



โรคเอดส์

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 - มกราคม 2559 ISSN 0857-8575

- การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
- พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย
- การประเมินประสิทธิภาพของโครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ต้องขังชายในเรือนจำ 3 แห่ง จังหวัดเชียงราย, ขอนแก่น และอุดรธานี (พ.ศ. 2551-2554)
- บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ ครั้งที่ 8 19-22 กรกฎาคม 2558 แวนคูเวอร์ แคนาดา

สารบัญ

	หน้า
การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำเนียบ สังกาลประภายแสง	1
ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ พรนารา อธิเชียว, นิลวรรณ เขตตะชา, สุทธิพา วงศาโรจน์	7
พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ฐาปกรณ์ เรือนใจ, สุชาติดา ปัตตะแวง, วิสุทธิ แก้วดี, ประภาพร เขื่อนเมืองพาน, สิริรินทร์พร ภูประเสริฐ, อุมาริน วิไล	21
การประเมินประสิทธิภาพของโครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ต้องขังชายในเรือนจำ 3 แห่ง จังหวัดเชียงราย, ขอนแก่น และอุดรธานี (พ.ศ. 2551-2554) เครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์, ภัทรนราณี ชนะแก้ว	31
บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ ครั้งที่ 8 19-22 กรกฎาคม 2558 แวนคูเวอร์ แคนาดา	31

Thai AIDS Journal
Volume 28, Number 8, 2015/2016

	Page
Factors Associated with STIs among High Risk Populations Attending STIs Screening Under the NHSO Universal Coverage <i>Tumneab Sungwanprakaisang</i>	1
Knowledge, Attitude and Practice about Prevention of Viral Hepatitis B to Men who have Sex with Men and Transgender in Sexually Transmitted Disease Clinic, Office of Disease Prevention and Control 10, Chiang Mai <i>Phonnara Tikiaw, Nilawan Chetacha, Supipa Wongsaraj</i>	7
Health Behavior on Sexual Transmitted Diseases among Senior High School Students in Phaya Meng Rai District, Chiang Rai Province <i>Thapakorn Ruanjai, Suchada Pattawaew, Wisoot Kaewdee, Prapaporn Chuamaungpan, Sirinporn Pooprasert, Aumarin Wilai</i>	21
Evaluation HIV Counseling and Testing Service Utilization and Factors Associated with Serviced Uptake in Three Thai Prisons : A Program Evaluation <i>Krautip Jantarathaneewat, Patsarane Chanakaew</i>	31
Abstracts of the Research Articles Related to Thailand Presented at the 18th International AIDS Conference Vancouver Canada 19-22 July 2015	46

Editor

Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen

Department of Microbiology,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Tel. : 66-2419-7457

FAX : 66-2419-8406,

E-mail : prasert.thongcharoen@gmail.com

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่างๆ นิสิต นักศึกษา ประชาชนทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุดา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลศิริ

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ นายแพทย์นิสิต คงเกริกเกียรติ
แพทย์หญิงมณฑินี วสันต์อุปโกคา นางสาวทองกร ชัยรังษี
นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน นางสาวสมจิตต์ ฤกษ์นิมิตร
นางสาวพัฒนา เพราะบรรเลง

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุฬชวีวิทยาชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ (02) 866-2574-75, (02) 419-7457
โทรสาร (02) 419-8406
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : prasert.thongcharoen@gmail.com

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์/โทรสาร (02) 590-3289, 098-5098373 (ศันสนีย์, ผู้ประสานงาน)
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : sunsanee_smith@yahoo.com

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กันเพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

เรื่องที่ส่งมาตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารโรคเอดส์

การส่งต้นฉบับ ให้พิมพ์ตีพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ

สันขนาด 21.6 x 27.9 ซม.บน

มุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลข

หน้ากำกับทุกหน้า การเขียน

ต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มาก

ที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษ

ที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้

ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 2

ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ)

ต้นฉบับไม่ต้องพับและลง

ทะเบียนส่งทางไปรษณีย์

พร้อมทั้งจดหมายกำกับจาก

ผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

ควรสันให้ได้ใจความและตรงกับ

วัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อ

เรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ

ชื่อเรื่อง

ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษา

อังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้ง

อภิธานต่อท้ายชื่อ และสถาบัน

ที่ทำงานอยู่

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับรัด

แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้า

กระดาษ เวลาของผู้อ่านและ

ผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำ

เต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสาร

อ้างอิง ควรมีทุกบทความ

ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

การตรวจแก้ไข

ถ้าต้องการแก้ไขเอง โปรดแจ้ง

ให้ทราบด้วย มิฉะนั้นคณะ

บรรณาธิการจะตรวจแก้ไขให้

ตามแต่จะเห็นสมควร

นิพนธ์ต้นฉบับ

ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่

บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการ

ศึกษานี้รวมทั้งวัตถุประสงค์)

วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล

วิจารณ์ผล สรุป และบทคัดย่อ

ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12

หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย

ควรประกอบด้วยบทนำ รายงาน

ผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น

สรุป และบทคัดย่อ

บทพินิจวิชา

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้

ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่

หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำ

ไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย

บทนำ บทวิจารณ์ และเอกสาร

อ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร

อาจย่อจากบทความภาษาต่าง

ประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์

ไม่นานนัก

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

- เอกสารอ้างอิง**
1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
 2. การอ้างอิงเอกสารใด เมื่ออ้างถึงก่อนให้จัดเป็นอันดับหนึ่ง และเรียงตามลำดับไป
 3. เอกสารภาษาไทย ให้เรียงลำดับจากชื่อต้นของผู้เขียนตามด้วยนามสกุล
 4. เอกสารภาษาอังกฤษ เรียงลำดับด้วยนามสกุลของผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง
 5. ชื่อย่อวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตาม Index Medicus

การอ้างวารสาร เรียงตามลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. บทความ. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี 7 คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรกแล้วเติม et al.

ตัวอย่าง

1. Baskett TF, Allen AC, Gray JH, Young DC, Young LM. Fetal biophysical profile and perinatal death. *Obstet Gynecol* 1987; 70:357-60.
2. Limanonda B, Van Griensven GJ, Chongvatana N, Tirasawat P, Coutinho RA, Auwanit W, et al. Condom use and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in Thailand. *Am J Public Health* 1994; 84(12):2026-27.

การอ้างหนังสือหรือตำรา ให้จัดลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.

ตัวอย่างการอ้างหนังสือหรือตำรา

Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. *Williams obstetrics*. 17th ed. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985:976.

ตัวอย่างการอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ. บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.

Merril JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. *In: Danfort DN, Scott JR, eds. Obstetrics and gynecology*. 5th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1986:0368-83.

สำเนาพิมพ์ (reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน 20 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)

พิมพ์ที่
โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
314-6 ถ.บำรุงเมือง แขวงบ้านบาตร
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10200

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.)
2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒิย่อ (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)..... วุฒิย่อ (ภาษาไทย).....
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....
สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....
.....
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
 แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล
- เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม..... ผู้เขียน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่...../...../.....





การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทำเนียบ สังกาลประกายแสง*

Abstract

Factors Associated with STIs among High Risk Populations Attending STIs Screening Under the NHSO Universal Coverage

Tumneab Sungwanprakaisang*

*Bureau of AIDS TB &STIs, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand.

Background: The objective of this study is to describe the situation of sexually transmitted infections (STIs) and their risk factors among population with high risk behaviors who attending STIs screening, a pilot project under the National Health Security Office (NHSO) universal coverage.

Methods: A study was conducted in a sample of 10,081 persons with high risk behaviors including sex workers (SW), men who have sex with men (MSM), injection drug users (IDU), migrants, prisoners, youth and general population with risk behaviors. Data were collected using STI/VCT mini record form. Demographic characteristics were presented in number and percentage while risk factors among different groups of population were compared using Person's Chi-square test methods.

Results: The study revealed that most of clients obtaining STI screening were female (79.0 %) in 15-25 age group (56.2%). Most of clients were SW (69.4%), followed by youth, and MSM that accounted for 5.5% and 4.7% respectively. It is found that participants who did not use condom or experienced leaked condom had 10.35 times higher risk of being infected with STIs than those who used an intact condom. Among clients engaging in high risk activities within the past 3 months, sex workers had 8.79 times higher risk than those without the activity. Participants with an STI-infected partner had 7.28 times higher risk than those without one. Compared to clients who sought counseling service, participants who did not seek the service had 4.89 times higher risk. Participants with a new partner had 3.91 times higher risk than those with a fixed sex partner. Other factors such as gender, occupations, HIV testing, and health education were not associated with STIs ($P < 0.05$).

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Conclusions: STIs screening is essential as it can reduce risk of STIs transmission and enable risk groups to seek early care.

Key Words: Sexually Transmitted Infections, High Risk Behaviors, National Health Security Office Thai AIDS J 2015/2016; 28 : 1-6

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่พนักงานบริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง เยาวชนและประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจำนวน 10,081 ราย ใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล STI/VCT mini record ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติร้อยละ และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับการคัดกรองเป็นเพศหญิงร้อยละ 79.0 เพศชายร้อยละ 21.0 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15-25 ปี ร้อยละ 56.2 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 21.8 และช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 11.0 สัญชาติไทยร้อยละ 51.9 รองลงมาได้แก่สัญชาติลาว ร้อยละ 42.4 และสัญชาติพม่าร้อยละ 3.7 ประเภทผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริการร้อยละ 69.4 รองลงมาได้แก่เยาวชน ร้อยละ 5.5 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 4.7 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริการร้อยละ 69.4 รองลงมาได้แก่อาชีพรับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 13.3 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 7.0 เมื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า อายุ การให้การปรึกษามีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษา มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าผู้ที่ได้รับการให้การปรึกษา 4.89 เท่า สำหรับประวัติพฤติกรรมเสี่ยงใน 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชาย ให้บริการทางเพศมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชาย ให้บริการทางเพศ 8.79 เท่า ผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์ใหม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์คนใหม่ 3.91 เท่า ผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7.28 เท่า ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยแตก รั่วหรือ หลุด มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ใช้ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยไม่แตก รั่ว หลุด 10.35 นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อาชีพ ผลการตรวจเอชไอวีและการให้สุขศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสำคัญเพราะพบว่าปัจจัยต่างๆเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้มีการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นอกจากจะลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วยังทำให้ประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น

คำสำคัญ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, พฤติกรรมเสี่ยงสูง, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วารสารโรคเอดส์ 2558/2559; 28 : 1-6

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศปัญหาหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการได้แก่ ปัญหา

ทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เยาวชน แรงงานข้ามชาติ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และชาย



ไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเป็นผู้รับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสที่มีใช้หญิงบริการทางเพศมากขึ้นกว่าที่เคยประพฤติกันในอดีต⁽¹⁾

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา ในปี 2556 พบว่าโรคหนองในเป็นโรคที่พบมากที่สุด 10.42 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ โรคซิฟิลิส 3.67 ต่อประชากรแสนคน โรคหนองในเทียม 3.07 ต่อประชากรแสนคน โรคแผลริมอ่อน 0.94 ต่อประชากรแสนคน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง 0.54 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าโรคหนองในเทียม เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 61.05 รองลงมาได้แก่ โรคหนองใน ร้อยละ 25.93 โรคซิฟิลิส ร้อยละ 12.98 และโรคแผลริมอ่อน ร้อยละ 0.04 ตามลำดับ

จากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันชายและหญิงจะมีอิสระทางเพศมากขึ้น จึงเป็นการเพิ่มโอกาสให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แพร่ระบาดได้ง่าย และจากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนงบประมาณ ด้วยการให้บริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและสามารถเข้าถึงบริการอื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงในระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อประโยชน์สำหรับการนำไปใช้เกี่ยวกับงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกการคัดกรองและดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และแบบบันทึกการให้การศึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

- โดยประเด็นในการศึกษาประกอบด้วย
- ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรและประเภทผู้รับบริการ
 - ส่วนที่ 2 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงใน 3 เดือนที่ผ่านมา
 - ส่วนที่ 3 ประเภทคู่อุปสรรคสัมพันธ์
 - ส่วนที่ 4 ผลการตรวจเอชไอวี
 - ส่วนที่ 5 การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - ส่วนที่ 6 การให้สุขศึกษาและการให้การศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้แบบบันทึกข้อมูลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556-30 กันยายน 2557 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไป ด้วยค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ

อายุ สัญชาติ อาชีพ ประเภทผู้รับบริการ ประวัติ พฤติกรรมเสี่ยงใน 3 เดือนที่ผ่านมา ประเภทคู่นอน สัมพันธ์ ผลการตรวจเอชไอวี การให้สุขศึกษาและการให้การปรึกษา กับ การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติ Chi-square test ทหาราเสี่ยงสัมพันธ์ (Odd ratio) และ 95% Confidence Interval of Odd ratio

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรและประเภทผู้รับบริการ

1.1 ลักษณะประชากร

เพศ เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.01 และ เป็นเพศชายร้อยละ 21.0 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ พงศ์พิสิฐสันต์ ที่พบผู้ป่วยกามโรคทั้งสองเพศมีจำนวนไม่แตกต่างกัน⁽²⁾

อายุ ส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 15-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.2 รองลงมาคืออายุระหว่าง 26-35 ปี และ 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.8 และ 11.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ พงศ์พิสิฐสันต์ที่พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อายุระหว่าง 20-24 ปี มีจำนวนสูงสุด⁽²⁾

ตอนที่ 2 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงใน 3 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ร้อยละ 65.4 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือแตก รั่ว หลุด ร้อยละ 19.04 มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่ ร้อยละ 6.6 มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 1.4 และมีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศร้อยละ 1.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย ธันวารชร์⁽³⁾

และธนพร พนาคุปต์และคณะ⁽⁴⁾

ตอนที่ 3 ประเภทคู่นอนเพศสัมพันธ์

กลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นคู่่นอนชั่วคราว ร้อยละ 43.5 รองลงมาได้แก่คู่นอนประจำและสามี/ภรรยา ร้อยละ 18.1 และ 15.8 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2556⁽⁵⁾

ตอนที่ 4 ผลการตรวจเอชไอวี

กลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผลปกติร้อยละ 26.30 มีผลบวกเอชไอวี ร้อยละ 1.0 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงานของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2556⁽⁶⁾

ตอนที่ 5 การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5.1 กลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 94.2 เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 5.8 ซึ่งสอดคล้องกับผลการปฏิบัติงานของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2556⁽⁶⁾

ตอนที่ 6 การให้สุขศึกษาและการให้การปรึกษา

กลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับสุขศึกษาร้อยละ 99.9 และได้รับการให้การปรึกษา ร้อยละ 94.66 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชชนา ญ นคร ที่พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ควรมีบทบาทในด้านการรักษา และการป้องกันคือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและการให้สุขศึกษาในหน่วยงานกามโรคทุกแห่ง เพื่องานการให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

ตอนที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



7.1 อายุ 45 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าอายุอื่นๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2556 ที่พบว่า กลุ่มที่มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงที่สุดคือ 15-24 ปี⁽⁸⁾

7.2 อาชีพทหาร/ตำรวจ ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าอาชีพอื่นๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบว่าอาชีพที่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่อาชีพรับจ้าง⁽⁹⁾

7.3 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศ 8.79 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ ลิมปะราช ที่พบว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการหรือคู่นอนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽⁹⁾

7.4 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุดมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด 10.35 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำเร็จ แสงชื่อและคณะที่พบว่า⁽¹⁰⁾ อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าครั้งกว่า จะพบอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่ำกว่าผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าครั้งกว่า เพราะจากการศึกษาและทดลองทางห้องปฏิบัติการของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย⁽¹⁰⁾ พบว่า ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการทะลุผ่านของเชื้อไวรัสเอดส์ไอวี และโรคติดต่อทางเพศ

สัมพันธ์ได้ นั้นผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยจึงไม่ป่วยหรือมีโอกาสป่วยเป็นโรคน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย

7.5 ผู้ที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษา มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ได้รับการให้การปรึกษา 4.89 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา พรหมน้อยและคณะที่พบว่า ปัญหาสุขภาพของหญิงพิเศษส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพโดยแสวงหาการรักษาด้วยตนเอง ซ้ำยากินเองด้วยความรู้ความเข้าใจในบางเรื่องไม่ถูกต้องมากกว่าปรึกษาบุคลากรสุขภาพ⁽¹¹⁾

สรุปผลการวิจัย

ประชากรของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.0 เป็นเพศชายร้อยละ 21.0 มีอายุระหว่าง 15-25 ปี มีสัญชาติไทยร้อยละ 51.9 และมีอาชีพพนักงานบริการร้อยละ 67.9 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงใน 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ร้อยละ 65.4 มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ ร้อยละ 6.6 มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 1.4 มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศร้อยละ 1.4 และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือแตก รั่ว หลุด ร้อยละ 19.0 ประเภทคู่เพศสัมพันธ์ มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 43.5 มีผลบวกเอดส์ไอวี ร้อยละ 1.0 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศ 8.79 เท่า ผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ 3.91 เท่า ผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ มากกว่าผู้ที่ไม่มีคู่อุปสรรคสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7.28 เท่า ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือถุงยางอนามัยแตก ร้อยละ 10.35 เท่า ผู้ที่ไม่ได้รับการให้การศึกษา มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าผู้ที่ได้รับการให้การศึกษา 4.89 เท่า

ข้อเสนอแนะ

1. การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสำคัญเพราะพบว่าปัจจัยต่างๆเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้มีการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นอกจากจะลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วยังทำให้ประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น
2. ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้

บริการทางเพศส่วนใหญ่พบป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นนอกจากการให้บริการแบบตั้งรับในหน่วยบริการแล้ว ควรมีการให้บริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มหญิงและชายให้บริการทางเพศในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกรายควรได้รับการส่งต่อให้การศึกษาเพื่อการเจาะโลหิตหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วในกรณีพบผลเลือดบวก

4. การให้สุขศึกษาและการให้การศึกษา ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ผู้มารับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่าบุคลากรมีความตระหนักในการให้ความรู้ จึงควรให้ขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน

5. ผู้มารับการคัดกรองส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-25 ปี จึงควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางของสังคมออนไลน์ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างสะดวกและรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. กองกามโรค. รายงานผลการปฏิบัติงานควบคุมกามโรค, 2540: 5,6 (เอกสารอัดสำเนา) กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบ, 2527, 266.
2. ประเสริฐ พงศ์พิสิฐสันต์. การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยกามโรคในประเทศไทย วิทยานิพนธ์ (ค.ม.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2516 ครุศาสตร์มหาบัณฑิต
3. พิสมัย อันวารชร. พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นกามโรค. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2540
4. ธนพร พนาคุปต์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มารับการตรวจโรคที่คลินิกกามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2539: 42
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการดำเนินงาน , 2556: 39, 43
6. กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการปฏิบัติงาน, 2556 (เอกสารอัดสำเนา)
7. ชัชนาฏ ณ นคร. การศึกษาบุคลิกภาพและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยกามโรค: โรงพยาบาลบางรักและศูนย์กามโรคเขต3 จังหวัดนครราชสีมา, 2525
8. สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556. (เอกสารอัดสำเนา)
9. พัชรินทร์ สิมทะราช. ผลของการพัฒนาทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษา, 2544
10. สำเร็จ แสงชื่อและคณะ. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2531: 71
11. จันทรา พรหมน้อย และคณะ. ปัญหาและความต้องการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ : กรณีศึกษา จังหวัดนราธิวาส Princess of Naadhiwas University Journal ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม สิงหาคม 2552



ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการการโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

พรนารา ธิเขียว*, นิลวรรณ เขตตะชา*, สุทิพา วงศาโรจน์*

Abstract

Knowledge, Attitude and Practice about Prevention of Viral Hepatitis B to Men who have Sex with Men and Transgender in Sexually Transmitted Disease Clinic, Office of Disease Prevention and Control 10, Chiang Mai

Phonnara Tikiaw, Nilawan Chetacha*, Supipa Wongsaroj**

*Office of Disease Prevention and Control 10, Chiang Mai.

Objectives of this study were understanding attitude and how to prevent hepatitis B infection in men who have sex with men and transgender in sexually transmitted disease clinic, office of disease prevention and control 10, Chiang Mai.

This survey study used questionnaire from 75 clients and data analyzed by SPSS program and ANOVA Statistical Analysis between December 2012 to February 2013.

The finding of this study: the hepatitis B prevention knowledge of men who have sex with men and transgender was low level (40%). The hepatitis B prevention attitude of men who have sex with men and transgender was high level (70.67%). The hepatitis B prevention practice of men who have sex with men and transgender was medium to high level (84%). Significant relationship between knowledge and attitude ($P < 0.05$). No significant relationship between knowledge and practice. No significant relationship between attitude and practice.

So, men who have sex with men and transgender should get more the hepatitis prevention knowledge for effective practice, and public health always should promote to give education about how to prevent hepatitis B infection.

Key Words: Knowledge, Attitude, Practice, Viral Hepatitis B, Men who have Sex with Men and Transgender
Thai AIDS J 2015/2016; 28 : 7-20

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มารับบริการ ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ระหว่างเดือนธันวาคม 2556 - กุมภาพันธ์ 2557 จำนวน 75 คน ข้อมูลการศึกษาได้มาจากแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้ ANOVA

ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.67 และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.00 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติตน ระดับทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษา กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีให้มากขึ้น เพื่อให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และหน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีพร้อมทั้งมีการณรงค์และส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ให้มากขึ้น

คำสำคัญ ความรู้, ทักษะ, การปฏิบัติตน, ไวรัสตับอักเสบบี, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง
วารสารโรคเอดส์ 2558/2559; 28 : 7-20

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่เกิดจากคนสู่คนเป็นภัยเงียบที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และเป็นภัยร้ายใกล้ตัวที่มีผลกระทบหลาย โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถนำไปสู่โรคร้ายต่างๆ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคตับแข็ง ตับวาย มะเร็งตับ⁽¹⁾ โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก จากผลสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรกว่า 240 ล้านคนทั่วโลก ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงถึง 600,000 รายต่อปี⁽²⁾ โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิก เช่น ประเทศไทย โดยคาดว่าคนไทยประมาณ 1-2 ล้านคนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และจะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับราว 250,000 คน ในอนาคต สำหรับไวรัสตับอักเสบบี

นั้น มีวิธีการติดเชื้อคล้ายกับไวรัสเอชไอวี โดยสามารถติดต่อได้ง่ายกว่าการติดเชื้อเอชไอวีถึง 100 เท่า และมีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในคนไทย ถึง 5 เท่าซึ่งปัจจุบันมีประชากรไทยประมาณ 2.6 ล้านคนที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง⁽¹⁾ สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี ปี 2556 ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยทั้งสิ้น 6,227 ราย แต่พบผู้เสียชีวิต 10 ราย ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ⁽³⁾

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (สำนักสารสนเทศ, 2556) นอกจากจะเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางและเข้าถึงยากแล้วยังพบว่ายังมีความเสี่ยงสูงและมีโอกาสต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾ เนื่องจากวิธีการติดเชื้อคล้ายกันจากสถิติของไทยพบว่า เลือดที่ได้รับบริจาคมาทั้งหมดจะมีเลือดติดเชื้อประมาณ 2% ทั้งเชื้อ



เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี จำนวนนี้เกือบ 100% มาจากกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมทางเพศแอบแฝง โดยเฉพาะกลุ่มชายรักชาย⁽⁵⁾

ปัจจุบันประชาชนยังมองข้ามอันตรายของโรคไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการและเข้าใจว่าโรคนี้นั้นเป็นโรคที่ไม่น่ากลัวจึงละเลยในการดูแลรักษา ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยบางรายไม่รู้ตัวว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วย ถ้าขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้และมีโอกาสแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่น ๆ ได้ด้วย ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรอันสำคัญที่จะพัฒนาประเทศชาติได้ในอนาคต

จากปัญหาดังกล่าวเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เพื่อทราบถึงคุณลักษณะของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองว่าอยู่ในระดับใด และนำข้อมูลที่ได้ จากการศึกษามาใช้เพื่อหาแนวทางในการวางแผนในการให้สุขศึกษาเพื่อควบคุมป้องกันและส่งเสริมให้ประชาชนในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นหากประชาชนมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะสามารถช่วยลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รวมถึงป้องกันโรคเอดส์และโรคซิฟิลิสด้วย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของกลุ่มชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

กลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มารับบริการ ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2556-กุมภาพันธ์ 2557 จำนวน 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองของประณีต ส่งวัฒนา และ วัลยา คุโรปรกรณ์พงศ์⁽⁶⁾ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ได้แก่ อายุ, ระดับ, การศึกษา, สัญชาติ, อาชีพ, การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และแหล่งข้อมูลข่าวสารโรคไวรัสตับอักเสบบี

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นแบบปรนัยชนิดตัวเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง นำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกรับข้อที่คิดว่าถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน แบ่งความรู้ออกเป็น 4 ระดับ⁽⁷⁾ โดยการหาส่วนกว้างของอันตรภาคชั้นซึ่งใช้เกณฑ์การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพิสัย การหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น จะได้ช่วงกว้างระดับ 25

3. การวัดทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ให้คะแนน แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert) มี 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน เห็นด้วย = 4 คะแนน ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน โดยให้เลือกรับข้อเพียงข้อเดียวที่ตรงกับทัศนคติของตนเองมากที่สุด โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบและนำคะแนนแต่ละข้อมาหาค่าเฉลี่ย แล้วนำคะแนนค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ

4. การวัดการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีโดยให้ผู้ตอบเลือกรับข้อเพียงข้อเดียว จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนน แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมาก หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง = 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ = 1 คะแนน ซึ่งมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบแล้วนำคะแนนการปฏิบัติตัวมาหาค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวแบ่งคะแนนเป็น 3

ระดับ โดยอิงของ Best, 1977&Dadeil, 1995 อ้างใน มุกดา สอนประเทศ⁽⁸⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยโปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ วิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง โดยสถิติ ANOVA

ผลการศึกษา

จากการการศึกษา เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ สรุปตามประเด็นได้ดังนี้

กลุ่มที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 88.00 รองลงมา คือ กลุ่มพนักงานบริการชาย และสาวประเภทสอง คิดเป็นร้อยละ 6.67 และ 5.33 ตามลำดับ อายุมากที่สุด ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ระดับการศึกษามากที่สุด อยู่ในระดับชั้น ปวส.และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 65.33 มีสัญชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 93.33 สถานะมีอาชีพลูกจ้าง/รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.33 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี คิดเป็นร้อยละ 62.67 และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีจากเจ้าหน้าที่แนะนำ มากที่



ตารางที่ 1. แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=75)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กลุ่ม		
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	66	88.00
สาวประเภทสอง	4	5.33
พนักงานบริการชาย	5	6.67
2. อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	14	18.67
21 – 30 ปี	45	60.00
31 – 40 ปี	14	18.67
41 – 50 ปี	0	0.00
50 ปีขึ้นไป	2	2.67
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	8.00
ประถมศึกษา	3	4.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	16	21.33
ปริญญาตรี/ปวส.	49	65.33
ปริญญาโท	1	1.33
4. สัญชาติ		
ไทย	70	93.33
พม่า	5	6.67
5. อาชีพ		
รับจ้าง/ลูกจ้าง	30	40.00
เกษตรกร	0	0.00
ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท	2	2.67
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	5	6.67
งานบริการ เช่น เสริมสวย ร้านอาหาร โรงแรม	0	0.00
นักศึกษา	28	37.33
ว่างงาน/ไม่มีงานทำ/อยู่บ้าน	0	0.00
โรงงานอุตสาหกรรม	0	0.00
ก่อสร้าง	0	0.00
อาชีพพิเศษ	5	6.67
ข้าราชการ	5	6.67

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี		
เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมาก่อน	47	62.67
ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมาก่อน	28	37.33
7. แหล่งข้อมูลข่าวสาร		
เจ้าหน้าที่แนะนำ	27	36.00
โปสเตอร์/แผ่นพับ	19	25.33
เพื่อน/ญาติ	6	8.00
วิทยุ/โทรทัศน์	11	14.67
Internet	7	9.33
ไม่ระบุ	5	6.67

ตารางที่ 2. แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ (n=75)

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ไวรัสตับอักเสบบี	จำนวนผู้ตอบถูก		จำนวนผู้ตอบไม่ถูกต้อง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความหมายของโรค	35	46.67	40	53.33
2. สาเหตุของโรค	42	56.00	33	44.00
3. อาการของโรค	3	4.00	72	96.00
4. การติดต่อ	13	17.33	62	82.67
5. ผลของการได้รับเชื้อโรค	17	22.67	58	77.33
6. อันตรายของโรค	18	24.00	57	76.00
7. การป้องกันโดยการฉีดวัคซีน	46	61.33	29	38.67
8. ระยะเวลาที่ควรได้รับการฉีดวัคซีน	31	41.33	44	58.67
9. บุคคลที่ได้รับการฉีดวัคซีน	5	6.67	70	93.33
10. การปฏิบัติตัวของผู้ที่ไม่มีภูมิต้านทาน หรือยังไม่ได้รับวัคซีน	15	20.00	60	80.00



สุด คิดเป็นร้อยละ 38.57 รองลงมาคือ โปสเตอร์/
แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 27.14 ดังตารางที่ 1

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและ
สาวประเภทสอง สามารถตอบคำถามความรู้เกี่ยว
กับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุด คือ
การป้องกันโดยการฉีดวัคซีน (ข้อ 7) คิดเป็น
ร้อยละ 61.33 รองลงมาคือ สาเหตุของโรค
(ข้อ 2) คิดเป็นร้อยละ 56.00 และตอบถูกน้อย
ที่สุด คือ อาการของโรค (ข้อ 3) คิดเป็นร้อยละ
96.00 ดังตารางที่ 2 ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยว
กับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระดับต่ำ
คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาระดับความรู้พอใช้
คิดเป็นร้อยละ 32.00 ระดับความรู้ปานกลาง คิด
เป็นร้อยละ 26.67 และระดับความรู้สูง น้อยที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 1.33 น้อยที่สุด ตามลำดับ ดังตาราง
ที่ 3

จากการศึกษาพบว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับการ
การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื่อง เด็กแรกเกิด
ทุกคนควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้อื่นเดียว
กันกับวัคซีนชนิดอื่นๆ (ข้อ 7) คิดเป็นร้อยละ 50.67
(Mean = 4.24, S.D.= 0.91) รองลงมา คือ โรค
ไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง (ข้อ 1)
คิดเป็นร้อยละ 48.00 (Mean = 4.36, S.D.= 0.73)

และทัศนคติ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โรคไวรัสตับ
อักเสบบีไม่สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน
(ข้อ 3) คิดเป็นร้อยละ 38.67 (Mean = 2.47,
S.D.= 1.07) ดังตารางที่ 4 โดยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี
ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.67 รองลงมาอยู่
ระดับทัศนคติปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.33 และ
ทัศนคติระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 0.00 ตามลำดับ
ดังตารางที่ 5

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศ
สัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองมีการปฏิบัติ
ตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุด
เรื่อง การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย (ข้อ 4)
คิดเป็นร้อยละ 37.33 (Mean = 3.09, S.D.= 0.84)
รองลงมาคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
(ข้อ 8) คิดเป็นร้อยละ 38.67 (Mean = 2.88,
S.D. = 0.90) และการปฏิบัติตนที่มีค่าเฉลี่ยน้อย
ที่สุด คือ การได้รับเลือดหรือบริจาคเลือด (ข้อ 10)
คิดเป็นร้อยละ 54.67 (Mean = 1.72, S.D.= 0.95)
ดังตารางที่ 6 โดยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตน
เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในระดับ
ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.00 รองลงมา อยู่ระดับ
สูง คิดเป็นร้อยละ 13.33 และมีการปฏิบัติระดับต่ำ

ตารางที่ 3. แสดงจำนวนและร้อยละของค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชาย
ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการการโรค สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 10 เชียงใหม่

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	1	1.33
ระดับความรู้ปานกลาง	20	26.67
ระดับความรู้พอใช้	24	32.00
ความรู้ระดับต่ำ	30	40.00
รวม	75	100.00

ตารางที่ 4. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

ข้อความ	ทัศนคติ(n=75)					Mean	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1. โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง	36 (48.00)	32 (42.67)	5 (6.67)	2 (2.67)	0 (0.00)	4.36	0.73
2. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่สามารถติดต่อโดยการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก	2 (2.67)	10 (13.33)	48 (64.00)	8 (10.67)	7 (9.33)	2.89	0.85
3. โรคไวรัสตับอักเสบบีไม่สามารถป้องกันได้ด้วยวิธีการฉีดวัคซีน	5 (6.67)	5 (6.67)	23 (30.67)	29 (38.67)	13 (17.33)	2.47	1.07
4. ยาหรือวัคซีนที่ใช้ฉีดป้องกันปัจจุบันมีราคาแพง	8 (10.67)	20 (26.67)	42 (56.00)	3 (4.00)	2 (2.67)	3.39	0.84
5. ไม่ควรคิดค่าบริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรือคิดค่าบริการแต่ด้วยราคาถูก	20 (26.67)	26 (34.67)	22 (29.33)	4 (5.33)	3 (4.00)	3.75	1.04
6. ท่านมีความรู้เพียงพอที่จะป้องกันตนเองจากการเป็นโรคนี	2 (2.67)	31 (41.33)	40 (53.33)	1 (1.33)	1 (1.33)	3.43	0.64
7. เด็กแรกเกิดทุกคนควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนีเช่นเดียวกับกับวัคซีนชนิดอื่นๆ	38 (50.67)	20 (26.67)	15 (20.00)	1 (1.33)	1 (1.33)	4.24	0.91
8. ท่านรู้สึกหนักใจเมื่อทราบว่าตนเองมีเลือดบวกและสามารถนำเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้	22 (29.33)	28 (37.33)	19 (25.33)	2 (2.67)	4 (5.33)	3.83	1.06
9. การป้องกันโรคนีทำได้โดยการหลีกเลี่ยงการได้รับเลือดจากผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีเชื้อ	22 (29.33)	32 (42.67)	20 (26.67)	1 (1.33)	0 (0.00)	4.00	0.79
10. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่จะเสียชีวิต	3 (4.00)	9 (12.00)	49 (65.33)	11 (14.67)	3 (4.00)	2.97	0.77



ตารางที่ 5. แสดงจำนวน และร้อยละของค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีทัศนคติระดับสูง	53	70.67
มีทัศนคติระดับปานกลาง	22	29.33
มีทัศนคติระดับต่ำ	0	0.00
รวม	75	100.00

ตารางที่ 6. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

ข้อความ	การปฏิบัติ (n=75)				Mean	S.D.
	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ		
1. การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ	6 (8.00)	25 (33.33)	37 (49.33)	7 (9.33)	2.40	0.77
2. การดื่มหรือของมีแอลกอฮอล์ต่างๆ	14 (18.67)	28 (37.33)	27 (36.00)	6 (8.00)	2.67	0.88
3. การซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย	15 (20.00)	32 (42.67)	20 (26.67)	8 (10.67)	2.72	0.91
4. การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	28 (37.33)	28 (37.33)	17 (22.67)	2 (2.67)	3.09	0.84
5. การใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น	7 (9.33)	17 (22.67)	38 (50.67)	13 (17.33)	2.24	0.85
6. การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี	9 (12.00)	22 (29.33)	20 (26.67)	24 (32.00)	2.21	1.03
7. การตรวจเลือดหรือฉีดวัคซีนป้องกันโรค	10 (13.33)	22 (29.33)	28 (37.33)	15 (20.00)	2.36	0.95
8. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	21 (28.00)	29 (38.67)	20 (26.67)	5 (6.67)	2.88	0.90
9. การได้รับเลือดหรือบริจาคเลือด	6 (8.00)	8 (10.67)	20 (26.67)	41 (54.67)	1.72	0.95
10. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน	9 (12.00)	39 (52.00)	24 (32.00)	3 (4.00)	2.72	0.73

ตารางที่ 7. แสดงจำนวนและร้อยละของค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีการปฏิบัติระดับสูง	10	13.33
มีการปฏิบัติระดับปานกลาง	63	84.00
มีการปฏิบัติระดับต่ำ	2	2.67
รวม	75	100.00

ตารางที่ 8. แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรู้กับระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

ระดับความรู้	ระดับทัศนคติ						รวม
	สูง		ปานกลาง		น้อย		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สูง	1	1.33	0	0.00	0	0.00	1
ปานกลาง	15	20.00	5	6.67	0	0.00	20
พอใช้	20	26.67	4	5.33	0	0.00	24
ต่ำ	17	22.67	13	17.33	0	0.00	30
รวม	53	70.67	22	29.33	0	0.00	75

$$2 = 1.427df = 1 \quad P\text{-value} = 0.000$$

ตารางที่ 9. แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรู้กับระดับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

ระดับความรู้	ระดับการปฏิบัติตัว						รวม
	สูง		ปานกลาง		น้อย		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สูง	1	1.33	0	0.00	0	0.00	1
ปานกลาง	3	4.00	16	21.33	1	1.33	20
พอใช้	2	2.67	22	29.33	0	0.00	24
ต่ำ	4	5.33	25	33.33	1	1.33	30
รวม	10	13.33	63	83.99	2	2.66	75

$$2 = .067df = 1 \quad P\text{-value} = 0.494$$



ตารางที่ 10. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติกับระดับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ณ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

ระดับทัศนคติ	ระดับการปฏิบัติตัว						รวม
	สูง		ปานกลาง		น้อย		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สูง	7	9.33	44	58.67	2	2.67	53
ปานกลาง	3	4.00	19	25.33	0	0.00	22
น้อย	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
รวม	10	13.33	63	84.00	2	2.67	75

$\chi^2 = .018$ df = 1 P-value = 0.721

คิดเป็นร้อยละ 2.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีกับระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ดังตารางที่ 8) ระดับความรู้กับระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 9) และระดับทัศนคติกับระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 10)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับ

อักเสบบีอยู่ในระดับต่ำและระดับพอใช้ โดยเฉพาะความรู้เรื่องอาการของโรค, บุคคลที่ต้องได้รับวัคซีน และการติดต่อของโรค ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี/ปวส. ก็ตาม อาจเนื่องมาจากขาดความสนใจเรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชน และการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานภาครัฐยังมีน้อยและมองข้ามอันตรายของโรคไวรัสตับอักเสบบี⁽⁹⁾ โดยจะเห็นได้ว่ามีบางรายยังไม่เคยได้รับข่าวสารความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนเลยเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขจึงควรมีการณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่และส่งเสริมให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่องทั่วถึงให้เป็นรูปธรรมให้มากขึ้นปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มากขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขจึงควรปรับการให้บริการ โดยเน้นการให้องค์ความรู้และส่งเสริมเรื่องการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีและมีการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองส่วนใหญ่ มีทัศนคติที่ดีในการป้องกันตนเองโรคไวรัสตับอักเสบบีของตนเองและเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แต่ทั้งนี้ยังมีบางส่วนที่เห็นว่าวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบียังมีราคาแพงและควรคิดค่าบริการฉีดที่ถูกกว่านี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการส่งเสริมและทำความเข้าใจกับประชาชนให้ทราบถึงประโยชน์ของการรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี⁽¹⁰⁾

จากการศึกษาการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ยกเว้น การตรวจสุขภาพประจำปี, การตรวจเลือดหรือการรับฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการได้รับเลือดหรือบริจาคเลือด อาจเนื่องมาจากประชาชนเหล่านี้ขาดองค์ความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบีและอาจเป็นเพราะวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบียังเห็นว่ามีราคาแพงสอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา และ วลัยยา คุโรปรกรณ์พงศ์⁽⁶⁾ ซึ่งส่งผลให้บางส่วนไม่มารับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี กระทรวงสาธารณสุขจึงควรสนับสนุนให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีมีราคาถูกกว่านี้⁽¹¹⁾ ถึงแม้ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายในการฉีดวัคซีนแก่ทารกแรกเกิดทุกรายโดยเริ่มนำร่องปี 2531 เป็นต้นมา⁽¹²⁾ แต่จากผลการศึกษาของศูนย์สาธิตบริการกามโรค (2557) พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองบางรายพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งกลุ่มเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการมีเพศสัมพันธ์และเกิดการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีได้ในอนาคตดังนั้น

หน่วยงานสาธารณสุขควรเร่งให้ความรู้และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความตระหนัก⁽¹³⁾ และเห็นถึงความสำคัญของการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและควรรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค⁽¹⁴⁾ ให้กลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีในอนาคต

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองพบว่าระดับความรู้กับระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อาจเนื่องจากปัจจุบันนี้ประชาชนได้รับข่าวสารเรื่องโรคต่างๆมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องโรคเอดส์ที่มีความรู้ระดับปานกลาง⁽¹⁵⁾ ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองส่วนใหญ่มีความตระหนักและมีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่ดี ด้วยเหตุนี้อาจส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่ศึกษามีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีตามมาด้วยทั้งนี้หากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีมากขึ้น จะยิ่งทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองเหล่านี้มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มมากขึ้น

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้กับระดับการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิภา มนุญปิฎ⁽¹⁶⁾ ซึ่งกล่าวไว้ว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน และประณีต ส่งวัฒนา และวลัยยา คุโรปรกรณ์พงศ์⁽⁶⁾ ที่พบว่า



ประชาชนมีความรู้ร่วมกับทัศนคติสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

จากความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองพบว่า ระดับทัศนคติกับระดับการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ประณีต ส่งวัฒนา และวัลยา คุโรปรกรณ์พงศ์ (2531) ที่พบว่าประชาชนมีความรู้ร่วมกับทัศนคติสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย สันติวงษ์⁽¹⁷⁾ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติ ดังจะกล่าวได้ว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองอาจไม่ปฏิบัติตามในสิ่งที่ตนเองรับรู้ก็ได้เพราะมีปัจจัยอื่นๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มเติมในกลุ่มประชาชนทั่วไปกลุ่มอื่นๆเพื่อเปรียบเทียบ อีกทั้งหน่วยงานสาธารณสุขควรมีการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ ปรับกระบวนการทัศนคติและทัศนคติ ตลอดจนการป้องกันโรคให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ทำการศึกษาขอขอบพระคุณ คุณอนุรักษ์ ชูสุวรรณรักษ์ ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานและได้ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธิตบริการกรมโรคทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเป็นแหล่งศึกษา ขอขอบคุณผู้รับบริการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. บทสรุปผู้บริหาร ผลการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า [สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: http://www.hitap.net/bp/v2/doc/progress1/doc3_31-08-2553.pdf
2. สำนักสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข่าวประชาสัมพันธ์การรณรงค์เนื่องในวันตับอักเสบบีโลก” ประจำปี ๒๕๕๖ [สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=57184
3. รุ่งเรือง กิจผาติ. โรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) [สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/informations/view/335>.
4. ปณิธาน สันติวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อเอชไอวีกับการติดเชื้อซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบีในผู้บริจาคโลหิต [สืบค้นเมื่อ 26 มิถุนายน 2557]; แหล่งข้อมูล: <http://www.aidsstithai.org/researchs/view/825>.
5. สร้อยสองงค์ พิภกุลสด. การประชุมวิชาการงานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 21 ประจำปี 6 มี.ค. 2556 [สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: <http://www.thaitga.com/index.php/library/news/255-ban-on-lgbt-blood-donors>.
6. ประณีต ส่งวัฒนา, วัลยา คุโรปรกรณ์พงศ์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2531.
7. อิดาจิต อีระแสงจันทร์. ความรู้ ทัศนคติและการจัดการความปวดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.

8. มุกดา สอนประเทศ. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู [สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: <http://203.157.71.148/Information/center/research55/Mukda.pdf>.
 9. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. รณรงค์ หยุดไวรัสตับอักเสบบีต้านภัยมะเร็งตับดูแลสุขภาพ : “หยุดไวรัสตับอักเสบบี ต้านภัยมะเร็งตับ...เฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา” [สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2557]; แหล่งข้อมูล www.komchadluek.net/detail/20111228/118784/หยุดไวรัสตับอักเสบบีต้านภัยมะเร็ง.html
 10. Yousafzai MT, Qasim R, Khalil R, Kakakhel MF, Rehman SU. Hepatitis B vaccination among primary health care workers in Northwest Pakistan. *Int J Health Sci (Qassim)* 2014; 8 : 67–76.
 11. Yee LJ, Rhodes SD. Understanding correlates of Hepatitis B virus vaccination in men who have sex with men: what have we learned?. *Sex Transm Infect* 2002; 78 : 374–7.
 12. ยง ภู่วรรณ, วรณช จงศรีสวัสดิ์. วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี: บริษัทเท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด, 2544.
 13. Bagny A, Bouglouga O, Djibril MA *et al.* Knowledge and attitudes of students towards viral Hepatitis B and C at the University of Lome. *Indian J Gastroenterol* 2014.
 14. Vet R, De wit JB, Das E. The efficacy of social role models to increase motivation to obtain vaccination against hepatitis B among men who have sex with men. *Health Educ Res* 2011; 26 : 192–200.
 15. ยุวดี ลีนภัย. “การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี”. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาขารณศาสตรบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
 16. ธงชัย สันติวงษ์. ทัศนคติ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2539 : 166–167.
 17. นิภา มนุญปิฎ. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต, 2531:82.
-



พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

ฐาปกรณ์ เรือนใจ*, สุชาดา ปัตตะแว*, วิสุทธิ์ แก้วดี*, ประภาพร เชื้อเมืองพาน**,
สิรินทร์พร ภูประเสริฐ**, อุมาริน วิลไธ**

Abstract

Health Behavior on Sexual Transmitted Diseases among Senior High School Students in Phaya Meng Rai District, Chiang Rai Province

Thapakorn Ruanjai*, Suchada Pattawaew*, Wisoot Kaewdee*, Prapaporn Chuamaungpan**,
Sirinporn Pooprasert**, Aumarin Wilai**

* Public Health Program, School of Health Science, Mae Fah Luang University.

** Department of Family Medicine and Primary Care, Phaya Meng Rai Hospital, Chiang Rai Province.

The present study was an analytic cross-sectional study on health behavior on sexual transmitted diseases among senior high school students in Phaya Meng Rai District Chiang Rai province. Participants were randomly selected by using cluster sampling. The samples were 320 students from two senior high schools. Data were collected from September to October 2015. The research instrument was the anonymous self-administered questionnaire from Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. The data were analyzed by using Chi-square.

The results showed that most of samples were female (55.6 %) average age was 16 years (SD=0.8). Most of them (59.1%) had high level of sexual risk behaviors and did not use condom (32.8%). Age, education, knowledge level were significantly associated with high risk of sexual behavior ($p<0.05$). Therefore, the relevant agencies such as school teachers should organize a project and promote the sex education.

Key Words: Sexual Risk Behavior, Sexual Transmitted Diseases, High School Student
Thai AIDS J 2015/2016; 28 : 21-30

* สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยสุ่มเลือกโรงเรียนในเขตอำเภอพญาเม็งรายมา 2 โรงเรียน จากทั้งหมด 3 โรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ประเมินคือ แบบประเมินสุขภาพทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) อายุเฉลี่ย 16 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.8) ความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 59.1) ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ (32.8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรู้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขควรมีแผนงานหรือโครงการให้เยาวชนได้เรียนรู้ ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ พฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
วารสารโรคเอดส์ 2558/2559; 28 : 21-30

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะไม่สูงจนเป็นปัญหา เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ แต่สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงการระบาดของโรคเอดส์ระลอกใหม่เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ กล่าวคือสาเหตุของการติดต่อที่สำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ พบว่า มาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน อุบัติการณ์และแนวโน้มของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้เป็นดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ได้ดีกว่าการวัดจากแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีหรือจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์⁽¹⁾

นับตั้งแต่ปี 2546 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบราชการกระทรวงสาธารณสุข มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ต้องปิดการให้บริการของหน่วยกามโรคและโรคเอดส์จังหวัด และศูนย์กามโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคบาง

แห่ง จากข้อมูลรายงานที่ได้ไม่ครบถ้วนทุกจังหวัด ทำให้สถานการณ์โรคที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก โดยในปี 2552 มีอัตราอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพียง 17.66 ต่อประชากรแสนคน แต่จากข้อมูลรายงาน 506 ของสำนักกระบาดวิทยา ปรากฏว่าสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 31.76 ต่อแสนประชากรในปี 2551 เป็น 37.22 ต่อแสนประชากรในปี 2552 และ 45.1 ต่อแสนประชากร ในปี 2554 และในปี พ.ศ. 2555 สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 32,972 ราย อัตราป่วย 51.31 ต่อแสนประชากร ประกอบด้วยโรคซิฟิลิส 2,037 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.17 ต่อแสนประชากร, หนองใน 7,312 ราย (11.38), หนองในเทียม 2,270 ราย (3.53), แผลริมอ่อน 585 ราย (0.91), ฝีมะม่วง 795 ราย (0.91), เริมที่อวัยวะเพศ 2,619 ราย (4.08), หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก 2,179 ราย (3.39) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ 15,175 ราย เมื่อพิจารณาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมแล้ว พบผู้ป่วยสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นต่อไป มีอัตราป่วย 93.41 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾



เมื่อพิจารณาอัตราป่วยรายภาค ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ 27.42 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20.38 ต่อแสนประชากร ภาคใต้ 15.69 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 10.77 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนในจังหวัดเชียงรายเราพบว่าอัตราป่วยมาเป็นอันดับที่สอง รองจากเชียงใหม่พบ 714 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 59.57 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

จากการศึกษาของสามารดี พันธุ์เพชรและคณะ⁽³⁾ พบว่าจังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่เสี่ยงด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับสูงมากหลังจากปรับปรุงด้วยอายุ และในส่วนของอำเภอพญาเม็งราย ในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย 9.05 ต่อแสนประชากร แต่ในปี พ.ศ. 2557 ทางอำเภอพญาเม็งรายมีผู้ป่วยที่ติดโรคทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงมากขึ้นจาก 9.05 ต่อแสนประชากร เป็น 33.20 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 15-19 ปี เนื่องจากกลุ่มอายุนี้อยู่ในช่วงที่มีพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระและฮอร์โมน เป็นวัยอยากรู้อยากลอง มีความสนใจต่อเพศตรงข้าม และมีความต้องการทางเพศสูง นอกจากนี้จากสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และความเจริญด้านเทคโนโลยี การมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น ค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย และการเปลี่ยนคู่อุปสรรคเพศสัมพันธ์หลายคนซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น การเข้าถึงสื่อที่ผลักดันให้คนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากขึ้น แต่กลับไม่สามารถเข้าถึงความรู้ที่สำคัญในการป้องกันตัวเองจากภาวะคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญซึ่งสะท้อนจากผลของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ค่อนข้างต่ำและผลจากการเฝ้าระวังที่พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น แต่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ⁽⁵⁾

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความต้องการทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เพื่อผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปต่อยอดเป็นโครงการที่จะใช้ในการควบคุมหรือหาแนวทางป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเด็กนักเรียนหรือกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) ในกลุ่มประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) สุ่มเลือกโรงเรียนในเขตอำเภอพญาเม็งรายมา 2 โรงเรียน จากทั้งหมด 3 โรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ประชากรที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียน อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย มีจำนวนทั้งหมด 320 คน โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินสุขภาพทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย

เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา การพักอาศัย
สถานภาพครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์
จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศ
สัมพันธ์ จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนด้านความรู้
ตอบถูกได้ คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดได้ คะแนน
เท่ากับ 0 ดังนั้นคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ของนักเรียนมีค่าสูงสุด 9 คะแนน และ
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนความรู้จากกลุ่ม
นักเรียนเป้าหมายจะประเมินความรู้โดยอิงเกณฑ์
ตามระดับคะแนนซึ่งแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ⁽⁶⁾

เกณฑ์วัดระดับให้คะแนนด้านความรู้

- ผู้ที่ได้คะแนนความรู้น้อยกว่าหรือเท่า
กับ ร้อยละ 80 ถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนน
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน)

- ผู้ที่ได้คะแนนความรู้ระหว่าง ร้อยละ 51
ถึงร้อยละ 79 ถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
(คะแนนอยู่ระหว่าง 4-6 คะแนน)

- ผู้ที่ได้คะแนนความรู้น้อยกว่าร้อยละ 50
ถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับต่ำ (คะแนน น้อยกว่า 4
คะแนน)

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของ
แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศ
สัมพันธ์ ในนักเรียนจำนวน 30 คน พบค่าความ
เชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach' alpha coefficient) ได้ความเชื่อ
มั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเข้าไปเก็บ
ข้อมูล ในโรงเรียน จังหวัดเชียงราย

2. หลังจากได้รับอนุมัติให้เข้าไปเก็บ
ข้อมูล ทำหนังสือส่งตารางการเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อเข้าเก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา

3. ก่อนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้อธิบาย
ตลอดจนคำแนะนำอย่างชัดเจน และให้กลุ่ม
นักเรียนตอบเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวม
แบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน
สมบูรณ์ของข้อมูล

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ สถิติเชิง
พรรณนาสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ แสดงในรูปของ
ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ
ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัว
แปรหรือปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์
(Chi-square test) โดยผลการทดสอบถือว่า
นัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่ม
นักเรียน

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ตอบ
แบบสอบถามเป็นเพศชายจำนวน 142 คน เพศหญิง
จำนวน 178 คน รวมทั้งหมดจำนวน 320 คน โดย
ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 16 ปี ร้อยละ 39.7 ศึกษาอยู่
ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 40.3 การพักอยู่
อาศัยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา ร้อยละ
64.4 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่
ด้วยกัน ร้อยละ 67.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมทางเพศและประสบการณ์มี
เพศสัมพันธ์ นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว
ร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่บุคคลที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้ง
แรกด้วยเป็นแฟน ร้อยละ 94.3 และพนักงานขาย
บริการจำนวน ร้อยละ 3.8 อายุน้อยที่สุดที่นักเรียน



ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร (n=320)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	44.4
หญิง	178	55.6
อายุ		
≤ 15 ปี	28	8.7
16 ปี	127	39.7
17 ปี	126	39.4
18 ปี	39	12.2
ค่าเฉลี่ย = 16.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.83		
ค่าต่ำสุด = 14 ปี ค่าสูงสุด = 18 ปี		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	129	40.3
มัธยมศึกษาปีที่ 5	92	28.8
มัธยมศึกษาปีที่ 6	99	30.9
การพักอาศัยของนักศึกษาในปัจจุบัน		
บิดา-มารดา	206	64.4
บิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว	39	12.2
ญาติ	72	22.5
แฟน	3	0.9
สถานภาพครอบครัว		
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	217	67.8
บิดามารดาแยกกันอยู่	33	10.3
บิดามารดาหย่าร้าง	56	17.5
อื่นๆ	14	4.4

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ (n=320)

ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่		
เคย	105	32.8
ไม่เคย	215	67.2

ตารางที่ 2. (ต่อ)

ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ถ้าเคย นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุ (n=105)		
≤ 14 ปี	18	17.14
15 ปี	39	37.14
≥ 16 ปี	48	45.72
ปัจจุบันนักเรียนมีแฟนหรือคนรักหรือไม่		
มี	168	52.5
ไม่มี	152	47.5
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับใคร(n=105)		
แฟนหรือคนรัก	99	94.3
พนักงานขายบริการทางเพศ	4	3.8
ผู้ชายอื่นๆที่ไม่ใช่แฟนหรือพนักงานขายบริการทางเพศ	2	1.9
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนักเรียนหรือคู่นอน		
ได้ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ (n=105)		
ใช่	75	71.4
ไม่ใช่	25	23.8
จำไม่ได้	5	4.8
ใน 1 ปี ที่ผ่านมาคนที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ด้วยหรือตัวนักเรียน		
หรือคู่นอนได้ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ (n=105)		
ใช่	56	53.3
ใช้บางครั้ง	39	37.15
ไม่ใช่	9	8.57
จำไม่ได้	1	0.95
สาเหตุที่ครั้งล่าสุดที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์นักเรียนหรือคู่นอนไม่ได้สวมถุงยางอนามัย*		
หลังภายนอก	33	31.43
ไว้ใจซึ่งกันและกัน	21	20.0
หาถุงยางไม่ทัน	19	18.10
คิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้	12	11.43
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมานักเรียนใช้แอลกอฮอล์หรือไม่		
ใช่	176	55.0
ไม่ใช่	144	45.0
ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดนักเรียนได้ดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์หรือไม่		
ใช่	30	9.4
ไม่ใช่	290	90.6

*Multiple respond



มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 11 ปี การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนักเรียนหรือคู่นอนไม่ได้สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 23.8 สาเหตุที่ครั้งล่าสุดที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ นักเรียนหรือคู่นอนไม่ได้สวมถุงยางอนามัย เพราะ หลั่งภายนอก (ร้อยละ 31.43) ไวใจซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 20.0) ทาถุงยางไม่ทัน (ร้อยละ 18.10) และคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้ (ร้อยละ 11.43) ตามลำดับ และดื่มแอลกอฮอล์ของมีนเมาก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 9.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ระดับความรู้

ผลการศึกษาศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมด 9 ข้อ พบว่า นักเรียนมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 59.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.5 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3

จากตารางที่ 4 พบผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับสูง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 17.2 และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับน้อย จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 82.8

จากตารางที่ 5 แสดงถึงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับ

พฤติกรรมเสี่ยง พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรู้ และเขตของโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n=320)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (7-9 คะแนน)	189	59.1
ระดับกลาง (4-6 คะแนน)	123	38.4
ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	8	2.5

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของพฤติกรรมเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงระดับสูง	55	17.2
เสี่ยงระดับน้อย	265	82.8

*พฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง คือ บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ไม่ได้สวมถุงยางอนามัยหรือคู่นอนที่ไม่ได้สวมถุงยางหรือบางครั้งใน 1 ปี ที่ผ่านมา

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมความเสี่ยง

ลักษณะประชากร	เสี่ยง		ไม่เสี่ยง		χ^2	df	p-value
	n	%	n	%			
อายุ (ปี)					10.32	3	0.01*
≤ 15 ปี	3	10.7	25	89.3			
16 ปี	14	11.0	113	89.0			
17 ปี	26	20.6	100	79.4			
18 ปี	12	30.8	27	69.2			
ระดับการศึกษา					7.38	2	0.03*
มัธยมศึกษาปีที่ 4	15	11.6	114	88.4			
มัธยมศึกษาปีที่ 5	15	16.3	77	83.7			
มัธยมศึกษาปีที่ 6	25	25.3	74	74.7			

ตารางที่ 5. (ต่อ)

ลักษณะประชากร	เสี่ยง		ไม่เสี่ยง		χ^2	df	p-value
	n	%	n	%			
การพักอาศัยของนักศึกษาในปัจจุบัน					1.20	2	0.55
บิดา-มารดา	44	18.0	201	82.0			
ญาติ	10	13.9	62	86.1			
แฟนหรือเพื่อน	1	33.3	2	66.7			
สถานภาพครอบครัว					0.50	1	0.82
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	38	17.5	179	82.5			
บิดามารดาแยกกันอยู่	17	16.5	86	83.5			
ระดับความรู้					7.64	2	0.02*
ระดับสูง (7-9 คะแนน)	27	14.3	162	85.7			
ระดับกลาง (4-6 คะแนน)	24	19.5	99	80.5			
ระดับต่ำ (0-3คะแนน)	4	50.0	4	50.0			
เขต							
โรงเรียนประจำอำเภอ	34	14.0	223	86.0	14.37	1	<0.001**
โรงเรียนประจำตำบล	21	34.0	42	67.0			

P<0.05*, P<0.01**

โดยพบว่า นักเรียนที่มีอายุ 18 ปี มีความเสี่ยงในระดับสูงถึงร้อยละ 30.8 นักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความเสี่ยงระดับสูงถึงร้อยละ 25.3 นักเรียนที่มีระดับคะแนนความรู้ในระดับต่ำมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (ร้อยละ 50.0) และนักเรียนที่ศึกษาในเขตโรงเรียนประจำตำบล (ร้อยละ 34.0) ส่วนเพศ การพักอาศัยของนักเรียน และสถานภาพครอบครัวมีระดับพฤติกรรมระดับเสี่ยงไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบทางสถิติ (p<0.05)

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับสูง โดยพบว่ามีอายุน้อยสุดที่มีเพศสัมพันธ์ คือช่วงอายุ

14 ปี และนักเรียนส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 94.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของนักเรียนในจังหวัดกาฬสินธุ์⁽⁷⁾ ร้อยละ 83.0 และนักเรียนตอนปลาย ในจังหวัดขอนแก่น⁽⁸⁾ ร้อยละ 68.2 จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลถึงพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ยังเด็กเนื่องจากการมีแฟนเมื่ออายุน้อยเป็นส่วนใหญ่

ในช่วงอายุ 18 ปี พบว่าเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมทางเพศมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราม ชรัญ กอปกิ และคณะ⁽⁹⁾ พบอายุของนักเรียนในระหว่าง 17-18 ปี มีพฤติกรรมป้องกันเชื้อไอวี/เอดส์ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ในระดับต่ำนอกจากนั้นแล้วสาเหตุที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจเนื่องมา



จาก เป็นช่วยวัยที่ไวต่อการยอมรับสิ่งใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เริ่มมีพฤติกรรมที่กล้าเสี่ยง ชอบทดลองหาประสบการณ์ใหม่ๆ มีการเข้าถึงสื่อลามกอนาจาร โดยเฉพาะเรื่องเพศ อันเป็นผลมาจากพัฒนาการตามวัยและฮอร์โมนเพศที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁻¹²⁾

ถึงแม้ระดับความรู้ของนักเรียนส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับสูง แต่ถ้าหากพิจารณาระดับความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยง (จากตารางที่ 5) ของนักเรียนที่มีระดับความรู้ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับเสี่ยง โดยพบนักเรียนที่มีความรู้ในระดับต่ำที่มีพฤติกรรมเสี่ยงถึงร้อยละ 50 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณทิพย์วาริรัมย์ และคณะ^(13, 14) พบนักเรียนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีความรู้ในระดับน้อยถึงร้อยละ 30.4 ทั้งนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹⁵⁾ ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น ความเชื่อ ทศนคติหรือเจตคติ ค่านิยม เป็นต้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัญจน์ พลอินทร์ ฐิติพร และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาอยู่ใน

ระดับมาก สาเหตุอาจเนื่องมาจากการวิจัยของกัญจน์ และคณะ เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นชายตอนกลาง ซึ่งเพศชายอาจมีความสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและกล้าที่จะแสวงหาความรู้มากกว่านักเรียนหญิง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

ควรมีนโยบายในการควบคุมป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขควรมีแผนงานหรือโครงการให้เยาวชนได้เรียนรู้ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์และนักเรียนในพื้นที่ ที่ท่านได้ให้ความร่วมมือในการลงเก็บข้อมูลอย่างเต็มใจ และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์สังคม โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย และคณาจารย์จากสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections in adolescence. Department of Reproductive Health and Research 2004.
2. สำนักระบาดวิทยา. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th/> (วันที่ค้นข้อมูล: 10 ตุลาคม 2558).
3. สามารถ พันธุ์เพชร, ฐาปกรณ์ เรือนใจ, ภัทธาภรณ์ สอนคำมี. การเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงต่อการมีอัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสสูงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554-2556. วารสารโรคเอดส์. 2558; 27(2). 69-77.
4. โรงพยาบาลพญาเม็งราย. ข้อมูลทางสุขภาพและรายงานผู้ป่วย. 2558 : 14-15.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากร พ.ศ. 2543-2568.

6. Bloom BS. Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning: Theory and practice*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1971.
 7. หงส์คำ นครชัย, เบญจพล แสงไสว, สำรอง บุญประเสริฐ, ประดิษฐ์ พันธุ์ประดับ, และอรทัย พันธุ์ประดับ. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนดอนไทรงานพิทยาคม ตำบลโพนพาน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ* 2551, 1–10.
 8. วรณนรินทร์ ป้องเรือ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดขอนแก่น. [ปัญหาพิเศษสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
 9. งาม ชรัญ กอपालิ, บุญยง เกี่ยวการค้า, จุฑาธิป ศีลบุตร. พฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 2550; 5 : 87–95.
 10. รุจา ภูโพบูลย์. การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นแบบมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห.จ.ก. โนเบิล; 2547.
 11. Donatelle RJ. *Health: The basics* 6th ed. San Francisco, CA: Pearson Education; 2005.
 12. Okafor, II, Obi SN. Sexual risk behaviour among undergraduate students in Enugu, Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 2005; 25 : 592–595.
 13. วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, อาภาพร เฝ้าวพัฒนา, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา. ปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเด็กวัยรุ่นชาย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2556:31–45.
-



การประเมินประสิทธิภาพของโครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ต้องขังชายในเรือนจำ 3 แห่ง จังหวัดเชียงราย, ขอนแก่น และอุดรธานี (พ.ศ. 2551-2554)

เครือทิพย์ จันทรธานีวัฒน์*, ภัทรชราณี ชนะแก้ว*

Abstract

Evaluation HIV Counseling and Testing Service Utilization and Factors Associated with Serviced Uptake in Three Thai Prisons: A Program Evaluation

Kruatip Jantarathaneewat*, Patsarane Chanakaew*

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

Bureau of AIDS, TB and STIs, Thailand MOPH-U.S. CDC Collaboration and Department of Corrections conducted HIV prevention and health care service for HIV-infected inmates in three central prisons such as Udon Thani, Khon Kaen and Chiang Rai since 2008-2011. Many prison-officers were trained for educating prisoners and inviting them to be a leading volunteer. After that, these leading volunteers introduced knowledge about HIV prevention and health care service for HIV-infected inmates to other prisoners and pursued them to join a HIV screening system voluntarily. Moreover, we developed maintenance and referral system between prisons and, the main local hospitals. We also arranged environment in prison for supporting HIV prevention. After our study was finished, we evaluated effectiveness of our study for examining quality of HIV screening service and factors associated with HIV screening attendance by collecting quantitative data from 1,538 inmates, in-depth interview with 60 prisoners and prison officers and compared with long-term service. This study was a cross sectional survey which prisoners had to answer our survey via pocket PC for measuring rate of using HIV screening service and factors associated with this service.

From the result of our study, we found that many volunteers know about HIV and STIs well, Volunteer's HIV prevention activity was comprehensive, 78 % of prisoners accessed knowledge, 22 % of prisoners accessed HIV screening which 91 % of them accepted that they were pursued by volunteer; In the aspect of completely of our service, we found that 89% of volunteers received pre- HIV test counseling and 85 % of volunteers received post-HIV test counseling and 20 percentages of volunteers had HIV positive result and all of them were measured CD4 cells. Seventy-one percentages of these volunteer obtained a necessary service, 27 % of them were transfer to main hospitals and 17 % of them were taken antiretroviral drugs. Many volunteers (68%) had to wait for HIV test result for 30 days.

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

Most of the volunteers (67%) knew about HIV screening in prison and one-fourth of them (28%) were interested to attend our service. An important factor affected in HIV screening attendance in prisons was a leading volunteer.

In summary, there are many perspectives of our HIV screening service need to be improved. A leading volunteer was affected to HIV screening attendance rate in our main subject. HIV and STIs screening service should be introduced in prison's clinic. Furthermore, communicable disease and non-communicable disease should be screened in new coming inmates. Prison should arrange screening service, especially same day HIV testing, for old inmates. Besides, guideline for disease prevention is an important tool to take care of prisoner's health.

Key Words: Prisoner, HIV Counseling and Testing Service, Preventive Service, Treatment and Care. Thai AIDS J 2015/2016; 28 : 31-45

บทคัดย่อ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ (ด้านสาธารณสุข) และกรมราชทัณฑ์ ร่วมกันดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี ในผู้ต้องขัง ในเรือนจำ 3 แห่ง ได้แก่ เรือนจำกลางอุดรธานี เรือนจำกลางขอนแก่น และเรือนจำกลางเชียงราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2554 โดยได้พัฒนาศักยภาพผู้คุมให้เป็นวิทยากร เพื่อพัฒนาผู้ต้องขังให้เป็นแกนนำอาสาสมัคร โดยแกนนำอาสาสมัครขยายผลการให้ความรู้ไปยังผู้ต้องขังในแดน รวมถึงชักชวนเพื่อนให้เข้าสู่ระบบการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบการดูแลรักษา และระบบส่งต่อระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลเครือข่ายหลัก รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการป้องกันเอชไอวี ภายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น คณะผู้วิจัยได้จัดทำผลการประเมินประสิทธิผลโครงการ เพื่อตรวจสอบคุณภาพของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ต้องขัง 1,538 คน สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่อีก 60 คน และเปรียบเทียบข้อมูลกับการให้บริการระยะยาวของโครงการ โครงการนี้เป็นการสำรวจข้อมูลแบบภาคตัดขวางโดยให้ผู้ต้องขังตอบแบบสอบถามผ่านคอมพิวเตอร์ขนาดมือถือ เพื่อวัดอัตราการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ค่อนข้างดี, กิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของแกนนำอาสาสมัครมีความครอบคลุมของการใช้บริการ ผู้ต้องขังเข้าถึงความรู้ร้อยละ 78, เข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 22 ในจำนวนคนที่เข้าถึงการตรวจ ยอมรับว่ามาจากการแนะนำของอาสาสมัครร้อยละ 91 ส่วนในด้านความครบถ้วนของบริการพบว่าอาสาสมัครได้รับบริการให้คำปรึกษาก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวีร้อยละ 89 และรับบริการให้คำปรึกษาหลังตรวจหาเชื้อเอชไอวีร้อยละ 85 อาสาสมัครมีผลเลือดบวกร้อยละ 20 อาสาสมัครทุกคนที่มีผลเลือดบวกได้รับการตรวจซีดี 4 ซึ่งในอาสาสมัครจำนวนนี้ ได้รับการที่จำเป็นคิดเป็นร้อยละ 71 ส่งต่อไปรับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 27 และได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 17 ระยะเวลาการรอคอยผลการตรวจส่วนใหญ่ร้อยละ 68 รอผลเป็นเวลา 30 วัน ความง่ายในการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี อาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) รู้ว่ามีบริการตรวจในเรือนจำโดยอาสาสมัครหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 28) สนใจที่จะไปใช้บริการปัจจัยที่เอื้อต่อการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ พบว่าแกนนำอาสาสมัครมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจให้เข้ารับบริการ

ข้อสรุปในการศึกษานี้ พบว่ายังมีช่องว่างในคุณภาพบริการบางส่วนที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมในการให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ แกนนำอาสาสมัครมีผลต่อการเพิ่มอัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก และควรมีการพัฒนาคลินิกของเรือนจำให้สามารถรองรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนข้อเสนอแนะ เช่น ควรมีการคัดกรองโรคติดต่อและไม่ติดต่อในผู้ต้องขังแรกรับ สำหรับผู้ต้องขังเก่าที่อยู่ในเรือนจำควรจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจ และควรรววิธีตรวจเลือดแบบทราบผลภายในวันเดียว นอกจากนี้แล้วแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำจะเป็นเครื่องมือสำหรับดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง

คำสำคัญ ผู้ต้องขัง, บริการคำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี, การดูแลรักษา, บริการป้องกัน
วารสารโรคเอดส์ 2558/2559; 28 : 31-45



บทนำ

ในปัจจุบันมีประชากรผู้ต้องขังกว่า 10 ล้านคนทั่วโลก ทั้งผู้ต้องขังที่ถูกตัดสินแล้วและผู้ที่ไม่ได้ขังระหว่างรอพิจารณาคดี⁽¹⁾ ผู้ต้องขังเหล่านี้เป็นประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ก่อนต้องขังและอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างต้องขัง เช่น การใช้อุปกรณ์ฉีดยาหรือเข็มสักร่วมกัน และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นต้น อีกทั้งผู้ต้องขังส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยหนุ่ม ซึ่งมีหลายงานวิจัยบ่งชี้ว่าผู้ต้องขังวัยหนุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีโอกาสใช้เข็มฉีดยาร่วมกันสูงกว่าประชากรที่ไม่ได้จำคุก และสูงกว่าชายในช่วงอายุอื่น⁽²⁻⁹⁾ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป อาทิ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังประเทศอินโดนีเซียสูงถึงร้อยละ 8.4-15.4 ในขณะที่กลุ่มประชากรทั่วไปมีอัตราการติดเชื้อเพียงร้อยละ 0.1-0.2 เท่านั้น⁽⁹⁾

ประเทศไทยมีกลุ่มประชากรผู้ต้องขังสูงกว่าทุกประเทศในบริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คิดเป็น 328 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽¹⁾ ปัจจุบันมีผู้ต้องขัง 289,583 คนที่จำคุกอยู่ในเรือนจำและทัณฑสถาน 141 แห่งทั่วประเทศไทย ในแต่ละเดือนมีผู้ต้องขังประมาณ 10,000 คน ได้รับการปล่อยตัว และมีผู้ต้องขัง 16,000 คนที่เข้าจำคุก⁽¹⁰⁾ ในปีพ.ศ. 2546 จากผลสำรวจอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลางคลองเปรม พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 25 และมีอัตราการติดเชื้อรายใหม่ร้อยละ 4⁽⁶⁾ เมื่อเทียบกับอัตราการติดเชื้อในกลุ่มประชากรไทยทั่วไปร้อยละ 1.2 และกลุ่มชายลูกจ้างของพนักงานบริการที่ร้อยละ 4-8 อัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ต้องขังถือว่าสูงและควรได้รับการแก้ไขจัดการอย่างเร่งด่วน แต่เนื่องจากกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างครบวงจรในเรือนจำนั้นยังมีน้อย^(11,12) การส่งต่อ

ผู้ต้องขังไปยังโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นในกรณีที่มีอาการป่วยรุนแรงเท่านั้น สำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เช่น อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะไม่ได้รับการส่งต่อไปตรวจและรับการรักษาที่ถูกต้อง การให้การปรึกษาพร้อมตรวจหาเชื้อเอชไอวีนั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากจะช่วยให้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และทำให้ผู้ที่มีผลเลือดบวกได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างทันท่วงที^(13,14) ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงสูงและไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านมาการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำมักเกิดขึ้นในกรณีที่เจ้าหน้าที่พยาบาลพบผู้ต้องขังที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์ ดังนั้นการเริ่มยาต้านไวรัสจะเกิดขึ้นช้ามากซึ่งการเข้าถึงยาต้านไวรัสช้าจะมีผลเสียต่อทั้งเชิงคลินิกในแง่การดูแลรักษาผู้ป่วยและส่งผลเสียเชิงสาธารณสุขในการควบคุมโรค ทั้งนี้มีหลักฐานเป็นที่แน่ชัดแล้วว่าการกินยาต้านไวรัสจะช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อให้คู่ได้ถึงร้อยละ 96⁽¹⁵⁾

ในปีพ.ศ. 2550-2553 กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมราชทัณฑ์ (กองบริการทางการแพทย์) และโครงการเอดส์โลก ประเทศไทย และภาคพื้นเอเชีย จึงได้ร่วมกันทำโครงการนำร่องเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างครบวงจรในเรือนจำ 3 แห่งในประเทศไทย คือ เรือนจำกลางเชียงราย (มีผู้ต้องขังประมาณ 3,800 คน) เรือนจำกลางอุดร (มีผู้ต้องขังประมาณ 1,500 คน) และเรือนจำกลางขอนแก่น (มีผู้ต้องขังประมาณ 1,500 คน) โดยคัดเลือกจากความพร้อมและนโยบายสนับสนุนในการทำงานเชิงรุกของโรงพยาบาลเครือข่ายหลัก กิจกรรมโครงการ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยแกนนำผู้ต้องขังที่ผ่านการอบรม

2) การอบรมผู้คุมเป็นวิทยากรเอดส์และ กำกับดูแล
แกนนำ 3) การกระจายถุงยางอนามัย 4) การส่งเสริมการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี 5) การจัด
บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ 6) การส่ง
ต่อไปรับบริการดูแลรักษา หลังจากดำเนินโครงการ
3 ปี ได้จัดทำประเมินความเป็นไปได้ในการจัด

บริการและผลลัพธ์ของโครงการ โดยศึกษาทั้ง
กิจกรรมการป้องกันโดยแกนนำผู้ต้องขังและบริการ
ตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ ตัวแปรที่ศึกษาคือ
อัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวี คุณภาพของบริการ
ตรวจเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้
บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี



รูปที่ 1. Comprehensive HIV intervention package provided to 3 pilot prisons in Thailand

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการดำเนินกิจกรรมในเรือน
จำ 3 แห่ง เสนอเป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรม
ขยายผลต่อยอด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยหลายรูปแบบ
จะนำผลการวิจัยจากทุกรูปแบบมาเปรียบเทียบและ
หนุนเสริมกัน (triangulation) ซึ่งการใช้วิธี
triangulation นี้เหมาะสำหรับการประเมิน

กิจกรรมโครงการที่ไม่สามารถใช้ในการวิจัยเชิง
ทดลองโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบได้⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ในการ
ประเมินนี้คณะทำงานใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ
จากผู้ต้องขังจำนวน 1,538 คน สัมภาษณ์เชิงลึกกับ
ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่จำนวน 60 คน และเปรียบเทียบ
กับข้อมูลการให้บริการระยะยาวของโครงการ
ซึ่งรายงานชุดนี้จะมุ่งเน้นผลของข้อมูลเชิงปริมาณ
ซึ่งเป็นข้อมูลภาพตัดขวาง (cross sectional
survey) ที่ได้จากผู้ต้องขัง 1,538 รายในเรือนจำ
3 แห่ง โดยเป็นการตอบแบบสอบถามผ่านคอม-
พิวเตอร์ขนาดเล็ก (pocket PC) เพื่อวัดอัตรา



การใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

การวัดผล

วัตถุประสงค์ของโครงการโดยวัดจากความครอบคลุมของกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยแกนนำ และความครอบคลุมของการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีระหว่างปี 2551 ถึงปี 2554 เพื่อวัดส่วนการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขัง ความครอบคลุมนี้ถูกวัดด้วยคำถาม “ท่านเคยได้รับการป้องกันเอชไอวีจากแกนนำหรือไม่” และคำถาม “ท่านเคยรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำหรือไม่” นอกจากนี้ ยังศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นต่างๆ เช่น ความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงและประวัติการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในอดีต โดยความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์จะถูกวัดด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งตัดแปลงมาจากคำถาม UNGASS 5 ข้อ และเป็นคำถามเพิ่มเติมอีก 5 ข้อ โดยผู้ต้องขังจะเลือกว่าข้อความที่กล่าวมาเป็นความจริงหรือเท็จ หรือไม่ทราบ สำหรับความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะวัดด้วยคำถาม 4 ข้อเกี่ยวกับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับคุณภาพบริการ คณะทำงานได้วัดคุณภาพจากความตรงเวลาในการให้บริการโดยดูจากจำนวนวันที่ผู้ต้องขังต้องรอฟังผลหรือรอดำเนินการส่งต่อโดยผู้ต้องขังเป็นผู้กรอกจำนวนวันลงในแบบสอบถาม สำหรับความพึงพอใจในบริการ ผู้ต้องขังที่เคยใช้บริการจะเป็นผู้ให้คะแนนจาก 0-10 ในคำถาม “ท่านพอใจในบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำแห่งนี้มากแค่ไหน” โดยคณะทำงานตั้งสมมติฐานว่า 1) การใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีของผู้ต้องขังจะมีความสัมพันธ์กับการผ่านกิจกรรมป้องกันจากแกนนำ และ 2) คุณภาพการให้บริการในเรือนจำ

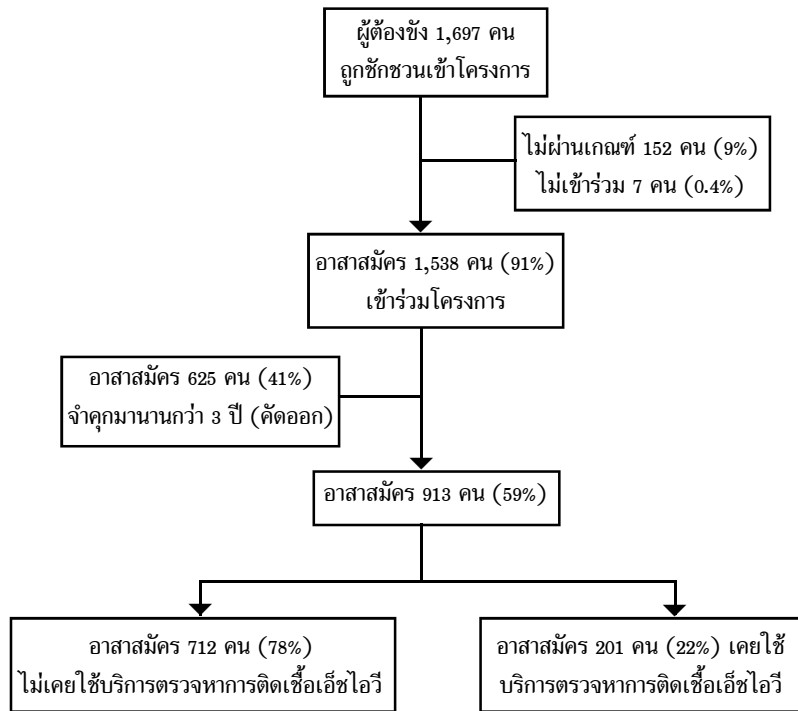
มีความสมบูรณ์ ตรงเวลา เข้าถึงง่าย และเป็นที่น่าพอใจแก่ผู้ใช้บริการ

ประชากรที่ศึกษา

คณะทำงานได้สุ่มเลือกผู้ต้องขังชาย 1,697 คน ตามสัดส่วนของเรือนจำ 3 แห่ง (เชียงใหม่, อุตรดิตถ์, และขอนแก่น) และเชิญให้ผู้ต้องขังเหล่านี้เข้าร่วมการสำรวจแบบภาพตัดขวาง เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร ได้แก่ เป็นผู้ต้องขังที่จำคุกมากกว่า 6 เดือน, อายุ 18 ปีขึ้นไป และ อ่านเขียนภาษาไทยได้ จากผู้ต้องขัง 1,697 คน มีผู้ต้องขังจำนวน 1,538 คนที่ผ่านเกณฑ์และเต็มใจเข้าร่วมการสำรวจ และในการวิเคราะห์ ตัดอาสาสมัครที่จำคุกมากกว่า 3 ปีออกจากการวิเคราะห์ เพื่อตัดอคติจากโอกาสในการได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีจากเจ้าหน้าที่ก่อนเริ่มโครงการนี้ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ตัวแปรที่เอื้อต่อการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จะใช้ข้อมูลของอาสาสมัคร 913 คน (แผนภูมิที่ 2)

การเก็บข้อมูล

คณะทำงานได้เก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการ ความเสี่ยงและประโยชน์ของการเข้าร่วม รวมถึงการเก็บความลับ และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม ให้แก่ผู้ต้องขังที่ได้รับการสุ่มชื่อขึ้นจากระบบ จากนั้นจึงขอความยินยอมโดยความสมัครใจซึ่งผู้ยินยอมจะต้องลงนามกำกับในใบยินยอมด้วย หลังจากลงนามในใบยินยอม อาสาสมัครจะตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ขนาดมือถือ เป็นเวลาประมาณ 20-40 นาที แบบสอบถามนี้มีจำนวน 108 ข้อ พร้อมระบบข้ามข้ออัตโนมัติ โดยจะถามข้อมูลเชิงประชากร พฤติกรรมเสี่ยง การได้รับกิจกรรมป้องกันจากแกนนำอาสาสมัคร และการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละชุดจะถูก



รูปที่ 2. พังจำนวนอาสาสมัคร

ดึงเข้าไปรวมในฐานข้อมูลใหญ่ ในรูปแบบของโปรแกรมไมโครซอฟท์แอคเซส (MS Access) ที่มีการรหัสผ่านในการเข้าถึง ฐานข้อมูลนี้จะถูกใช้ในการวิเคราะห์และจัดการข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงประชากรและความครอบคลุมในบริการ

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการศึกษาลักษณะเชิงประชากรของอาสาสมัครและอัตราการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและกิจกรรมป้องกันของแกนนำ พร้อมทั้งตัวแปรอื่นๆ เช่น ความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี ทศนคติเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและผู้มีเชื้อความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆด้วย

2. คุณภาพของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีวิเคราะห์ในองค์ประกอบ 4 ด้านเพื่อพิจารณาคุณภาพของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

อาทิ ความครบถ้วนของบริการ เวลาที่ใช้ในการให้บริการจนครบ ความง่ายในการเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในกลุ่มผู้ที่เคยใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ

ความครบถ้วนจะถูกพิจารณาจากสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการปรึกษา ก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวี สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี สัดส่วนของผู้ที่รับฟังผลการติดเชื้อเอชไอวี สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการตรวจซีดี 4 และได้รับการส่งต่อหากผลเลือดเป็นบวก สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ ผู้วิจัยวัดจากจำนวนวันในการคอยผลตรวจหาเชื้อเอชไอวีและจำนวนวันในการคอยตรวจซีดี 4 สำหรับผู้ที่มีผลเลือดบวก สำหรับความง่ายในการเข้าถึงบริการจะวัดจากสัดส่วนผู้ต้องขังที่ทราบถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ และสำหรับความพึงพอใจในบริการ จะวัดจากการให้คะแนนความ



พึงพอใจตั้งแต่ 0 ถึง 10

3. ปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

โครงการใช้โปรแกรม SPSS (PASW Statistic 18.0) ในวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อในการใช้บริการโดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรแบบ bivariate analysis เพื่อดูความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรต่างๆที่เอื้อต่อการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เช่น พฤติกรรมเสี่ยง ประวัติการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการได้รับการบริการจากแกนนำ หลังจากนั้นหาตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีวิเคราะห์แบบ backward stepwise logistic regression โดยนำตัวแปรต่างๆบรรจุลงในโมเดลการวิเคราะห์ ได้แก่ เรือนจำที่ผู้ต้องขังจำคุกอยู่ อายุ การศึกษา ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (เช่น การใช้เข็ม/มีดร่วมกับผู้อื่น การฝังมุกที่อวัยวะเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในเรือนจำ) ประวัติการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าเรือนจำ การเข้าถึงถุงยางอนามัย และการได้ร่วมกิจกรรมกับแกนนำอาสาสมัครต้านเอดส์

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และผ่านการพิจารณาของศูนย์ป้องกันควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (U.S. CDC) และเพื่อปกป้องความลับของอาสาสมัคร การสำรวจนี้จะใช้รหัสเพื่อปกป้องระบุตัวตน จะไม่ใช่ชื่อจริงโดยเด็ดขาด นอกจากนี้อาสาสมัครยังได้รับการยืนยันแล้วว่าการเข้าร่วมนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และอาสาสมัครจะถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

จากอาสาสมัครทั้งหมด 1,538 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ พบว่าส่วนใหญ่จากมาเรือนจำ เชียงราย (50%) เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป (64%) เคยทำงานรับจ้างทั่วไปก่อนเข้าเรือนจำ (66%) จำคุกด้วยข้อหาพรบ.ยาเสพติด (57%) และจำคุกเป็นครั้งแรก (85%) อายุมัธยฐานอยู่ที่ 32 ปี และค่ามัธยฐานของเวลาที่จำคุกคือ 28 เดือน สำหรับสถานภาพการสมรส และภูมิลำเนา พบการกระจายที่เท่ากันในกลุ่มที่โสด (41%) และกลุ่มที่แต่งงานแล้ว (41%), และมีภูมิลำเนาอยู่ภาคเหนือ (42%) และมีภูมิลำเนาอยู่ภาคอีสาน (43%), ดังปรากฏใน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ลักษณะเชิงประชากรของผู้ต้องขัง 1,538 คน ในเรือนจำ 3 แห่ง ประเทศไทย

ลักษณะเชิงประชากร	N = 1,538	
	N	%
อายุ (มัธยฐาน)	32 ปี	
อายุเท่าค่ามัธยฐานหรือต่ำกว่า	495	54
อายุมากกว่าค่ามัธยฐาน	418	46
จำคุกอยู่ใน		
เรือนจำเชียงราย	761	50
เรือนจำขอนแก่น	354	23
เรือนจำอุดรธานี	423	27
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพและปริมณฑล	143	9
ภาคเหนือ	640	42
ภาคอีสานอื่นๆ	656	43
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	14	1
ประถมศึกษา	532	35
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	992	64

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ลักษณะเชิงประชากร	N = 1,538	
	N	%
สถานภาพสมรส		
โสด	634	41
แต่งงาน	626	41
หย่า/หม้าย	278	18
อาชีพก่อนจำคุก		
นักเรียน	98	6
รับจ้างทั่วไป	1021	66
ข้าราชการ	65	4
พนักงานบริษัท	174	11
ว่างงาน	64	4
อื่นๆ	116	8
จำคุกเป็นครั้งแรก		
ใช่	1,301	85
ไม่ใช่	237	15
สถานภาพการจำคุก		
กำลังอุทธรณ์	181	12
ตัดสินความผิดแล้ว	1357	88
เหตุที่จำคุก		
ความผิดต่อทรัพย์สิน	237	15
ความผิด พระราชบัญญัติยาเสพติด	876	57
ความผิดต่อชีวิต	214	14
ความผิดด้านการทำร้ายร่างกาย	53	3
ความผิดต่อเพศ	110	7
อื่นๆ	48	3
คำมีฐานระยะเวลาที่จำคุก	28 เดือน	

อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ค่อนข้างดี (คะแนนเฉลี่ย 2.7 เต็ม 4) และมีความรู้ด้านเชื้อเอชไอวีในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 8.2 เต็ม 10) โดยรวมแล้ว อาสาสมัครมี

พฤติกรรมเสี่ยงระหว่างจำคุกไม่ต่างไปจากพฤติกรรมเสี่ยงก่อนจำคุก กล่าวคือ มีอาสาสมัครหนึ่งในห้าที่เคยใช้เข็มร่วมกันกับผู้อื่นทั้งก่อนและระหว่างจำคุก อาสาสมัครหนึ่งในห้าที่เคยฝังมุกที่อวัยวะเพศทั้งก่อนและระหว่างจำคุก และอาสาสมัครร้อยละ 9 ที่รายงานว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับชายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งก่อนจำคุก และร้อยละ 5 ที่มีพฤติกรรมนี้ระหว่างจำคุก (ตารางที่ 2)

กิจกรรมป้องกันเอชไอวีของแกนนำอาสาสมัครมีความครอบคลุมค่อนข้างดี คือสามารถเข้าถึงร้อยละ 78 ของอาสาสมัคร ซึ่งต่างจากความครอบคลุมของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ซึ่งมีอาสาสมัครเพียงหนึ่งในสี่ที่รายงานว่าได้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจในเรือนจำ

1. การใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

เพื่อลดอคติของข้อมูล เนื่องจากในอดีตผู้ต้องขังบางรายอาจได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีซึ่งไม่ใช่ผลจากโครงการ คณะทำงานจึงกรองผู้ต้องขังที่เคยตรวจ (ก่อนโครงการเริ่ม) ออกจากการวิเคราะห์ จึงเหลืออาสาสมัครจำนวน 913 คน ผลมีผู้ที่ใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำน้อยกว่าหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 22 หรือ 201 คน) ซึ่งเป็นอัตราที่เท่ากับอัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ของปีนั้น (สำนักกระบาดวิทยา, 2010) และในจำนวน 201 คนนี้ มีอาสาสมัครสูงถึงร้อยละ 91 ที่รายงานว่าได้ทราบถึงบริการนี้จากแกนนำอาสาสมัครด้านเอดส์ และอาสาสมัครร้อยละ 70 ได้รับฟังผลตรวจ และมีผู้ที่คาดว่าน่าจะมีผลเลือดบวกอยู่ร้อยละ 20 (ในแบบสอบถามไม่มีคำถามตรงว่าท่านมีผลเลือดบวกหรือไม่) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) ของอาสาสมัครที่คาดว่าไม่มีผลเลือดบวกได้รับการส่งต่อไปรับบริการตรวจร่างกาย

2. คุณภาพของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ



ตารางที่ 2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของอาสาสมัคร ก่อนและระหว่างจำคุก

พฤติกรรมเสี่ยง	N=1538	%
คะแนนเฉลี่ยสำหรับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.7 คะแนน จาก 4 คะแนน	
คะแนนเฉลี่ยสำหรับความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี	8.2 คะแนน จาก 10 คะแนน	
ความเสี่ยงก่อนจำคุก		
ใช้อุปกรณ์สีกลายร่วมกับผู้อื่น	328	21
ใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	43	3
ฝังมุกที่อวัยวะเพศ	305	20
มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	138	9
รวมจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่างๆตามที่กล่าวมา	627	41
ความเสี่ยงระหว่างจำคุก		
ใช้อุปกรณ์สีกลายร่วมกับผู้อื่น	356	23
ใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	10	0.7
ฝังมุกที่อวัยวะเพศ	302	20
มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	82	5
รวมจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่างๆตามที่กล่าวมา	562	37
เคยร่วมกิจกรรมกับแกนนำอาสาสมัครต้านเอดส์		
เคย	714	78
ไม่เคย	199	22
เคยใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ		
เคย	431	28
ไม่เคย	1107	72

เพื่อวัดคุณภาพของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ คณะทำงานพิจารณาองค์ประกอบ 4 อย่าง ได้แก่ ความครบถ้วนของบริการ, ความง่ายในการเข้าถึงบริการ, เวลาที่ใช้ในการให้บริการ, และ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทั้ง 201 คน สำหรับด้านความสมบูรณ์ของบริการ จะเน้นสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการให้การศึกษาก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวี, ผู้ที่ได้รับการปรึกษาหลังตรวจหาเชื้อเอชไอวี, ผู้ที่ได้รับฟังผลตรวจหาเชื้อเอชไอวี และ ผู้ที่ได้รับการตรวจวัดปริมาณซีดี 4 และส่งต่อไปรับ

บริการตรวจร่างกายเบื้องต้นสำหรับผู้มีเชื้อ ด้านความง่ายในการเข้าถึงบริการ จะดูจากสัดส่วนของผู้ที่ทราบถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีนี้และทัศนคติต่อเอชไอวี/เอดส์รวมทั้งผู้มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์อันเป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ส่วนเวลาที่ใช้ในการให้บริการ จะดูจากจำนวนวันที่อาสาสมัครคอยผลตรวจหาเชื้อเอชไอวี และคอยผลตรวจซีดี 4 และสำหรับความพึงพอใจในบริการ จะวัดจากการให้คะแนนความพึงพอใจตั้งแต่ 0 ถึง 10

3. ความครบถ้วนของบริการ

อาสาสมัคร 201 คนที่เคยใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่คลินิกเรือนจำ มีร้อยละ 89 (178 คน) ที่ได้รับการปรึกษาก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 85 (171 คน) ได้รับการปรึกษาหลังตรวจหาเชื้อเอชไอวี และร้อยละ 68 (140 คน) ได้รับฟังผลตรวจ มีอาสาสมัคร 41 ราย (ร้อยละ 20) ที่น่าจะผลเลือดบวก จากคำถาม “ท่านได้รับการตรวจซีดี 4 หลังจากรับผลเอชไอวีหรือไม่?” และมีผู้ที่ตอบว่าใช่ 41 คน

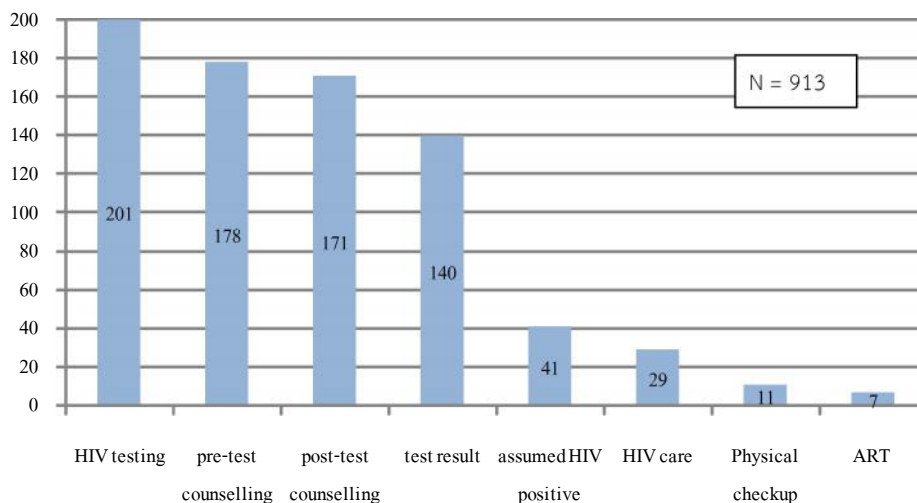
ในกลุ่มอาสาสมัคร 41 คนที่คาดว่าจะมีผลเลือดบวก มีอาสาสมัคร 29 คน (ร้อยละ 71) ที่รายงานว่าได้รับบริการที่จำเป็นสำหรับผู้มีเชื้ออย่างน้อย 1 รายการ อาทิ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การคัดกรองวัณโรค การปรึกษาเพื่อเริ่มยาต้านไวรัส การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือรับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยมีอาสาสมัคร 11 ราย (ร้อยละ 27) ที่ได้รับการส่งต่อไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล อาสาสมัคร 7 ราย (ร้อยละ 17) กำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ (แผนภูมิที่ 3)

4. เวลาที่ใช้ในการให้บริการ

ค่ามัธยฐานของจำนวนวันในการรอฟังผลอยู่ที่ 30 วัน (มีช่วงห่างตั้งแต่ 1–365 วัน) โดยอาสาสมัครร้อยละ 21 รอฟังผลที่ 30 วัน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) ได้รับฟังผลภายใน 30 วัน สำหรับผู้ที่คาดว่าผลเลือดบวกจำนวน 41 ราย ค่ามัธยฐานของจำนวนวันในการรอรับผลซีดี 4 คือ 21 วัน (มีช่วงห่างตั้งแต่ 5–120 วัน) ผู้ที่ได้ตรวจซีดี 4 ร้อยละ 21 รายงานว่ารอฟังผลซีดี 4 ที่ 30 วัน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ได้รับฟังผลซีดี 4 ภายใน 30 วัน

5. ความง่ายในการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

คณะทำงานวัดความง่ายในการเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การที่บริการเป็นที่รู้จัก ความเต็มใจที่จะมาใช้บริการ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี คณะทำงานพบว่าการจัดระบบบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำนั้นเป็นที่รู้จักในกลุ่มอาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) โดยอาสาสมัคร



รูปที่ 3. แผนภูมิความครบถ้วนในบริการที่อาสาสมัครได้รับในการใช้บริการตรวจหาภาวะติดเชื้อเอชไอวีใน 3 เรือนจำ



หนึ่งโนสึ (ร้อยละ 28) รู้สึกสนใจที่จะไปใช้บริการอย่างมาก และเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48) ที่รู้สึกค่อนข้างสนใจที่จะไปใช้บริการภายใน 3 เดือนข้างหน้า

ในด้านทัศนคติของอาสาสมัครต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี พบอาสาสมัครกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ที่ไม่ยินดีที่จะอยู่ร่วมกับผู้ต้องขังที่มีเชื้อเอชไอวี และหนึ่งโนสึ (ร้อยละ 26) ไม่น่าจะรับประทานอาหารร่วมกับผู้มีเชื้อ อย่างไรก็ตาม มีอาสาสมัครร้อยละ 90 ที่รายงานว่าจะบอกคู่ของตนหากพบว่าตนเองว่ามีเชื้อ และอาสาสมัครร้อยละ 95 ที่เต็มใจจะดูแลสมาชิกครอบครัวที่มีเชื้อเอชไอวี

6. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ผู้ให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีร้อยละ 82 รายงานว่ารู้สึกพึงพอใจกับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่คลินิกของเรือนจำ โดยมีคะแนนความพึงพอใจมัธยฐานอยู่ที่ 9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ค่าเฉลี่ยคือ 8 คะแนน โดยมีช่วงคำตอบตั้งแต่ 1-10 คะแนน)

ปัจจัยที่เอื้อต่อการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ:

คณะทำงานพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการได้เข้าร่วมกิจกรรมกับแกนนำอาสาสมัคร ($p = 0.000$) อย่างไรก็ตามการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีนั้นก็ยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ด้วย อาทิ มีสถานะภาพโฮสต์ จำคุกอยู่ในเรือนจำ เชียงราย มีคะแนนความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าค่าเฉลี่ย เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และ เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าเรือนจำ ($p < 0.01$) ดังปรากฏในตารางที่ 3

อภิปรายผล

จากผลการสำรวจพบว่าคุณภาพ

ของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวียังต้องปรับปรุงในด้านความครบถ้วนและระยะเวลาในการให้บริการ ซึ่งโดยปกติผู้ที่รับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุกคนควรจะได้รับบริการปรึกษาก่อนและหลังตรวจหาเชื้อเอชไอวี และต้องได้รับฟังผลทุกราย นอกจากนี้ผู้ที่มีผลเลือดบวกต้องได้รับการส่งต่อไปตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อเตรียมความพร้อมในการเริ่มยาต้านไวรัสด้วย^(9,19) ดังนั้นจึงยังมีช่องว่างของคุณภาพบริการบางส่วนที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมสำหรับการให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ

การส่งเสริมให้กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาหลักของประเทศไทย ผลการสำรวจนี้ไม่ต่างจากผลการประเมินการโครงการกองทุนโลกในเรือนจำปีพ.ศ. 2556 ซึ่งสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขัง 1,543 คน ในเรือนจำที่ดำเนินโครงการกองทุนโลกรอบที่ 8 พบผู้ต้องขังร้อยละ 29 ใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ และผู้ต้องขังร้อยละ 49 เคยได้ผ่านกิจกรรมการป้องกันจากแกนนำอาสาสมัคร ในจำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ได้รับฟังผลร้อยละ 60 รายงานผลการประเมินนี้แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการเพิ่มอัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักและการพัฒนาคลินิกของเรือนจำให้สามารถรองรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การรอผลตรวจหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจปริมาณซีดี 4 นั้นก็ต้องได้รับความสนใจอย่างเร่งด่วน ในสถานการณ์ทั่วไป ระยะเวลาในการรอจะแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับกระบวนการทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลนั้นๆ ในการประเมินครั้งนี้ อุปสรรคประการสำคัญน่าจะอยู่ที่ปัญหาเชิงกระบวนการขั้นตอนและการประสานงานระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลซึ่งอยู่

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่เอื้อต่อการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ*

ตัวแปร	N	การให้บริการตรวจ HIV (%)	Bivariate		P value
			OR	CI	
สถานภาพสมรส/โสด					
ใช่	400	26	1.5	1.1–2.1	0.007
ไม่ใช่	513	19	ref		
จำคุกอยู่ในเรือนจำเชียงราย					
ใช่	386	26	1.5	1.1–2.1	0.006
ไม่ใช่	527	19	ref		
ความรู้เรื่องเอชไอวีเกินค่าเฉลี่ย					
ใช่	431	28	2.0	1.4–2.7	0.000
ไม่ใช่	482	17	ref		
ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกินค่าเฉลี่ย					
ใช่	556	25	1.7	1.2–2.4	0.000
ไม่ใช่	357	17	ref		
เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี					
ใช่	619	25	1.7	1.2 – 2.4	0.002
ไม่ใช่	294	16	ref		
เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าเรือนจำ					
ใช่	396	32	2.8	2.0–3.9	0.000
ไม่ใช่	515	14	ref		
เคยผ่านกิจกรรมป้องกันกับแกนนำ					
ใช่	720	25	3.1	1.9–5.1	0.000
ไม่ใช่	193	10	ref		

*ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ด้วย backward stepwise logistic regression ประกอบด้วย: เรือนจำที่อาสาสมัครจำคุกอยู่, อายุ, ระดับการศึกษา, ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ความรู้เอชไอวี, พฤติกรรมเสี่ยงก่อนจำคุก, พฤติกรรมเสี่ยงระหว่างจำคุก, ประวัติการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในอดีต, การเข้าถึงถุงยางอนามัย, และการได้ผ่านกิจกรรมป้องกันกับแกนนำ

ห่างไกลกัน การใช้เวลานานถึง 30 วันในการรอผลตรวจจากโรงพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องใช้ชุดตรวจหาเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลเร็วภายในวันเดียว ซึ่งทุกวันนี้โรงพยาบาลสามารถจัดซื้อและใช้ชุดตรวจนี้ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^(14,19)

ถึงแม้ว่าบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีใน 3 เรือนจำนี้จะมีกระบวนการที่ไม่ครบถ้วน ช้า และมีความครอบคลุมต่ำ แต่บริการใน 3 เรือนจำนี้ก็ได้รับการยอมรับจากผู้ต้องขังและเข้าถึงได้ง่าย ผู้ต้องขังส่วนใหญ่รู้ว่ามีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจในเรือนจำ และเต็มใจที่จะใช้บริการ



ในอนาคตอันใกล้ ผู้ที่เคยใช้บริการให้คะแนนความพึงพอใจในระดับสูง สิ่งเดียวที่ยังควรต้องปรับปรุงคือการทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยเป็นปัจจัยเอื้อที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร ให้ผู้ต้องขังกล้าตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยทั้งนี้ เจ้าหน้าที่เรือนจำควรต้องคงจัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้แก่ผู้ต้องขังเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างมุมมองที่ดีต่อผู้มีเชื้อและส่งเสริมสภาพเอื้อต่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ ได้แก่ การได้ร่วมกิจกรรมกับแกนนำ ความรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและประสบการณ์ในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าเรือนจำ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบทบาทของแกนนำควรมุ่งไปกับการให้ความรู้เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มการใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ระบบแกนนำ เพื่อนช่วย เพื่อนนี้ถือเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยอาสาสมัครประเมินความเสี่ยงของตนเองและเริ่มตระหนักถึงประโยชน์ของการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนข้อเท็จจริงนี้⁽⁹⁾

ข้อจำกัด

เนื่องจากการสำรวจนี้เป็นการศึกษาประเมินโครงการในบริบทจริงของเรือนจำไทย คณะทำงานจึงใช้วิธีการสำรวจแบบภาพตัดขวาง (cross-sectional) แทนการสำรวจแบบติดตามกลุ่มระยะยาว (cohort longitudinal study) ด้วยข้อจำกัดนี้ โครงการจึงไม่สามารถวัดผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างผู้ต้องขังที่ได้ผ่านกิจกรรมกับแกนนำ กับผู้ต้องขังที่ไม่ได้ผ่านกิจกรรมกับแกนนำได้ นอกจากนี้ ยังมีตัวแปรกวนอื่นๆ อาทิ การตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้บอกให้

ตรวจ (PICT) ซึ่งเกิดขึ้นในอดีตก่อนเริ่มโครงการ (พ.ศ. 2550) คณะทำงานจึงคัดอาสาสมัครที่จำคุกมากกว่า 3 ปี ออกจากการวิเคราะห์เนื่องด้วยอคติที่อาจเกิดขึ้นจากข้อจำกัดนี้

ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือจำนวนคนที่มิผลเลือดบวกที่ยังไม่ชัดเจนซึ่งแบบสอบถามไม่มีคำถามตรงประเด็น เช่น อาสาสมัครได้รับผลตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นบวกหรือไม่จากการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ เนื่องจากประเด็นความอ่อนไหวตามข้อแนะนำของคณะผู้พิจารณาแบบเสนอโครงการ ซึ่งคณะทำงานเลี่ยงโดยถามอาสาสมัครที่ได้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีว่า “ท่านเคยได้รับการตรวจซีดี 4 หลังจากตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือไม่?” และผู้ที่ตอบว่าได้รับการตรวจและยังรอการตรวจอยู่จะถูกอนุมานว่ามีเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ที่ตอบว่า ก) เพราะมีผลเลือดเป็นลบ และ ข) เพราะยังรอผลตรวจหาเชื้อเอชไอวีอยู่ จะไม่ถูกรวมอยู่ในจำนวนผู้ที่คาดว่ามิผลเลือดบวก

นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจซีดี 4 แม้ว่าผู้ต้องขังทุกคนจะสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ บางรายก็ยังมีอุปสรรคในการเข้าใจคำศัพท์และจำไม่ได้ว่ากระบวนการตรวจที่ตนเคยได้รับนั้นมีอะไรบ้าง บางคนสับสนระหว่างการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการตรวจเลือดเพื่อหาค่าอื่นๆ แม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่ภาคสนามช่วยอธิบายระหว่างเก็บข้อมูลหากอาสาสมัครมีคำถามหรือข้อติดขัดในการตอบคำถาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความเที่ยงตรงของข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

จากผลสำรวจครั้งนี้ คณะทำงานมีข้อเสนอแนะให้เรือนจำปรับปรุงคุณภาพการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำอย่างเร่งด่วน ทั้งด้านความครอบคลุม ความครบถ้วน และเวลาที่ใช้ในการรับบริการ ซึ่งในการปรับปรุงบริการนี้จำเป็นต้องได้รับความ

ร่วมมือระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่าย เนื่องจากอัตราค่าล้างของเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำนั้นมีจำนวนจำกัด (พยาบาล 1 คน ต่อผู้ต้องขังประมาณ 1,000 คน) อาจต้องประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและจัดคิวให้ผู้ต้องขังได้รับการตรวจและฟังผลในระยะเวลาที่สั้นลง การประสานงานที่ใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ต้องขังที่มีผลเลือดบวกเข้าถึงบริการตรวจซีดี 4 และประเมินความพร้อมเพื่อรับยาต้านไวรัสไวขึ้นด้วย ซึ่งแนวปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ (พ.ศ. 2555) ได้ระบุไว้ว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรเข้ามาช่วยดูแลประชากรผู้ต้องขังภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการประสานงานนี้จำเป็นต้องมีการวางแผนงานร่วมกัน และการอำนวยความสะดวกด้านการเข้าจัดบริการในเรือนจำด้วย นอกจากการจัดบริการด้านสุขภาพแล้ว โรงพยาบาลยังสามารถเข้ามาช่วยให้ความรู้หรือจัดการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ในเรือนจำและแกนนำผู้ต้องขังด้วย⁽²⁰⁾

สำหรับปัจจัยที่สนับสนุนบริการ ผลวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าการได้ผ่านกิจกรรมกับแกนนำและการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยให้ผู้ต้องขังไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี แม้ว่าการใช้บริการอาจมีส่วนมาจากการที่ผู้ต้องขังมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมี

ความคุ้นเคยในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมาแล้วก่อนจำคุก คณะทำงานเสนอว่า เรือนจำควรมีกิจกรรมที่เสริมความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภายนอก หรือเจ้าหน้าที่ของเรือนจำเอง และอาจใช้แกนนำอาสาสมัครหรือ “หมอแดน” เพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมาตรวจหาเชื้อเอชไอวีมากขึ้น แม้ว่าจะมีข้อท้าทายในการวัดประสิทธิผลในด้านอื่นๆก็ตาม⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. เสนอให้เรือนจำมีระบบการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังก่อนเข้าเรือนจำ จะสามารถคัดแยกผู้ต้องขังป่วย/ติดเชื้อ เพื่อลดการแพร่เชื้อทั้งเอชไอวีและวัณโรค รวมทั้งโรคติดต่ออื่นๆ

2. ควรเพิ่มอัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้ต้องขังให้มากขึ้นเพื่อที่จะ early detect คนเลือดบวก เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายประเทศที่จะหยุดปัญหาเอดส์ด้วยการให้ยาต้านในทุกะดับซีดี 4

3. นโยบายการตรวจเลือดแบบทราบผลในวันเดียว จะทำให้ผู้ต้องขังรับรู้สถานะได้เร็วเข้าสู่การรักษาเร็ว ยุติการแพร่เชื้อเอชไอวีได้

4. การใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ ของกรมควบคุมโรค จะสามารถลดผลกระทบของปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในเรือนจำได้ ระดับหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. The International Centre for Prison Studies. Document on World Prison [Internet]. 2010 [Cited on 2 Aug 2015]. Available from: <http://www.idcr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf>.
2. Buavirat A, Page-Shafer K, Van Griensven G J, et al. Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among in injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *BMJ* 2003; 326 : 1-5.
3. Beyrer C, Jittiwutikarn J, Teokul W, Razak MH, Suriyanon V. Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand. *AIDS Behav* 2003; 7 : 153-161.
4. Choopanya K, Des Jarlais DC, Vanichseni S, et al. Incarceration and Risk for HIV Infection Among Injection Drug Users in Bangkok. *Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29 : 86-94.



5. Green J, Strang J, Hetherington J, et al. Same-sex sexual activity of male prisoners in England and Wales. *Int J STD AIDS* 2003; 14 : 253-7.
 6. Vaz RG, Gloyd S, Folgosa E, Kreiss J. Syphilis and HIV infection among prisoners in Maputo, Mozambique. *Int J STD AIDS* 1995; 6 : 42-6.
 7. Dolan KA, Bijl M, White B. HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 2004 [Cited on 7 February 2006]. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/3/1/7>.
 8. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2003; 3 : 25.
 9. World Health Organization. HIV Prevention, Care and Treatment in Prisons in the South-East Asia Region. WHO, Delhi. 2007.
 10. Department of Corrections, Ministry of Justice, Thailand. Prisons and Correctional Institutions Statistics as of August 2009 [Internet]. 2009 [Cited on 21 September 2009]. Available from: http://www.correct.go.th/mis/datacorrect/3_2.html and <http://www.correct.go.th/doc>.
 11. Kanshana S and Simond RJ. National program for preventing mother – child HIV transmission in Thailand: successful implementation and lessons learned. *AIDS* 2002; 16 : 953-959.
 12. Ford N and Koetsawan S. A pragmatic intervention to promote condom use by female sex workers in Thailand. *Bull World Health Organ* 1999; 77 : 888-894.
 13. Crippen D, Duran D, et al. HIV Transmission Among Male Inmates in a State Prison System – Georgia, 1992-2005. *MMWR* 2006 : 55; 421-426.
 14. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Testing Implementation Guidance for Correctional Settings. 2009.
 15. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *NEJM* 2011; 365 : 493-505.
 16. World Health Organization. Synthesis of results from multiple data sources for evaluation and decision-making: HIV triangulation resource guide. WHO, Geneva. 2009.
 17. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. M&E of HIV prevention programmes for most-at-risk populations. UNAIDS. 2007.
 18. Greene JC, Caracelli VJ, editors. *Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms*. New Dir Eval 1997 : 74.
 19. Bureau of AIDS, TB and STIs. *Guideline on HIV Counseling and Testing for Same Day Result*. Bangkok: 2013.
 20. Bureau of AIDS, TB and STIs. *Guideline on Surveillance, Control and Prevention of Diseases and Physical Harms in Prisons*. Bangkok: 2012.
-

บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย
การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (IAS 2015) ครั้งที่ 8
19-22 กรกฎาคม 2558
แวนคูเวอร์ แคนาดา

Track A : Basic Science

Track B : Clinical Science

Track C : Prevention Science

Track D : Implementation Science

Track B [TUPDBO104] Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and liver fibrosis among perinatally HIV-infected Asian adolescents with history of transaminitis

Presented by Tavitiya Sudjaritruk

T. Sudjaritruk^{1,2,3}, T. Bunupuradah³, L. Aurpibul², P. Kosalaraksa⁴, N. Kurniati⁵, T. Puthanakit^{3,6}

¹Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Department of Pediatrics, Chiang Mai, Thailand, ²Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, ³HIV-NAT, Thai Red Cross – AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand, ⁴Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, ⁵Cipto Mangunkusumo General Hospital, Department of Child Health, Jakarta, Indonesia, ⁶Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Department of Pediatrics, Bangkok, Thailand.

Background: Liver disease is an important non-AIDS related morbidity in HIV-infected adults. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a clinical-pathological syndrome which may progress toward liver fibrosis and cirrhosis. The study objective was to determine the prevalence of NAFLD and liver fibrosis among perinatally HIV-infected adolescents with a history of transaminitis.

Methods: A cross-sectional study was conducted at 4 pediatric HIV centers in Thailand (Bangkok, Chiang Mai, Khon Kaen) and Indonesia (Jakarta). HIV-infected adolescents aged 10–25 years with virologic suppression and had transaminitis (ALT >30 U/L or AST >50 U/L) within past 12 months were enrolled. Adolescents with history of hepatitis B/C co-infection or significant alcohol consumption were excluded. The assessments included liver ultrasonography (USG-evaluation of fatty liver); transient elastography (TE-evaluation of liver stiffness), serum liver function test. Aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index (APRI-biomarker of liver fibrosis) was calculated. Liver stiffness was defined as any liver fibrosis (TE \geq 5.1 kPa) and significant liver fibrosis (TE \geq 7.4 kPa). APRI >0.5 and >1.5



were defined as mild/moderate fibrosis and advanced fibrosis, respectively. Correlation of APRI and TE result was assessed.

Results: From August to December 2014, 39 adolescents were enrolled. Median (IQR) age was 17.2 (14.6–19.4) years; 47% were male. Median (IQR) duration of ART was 7.8 (4.4–11.2) years, of which 54% currently received non-nucleoside reverse transcriptase (NNRTI)-based regimen. Median (IQR) current CD4 cells count was 691 (535–979) cells/mm³. Fatty liver was observed in 6 (15%) adolescents, of which 2 (5%) had severe fatty liver (Table1). Seventeen (46%) adolescents had any liver fibrosis and 6 (15%) had significant liver fibrosis (Table 1). Median (IQR) of ALT and AST were 30 (21–39) and 25 (20–31) U/L, respectively. Four (11%) had mild/moderate fibrosis by APRI. The APRI was moderately positively correlated with liver stiffness evaluated by TE (Pearson’s correlation coefficient = 0.51; p-value = 0.001).

[table1]

Table 1. Characteristics of perinatally HIV-infected adolescents with non-alcoholic fatty liver disease or liver fibrosis.

Sex	Age (yrs)	BMI (kg/m ²)	ALT (U/L)	AST (U/L)	Fatty Liver by USG	TE (kPa)	APRI
M	23	36.2	160	87	Severe	14.0	0.63
F	17	21.3	36	24	Severe	5.7	0.21
M	15	17.6	36	42	Mild	5.9	0.39
F	12	15.4	36	31	Mild	5.7	0.42
F	20	17.8	46	35	Mild	4.3	0.47
F	20	20.5	71	33	Mild	3.3	0.33
M	17	25.8	50	45	Normal	8.6	0.60
F	18	19.4	23	25	Normal	8.0	0.34
M	14	17.8	23	32	Normal	7.9	0.27
M	18	18.5	29	22	Normal	7.8	0.17
F	23	18.0	19	18	Normal	7.7	0.34

Abbreviation: M, male; F, female; BMI, body mass index; ALT, alanine aminotransferase; AST, aspartate aminotransferase; USG, ultrasonography; TE, transient elastography; APRI, aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index.

Conclusions: About one-third of perinatally HIV-infected adolescents with a history of transaminitis met criteria of fatty liver or liver fibrosis. Longitudinal follow-up to monitor for progression and provide appropriate interventions in a timely manner is needed.

Remark: This study is funded by CIPHER Grants (2014), International AIDS Society.

Track B [WEPEB380] Monitoring of key performance indicators to improve management of antiretroviral treatment, upper-north region, Thailand

Presented by Sorakij Bhakeecheep

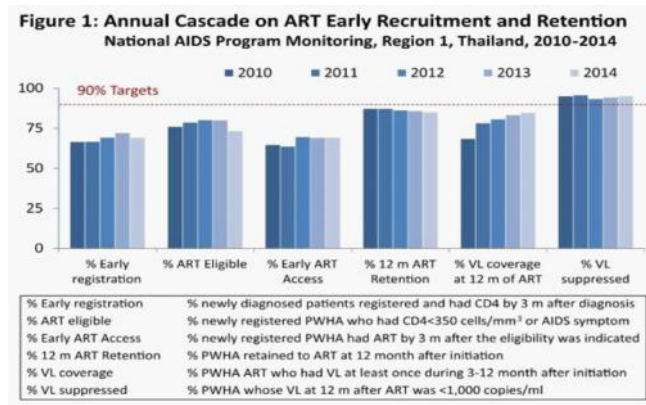
S. Bhakeecheep¹, A. Teeraratkul², K. Phokasawad², P. Kantipong³, P. Pathipvanich⁴, T. Roels^{2,5}

¹National Health Security Office, Region 1, Chiangmai, Thailand, ²Thailand Ministry of Public Health–U.S. Centers for Disease Control and Prevention Collaboration, Global AIDS Program Thailand/Asia Regional Office, Nonthaburi, Thailand, ³Chiangrai Prachukroa Regional Hospital, Ministry of Public Health, Muang, Thailand, ⁴Lampang Regional Hospital, Ministry of Public Health, Muang, Thailand, ⁵U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Center for Global Health, Division of Global HIV/AIDS, Atlanta, United States

Background: Analyzing monitoring data regularly in order to determine the success of the early antiretroviral treatment (ART) strategy is essential, especially in areas with high burden of HIV such as Upper-North of Thailand (Region 1).

Methods: The HIV/AIDS care and treatment program performance of 115 hospitals in Thailand's Region 1 from 2010–2014 was analyzed for key performance indicators (KPIs). Patient records from the National HIV Patient Monitoring, an electronic web-based information system with real-time linkage to the National Death Registry, were used for this purpose. Selected KPIs were then graphed to represent the early ART recruitment and retention cascade.

Results: Annual KPIs and trends in cascade parameters are summarized in Figure 1 and Table 1. By September 2014, 36,450 (82% of 44,437) and 2,951 (23.9% of 12,323) persons with HIV/AIDS (PWA) were retained in ART and pre-ART services respectively. KPIs related to early recruitment did not significantly improve. In 2014, 60.9% of patients newly diagnosed and registered to care had CD4 < 200 cells/mm³ and 69.3% of PWA eligible for ART had received ART. Median CD4 at start of therapy significantly increased from 82 in 2010 to 131 in 2014, however, 61.7% started ART at late stage (CD4 < 200 cells/mm³) in 2014. Lost-to-follow-up during pre-ART care and in the 12 months after ART initiation remained high in 2014, 30.7% and 6.9% respectively. Viral load (VL) at 12 month after ART increased from 68.5% in 2010 to 84.7% in 2014 (p < .05) and more than 90% had VL suppression (>1,000 copies/ml). Death rate slightly increased during pre-ART care (9.7% in 2010 to 11.4% in 2014, P > 0.05) and during the 12 months after ART initiation (7.7% in 2010 to 8.7% in 2014, P < .05).



[Figure 1: Cascade on ART Recruitment–Retention]

Key Performance Indicators	2010	2011	2012	2013	2014	p value (Wilcoxon NP test for trend)
PWHA currently receiving services	27,413	29,764	31,675	39,087	39,401	–
1) % registration by 3 month after diagnosis	66.5 (30.0–88.4)	66.6 (51.3–75.8)	69.3 (50.0–76.0)	72.1 (62.5–82.1)	69.2 (59.7–86.7)	0.162
2) % lost-to-follow up during pre-ART	28.1 (23.2–30.8)	26.8 (20.7–33.0)	27.0 (17.3–32.8)	24.1 (21.2–28.3)	30.7 (15.8–50.0)	0.841
3) % CD4 at ART initiation <200 cells/mm ³	78.6 (22.6–83.0)	72.8 (41.8–69.1)	73.9 (36.5–70.0)	60.7 (48.2–72.0)	61.7 (45.7–78.5)	<.027*
4) % Lost during 12 month after ART initiation	5.5 (2.4–11.4)	5.0 (1.9–7.1)	6.8 (3.3–10.8)	6.2 (2.6–9.4)	6.9 (4.4–8.5)	0.032*
5) % VL test at least once at 12 month after ART initiation	68.5 (53.9–83.3)	78.4 (63.3–87.5)	80.7 (62.4–89.1)	83.4 (65.5–89.4)	84.7 (73.2–95.6)	<.036*

6) % VL suppressed <1,000 copies/ml at 12 month after ART	95.1 (90.2–97.1)	95.8 (89.5–97.5)	93.5 (88.2–96.3)	94.4 (89.3–97.4)	95.2 (89.3–97.1)	0.841
7) % death during pre-ART care	9.7 (5.1–12.7)	10.1 (8.0–14.5)	10.0 (8.4–13.5)	11.8 (10.0–16.8)	11.4 (8.0–16.6)	0.110
8) % death during 12 month after ART initiation	7.7 (4.7–10.3)	8.0 (5.5–11.1)	7.4 (4.0–10.7)	8.6 (6.9–14.9)	8.7 (5.7–13.5)	0.021*

[Table 1: Trend of KPIs on HIV Care and ART]

Conclusions: Effective coordination to improve early referral of PWHA to care and ART, reduce loss to follow up during pre-ART and after ART initiation, and exploring factors related to increasing death remain priorities in Thailand's Region 1. In response to these findings, appropriate clinical management training and strategies for health care providers in Region 1 need to be reinforced.



Track C [TUACO302] Repeat HIV voluntary counseling and testing within one year among men who have sex with men, Bangkok, Thailand 2006–2013

Presented by Timothy Holtz

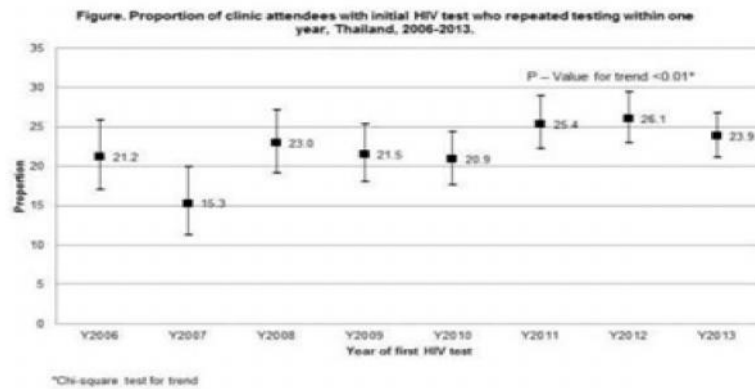
W. Wimonsate¹, S. Pattanasin¹, A. Sriporn¹, P. Luechai¹, K. Satumay¹, N. Tippanonth¹, N. Promda¹, T. Holtz^{1,2}, A. Chitwarakorn³, E. Dunne^{1,2}

¹Thailand MOPH – U.S. CDC Collaboration, HIV/STD Research Program, Nonthaburi, Thailand, ²Centers for Disease Control and Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention, Atlanta, United States, ³Ministry of Public Health, Department of Disease Control and Prevention, Nonthaburi, Thailand

Background: Current Thailand Ministry of Public Health (MOPH) recommendations state that men who have sex with men (MSM) should repeat HIV testing every 6–12 months. We investigated the proportion and trend of repeat HIV voluntary counseling and testing (VCT) within 12 months among Thai MSM attending Silom Community Clinic @TropMed.

Methods: Silom Community Clinic @Trop Med has been located in downtown Bangkok since late 2005, with easy access and convenient operating hours for MSM. It provides free-of-charge, confidential and rapid HIV VCT by MSM-friendly staff. We advertise the clinic via website, Facebook, outreach, and friend referrals. For first-time testers, we recommend that they repeat VCT every 6–12 months. For this analysis, we included men with an initial HIV test who had visited the clinic for ≥ 12 months and had a baseline HIV-negative result; the first VCT visit occurred between 2006–2013 with follow-up period through October 2014. On a yearly basis, we looked at the number and proportion of first-time testers who had another VCT visit within the next 12 months. We used chi-square test for trend to test changes in the proportion of repeat testing within 12 months by calendar year.

Results: Between 2006–2013, 9,345 MSM were tested by our testing services and 4,597 met the criteria above and were included in this analysis. Most (67.1%) were 25 years and older, and most (87.9%) lived in Bangkok or nearby provinces at time of first test. Among these MSM, 2,016 (43.9%) repeated VCT. The number of new testers increased annually from 340 men in 2006 to 880 in 2013. The proportion of MSM who repeated VCT within one year varied between 15.3% to 26.1% by calendar year (mean = 22.2%) and there was a statistically significant increasing trend from 2006–2013 ($p < 0.01$) (Figure).



[Proportion of HIV repeat testers]

Conclusions: Between 2006–2013, the number of new testers doubled, and the proportion of men who repeated VCT significantly increased. Given that roughly one-fifth of MSM repeated VCT within 12 months, counseling to emphasize repeating VCT according to Thailand MOPH recommendations should be strengthened and systematic strategies to retain testers should be implemented.

MSM: The Global Perspective »



Track C [MOACO204] Antiretroviral intensification to prevent intrapartum HIV transmission in late comers

Presented by Marc Lallemand

M. Lallemand^{1,2,3}, B. Amzal^{1,4}, S. Urie^{5,6}, P. Sripan^{1,7}, T. Cressey^{1,2,3}, N. Ngo-Giang-Huong^{1,2,3}, B. Rawangban⁸, P. Sabsanong⁹, T. Siriwachirachai¹⁰, T. Jarupanich¹⁰, P. Kanjanavikai¹¹, P. Wanasiri¹², S. Koetsawang¹³, G. Jourdain^{1,2,3}, S. Le Cur^{1,2,14}, PHPT-5 Study Team

¹IRD174/PHPT, Chiang Mai, Thailand, ²Harvard Chan School of Public Health, Immunology and Infectious Diseases, Boston, United States, ³Chiang Mai University, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai, Thailand, ⁴LASER Analytica, London, United Kingdom, ⁵Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, EA 08, Paris, France, ⁶URC Paris Centre Necker Cochin, 0901 INSERM, Paris, France, ⁷Kasetsart University, Department of Statistics, Faculty of Science, Bangkok, Thailand, ⁸Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok, Thailand, ⁹Samutprakarn Hospital, Samutprakarn, Thailand, ¹⁰Khon Kaen Hospital, Khon Kaen, Thailand, ¹¹Banglamung Hospital, Chonburi, Thailand, ¹²Kalasin Hospital, Kalasin, Thailand, ¹³Mahidol University, Family Health Research Center, Bangkok, Thailand, ¹⁴Institut National d'Études Démographiques (INED), Paris, France

Background: Infants born to HIV-infected pregnant women presenting late are at high risk of intrapartum infection. Mother/infant antiretroviral (ARV) intensification may substantially reduce this risk.

Methods: In a multicenter, phase 3, adaptive single-arm trial in Thailand, pregnant women with < 8 weeks of standard ARVs [zidovudine (ZDV)+lamivudine (3TC)+lopinavir/ritonavir] and their infants received “ARV intensification” to prevent transmission at delivery: women took a single nevirapine (NVP) dose in labor and continued ARVs for 4 weeks; formula-fed neonates received 2 weeks AZT+3TC+NVP followed by 2 weeks AZT+3TC, instead of standard 1-week ZDV. Infants were tested for HIV at birth, 1, 2, 4, 6 months. A negative DNA PCR < 48 hours, followed by a confirmed positive PCR defined intrapartum transmission.

Data from 3,965 mother/infant pairs (84 intrapartum transmissions) in 3 PHPT randomized perinatal HIV prevention trials (NCT00386230, NCT00398684, NCT00409591) conducted in the same setting were used to define an historical control and build an intrapartum transmission model. viral load (VL) during pregnancy was modeled as a function of ARVs exposure and intrapartum transmission was predicted through a logistic model with VL, maternal/infant ARVs, delivery mode and prematurity status as covariates. The Bayesian estimation of the risks of intrapartum transmission with/without intensification used all historical information and decision rules to stop for futility or superiority of ARV intensification over standard of care (risk ratio RR< 1) were determined for 3 interim analyses. Prior intrapartum transmission probabilities were subsequently updated using the results of the intensification trial to

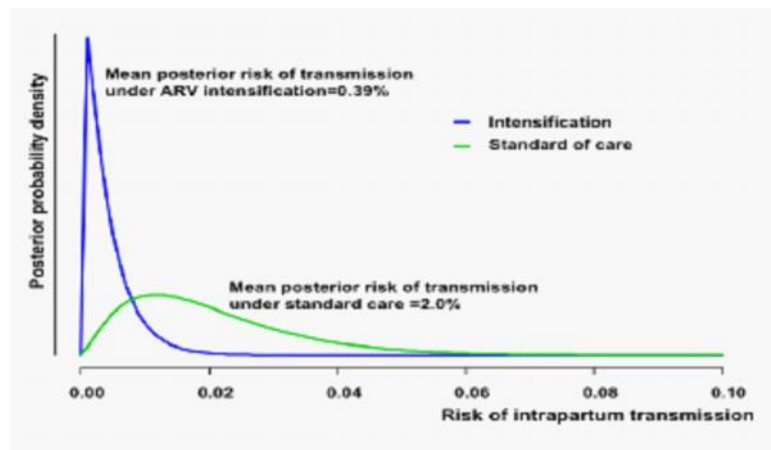
derive posterior probabilities (Credibility interval, CrI) as well as probability distributions of $RR < 1$ and $RR < 0.5$.

Results: At first interim analysis, the DSMB recommended stopping enrollment and reporting intensification efficacy. Overall 88 mother/infant pairs received intensification with no intrapartum transmission.

Characteristics	Historical data	Intensification
N	3,965	88
Age (IQR) – years	25.7 (22.5–29.7)	26.3 (22.3–33.0)
CD4 (IQR) – cells/mm ³	380 (260–527)	368 (255–503)
VL baseline (IQR) – log ₁₀ copies/ml	4.0 (3.4–4.6)	4.3 (3.7–4.7)
VL delivery (IQR) – log ₁₀ copies/ml	3.2 (2.3– 4.0)	2.2 (1.8–2.9)
GA delivery (IQR) –weeks	38.7 (37.9–39.7)	38.6 (38.0–39.3)
C/section (%)	(21%)	(36%)

[Women's baseline characteristics]

The posterior probability of intrapartum transmission was 0.4% (95%CrI 0.1%–1.4%) with intensification compared to 2.0% (0.3%–5.2%) without. The probability of superiority of intensification over standard of care ($RR < 1$) was 94.1%, and that of at least a 2-fold reduction of risk ($RR < 0.5$) was 82.9%. ARV intensification appeared safe.



[Intrapartum transmission posterior probabilities]

Conclusions: ARV intensification is very effective in preventing intrapartum transmission in pregnant women receiving a short course antepartum ARVs before delivery.

PMTCT: Gaps and Next Steps »



Track B [TUPEB252] Prevalence of HIV, HBV and HCV infections in Nigeria

Presented by Mark Manak

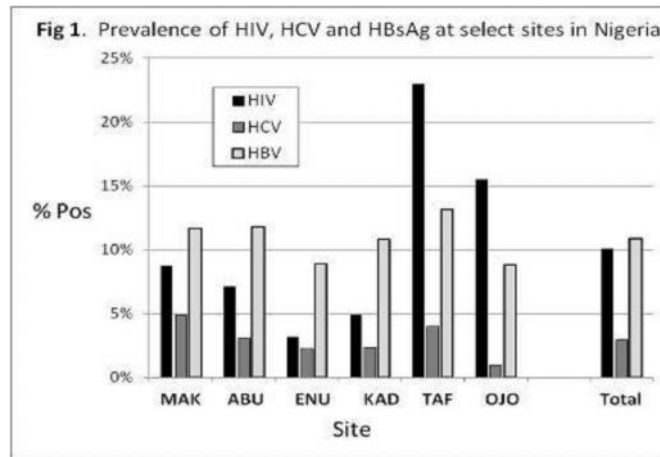
M. Manak¹, O. Njoku², A. Shutt¹, J. Malia³, M. Milazzo¹, A. Suleiman², R. Nelson², O. Ayemoba², R. O'Connell⁴, D. Singer⁵, N. Michael⁶, S. Peel³

¹Henry Jackson Foundation, Laboratory Diagnostics and Monitoring, Silver Spring, United States, ²Walter Reed Program, Abuja, Nigeria, ³Walter Reed Army Institute of Research, Laboratory Diagnostics and Monitoring, Silver Spring, United States, ⁴Armed Forces Research Institute of Medical Sciences, Bangkok, Thailand, ⁵Uniformed Services University of Health Sciences, Bethesda, United States, ⁶Walter Reed Army Institute of Research, Silver Spring, United States

Background: Nigeria has the world's second highest number of HIV/AIDS related deaths after South Africa and is highly endemic for viral hepatitis. Co-infection of HIV-1 positive individuals with HBV or HCV had previously been shown to lead to rapid decline of CD4, progression of HIV disease, increased risk of antiretroviral drug associated toxicity, and increased mortality and morbidity. A study was conducted to estimate the prevalence and distribution of HIV-1, HBV and HCV infections at selected sites throughout Nigeria as part of evaluation of populations for HIV vaccine cohort development. Participants included workers in "Mammy Markets" adjacent to military barracks and general markets (Makurdi, Abuja, Enugu, Kaduna), as well as bar, hotel, restaurant and brothel workers in highway settlements (Tafa, Ojo Lagos), regarded as locations of increased risk for HIV infection.

Methods: Plasma samples from a total of 3,229 subjects from the six study sites were tested for HIV, HBV and HCV infection by standard laboratory tests: Bio-Rad GS HIV-1/2/O EIA, Ortho HCV v3.0 ELISA, Bio-Rad MONOLISA Anti-HBc EIA, and Bio-Rad GS HBsAg EIA 3.0. HIV repeat reactive samples were confirmed by Bio-Rad GS HIV-1 Western Blot, while HCV repeat reactives were confirmed by either Ortho HCV RIBA (sites 1-4) or INNO-LIA HCV Score (sites 5-6).

Results: Site-specific and aggregate proportion of HIV, HCV, and HBV infections are shown in Fig 1. The prevalence of HIV-1 and HCV ranged from 3.1 to 23.0%, and 1.0 to 4.8%, respectively. Prevalence of HBV, based on anti-HBc and HBsAg testing, ranged from 23.6 to 40.8%, and 8.9% to 13.2%, respectively. Infection with HIV did not correlate with HBV or HCV suggesting independent factors.



[Fig 1]

Conclusions: HIV-1 prevalence varied widely at study sites from 3.1 to 23.0%, with much lower and less variable HCV prevalence (averaging 2.9%). Lack of correlation between HIV and viral hepatitis prevalence suggests independent factors for these diseases. HBV antibody reactivity was high (32.5%), with 10.9% positive for HBsAg indicative of active infection. Understanding the complex HIV-1 geographic heterogeneity and prevalence of HCV and HBV co-infection among individuals associated with specific Nigerian sites may provide the basis for directed interventions against all three infections.