วารสาร
โรคเอดส์
Thai AIDS Journal
ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2557 - มกราคม 2558 ISSN 0857-8575

- การศึกษาความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจในการทำงานของผู้ประสานงานด้านเอดส์ในทีมยาต้านไวรัส
- ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์
- ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม กับความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี
- การวิจัยประเมินบทบาทและความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.)
- ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

การศึกษาความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจในการทำงาน ของผู้ประสานงานด้านเอดส์ในทีมยาต้านไวรัส

*ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน**

Abstract

Burn-out of AIDS/ARV Coordinators in Thailand

*Sunsanee Smitakestrin**

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

Background: *This research was cross-sectional descriptive aimed to study burn-out focused on 40 AIDS/ARV coordinators who work as focal point of AIDS care Team from all levels of 40/55 government hospitals in Thailand. Variables used in study were sex, age, work experience, counseling and ARV project training, work attitude, role and duty and the effects on burn-out.*

Methods: *The personal history questionnaires, Maslach Burnout Inventory (MBI) were used as data gathering instruments. Forms were sent to 55 coordinators of government hospitals from 4 provinces of Thailand. Mean, frequency were applied for statistical analysis.*

Results: *It was found that most coordinators were female (82.5%), age average 40 yrs (range 35.2-46), almost half of all have 1-5 yrs work experience, were trained about HIV/AIDS counseling 1-2 years ago (85%), want to train more (40%), average scores of burn-out=32.85(low level), study results show average scores of burn-out were medium in emotion exhaustion areas, low in depersonalization areas and medium in decrease sense of personal accomplishment areas (from 3 area of burn-out : emotion exhaustion, depersonalization & decrease sense of personal accomplishment).*

About 3 areas of burn-out were found that, 1.emotion exhaustion areas, 22 cases (55%) were low, 9 cases (22.50%) were medium and 9 cases(22.50%) were high. 2.depersonalization areas, 7 cases (17.50%) didn't get it, 33 cases (82.50%) were low, none for medium and high. 3.decrease sense of personal accomplishment areas, 3 cases (7.50%) didn't get it, 13 cases (32.50%) were low, 8 cases (20%) were medium and 16 cases (40%) were high

Conclusions: *The results supported the hypotheses that there were burn-out in AIDS coordinators. The factors which related to burn-out in AIDS coordinators were increase of patients since ARV service was involved in Health Security System, stable number of counselors, work load, problems of long term care service, feeling of failure in performance less positive reinforcement from*

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

work and character of work. The recommendation for organization which had care services should focused on psychological surveillance particularly burn-out in AIDS coordinators. We considered atmosphere of the work-place, the providing of care time & work loading and relaxation activities can help and support their mind from specialist even they were psychologists or social workers they were still need helping.

Key Words: Burn-out, Exhaustion, AIDS/ARV Coordinators, HIV/AIDS Care, Coordinating
Thai AIDS J 2014/2015; 27 : 1-14

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจในการทำงานของผู้ประสานด้านเอดส์และยาต้านไวรัสที่ดูแลรับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ประสานงานด้านเอดส์ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล โดยหน้าที่นอกจากการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้วยังเป็นบุคคลซึ่งต้องประสานงานในทีมดูแลผู้ป่วย (care) และยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มาขอรับบริการจำนวนมากในด้านของการให้บริการ งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 55 โรงพยาบาลจาก 4 จังหวัดในแต่ละภาคของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ความคิดเห็นในการทำงาน และแบบทดสอบความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงาน

วิธีการศึกษา *ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดที่จะเก็บข้อมูลโดยเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยมากเป็นอันดับต้นและมีโรงพยาบาลทุกระดับ เลือกภาคละ 1 จังหวัดจาก 4 ภาค ได้จังหวัดสุพรรณบุรี สุรินทร์ เพชรบูรณ์ และสุราษฎร์ธานี ส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบให้ผู้ประสานงานด้านเอดส์ทุกคนตอบ เก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาล รวบรวมแบบสอบถามได้ 40 ชุด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย*

ผลการวิจัย *พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างผู้ประสานงานด้านเอดส์ 40 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (82.5%) มีอายุเฉลี่ย 40 ปี (35.2–46 ปี) เกือบครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 1–5 ปี ร้อยละ 85 ของผู้ประสานงานได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษาในรอบปีที่ผ่านมา และมีความต้องการรับการอบรมเพิ่มเติมร้อยละ 40 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ = 32.85 ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้*

ในภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ =17.63 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง, ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 3.73 จัดอยู่ในระดับต่ำ และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 11.50 จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายใจในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. ผู้ประสานงานด้านเอดส์มีความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 40 ราย (100%) โดยแบ่งเป็นระดับต่ำ 22 คน (55%) ระดับปานกลาง 9 คน (22.50%) ระดับสูง 9 คน (22.50%)

2. ผู้ประสานงานด้านเอดส์มีความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลไม่พบเลย 7 ราย (17.50%) พบในระดับต่ำ 33 คน (82.50%) ระดับปานกลางและระดับสูงไม่มี

3. ผู้ประสานงานด้านเอดส์ มีความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบเลย 3 ราย (7.50%) พบในระดับต่ำ 13 คน (32.50%) ระดับปานกลาง 8 คน (20%) ระดับสูง 16 คน (40%)

สรุป *ผลการศึกษาตรงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าในภาพรวมจะพบความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานในกลุ่มผู้ประสานงานด้านเอดส์ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้นด้วย และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงาน เป็นต้น แต่ที่น่าสังเกตคือบางด้านของความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงาน เช่น ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงานพบในระดับปานกลาง–สูงมากอย่างเห็นได้ชัดคือ 60% ของบุคลากร และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบเกือบครึ่งของบุคลากร*

ข้อเสนอแนะ *ต่อบุคลากรและผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในส่วนบุคลากรที่พบปัญหาความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงาน ควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเหนื่อยหน่าย ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไปทีละจุด และอาจจัดสรรแบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ เร่งด่วน และทยอยทำ ถ้าหนักหนาเกินกำลังอาจจะต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจที่พอจะสามารถทำได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานอดิเรกต่างๆ การร่วมกิจกรรมต่างๆเพื่อลดความเครียด ผ่อนคลายในการทำงาน ถ้าเป็นมาก ยังแก้ปัญหาไม่ได้อาจต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา แม้ว่าผู้ประสานบางท่านอาจเป็นนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ก็ตาม ส่วนผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีการเฝ้าระวังความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานของผู้ประสานด้านเอดส์ ดูแลด้านภาระงาน อาจสลับสับเปลี่ยนหน้าที่ในการทำงานหรือเพิ่มบุคลากร รวมทั้งการสร้างบรรยากาศในการทำงาน*

คำสำคัญ ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจในการทำงาน, ภาวะห่อเหี่ยว หมดแรง, ผู้ประสานงานด้านเอดส์ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีผู้ป่วยเอดส์ การประสานงาน
วารสารโรคเอดส์ 2557/2558; 27 : 1–14

บทนำ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในประเทศไทยคาดว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยสะสมประมาณ 1,161,694ราย[1] และมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จำนวน 499,324 ราย[2] และประมาณ 257,493[2] รายเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษา และในแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งป่วยเป็นโรคเอดส์ จำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศด้วย ทีมบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ดูแลข้อมูล และอาสาสมัครจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และอาจจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น องค์กรเอกชน (NGO) ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ด้วย รวมทั้งในชุมชนรอบข้างของสถานบริการสาธารณสุขด้วย โดยทั่วไปแล้วในการพยาบาลด้านสาธารณสุขจะเกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ การทำงานต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ความคิดริเริ่ม มีความเข้าใจ สนใจในปัญหาของประชาชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ต้องให้การดูแลหรือปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นรอบข้าง เช่น ญาติผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ อนามัยที่แตกต่างกันทั้งชนิดและความรุนแรง

นอกจากนี้การทำงานซึ่งต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายและหลายระดับ ทั้งในทีมสุขภาพด้วยกันและทีมอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานและการพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ตลอดจนประสบการณ์ จากลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ จะเห็นได้ว่าการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย เป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องให้บริการและให้ความช่วยเหลือแก่สาธารณชนเช่นเดียวกับกลุ่มวิชาชีพอื่นอีกหลายวิชาชีพ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล ตำรวจ ครู นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา เป็น

ต้น ผู้ประสานงานด้านเอดส์ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล โดยหน้าที่นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นบุคคลซึ่งต้องประสานงานในทีมและยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มาขอรับบริการจำนวนมากในด้านของการให้บริการ การให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ และช่วยแก้ปัญหาแก่บุคคลเหล่านั้น การให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยเป็นการทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง และต้องเผชิญกับสภาพการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ และยิ่งประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานในองค์กรก็จะก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พอใจ ซึ่งถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือขจัดให้บรรเทาลงได้ ในที่สุดก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายใจ ความเหนื่อยหน่ายใจเป็นผลของการเกิดความเครียดเรื้อรังในการทำงาน[3] เกิดขึ้นได้ในทุกวิชาชีพที่ต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งต้องทำงานเกี่ยวข้องกับประชาชนที่ต้องการบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายใจสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม การปฏิบัติงานไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีการปฏิบัติกับผู้มารับบริการหรือผู้ที่มาขอความช่วยเหลือด้วยท่าทีเฉยเมย มักจะปฏิเสธความรับผิดชอบ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ[3] สูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล นอกจากนี้อาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน หลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือติดต่อกับผู้ร่วมงาน พยายามแสวงหาทางที่จะปลีกตัวออกไปจากสังคม ทางด้านการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่มีต่อตนเองนั้น ผู้ที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายใจจะมีความมุ่งหวังในชีวิตต่ำลง มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีประสิทธิภาพ[3] ส่วนผลของความเหนื่อยหน่ายใจทางด้านอารมณ์ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเย็นชา หมดหวัง คับข้องใจ รวมทั้งรู้สึกหมดกำลังใจ หมดหวังที่จะทำงานต่อไป การทำงานจึงเป็นไปอย่างเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน ความเอาใจใส่กับผู้รับบริการลดลง ความผูกพันกับงานและอาชีพก็ลดลงด้วย[3]

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความเหนื่อยหน่ายใจถ้าหากเกิดขึ้นกับบุคคลใด หรือกลุ่มวิชาชีพใดย่อมก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หน่วยงานและสังคมที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ก็เป็นอีกอาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานในด้านการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะประสบกับภาวะความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ในการทำงานได้ และจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานของผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นงานที่หนักต้องใช้ความอดทนสูง จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ประสานด้านเอดส์และยาต้านไวรัส เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้เกี่ยวข้องให้เห็นความสำคัญของปัญหา และใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาการจัดบริการแก่ผู้ป่วย การบริหารงานในองค์กร การฟื้นฟูสภาพจิตใจบุคลากร เป็นต้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายท้อใจในการทำงานของผู้ประสานด้านเอดส์ที่รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลรัฐ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ประสานด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานเอดส์ งานให้บริการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีด้วยยาต้านไวรัส โดยเป็นผู้ประสานกับบุคลากรสหวิชาชีพในทีม และประสานงานด้านเอดส์และยาต้านไวรัส (ARV) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ โดยได้เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่เข้าโครงการให้บริการยาต้านไวรัสจากแต่ละภาค มา 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี สุรินทร์ เพชรบูรณ์ และสุราษฎร์ธานี และเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกโรง ระหว่างปี 2552–53 โดยส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบให้ผู้ประสานตอบ ได้แบบสอบถามคืนกลับมา 40 ชุดจาก 55 โรงพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แปลผล และสรุปผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ การอบรม ระยะเวลาการทำงาน และข้อมูลการจัดบริการสาธารณสุข เป็นต้น

2. แบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายใจที่ผู้วิจัยนำแบบทดสอบที่มยุรี เถาลัดดา[4] ดัดแปลงมาจากแบบวัดมาตรฐานชื่อ Maslach Burnout Inventory (MBI) ของ Maslach (ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสิระยา สัมมาวาจ[5]) โดยเขาศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเป็นแบบทดสอบที่มีผู้นำมาใช้และหาความตรงและความเชื่อมั่นไว้แล้ว**โดยความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability)** จากที่มยุรี เถาลัดดา[4] (พ.ศ. 2536) ได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายใน 3 ด้านเท่ากับ 0.79, 0.73 และ 0.76 ตามลำดับ ส่วนความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ (Validity) มยุรี เถาลัดดา[4] ได้นำแบบทดสอบฉบับร่างไปให้คณะอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอแนะ

MBI วัดความเหนื่อยหน่ายใจใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Depersonalization) และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ (Decrease sense of Personal Accomplishment) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วย

ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,6,8,13,14,16 และ 20

ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,10,11,15 และ 22

และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,7,9,12,17,18,19 และ 21

ลักษณะและเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายใจด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลยได้	0 คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2–3 ครั้ง ได้	1 คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้	2 คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2–3 ครั้ง ได้	3 คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้	4 คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2–3 ครั้ง ได้	5 คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วันได้	6 คะแนน

การตัดสินระดับความเหนื่อยหน่ายใจในแต่ละด้านจะแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง ตามเกณฑ์การกำหนดคะแนนของแมสแลชและแจ็คสัน[6] โดยคิดคะแนน ดังนี้

ความเหนื่อยหน่ายทางด้าน	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0–16 คะแนน	17–26 คะแนน	27 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	0–6 คะแนน	7–12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	0–31 คะแนน	32–38 คะแนน	39 คะแนนขึ้นไป

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้จะกลับคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จทั้งนี้เพื่อตรวจสอบข้อมูล เพื่อสะดวกและง่ายต่อการแปลผล และเป็นแนวทางพิจารณาความเหนื่อยหน่ายในภาพรวม คือ หากตัวแปรใดมีผลต่อความเหนื่อยหน่าย 1 ใน 3 ด้านขึ้นไปให้สรุปว่าตัวแปรนั้นมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายโดยรวม

ตารางที่ 1. จำนวนผู้ประสานงานยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวน	
	คน	ร้อยละ
จังหวัดสุรินทร์	8	20
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	13	32.5
จังหวัดสุพรรณบุรี	10	25
จังหวัดเพชรบูรณ์	9	22.5
รวม	40	100

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประสานงานเอดส์ จำนวน 40 คนจาก 55 คนที่ตอบแบบสอบถามกลับมา (โรงพยาบาลละ 1 คน) (ตารางที่ 1) มัธยฐานอายุเฉลี่ย 40 ปี (35.2–46 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.5) เกือบครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 1–5 ปี (ตารางที่ 2) โดยส่วนใหญ่**มีความรู้หรือเคยได้รับการอบรม**มาก่อนที่จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (ร้อยละ 87.5) **สถานบริการเกือบทั้งหมดจัดบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีเป็นคลินิกเฉพาะให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ** มีเพียงแห่งเดียวที่มีการจัดบริการเช่นเดียวกับบริการอื่นๆ ผู้ประสานงานเอดส์ต้องทำหน้าที่เกือบทุกอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ การบันทึกข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 95–97.5) ซึ่งร้อยละ 85 ของผู้ประสานงานได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษาในรอบปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามผู้ประสานงานครึ่งหนึ่งมีความมั่นใจในการทำงานระดับปานกลาง และมีความต้องการรับการอบรมเพิ่มเติมร้อยละ 92.5 โดยร้อยละ 67.5 ต้องการรับการอบรมด้านคอมพิวเตอร์ ขณะที่ร้อยละ 40 ยังต้องการการอบรมด้านการให้คำปรึกษา

สถานบริการกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีขนาด 10–30 เตียง (ร้อยละ 37.5) และ 60–90 เตียง (ร้อยละ 40) มัธยฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ยมีจำนวน 106 รายต่อแห่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2550 มีมัธยฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านเฉลี่ย 50 คน ส่วนปี 2551 เพิ่มเป็น 74 คน และปี 2552 (นับถึงปัจจุบัน) เป็น 73 ราย ทั้งนี้ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่รับบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ปี 2550, 2551 เฉลี่ย จำนวน 18 รายต่อแห่ง โดยในปี 2552 มีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีรายใหม่ 8 ราย (นับถึงปัจจุบัน) มีมัธยฐานผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีต้องหยุดยา ปี 2550–2552 อยู่ในช่วง 1–3 ราย และผู้ป่วยดื้อยาต้องเปลี่ยนสูตรยา ช่วง 0–1.5

ตารางที่ 2. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ประสานโครงการบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี
* มัธยฐาน ** Q1–Q3

	จำนวน	
	คน	**ร้อยละ**
เพศ		
¤ ชาย	7	17.5
¤ หญิง	33	82.5
อายุ (ปี)	40*	35.2–46**
ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ประสานโครงการบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี		
¤ 1–5 ปี	25	62.5
¤ 6–10 ปี	13	32.5
¤ 11–15 ปี	2	5
ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์		
¤ 1–5 ปี	17	45
¤ 6–10 ปี	15	37.5
¤ 11–19 ปี	7	17.5
มีความรู้หรือรับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ มาก่อน	35	87.5
ลักษณะการทำงานระบบบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี(ZRV)		
¤ คลินิกเฉพาะทำงานเป็นทีมประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร ห้องปฏิบัติการ	39	97.5
¤ ให้การดูแลรักษาเหมือนโรคอื่นๆ ทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพ	1	2.5
งานเอดส์ที่รับผิดชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
¤ ซักประวัติ ตรวจสุขภาพผู้ป่วย	30	75
¤ พยาบาลผู้ป่วย	25	62.5
¤ วินิจฉัยภาวการณ์เจ็บป่วย	18	45
¤ เจาะเลือดส่งตรวจ	23	57.5
¤ ให้คำปรึกษา	39	97.5
¤ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ	39	97.5
¤ รักษาด้วยยาทั่วไป	18	45
¤ รักษาด้วยยา ARV ยาป้องกัน/รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI)	25	62.4
¤ ติดตามเยี่ยมบ้าน	35	87.5
¤ บันทึกข้อมูล /รายงานผู้ป่วย	38	95
¤ ประสานส่งต่อผู้ป่วย	38	95
¤ ประสานจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	33	82.5
¤ เจาะเลือด และตรวจเลือด	17	42.5

ตารางที่ 2. (ต่อ)

	จำนวน	
	คน	**ร้อยละ**
ลักษณะการทำงานระบบบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี(ZRV)		
¤ คลินิกเฉพาะทำงานเป็นทีมประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร ห้องปฏิบัติการ	39	97.5
¤ ให้การดูแลรักษาเหมือนโรคอื่นๆ ทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพ	1	2.5
งานเอดส์ที่รับผิดชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
¤ ซักประวัติ ตรวจสุขภาพผู้ป่วย	30	75
¤ พยาบาลผู้ป่วย	25	62.5
¤ วินิจฉัยภาวการณ์เจ็บป่วย	18	45
¤ เจาะเลือดส่งตรวจ	23	57.5
¤ ให้คำปรึกษา	39	97.5
¤ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ	39	97.5
¤ รักษาด้วยยาทั่วไป	18	45
¤ รักษาด้วยยา ARV ยาป้องกัน/รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI)	25	62.4
¤ ติดตามเยี่ยมบ้าน	35	87.5
¤ บันทึกข้อมูล /รายงานผู้ป่วย	38	95
¤ ประสานส่งต่อผู้ป่วย	38	95
¤ ประสานจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	33	82.5
¤ เจาะเลือด และตรวจเลือด	17	42.5
รับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ปี 2551–2552	34	85
ระดับความรู้ ความมั่นใจในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยา ARV		
¤ มากที่สุด	1	2.5
¤ มาก	19	47.5
¤ ปานกลาง	20	50
¤ น้อย	0	0
¤ น้อยมาก	0	0
ความต้องการอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความสามารถการให้บริการผู้ป่วยเอดส์		
ประเด็นที่ผู้ประสานด้าน ARV ต้องอบรม		
¤ การให้คำปรึกษา	16	40
¤ ด้านการใช้คอมพิวเตอร์	27	67.5

คน ด้านสิทธิในการรักษา ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในสิทธิหลักประกันสุขภาพ มีจำนวนมากที่สุด โดยมีมัธยฐานเท่ากับ 67 คน โดยมีผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิราชการจำนวนน้อย อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม มีการกระจายตัวค่อนข้างสูง (0–174 ราย) ซึ่งเป็นไปตามการลงทะเบียนเลือกใช้สิทธิตามสมัครใจ

ในด้านผู้ให้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่สถานบริการมีมัธยฐานจำนวนผู้ให้บริการตามวิชาชีพอยู่ในช่วง 1–2 คน โดยพยาบาลและผู้ให้คำปรึกษามีจำนวนมากกว่าวิชาชีพอื่น สถานบริการส่วนใหญ่การจัดบริการยาต้านไวรัสเป็นคลินิกเฉพาะ (ร้อยละ 92.5) โดยมัธยฐานจำนวนครั้งการให้บริการเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน มีผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ยครั้งละ 50 คน ด้านการประเมินการกินยาต้านไวรัส สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) **มีการประเมินการกินยาต้านไวรัส** อย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการนับเม็ดยา (ร้อยละ 72.5) รองลงมาเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์ (ร้อยละ 60) ส่วนการติดตามผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มาตามนัด มีทั้งโดยทีมโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.5)และกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 67.5) โดยมีบางส่วนเป็นการติดตามร่วมกัน ในด้านการบริการทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มสถานพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80, 87.5) ส่งตัวอย่างไปรับการตรวจวิเคราะห์ที่หน่วยงานอื่น

สถานพยาบาลส่วนใหญ่ มี**การจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวม** (ร้อยละ 90) และกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวมมีส่วนร่วมในการให้บริการ (ร้อยละ 85) โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในรูปกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 77.8) โดยมีบทบาทหน้าที่หลัก คือ การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 65) **ในส่วนการส่งต่อผู้ป่วย** สถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีตามสิทธิการรักษาสูงที่สุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมาเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 37.5) และ เปลี่ยนสูตรยา (ร้อยละ 35) โดยมีมัธยฐานจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเฉลี่ย 1 คน **ความครอบคลุมการให้บริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี** พบว่า สถานพยาบาลมีความครอบคลุมการตรวจ anti–HIV ทุกราย น้อยที่สุด (ร้อยละ 67.5) ในขณะที่สถานพยาบาลเกือบทุกแห่งมีความครอบคลุมการให้บริการตรวจ CBC และ SGPT ทุกราย (ร้อยละ 97.5) **ในด้านการนิเทศและติดตามงาน**บริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี พบว่า มีการดำเนินงานระดับต่างๆเป็นลำดับชั้น คือ การนิเทศติดตามงานระดับจังหวัดและเขต อยู่ในช่วง 1–5 ครั้งต่อปี ในขณะที่การติดตามภายในโรงพยาบาลมีตั้งแต่ 1–12 ครั้งต่อปี ส่วนการติดตามของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) อยู่ในช่วง 1–3 ครั้งต่อปี

การเปลี่ยนแปลงการให้บริการยาต้านไวรัสที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ พบว่า มีผลในเชิงบวก ทั้งด้านคุณภาพ การให้บริการตามแนวทางการรักษา ในขณะที่ปัญหาเรื่องการให้บริการยาต้านไวรัสไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ผลการเปลี่ยนแปลงด้านบริหารจัดการก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพของบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกต่อระบบบริการ โดยเฉพาะในประเด็นจำนวนผู้มารับบริการ ความครอบคลุมการให้บริการ นโยบาย งบประมาณ

ผลการเปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ พบว่า จำนวนผู้ป่วย (รับยา) เพิ่มขึ้น (60%) ภาระการให้บริการเพิ่มขึ้น (70%) (ตารางที่ 3)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเอดส์ โรงพยาบาล (รพ.) ที่ผู้ป่วยถึงเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางฯ แต่ไม่ได้รับยา ร้อยละ

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี หลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพกับก่อนเข้าสู่ระบบฯ

	จำนวน (ร้อยละ)					
	ลดลง	ร้อยละ	เหมือนเดิม	ร้อยละ	เพิ่มขึ้น	ร้อยละ
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	15	37.5	16	40	0	0
จำนวนผู้ป่วย (รับยา ARV)	6	15	7	17.5	24	60
ภาระการให้บริการ	2	5	9	22.5	28	70
การส่งตัวอย่างเลือด	15	37.5	13	32.5	9	22.5
น้ำยา วัสดุวิทยาศาสตร์ (เพียงพอ)	13	32.5	15	37.5	7	17.5
จำนวนบุคลากร	14	35	15	37.5	4	10

47.5 จำนวนรพ.ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีข้อจำกัด ต้องปรับการทำงาน ร้อยละ 90 จำนวนรพ.ที่มีปัญหาการติดต่อประสานงานภายในทีมการรักษายาต้านไวรัสในรอบเดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหานานๆ ครั้ง ร้อยละ 65 จำนวนรพ.ที่มีปัญหาการติดต่อประสานงานภายนอกในรอบเดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหานานๆครั้ง ร้อยละ 55 จำนวนรพ.ที่บทบาทผู้ประสานงานต้องประสานหรือทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือเกี่ยวกับงานยาต้านไวรัส ร้อยละ 82.5 จำนวนรพ.ที่มีปัญหาประสานงานหรือการสื่อสารกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในการปฏิบัติงานด้านยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหานานๆ ครั้ง ร้อยละ 42.5 ความลำบากใจหรือยุ่งยากในการดำเนินงานด้านยาต้านไวรัส มีบ้างบางครั้ง ร้อยละ 35 รองลงมา นานๆครั้ง ร้อยละ 30

ในด้านความต้องการทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส ผู้ประสานส่วนใหญ่ร้อยละ 77.5 ยังมีความต้องการรับผิดชอบงานนี้ต่อไป มีปัญหาในการประสานงานหรือการสื่อสารกันในการปฏิบัติงานหรือไม่ ตอบว่าส่วนใหญ่นานๆ ครั้ง ร้อยละ 40 รองลงมามีบ้างบางครั้ง ร้อยละ 37.5 ประเด็นที่เป็นปัญหาในการประสานเป็นเรื่องระบบภายในองค์กร ร้อยละ 65 จำนวนผู้ประสานที่มีความกังวล ขัดข้องด้านการจัดการในโครงการยาต้านไวรัสมีบ้างบางครั้ง ร้อยละ 92.5 ประเด็นที่เป็นข้อกังวลใจผู้ประสาน (ตอบได้มากว่า 1 ข้อ) ได้แก่การจัดการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 70 รองลงมาปริมาณและคุณภาพของบุคลากรในการดำเนินโครงการ ร้อยละ 60 การบริหารจัดการระบบข้อมูลของรพ.ร้อยละ 57.5 และการจัดการตามแนวทางมาตรฐานสำหรับผู้รับบริการ ร้อยละ 55 ตามลำดับ ผลของบริการรักษาด้วยยา ARV ต่อภาระงาน ส่วนใหญ่ตอบว่าเพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาการทำงานได้ ร้อยละ 65 รองลงมาเพิ่มภาระงานในระดับที่ไม่สามารถรับได้ในระยะยาว ร้อยละ 17.5 ปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีหลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องภาระการให้บริการ ร้อยละ 70 รองลงมาจำนวนผู้ป่วยรับยา ARV การส่งต่อ ร้อยละ 62.5 เท่ากัน และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา ร้อยละ 52.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเอดส์

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ความลำบากใจหรือยุ่งยากในการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส		
¤ ไม่มี	4	10
¤ นานๆครั้ง	12	30
¤ มีบ้างบางครั้ง	14	35
¤ มีบ่อยๆ	8	20
ความต้องการทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส		
¤ ยังมีความต้องการรับผิดชอบงานนี้ต่อไป	31	77.5
¤ ต้องการย้ายงาน	2	5
¤ ต้องการปรับเปลี่ยนงาน	5	12.5
¤ ต้องการลาออก	0	0
ปัญหาในการประสานงานหรือการสื่อสารกันในการปฏิบัติงานหรือไม่		
¤ ไม่มี	7	17.5
¤ นานๆ ครั้ง	16	40
¤ มีบ้างบางครั้ง	15	37.5
¤ มีบ่อยๆ	0	0
¤ การให้การปรึกษา	1	2.5
¤ ระบบภายในองค์กร	26	65
จำนวนผู้ประสานงานที่มีความกังวลด้านการจัดการในโครงการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี	37	92.5
ประเด็นที่เป็นข้อกังวลใจผู้ประสานงาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
¤ การจัดบริการตามแนวทางมาตรฐานสำหรับผู้รับบริการ	22	55
¤ การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีของโรงพยาบาล	9	22.5
¤ ระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการ ยา และวัสดุอุปกรณ์จากเขตและส่วนกลาง	10	25
¤ ปริมาณและคุณภาพของบุคลากรในการดำเนินโครงการฯ	24	60
¤ การจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	28	70
¤ ระบบการติดตามและประเมินผลของโรงพยาบาล	15	37.5
¤ การบริหารจัดการระบบข้อมูลของโรงพยาบาล	23	57.5
¤ นโยบายจากส่วนกลาง	13	32.5
ผลบริการรักษาด้วยยา ARV ต่อภาระงาน		
¤ ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่เพิ่มภาระงาน	6	15
¤ เพิ่มภาระงานในระดับที่ไม่สามารถรับได้ในระยะยาว	7	17.5

ตารางที่ 4. (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
¤ ลดภาระงาน	0	0
¤ เพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาการทำงานได้	26	65
ปัญหาการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสหลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพ		
¤ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	21	52.5
¤ การให้บริการจำนวนผู้ป่วยรับยา ARV	25	62.5
¤ ภาระการให้บริการ	28	70
¤ การส่งต่อ	25	62.5
¤ การรับการส่งต่อ (จากโรงพยาบาลชุมชน)	22	50
¤ การครองเตียง	20	50

ตารางที่ 5. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานของผู้ประสานงานด้านเอดส์

ความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงาน	ไม่พบ	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	–	22 คน (55%)	9 คน (22.50%)	9 คน (22.50%)
ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	7 คน (17.50%)	33 คน (82.50%)	–	–
ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	3 คน (7.50%)	13 คน (32.50%)	8 คน (20%)	16 คน (40%)

ทัศนคติและความคิดเห็นของผู้ประสานต่อการรักษาด้วยยา ARV ภายใต้ระบบหลักประกันฯ ส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ 92.5 (ตารางที่ 4)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ = 32.85 ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ในภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ =17.63 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง**,** ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 3.73 จัดอยู่ในระดับต่ำ และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 11.50 จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายใจในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 5) พบว่า

1. ผู้ประสานงานด้านเอดส์มีความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 40 ราย (100%) โดยแบ่งเป็น ระดับต่ำ 22 คน (55%) ระดับปานกลาง 9 คน (22.50%) ระดับสูง 9 คน (22.50%)

2. ผู้ประสานงานด้านเอดส์มีความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลไม่พบเลย 7 ราย (17.50%) พบในระดับต่ำ 33 คน (82.50%) ระดับปานกลาง

และระดับสูงไม่มี

3. ผู้ประสานงานด้านเอดส์ มีความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบเลย 3 ราย (7.50%) พบในระดับต่ำ 13 คน (32.50%) ระดับปานกลาง 8 คน (20%) ระดับสูง 16 คน (40%)

สรุป วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

สรุป ผลการศึกษาตรงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าในภาพรวมจะพบความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานในกลุ่มผู้ประสานด้านเอดส์ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานสูงขึ้นด้วย และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงาน เป็นต้น แต่ที่น่าสังเกตคือบางด้านของความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงาน เช่น ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงานพบในระดับปานกลาง–สูงมากอย่างเห็นได้ชัดคือ 60% ของบุคลากร ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากระดับความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานที่ตั้งไว้สูงและตนคิดว่างานที่ทำยังไปไม่ถึงเป้าหมายที่คาดไว้ และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบเกือบครึ่งของบุคลากรที่เกิดจากความรู้สึกเบื่อหน่ายกับงานที่จำเจและหนัก โดยที่ไม่สามารถหาคนมาแบ่งเบาภาระงานได้ และผู้ประสานเป็นผู้ที่รับงานหนักที่สุดภายในทีม ARV ด้วยกัน บางครั้งต้องหอบงานกลับไปทำที่บ้านด้วย ในวันหยุดก็ต้องมาบันทึกข้อมูลหรือเก็บงานที่คั่งค้างไว้

ข้อเสนอแนะ ต่อบุคลากรและผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในส่วนบุคลากรที่พบปัญหาความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงาน ควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเหนื่อยหน่ายใจ ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไปทีละจุดและอาจจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ เร่งด่วน และทยอยทำ ถ้าหนักหนาเกินกำลังอาจจะต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจที่พอจะสามารถทำได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานอดิเรกต่างๆ การร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด ผ่อนคลายในการทำงาน ถ้าเป็นมาก ยังแก้ปัญหาไม่ได้อาจต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา แม้ว่าผู้ประสานบางท่านอาจเป็นนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ก็ตาม ส่วนผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีการเฝ้าระวังความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานของผู้ประสานด้านเอดส์ ดูแลด้านภาระงาน อาจสลับสับเปลี่ยนหน้าที่ในการทำงานหรือเพิ่มบุคลากร รวมทั้งการสร้างบรรยากาศในการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประสานงานด้านเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ NGO และทีม ARV ของโรงพยาบาลทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และสละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยาจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020, March 2001.
2. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคเอดส์ (เดือนกรกฎาคม 2552), 2552.
3. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. การศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในบ้านพักผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2544. (เอกสารอัดสำเนา)
4. มยุรี เถาลัดดา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สำนักอนามัย กทม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
5. สิระยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
6. Maslash Christina and Susan Jackson. “ The Measurement of Experience Burnout” . Journal of Occupation Behavior. January 1981 : 99–113.

ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

*พรรณี วิเศษบุปผา**

Abstract

Cost Analysis of Out Patients Who Received Antiretroviral Therapy under National Health Insurance System in Prasamut Chedi Swatthayanon Hospital

*Punnee Visedbuppha**

*M.Sc.(Public Health) Program in Hospital Administration.

This study was a descriptive research with the objective of analyzing the total cost of treatment relating to out-patients in "Antirethroviral AIDS Therapy" under the National Health Insurance Program at Prasamutjediyasawatyanont Hospital, Samutprakarn Province. The analysis was undertaken from both the perspective of service providers and the patients. Data for internal costs were collected from the expense accrued from routine service costs consisting of manpower, material, public utility , and investment costs. Medical care costs or external costs were collected in the form costs of medicine, laboratory costs, diagnosis expense,and medical supply. The internal costs data collected retrospectively from the fiscal year 2555 B.E. External costs data were collected prospectively through interviewing 180 out-patients who participated in the"Antirethroviral AIDS Therapy Program". The Excel program was used for data analysis.

The study found that the total cost for treatment of one out-patient under the program was 3,803.00 baht/visit. The costs are broken down as follows: the cost total cost to health care provider was 3,206.00 baht/visit, this included costs which had not been charged to the patient 1,149.00 baht/visit, and costs for providing medical service 2,057.00 baht/visit.

The cost to patients was 597 baht/visit, This cost did not relate to any medical service, but it was taken on by patients and relatives These costs included traveling and food expenses 137 baht/visit, the patient's and relative's income loss for not working on the day of visit 460 baht/visit.

The research result may be useful as information for improving the service of health care institutions and increasing the potential and capacity of caring for the patient. The information may also be used for financial planning, personnel management and efficient management of resources.

Key Words: Cost, Medical Cost for Out-Patient, Anti-Rethro Viral AIDS Therapy with Anti-Viral, Drug Project
Thai AIDS J 2014/2015; 27 : 15-24

*ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนรวมทั้งหมด ในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ โดยวิเคราะห์ในมุมมองของผู้ให้บริการและมุมมองของผู้ป่วย เก็บข้อมูลต้นทุนภายในจากต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการในส่วนของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุค่าสาธารณูปโภค ค่าลงทุนและเก็บข้อมูลต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ในส่วนของค่ายา ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าวัสดุการแพทย์ เก็บข้อมูลของปีงบประมาณ 2555 แบบย้อนหลัง การเก็บข้อมูลของต้นทุนภายนอกเก็บแบบไปข้างหน้าโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกจำนวน 180 ราย ที่อยู่ในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Excel

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งหมดเท่ากับ 3,803 บาทต่อครั้งการรับบริการ หรือคิดเป็นต้นทุนผู้ให้บริการเท่ากับ 3,206 บาทต่อครั้ง (เป็นต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ 1,149 บาทต่อครั้ง และต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ 2,057 บาทต่อครั้ง) ในส่วนของต้นทุนผู้ป่วยเท่ากับ 597 บาทต่อครั้ง (เป็นต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ของผู้ป่วยและญาติในส่วนของค่าเดินทาง ค่าอาหาร เท่ากับ 137 บาทต่อครั้ง และต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติจากการสูญเสียรายได้จากการทำงานเท่ากับ 460 บาทต่อครั้ง)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้อาจจะนำไปใช้ในการพัฒนาหน่วยบริการเพื่อเพิ่มศักยภาพและการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทั้งอาจจะนำข้อมูลมาวางแผนด้านงบประมาณ หรือการบริหารจัดการในด้านบุคลากร เพื่อให้เหมาะสมและวางแผนในการบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ ต้นทุน, ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก, โครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี
วารสารโรคเอดส์ 2557/2558; 27 : 15–24

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายที่สูง[1] การดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยเอดส์จะนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อ และโรคเอดส์ยังถือว่าเป็นโรคติดเชื้อที่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[2] ผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นได้ทุกระยะของการเจ็บป่วยทั้งระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ในด้านสังคมผู้ป่วยเอดส์จะได้รับผลกระทบในการอยู่ร่วมกันของครอบครัว[3] จากสถานการณ์ของโรคเอดส์ทั่วโลกนับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอ็ชไอวี คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีแล้ว ประมาณ 60 ล้านคน[4] และมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุการติดเชื้อเอ็ชไอวี ประมาณ 25 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 จากกลุ่มชายรักร่วมเพศ และมีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง[5] ในช่วงที่มีผู้ป่วยเอดส์รายใหม่สูงสุดได้แก่ช่วงปี พ.ศ. 2540–2547 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยใหม่มากกว่า 25,000 รายต่อปี จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด[6] สำนักระบาดวิทยารายงานว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้นจำนวน 376,274 ราย จำแนกเป็นเพศชายจำนวน 255,923 รายและเพศหญิง จำนวน 120,351 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 97,344 ราย

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานประสานงานในคณะทำงานอาเซียนด้านโรคเอดส์ได้ให้ความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์เป็นอย่างมาก เนื่องจากประเทศไทยได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคเอดส์ในอาเซียยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของ

ประเทศ ทำให้สูญเสียกำลังแรงงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งในส่วนของรัฐบาลและครอบครัวของผู้ป่วย[7] โรคเอดส์จึงเป็นโรคที่รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะควบคุมและป้องกันไม่ให้มีการแพร่กระจายของโรค สถานการณ์โรคเอดส์ในจังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2527 ถึง 20 มิถุนายน 2555 มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 7,535 คน จากจำนวนประชากร 1,212,625 คน (จากข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย กรกฎาคม, 2555) และเสียชีวิต 977 คน สาเหตุของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคสูงสุดได้แก่ ทางเพศสัมพันธ์พบร้อยละ 74.28 ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงพบร้อยละ 11.86 ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นพบร้อยละ 9.65 ติดเชื้อจากมารดาพบร้อยละ 4.14 และจากการรับเลือดร้อยละ 0.06 โดยกลุ่มผู้ใช้แรงงานพบการติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 40.79 รองลงมาได้แก่ ว่างงานพบร้อยละ 12.33 แม่บ้านพบร้อยละ 5.92 พนักงาน/ลูกจ้างพบร้อยละ 5.63 และค้าขายพบร้อยละ 4.70 โดยกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ 30–34 ปี ร้อยละ 22.67 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25–29 ปี ร้อยละ 20.90 กลุ่มอายุ 35–39 ปี ร้อยละ 18.12 และกลุ่มอายุ 40–44 ปี ร้อยละ 12.00 กลุ่มอายุที่มีรายงานต่ำสุดคือ 10–14 ปี ร้อยละ 0.29[8]

โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ต้องแบกรับภาระการบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ในรายที่ไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ เป็นเงิน 15,000 บาทต่อคนต่อครั้ง การศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากภายหลังมีผู้ป่วยภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพมาใช้บริการโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นผู้ป่วยภายใต้โครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี การเลือกศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของการรักษาและเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุมตลอดจนสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การเลือกศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาท–ยานนท์ เนื่องจากการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีเป็นระบบ One Stop Service ผู้ป่วยได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว และเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งด้านทรัพยากร และปริมาณงาน ประกอบกับเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 2.1 ที่จะขยายตัวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดทุติยภูมิขนาด 2.2 ภายในปี 2559 การศึกษาต้นทุนจะช่วยในการวางแผนดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ และการคิดต้นทุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้จะเป็นต้นแบบในการคิดต้นทุนด้านอื่นๆ ต่อไป อีกทั้งผู้บริหารยังให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทราบต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้วทำให้สามารถกำหนดขนาดของการให้บริการและวางแผนในการขยายบริการได้ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานและข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาล จะเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการด้านการเงินในโรงพยาบาล เพราะจะช่วยให้ผู้บริหารโรงพยาบาลตัดสินใจ วางนโยบาย และควบคุมกำกับงาน นอกจากนี้จะเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผู้ให้บริการสามารถดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ภายในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม การศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีจะเป็นต้นแบบในการศึกษาต้นทุนในหน่วยบริการหลักภายในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนภายใน (Internal cost) ในการตรวจรักษา ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนที่

ไม่ได้เก็บค่าบริการ (RSC: routine service cost) และต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ (Medical care cost) ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

2. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนภายนอก (External cost)โดยประมาณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการรับบริการด้านการรักษา (Direct medical care cost และ Direct non medical care cost) และ Indirect cost ของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์เป็นผู้ป่วยเอดส์เพศชายและเพศหญิงในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้หลักการประเมินต้นทุนเชิงเศรษฐศาสตร์ โดยศึกษาในเรื่องของต้นทุนภายนอก (External cost) หรือต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective Study) ใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์และญาติโดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามร่วมกับการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนไปข้างหลัง (Retrospective Study) เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนภายใน (Internal cost)โดยเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ (RSC:routine service cost) และต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ (medical care cost) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกที่เข้าโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประชากรที่ศึกษา

เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ด้วยความสมัครใจในช่วงระยะเวลา 3 เดือนและศึกษาจากแฟ้มประวัติและการบันทึกการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ในโครงการจำนวน 180 รายโดยศึกษาย้อนหลัง 1 ปี (1 ตุลาคม 2554–30 กันยายน 2555)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลต้นทุน ดังนี้

ในกลุ่มผู้ให้บริการใช้แบบบันทึกต้นทุนประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ต้นทุนค่าแรง (Labour cost) ทีมผู้ให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้แบบบันทึกรายได้ของเจ้าหน้าที่ แบบบันทึกชั่วโมงการทำงานของเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 2 ต้นทุนค่าวัสดุ สาธารณูปโภค ใช้แบบบันทึกค่าวัสดุการแพทย์และสำนักงาน แบบบันทึกค่าสาธารณูปโภค แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์สำนักงานและการแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบสรุปต้นทุนที่เก็บค่าบริการ (Medical Care Cost) ใช้แบบบันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษา แบบบันทึกค่ายา แบบบันทึกค่าเวชภัณฑ์

ส่วนที่ 4 แบบสรุปต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกเป็นกลุ่มผู้ป่วย ใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการ

มาใช้บริการของผู้ป่วยและข้อมูลการเสียโอกาสในการทำงาน ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดตามดูแลผู้ป่วย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ชี้แจงกระบวนการศึกษาวิจัย ขอความอนุเคราะห์ข้อมูล และความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี และทีมสุขภาพในโครงการการตรวจรักษาผู้ป่วยเอดส์ในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

ขั้นดำเนินการ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุน ด้านผู้ให้บริการและผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล จากรายงานคือรายจ่ายที่เป็นต้นทุนดำเนินการ (Operating cost) ตามหมวดต่าง ๆ ของโรงพยาบาลทั้งที่จ่ายจากงบประมาณและเงินบำรุงโรงพยาบาล (routine service cost) รวมทั้งรายงานการรักษาพยาบาลจากแฟ้มประวัติ เพื่อนำไปคิดต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)โดยใช้โปรแกรม Excel

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ และข้อมูลของคลินิกผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลต้นทุนภายใน (Internal Cost) เป็นต้นทุนจากผู้ให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลต้นทุนภายนอก (External Cost) เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

ส่วนที่ 5 ข้อมูลต้นทุนรวมทั้งหมดของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์เป็นหน่วยบริการสุขภาพประจำชุมชนระดับอำเภอให้บริการระดับทุติยภูมิขนาด 2.1 มีจำนวนเตียง 30 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข การแบ่งงานภายในโรงพยาบาลเป็น 5 กลุ่มงานได้แก่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคบริการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และกลุ่มการพยาบาล ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2555 จำนวนผู้ป่วยนอกเท่ากับ 115,140 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยใน

3,888 คน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในทั้งหมด เท่ากับ 13,594 วันนอน มีวันนอนเฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 4.2 วันนอน อัตราครองเตียง 119.41% มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 158 คน

คลินิกผู้ป่วยนอกโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี

เป็นคลินิกที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์เปิดให้บริการทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน

ผู้ให้บริการในคลินิกประกอบด้วยแพทย์เภสัชกร พยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านให้คำปรึกษาและผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ นักวิชาการสุขศึกษา เจ้าหน้าที่บัตร เจ้าหน้าที่ชันสูตรโรค จำนวน 9 คน

สถานที่ทำการคือ อาคารสวาทยานนท์ 2 ชั้น 2

ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี จำนวน 180 คน การจัดบริการเป็นแบบ One stop service

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.10 มีอายุระหว่าง 40–49 ปีร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 46 ปี อายุต่ำสุดที่พบ 19 ปี อายุสูงสุด 73 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 43.88 สถานภาพคู่และหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 38.33 และ 17.79 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 59.40 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 27.20 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 41.70 รองลงมาการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 29.40 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ร้อยละ 32.00 โดยอาศัยอยู่กับครอบครัวและใช้จ่ายจากการที่บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือ รองลงมาอยู่ในกลุ่มรายได้ 5,501–7,500 ร้อยละ 29.40 ส่วนใหญ่มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยใช้บริการรถจักรยานยนต์รับจ้างร้อยละ 40.00 รองลงมาใช้บริการรถโดยสารประจำทางร้อยละ 30.60 ระยะในการเดินทางมาใช้บริการที่โรงพยาบาล 1–5 กิโลเมตรคิดเป็นร้อยละ 67.30 และใช้ระยะเวลาในการเดินทางใช้บริการส่วนใหญ่ 21–40 นาทีคิดเป็นร้อยละ 48.30 รองลงมาใช้เวลา 5–20 นาทีคิดเป็นร้อยละ 30.00 ผู้ป่วยสามารถมารับบริการโดยไม่มีผู้ดูแลมาด้วย กล่าวคือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 76.60 และจำเป็นต้องมีผู้ดูแลมาด้วยคิดเป็นร้อยละ 23.40

ส่วนที่ 3 ข้อมูลต้นทุนภายใน (Internal Cost)

พบว่า ต้นทุนผู้ให้บริการในส่วนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการทางการแพทย์ (Routine Service cost ; RSC) รวมเท่ากับ 1,149.00 บาทต่อครั้ง ของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี เป็นต้นทุนค่าแรงร้อยละ 95.60 รองลงมาคือต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุร้อยละ 3.0 และ 1.4 ต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์รวมเท่ากับ 2,057.00 บาทต่อครั้ง ของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี เป็นต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์อื่นๆ ร้อยละ 55.37 และค่าตรวจวินิจฉัย ร้อยละ 44.63

ส่วนที่ 4 ข้อมูลต้นทุนภายนอก (External cost)

พบว่า ต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์เท่ากับ

137.00 เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีร้อยละ 40.87 รองลงมาเป็นค่าอาหารของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ดูแลผู้ป่วยและค่าอาหารของผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 39.50, 10.95 และ 8.68 ตามลำดับ ต้นทุนภายนอกรวมของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีเท่ากับ 97.00 บาทต่อครั้งของผู้ป่วยนอก ร้อยละ 77.05 เป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 22.95 เป็นต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์

ส่วนที่ 5 ข้อมูลต้นทุนรวมของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพล่วงหน้าโรง – พยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

พบว่าต้นทุนรวมของผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพล่วงหน้าโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ซึ่งเป็นผลรวมของต้นทุนด้านผู้ให้บริการ และต้นทุนด้านผู้ใช้บริการเท่ากับ 3,803.00 บาทต่อครั้งของผู้ป่วย เป็นต้นทุนรวมด้านผู้ให้บริการเท่ากับ 3,206 บาทต่อครั้ง และต้นทุนรวมด้านผู้ป่วยเท่ากับ 597.00 บาทต่อครั้ง

การอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ต้นทุนรวมทั้งหมดในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ทั้งหมดทั้งเพศชายและเพศหญิงศึกษาจากผู้ป่วย 180 ราย วิเคราะห์ต้นทุนภายใน (Internal cost) ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ (routine service cost : RCS) ได้แก่ต้นทุนค่าแรงที่จ่ายให้กับแพทย์และทีมสุขภาพต้นทุนค่าวัสดุ (Operating cost: OC) ได้แก่รายจ่ายค่าวัสดุอุปกรณ์ ประกอบกับต้นทุนค่าแรงของแพทย์พยาบาลและเภสัชกร มีต้นทุนเพิ่มเติมในด้านเงินค่าวิชาชีพเฉพาะตำแหน่ง เงินค่าตอบแทนพิเศษ เงินค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์และเภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพค่อนข้างสูง จึงทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงในส่วนของต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุดำเนินการมีค่าต่ำเพราะการใช้งานในพื้นที่อาคารใช้บริการแบบ One Stop Service พื้นที่ดำเนินการเป็นสัดส่วน ครุภัณฑ์ที่ใช้งานในหน่วยงานมีอายุการใช้งานเกิน 5 ปี ในส่วนของต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ (Medical care cost) ซึ่งเป็นผลรวมของต้นทุนจากการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ได้แก่ ค่ายา ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าวัสดุการแพทย์ พบว่าต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ รวม 2,057.00 บาทต่อครั้ง เป็นต้นทุนค่ายา เวชภัณฑ์อื่นเท่ากับ 1,139.00 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55.37 และค่าตรวจวินิจฉัย 918.00 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.63 พบว่าต้นทุนค่ายา เวชภัณฑ์อื่นสูงเนื่องจากเป็นต้นทุนในส่วนของค่ายาต้านไวรัสเอ็ชไอวีเพราะผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีซึ่งยามีราคาค่อนข้างสูงแม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมดโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ยังจำเป็นต้องเตรียมงบสนับสนุนค่าเวชภัณฑ์เพิ่มเติม เป็นค่าวัสดุสำนักงาน ค่าเวชภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภคต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี

ในส่วนของต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost : CC)ได้แก่ค่าที่ดิน ค่าอาคารสิ่งก่อสร้าง และค่าครุภัณฑ์ พบว่าต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 1,097.70 บาท คิดเป็นร้อยละ 95.60 รองลงมาคือต้นทุนค่าลงทุน 34.20 บาท

คิดเป็นร้อยละ 3.0 ต้นทุนค่าวัสดุดำเนินการ 17.10 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.40 สาเหตุที่ต้นทุนค่าแรงสูงกว่าต้นทุนในหมวดอื่น เนื่องจากใช้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ที่มีค่าแรงสูง การดูแลผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี จะแยกตรวจออกจากผู้ป่วยนอกโรคอื่น โดยจัดตรวจที่คลินิกเฉพาะโรคเป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องไปรอคิวตรวจจากห้องทำบัตร ผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่คลินิก มีเจ้าหน้าที่ค้นประวัติเตรียมไว้ล่วงหน้าพร้อมเตรียมอุปกรณ์ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการไว้ผู้รับบริการได้รับบริการแบบ One Stop Service ได้รับการคัดกรอง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจรักษาจากแพทย์ และรับยาจากเภสัชกร ทีมสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มีทีมให้คำปรึกษาที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเนื่องจากการปฏิบัติงานจำเป็นต้องใช้ทักษะและความชำนาญ

ในส่วนของต้นทุนภายนอก (External Cost) ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วย และญาติที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ โดยรวบรวมจากต้นทุนการให้บริการ (Direct medical care cost) และต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ (Non–medical cost) รวมทั้งต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเจ็บป่วย (Opportunity cost) จากการศึกษาพบว่าต้นทุนภายนอกที่เป็นต้นทุนผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเจ็บป่วย (Opportunity cost) เท่ากับ 460.00 บาทต่อครั้ง เป็นต้นทุนผู้ป่วยที่สูญเสียรายได้ 250.00 บาทต่อครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 54.35 และต้นทุนผู้ดูแลสูญเสียรายได้ 210.00 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.65 รองลงมาเป็นต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ 137.00 บาท/ครั้ง จากการวิเคราะห์ต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเจ็บป่วยสูงโดยเป็นค่าเสียโอกาสจากผู้ป่วยมากกว่าจากญาติเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานในช่วงอายุ 40–49 ปี เป็นผู้ที่ไม่สามารถทำงานเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยหรือต้องหยุดงานเพื่อมารับบริการรักษา แต่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ติดตามในการดูแล

สรุปภาพรวม ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์เท่ากับ 3,803.00 บาทต่อครั้ง เป็นต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี เท่ากับ 3,206.00 บาทต่อครั้ง และต้นทุนของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 597.00 บาทต่อครั้ง ในส่วนของต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี (ต้นทุนภายใน) เท่ากับ 3,206.00 บาทต่อครั้ง จำแนกเป็นต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการเท่ากับ 1,149.00 บาทต่อครั้งและต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์เท่ากับ 2,057 บาทต่อครั้ง ในส่วนของต้นทุนของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก (ต้นทุนภายนอก) เท่ากับ 597.00 บาทต่อครั้ง จำแนกเป็นต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ของผู้ป่วยและญาติ เท่ากับ 137.00 บาทต่อครั้ง และต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติเท่ากับ 460.00 บาทต่อครั้ง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์พบว่า ต้นทุนรวมค่อนข้างสูง เป็นต้นทุนในส่วนของผู้ให้บริการ ทำให้สามารถคาดการณ์การวางแผนการทำงาน และการจัดสรรอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน

ในส่วนของบุคลากรให้เหมาะสมต่อลักษณะงาน การจัดการบริหารทีมงานที่เหมาะสม จะช่วยลดต้นทุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานได้

2. การนำผลการวิเคราะห์ต้นทุนที่ได้จากการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ต้นทุนผู้ป่วยโรคอื่นที่คล้ายคลึงกันเช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคเรื้อรังอื่นๆที่เป็นระบบ One Stop Service เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนรวมทั้งหมด

3. ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาท – ยานนท์และทำการวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต้นทุนในหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น

4. โรงพยาบาลควรมีระบบฐานข้อมูลทางด้านการเงิน ด้านการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน ระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาล เพื่อประเมินต้นทุนและประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

5. การศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันถ้วนหน้าในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ เช่นผู้ป่วยสิทธิแรงงานต่างด้าวโดยศึกษาผลกระทบในด้านการคิดต้นทุนเพื่อเปรียบเทียบต้นทุน

6. ควรมีการศึกษาต้นทุนในโรคอื่นๆที่เป็นปัญหาในพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลมาวางแผนการบริหารจัดการและจัดระบบการพัฒนาคุณภาพการบริการเช่นในกลุ่มโรคที่ยังไม่ได้เป็น One Stop Service

7. ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนตามกลุ่มการวินิจฉัยโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเปรียบเทียบกับการวิเคราะห์รายโรค

8. ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยในที่เป็นโรคเอดส์และรวบรวมต้นทุนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพื่อวิเคราะห์ต่อไปว่าต้นทุนมีความแตกต่างกันอย่างไร

9. ควรมีการคิดต้นทุนใช้ชุดสิทธิประโยชน์และนอกชุดสิทธิประโยชน์เพื่อทำการเปรียบเทียบกัน

10. ในส่วนของโรงพยาบาลควรมีการประเมินคุณภาพการบริการในคลินิกโดยดูจากการผล CD4 ของผู้ป่วยภายหลังการรักษา

11. โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาการวิจัยให้กว้างขวางขึ้น สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดนักวิจัยใหม่ ๆ เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาเชิงวิชาการ

12. โรงพยาบาลควรมีระบบการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในด้านการ Sharing ข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, พวงอุไร ภูมิศิริลักษณ์, อัมพร หะยาจันทรา และคณะ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจและสภาพสังคมของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน: ศึกษากรณีจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา: โรงพยาบาลสวนปรุงเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต. 2538
2. พชรชัย เรืองสิทธิ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.
3. กองอาเซียน4. กรมอาเซียน. ข้อมูลความร่วมมืออาเซียนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์. 2548.
4. UNAIDS. AIDS epidemic. Update: November 2012. Geneva: UNAIDS, 2012.

5. Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. Asian Pacific Journal 1984; 3 : 195–9.
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์. 2555.
7. สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค. 2555.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. สรุปรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ประจำปีงบประมาณ 2555. 14 กรกฎาคม 2555.

ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม กับความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

ณัฐภา ปิตยานนท์, สุรีย์ กาญจนวงศ์***

Abstract

The Relationships between Optimism, Social Support and Hopes among HIV-Infection Patients

Natthapa Pitayanon, Suree Kanjanawong***

* M.A. (Medical and Health Social Science), Mahidol University.
** Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University.

The main objective of this study was to investigate the relationships between optimism, social support, and hopes among HIV-infected patients. Quantitative and qualitative research methods were applied in this study. The population in this study were HIV patients who were volunteers of the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration (HIV-NAT), the Thai Red Cross Society. Inclusion criteria were set up to select the samples. For quantitative study consisted of 309 samples. A questionnaire was used for data collection. It was comprised of demographic data, illness history, hopes, optimism, and social support. Data were analyzed by using both descriptive statistics and inferential statistics including frequency distribution, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis. Regarding to qualitative study, 5 patients were selected for in-depth interview.

The results showed that HIV-infected patients had a high level of hopes, a moderate level of optimism, and a moderate level of social support. Optimism has statistically significant relationship with hopes, but social support has no statistically significant relationship with hopes at á=0.05. Only optimism could account for 26.9% of the variation of hopes. However, even though social support had no statistically significant relationship with hopes and cannot be included in regression equation, it does not mean that it is not a significant variable. The result shows that social support has strong relationship with optimism. It could be said that social support has an impact on hopes of the patients by allowing them to feel optimistic about their future.

Key Words: Hope, Optimism, Social Support, HIV Patients.
Thai AIDS J 2014/2015; 27 : 25-33

* สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
** คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมและความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research method) และการสัมภาษณ์เชิงลึก ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่เป็นอาสาสมัครของศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย–เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV–NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้า (inclusion criteria) ในการวิจัยเชิงปริมาณศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 309 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากร ประวัติการเจ็บป่วย ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) และสถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การกระจายความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล 5 ราย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีความหวังในระดับสูง ระดับการมองโลกในแง่ดีปานกลาง และระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง การมองโลกในแง่ดีกับความหวังมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะการมองโลกในแง่ดีเท่านั้นที่สามารถเข้าสมการถดถอยและสามารถอธิบายการผันแปรของความหวังได้ ร้อยละ 26.9 อย่างไรก็ตามแม้การสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สามารถเข้าสมการถดถอยได้ ก็ไม่ได้หมายความว่าการสนับสนุนเป็นตัวแปรที่ไม่สำคัญ แต่อาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความหวังผ่านการมองโลกในแง่ดี

คำสำคัญ ความหวัง, การมองโลกในแง่ดี, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี
วารสารโรคเอดส์ 2557/2558; 27 : 25–33

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคเอ็ชไอวี/เอดส์ หรือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอ็ชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้การติดเชื้อโรคได้ฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น และทำให้เสียชีวิตในเวลาไม่นาน[1] ในผู้ป่วยที่ไม่ดูแลตนเอง หมดหวังต่อสิ่งรอบข้าง เมื่อรับรู้ถึงการติดเชื้อเอ็ชไอวีในร่างกาย เพราะรับรู้ว่าคนที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีจะต้องตายทุกคน และยังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ถึงทำให้ถูกตีตราจากสังคม เพราะจากความไม่เข้าใจของคนในสังคมเช่นเดียวกัน

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปมาก ทำให้การรักษาโรคเอดส์มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น[2] นอกจากนี้ยังตระหนักถึงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีว่าต้องมีการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพก็ตาม แต่คนในสังคมส่วนหนึ่งก็ยังตีตราว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เนื่องจากยังมีทัศนคติในเชิงลบว่าโรคเอดส์เกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและไม่มีทางรักษาได้[3] ผลของการตีตราดังกล่าว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีความรู้สึกหดหู่ ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม หลีกหนีสังคม ทำให้เกิดความทุกข์ และทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรู้สึกไม่มีคุณค่าในสังคมจึงทำให้เกิดความสิ้นหวังในชีวิตไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

การศึกษาในอดีตพบว่าการศึกษาทางด้านจิตวิทยากับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมุ่งเน้นการศึกษาในทางจิตวิทยาเชิงลบ การศึกษาทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก

น้อย จึงมีการขับเคลื่อนให้มีการศึกษาทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามจิตวิทยาทางบวกเป็นจิตลักษณะของบุคคลที่สามารถพัฒนาได้โดยอาศัยสังคมที่ต้องร่วมมือกัน (Social Support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันครอบครัว[4] เพื่อพัฒนาจุดแข็งของมนุษย์ให้เกิดการงอกงามรุ่งเรืองทางด้านจิตใจ รู้คุณค่าของชีวิตและมีส่วนร่วมกับสังคม การอยู่ในสังคมหรือการทำงานร่วมกันย่อมมีอุปสรรคมากมาย จิตวิทยาทางบวก (Positive Psychology) นับว่าเป็นแนวคิดจิตวิทยาตะวันตกสมัยใหม่ที่น่าศึกษาและนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพราะมีพื้นฐานที่เน้นการมีความสุขโดยมวลรวมในทุกๆ ระดับ ทุกบริบทของสังคม[5,6]

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมองโลกในแง่ดี ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งความหวัง การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรของจิตวิทยาเชิงบวกที่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยร่วมกันในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จะเป็นตัวผลักดันที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้โดยมีสุขภาวะทางกายและจิตใจที่ดี อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความหวังของผู้ป่วยเอ็ชไอวีเพื่อการต่อสู้กับภาวะโรคและปรับตัวเพื่อสุขภาวะจิตใจที่ดีได้ และยังเป็นการช่วยพัฒนาความคิดในเชิงบวก พัฒนาด้านจิตใจ และพัฒนาพฤติกรรมการใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความหวัง การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมและความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

3. เพื่อศึกษาความสามารถของการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในการร่วมกันอธิบายความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. ความหวัง (Hope): Snyder (1994) ให้คำจำกัดความ “ความหวัง” ไว้ว่าเป็นกระบวนการทางความคิด (cognition) ของบุคคลที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ความหวังมีองค์ประกอบหลัก 2 ด้าน คือ วิธีการคิด (pathway thinking) ซึ่งหมายถึงการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการวางแผนหรือหาแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้ และตัวแทนคิด (agency thinking) คือ การรับรู้ความสามารถหรือแรงจูงใจของบุคคลในการใช้วิธีการหรือแนวทางข้างต้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

จากนิยามข้างต้นจะเห็นได้ชัดว่า “ความหวัง” มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับเป้าหมาย (goal) อย่างมาก เป้าหมายของบุคคลนั้นอาจแบ่งเป็นเป้าหมายระยะสั้นซึ่งสามารถบรรลุได้ภายในเสี้ยววินาทีหรือนาที หรือเป้าหมายระยะยาวซึ่งอาจกินเวลาเป็นเดือน เป็นปี หรือสำหรับใครบางคนอาจหมายถึงทั้งชีวิตก็ได้ การรับรู้เป้าหมายมีอิทธิพลต่อระดับความหวังของบุคคล กล่าวคือ ถ้าเป้าหมายที่บุคคลวางไว้ได้รับการประเมินว่ายากที่จะบรรลุได้ ระดับความหวังของบุคคลย่อมต่ำกว่าการรับรู้เป้าหมายนั้นสามารถบรรลุได้โดยไม่ยากนัก วิธีการคิดเชิงเส้นทาง (pathway thinking) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความหวังของบุคคล บุคคลที่มีความหวังในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีวิธีการคิดในการวางแผนหรือหาแนวทางที่หลากหลายและมี

ประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายมากกว่าบุคคลที่มีระดับความหวังต่ำ นอกจากนี้ความคิดเชิงตัวแทน (agency thinking) อันหมายถึงการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการดำเนินการตามแผนหรือแนวทางที่วางไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับระดับความหวังของบุคคล กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถนี้ช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจในการดำเนินการไปสู้เป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ การรับรู้ความสามารถในการดำเนินการตามแผนหรือแนวทางที่วางไว้จะช่วยให้บุคคลยังคงมีกำลังใจและความมุ่งมั่นในการเดินทางไปสู่เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง[7]

2. การมองโลกในแง่ดี (Optimism): การมองโลกในแง่ดี อาจมี 2 แนวคิด

แนวคิดแรกให้ความเห็นว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นความโน้มเอียง (Disposition) Carver และ Scheier มีความเห็นว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ดีคือคนที่มีความคาดหวังสิ่งดีๆจะเกิดขึ้นกับพวกเขา ส่วนคนที่มองโลกในแง่ร้ายนั้นมีความคาดหวังว่าสิ่งที่ไม่ดีจะเกิดขึ้นกับพวกตน การมองโลกในแง่ดีหรือแง่ร้ายนี้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์พื้นฐานในตัวบุคคล (temperament) ซึ่งเป็นลักษณะที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางชีววิทยา หรืออาจกล่าวได้ว่า การมองโลกในแง่ดีหรือร้ายนั้นมีความเชื่อมโยงกับบุคลิกและลักษณะทางพันธุกรรมของบุคคล กล่าวคือ บุคคลจะมองโลกเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับว่าพวกเขามีแนวโน้มทางพันธุกรรมหรือบุคลิกภาพอย่างไร[8]

อีกแนวคิดหนึ่งเสนอว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นลักษณะของการให้คำอธิบาย (Explanatory style) ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะอธิบายเหตุการณ์ในเชิงลบว่าเกิดจากปัจจัยภายนอก เกิดขึ้นชั่วคราว และเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะเท่านั้น แต่ผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายจะอธิบายเหตุการณ์ในเชิงลบว่าเกิดจากปัจจัยภายใน คงที่และเป็นภาพรวมทั้งหมดที่เป็นปกติ[9]

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support): การสนับสนุนสามารถนิยามในเชิงโครงสร้างทางสังคม นั่นคือจำนวนบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น เพื่อน พ่อแม่ ญาติ เป็นต้น ขณะที่อีกความหมายหนึ่งมุ่งเน้นไปที่หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมว่าบุคคลพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับหรือไม่

การสนับสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงแรงสนับสนุนด้านการยกย่องการให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึงการให้คำแนะนำข้อเสนอแนะทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของการเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึงการช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม[10]

กรอบแนวคิดของการวิจัย อยู่บนพื้นฐานความคิดที่ว่าการมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความหวังได้ ซึ่งความหวัง การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม

เป็นตัวแปรของจิตวิทยาเชิงบวกที่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยร่วมกันในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและผู้กำหนดนโยบายที่จะนำไปสร้างโครงการต่างๆเพื่อพัฒนาความคิดในเชิงบวกและเพิ่มพูนความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative approach) และเชิงคุณภาพ (Qualitative approach)

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่เป็นอาสาสมัครของศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย–เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV–NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่อยู่ในระหว่างการรับยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีในโครงการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้า (inclusion criteria) เป็นผู้ชาย 834 คน และเป็นผู้หญิง 526 คน มีจำนวนทั้งสิ้น 1,360 คน

สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรยามาเน่ ได้กลุ่มตัวอย่าง 309 คน สุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenient sampling) โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างจากประชากรตามเกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้า (inclusion criteria) ของงานวิจัย ที่เข้ามารับยาและสมัครใจให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยในการให้ข้อมูลเก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามประกอบที่สำคัญของเนื้อหา 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องความหวัง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการมองโลกในแง่ดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเรื่องการสนับสนุนทางสังคม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การกระจายความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล 5 คนและทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In–depth interview) ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงธันวาคม เป็นระยะเวลา 6 เดือน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลประชากรศาสตร์และประวัติการเจ็บป่วย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในอาสาสมัครที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 309 คน มีอายุตั้งแต่ 18–78 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี 32.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.9, กลุ่มอายุ 26–35 ปี 95 ราย ร้อยละ 30.7 โสด ร้อยละ 66.7 ไม่มีบุตรร้อยละ 76.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท มีรายได้เพียงพอต่อการใช้สอย ร้อยละ 54.4

สาเหตุของการติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนมากมาจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 80.9 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลังจากทราบว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นระยะเวลา ภายใน 2–5 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 22.7 และผู้ติด

เชื้อเอ็ชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลา 1–5 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 37.2 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ดื่มนานๆ ครั้ง ร้อยละ 54.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.4 และไม่มีโรคร้อยละ 79.3

2. ความหวัง จากการศึกษาระดับความหวังที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยใช้คะแนนวัดระดับความหวัง พบว่า ระดับความหวังมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 82.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 16.24 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มระดับความหวังต่ำ กลุ่มระดับความหวังปานกลาง และกลุ่มระดับความหวังสูง พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีความหวังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.1 ส่วนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีระดับความหวังปานกลาง และระดับความหวังต่ำ พบร้อยละ 35.3 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

3. การมองโลกในแง่ดี จากการศึกษาระดับการมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยใช้คะแนนวัดระดับการมองโลกในแง่ดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีโดยเฉลี่ยเท่ากับ 15.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.165 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มการมองโลกในแง่ดีสูง กลุ่มการมอง

ตารางที่ 1. แสดงจำนวน และร้อยละ ของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จำแนกตาม ระดับความหวัง (n = 309)

ระดับความหวัง	พิสัยการวัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)
ระดับความหวังต่ำ	14 – 46	8	2.6
ระดับความหวังปานกลาง	47 – 79	109	35.3
ระดับความหวังสูง	80 – 112	192	62.1
รวม		309	100.0

N = 309 $\bar{X}$ = 82.95 S.D. = 16.24 Maximum = 112 Minimum = 27

ตารางที่ 2. แสดง จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจำแนกตาม ระดับการมองโลกในแง่ดี (n = 309)

ระดับการมองโลกในแง่ดี	พิสัยการวัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)
การมองโลกในแง่ดีต่ำ	0 – 13	92	29.8
การมองโลกในแง่ดีปานกลาง	14 – 18	168	54.4
การมองโลกในแง่ดีสูง	19 – 24	49	15.9
รวม		309	100.0

N = 309 $\bar{X}$ = 15.33 S.D. = 3.7 Maximum = 24 Minimum = 5

โลกในแง่ดีปานกลาง และกลุ่มการมองโลกในดีต่ำ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีระดับการมองโลกในแง่ดีปานกลาง ร้อยละ 54.4 ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีระดับการมองโลกในแง่ดีต่ำและระดับการมองโลกในแง่ดีสูง พบร้อยละ 29.8 และร้อยละ 15.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

4. การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.30 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 5 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย กลุ่มการสนับสนุนทางสังคมน้อย กลุ่มการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง กลุ่มการสนับสนุนทางสังคมมาก และกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 52.1 รองลงมาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีระดับการสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 40.8 และระดับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ร้อยละ 4.2 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3. แสดง จำนวน ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จำแนกตาม ระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 309)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	พิสัยการวัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)
ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย	4	1	0.3
การสนับสนุนทางสังคมน้อย	5 – 8	13	4.2
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	9 – 12	161	52.1
การสนับสนุนทางสังคมมาก	13 – 16	126	40.8
การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด	17 – 20	8	2.6
รวม		309	100.0

N = 309 $\bar{x}$ = 12.24 S.D. = 2.30 Maximum = 19 Minimum = 4

ตารางที่ 4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมต่อความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

ตัวแปร	ระดับความหวัง	ระดับการมองโลกในแง่ดี	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
ระดับความหวัง	1		
ระดับการมองโลกในแง่ดี	.519**	1	
ระดับการสนับสนุนทางสังคม	.099	.157**	1

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 5. แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุของตัวแปรพยากรณ์ความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

ตัวแปร	R^2	b	β	F	t	p-value
การมองโลกในแง่ดี	.0.269	2.664	0.519	113.258	10.642	.00**

SE_b = 0.250 ; Constant = 42.106 **p<.01

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง ผลการศึกษาพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เฉพาะการมองโลกในแง่ดีเท่านั้นที่สามารถอธิบายการผันแปรของความหวังได้ร้อยละ 26.9 ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

การอภิปรายผล

ผลของการศึกษาพบว่าการมองโลกในแง่ดีสามารถอธิบายการผันแปรของความหวังได้ร้อยละ 26.9 เท่านั้น นอกจากนี้สิ่งที่ขัดแย้งกับความคาดหวังคือการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถเป็นตัวทำนายความหวังได้

อย่างไรก็ตาม แม้การสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและไม่สามารถเข้าไปในสมการเพื่ออธิบายความหวัง ก็ไม่ได้หมายความว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่สำคัญ จากผลการวิจัยที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดีสูง จึงอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความหวังโดยผ่านทางการมองโลกในแง่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จัดโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีระดับความหวังให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การให้เอกสารคำแนะนำ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หรือการช่วยเหลือกันเอง (self-help group)

2. จัดการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเอดส์ รวมถึงอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อช่วยลดภาวะวิตกกังวล และความเครียด เพื่อเพิ่มความหวัง และเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3. ควรส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือคนรักของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยจัดทำแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ อาการแทรกซ้อน และวิธีการปฏิบัติตนต่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งสามารถช่วยให้ประชาชนรู้จักโรคเอดส์มากขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้อย่างถูกต้อง ไม่กลัวการติดโรค หรือแสดงท่าทางรังเกียจผู้ป่วย แต่มีความเห็นใจและยอมรับผู้ป่วยโรคนี้มากขึ้นอันจะช่วยลดความเครียดให้แก่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าเฉพาะการมองโลกในแง่ดีเท่านั้นที่สามารถเข้าสมการถดถอย และสามารถอธิบายได้เพียงร้อยละ 26.9 เท่านั้น แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกมากที่จะอธิบายในส่วนของร้อยละ 73.1 ที่เหลือ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึง

ควรทบทวนตัวแปรอื่นๆที่อาจอธิบายการผันแปรของความหวังและนำมาศึกษาร่วมด้วย ทั้งนี้อาจเป็นตัวแปรด้านประชากร เช่นการศึกษา สถานภาพสมรส อายุ ฯลฯ และ/หรือตัวแปรทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ตนเอง (Self-perception) ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ (Health locus of control) หรือ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง (Hardy personality) เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เกี่ยวกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี รวมทั้งการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความหวัง ซึ่งผลที่ได้จะได้นำมาประกอบการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในมุมมองอื่นๆ เช่น การพัฒนาในด้านคุณค่า (Value) การพัฒนาความยืดหยุ่น (Resilience) หรือสติรับรู้ในการปฏิบัติกิจต่างๆ (Flow)

4. ควรมีการฝึกอบรมผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรายเก่าให้เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ชุลีพร คงเพ็ชร์. โลกทัศน์ชาวบ้าน : ประสบการณ์จากผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กินยาต้านไวรัส. ปริญญาศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554).
2. บุษรา กระแสบุตร. การศึกษาความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบสามชนิดพร้อมกัน. มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554).
3. ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ปี 2553. http://mkho.moph.go.th/pcm/ index.php?option=com_content&view= article&id=7&Itemid=12 [2555, มกราคม 10].
4. Mukolo A, Wallston KA. The Relationship Between Positive Psychological Attributes and Psychological Well-Being in Persons with HIV/AIDS. AIDS Behav, 2012; 16 : 2374-81.
5. Martin EP. Seligman & Mihaly Csikszentmihalyi. Positive Psychology. American Psychologist, 2000; 55 : 5-14.
6. K Oppong Asante. Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. African Journal of Psychiatry, 2012; 15 : 340-5.
7. Snyder CR, Lopez SJ. Positive Psychology : the scientific and practical explorations of human strengths 2007 : 77-106.
8. Carver CS, Antoni M, Smith RG, Petronis VM, Weiss Sharlene, Derhagopian RP. Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being During Treatment Predict Psychosocial Well-Being Among Long-Term Survivors of Breast Cancer. Health Psychology, 2005; 67 : 508-16.
9. สุรีย์ กาญจนวงศ์. Optimism. (2012). เอกสารประกอบการเรียนวิชา Directed Reading หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555).
10. House JS. Work stress, and social support. Reading, MA. Addison-Wesley. 1981 : 141-8.

การวิจัยประเมินบทบาทและความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.)

สุรีย์พร พันพึ่ง, อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์*, ปราโมทย์ ประสาทกุล*, สมใจ ประมาณพล**

Abstract

Evaluation of Role and Success of Establishment of Provincial Coordinating Mechanism (PCM)

Sureeporn Punpuing, Aphichat Chamratrithirong*, Pramote Prasartkul*, Somjai Pramanpol**

*Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Salaya, Phutthamonthon, Nakhon Pathom 73170.

One important strategy of HIV/AIDS program in Thailand is to emphasize on the empowerment of provincial health service sites and local administrative organizations (LAO) to take greater responsibility for social welfare and quality of life of youth in the locality effectively, under a coordination network call "Provincial Coordinating Mechanism (PCM)". This article aims to evaluate the performance of the PCM during the first 2 years (fiscal year 2009-2010) of the project implementation. The evaluation includes alignment, resource mobilization for the youth prevention activities whether is it line ups with the decentralization and have tendency to cover all target groups and sustainability.

Key Words: HIV/AIDS, PCM, Resource Mobilization, Sustainability, Global Fund
Thai AIDS J 2014/2015; 27 : 34-44

บทคัดย่อ

ยุทธศาสตร์หลักหนึ่งของโครงการด้านเอดส์ในประเทศไทย คือมุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะ (Empower) หน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพในระดับภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจในด้านสวัสดิการสังคมและคุณภาพชีวิตสำหรับเยาวชนในพื้นที่ ให้สามารถบูรณาการภารกิจได้อย่างมีประสิทธิผล ภายใต้ "ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.)" บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) ในช่วง 2 ปีแรก (ปีงบประมาณ

*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พุทธมณฑล สาย 4 แขวงศาลายา เขตพุทธมณฑล นครปฐม 73170

2552–2553) ของการดำเนินงาน โดยเฉพาะในการทำหน้าที่เชื่อมประสาน และระดมทรัพยากรระดับจังหวัด ในงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และงานสุขภาพเยาวชน ว่ามีความสอดคล้องกับการกระจายอำนาจ และจะมีแนวโน้มที่จะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีความยั่งยืนหรือไม่ อย่างไร ในภาพรวม พบว่า ศปอจ. หลายจังหวัด ได้นำร่องรูปแบบบูรณาการภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์เข้าสู่ อปท. และจังหวัด รวมทั้งได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์การระดับท้องถิ่นได้สำเร็จ โดยคณะทำงานนั้นแต่งตั้งจากคนทำงานจริงจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ ทำให้ ศปอจ. สามารถทำงานได้ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ และ มีแนวโน้มครอบคลุมทั้งในแง่พื้นที่, กลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมและเนื้อหาที่หลากหลาย สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นสัญญาณของความยั่งยืนในอนาคต อย่างไรก็ตาม พบว่า ประเด็นที่ท้าทายของ ศปอจ. คือ การทำหน้าที่เชื่อมประสานการดำเนินงานด้านการป้องกัน ดูแล รักษา และแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างรอบทิศ ทั้งแนวดิ่งและแนวราบ การเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะของผู้นำภารกิจ และ คณะทำงาน ศปอจ. ซึ่งยังมีช่องว่างเรื่องแนวคิดของ ศปอจ. และวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน ตลอดจนการวางกรอบในการกำกับ ติดตาม และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะเมื่อหมดความช่วยเหลือจากกองทุนโลกในปี พ.ศ. 2557

คำสำคัญ เอดส์, ศปอจ., ระดมทรัพยากรระดับจังหวัด, ความยั่งยืน, กองทุนโลก
วารสารโรคเอดส์ 2557/2558; 27 : 34–44

บทนำ

ในทศวรรษนี้ การแพร่ระบาดของเชื้อเอ็ชไอวียังเป็นปัญหาสำคัญของโลกในปี 2554 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีทั่วโลก 34.2 ล้านคน เพิ่มจากช่วง 10 ปีก่อน ประมาณ 5 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.5 ล้านคน เฉลี่ยติดเพิ่มนาทีละ 5 คน เสียชีวิต 1.7 ล้านคน เฉลี่ย 3 คนต่อนาที[1] สำหรับประเทศไทย ในปี 2555 ประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ยังไม่มีอาการ และผู้ป่วยสะสม 1.2 ล้านราย โดยที่ตั้งแต่ พ.ศ.2527 จนถึงเดือนกันยายน 2555 มีผู้ป่วยสะสมที่รับบริการจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 276,947 ราย ในจำนวนนี้ ประมาณร้อยละ 85 อายุ 15–44 ปี และวัยรุ่นเพศหญิงมีอัตราป่วยเอดส์สูงกว่าเพศชาย (1.5:1) และเมื่อสิ้นเดือนกันยายน 2554 มีผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนสะสม 247,253 ราย โดยมีผู้ป่วยที่รับยาใหม่จำนวนเพิ่มขึ้นจาก ปี 2553 จำนวน 24,257 ราย[2] จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี รายใหม่ด้วย Asian Epidemic Model พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2553–2568 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 32,648 คน ซึ่งลดลงมากกว่า 10 เท่าของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เกิดขึ้นในช่วง ปี พ.ศ. 2531–2548 ซึ่งมีอยู่ถึง 301,805[3]

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเกือบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งสถานการณ์และแบบแผนของการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีในประชากรแต่ละกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้าง คือ พบว่าการติดเชื้อรายใหม่ในประชากรอายุต่ำกว่า 21 ปีเพิ่มสูงขึ้น ความชุกการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังคงสูงและไม่ลดลง รวมทั้งแนวโน้มพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรอายุน้อยเพิ่มสูงขึ้น

ตลอดเวลาที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบที่จะต่อสู้กับการระบาดของเอ็ชไอวี เริ่มตั้งแต่การรณรงค์ “โครงการถุงยางอนามัย 100%” มีการตั้งองค์กร และแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ เช่น ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ คณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ และคณะทำงานประสานงานกำกับยุทธศาสตร์ส่วนกลาง เมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545–

2549 ได้มีข้อเสนอแนะจากส่วนงานต่างๆ ให้รัฐบาลสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมและสามารถดำเนินการเกี่ยวกับโครงการด้านเอดส์ในพื้นที่ได้เอง ภายใต้นโยบายและแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจ[4]

ผลจากข้อเสนอแนะนี้มีส่วนผลักดันให้รัฐบาลไทยปรับกระบวนการทำงาน ภายใต้ "*โครงการปรับภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์สู่กระบวนการกระจายอำนาจในจังหวัดให้ครอบคลุมถ้วนทั่วกลุ่มเป้าหมายและส่งผลอย่างยั่งยืน*" และโครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ให้ดำเนินงาน ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2551 จนถึง กันยายน พ.ศ. 2557 ใน 43 จังหวัด ซึ่งเป็นพื้นที่เดิมของโครงการด้านเอดส์ในประเทศไทยที่ได้รับทุนจากกองทุนโลก (รอบที่ 1) มาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 โครงการนี้จึงนับเป็นโครงการด้านเอดส์ในระยะต่อเนื่องและเรียกชื่อว่า "*โครงการด้านเอดส์รอบที่ 1– Rolling Continuation Channel (RCC)*"[5]

ยุทธศาสตร์หลักของโครงการด้านเอดส์รอบที่ 1– RCC นี้ มุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะ (Empower) หน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพในระดับภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจในด้านสวัสดิการสังคมและคุณภาพชีวิตสำหรับเยาวชนในพื้นที่ ให้สามารถบูรณาการภารกิจได้อย่างมีประสิทธิผล ภารกิจเหล่านี้จะได้พัฒนาขึ้นโดยหน่วยงานรับทุนรอง (Sub–recipient–SR) ของโครงการฯ ที่ดำเนินการต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่ มาตั้งแต่รอบที่ 1 ภายใต้ "ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) หรือ *Provincial Coordinating Mechanism (PCM)*" ซึ่งจัดตั้งขึ้นใหม่

เมื่อโครงการด้านเอดส์ รอบที่ 1–RCC ดำเนินการไปได้ 2 ปี สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก ผ่านทางองค์กร ผู้รับทุนหลัก (Principal Recipient–PR) ได้กำหนดให้มีการประเมินผลภายนอก เพื่อจะนำผลที่ได้ไปขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานจากกองทุนโลกในระยะต่อไปอีก

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) โดยเฉพาะในการทำหน้าที่เชื่อมประสาน และระดมทรัพยากรระดับจังหวัด ในงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และงานสุขภาพเยาวชน ว่ามีความสอดคล้องกับการกระจายอำนาจ และจะมีแนวโน้มที่จะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีความยั่งยืนหรือไม่ อย่างไร

การประเมินกระบวนการของ ศปอจ. แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ (1) การดำเนินงานของ ศปอจ. ในประเด็น องค์ประกอบคณะทำงาน กระบวนการทำงาน การเชื่อมประสาน การกระจายอำนาจและการดำเนินงานด้านเอดส์ในภาพรวม (2) การประเมินบทบาทตามภารกิจของ ศปอจ. 5 ด้าน (3) ปัญหา/อุปสรรค และ (4) ข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

วิธีการประเมินผล

การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทีมประเมินผลทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับการดำเนินการด้านเอดส์ใน 43 จังหวัดของโครงการ ด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง (self – administrative questionnaire) โดย ผู้ประสานงานโครงการ ศปอจ. หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ตอบคำถามระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2553 แบบสอบถามนี้ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านเอดส์ กระบวนการและกลไกการบริหารจัดการโครงการเอดส์ การเปรียบเทียบ กระบวนการ และผลลัพธ์เบื้องต้นของการดำเนินงานในช่วงเวลาก่อน

และหลังการมี ศปอจ. นอกจากนี้ ทีมประเมินผลฯ ได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานประจำไตรมาสของ ศปอจ. และเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในช่วง 2 ปีแรกของโครงการคือ ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึงกันยายน พ.ศ. 2553

ทีมประเมินผลฯ ได้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก และ/หรือ สัมภาษณ์กลุ่ม จากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 10 กลุ่ม คือ (1) คณะทำงานศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) (2) คณะทำงานศูนย์ประสานประชาคมเอดส์ตำบล (ศปอต.) (3) ผู้รับผิดชอบงานศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (4) ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค/นายแพทย์ สสจ. (5) องค์กรภาคีเครือข่าย (ผู้รับทุนรอง–SR) ด้านป้องกัน (6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (7) หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนและผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี (YPFS) (8) แกนนำเยาวชนที่เป็นเครือข่าย YPFS (9) องค์กรภาคีเครือข่าย (ผู้รับทุนรอง–SR) ด้านการดูแลรักษาและสนับสนุน และ (10) สำนักงานจังหวัด/หน่วยบริหารจัดการกองทุนโลก

การศึกษาเชิงคุณภาพ มีเกณฑ์การเลือกพื้นที่ ซึ่งได้รับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจาก PR และ SR ดังนี้คือ (1) การกระจายตาม สคร. โดยเลือกหนึ่งจังหวัดต่อหนึ่งเขต สคร. (2) ขนาดประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละจังหวัด โดยให้ขนาดประชากรของจังหวัดที่จะศึกษา มีขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก คละกันไป (3) ความครบถ้วนของโครงการ ทั้งในด้าน การป้องกัน การดูแล รักษา และการส่งเสริมสมรรถนะระบบสุขภาพ และ (4) บริบทของพื้นที่ เช่น ศาสนา แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติตามเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้น นักประเมินผลเลือกได้ 12 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ อยุธยา ชลบุรี ชัยภูมิ อุดรธานี ศรีสะเกษ นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงใหม่ ระนองและพัทลุง เป็นพื้นที่ศึกษาเชิงคุณภาพสำหรับโครงการนี้

ข้อค้นพบจากการประเมินผล

ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) ได้ถูกออกแบบการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จห้าด้านคือ (1) การบูรณาการกลยุทธ์ป้องกันและรักษาเอดส์เข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบายของจังหวัด และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (2) การเรียนรู้ และใช้ประโยชน์จากรูปแบบ และวิธีการป้องกันและดูแลรักษาเอดส์ที่มีประสิทธิผล (3) การประสานแผนงานเพื่อให้เกิด “แผนที่นำทาง”สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (4) การระดมความร่วมมือและทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดกิจกรรมการป้องกันและดูแลรักษาโรค และ (5) การกำกับและประเมินยุทธศาสตร์ในแต่ละจังหวัดเอดส์อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแต่ละจังหวัด

1. การดำเนินงานของ ศปอจ.

องค์ประกอบคณะทำงาน– ในปีแรกของโครงการ กิจกรรมส่วนใหญ่ใช้ไปในการหาคนมาแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทั้ง 43 จังหวัด ได้มีการประชุมระดมความคิดจากหลายภาคส่วน ซึ่งประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานรับทุนรอง (Sub Recipient –SR) หรือ หน่วยงานรับทุนย่อย (Sub–Sub Recipient –SSR) ในจังหวัด หน่วยงานที่รับผิดชอบภารกิจและหน่วยบริการในระดับจังหวัด และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคีเครือข่าย หน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ และร่วมกันกำหนดองค์ประกอบ รวมทั้งวิธีการได้มาซึ่งคณะทำงาน ศปอจ.ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด

การศึกษาพบว่า วิธีการได้มาของคณะทำงาน ศปอจ. อาจแบ่งได้เป็น 5 รูปแบบ คือ (1) ให้คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติระดับจังหวัด (ชุดเดิม) เป็น คณะทำงาน ศปอจ. หรือ (2) คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันเอดส์จังหวัด (ชุดเดิม) เป็น คณะทำงาน ศปอจ. หรือ (3) แต่งตั้งขึ้นใหม่โดยใช้สมาชิก จากข้อ (1) และ (2) หรือ (4) แต่งตั้งขึ้นใหม่โดยไม่ได้เลือกจาก ข้อ (1) และ (2) แต่สรรหาจากกลุ่มที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเยาวชน โดยมีคณะทำงานมากกว่า 1 ชุด หรือ (5) สรรหาคณะทำงานตามประเด็นปัญหา และไม่มีการแต่งตั้งถาวร

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม แสดงว่า คณะทำงานประกอบด้วยผู้แทนที่มาจากหลากหลายหน่วยงาน โดยส่วนมากมาจากหน่วยงานภาครัฐ (ร้อยละ 98) สำหรับจังหวัดที่มีผู้แทนจากองค์กรภาคเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ทั้งที่เป็นผู้รับทุน และไม่ได้รับทุนจากโครงการกองทุนโลก มีประมาณร้อยละ 79 เครือข่ายผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 56) เครือข่ายการบริการสุขภาพ (ร้อยละ 42) เป็นที่น่าสังเกตว่ามีจังหวัดที่แต่งตั้งตัวแทนจากสภาเด็กและเยาวชนเข้ามาเป็นคณะทำงานเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น[6]

ผู้ดำรงตำแหน่งประธานคณะทำงาน ศปอจ. มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 34) รองลงมาคือ รองผู้ว่าราชการจังหวัด (ร้อยละ 27) ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม (ร้อยละ 15) และ ผู้ว่าราชการจังหวัด (ร้อยละ 12) ส่วน ตำแหน่งเลขานุการของ ศปอจ. ส่วนมากมาจากสายสาธารณสุขทุกจังหวัด เช่น หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคผู้ชำนาญการ หรือผู้ที่รับผิดชอบงานเอดส์ใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และมี 1 จังหวัดเป็นผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล[6]

ในการสัมภาษณ์ระดับลึก พบว่า ขบวนการได้มาซึ่งคณะทำงานมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสะท้อนมาจากผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ เช่น

"ก่อนอื่นก็ต้องบอกว่า ได้รับการติดต่อจากทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดผ่านทางสำนักงานพัฒนาความมั่นคงของจังหวัด ก็เป็นกรรมการอยู่ในชุดใหญ่ด้วยครับ ซึ่งก็ได้รับหนังสือเชิญเข้ามาในฐานะเป็นประธานของสภาเด็กและเยาวชนด้วยครับ ซึ่งชุดแรกก็ปฏิบัติกันไปแล้ว ชุดหลังนี้ก็ได้ประสานกันไปยังอำเภอทั้ง 5 อำเภอ ซึ่งมาเป็นคณะทำงานด้านเอดส์ด้วย " หรือ

"เลือกจากภาคีเครือข่ายและที่มีส่วนเกี่ยวข้องและตรงกับประเด็นของ PCM มีศักยภาพที่จะเข้ามาเสนอแนะ หรือเพื่อที่จะทำงานบูรณาการงานร่วมกัน"

จำนวนของคณะทำงาน ขึ้นอยู่กับโครงสร้างของ ศปอจ. ซึ่งอยู่ระหว่าง 15–34 คน ยกเว้นในจังหวัดหนึ่งที่พบว่ามีการแต่งตั้งคณะทำงานมากถึง 180 คน (รวมทุกคณะทำงานย่อย) โดยหาก ศปอจ. ได้มีการแบ่งเป็นคณะทำงานย่อยๆ หลายคณะ จำนวนคณะทำงาน ศปอจ. จะมีมาก แต่หากจังหวัดใดมีการแต่งตั้ง ศปอจ. โดยไม่มีคณะทำงานย่อย จำนวนคณะทำงานก็จะมีไม่มากนัก ซึ่งการแบ่งคณะทำงาน ศปอจ. ออกเป็นคณะย่อยขึ้นอยู่กับประเด็นในการทำงาน บริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในแต่ละจังหวัด

โดยสรุป องค์ประกอบของคณะทำงาน ศปอจ.ของจังหวัด ส่วนใหญ่ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐเกือบทั้งหมด แต่พบความแตกต่างในแต่ละจังหวัดอย่างเห็นได้ชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของตัวแทนภาคประชาสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เยาวชน กับองค์ประกอบคณะทำงานทั้งหมด อย่างไรก็ตามในภาพรวม องค์ประกอบของคณะทำงาน ศปอจ. ก็ไม่แตกต่างจากคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดมากนัก

กระบวนการทำงาน– ในช่วง 2 ปีแรกของโครงการ คณะทำงาน ศปอจ. ในแต่ละจังหวัดได้กำหนดกระบวนการทำงาน โดยจัดให้มีการประชุมปีละ 2 – 6 ครั้ง ในทางปฏิบัติพบว่าประมาณร้อยละ 67 ของ ศปอจ. สามารถจัดประชุมได้ประมาณปีละ 3–4 ครั้ง นอกจากนี้คณะทำงาน ศปอจ. ร้อยละ 82 ระบุว่า มีการจัดประชุมคณะทำงาน ศปอจ. แยกจากการประชุมคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด[6]

ในภาพรวม คณะทำงาน ศปอจ. สามารถจัดประชุมได้ครบตามแผน ร้อยละ 85[6] และในบางจังหวัดที่ไม่สามารถจัดได้ครบตามแผน เนื่องมาจากได้รับงบประมาณล่าช้า จัดประชุมซ้ำกับการประชุมอื่น เจ้าหน้าที่ติดภารกิจเร่งด่วน วันว่างของคณะทำงานไม่ตรงกัน จึงทำให้ต้องเลื่อนการประชุม หรือไม่ครบองค์ประชุม แต่เลขานุการคณะทำงานของ ศปอจ. แก้ปัญหาการจัดประชุมไม่ได้ด้วยการพูดคุยประสานงานทางโทรศัพท์ และส่งข้อมูลถึงกันทางอินเทอร์เน็ตแทน

การเชื่อมประสาน– การเชื่อมประสานเป็นประเด็นสำคัญของคณะทำงาน ศปอจ. พบว่ามีความหลากหลายในวิธีการหรือช่องทางการติดต่อประสานระหว่างหน่วยงานที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัด เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่าช่องทางหรือวิธีการที่ใช้ในการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัดมากที่สุด คือการติดต่อสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตหรือโทรศัพท์ (ร้อยละ 67) รองลงมาคือ การจัดประชุมและการใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัว และการจัดส่งข้อมูลข่าวสาร เอกสารที่เกี่ยวข้องถึงกันตามลำดับ นอกจากนี้บางจังหวัดที่ใช้วิธีการเชื่อมประสานโดยการส่งหนังสือราชการ หรือการสอดแทรกเรื่องเข้าไปในการประชุมอื่นๆ[6]

เมื่อให้ผู้ประสานงานเปรียบเทียบการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานก่อนและหลังการมีโครงการ ศปอจ. พบว่า หลังจากที่มีโครงการ ศปอจ. การเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงาน/องค์กร/บุคคลในประเด็นต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นโดยเฉพาะประเด็นการทำงานที่มุ่งไปในทิศทางเดียวกัน ทำได้ดีขึ้นกว่าเดิม เป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 91) การทำงานประสานระหว่างผู้เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 88) เป็นอันดับสอง ซึ่งใกล้เคียงกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน ละการบูรณาการแผนเอดส์เข้าสู่แผนพัฒนาระดับ อปท. (อบจ./อบต./เทศบาล) (ร้อยละ 86) รวมทั้งในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการบูรณาการแผนเอดส์เข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัด (ร้อยละ 79 และร้อยละ 63) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. การเชื่อมประสานของ ศปอจ. เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังระหว่างหน่วยงาน/ องค์กร/ บุคลากรที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัด

การเชื่อมประสาน	ดีขึ้น	เท่าเดิม	รวม
1. การประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้อง	88.4(38)	11.6(5)	100.0(43)
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	79.1(34)	20.9(9)	100.0(43)
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน	86.0(37)	14.0(6)	100.0(43)
4. การทำงานมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน	90.7(39)	9.3(4)	100.0(43)
5. การบูรณาการแผนเอดส์เข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัด	62.8(27)	37.2(16)	100.0(43)
6. การบูรณาการแผนเอดส์เข้าสู่แผนพัฒนาระดับอปท.	86.0(37)	14.0(6)	100.0(43)

[6] ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553

การกระจายอำนาจ– พบว่าในแต่ละจังหวัดมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ร่วมทำงานด้านการป้องกันในกลุ่มเยาวชนทุกระดับ ไม่ว่าจะในระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการศึกษานี้พบว่าเกินกว่าร้อยละ 80 ของ อบต. เทศบาลตำบล หรือทุกจังหวัดที่มีเทศบาลนครมีการดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อ เอ็ชไอวีในกลุ่มเยาวชน ในขณะที่เทศบาลเมืองมีเพียงร้อยละ 65 ขององค์กรเหล่านี้ที่จะเริ่มดำเนินงานด้านเอดส์โดยหน่วยงานของตนจะประสานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และองค์การพัฒนาเอกชนอื่นๆ[6]

การดำเนินงานด้านเอดส์ของจังหวัด – เมื่อให้ผู้ประสานงานโครงการ ศปอจ. ประเมินผลการดำเนินงานก่อนและหลังจากการมี ศปอจ. พบว่า ผลการดำเนินงานด้านเอดส์ในประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการติดต่อและการประสานงาน การพัฒนาสมรรถนะในการทำงาน ทัศนคติ ความเข้าใจที่ดีต่อการทำงาน ด้านสุขภาพของเยาวชน การบูรณาการเนื้องานและกิจกรรมด้านสุขภาพและเอดส์ของเยาวชน รวมทั้งการบูรณาการงานป้องกันและการดูแลรักษาเข้าสู่กระบวนการนโยบายและการระดมความร่วมมือ และทรัพยากรก่อนมี ศปอจ. นั้น พบว่าส่วนใหญ่ประเมินว่าดีขึ้นทุกรายการหลังจากที่มีการจัดตั้ง ศปอจ. ขึ้นมา คือหลังจากที่มี ศปอจ.

ตารางที่ 2. การประเมินผลการดำเนินงานด้านเอดส์ของจังหวัดก่อนและหลังมี ศปอจ.

ผลการดำเนินงาน	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม
1. คนทำงานมีการติดต่อสื่อสารและ	37.2	48.8	14.0	100.0	86.0	14.0	0.0	100.0
ประสานงานระหว่างกันอย่างดี	(16)	(21)	(6)	(43)	(37)	(6)	(0)	(43)
2. คนทำงานได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	20.9	60.5	18.6	100.0	67.4	30.2	2.3	100.0
ในการทำงานอย่างเพียงพอ	(9)	(26)	(8)	(43)	(29)	(13)	(1)	(43)
3. คนทำงานมีทัศนคติ ความเข้าใจที่ดีต่อการ	44.2	44.2	11.6	100.0	88.4	11.6	0.0	100.0
ทำงานด้านสุขภาพและเอดส์ของเยาวชน	(19)	(19)	(5)	(43)	(38)	(5)	(0)	(43)
4. มีการบูรณาการเนื้องานและกิจกรรมด้านสุขภาพ	27.9	44.2	27.9	100.0	72.1	23.3	4.7	100.0
และเอดส์ของเยาวชนระหว่างหน่วยงานต่างๆ	(12)	(19)	(12)	(43)	(31)	(10)	(2)	(43)
ทั้งที่เป็น/ไม่เป็นคณะทำงาน								
5. มีการบูรณาการกลยุทธ์ป้องกันและรักษาเอดส์	16.3	41.9	41.9	100.0	55.8	39.5	4.7	100.0
เข้าสู่กระบวนการนโยบายของจังหวัดและ อปท.	(7)	(18)	(18)	(43)	(24)	(17)	(2)	(43)
6. มีการระดมความร่วมมือและทรัพยากรที่จำเป็น	25.6	41.9	32.6	100	55.8	37.2	7.0	100.0
เพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมป้องกันและดูแล	(11)	(18)	(14)	(43)	(24)	(16)	(3)	(43)
รักษาโรคเอดส์								

[6] ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553

แล้ว ผลการดำเนินงานในทุกด้านที่เคยอยู่ในระดับ “ปานกลาง” หรือ “น้อย” ได้ขยับขึ้นมาอยู่ในระดับ “มาก” อย่างเห็นได้ชัด (ตารางที่ 2)

โดยสรุป คือ ผู้ประสานงาน ศปอจ. เห็นว่าเมื่อมี ศปอจ.แล้ว การดำเนินงานด้านเอดส์ของจังหวัดไม่ว่าจะเป็นด้านการติดต่อประสานงาน การพัฒนาสมรรถนะในการทำงาน ทัศนคติ ความเข้าใจในงานและการบูรณาการงานเอดส์เข้าสู่งานอื่นๆ ได้พัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนมี ศปอจ.

2. การประเมินบทบาทตามภารกิจของ ศปอจ.

เมื่อถามถึงบทบาทตามภารกิจทั้ง 5 ข้อของ ศปอจ. ว่าสามารถดำเนินการไปได้มากน้อยเพียงใดเรียงตามลำดับ พบว่า ผลการดำเนินงานในบทบาทที่ ศปอจ. สามารถทำได้ดีที่สุด ในระดับ” มาก” เรียงตามลำดับ (ตารางที่ 3) คือ

อันดับที่ 1 การระดมความร่วมมือและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดกิจกรรมการป้องกันและดูแลรักษา ร้อยละ 69

อันดับที่ 2 การอำนวยการให้เกิดการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์จากรูปแบบและวิธีการป้องกันและดูแลรักษาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 67

อันดับที่ 3 การประสานแผนงานให้เกิดแผนที่นำทางสู่การลดการติดเชื้อรายใหม่ในจังหวัด ร้อยละ 64

อันดับที่ 4 การบูรณาการกลยุทธ์ป้องกันและรักษาเอดส์เข้าสู่กระบวนการนโยบายของจังหวัด และ อปท. ในจังหวัด ร้อยละ 45 และ

อันดับที่ 5 บทบาทภารกิจด้านการกำกับและประเมินยุทธศาสตร์ในแต่ละจังหวัด ร้อยละ 36

จากการสำรวจเอกสาร พบว่า ในคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน ศปอจ. ในจังหวัดต่างได้กำหนดภารกิจแตกต่างกันอยู่บ้าง คือ มีทั้งที่กำหนดครบทั้ง 5 ภารกิจ กำหนดเพียงบางภารกิจ และไม่ได้ระบุภารกิจของ ศปอจ. แต่ระบุว่า ศปอจ. เป็นภารกิจหนึ่งในภารกิจของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ภารกิจที่ถูกระบุไว้ในคำสั่ง

ตารางที่ 3. บทบาทตามภารกิจของ ศปอจ.

ผลการดำเนินงาน	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม
1. การบูรณาการกลยุทธ์ป้องกันและรักษาเอดส์เข้าสู่กระบวนการนโยบายของจังหวัด และอปท.ในจังหวัด	45.2 (19)	50.0 (21)	4.8 (2)	100.0 (42)
2. การอำนวยการให้เกิดการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากรูปแบบ และวิธีการป้องกันและดูแลรักษาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ	66.7 (28)	28.6 (12)	4.8 (2)	100.0 (42)
3. การประสานแผนงานให้เกิดแผนที่นำทางสู่การลดการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ในจังหวัด	64.3 (27)	35.7 (15)	0.0 (0)	100.0 (42)
4. การระดมความร่วมมือและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดกิจกรรมการป้องกันและดูแลรักษา	69.0 (29)	28.6 (12)	2.4 (1)	100.0 (42)
5. การกำกับและประเมินยุทธศาสตร์ในแต่ละจังหวัด	35.7 (15)	54.8 (23)	9.5 (4)	100.0 (42)

[6] ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553

ทุกจังหวัด (ทั้งจังหวัดที่มีภารกิจครบและไม่ครบ) คือ มีภารกิจด้าน (1) การบูรณาการแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และสุขภาวะทางเพศในเยาวชนเข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัด 4 ปี และแผนพัฒนา อปท. 3 ปี และ (2) การระดมความร่วมมือและทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์[6]

ฝ่ายเลขานุการ และทีมงาน ศปอจ. มีความรู้ความเข้าใจสอดคล้องกันว่าบทบาทหลักของ ศปอจ. คือการบูรณาการแผนฯ และการระดมทรัพยากร เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของความครอบคลุมและยั่งยืน ทุกจังหวัดให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ อนึ่งมีบางจังหวัดที่มองว่า ภารกิจและการขับเคลื่อนงานเอดส์ของ ศปอจ. ควรมีมากกว่าที่กำหนดตัวชี้วัดไว้ตามภารกิจที่มอบหมายคือ ต้องมองออกนอกกรอบตัวชี้วัดและแผนงานที่กำหนดมาจาก PR เช่น จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้สะท้อนว่า

"เริ่มแรกรับนโยบายมาจาก PR เค้าก็มีกรอบมีบทบาทภารกิจมาให้เรา ภารกิจ 5 ด้านนะ มีหมอวิพุธมาอธิบายให้เราว่ามีภารกิจอะไร ต้องมีผลผลิตอะไรบ้าง จะเอามาว่ามีภารกิจอะไร ผลลัพธ์มีอะไร แต่ละด้านมาตั้งเลยว่ามี ตัวชี้วัดคืออะไร จะใส่ไปในความรับผิดชอบของกรรมการแต่ละชุด"

3. ปัญหา/อุปสรรค

การเชื่อมประสาน – ในเรื่องการประสานงานระหว่าง ศปอจ. กับสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.) และหน่วยงานรัฐระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกับหน่วยงานผู้รับทุนหลัก/รอง ของโครงการกองทุนโลกนั้น พบว่า ผู้ประสานงาน ศปอจ. มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55–60) ตอบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับ "น้อย" อย่างไรก็ตามปัญหาที่ระบุว่ามีอยู่ในระดับ "ปานกลาง" ถึง "มาก" คือ การส่งรายงานและการส่งข้อมูล และการบริหารจัดการการเงิน และงบประมาณ ส่วนการประสานงานกับหน่วยงานรัฐระดับจังหวัด พบว่า การประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อปท.) มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก แต่ไม่มีปัญหามากนัก เมื่อประสานงานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบต.) และเทศบาล และถ้าเทียบกันภายในกลุ่ม อปท. ด้วยกัน หน่วยงานที่มีปัญหามาก คือ อบจ. นอกจากนี้มีปัญหาน้อยในการประสานงานกับหน่วยงานผู้รับทุนรอง (SR) และหน่วยงานผู้รับทุนย่อย[6]

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ได้สะท้อนถึงกระบวนการและปัญหา ในการเชื่อมประสาน ซึ่งคำตอบที่ได้ส่วนมาก เห็นว่า การมี ศปอจ.จะช่วยให้เกิดการเชื่มประสานกันได้มากขึ้น เช่น มีผู้ให้ความเห็นว่า

"ผมว่าในการทำงาน ผมว่าดี PCM ถ้าปล่อยให้พื้นที่ทำไปก็เหมือนจิ๊กซอร์ แต่นี่ เป็น holistic ดีมีการเชื่อมโยง ประสาน ทำให้การทำงานเคลียร์ขึ้น ชัดเจนขึ้น ถือว่าเป็นอีกเวทีนึงที่ได้ดึงแต่ละภาคส่วน ในส่วนของ PCM อ่ะนะ ได้มีเวทีที่จะพูดคุย แต่ละคนเป็นตัวแทนของหน่วยที่ได้ไปถ่ายทอดต่อ มันก็ทำให้ แทนที่ว่าต่างคนต่างทำก็ ก็มีเวทีตรงนี้ ช่วยให้เห็นภาพใหญ่ เป็น holistic มากขึ้น" หรือ

"ส่วนหนึ่ง ก็อยู่ที่คนชงเรื่องมากกว่า คืออดีตที่ผ่าน ท้องถิ่นเนี่ย เมื่อก่อน ไม่มีคนชงเรื่องสาธารณสุขเท่าไหร่ แล้วก็ สมัยก่อนไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็อาจจะชงเรื่องผ่าน ประชาคมซึ่งการให้ข้อมูลเนี่ย อาจจะได้ไม่มากเท่าพื้นที่ เพราะฉะนั้นอยู่ที่ว่า 1) เรามีฐานข้อมูลชัดเจน ในเรื่องของสภาพปัญหา สามารถที่จะ Present ให้เค้ายอมรับ ว่านี่

คือ ปัญหาจริง ๆ ถ้าเค้ายอมรับก็โอเค ประชาคมก็โหวดให้ ผู้บริหารท้องถิ่นก็โอเค ยอมรับ อยู่ที่ตรงนี้"

นโยบายบูรณาการด้านเอดส์ ระดับจังหวัด – ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ประสานโครงการ ศปอจ. ได้กล่าวถึงปัญหาของ ศปอจ. ในจังหวัดของตน ว่ามีปัญหาสำคัญ คือ การขาดนโยบายบูรณาการด้านเอดส์ในระดับประเทศ การบูรณาการระดับนโยบายของหน่วยงานในระดับจังหวัด ยังไม่สามารถบูรณาการแผนยุทธศาสตร์ไปสู่แผนของจังหวัดได้ การบูรณาการแผนเอดส์เข้าสู่แผนจังหวัดยังไม่ประสบความสำเร็จ การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นยังมีไม่มาก ทุกภาคส่วนยังไม่ได้แสดงความเป็นเจ้าของร่วมกันอย่างแท้จริง หรือรับเป็นเจ้าภาพในแต่ละประเด็นสำคัญให้มากขึ้น[6] และได้มีเสียงสะท้อนมาจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ว่า

"ทีมประสานงานต้องเข้มแข็งและต่อเนื่องไม่ใช่ทำ ทำแล้วหยุด หยุดแล้วหายไปใครจะเข้ามาบ้าง มันต้องมีเจ้าภาพ มีแกน กลไกเคลื่อน PCM ไม่ใช่อยู่ที่จังหวัด โจทย์มันอยู่ที่พื้นที่ จังหวัดเคลื่อนในเชิงนโยบายให้ ผู้หลักผู้ใหญ่เห็นแล้วไปกระตุ้นนายอำเภอต่อ นายอำเภอต้องเป็นประธานศูนย์เอดส์อำเภอ ให้เค้าได้ ต้องประสานต่อกันไปทุกระดับ"

ความมั่นใจของผู้ประสานงาน ศปอจ. ในการปฏิบัติภารกิจด้านเอดส์ – ผู้ประสานงาน ศปอจ. ทั้ง 43 จังหวัด มีความมั่นใจต่อการปฏิบัติงาน ของ ศปอจ.ในจังหวัดของตนในระดับ "มาก" โดยที่ร้อยละ 70 ตอบว่า หน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัดทำงานเชื่อมประสานกันดี ร้อยละ 63 ตอบว่า งานด้านเอดส์ของจังหวัดมีแนวโน้มว่าจะยั่งยืนต่อไป ร้อยละ 52 ตอบว่า งานด้านเอดส์ของจังหวัดครอบคลุมประชากรเป้าหมายทุกกลุ่ม ร้อยละ 51 มีความมั่นใจว่า ท้องถิ่นในจังหวัดมีแนวโน้มที่จะมีบทบาทในการทำงานด้านเอดส์ร่วมกันมากขึ้น จังหวัดจะบรรลุผลสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และจะสามารถระดมทรัพยากรจากหน่วยงานระดับท้องถิ่นได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีสองจังหวัดเท่านั้นที่ระบุว่า มั่นใจ "น้อย" ในเรื่องงานเอดส์ของจังหวัด[6]

เมื่อถามถึงความมั่นใจ ในกลไกของ ศปอจ. ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทยโดยรวม พบว่า ร้อยละ 54 มั่นใจว่ากลไกของ ศปอจ. จะทำให้หน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานด้านเอดส์ในประเทศทำงานเชื่อมประสานกันอย่างดี ร้อยละ 49 มั่นใจว่างานด้านเอดส์มีแนวโน้มที่จะยั่งยืน ร้อยละ 35 มั่นใจว่างานด้านเอดส์ของจังหวัดจะครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายทั่วทุกพื้นที่ทั่วทั้งประเทศได้ [6]

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ได้พบว่า ศปอจ. จะมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้งานด้านเอดส์ของประเทศสามารถก้าวต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาตนเองได้ต่อไปอย่างยั่งยืน ศปอจ. เป็น "เพื่อนคู่คิด" ที่ "ชวนคิด ชวนคุย ชวนปฏิบัติ" ได้เป็นองค์กลไกให้เกิดการเชื่อมประสานงานและทำงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยงาน/ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ในพื้นที่มากขึ้น ในสองปีแรกของการดำเนินงาน พบว่า ศปอจ. หลายจังหวัด ได้นำร่องรูปแบบบูรณาการภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์เข้าสู่ อปท. และจังหวัด รวมทั้งได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์การระดับท้องถิ่นได้สำเร็จ และเมื่อพิจารณาคณะทำงาน ที่แต่งตั้งจากคนทำงานจริง ไม่ใช่แต่งตั้งโดยตำแหน่งจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ ทำให้ ศปอจ. สามารถทำงานด้านเอดส์ได้ตรง

ประเด็น อย่างมีประสิทธิภาพ และ มีแนวโน้มครอบคลุมทั้งในแง่พื้นที่, กลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมและเนื้อหาที่หลากหลาย สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นสัญญาณของความยั่งยืนในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียน ขอขอบคุณ ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ทั้งที่ทำงานในส่วนกลางและพื้นที่ปฏิบัติการ จากองค์กรภาครัฐและพัฒนาเอกชน นักวิจัยประเมินผลโครงการจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยเฉพาะ คุณศิริพร ยงพาณิชกุล คุณปัทมา แย้มเพกา รวมทั้ง นายแพทย์นคร เปรมศรี และบุคลากร จากสำนักงานบริหาร ทุนหลักจากกองทุนโลก สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ทำให้โครงการวิจัยประเมินผลครั้งนี้ดำเนินการสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555). สถานการณ์ปัญหาเอดส์ระดับโลก (Website: http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1267)
2. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555). สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอ็ชไอวี ประเทศไทย (Website: http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268)
3. Family Health International (FHI) and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2008). The Asian Epidemic Model Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005–2025, Bangkok Thailand.
4. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2550). เล่มที่ 1 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2550–2554: สาระสำคัญ. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
5. สำนักงานบริหารกองทุนโลก. (2552). คู่มือนิยามกิจกรรมและตัวชี้วัดของโครงการเอดส์ รอบที่ 1–RCC โครงการ “การปรับภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์ สู่กระบวนการกระจายอำนาจในจังหวัดให้ครอบคลุมทั่วกลุ่มเป้าหมายและส่งผลอย่างยั่งยืน ปีที่ 6 ประจำปีงบประมาณ 2552. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2553). รายงานผลการประเมินภายนอก “โครงการเสริมสร้างสมรรถนะของกลไกการประสานงานและระดมทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด: ศปอจ. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553” ศาลายา นครปฐม. (เอกสารไม่ได้เผยแพร่).

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

จุฑามาศ เบ้าคำกอง, เอกราช สมบัติสวัสดิ์**

Abstract

Factors Affected to the First Sex Among Female Students Studying in M.5 High School and 2nd Year of Vocational School, Pathumthani Province, 2014

Chuthamat Baokhumkong , Ekarat Sombatsawat**

* Major of Public Health, Faculty of Science and Technology, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under The Royal Patronage

The objective is to study factors affected to the first sex and risk behavior of HIV infection among female students who study in M.5 high school and 2nd year of vocational school in Pathumthani province, 2014. This is a cross-sectional analytical study. The data are collected from the integrated biological and behavioral surveillance survey (IBBS) among female students studying M.5 high school and 2nd year of vocational school in Pathumthani province, 2014.

The study found that there are 968 female students in M.5 high school. Fifty-five students have sex experience or 5.6 percent. The average age of the first sex is 15.5 years old (minimum = 13 years old, maximum = 17 years old). They have first sex without condom in 48.1 percent. They consume alcoholic drink in 22.3 percent. They have been tested five questions of UNGASS about HIV knowledge and answer correctly all five questions in 39.3 percent. There are 382 female students in 2nd year of vocational school. Thirty-seven students have sex experience or 9.7 percent. The average age of the first sex is 15.7 years old (minimum = 13 years old, maximum = 17 years old). They have the first sex without condom as 54.1 percent. They consume alcoholic drink in 31.9 percent. They have been tested five questions of UNGASS about HIV knowledge and answer correctly all five questions in 40.8 percent. Factor affected to the first sex among female students in M.5 high school is accommodation. It is found that students who do not stay with their family have more sex experience than those who stay with their family (OR = 3.50; 95% CI 1.74-6.98). Students who use drug have more sex experience

*สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

than those who do not use drug (OR = 4.42; 95% CI 1.39-13.12). Students who consumed alcoholic drink have more sex experience than those who do not consumed alcoholic drink (OR = 2.02; 95% CI 1.17-3.46). Factor affected to the first sex among female students in 2nd year of vocational school is accommodation. It is found that students who do not stay with their family have more sex experience than those who stay with their family (OR = 2.52; 95% CI 1.02-6.10). Students who use drug have more sex experience than those who do not use drug (OR = 13.28; 95% CI 4.01-44.49). Students who consumed alcoholic drink have more sex experience than those who do not consumed alcoholic drink (OR = 11.74; 95% CI 4.72-30.47).

Therefore, preventive measures should be suggested that value of marital sex should encourage by the family institute. Attitude of sex should be cultivated truly and appropriately. Sex education in school should be developed. All sectors should continue these measures and work in collaboration closely.

Key Words: Factor, Preventive Behaviors, AIDS, Students
Thai AIDS J 2014/2015; 27 : 45-55

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557 โดยเป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional analytical study ใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีของกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนหญิงชั้น ม.5 จำนวน 968 คน เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศแล้ว 54 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.5 ปี (ต่ำสุด 13 ปี สูงสุด 17 ปี) ร่วมเพศครั้งแรกโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 48.1 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.3 ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 39.3 ส่วนนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 จำนวน 382 คน เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศแล้ว 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.7 ปี (ต่ำสุด 13 ปี สูงสุด 17 ปี) ร่วมเพศครั้งแรกโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 54.1 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.9 ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 40.8 โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงชั้น ม.5 คือ ปัจจัยด้านการพักอาศัย พบว่านักเรียน ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (OR = 3.50; 95% CI 1.74–6.98) นักเรียนที่เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติดมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยลองหรือไม่เคยใช้สารเสพติด (OR = 4.42; 95% CI 1.39–13.12) นักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR = 2.02; 95% CI 1.17–3.46)

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ของนักเรียนหญิงชั้น ปวช.2 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการพักอาศัย พบว่า นักเรียนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว (OR = 2.52; 95% CI 1.02–6.10) นักเรียนที่เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติดมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยลองหรือไม่เคยใช้สารเสพติด (OR = 13.28; 95% CI 4.01–44.49) นักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR = 11.74; 95% CI 4.72–30.47)

ดังนั้นในการป้องกันปัญหาดังกล่าวควรส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยมเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยอันควร และปลูกฝังทัศนคติในเรื่องเพศที่ถูกต้อง ซึ่งต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาในโรงเรียน และทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือกัน

คำสำคัญ ปัจจัย, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคเอดส์, นักศึกษา
วารสารโรคเอดส์ 2557/2558; 27 : 45–55

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เป็นโรคที่มีการติดต่อและแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อเอ็ชไอวีพบว่า ส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.75 สาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน ทำให้มีอารมณ์แปรปรวนอ่อนไหวง่าย ตลอดจนได้รับอิทธิพลทางวัฒนธรรมตะวันตก

สื่อลามกต่างๆ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การย้ายถิ่นอันเนื่องมาจากเงื่อนไขและโอกาสด้านการศึกษาและอาชีพ ทำให้วัยรุ่นบางส่วนขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง และถูกชักจูงจากบุคคลรอบข้างได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน[1] และปัจจุบันมีสถานประกอบการมากมายที่เอื้ออำนวยต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในวัยรุ่นเพศหญิงมีการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การทำแท้ง และการติดโรคเอดส์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงปัญหาทางสังคมอื่นๆ[2] จากรายงานสำรวจของสถาบันประชากรและสังคมร่วมกับสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี พ.ศ. 2546 พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่า อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16 ปี[3] ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา พ.ศ. 2552 พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีมากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก นักเรียนหญิงอาชีวศึกษาร้อยละ 21.2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และเพียงร้อยละ 30.4 ที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก[4] และจังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจ มีนักท่องเที่ยวรวมถึงแรงงานเคลื่อนย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก อีกทั้งมีสถานบันเทิงและแหล่งบริการมากขึ้น ทั้งทางตรงและทางอ้อม และสถานบันเทิงบางที่ไม่มีการตรวจบัตรประชาชนก่อนเข้า ทำให้เยาวชนที่มีอายุไม่ถึง 20 ปี เข้าไปเที่ยวในสถานบันเทิงดังกล่าวได้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นนักเรียนชั้น ม.ปลาย และนักเรียนอาชีวศึกษา ล้วนเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีในวัยรุ่นมากขึ้น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในวัยรุ่น เพศหญิงมีการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การทำแท้ง และปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมา และกลุ่มนักเรียนหญิงเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงเป็นอย่างมาก ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557 จึงมีความจำเป็นเพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งจะใช้ข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนและสามารถหาแนวทางในการป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีในในกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 ในจังหวัดปทุมธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีของกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี 4 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยด้านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ 3) ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์ 4) ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์

นิยามศัพท์

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภทโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

แฟนหรือคนรัก หมายถึง ผู้ที่นักเรียนให้ความสนิทสนมและอาจมีความสัมพันธ์แบบชู้สาวต่อกัน

ผู้ชายอื่น หมายถึง คู่นอนที่เป็นชาย ชั่วครั้งชั่วคราวโดยไม่ต้องซื้อบริการ ไม่ใช่แฟน หรือคนรัก

ผู้หญิงอื่น หมายถึง คู่นอนที่เป็นหญิง ชั่วครั้งชั่วคราวโดยไม่ต้องซื้อบริการ ไม่ใช่แฟน หรือคนรัก

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้เรื่องเอดส์ตามตัวชี้วัด 5 ข้อของ UNGASS (United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS.) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่

1. การสวมถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอ็ชไอวีเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้
3. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอ็ชไอวีมาสู่คนได้
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีสามารถติดเชื้อเอ็ชไอวีได้
5. คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอาจเป็นคนที่มีเชื้อเอ็ชไอวีได้

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น

การใช้ถุงยางอนามัย หมายถึง การสวมถุงยางอนามัยของผู้ชายเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analysis epidemiology) โดยใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวี ของกลุ่มนักเรียนหญิงชั้น ม.2 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถาม โดยการตอบด้วยตนเอง (SAQ : Self administered questionnaired) มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวัง อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและความสำคัญของการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง พร้อมทั้งให้ความมั่นใจเรื่องความลับของข้อมูล แล้วให้นักเรียนหญิงกลุ่มดังกล่าวอ่านแล้วตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ข้อมูลที่จัดเก็บได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ประสบการณ์การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์

ข้อมูลที่ได้จะถูกตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของตัวแปรต่างๆ รวบรวม เรียบเรียงและวิเคราะห์ ประมวลผลโดยใช้โปรแกรม Epi Info version 3.5.1 โดยนำเสนอเป็นค่าร้อยละของแต่ละตัวแปร และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ครอบครัว การใช้สารเสพติด

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความรู้ กับการมีเพศสัมพันธ์ และแบ่งระดับความรู้ เป็น 2 ระดับ คือ ความรู้มาก (ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ) ความรู้น้อย (ตอบถูกน้อยกว่า 5 ข้อ) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) แสดงผลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square และนำเสนอค่า OR อย่างหยาบคู่กับช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยใช้โปรแกรม Epi Info 3.4

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จำนวนนักเรียนหญิงชั้น ม.5 ที่เก็บข้อมูลได้รวมทั้งสิ้น 968 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 16.7 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 เก็บข้อมูลได้ 382 คน มีอายุเฉลี่ย 16.7 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.4

ประสบการณ์การใช้สารเสพติด

พบว่า นักเรียนหญิงชั้น ม.5 เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 2.7 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เคยใช้สารเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 3.8 โดยสารเสพติดที่เคยใช้ส่วนใหญ่ คือ บุหรี่ ร้อยละ 42.3 และ กัญชา ร้อยละ 42.3 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.3 ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 1.8 ส่วนนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.9 โดยสารเสพติดที่เคยใช้ส่วนใหญ่ คือ บุหรี่ ร้อยละ 93.3 และ กัญชา ร้อยละ 73.3 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.9 ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 2.7

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

พบว่า นักเรียนหญิงชั้น ม.5 เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศแล้ว จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 โดยสมัครใจในการร่วมเพศครั้งแรก ร้อยละ 3.1 อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.2 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การร่วมเพศครั้ง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ประสบการณ์การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ 2557

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
1. เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติด ม.5 (N=968), ปวช.2 (N=382)	26 (2.7)	15 (3.9)
2. เคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ม.5 (N=26), ปวช.2 (N=15)		
เคยใช้	1 (3.8)	0 (0.0)
ไม่เคยใช้	25 (96.2)	100 (100.0)
3. เคยใช้สารเสพติดก่อนการร่วมเพศในครั้งสุดท้าย ม.5 (N=54), ปวช.2 (N=37)		
เคยใช้	0 (0.0)	1 (2.7)
ไม่เคยใช้	100 (100.0)	36 (97.3)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
4. การใช้สารเสพติด ม.5 (N=26), ปวช.2 (N=15)		
บุหรี่	11 (42.3)	14 (93.3)
ยาบ้า	10 (38.5)	9 (60.0)
กาว,ทินเนอร์	10 (38.5)	8 (53.3)
เฮโรอีน	0 (0.0)	0 (0.0)
กัญชา	11 (42.3)	11 (73.3)
ฝิ่น	10 (38.5)	0 (0.0)
ยาเค	0 (0.0)	0 (0.0)
ยาอี	0 (0.0)	0 (0.0)
กระท่อม	10 (38.5)	8 (53.3)
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ม.5 (N=968), ปวช.2 (N=382)		
เคยดื่ม	216 (22.3)	122 (31.9)
ไม่เคยดื่ม	752 (77.7)	260 (68.1)
6. ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศครั้งล่าสุด ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)		
ดื่ม	1 (1.8)	1 (2.7)
ไม่ดื่ม	53 (98.2)	36 (97.3)

แรกกับแฟน หรือคู่รัก ร้อยละ 98.1 ร่วมเพศครั้งแรกโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 48.1 จากนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศแล้ว 54 คน เคยมีแฟนหรือคนรักที่อยู่กินด้วยกัน ร้อยละ 100.0 ร่วมเพศครั้งล่าสุดโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 40.7 ส่วนใหญ่บุคคลที่ร่วมเพศครั้งล่าสุดคือแฟน คนรักที่ไม่ได้อยู่กินด้วยกัน ร้อยละ 74.1 และเคยร่วมเพศโดยหวังสิ่งตอบแทน ร้อยละ 1.8 ส่วนนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้น ปวช. ปี 2 เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศแล้ว จำนวน 37 คน ร้อยละ 9.7 โดยสมัครใจในการร่วมเพศครั้งแรก ร้อยละ 8.1 อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.7 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การร่วมเพศครั้งแรกกับแฟน หรือคู่รัก ร้อยละ 97.3 ร่วมเพศครั้งแรกโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 54.1 นักเรียนที่เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศแล้ว 37 คน เคยมีแฟนหรือคนรักที่อยู่กินด้วยกัน ร้อยละ 40.5 ร่วมเพศครั้งล่าสุดโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 59.5 ส่วนใหญ่บุคคลที่ร่วมเพศครั้งล่าสุดคือแฟน คนรักที่ไม่ได้อยู่กินด้วยกัน ร้อยละ 59.5 และเคยร่วมเพศโดยหวังสิ่งตอบแทน ร้อยละ 2.7

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

พบว่า นักเรียนหญิงชั้น ม.5 ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำนวน 5 ข้อ ตอบถูกมากที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้ ร้อยละ 94.2 รองลงมา คือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ที่ไม่มีเชื้อเอ็ชไอวี เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้

ตารางที่ 2. จำนวน ร้อยละประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช. 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	จำนวน (ร้อยละ)	
1. เคยมีประสบการณ์การร่วมเพศ ม.5 (N=968),ปวช.2 (N=382)	54 (5.6)	37 (9.7)
2. สมัครใจการร่วมเพศครั้งแรก ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)	2 (3.1)	3 (8.1)
3. อายุเฉลี่ยในการร่วมเพศครั้งแรก (ปี)	15.2	15.7
4. บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)		
กับแฟน หรือคู่รัก	53 (98.1)	36 (97.3)
ผู้ชายอื่นที่ไม่ใช่แฟน หรือคนรัก	1 (1.9)	0 (0.0)
กับผู้หญิง	0 (0.0)	1 (2.7)
5. การสวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)		
สวม	28 (51.9)	17 (45.9)
ไม่สวม	26 (48.1)	20 (54.1)
6. เคยมีแฟนหรือคนรักที่อยู่กินด้วยกัน ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)	54 (100.0)	15 (40.5)
7. การสวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)		
สวม	32 (59.3)	15 (40.5)
ไม่สวม	22 (40.7)	22 (59.5)
8. บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)		
แฟน คู่รักที่อยู่กินด้วยกัน	10 (18.5)	6 (16.2)
แฟน คนรักที่ไม่ได้อยู่กินด้วยกัน	40 (74.1)	22 (59.5)
ผู้ชายอื่นที่ไม่ใช่แฟน หรือคนรัก	0 (0.0)	8 (21.6)
กับผู้หญิง	4 (7.4)	1 (3.0)
9. เคยร่วมเพศโดยหวังสิ่งตอบแทน ม.5 (N=54),ปวช.2 (N=37)	1 (1.8)	1 (2.7)

ร้อยละ 88.1 ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอ็ชไอวีได้ ร้อยละ 64.8 ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ร้อยละ 39.3 ส่วนนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 ข้อตอบถูกมากที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้ ร้อยละ 94.8 รองลงมา คือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ที่ไม่มีเชื้อเอ็ชไอวีเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้ ร้อยละ 85 ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี สามารถติดเชื้อเอ็ชไอวีได้ ร้อยละ 63.8 และตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ร้อยละ 40.8

ตารางที่ 3. จำนวน ร้อยละของนักเรียนหญิงชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 ที่ตอบถูกเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ม.5 (N=968)	ปวช.2 (N=382)
1. การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้	912 (94.2)	361 (94.8)
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ที่ไม่มีเชื้อเอ็ชไอวี เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้	853 (88.1)	324 (85.0)
3. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอ็ชไอวีได้	627 (64.8)	248 (65.1)
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี สามารถติดเชื้อเอ็ชไอวีได้	691 (71.4)	243 (63.8)
ตอบถูก 5 ข้อตามตัวชี้วัดของ UNGASS	380 (39.3)	156 (40.8)
ตอบถูกน้อยกว่า 5 ข้อ	588 (60.7)	226 (59.2)

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

รายการ	ประสบการณ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		OR	95% CI
	เคยร่วมเพศ	ไม่เคยร่วมเพศ		
1. การพักอาศัยกับครอบครัว				
ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	14 (25.9)	83 (9.1)	3.50	1.74–6.98
อยู่กับครอบครัว	40 (74.1)	831(90.9)		
2. เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติด				
เคย	5 (9.4)	21 (2.3)	4.42	1.39–13.12
ไม่เคย	48 (90.6)	892 (97.7)		
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
เคย	23 (42.6)	193 (21.1)	2.02	1.17–3.46
ไม่เคย	54 (57.4)	914 (78.9)		
4. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์				
ตอบถูกทุกข้อ	22 (40.7)	358 (39.2)	1.07	0.59–1.93
ตอบถูกน้อยกว่า 5 ข้อ	32 (59.3)	556 (60.8)		

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างๆ ปัจจัยต่างๆ กับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช. 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557

รายการ	ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		OR	95% CI
	เคยร่วมเพศ	ไม่เคยร่วมเพศ		
1. การพักอาศัยกับครอบครัว				
อยู่กับครอบครัว	9 (24.3)	39 (11.3)	2.52	1.02–6.10
ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	28 (75.7)	306 (88.7)		
2. เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติด				
เคย	8 (21.6)	7 (2.0)	13.28	4.01–44.49
ไม่เคย	29 (78.4)	337 (98.0)		
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
เคย	30 (81.1)	92 (26.7)	11.74	4.72–30.47
ไม่เคย	7 (18.9)	252 (73.3)		
4. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์				
ตอบถูกน้อยกว่า 5 ข้อ	28 (75.7)	198 (57.3)	2.31	1.01–5.45
ตอบถูกทุกข้อ	9 (24.3)	147 (42.6)		

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้น ม. 5 และนักเรียนหญิงชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้น ม. 5

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงชั้น ม. 5 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการพักอาศัย พบว่า นักเรียนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนอาศัยอยู่กับครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 3.50; 95%CI 1.74–6.98) นักเรียนที่เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติดมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยลองหรือไม่เคยใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 4.42; 95%CI 1.39–13.12) นักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.02; 95%CI 1.17–3.46) ส่วนปัจจัยด้านความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ พบว่ากลุ่มนักเรียนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อ มีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ตอบคำถามถูกน้อยกว่า 5 ข้อทุกข้อ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้น ปวช.2

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงชั้น ปวช.2 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการพักอาศัย พบว่า นักเรียนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่า

นักเรียนอาศัยอยู่กับครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.52; 95%CI 1.01–6.10) นักเรียนที่เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติดมีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยลองหรือไม่เคยใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 13.28; 95%CI 4.01–44.49) นักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 11.74; 95%CI 4.72–30.47) และปัจจัยด้านความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ พบว่ากลุ่มนักเรียนที่ตอบถูกน้อยกว่า 5 ข้อ มีประสบการณ์การร่วมเพศมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.31; 95%CI 1.01–5.45)

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าในกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.2 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557 มีประสบการณ์การร่วมเพศร้อยละ 5.6 และร้อยละ 9.7 ตามลำดับซึ่งถือว่าเป็นระดับที่ค่อนข้างสูงสำหรับกลุ่มเยาวชน และอายุเฉลี่ยในการร่วมเพศครั้งแรกในนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มค่อนข้างน้อยคือ ในกลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.2 อายุเฉลี่ย 15.2 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 อายุเฉลี่ย 15.7 ซึ่งถือว่าเป็นอายุเฉลี่ยที่น้อยลง เนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตกทำให้วัยรุ่นไทยเกิดการเลียนแบบ และมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรว่าเป็นเรื่องธรรมดา[5] โดยไม่ได้นึกถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การตั้งครรภ์ในวัยเรียน การติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นต้น และส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การร่วมเพศกับแฟนหรือคู่รักโดยไม่มีการป้องกัน เพราะวัยรุ่นเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรักต่อกัน โดยนักเรียนหญิงส่วนใหญ่ร่วมเพศโดยการสมัครใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงอัมพา บำรุงธรรม ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อ ค่านิยมและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเมืองเชียงใหม่ พบว่า วัยรุ่นในเมืองทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการสัมผัสถูกเนื้อต้องตัว การมีแฟนมากกว่า 1 คน และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เป็นเรื่องธรรมดา โดยกล่าวว่าใครๆ เขาก็ทำกัน และเชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการแสดงถึงความรักที่มีต่อกัน และวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เชื่อในเรื่องของพรหมจรรย์ การที่มีความรักให้แก่กันอยู่ที่ความเข้าใจและเหตุผล นอกจากนี้นักเรียนยังขาดการป้องกันตนเอง โดยส่วนใหญ่มีการเข้าถึงการได้ถุงยางอนามัย จากการซื้อจากร้านสะดวกซื้อ และได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[6] แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการกระจายถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น โดยมีโครงการถุงยางอนามัย 100% แต่กลุ่มวัยรุ่นยังเข้าไม่ถึงมากนัก อาจเกิดจากการปิดกั้นโอกาสจากสังคมเนื่องจากกลัวจะถูกสังคมมองว่า เป็นวัยรุ่นที่มั่วในเรื่องเพศและยังไม่กล้าพกถุงยางอนามัยติดตัว ดังนั้น จึงมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศกับคู่นอนทุกกลุ่มน้อย อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มนักเรียนหญิงมีค่านิยมในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ พบว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ละเลยการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีการร่วมเพศ[7]

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2557 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงกลุ่มดังกล่าว ประกอบด้วย การพักอาศัยกับครอบครัว การใช้สารเสพติด

และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงดังกล่าวทั้งสิ้น และปัจจัยด้านความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 แต่ไม่แตกต่างในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้น ม.5 ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลให้นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงมาก ควรต้องมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมของกลุ่มวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้เกี่ยวข้องควรเข้ามาช่วยกันดูแลให้วัยรุ่นห่างไกลจากสิ่งเสพติดต่างๆ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

2. ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยม และปลูกฝังทัศนคติในเรื่องเพศที่ถูกต้อง เพราะสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่สร้างแบบแผนการดำเนินชีวิตให้กับเด็ก

3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนและเยาวชน

4. จัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

5. นักเรียนทุกระดับมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาในการตรวจสอบเนื้อหาจาก นายแพทย์วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์ นางอรพรรณ แสงวรรณลอย สำนักระบาดวิทยา นางสาวทิพย์สุคนธ์ บำรุงวงศ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่ใช้การศึกษานี้ จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อารีย์ สงวนชื่อ ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ได้ให้การปรึกษาและกรุณาตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. โครงการอบรมแกนนำเยาวชนต้านเอดส์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มหญิง วัยรุ่นในประเทศไทย พ.ศ. 2539–2540. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541; 39–54.
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประเทศไทย พ.ศ. 2555. http://www.thaigoodview.com/library/teachershow/samutpraan/paungrat_l/health/seck02p01.html. (2557, มกราคม 10).
3 สถาบันประชากรและสังคม. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2546. http://www.thaihealth.or.th/node/5752. (2557, มกราคม 10).
4. ไพโรจน์ จันทรมณี และคณะ. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 พ.ศ. 2547. วารสารกรมการแพทย์ 2553; 218–223.
5. วันทนีย์ วาสกะสิน. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2526).
6. แสงอัมพา บำรุงธรรม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเมือง เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2543).
7. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ. พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน วัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2539).