอดส์ถูกมากจะไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก

เมื่อพิจารณาถึงการมีบัตรประจำตัวเพื่อการอยู่อาศัยในประเทศไทย พบว่า การมีบัตรประจำตัวเพื่อการอยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 3 ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

คุณลักษณะทางประชากร	การตรวจเลือด			
	เคยตรวจ		ไม่เคยตรวจ	
	จำนวน	%	จำนวน	%
เพศ				15.1***
ชาย	498	27.2	1,334	72.8
หญิง	699	32.9	1,427	67.1
รวม	1,197	30.2	2,761	69.8

คุณลักษณะทางประชากร	การตรวจเลือด				
	เคยตรวจ		ไม่เคยตรวจ		
	จำนวน	%	จำนวน	%	
<b>อายุ</b>					103.5***
15 - 19 ปี	61	13.1	404	86.9	
20 - 24 ปี	251	27.8	652	72.2	
25 - 29 ปี	271	34.9	506	65.1	
30 - 34 ปี	218	34.7	410	65.3	
35 - 39 ปี	174	36.0	310	64.0	
40 - 44 ปี	123	35.8	221	64.2	
45 - 49 ปี	81	31.9	173	68.1	
50 - 54 ปี	16	21.1	60	78.9	
55 - 59 ปี	2	7.4	25	92.6	
<b>รวม</b>	<b>1,197</b>	<b>30.2</b>	<b>2,761</b>	<b>69.8</b>	
<b>สัญชาติ</b>					179.8***
เมียนมา	636	24.5	1,958	75.5	
กัมพูชา	485	46.6	555	53.4	
ลาว	76	23.5	248	76.5	
<b>รวม</b>	<b>1,197</b>	<b>30.2</b>	<b>2,761</b>	<b>69.8</b>	
<b>พูดภาษาไทย</b>					56.1***
ได้	785	35.0	1,456	65.0	
ไม่ได้	412	24.0	1,305	76.0	
<b>รวม</b>	<b>1,197</b>	<b>30.2</b>	<b>2,761</b>	<b>69.8</b>	
<b>ความรู้เรื่องเอดส์</b>					68.86***
ตอบผิดหมด	4	2.7	145	97.3	
ตอบความรู้ที่ถูกต้องทั้ง 1 ข้อ	3	8.1	34	91.9	
ตอบความรู้ที่ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ	47	28	121	72	
ตอบความรู้ที่ถูกต้องทั้ง 3 ข้อ	185	33.1	374	66.9	
ตอบความรู้ที่ถูกต้องทั้ง 4 ข้อ	341	30.0	797	70.0	
ตอบความรู้ที่ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ	617	32.4	1,290	67.6	
<b>รวม</b>	<b>1,197</b>	<b>30.2</b>	<b>2,761</b>	<b>69.8</b>	

คุณลักษณะทางประชากร	การตรวจเลือด			
	เคยตรวจ		ไม่เคยตรวจ	
	จำนวน	%	จำนวน	%
บัตรประจำตัวเพื่ออยู่อาศัย				0.79
มีบัตร	824	30.7	1,861	69.3
ไม่มีบัตร	373	29.3	900	70.7
รวม	1,197	30.2	2,761	69.8

หมายเหตุ \* มีระดับนัยสำคัญที่ 0.05 \*\* มีระดับนัยสำคัญที่ 0.01 \*\*\* มีระดับนัยสำคัญที่ 0.001

#### เหตุผลและสถานที่ในการไปตรวจเลือดเพื่อการหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งสุดท้าย

สำหรับสถานที่ที่เป็นที่นิยมในการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติทั้ง 3 สัญชาติ คือ โรงพยาบาลสังกัดรัฐบาลด้วยเพราะมีบัตรสุขภาพซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือหากไม่มีบัตรสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดรัฐบาลจะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้แรงงานข้ามชาตินิยมไปใช้โรงพยาบาลสังกัดรัฐบาล

สำหรับเหตุผลในการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งสุดท้าย พบว่า แรงงานข้ามชาติกัมพูชาให้เหตุผลของการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งสุดท้าย คือเนื่องจากการตั้งครรภ์หรือภรรยาตั้งครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 26.7 เหตุผลรองลงมาคือ อายากรู้หรือสงสัย ร้อยละ 24.6 สำหรับแรงงานข้ามชาติเมียนมาให้เหตุผลในการไปตรวจ

ตารางที่ 4 ตารางแสดงสถานที่และเหตุผลในการไปตรวจเลือดครั้งสุดท้าย

	เมียนมา		กัมพูชา		ลาว		รวม	
	จำนวน (636)	(%)	จำนวน (485)	(%)	จำนวน (76)	(%)	จำนวน (1,197)	(%)
สถานที่ ที่ไปตรวจครั้งสุดท้าย								
รพ.รัฐ	454	71.4	371	76.5	61	80.3	886	74
รพ.เอกชน	22	3.5	11	2.3	1	1.3	34	2.8
คลินิกรัฐ	17	2.7	1	0.2	2	2.6	20	1.7
สถานเอนามัย	52	8.2	95	19.6	10	13.2	157	13.1

เลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งสุดท้ายมากที่สุด คือ การสมัครงานร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ ถูกบังคับตรวจร้อยละ 21.8 ซึ่งอาจเป็นเพราะแรงงานข้ามชาติเมียนมา ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมแรงงานข้ามชาติจำเป็นต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือทำบัตรประกันสังคมอยู่แล้ว แรงงานข้ามชาติเมียนมา จึงให้เหตุผลว่าการไปตรวจตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งสุดท้าย เพราะการไปสมัครงานและถูกบังคับตรวจ และสำหรับแรงงานข้ามชาติลาวให้เหตุผลเช่นเดียวกับแรงงานข้ามชาติกัมพูชา คือ ไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งสุดท้าย เพราะการตั้งครรภ์หรือภรรยาตั้งครรภ์มากที่สุดร้อยละ 56.4 รองลงมา คือ อายากรู้หรือสงสัยร้อยละ 12.8 (ตารางที่ 4)

	เมียนมา		กัมพูชา		ลาว		รวม	
	จำนวน (636)	(%)	จำนวน (485)	(%)	จำนวน (76)	(%)	จำนวน (1,197)	(%)
คลินิกเอกชน	15	2.4	3	0.6	0	0	18	1.5
คลินิก NGO	49	7.7	1	0.2	0	0	50	4.2
คลินิกนิรนาม	1	0.2	0	0	0	0	1	0.1
ศูนย์บริการ	4	0.6	0	0	0	0	4	0.3
สาธารณสุข								
ศูนย์เอดส์ กทม.	3	0.5	0	0	0	0	3	0.3
มาตรวจให้ถึงที่	19	3	3	0.6	2	2.6	24	2
<b>เหตุผลที่ไปตรวจ (ตอบได้หลายคำตอบ)</b>								
ตั้งครรรภ์	77	8.9	152	26.7	44	56.4	273	18.1
สมัครงาน	322	37.3	119	20.9	0	0	441	29.2
แต่งงาน	15	1.7	64	11.2	2	2.6	81	5.4
คู่นอนมีพฤติกรรมเสี่ยง	28	3.2	4	0.7	1	1.3	33	2.2
ตัวเองมีพฤติกรรมเสี่ยง	5	0.6	13	2.3	1	1.3	19	1.3
คู่นอนมีเชื้ออยู่แล้ว	2	0.2	1	0.2	0	0	3	0.2
ตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ	88	10.2	9	1.6	2	2.6	99	6.6
ผ่าตัด / ป่วย	3	0.3	22	3.9	5	6.4	30	2
บริจาคเลือด	16	1.9	8	1.4	0	0	24	1.6
อยากรู้/สงสัย	69	8	140	24.6	10	12.8	219	14.5
ตรวจโดยไม่มีอธิบายสาเหตุ	188	21.8	10	1.8	4	5.1	202	13.4
ตรวจโดยไม่มีอธิบายสาเหตุ	5	0.6	1	0.2	1	1.3	7	0.5
ทำบัตร	45	5.2	26	4.6	8	10.3	79	5.2
<b>จำนวน</b>	<b>863</b>		<b>569</b>		<b>78</b>		<b>1,510</b>	

### อภิปรายผลการศึกษา

แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสถานที่สำหรับไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี แต่การไปตรวจเลือดกลับพบว่า มีแรงงานข้ามชาติเพียงร้อยละ 30.2 ที่เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่า การไป

ตรวจในรอบปีที่ผ่านมา น้อยลงไปอีกโดยพบเพียงร้อยละ 9.3 เท่านั้น

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องของเพศ โดยเพศหญิงจะไปตรวจมากกว่าเพศชาย

ซึ่งอาจเป็นเพราะการตั้งครุภัณฑ์ไปตรวจ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไปตรวจ โดยแรงงานข้ามชาติที่ไปตรวจส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลที่ไปตรวจ คือเพื่อสมัครงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร เทพเทียน และคณะ (2558)<sup>(10)</sup> ซึ่งพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี อาชีพเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้แรงงานไปตรวจ โดยอาชีพที่ไปตรวจส่วนใหญ่คืออาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งต้องตรวจสุขภาพเพื่อซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรประกันสังคมอยู่แล้ว

สำหรับความรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการไปตรวจเลือด พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีความรู้ตามเกณฑ์ชี้วัดของ UNGASS ยิ่งตอบถูกมากยิ่งไปตรวจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบังอร เทพเทียน และคณะ (2558)<sup>(10)</sup> ที่พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงหากมีคนชวนให้ไปตรวจและให้ข้อมูลความรู้ที่เพียงพอจะไปตรวจ ดังนั้นหากมีการณรงค์ให้แรงงานข้ามชาติทราบถึงสิทธิประโยชน์ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพ เช่น หากตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อตั้งครุภัณฑ์จะได้รับยาต้านไวรัสจากแม่สู่ลูกฟรี (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2557)<sup>(11)</sup> จะทำให้แรงงานข้ามชาติซื้อบัตรสุขภาพมากขึ้น และอาจไปตรวจมากขึ้นด้วย

จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่า แรงงานข้ามชาติยังคงไม่ตระหนักในเรื่องการไปตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเหตุจำเป็น คือ ตนเองตั้งครุภัณฑ์หรือภรรยาตั้งครุภัณฑ์ หรือไปตรวจ เพราะต้องการสมัครงาน และถูกบังคับตรวจ หรือตรวจเพราะความจำเป็นด้านการประกอบอาชีพ แม้จะมีโครงการรณรงค์ “เอดส์รู้เร็วรักษาได้” และมียาสำหรับต้านไวรัส ในราคาถูก หรือหากแรงงานมีบัตรประกันสุขภาพ สามารถรับยาต้านไวรัสและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีฟรี ก็ยังคงไปตรวจอยู่ในระดับต่ำอยู่

การดำเนินงานด้านเอดส์สำหรับประเทศไทย ในระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมาที่มีการดำเนินงาน

อย่างเข้มข้น โดยได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากโครงการกองทุนโลก แม้จะประสบความสำเร็จในกลุ่มคนไทย โดยสามารถลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงได้จากปี พ.ศ. 2548 ที่พบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่มีจำนวน 17,294 ราย สามารถลดลงเหลือเพียง 6,759 รายในปี พ.ศ. 2558<sup>(3)</sup> แต่ไม่อาจละเลยกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งกำลังหลักที่จะมาทดแทนแรงงานไทยได้เลย

สำหรับงบประมาณด้านเอดส์จากโครงการกองทุนโลกซึ่งลดลงเรื่อยๆ การทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักด้านกำลังแรงงาน ซึ่งเป็นประชากรชายขอบ ไม่อาจละเลยได้เลย ภาครัฐยังคงต้องทำงานหนักอย่างต่อเนื่องต่อไป แม้จะไม่มีเงินสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศแล้วก็ตาม

#### ข้อเสนอแนะ

- การส่งเสริมให้ให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติให้ตระหนักถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังคงต้องดำเนินการต่อไป รวมถึงการณรงค์ให้มาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีควรทำควบคู่ไปด้วย โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติชาย ซึ่งจำเป็นต้องรณรงค์ให้มาตรวจพร้อมภรรยาฝากครรภ์หรือเป็นการให้มารับการปรึกษาแบบคู่
- สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ให้เหตุผลว่าถูกบังคับตรวจหรือตรวจเพราะสมัครงาน แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติยังคงมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ ดังนั้นการตรวจเลือดหรือตรวจสุขภาพ เมื่อแรงงานข้ามชาติมาขึ้นทะเบียนแรงงาน หรือซื้อบัตรสุขภาพ ควรมีการอธิบายให้แรงงานทราบว่าไม่ใช่การบังคับตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี และควรมีคำชี้แจงว่านำเลือดไปตรวจหาการติดเชื้อโรคอะไรบ้าง
- การรณรงค์ให้แรงงานข้ามชาติทราบถึงสิทธิประโยชน์ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพควรทำอย่างต่อเนื่องต่อไป



## กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งจาก 2 โครงการ คือ โครงการวิจัยประเมินผลโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร - 2) และโครงการวิจัยประเมินผลโครงการ ด้านเอดส์ กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ในประเทศไทย ภายใต้โครงการด้านเอดส์รอบ SSF ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เขียนขอขอบพระคุณ

ศ.เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และ ศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ที่ช่วยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทำให้งานเขียนนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณหน่วยงานผู้รับทุนหลัก คือ มูลนิธิรักษ์ไทย และสำนักบริหารโครงการกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย เป็นอย่างยิ่งที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน.วารสารสถิติคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน ประจำเดือน ตุลาคม 2560. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน, 2560
2. กฤตยา อาชวนิจกุล. (บรรณาธิการ). รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์ และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
3. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ.2558. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 มกราคม 2560.จากสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: [http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126\\_87903337.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf)
4. กัญญา อภิพรชัยสกุล, วาทีนี บุญชะลิกษ์. พนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ: ผู้เข้าถึงการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของแรงงานข้ามชาติ. วารสารโรคเอดส์. 2553; 22 (4), 184-192.
5. มูลนิธิรักษ์ไทย.สรุปบทเรียนการทำงาน โครงการฟ้ามิตร 2 เฟส 1. 2 ปีการทำงานกับบทเรียนการทำงานสำคัญโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร-2) ภายใต้โครงการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยโครงการส่งเสริมการบูรณาการและการสร้างเครือข่ายเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก โครงการแชมเปียน. มูลนิธิรักษ์ไทย, 2554.
6. เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กัญญา อภิพรชัยสกุล, อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, สุรีย์พร พันพิ่ง, นคร เปรมศรี, บุชชา ตันติศักดิ์. ความสำเร็จและข้อท้าทายงานด้านเอดส์ ภายใต้โครงการกองทุนโลก ปี พ.ศ. 2559. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559.
7. Chamrathirong A, Boonchalaksi W. Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT): The Impact Survey 2008. IPSR Publication No.365. NakhonPhathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2009.
8. อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, สุรีย์พร พันพิ่ง, วาทีนี บุญชะลิกษ์,จรัมพร ไหล่ยอง, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กัญญา อภิพรชัยสกุล และ ศิริพร ยงพานิชกุล. โครงการฟ้ามิตร-2: รายงานการสำรวจข้อมูลผลกระทบโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย ปี พ.ศ.2557. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557.
9. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.รายงานการประเมินผลภายนอกฉบับสมบูรณ์ “กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์” :โครงการประเมินผลภายนอกโครงการเอดส์รอบ SSF ปีงบประมาณ 2557. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล,2557.
10. บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวัฒนชากร, กัญญา อภิพรชัยสกุล, พักตร์วิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร, ภูษิต ประคองสาย. ปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการขอคำปรึกษาโดยสมัครใจ และการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี สำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย. Journal of Medicine and Health Sciences.2558; 22 (1), 11-20.
11. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ประกาศ ณ วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2557. สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2560 จาก <http://www.maeonhospital.go.th/wp-content/uploads/2014/06/ประกาศเรื่องประกันสุขภาพต่างด้าว26062014.pdf>

ผลการดำเนินงานการจัดชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายใต้  
ความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ  
ด้านสาธารณสุข โครงการกองทุนโลก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน 3 จังหวัด  
และพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในประเทศไทย ช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2559

มณฑินี วสันติอุปปโกศากร\*, สุเมธ องค์กรวรรดิ\*\*, ชีวนันท์ เลิศพิริยะสุวัฒน์\*\*\*,  
ทนางศรี ภูริศรี\*, กรรณิการ์ บัวทะเล\*

### Abstract

The resulting performance of HIV prevention Integrated Program Affiliated with Department of Disease Control Thailand MOPH-US CDC collaboration, Global Fund and Three Provincial Health Offices and Bangkok in Thailand for the period of 2012 to 2016

Montinee Vasantiuppapokakorn\*, Sumet Ongwandee\*\*,  
Cheewanan Lerdpiyiyasuwat\*\*\*,  
Thanongsri Purisri\*, Kannika Buataley\*

\*Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi

\*\*Office of Disease Prevention and Control 5, Rachaburi

\*\*\*Institute of Research, Knowledge Management and Standards for Disease Control

**Background:** The aim of this study is to examine the performance of the implementation of the Public Health Service to establish a mechanism that drives its operations in the area. The Public Health Service provides HIV counselling and testing to expand access to prevention and care among transgender under Department of Disease Control Thailand MOPH -US CDC collaboration, Global fund and three Provincial Health offices and Bangkok in Thailand.

**Method:** A quantitative study was conducted with a sample set of transgender persons who had HIV risk behaviors. The group of transgender participating in HIV prevention Integrated Program, received HIV preventive counseling and testing. Data was recorded by the use of Unique Counseling code (UIC) and collected every fiscal year for the period from August 31<sup>st</sup> to September 1<sup>st</sup>, 2012-2016.

**Results:** Target population for HIV prevention counseling and testing integrated to care (HIP) was 692 persons. Of these, 376 (55 %) were under 25 years of age and median of ages were 25 years. There were 169 living together with partner representing 96 % of the 177 respondents. Data on sexual risk behaviors showed that target population reported using condom with their partners by 2 % in 2012 and up to 35 % in 2016.

Of the target population, the number of participants who received HIV testing had increased from 13 respondents (2 %) in 2012 to 253 respondents (37 %) in 2016. The target population participating through peer leader was 412 persons (60 %), while by walking in was 124 persons (18 %). The remaining of the population taking part in through friends and media were 80 persons (11 %) and 57 person (8 %) respectively.

Furthermore, Sampling population taking HIV testing at mobile clinic sites which provide service 1 time per month was 317 cases on the average of 5 cases per one visit. Whereas those taking HIV testing at clinic-based sites which open every day was 375 case on the average of less than 1 case per one

visit. Almost all respondents knew the HIV testing results through peer leaders. Based on HIV testing results, 82 persons (12 %) were HIV positive with the median of CD4 cell counts were 279 cells / mm<sup>3</sup>.

**Conclusion:** This study demonstrates the effectiveness of the project to expand the access to prevention and care among transgender by using the project mechanism to drive the operation in the area. As a result, it can be seen that over 50 % of the participants were under 25 years old and of these, 60 % was having HIV testing for the first time. The proportion of respondents taking HIV test at mobile clinic sites and clinic-based sites increased continuously from 2012 to 2016. In addition, the continuous increase in median of CD4 level from 2012 to 2016 illustrated the increase access to prevention and care for transgender. The study also showed the importance of the peer leaders both in terms of persuasion the respondents to take part in the project, coordination and delivering HIV testing results to the target population.

## บทคัดย่อ

**Background:** การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุข ในการสร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากรสาวประเภทสอง และนำบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและทราบผลเพื่อนำเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในกลุ่มสาวประเภทสอง ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข โครงการกองทุนโลก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในประเทศไทย

**Method:** กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงปริมาณ เป็นกลุ่มสาวประเภทสอง ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและมารับบริการชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การบันทึกข้อมูลการศึกษาใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลโดยสร้างรหัสที่ไม่ระบุตัวตน (Unique Counseling code: UIC) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลทุกปีงบประมาณระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม ถึงวันที่ 1 กันยายน ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2559

**Results:** กลุ่มสาวประเภทสองที่มารับบริการชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนทั้งหมด 692 ราย ในจำนวนนี้ 376 ราย (ร้อยละ 55) มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 25 ปี มีสถานภาพอยู่ด้วยกันกับคู่ จำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 ของจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 177 คน ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีการรายงานการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนเพศสัมพันธ์ร้อยละ 2 ใน ปี พ.ศ. 2555 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ใน ปี พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 13 ราย (ร้อยละ 2) ใน ปี พ.ศ. 2555 เป็น 253 ราย (ร้อยละ 37) ในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจครั้งแรกจำนวน 412 ราย (ร้อยละ 60) มารับบริการโดยผ่านแกนนำมากที่สุดจำนวน 412 ราย (ร้อยละ 60) มารับบริการด้วยตัวเองจำนวน 124 ราย (ร้อยละ 18) และรับบริการผ่านทางช่องทางอื่น ผ่านเพื่อน และผ่านทางสื่อจำนวน 80 ราย (ร้อยละ 12) 57 ราย (ร้อยละ 8) และ 19 ราย (ร้อยละ 3) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่คลินิกเคลื่อนที่ ซึ่งออกให้บริการ 1 ครั้งต่อเดือนจำนวน 317 ราย โดยเฉลี่ย 5 ราย ต่อครั้ง ในขณะที่การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่หน่วยบริการซึ่งเปิดทุกวัน จำนวน 375 ราย โดยเฉลี่ยน้อยกว่า 1 รายต่อครั้ง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดทราบผลตรวจผ่านแกนนำ ซึ่งพบเลือดบวกต่อเอชไอวีจำนวน 82 ราย (ร้อยละ 12) และมีค่ามัธยฐานของระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ เท่ากับ 279 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

**Conclusion:** การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของโครงการในการเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มสาวประเภทสอง ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนของโครงการ ในการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากร โดยพิจารณาได้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่กว่าครึ่งมีอายุน้อยกว่า 25 ปี และยังเป็น การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกถึงร้อยละ 60 นอกจากนั้นสัดส่วนของการตรวจทั้งจากคลินิกเคลื่อนที่และหน่วยบริการ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ปี พ.ศ. 2555 จนถึง ปี พ.ศ. 2559 เป็นลำดับ นอกจากนี้ค่ามัธยฐานของระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ที่สูงขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมาไปแสดงถึงการเข้าสู่ระบบบริการของผู้ที่เพิ่มมีการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแกนนำต่อโครงการ ทั้งในด้านการชักชวนให้เข้าร่วมโครงการ การประสานงาน และการนำผลการตรวจ ส่งต่อไปยังกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย

**คำสำคัญ:** สาวประเภทสอง, ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

## บทนำ

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยยังคงกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มการติดเชื้อสูง (Most-at-risk populations-MARPs)<sup>(1)</sup> ซึ่งข้อมูลจากการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่มีสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2559 ที่สำรวจใน 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต และชลบุรี พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในสาวประเภทสอง (transgender; TG) มีการติดเชื้อสูงสุดในกรุงเทพฯ ร้อยละ 12<sup>(2)</sup> และจากการสำรวจพบว่า สาวประเภทสองใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพียงร้อยละ 36 จากการสำรวจพบสาวประเภทสองเข้าถึงบริการและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและรู้ผลในเชียงใหม่ ร้อยละ 76 ในภูเก็ต ร้อยละ 67 ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 64 และในชลบุรี ร้อยละ 49 ตามลำดับ<sup>(3)</sup> กลวิธีการดำเนินงานด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก ประเทศไทยได้เร่งพัฒนาระบบบริการและการป้องกันเอชไอวี เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มการติดเชื้อสูง เพื่อตอบสนององอัตราการติดเชื้อที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายรวมถึงสาวประเภทสอง โดยเน้นกลวิธีการป้องกันเอชไอวีด้วยการให้ความรู้ด้วยกลุ่มเพื่อน (peer outreach) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้การศึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ (Voluntary Counselling and Testing; VCT) นอกจากนี้การเพิ่มหน่วยบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งเสริมบริการการป้องกันสำหรับผู้ที่มีผลเลือดบวก และบทบาทของบริการตรวจเอชไอวีด้วยสมัครใจจะเป็นทั้งการป้องกันเอชไอวีควบคู่ไปกับการเป็นจุดรับผู้มีเชื้อเพื่อเข้าสู่บริการดูแลรักษา<sup>(4)</sup> ขณะนี้แผนกลยุทธ์ของประเทศไทยในการจัดการแก้ไขปัญหาดเอดส์มีเป้าหมายเพื่อ “ลดเหลือศูนย์” ภายใน พ.ศ. 2559 โดยเน้นการ

พัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่ระดับประเทศไปจนถึงระดับท้องถิ่น โดยจะประกันคุณภาพในการดำเนินการป้องกัน เอชไอวีและการให้บริการดูแลรักษาควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบข้อมูลยุทธศาสตร์เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทางและวางแผนการทำงานด้านเอชไอวี<sup>(5)</sup> ด้วยเหตุนี้โครงการเอดส์โลกประเทศไทยและภาคพื้นเอเชีย (Global AIDS Program; GAP) พร้อมด้วยโครงการประธานาธิบดีแผนฉุกเฉินสำหรับการบรรเทาโรคเอดส์ (President’s Emergency Plan for AIDS Relief; PEPFAR) จึงให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่ภาครัฐ เพื่อพัฒนารูปแบบโครงการด้านเอชไอวีที่ครบวงจร โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ให้เป็นผู้นำการจัดการและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระดับประเทศ<sup>(6,7)</sup> เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศไทยจากช่องว่างในระบบและบริการดังที่กล่าวมา กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมมือกับโครงการเอดส์โลกประเทศไทยและภาคพื้นเอเชีย (GAP) โดยการทำงาน การจัดชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยความร่วมมือของกรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข โครงการกองทุนโลก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี ขอนแก่น ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข และโครงการกองทุนโลก เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 - 2559 โดยมีจุดประสงค์เพื่อที่จะเสริมความเข้มแข็งของ ชุดบริการให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีและทราบผลเพื่อนำเข้าสู่การรักษา โดยมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสาวประเภทสอง

2. เพื่ออธิบายการสร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ให้เกิดการจัดชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการสนับสนุนงบประมาณด้านการให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและทราบผล เพื่อนำเข้าสู่การรักษารักษาจัดคลินิกบริการเคลื่อนที่ ให้แก่หน่วยบริการ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สาวประเภทสองที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกำหนดพื้นที่การศึกษา ได้แก่ กรุงเทพมหานคร อุดรธานี ขอนแก่น ภูเก็ต และกำหนดกิจกรรมในชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ 1) แกนนำในกลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่ออบรมให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงของการที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัยของกลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการยาต้านไวรัส 2) กำหนดหน่วยบริการทางการแพทย์ 4 แห่ง 3) กำหนดบุคลากรสาธารณสุข เพื่อช่วยส่งเสริมการอบรม เรื่องการจัดการในกลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ความหลากหลายทางเพศ และชุดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แบบทราบผลภายในวันเดียวโดยใช้ชุดตรวจ 3 ชุดตรวจตามแนวทางการให้การปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว<sup>(6)</sup> 4) มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ในตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลภายในวันเดียว และคลินิกพิเศษนอกเวลา

ในการให้บริการแก่กลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย 1 ครั้ง/เดือน หรือในแต่ละเทศกาลประจำปี ได้แก่ เทศกาลดนตรี การประกวดเต้นในกลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลภายในวันเดียวและส่งต่อ เพื่อรับการรักษาด้วยชุดบริการการรักษาฟรี ได้แก่ การตรวจหาระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ (CD4) ในเลือด การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด และการรับบริการยาต้านไวรัส

## ขอบเขตการศึกษา

1. โรงพยาบาลบางรัก สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ให้บริการในการให้คำปรึกษาและบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. นภาคคลินิก เป็นคลินิกบริการแบบเบ็ดเสร็จในการให้คำปรึกษาและบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริการยาต้านไวรัส โรงพยาบาลอุดรธานี

3. ปลายฟ้าคลินิก ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น ให้บริการในการให้คำปรึกษาและบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4. สบายดีคลินิก เป็นคลินิกพิเศษให้บริการเฉพาะกลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ของโรงพยาบาลชุมชนป่าตอง ให้บริการในการให้คำปรึกษาและบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริการยาต้านไวรัส และส่งต่อ เพื่อรับบริการการตรวจหาภูมิคุ้มกันระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ (CD4) ในเลือด การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด ที่โรงพยาบาลจังหวัดภูเก็ต

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ โปรแกรมบันทึกข้อมูลโดยสร้างรหัสที่ไม่ระบุตัวตน (Unique Counseling code : UIC) และใช้แบบสอบถามโดยให้กลุ่มเป้าหมายกรอกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร อายุ เพศ สถานะ ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ช่องทางการเข้ารับบริการชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ แกนนำ เพื่อน/คนรู้จัก สื่อ และช่องทางอื่น และมีการบันทึกข้อมูลของจำนวนครั้งของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกรอบปีงบประมาณ ในช่วงวันที่ 31 สิงหาคม ถึงวันที่ 1 กันยายน ของทุกปีในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2559

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากการตอบคำถามในแบบสอบถาม วิเคราะห์ผลข้อมูลตัวชี้วัดที่ได้จากแบบสอบถามของโครงการ ด้วยคอมพิวเตอร์

โดยรายงานเป็นจำนวน ค่ามัธยฐาน และร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีข้อมูลเป็นแบบกลุ่มทำโดย Mantel-Haenzel Chi-square, Cochran-Mantel-Haenzel, Jonckheere-Terpstra Test แล้วแต่กรณี

### ประเด็นด้านจริยธรรม

การดำเนินการโครงการและการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์โดย The Division of Global HIV and TB, CDC, Atlanta, USA.

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มสาวประเภทสองที่มาใช้บริการชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนทั้งหมด 692 ราย ในจำนวนนี้ 376 ราย (ร้อยละ 55) มีอายุน้อยกว่า 25 ปี และค่ามัธยฐานของอายุ อยู่ที่ 25 ปี มีสถานภาพอยู่ด้วยกันกับคู่จำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 177 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลสาวประเภทสองที่ได้รับบริการ จำแนกตาม ปี พ.ศ. จำนวน (ร้อยละ)

	รวม 5 ปี		พ.ศ.2555		พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559		P value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	
จำนวนมารับบริการ	692	100	13	100	97	100	74	100	255	100	253	100	NA
ค่ามัธยฐานอายุ (P25 - P75) <sup>ก</sup>	25.03 (19 - 29)		30.0 (20 - 33)		26.0 (21 - 31)		21.0 (18 - 28)		23.0 (19 - 29)				0.017
อายุ <sup>ข</sup>													0.045
อายุ < 25 ปี	376	55	5	38	42	43	48	65	141	56	140	55	
อายุ ≥ 25 ปี	313	45	8	62	55	57	26	35	111	44	113	45	
สถานภาพ <sup>ค</sup>					(จำนวนที่ตอบแบบสอบถาม 177 คน)								
รวม													NA
ไม่มีคู่	532	100	10	100	8	100	47	100	214	100	253	100	
	8	2	0	0	0	0	0	0	4	2	4	2	
อยู่ด้วยกันกับคู่	524	98	10	100	8	100	47	100	210	98	249	98	

NA not available

ก.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Mantel-Haenzel Chi-square

ข.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Cochran-Mantel-Haenzel

ค.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Jonckheere-Terpstra Test

### ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับชายมากที่สุด และข้อมูลการใช้

ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์พบว่ามีเพศสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ร้อยละ 64 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสาวประเภทสองที่มารับบริการ จำแนกตาม ปี พ.ศ. จำนวน (ร้อยละ)

	รวมทั้งหมด		พ.ศ.2555		พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559		P value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	
<b>มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย<sup>๒</sup></b>													<b>0.24</b>
รวม	686	100	13	100	95	100	73	100	253	100	252	100	
ชาย	683	99.6	13	100	95	100	73	100	252	99.6	250	99.2	
หญิง	3	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4	2	0.8	
<b>การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง<sup>๓</sup></b>													<b>0.023</b>
รวม	692	100	13	100	97	100	74	100	255	100	253	100	
ใช้	441	64	10	77	71	73	49	66	156	61	155	61	
ไม่ใช้	251	36	3	23	26	27	25	34	99	39	98	39	

NA not available

ก.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Mantel-Haenzel Chi-square

ข.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Cochran-Mantel-Haenzel

ค.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Jonckheere-Terpstra Test

กลุ่มตัวอย่างมารับบริการโดยผ่านแกนนำมากที่สุด ร้อยละ 60 และมีความแตกต่างในแต่ละปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รองลงมา คือ เข้ามารับบริการด้วยตัวเอง ร้อยละ 18 และพบกลุ่มตัวอย่างตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่คลินิกเคลื่อนที่ ซึ่งออกให้บริการ 1 ครั้งต่อเดือนจำนวน 317 ราย โดยเฉลี่ย 5 ราย ต่อครั้ง ในขณะที่การตรวจหาการติดเชื้อเอช

ไอวีที่หน่วยบริการ ซึ่งเปิดทุกวัน จำนวน 375 ราย โดยเฉลี่ยน้อยกว่า 1 รายต่อครั้ง เป็นการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก ร้อยละ 60 ในจำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนี้เกือบทุกราย รับประทานผลและรู้สถานะตนเอง และมีผู้ที่ผลเลือดเป็นบวกต่อเอชไอวี ร้อยละ 12 (ตารางที่ 3)



**ตารางที่ 3** การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตาม ช่องทางการรับบริการ สถานที่รับบริการ จำนวน (ร้อยละ)

	รวม 5 ปี		พ.ศ.2555		พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559		P value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	
<b>ช่องทางของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี<sup>a</sup></b>													<b>&lt;0.001</b>
รวม	692	100	13	100	85	100	73	100	235	100	237	100	
แกนนำ	412	60	7	54	61	72	46	63	161	69	137	58	
มาด้วยตัวเอง	124	18	6	46	22	26	13	18	40	17	43	18	
เพื่อน คนรู้จัก	57	8	0	0	0	0	2	3	1	0	5	2	
สื่อ	19	3	0	0	2	2	1	1	5	2	11	5	
ช่องทางอื่น	80	12	0	0	0	0	11	15	28	12	41	17	
<b>สถานที่ได้รับการตรวจ<sup>a</sup></b>													<b>0.662</b>
รวม	692		13		97		74		255		253		
ตรวจที่ หน่วย บริการ*	375*		8		54		29		146		138		
ตรวจที่ คลินิก เคลื่อนที่**	317**		5		43		45		109		115		
<b>ครั้งของการตรวจ<sup>a</sup></b>													<b>0.517</b>
รวม	692	100	13	100	97	100	74	100	255	100	253	100	
ตรวจ ครั้งแรก	412	60	6	12	51	13	55	18	148	14	152	15	
เคยตรวจ มาแล้ว	280	40	7	13	46	11	19	6	107	10	101	10	
<b>การรับทราบผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี<sup>a</sup></b>													<b>0.399</b>
รวม	692	100	13	100	97	100	74	100	255	100	253	100	
รับทราบ	691	99.9	13	100	97	100	73	98.6	255	100	253	100	
ไม่รับทราบ	1	0.1	0	0	0	0.0	1	1.4	0	0	0	0	

	รวม 5 ปี		พ.ศ.2555		พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559		P value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	
<b>ผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี<sup>a</sup></b>													<b>0.370</b>
รวม	690	100	13	100	97	100	74	100	255	100	251	100	
บวก	82	12	0	0	13	13	10	14	38	15	21	8	
ลบ	608	88	13	100	84	87	64	86	217	85	230	92	

NA not available

ก.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Mantel-Haenzel Chi-square

ข.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Cochran-Mantel-Haenzel

ค.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Jonckheere-Terpstra Test

\*หน่วยบริการซึ่งเปิดให้บริการทุกวัน โดยเฉลี่ยรวมผู้รับบริการ 0.20 ราย/ครั้ง (&lt; 1 ราย/ครั้ง)

\*\*คลินิกเคลื่อนที่ซึ่งเปิดให้บริการ 1 ครั้งต่อเดือนโดยเฉลี่ยรวมผู้รับบริการ 5 ราย/ครั้ง

สองในสามของสาวประเภทสองที่มีผลเลือดบวก เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยมีค่ามัธยฐานที่มี  
ได้รับการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ ค่ามัธยฐาน แนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับตามระยะเวลาที่ผ่านไป  
ของระดับซีดีสี่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 279 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ในสาวประเภทสอง ที่มีผลเลือดบวกต่อเอชไอวี จำนวน (ร้อยละ)

	รวมทั้งหมด		พ.ศ.2555		พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559		P value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	
<b>การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ในผู้ที่มีผลเลือดบวก<sup>a</sup></b>													<b>0.057</b>
รวม	82	100	0	NA	13	100	10	100	38	100	21	100	
ตรวจ	54	66	0	NA	10	77	9	90	24	63	11	52	
ไม่ตรวจ	28	34	0	NA	3	23	1	10	14	37	10	48	
ระดับซีดีสี่ ค่ามัธยฐาน (P25 - P75) <sup>a</sup>	279.0 (75 - 503)		NA		105.5 (32 - 337)		69.0 (14 - 256)		293.5 (113.5 - 588)		384.0 (301 - 517)		0.011

ก.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Mantel-Haenzel Chi-square

ข.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Cochran-Mantel-Haenzel

ค.ทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ Jonckheere-Terpstra Test

## อภิปรายผลและวิจารณ์

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของโครงการในการเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มสาวประเภทสองในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนของโครงการ ในการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากร โดยพิจารณาได้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่กว่าครึ่งมีอายุน้อยกว่า 25 ปี และยังเป็น การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกถึงร้อยละ 60 นอกจากนี้ สัดส่วนของการตรวจทั้งจากคลินิกเคลื่อนที่และหน่วยบริการ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปี พ.ศ. 2559 เป็นลำดับ นอกจากนี้ คำนวณฐานของระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ที่สูงขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมาไป แสดงถึงการเข้าสู่ระบบบริการของผู้ที่เพิ่งมีการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษานี้ยังแสดงถึงความสำคัญของแกนนำต่อโครงการ ทั้งในด้านการชักชวนให้เข้าร่วมโครงการ การประสานงาน และการนำผลการตรวจ ส่งต่อไปยังกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### เชิงนโยบาย

1. ควรขยายชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปยังพื้นที่เร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ปี พ.ศ. 2560 - 2573 ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้แก่ มุ่งเน้นเร่งรัดการจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง และยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้แก่ การยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ<sup>(9)</sup> และสร้างความยั่งยืนโดยความร่วมมือของระหว่างกรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ

ด้านสาธารณสุข โครงการกองทุนโลก และสำนักงานสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในประเทศไทย

2. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนในการนำชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเข้าไปในยุทธศาสตร์จังหวัด เพื่อให้ได้งบประมาณมาดำเนินงานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 5 ว่าด้วยการเพิ่มความร่วมรับผิตชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่<sup>(9)</sup>

### เชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการสร้างแกนนำที่หลากหลาย เพื่อสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2. ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพเรื่องการปรับทัศนคติเพราะผู้ปฏิบัติงานยังมีการตีตราเรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ว่าด้วย การปรับภาพลักษณ์ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ<sup>(9)</sup>
3. ควรมีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาให้เป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วย การพัฒนาเร่งรัดการรักษาดูแลช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน<sup>(9)</sup>
4. ด้วยศักยภาพของบุคลากรที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรที่มารับงานโรคเอดส์ใหม่เมื่อผ่านการอบรมแล้วต้องมีระบบการสอนหน้างานร่วมด้วย
5. ควรมีการอบรมเสริมสร้างศักยภาพแกนนำและบุคลากรสาธารณสุขในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิตใจ และการอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อให้เข้าใจถึง

ความหลากหลายทางเพศของกลุ่มเป้าหมาย และลดการเลือกปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ว่าด้วย การปรับภาพลักษณ์ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ<sup>(9)</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ณาเป็นอย่าดีจากทุกท่าน คณะผู้ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัย แกนนำ อาสาสมัครทุกท่าน ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

โครงการกองทุนโลก ประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค บุคลากรทางการแพทย์ ทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นภาคคลินิก โรงพยาบาลอุดรธานี ปลายฟ้าคลินิก หน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น สบายดีคลินิก โรงพยาบาลชุมชนป่าตอง โรงพยาบาลจังหวัดภูเก็ต คลินิกบางรัก สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข องค์การภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการวิชาการระดับประเทศ คณะทำงานระดับจังหวัดในโครงการ ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่สำนักโรคเอดส์ที่เกี่ยวข้อง สำนักระบาดวิทยา

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2559. กรุงเทพมหานคร: ร้านธนพรพาณิชย์, 2560.
3. Fact sheet, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2559
4. Wolf, C. Thailand Global Fund Round 8 External Evaluations: Men Who Have Sex with Men (MSM) 2012.
5. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555 - 2559. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
6. The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), Technical Guidance on Combination HIV Prevention 2011; Available from: <https://www.pepfar.gov/documents/organization/164010.pdf>.
7. UNAIDS. Country profiles, Thailand, HIV AIDS Asia Pacific Research Statistical Data Information Resources AIDS Data Hub. 2015 [cited 2016 September 9]; Available from: <http://www.aidsdatahub.org/Country-Profiles/Thailand>.
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้การปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
9. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560.

# การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสเพื่อดูแลรักษา ในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

พนนารา ธิเชียว\*, สุทิพา วงศาโรจน์\*, วชรี ประสิงห์\*\*,  
รัชณี เขื่อนแก้ว\*\*, พจมาลย์ คชินทร์ไพร\*\*

## Abstract

### Development of Syphilis Referral System at Sexually Transmitted Infections Demonstration Center, the Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai

Phonnara Tikiaw\*, Sutipa Wongsaroj\*, Watcharee Prasing\*\*,  
Ratchanee Khuankaew \*\*, Pojamarn Kachinprai \*\*

\* Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai

\*\*Regional Blood Centre X Chiang Mai, Thai Red Cross Society

**Objective:** To develop a syphilis referral system between Thai Red Cross Blood Donation Service region 10 and Sexually Transmitted Infections (STIs) Demonstration Center, the Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai, and also to identify new cases of syphilis

**Method:** This was an action research to develop the referral system. Blood donation clients who were living in Chiang Mai and were reported a positive test for syphilis by TPHA and RPR. would be referred with a referral form by Thai Red Cross Blood Donation Service region 10 to receive further diagnosis and treatment at STIs Demonstration Center. A duration of study was January to July 2015. In-depth interviews were used to explore staff and patients' opinions.

**Results:** The syphilis referral system was tangibly developed and fully coordinated. A referral form was designed. The system could refer more cases of syphilis to STIs Demonstration Center or 66.7% in comparison with walk-in cases. More information in a notification letter and a location of STIs Demonstration Center were required improvement according to results of in-depth interviews. Conclusion: The research demonstrated a practical and effective referral system for blood donation clients who had a positive test for syphilis and were referred to treatment. The referral system could retain some of syphilis patients (58.5%) and less number of cases were lost to follow up.

**Keywords :** Referral system development, Syphilis Patient

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสระหว่างภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย และศูนย์สาธิตบริการการโรคและเพื่อค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่จากระบบส่งต่อ

**วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ด้วยการสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิส โดยภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทยจะส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยซิฟิลิสที่มีภูมิคุ้มกันในจังหวัดเชียงใหม่ให้แก่ศูนย์สาธิตบริการการโรค ทุก 1 เดือน และแจ้งผลการตรวจเลือดที่ผิดปกติทางจดหมายและให้ผู้ป่วยซิฟิลิสนำเอกสารส่งต่อมา รับการรักษาที่ศูนย์สาธิตบริการการโรค ช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2558

**ผลการศึกษา** ระบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น ทำให้มีระบบการประสานงานที่ชัดเจน มีการส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นการยืนยันผลการตรวจ มีรูปแบบในการส่งต่อทำให้ลดขั้นตอนบริการในผู้ป่วยที่มีใบส่งต่อ เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่และส่งต่อเพื่อดูแลรักษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 ซึ่งการแจ้งผลทางจดหมายให้ผู้ป่วยพบปัญหาเรื่องความล่าช้าในการส่งจดหมาย ไม่รู้จักสถานที่ที่ส่งต่อ และขาดรายละเอียดบางส่วนผู้ป่วย ไม่สามารถซักถามข้อมูลอื่นๆ ได้

**สรุป** การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิส ทำให้เกิดระบบการประสานงานที่มีรูปแบบชัดเจนช่วยให้เกิดประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานและผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยซิฟิลิสเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็วและช่วยควบคุมการระบาดของโรคซิฟิลิสในอนาคตได้

**คำสำคัญ** การพัฒนาระบบส่งต่อ, ผู้ป่วยซิฟิลิส

## บทนำ

ซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดจากเชื้อทริโปนีมา พาลิดัม (*Treponema pallidum*) ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรีย สามารถทำให้เกิดโรคที่มีอาการและอาการแสดงคล้ายโรคอื่นหลายโรค ช่องทางการติดต่อของโรคซิฟิลิส ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคซิฟิลิส นอกจากนี้เชื้อซิฟิลิสยังสามารถติดจากแม่สู่ลูกในขณะตั้งครรภ์ และจากช่องทางอื่นๆ เช่น การบริจาคโลหิต บาดแผล เป็นต้น ซึ่งแผลซิฟิลิสยังทำให้สามารถถ่ายทอดเชื้อหรือรับเชื้อเอชไอวีได้ง่าย ถ้าไปสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีแผลซิฟิลิสมีโอกาส ติดโรคเอชไอวีได้ 2-5 เท่าเมื่อเทียบกับคน ไม่มีแผล การมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ อาจเป็นตัวชี้ว่าอาจมีการติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>(1)</sup> ซึ่งทุกปีมีคนติดเชื้อซิฟิลิสประมาณ 12 ล้านคนทั่วโลก<sup>(2)</sup> จากรายงาน 506 ของสำนักกระบวนวิทยาพบจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในประเทศไทย ตั้งแต่ ปี 2553 - 2557 คิดเป็น 2.85, 3.62, 3.17, 3.62 และ 4.73 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ซึ่งมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นหรือลดลงเล็กน้อยในแต่ละปี<sup>(3,4,5)</sup>

ศูนย์สาธิตบริการการโรค เป็นหน่วยงานสังกัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค มุ่งเน้นให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจากการทำงานในศูนย์สาธิตบริการการโรค ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคซิฟิลิสรายใหม่ปี พ.ศ. 2555 - 2557 จำนวน 25, 43, 70 รายตามลำดับ (เวชระเบียน ศูนย์สาธิตบริการการโรค พ.ศ. 2555 - 2557) โดยในแต่ละปีพบจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อเทียบกับจำนวนที่คาดการณ์พบว่า ยังมีผู้ที่ป่วยเป็นซิฟิลิสอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ทราบว่าตนเองมีเชื้อซิฟิลิสในร่างกาย ถึงแม้ศูนย์สาธิตบริการการโรค จะมีบริการตรวจหาโรคซิฟิลิสควบคู่กับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิสได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากมีประชาชนอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่เข้ามารับการตรวจเลือด ซึ่งการค้นหาผู้ป่วย

แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ เจริญรุก คือการออกคัดกรองโรค ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และเชิงรับ คือ การตรวจพบเมื่อผู้ป่วยเดินเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการ

ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย เป็นหน่วยงานที่รับบริจาคโลหิตจากบุคคลทั่วไป และในแต่ละปีมีผู้มาบริจาคโลหิตเป็นจำนวนมากตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 - 2557 มีผู้มาบริจาคโลหิต จำนวน 18,438, 26,026 และ 28,648 ราย ตามลำดับ โดยพบโรคซิฟิลิสจากการบริจาคโลหิต คิดเป็น 0.28 %, 0.23 % และ 0.21 % ตามลำดับ ถึงแม้การบริจาคโลหิตไม่ใช่ช่องทางหลักในการค้นหาผู้ป่วยแต่เป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถพบผู้ป่วยซิฟิลิสได้จากการรับบริจาคโลหิต ทั้งนี้โลหิตของผู้มาบริจาคโลหิตจะถูกตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อในโลหิตบริจาคโดยวิธีน้ำเหลืองวิทยา (Serology) ทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วยการตรวจ Syphilis, HBsAg, Anti-HCV และ HIV Ag/Ab ด้วยเครื่องตรวจอัตโนมัติ Architect i4000 และตรวจคัดกรองหาสารพันธุกรรมของเชื้อโรคที่ติดต่อทางโลหิตโดยวิธีอณูชีววิทยา (NAT Testing) ตรวจหา HBV DNA, HCV RNA, HIV RNA ก่อนนำไปให้ผู้อื่นต่อไป การบริจาคโลหิตนั้นหากผู้บริจาคมีประวัติความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ หรือมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย ควรงดบริจาคโลหิตจากการทำงานที่ผ่านมา ศูนย์สาธิตบริการกามโรค และภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทยยังขาดการเชื่อมโยงและการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิส จึงทำให้ผู้ป่วยซิฟิลิสอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงระบบการดูแลรักษาหรือได้รับ การรักษาที่ยังไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ดังนั้น เพื่อให้ศูนย์สาธิตบริการกามโรค และภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงสามารถค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิส

รายใหม่จากระบบส่งผลให้ผู้ป่วยซิฟิลิสได้รับการตรวจรักษาโรคซิฟิลิส จึงมีแนวคิดเรื่องการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสให้เข้าสู่ระบบการรักษา ในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ โดยมีการประสานงานร่วมกันระหว่างภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย และศูนย์สาธิตบริการกามโรค ซึ่งการบูรณาการงานบริการด้านการป้องกันและดูแลรักษาโรคซิฟิลิส เป็นสิ่งจำเป็นโดยมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญในการเชื่อมต่อบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน และเพื่อการค้นหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสระหว่างภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย และศูนย์สาธิตบริการกามโรค
2. เพื่อค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ จากระบบส่งต่อและมีการส่งต่อเพื่อรับการรักษา

### วิธีการศึกษา

#### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้บริจาคโลหิตโดยสมัครใจที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มาบริจาคโลหิตทั้งภายในสถานที่และหน่วยเคลื่อนที่ของภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ สภากาชาดไทย ที่ตรวจพบการติดเชื้อซิฟิลิส

#### ระยะเวลาศึกษา

ศึกษาขั้นตอนการวิเคราะห์การส่งต่อและพัฒนาระบบ ตั้งแต่เดือนมกราคม - กรกฎาคม 2558 รวม 8 เดือน สำหรับระยะเวลาการติดตามอาการหลังรักษาไม่ได้อยู่ในการศึกษา

## การพัฒนาขั้นตอนและเครื่องมือการส่งต่อ

ศูนย์สาธิตบริการกามโรคและภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาฯฯชาวไทยร่วมกันหารือเพื่อกำหนดรายละเอียดการดำเนินงานใน 3 ขั้นตอน คือ 1. การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อ 2. การดำเนินการพัฒนาระบบ 3. ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาระบบ มีรายละเอียดดังนี้

### 1. การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อ

1.1 ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อ ค้นหาปัญหาอุปสรรค ของการตรวจหาเชื้อซิฟิลิส และแลกเปลี่ยนความรู้เพิ่มเติมกับเจ้าหน้าที่ในการวินิจฉัยผู้ป่วยซิฟิลิส ที่ผ่านมาพบว่าศูนย์สาธิตบริการกามโรคและภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาฯฯชาวไทยไม่มีระบบการส่งต่อหรือประสานงานที่ชัดเจน ซึ่งจากเดิมหลังพบเลือดผิดปกติ จะแนะนำผู้ป่วยโรคซิฟิลิสไปรับการรักษาตามสิทธิ์หรือสถานบริการที่สะดวก ส่งผลให้บางรายอาจไม่ไปรับการรักษาหรือไปรับการรักษาในคลินิกเอกชนที่รักษาโรคซิฟิลิสไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงบุคลากรไม่มีแนวทางในการส่งต่อที่ชัดเจน เช่น บางรายส่งต่อผู้ป่วยหลังพบเลือดผิดปกติ หรือนัดตรวจเลือดซิฟิลิสซ้ำต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยซิฟิลิสมาเข้ารับการรักษาในระยะแฝงแทนและ ผู้ป่วยซิฟิลิสบางรายไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาฯฯชาวไทย เป็นหน่วยงานที่มุ่งเน้นรับบริจาคโลหิต มีใช้สถานบริการเพื่อตรวจรักษาโรคซิฟิลิส ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจึงได้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อนี้ขึ้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยซิฟิลิสได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานสากล

### 2. การดำเนินการพัฒนาระบบ

2.1 ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อเห็นชอบในเหตุผล หลักการ และทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิส รวมถึงกำหนดขั้นตอนในระดับปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐาน

2.2 ชี้แจงทำความเข้าใจกับบุคลากรเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน

2.3 การจัดเตรียมอุปกรณ์ เอกสาร ระบบงานและอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อรองรับการดำเนินงาน

2.4 จัดเตรียมเอกสารในการนำส่งทางจดหมาย ได้แก่ รูปแบบการส่งต่อพร้อมรายละเอียด เพื่อให้ผู้บริจาคเลือดที่ตรวจพบเชื้อซิฟิลิสมารับการรักษาต่อที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรคด้วยตนเอง

2.5 รวบรวมสำเนารายชื่อ และผลการตรวจเลือดซิฟิลิสนำส่งเอกสารโดยตรงจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาฯฯชาวไทยไปยังศูนย์สาธิตบริการกามโรค

2.6 ออกหนังสือยืนยันผลการรักษาให้กับผู้ป่วยซิฟิลิสที่มารับการรักษาครบตามมาตรฐานเพื่อนำส่ง ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาฯฯชาวไทย กรณีต้องการบริจาคเลือดต่อ

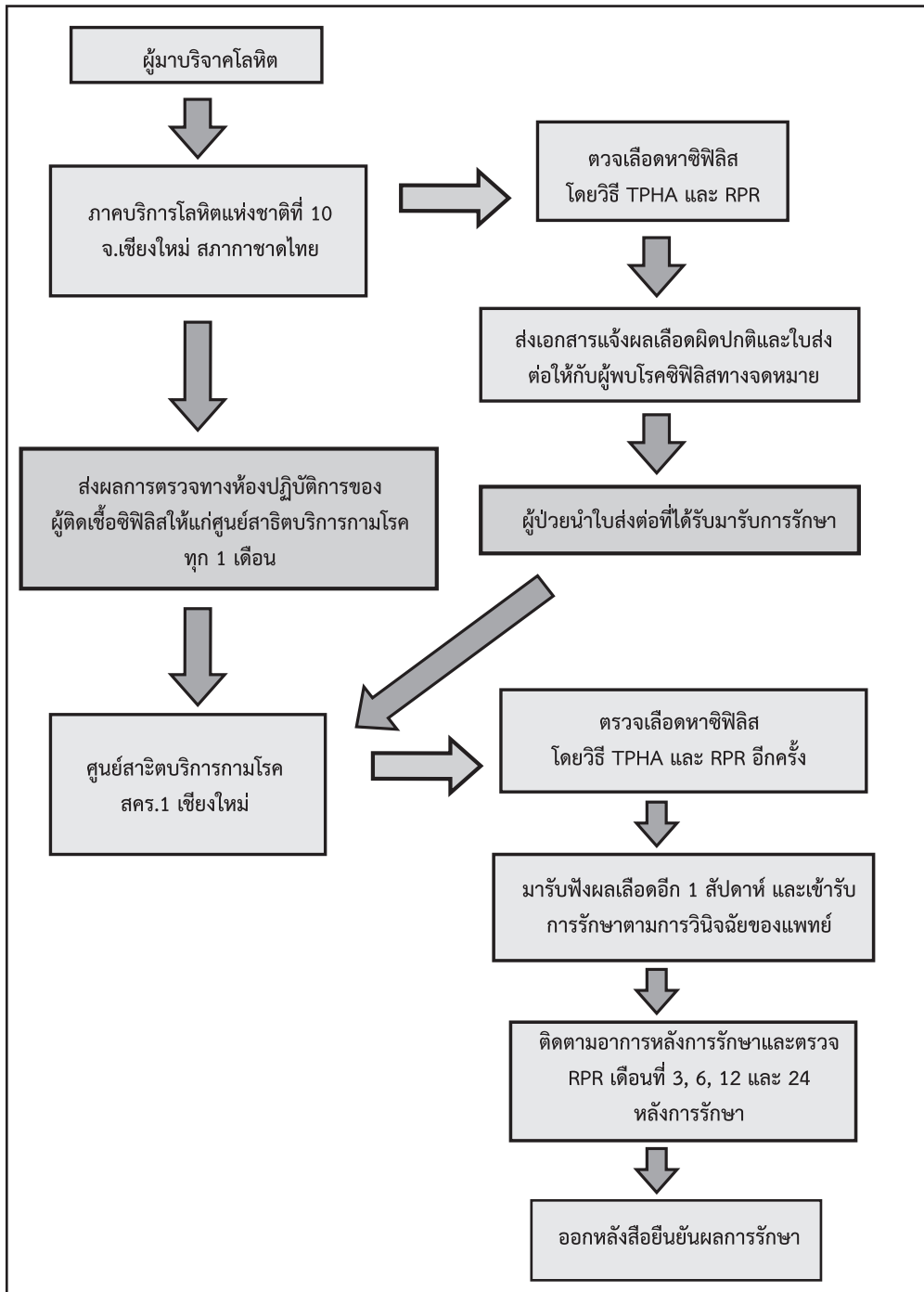
3. ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาระบบ ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบการส่งต่อ และจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิส ที่ได้รับการส่งต่อและเข้ามารับการตรวจรักษา

### รูปแบบการส่งต่อ

มีระบบแนะนำบริการโดยการสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิส โดยเจ้าหน้าที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาฯฯชาวไทย แจ้งผลการตรวจเลือดที่ผิดปกติทางจดหมาย และให้ผู้ป่วยซิฟิลิสนำเอกสารส่งต่อมารับการรักษาที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค ซึ่งทางภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาฯฯชาวไทยจะส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยซิฟิลิส ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่ให้แก่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค ทุก 1 เดือน ซึ่งรูปแบบการส่งต่อดังกล่าวเป็นไปตามขั้นตอนและใช้เครื่องมือ การส่งต่อตามที่ตกลงกันไว้ระหว่างหน่วยงาน โดยได้ข้อสรุปและนำมาเป็นแผนภูมิดังนี้



รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย มาสู่ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่



### เครื่องมือที่ใช้ในการส่งต่อ

1. ใบส่งต่อ (Referral Form) สำหรับผู้ป่วยซีฟิลิส
2. รายชื่อผู้บริจาคโลหิตที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแบบตรวจยืนยันผลโลหิตซ้ำสำหรับหน่วยส่งถึงหน่วยรับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยซีฟิลิสภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาอากาศไทย รายชื่อผู้บริจาคโลหิตที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแบบตรวจยืนยันผลโลหิตซ้ำ และข้อมูลผู้ป่วยซีฟิลิสที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน และผู้ป่วยซีฟิลิสจำนวน 10 คน เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพของการให้บริการ ได้แก่ ด้านรูปแบบการส่งต่อ ด้านเครื่องมือในการส่งต่อ ด้านสถานที่ และด้านข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรคหรือเหตุผลในการมารับบริการ พร้อมทั้งหาแนวทางในการประสานงาน การส่งต่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยซีฟิลิสในการเข้ารับการรักษา

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะผู้ป่วยที่ใช้บริการในระบบส่งต่อด้วยจำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซีฟิลิสด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

### ผลการศึกษา

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยซีฟิลิสที่ส่งต่อจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ สภาอากาศไทยที่เข้าสู่ระบบการรักษา ณ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค

เดือน	จำนวนผู้ป่วยซีฟิลิสที่ส่งต่อจาก ภาคบริการโลหิต(ราย)			ผู้ป่วยซีฟิลิสที่ เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สาธิตบริการฯ, n (%)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
กุมภาพันธ์	7	4	11	7 (100)	0 (0)	7 (63.6)
มีนาคม	17	8	25	10 (100)	0 (0)	10 (40)
เมษายน	8	2	10	8 (100)	0 (0)	8 (80)
พฤษภาคม	15	1	16	11 (73.3)	1 (100)	12 (75)
มิถุนายน	8	1	9	6 (75)	1 (100)	7 (77.8)
กรกฎาคม	11	0	11	4 (36.4)	0 (0)	4 (36.4)
<b>รวม</b>	<b>66</b>	<b>16</b>	<b>82</b>	<b>46</b>	<b>2</b>	<b>48</b>
<b>คิดเป็นร้อยละ</b>	<b>80.5</b>	<b>19.5</b>	<b>100.00</b>	<b>(69.7)</b>	<b>(12.5)</b>	<b>(58.5)</b>

จากการการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยซิฟิลิสที่ส่งต่อจากภาคบริการโลหิต ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (66 ราย) มากกว่าเพศหญิง (16 ราย) ทั้งนี้พบจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสจากการส่งต่อในเดือนมีนาคม 2558 มากที่สุด (25 ราย) รองลงมาคือเดือนพฤษภาคม 2558 (16 ราย) พบจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (46 ราย) มากกว่าเพศหญิง (2 ราย) โดยพบจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสมารับการรักษาในเดือนพฤษภาคม 2558 มาก

ที่สุด (12 ราย) รองลงมาคือ เดือนมีนาคม 2558 (10 ราย) เมื่อคิดเป็นจำนวนร้อยละของผู้ที่ส่งต่อมารักษา กับจำนวนร้อยละผู้เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค พบว่าในเดือนเมษายน มีร้อยละของผู้ป่วยซิฟิลิสที่เข้ารับการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ เดือนมิถุนายน คิดเป็นร้อยละ 77.8 และในเดือนกรกฎาคม มีร้อยละของผู้ป่วยซิฟิลิสที่เข้ารับการรักษา น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 2** แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ที่ได้รับการตรวจรักษาในศูนย์สาธิตบริการกามโรค ระหว่างการเดินทางเข้ารับบริการเอง (walk in) และจากการส่งต่อ ช่วงระหว่าง กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2558 (n=72)

เพศ	ข้อมูล	ผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ (ราย)				
		ทั้งหมด (ราย)	Walk in (ราย)	ร้อยละ	ส่งต่อ (ราย)	ร้อยละ
ชาย		67	21	31.34	46	68.66
หญิง		5	3	60.00	2	40.00

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่จำนวนทั้งหมด 72 ราย โดยพบในเพศชาย จำนวน 67 ราย และในเพศหญิง 5 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 13.4 : 1 ซึ่งพบผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ จากการส่งต่อมากกว่าการเดินทางเข้ารับบริการเอง (walk in) คิดเป็นอัตราส่วน 2 : 1 โดยพบในเพศชายที่มาจาก การส่งต่อ จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 68.66) และในเพศชายจากการเดินทางเข้ารับบริการเอง (walk in) จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 31.34) พบในเพศหญิงจากการเดินทางเข้ารับบริการเอง (walk in) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 60.00) และในเพศหญิงที่มาจาก การส่งต่อ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 40.00) ดังตารางที่ 2

### การสัมภาษณ์เชิงลึก

#### เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิส ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เห็นว่า การพัฒนาระบบส่งต่อ มีรูปแบบการทำงานที่เป็นระบบ มีความชัดเจน มีรูปแบบในการส่งต่อ มีแนวทางในการดำเนินการส่งต่อ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องดังคำกล่าว “ตอนนี้มีความชัดเจนมากขึ้น เป็นระบบระเบียบ ดีกว่าตอนแรกที่ยังไม่มี” (B 1 อายุ 34 ปี) “มีรูปแบบส่งต่อทำให้ทราบว่าใครส่งมา หาข้อมูลผลเลือดของกาชาดมาเปรียบเทียบได้ง่าย ไม่ต้องเริ่มเจาะเลือด TPHA ใหม่ เจาะแค่ RPR อย่างเดียว” (B 2 อายุ 59 ปี)

“เป็นแนวทางในการทำงานให้กับคนอื่น ๆ จะทำได้เหมือนกันชัดเจนมากขึ้น” (B 3 อายุ 42 ปี) “ต่อไปคนทำงานเดิมออก น้อยๆ ที่เข้ามาใหม่ก็สามารถทำงานต่อได้เพราะ มีระบบมีแนวทางให้แล้ว ทำให้ต่อเนื่องได้ละ” (B 4 อายุ 59 ปี)

### ผู้ป่วยซิฟิลิส

#### 1. ด้านรูปแบบการส่งต่อ

ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อรูปแบบการส่งต่อ ผู้รับบริการส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลจากจดหมายทางไปรษณีย์ แต่มีความล่าช้าในการส่งจดหมาย, วันเวลาที่สะดวกมารับบริการ มีบางส่วนได้รับทราบผลการตรวจในวันเดียว และนำไปส่งต่อมารับบริการด้วยตนเอง ดังคำกล่าว “ได้จดหมายแจ้งผลมาหลายวันแล้วแต่ไม่ค่อยว่างเลยมาวันนี้แทน” (A 2 อายุ 32 ปี) “วันนี้ไปบริจาคเลือดและรับทราบผลว่าเลือดผิดปกติเค้าเอาใบส่งต่อให้แล้วให้มารักษาต่อที่นี่เลย” (A 3 อายุ 52 ปี) “ฟังจะได้รับจดหมายแถมไปทำงานที่ต่างจังหวัด ไม่ได้อยู่ที่บ้านเลยมาตรวจซ้ำ” (A 4 อายุ 47 ปี)

#### 2. ด้านเครื่องมือในการส่งต่อ

ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อเครื่องมือในการส่งต่อผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับจดหมายล่าช้า แต่ทุกคนเข้าใจ ว่าต้องมารับการตรวจต่อเพิ่มเติมที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค แต่จดหมายยังขาดรายละเอียดที่ผู้ป่วยไม่สามารถซักถามได้ดังคำกล่าว “บางครั้งไปต่างจังหวัด ส่งเอกสารทางจดหมาย มันได้รับช้าไปหน่อย” (A 4 อายุ 47 ปี) “ในจดหมายบอกว่าเลือดผิดปกติต้องมาตรวจซ้ำที่นี่” (A 6 อายุ 40 ปี) “ส่งเอกสารทางจดหมายมันไม่มีรายละเอียด แต่ก็ดีกว่าไม่บอกแล้วก็ไม่รู้ว่าคุณเองมีอะไร ผิดปกติหรือเปล่า” (A 5 อายุ 31 ปี)

#### 3. ด้านสถานที่

ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อสถานที่ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้จักสถานที่ส่งต่อ และ

ไม่ทราบข้อมูลอื่นๆ เช่น เบอร์โทรศัพท์ วัน เวลา เปิด - ปิดบริการ และรู้จักสถานที่โดยวิธีการหาในอินเทอร์เน็ต ดังคำกล่าว “ในจดหมายไม่ได้บอกว่าอยู่ตรงไหน เลยใช้วิธีหาในอินเทอร์เน็ตเอา” (A 2 อายุ 32 ปี) “ที่จริงก็อยู่ใกล้แต่ไม่รู้ว่าเป็นที่นี่” (A 8 อายุ 47 ปี) “ไม่รู้ว่าเป็นเบอร์โทรอะไรเพราะว่าจะโทรถามรายละเอียดวันเวลาที่เปิดบริการ” (A 6 อายุ 31 ปี)

#### 4. ด้านข้อมูลรายละเอียดที่ได้รับ

ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อข้อมูลที่ได้รับ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่มีความเข้าใจเรื่องโรค และเห็นว่าควรเพิ่มเติมข้อมูล เช่น เบอร์โทร ของสถานที่ส่งต่อเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ดังคำกล่าว “ในจดหมายไม่ได้บอกรายละเอียดบอกแค่ว่าเลือดผิดปกติ กังวลมากนึกว่าจะเป็นอย่างอะไรมาก” (A 5 อายุ 31 ปี) “น่าจะให้มีเบอร์โทรสถานที่เพิ่มเติมเพราะว่าจะโทรสอบถาม รายละเอียดเพิ่มเติม” (A 7 อายุ 41 ปี) และยังมีความคิดเห็นว่า การบริจาคเลือดทำให้ทราบว่าตนเองเป็นโรคซิฟิลิสและต้องมารับรักษาต่อที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรคต่อ ดังคำกล่าว “ดีว่าไปบริจาคเลือดไม่ทันคงไม่รู้ว่าเป็นซิฟิลิส แล้วต้องมารับรักษาที่นี่” (A 1 อายุ 42 ปี) “มาบริจาคเลือดทุกปี ปีนี้เพิ่งตรวจเจอซิฟิลิส ส่งจดหมายมาที่บ้านว่าให้มาตรวจซ้ำที่นี่” (A 10 อายุ 45 ปี)

### สรุปและอภิปรายผล

ศูนย์สาธิตบริการกามโรค และภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย ได้มีการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสให้เข้าสู่ระบบการรักษาในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อการเชื่อมโยงและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวมถึง เพื่อให้ผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีระบบ จากการศึกษาพบว่าจากการ

พัฒนาทำให้ศูนย์สาธิตบริการกามโรคและ ภาคบริการ โลกิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภาอากาศไทย ในปัจจุบันมีระบบการประสานงานที่ชัดเจน มีการส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นการยืนยันผลการตรวจ มีรูปแบบ ในการส่งต่อทำให้ลด ขั้นตอนบริการในผู้ป่วยที่มีใบส่งต่อ เจ้าหน้าที่ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่และมีการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยซิฟิลิสได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน สอดคล้องกับแนวทางบริการปรึกษาและตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีที่มีบริการส่งต่อเพื่อให้ผู้รับ บริการไปรับบริการสุขภาพ ยังหน่วยงานตามความ เหมาะสมและจำเป็นสำหรับผู้รับบริการ<sup>(5)</sup> การ พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสทำให้เกิดระบบการ ประสานงานที่มีรูปแบบชัดเจนช่วยให้ เกิด ประสิทธิภาพในการดำเนินงานและ ผู้ป่วยซิฟิลิสราย ใหม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา ที่ต่อเนื่อง ซึ่งการส่งต่อ อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรคำนึงถึง เช่น การแนะนำข้อมูลของเจ้าหน้าที่ คุณภาพการบริการมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจใน ของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการพึงพอใจในการให้ บริการและ ตรงกับข้อมูลที่ได้รับมาก็จะช่วยเพิ่ม ความมั่นใจและไว้วางใจในการมารับบริการอย่างต่อ เนื่อง ทำให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การ พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อ คุณภาพของระบบส่งต่อ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานทั้ง หน่วยงานส่งและหน่วยรับต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยว กับเรื่องโรคซิฟิลิส สามารถใช้เครื่องมือการส่งต่อได้ ถูกต้องตามวัตถุประสงค์<sup>(6)</sup>

นอกจากผู้ป่วยซิฟิลิสจะได้รับการคัดกรอง โรคซิฟิลิสผ่านการบริจาคโลหิต ได้รับการแจ้งผล เลือดที่ผิดปกติของตนเอง พร้อมกับได้รับการส่งต่อ เพื่อเข้าสู่กระบวนการการรักษา จากการพัฒนา

ระบบส่งต่ออย่างส่งผลให้สามารถค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิส รายใหม่จากระบบส่งต่อมากขึ้น โดยจะเห็นได้ว่ามี ผู้ป่วยซิฟิลิสเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อมากกว่า ผู้ป่วยซิฟิลิสที่เดินเข้ามาบริการรักษาเองโดยไม่ผ่าน ระบบส่งต่อ ทั้งนี้หากสามารถค้นหาผู้ป่วยซิฟิลิสได้ มากขึ้นจะส่งผลให้นอกจากที่ผู้ป่วย ได้รับทราบเรื่อง โรคของตนเองและได้เข้าสู่ระบบการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจรักษาตามมา จึงถือว่าเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการค้นหาผู้ป่วย ซิฟิลิส โดยอาศัยความร่วมมือประสานงานกับหน่วย งานที่เกี่ยวข้องส่งต่อผู้ติดเชื้อให้เข้ารับการรักษาต่อ อย่างมีระบบ ซึ่งการค้นหา ผู้ป่วยซิฟิลิสนั้น จำเป็น ต้องอาศัยการทำงานเชิงบูรณาการถึงการประสานงาน กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การค้นหาผู้ป่วย ซิฟิลิสมีความครอบคลุม ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

จากการพัฒนาระบบส่งต่อพบผู้ป่วยซิฟิลิส ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมารับการรักษาโรคซิฟิลิส มากกว่าเพศหญิง สำหรับเพศหญิงส่วนใหญ่ที่พบ การติดเชื้อซิฟิลิสจากการส่งต่อได้เข้ารับการรักษา น้อยกว่าผู้ป่วยซิฟิลิสที่เดินเข้ามาบริการด้วยตนเอง (walk in) ถึงแม้จะพบผู้ป่วยซิฟิลิสจากระบบ ส่งต่อมากกว่าการเดินเข้ามาบริการด้วยตนเอง (walk in) ก็ตาม เนื่องจากผู้หญิงที่ติดเชื้อซิฟิลิสส่วน ใหญ่ไม่กล้าเข้ารับการรักษาเพราะรู้สึกอับอาย กลัวคนรู้ กลัวเกิดปัญหาครอบครัว ผู้หญิงถูกจำกัด ใ้รับรู้เรื่องเพศว่า เป็นสิ่งที่ควรปกปิด เป็นความลับ ไม่สามารถบอกใครได้ ทำให้ไม่กล้าเข้าถึงบริการ หลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับการรักษา ผู้ติดเชื้อจึงมักจะซื้อ ยากินเอง<sup>(7)</sup>

เนื่องจากมีการแจ้งผลทางจดหมาย ผู้รับ บริการรับทราบข้อมูลจากจดหมายทางไปรษณีย์ จึงพบปัญหาเรื่องความล่าช้าในการส่งจดหมาย สอดคล้องกับปัญหาที่พบในการส่งข้อมูลทาง

จดหมายที่มักพบว่า การส่งจดหมายตามปกติ มีโอกาสที่จดหมายไม่ถึงผู้รับได้จากหลายสาเหตุ<sup>(8)</sup> ไม่รู้จักสถานที่ที่ส่งต่อ และไม่ทราบข้อมูลอื่นๆ เช่น เบอร์โทรศัพท์ วัน เวลา เปิด - ปิดบริการ จึงต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ต ผู้รับบริการบางส่วน ไม่มีความเข้าใจเรื่องโรค เนื่องจากจดหมายยังขาดรายละเอียด บางส่วนอาจส่งผลให้ผู้รับบริการ ไม่สามารถซักถามข้อมูลได้ ทำให้ไม่มีความเข้าใจในเรื่องโรคซิฟิลิสเท่าที่ควร จึงควรพัฒนาระบบส่งต่อ และหาช่องทาง ในการสื่อสารกับผู้ป่วยให้ได้รับ ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และจากการศึกษาพบว่า ยังมีผู้ป่วยซิฟิลิส ที่ได้รับการส่งต่อจำนวนหนึ่งไม่ได้ มารับการรักษา เนื่องจากจากผู้ป่วยซิฟิลิสไม่ได้รับ จดหมายแจ้งผลเลือด มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ไม่ทราบ สถานที่ที่ให้บริการ ผู้รับบริการประสงค์ไปรับ การตรวจรักษา ยัง โรงพยาบาลตามสิทธิของตนเอง รวมถึงการไม่เข้าใจเรื่องโรค ไม่ทราบข้อมูลเรื่องโรค ซิฟิลิสจึงขาดความตระหนักในการรักษาโรคซิฟิลิส การไม่ได้รับการรักษาโรคอย่างถูกวิธี จะส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้<sup>(9)</sup> ดังนั้นควรมีการ หาแนวทางในการติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ ให้เข้าสู่ ระบบการรักษาต่อไป หากผู้ป่วยซิฟิลิสที่ส่งต่อได้รับ ข้อมูลโรคซิฟิลิสที่เหมาะสมและเข้ามารับการตรวจ รักษาโรคซิฟิลิสจะสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อ สู่บุคคลอื่นต่อไป และจะช่วยให้ผู้ป่วยซิฟิลิสเข้าสู่ ระบบการรักษาได้รวดเร็วและช่วยควบคุมการ ระบาดของโรคซิฟิลิสในอนาคตได้

### ข้อเสนอแนะ

1. การให้ข้อมูลกับผู้รับบริการโดยวิธีการส่ง จดหมายจำเป็นต้องเพิ่มเติมข้อมูลรายละเอียด เช่น แผนที่ตั้ง เบอร์โทรศัพท์ ให้ครบถ้วนเพิ่มมากขึ้น
2. การส่งต่อช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่ยังมีบางส่วนไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา ควรหา แนวทางในการติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาให้ มากขึ้น
3. เนื่องจากใช้วิธีการสื่อสารแจ้งผลกับผู้ป่วยทางจดหมาย อาจทำให้ข้อมูลที่ต้องการ สื่อสาร กับผู้ป่วยมีข้อจำกัด ไม่ครบถ้วนและ ไม่สามารถตอบข้อคำถามของผู้ป่วยได้ชัดเจน อาจ ต้องหา ช่องทางการสื่อสารโดยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น
4. ระบบส่งต่อนี้ควรขยายผลไปยังหน่วยงาน ที่รับบริจาคโลหิตทั่วประเทศ รวมถึงหน่วยงานที่ให้ บริการตรวจเลือดหาซิฟิลิสเชิงรุก

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ทำการศึกษาขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ สภากาชาดไทย และเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธิตบริการ กามโรค ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในดำเนินงาน พัฒนา ระบบส่งต่อผู้บริจาคโลหิตที่ตรวจพบเชื้อ ซิฟิลิส ให้เข้าสู่ระบบการรักษาในศูนย์สาธิตบริการ กามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

## เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการภาคประชาชนและสังคม. Syphilis ซิฟิลิส. [สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2557]; แหล่งข้อมูล: URL:[http://www.rtcog.or.th/html/photo/articlesfile\\_098713.pdf](http://www.rtcog.or.th/html/photo/articlesfile_098713.pdf)
2. Sangtawesin V, Lertsutthiwong W, Kanjanapattanakul W, Khorana M, Horpaopan S. Outcome of Maternal Syphilis at Rajavithi Hospital on Offsprings. J Med Assoc Thai 2005; 88 (11):1519-25.
3. สำนักระบาดวิทยา. สรุปสถานการณ์รายปี. [สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: URL : <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=37>
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วันเอดส์โรค 1 ธันวาคม 2556. [สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2557]; แหล่งข้อมูล: URL : [http://condom.aidsthai.org/newes/new\\_20.pdf](http://condom.aidsthai.org/newes/new_20.pdf)
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. แนวทางบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี. HIV Counseling and Testing Guideline สำหรับสถานบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2557.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC). แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อรับบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2557.
7. วารุณี พองแก้ว, ปรียกมล รัชกุล และวิลาวุฒิย์ เตือนราษฎร์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์. ในศิริพร จีรวัดน์กุล (บก). บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 15 การพยาบาลสุขภาพสตรี (พิมพ์ครั้งที่ 1).นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์; 2558.
8. บุรินทร์ รุจจนพันธุ์. ส่งจดหมายหรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์. [สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://www.gotoknow.org/posts/318207>
9. อนุวัตร รุ่งนิตธิพงษ์, อัมพัน เอลิมโชคเจริญกิจ, ประสงค์ ตันมหาสมุทร และมานพชัย ธรรมคัมโช. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อย. ในวีรศักดิ์ วงศ์สิทธิ์พร, มณี รัตนไชยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจจาภิบาล และไอริน เรืองขจร (บก). นรีเวชวิทยา เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.

# การตรวจหาเซลล์ปากมดลูกและเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติ โดยวิธีแปปเทสต์ ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ที่มารับบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก)

บุศรา บำรุงศักดิ์, นฤมล เย็นยาชนัน, วณิดา รอดรุ่งนก,  
เอกชัย แดงสอาด, รัชณี รอดรุ่งนก

## Abstract

### Determined of cervical and anal cytological abnormalities by Pap test in high risk sexual behavior population group among attending at STD clinic (Bangrak hospital)

Busara Bamrungsak, Naruemon Yenyason, Wanida Rodrunnok,  
Ekkachai Dangsaard, Ratchanee Rodrunnok

Bangrak Sexually Transmitted Infections cluster (Bangrak hospital), Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of disease control, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand

**Objective:** To determine the percentage of cervical and anal cytological abnormalities by Pap test in high-risk sexual behavior populations among attending at sexually transmitted disease (STD) clinic (Bangrak hospital), Thailand.

**Method:** Cross-sectional descriptive study was performed on 366 participants from the STD clinic (Bangrak Hospital), Thailand during January–September, 2016. They were divided into 2 groups; female sex worker (FSW; n=134) and men who have sex with men (MSM; n=232). Cytological abnormalities of cervical and anal swab from all participants were determined using Papanicolaou (Pap) test.

**Results:** Median age was 29 years (range 16-67). The prevalence of cervical cytological abnormalities was found in 12 % of FSW participants and we found abnormal anal cytology in MSM was 17.7% no statistically significant difference between these group ( $p=0.068$ ).

**Conclusions:** This study reported highest prevalence of cytological abnormality in MSM, who was identified as high - risk sexual behavior population for sexual transmitted infections (STIs). All abnormal cytology cases; high - grade squamous intraepithelial cells (HSIL) would encourage retesting, follow-up and/or treatment. The outcome of prevalence data of abnormal cytology finding might be useful for evaluate the program prevention and control pre-cancerous lesions in Thailand.

**Keywords :** Cytology, Papanicolaou (Pap) test, Cervical, Anal, Female sex worker, Men who have sex with men



## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาร้อยละของการตรวจหาเซลล์ปากมดลูกและทวารหนักที่ผิดปกติโดยวิธีแปปเทสต์ ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มารับบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก), ประเทศไทย

**วิธีการศึกษา:** การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง ในอาสาสมัคร จำนวน 366 ราย จากคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก), ประเทศไทย ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2559 อาสาสมัครทั้งหมดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ พนักงานบริการหญิงจำนวน 132 ราย และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 232 ราย โดยเก็บตัวอย่างจากอาสาสมัครทั้งหมดนำไปตรวจด้วยวิธีแปปเทสต์ เพื่อส่งตรวจหาความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของเซลล์ปากมดลูกและเซลล์ทวารหนัก

**ผลการศึกษา:** ค่ามัธยฐาน อายุ 29 ปี (ช่วงอายุ 16 - 67 ปี) ความชุกของเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติในกลุ่มพนักงานบริการหญิงพบ 12 % และพบเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 17.7 % ซึ่งไม่พบความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.068$ ) ระหว่างสองกลุ่มประชากรนี้

**สรุปผลการศึกษา:** การศึกษานี้รายงานความชุกของความผิดปกติทางเซลล์วิทยาสูงที่สุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาสาสมัครทุกรายที่ให้ผลผิดปกติทางเซลล์วิทยา ระดับความผิดปกติของเซลล์ที่รุนแรง ควรไปตรวจซ้ำ, ติดตามผลการรักษา และ/หรือ รับการรักษาผลข้อมูลความชุกของความผิดปกติทางเซลล์วิทยาที่พบอาจมีประโยชน์ ในการประเมินโปรแกรมป้องกันและควบคุมระยะก่อนมะเร็งในประเทศไทย

**คำสำคัญ** เซลล์วิทยา, แปปเทสต์, ปากมดลูก, ทวารหนัก, พนักงานบริการหญิง, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

Cervical cancer is the fourth most commonly found in women worldwide, especially in the developing countries<sup>(1)</sup>. In 2008, the globally mortality of cervical cancer was approximately 275,000 cases. The incidence case of human papillomavirus (HPV) infection in female was approximately 530,000 cases while, in 2012, approximately 572,624 cases were reported as incident cases of cervical cancer in worldwide<sup>(2)</sup>.

The incident rate of cervical cancer in Thailand was 19.8 per 100,000 women with approximately 6,300 cases per annum<sup>(3)</sup>. The age-standardized incidence rates (ASR) during year 2010 - 2012 ranged from 10.2 to 24.6 per 100,000 women in different provinces of Thailand<sup>(4)</sup>.

HPV prevalence in general women in Thailand has been reported ranging from approximately 9 % - 83 %, depending on

the study location or sample population assessed<sup>(5)</sup>. One consistency reported in Thai patients has been that the on cogenic HPV genotypes 16 and 18 have been detected more frequently in high-risk groups<sup>(6)</sup>.

HPV prevalence data in HIV- negative heterosexual men in developing countries are emerging and vary considerably depending on geography and anatomical site sampled<sup>(7)</sup>. Still, the HPV prevalence data for HIV- negative MSM and MSM sex workers seem to be substantially higher than those for heterosexual men<sup>(8)</sup>.

Most anal cancers are squamous cell carcinomas (SCC) causally related to high-risk types of HPV, which is most prevalent in populations which, practice receptive anal intercourse, such as men who have sex with men (MSM)<sup>(9)</sup>. The incident rate of anal SCC among MSM in United States of America

(USA) was approximately 35 per 100,000 persons each year, which was higher than those of cervical cancer in women (24 per 100,000 person)<sup>(10)</sup>. The previous study, Nittaya P, et al. (2013), they have reported a high prevalence of anal HPV infection among Thai MSM people 85 % among HIV positive higher than HIV negative MSM 58.5 %<sup>(11)</sup>.

Although the incidence of cervical cancer has been decreasing globally over recent decades, the incidence of anal carcinoma, for which effective screening programs and data are lacking, seems to have been rising over the last 2 decades. The risks of HPV infection depend on sexual behaviors including the number of partners and age of first sexual activity. Compared with female sex workers and men who have sex with men (MSM) groups are at higher risk for HPV infection. As such, MSM have a high risk for developing HPV-associated anal intraepithelial neoplasia (AIN) or anal squamous cell cancer<sup>(12)</sup>.

HPV infection is considered as sexually transmitted diseases. Risks of HPV infection depend on sexual behaviors, including age at first sexual activity, numbers of sex partner and lifetime history of sex partner<sup>(13)</sup>. Multiple sex partners and unprotected sexual activities were also reported as risk factors of HPV infection in both female sex workers and MSM group<sup>(14, 15)</sup>. Asymptomatic HPV infection may persist for many years, and induces cell abnormalities as well as development of cervical and anal cancers in women and

MSM, respectively<sup>(16)</sup>. More than 50 percents of sexually active adults in USA were reported to be infected with one or more HPV genotypes<sup>(17)</sup>.

Papanicolaou (Pap) test is a gold standard method for detecting cell abnormalities which may develop to either cervical cancer in worldwide<sup>(18)</sup>. The sensitivity and specificity of Pap test are 61.3 % and 82.4 %, respectively<sup>(19)</sup>. The 2014 Bethesda system (TBS) is a system used for reporting cervical and anal cytological diagnoses with Pap test results<sup>(20)</sup>.

The aim of this study was determined the percentage of abnormal cytology identified by Pap test in female sex worker (FSW) group and MSM group as identified high-risk sexual behavior populations.

## Materials and Methods

### Study participants :

This cross-sectional descriptive study was designed and implemented on 366 participants from the STD clinic (Bangrak Hospital), Thailand during January – September, 2016. Two participant groups were recruited based on the risk of sexual behavior, the FSW group (n=134) and MSM, group (n=232), respectively. The inclusion criteria of this study as follow as; all participants have had aged more than 18 years, engaged in sexual activities and were not diagnosed as either cervical or anal cancer patients. While, the exclusion criteria were as follows women who have a menstrual phase, pregnant

women, individuals who had sexual activities two nights before enrollment and individuals who had insert suppository before enrollment, respectively.

The nursing staff interviewed participants and recorded data about number of sex partner within 3 months, frequency of condom used, and screening history of cervical and anal cytological result by using Pap test before enrolled including physical history in case of genital wart from pelvic examination was identified. After that the cervical and anal swabs were collected from all participants were determined using Papanicolaou (Pap) test. The smears were made and read by expert cytologists of the National Cancer Institute, Bangkok. Cell abnormalities were graded using the 2014 Bethesda system.

### Statistical analysis

Difference between percentage of abnormal cytology identified by Pap test in high-risk sexual behavior populations, as well as between FSW and MSM were accessed using a Pearson's Chi-square test. A two-tailed analysis ( $P$ -value  $\leq 0.05$ ) was considered as statistically significant. Statistical analysis was performed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0 (SPSS Inc., Illinois, USA)<sup>(21)</sup>.

### Results

The age range of all participants was 16 - 67 years with a median of 29 years. We

found the mostly proportion of the samples collected derived from age 21 - 40 year age group. They have had between 2 - 185 sex partners. Most of them always condom used 148 (40.4 %) when their sexual intercourse, 160 (43.7 %) sometimes condom used and we found all of participants were 27 (7.4 %) without a condom. The MSM had sex without a condom as 24 (10.3 %) more than 3 (2.2 %) of FSW group. The missing data was 31 (8.5 %).

Among 366 participants, 86 (23.5 %) presented genital wart (Table 1). The percentage of participant who had never been screened with Pap test before enrollment was 356 (97.3 %). The 10 (2.7 %) of FSW had history of Pap test results within 5 years before 2016 (Table 1). They were mostly negative for intraepithelial neoplasia, while some case as inflammation but, all those cases were found 1 case of atypical squamous cells of undermined significance (ASCUS), 2 cases of low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) and cervical intraepithelial neoplasia grade 1, 4 cases of inflammation and 3 cases of negative intraepithelial neoplasia with Pap test when they were enrolled to our study.

Of 366 participants, 57 (15.6 %) showed cytological abnormalities, which comprised ASCUS 38 (10.4 %); LSIL and HPV change 2 (0.6 %); LSIL; CIN1/AIN I 15 (4.1 %) and high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL); CIN2/CIN3 1(0.3 %, 0.3 %). FSW group was showed abnormal cervical cytology

as 12 % and anal abnormalities cytology was found 17.7 % in MSM as shown in (Table 2).

The cytological abnormalities between FSW and MSM high-risk sexual behavior groups were no statistically significant ( $P = 0.068$ ). Age of participant, number of sex partner within 3 months, condom used, had no significant ( $P = 0.078$ ) correlation to occurrence of abnormal Pap test.

Some cervical and anal swabs, which gave negative Pap test, were found to be infected with other organisms (*Candida* spp., Herpes simplex virus). In addition, inflammation cytological results were found in both female sex worker and MSM populations.

**Table 1** Demographics of study participants

Demographic Characteristics	Female sex worker (n=134)	MSM <sup>1</sup> (n=232)	Total (n=366)
<b>Median age (years)</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
16 - 20	11 (8.2 %)	16 (6.9 %)	27 (7.4 %)
21 - 30	58 (43.3 %)	121 (52.2 %)	179 (48.9 %)
31 - 40	52 (38.8 %)	64 (27.6 %)	116 (31.7 %)
41 - 50	10 (7.5 %)	26 (11.2 %)	36 (9.8 %)
51 - 60	3 (2.2 %)	4 (1.7 %)	7 (1.9 %)
61 - 70	0	1 (0.4 %)	1 (0.3 %)
<b>Number of sex partner within 3 months</b>			
1 - 25	29 (21.6 %)	24 (10.3 %)	53 (14.5 %)
25 - 50	79 (59 %)	201 (86.6 %)	280 (76.5 %)
>50	8 (6 %)	4 (1.7 %)	12 (3.3 %)
N/A	18 (13.4 %)	3 (1.3 %)	21 (5.7 %)
<b>Genital wart</b>			
Vagina	3 (2.2 %)	N/A <sup>2</sup>	3 (2.2 %)
Anus	N/A <sup>2</sup>	83 (35.8 %)	83 (35.8 %)
<b>Total</b>	<b>3 (2.2 %)</b>	<b>83 (35.8 %)</b>	<b>86 (23.5 %)</b>

Demographic Characteristics	Female sex worker (n=134)	MSM <sup>1</sup> (n=232)	Total (n=366)
<b>History of Pap test before 2016</b>			
Never had Pap test	124 (92.5 %)	232 (100 %)	356 (97.3 %)
More than 1 year to 5 years	10 (7.5 %)	0	10 (2.7 %)
<b>Condom used</b>			
Always	49 (36.6 %)	99 (42.7 %)	148 (40.4 %)
Sometimes	82 (61.2 %)	78 (33.6 %)	160 (43.7 %)
Never	3 (2.2 %)	24 (10.3 %)	27 (7.4 %)
N/A	0	31 (13.4 %)	31 (8.5 %)

<sup>1</sup> Men who have sex with men<sup>2</sup> Not applicable

**Table 2** Cytological results of study participants using Pap test method.

Cytology of results	Female sex worker (n=134)	MSM <sup>1</sup> (n=232)	Total (n=336)	P-value
Negative with	Negative for Intraepithelial neoplasia	37 (27.6 %)	177 (76.3 %)	214 (58.5 %)
	Inflammation	68 (50.7 %)	13 (5.6 %)	81 (22.1%)
	<i>Candida spp.</i>	12 (9 %)	0	12 (3.3 %)
	Herpes simplex virus	1 (0.75 %)	1 (0.43 %)	2 (0.6 %)
	Total	118 (88.1 %)	191 (82.3 %)	309 (84.4 %)

Cytology of results	Female sex worker (n=134)	MSM <sup>1</sup> (n=232)	Total (n=336)	P-value
ASCUS <sup>2</sup>	9 (6.7 %)	29 (12.5 %)	38 (10.4 %)	
Positive	LSIL3 and HPV Change CIN <sup>5</sup> 1/ AIN <sup>6</sup> 1 (LSIL) CIN 2/ AIN2 (HSIL <sup>4</sup> ) CIN 3/ AIN 3 (HSIL)	1 (0.75 %)	1 (0.43 %)	2 (0.6 %)
		4 (3 %)	11 (4.74 %)	15 (4.1 %)
		1 (0.75 %)	0	1 (0.3 %)
		1 (0.75 %)	0	1 (0.3 %)
Total	16 (12 %)	41 (17.7%)	57 (15.6 %)	

<sup>1</sup> Men who have sex with men

<sup>2</sup> Atypical squamous cells of undetermined significance

<sup>3</sup> Low-grade squamous intraepithelial lesion

<sup>4</sup> High-grade squamous intraepithelial lesion

<sup>5</sup> Cervical intraepithelial neoplasia

<sup>6</sup> Anal intraepithelial neoplasia

## Discussion

This study reported percentage of cervical and anal cell abnormalities in two groups of Thai population; FSW 16 (12 %) and MSM 41 (17.7 %) by using cytological technique (Pap test). However, the result in this study was not significantly different between these two groups by using chi-square test ( $p=0.068$ ). The highest percentage of abnormal cell cytology was found in MSM similar to the study of Guillem S et al. (2006), which reported 43% of anal cytological abnormalities in MSM<sup>(22)</sup>. The previous study

of Pornsawan L et al. (2015), reported the abnormalities cytology 12 (24 %) of general MSM group, 14 (28 %) of MSM sex worker group, 5 (5 %) of general women group and 10 (10 %) of FSW group, respectively<sup>(23)</sup>. These results of FSW and MSM group were nearly percentage to our study. Moreover, Paya S et al. (2015) they found the prevalence of abnormal cervical and anal Pap test of HIV- infected women were 19.4 % and 2.3 %, respectively among Thai women<sup>(24)</sup>. However, we don't have control group as healthy

general women for comparison between FSW group and we lose data about HIV status of participants as the limitation of this study.

Although, we don't found HSIL in MSM group but another recent study they evaluate HIV negative MSM and determined a HSIL prevalence of 21.5 % and was able to provide an estimated anal cancer rate of 5 per 100,000<sup>(25)</sup>. Anal cancer screening is not widely implemented, even among the highest risk groups. This is likely because of several issues including limitations in research, clinical expertise, and practice guidelines. Also, MSM might have low education about risk of HPV infection, for example unprotected sexual intercourse, high numbers of sex partner, and lack of awareness for Pap test screening<sup>(26)</sup>.

The outcomes of cervical cell abnormalities identified with cytological technique revealed higher prevalence of abnormal cervical cells in FSW were concordant with Mak RV et al. (2004), which reported higher prevalence of LSIL and HSIL (15.6 % and 2.9 %, respectively) in FSW<sup>(27)</sup>. In addition, Ghosh I et al. (2012) reported high prevalence of cervical abnormal cytology (54.3 %) in FSW<sup>(15)</sup>.

Ten FSW participants, who had previously examined with Pap test more than 1-5 years before enrollment. The mostly found negative for intraepithelial neoplasia and someone as inflammation result, while they visited to our studies the Pap test results showed abnormal cervical cell such as; ASCUS,

CIN 1, CIN 2. Furthermore, the investigation of Tewari Lt et al. (2010), which reported that 70% of ASCUS lesions might regress to be undetectable within 1 - 6 years<sup>(28)</sup>.

Moreover, this study was found the inflammation results among the FSW group was 68 (50.7 %) higher than MSM group 13 (5.6 %). According to, the previous data of Pornsawan L et al. (2015), they were reported of low and high risk HPV genotype in patients with abnormal cytology results. High-risk genotypes 16 and 18 were found in cases having inflammation. Also, the follow up of screening Pap test every year and the detection of HPV testing was important for all of participants.

The FSW and MSM groups had more numbers of sexually transmitted infections. They might be due to the lack of safe sex practices with their sexual partner, which lead to have more opportunity to get sexual transmitted infections.

Pap test is used widely for screening cervical and anal cell abnormalities, which change into cervical cancers. The abnormal cells may be missed under the microscope because the test low sensitivity and difficult to interpret the results due to result interpretation have to rely on expertise of cytologist, which were the disadvantage of Pap test, but the cost of Pap test is cheaper than HPV DNA technique. Although, HPV DNA testing has sensitivity higher than Pap test, but it requires expensive equipment

and laborious and essential research tool. Limited Pap test coverage in Thailand is potentially a very important public health issue that, although improving recently, may be overlooked to some degree in the health care system.

Still, it is possible that FSW may attend clinics for education and screening as part of their employment requirements, reducing their risks to HPV infection and infection with other microorganisms, but these data are not consistent. The limited HPV screening practices currently used in Thailand may result in under diagnosis of HPV in all women with an abnormal smear result who may be best suited for further testing. It has been proposed that FSW be screened when they enter prostitution regardless of their age<sup>(29, 30)</sup>

Even though cervical cancer screening is promoted, the cancer burden is still a major problem in Thailand and other developing countries because the population loss of follow-up Pap tests every 6 months<sup>(31)</sup>.

Annually screening of cervical and anal cancers by Pap test is an advantage to the population. They might be early detected and therefore found an opportunity to ravage cancer in order to receive appropriate treatment. In this study showed that MSM group had the highest prevalence of cytological abnormality therefore a policy or campaign to educate Thai MSM for anal cancer screening would be conducted.

### Acknowledgements

We gratefully thank all study participants from Sexually Transmitted Infections Cluster (Bangrak hospital) Bangkok, Thailand. We are thankful for Dr. Rossaporn Kittiyaowamarn Head of Sexually Transmitted Infections Cluster (Bangrak hospital), Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. All of Staffs at female clinic and male health clinic are collecting the specimen throughout the study.

---

### References

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Robelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136: 359 - 86.
2. Arbyn M, Castellsague X, de Sanjoss S, Bruni L, Saraiya M, Bray F, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Ann Oncol* 2011;22:2675 - 86
3. Globocan 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. [cited 1 June 2017]; Available from: [http:// www-dep.iarc.fr/](http://www-dep.iarc.fr/).
4. Kruhaprema T, Atasara P, Srivatanakul P, Sriplung H, Wangnon S, Sumitsawan Y, et al. Cancer in Thailand 2001-2003. Bangkok; National Cancer Institute 2010.
5. Sriamporn S, Kruhaprema T, Parkin M. Cervical cancer screening in Thailand: An overview. *J Med Screen* 2006; 13(suppl 1):39 - 43.



6. Chinchai T, Chansaenroj J, Swangvaree S. Prevalence of human papillomavirus genotypes in cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2012; 22:1063 - 68.
7. Smith JS, Gilbert PA, Melendy A. Age-specific prevalence of human papillomavirus infection in males: A global review. *J Adolesc Health* 2011; 48:540 - 52.
8. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD. Age-Specific prevalence of anal human papillomavirus infection in HIV-negative sexually active men who have sex with men: The EXPLORE study. *J Infect Dis* 2004; 190:2070 - 76.
9. D'Souza G, Wiley DJ, Li X, Chmiel JS, Margolic JB, Cranston RD, et al. Incidence and epidemiology of anal cancer in the multicenter AIDS cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;48(4):491 - 99.
10. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, Browne L, Buchbinder S, Colfax G, et al. Age-related prevalence of anal cancer precursors in homosexual men: the explore study. *J Natl Cancer Inst* 2005;97 (12): 896 - 905.
11. Nittaya P, Nipat T, Tippawan P, Stephen JK, Jiranuwat B, Amornrat D, et al. Anal human papillomavirus infection among Thai men who have sex with men with and without HIV infection: prevalence, incidence and persistence.
12. Sarkar K, Bhattacharya S, Bhattacharyya S. Oncogenic human papilloma virus and cervical pre-cancerous lesions in brothel-based sex workers in India. *J Infect Public Health* 2008; 1:121 - 28.
13. Adam E, Berkova Z, Daxnerova Z, Icenogle J, Reeves WC, Kaufman RH. Pillomavirus detection: demographic and behavioral characteristic influencing the identification of cervical disease. *Am J ObstetGynecol* 2000; 182(2): 257 - 64.
14. Sarkar K, Bhattacharya S, Bhattacharyya S, Chatterjee S, Mallick AH, Chakraborti S, et al. Oncogenic human papillomavirus and cervical pre-cancerous lesions in brothel-based sex workers in India. *J Infect Public Health* 2008;1:121 - 8.
15. Ghosh I, Ghosh P, Bharti AC, Mandal R, Biswas J, Basu P. Prevalence of human papillomavirus and co-existent sexually transmitted infections among female sex worker, men having sex with men and injectable drug abusers from eastern India. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13:799 - 802.
16. Darragh TM, Winkler B. Anal cancer and cervical cancer screening: key differences. *Cancer Cytopathol* 2011; 119:5 - 19.
17. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102(5): 3 - 8.
18. Papanicolaou GN. A survey of actualities and potentialities of exfoliative cytology in cancer diagnosis. *Ann Intern Med* 1949; 31: 661 - 74.
19. Kulasing SL, Hughes JP, Kiviat NB, Mao C, Weiss NS, Kuypers JM, et al. Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities: Comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. *JAMA* 2002;288(14): 1749 - 57.
20. Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. *ActaCytologica* 2015;59:121 - 32.
21. George A, Oriando VG, Gene WG. Statistical Package for the Social Sciences version 22 [cited 1 September 2017]; Available from: <http://spss.brothersoft.com/spss-22.html>
22. Guillem S, Ballesteros A, Pinol M, Canadas M, Lletjos M, Videla S, et al. High prevalence of Human papillomavirus infection in male positive for human immunodeficiency virus, even without anal intraepithelial lesions. *ConfRetrovir Opportunistic Infect* 2006; 806(13): 5 - 8.
23. Pornsawan L, Busara B, Akanitt J, Pannamus M, Nathamon K, Thareerat K, et al. Molecular genotyping of human papillomavirus L1 gene in low-risk and high-risk populations in Bangkok. *Sexually Transmitted Diseases*. 2015; 42(4): 208 - 17.
24. Panya S, Sirida P, Prapap Y, Nutchanon T, Malee T, Kornlarn B, et al. Anal papanicolaou smear in women with abnormal cytology: A Thai hospital experience. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(3):1289 - 93
25. Cranston RD, Hart SD, Gornbein JA, et al. The prevalence, and predictive value, of abnormal anal cytology to diagnose anal dysplasia in a population of HIV-positive men who have sex with men. *Int J STD/AIDS*. 2007;18:77 - 8
26. Machalek DA, Grulich AE, Jin F, Templeton DJ, Poynten IM. The epidemiology and natural history of anal human papillomavirus infection in men who have sex with men. *Sex Health* 2012; 9(6): 527 - 37

27. Mak R, Van Renterghem L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sex Transm Infect* 2004; 80:118 - 20.
  28. Tewari Lt, Chaudhary CA. Atypical Squamous cells of undetermined significance: A follow up study. *MJAFI* 2010; 66: 225 - 27.
  29. Sriamporn S, Khuhaprema T, Parkin M. Cervical cancer screening in Thailand: An overview. *J Med Screen* 2006; 13(suppl 1):S39 - S43.
  30. Wright JrTC, Schiffman M, Solomon D, Cox JT, Garcia F, Goldies S, et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. *ObstetGynecol* 2004, 103(2): 304 - 9.
  31. Thanappapas D, Deesamer S, Sujintawong S, Udomsubpayakul U, Wilailak S. Cervical cancer screening behaviors among Thai women: results from across-sectional survey of 2012 Healthcare providers at Ramathibodi Hospital, Thailand. *Eur J Cancer Care* 2012; 21(4): 542 - 7.
-



