วารสาร
โรคเอดส์
Thai AIDS Journal
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2560 - กันยายน 2560 ISSN 0857-8575

- ผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส
- การประยุกต์แบบจำลอง ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร
- ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังที่แสดงจากค่า fibrosis (FIB)-4 index ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี
- การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มเสี่ยง

สารบัญ

หน้า

ผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ทำเนียบ สังวาลประกายแสง 115

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส
วิภา ด่านธำรงกูล, นิพรรณพร วรมงคล 125

การประยุกต์แบบจำลอง ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร
สิริพร ภิยโยทัย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี 135

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังที่แสดงจากค่า fibrosis (FIB)-4 index ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี
ฐิติรัตน์ จิรัญญนันท์ 148

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มเสี่ยง
อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, ทำเนียบ สังวาลประกายแสง, ชลลดา นันทวิสัย 155

Thai AIDS Journal
Volume 29, Number 3, 2017

Page

Results of Health Promotion Service and HIV Prevention by STIs Prevention and Control Unit Affiliated with Universal Coverage
Tumneab Sungwanprakaisang **115**

Sexual Behaviors and Perceived Health Benefits for HIV among Extended School Students in Thailand
Vipa Danthamrongkul, Nipunporn Voramongkol **125**

Application of an Information Motivation and Behavioral Skill Model (IMB) to Promote HIV Prevention Behavior of Grade 8 Students, Bangkok
Siriporn Piyayothai, Manirat Therawiwat, Nirat Imamee **135**

Prevalence and Risk Factors Related with Chronic Liver Complication by Fibrosis (FIB)-4 Index in HIV Patients
Thitiilat Chiraunyanann **148**

Sexually Transmitted Infections (STI) Screening for STIs & HIV Prevention in the Risk Group
Angkana Charoenwattanachokchai, Tumneab Sungwanprakaisang, Chollada Nandavisai **155**

Editor
Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen
Department of Microbiology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
E-mail : prasert.thongcharoen@gmail.com

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่างๆ นิสิต นักศึกษา ประชาชนทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และโรคที่เกี่ยวข้อง และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

คณะที่ปรึกษา นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุดา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลคีรี

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ
นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี
นายแพทย์นิสิต คงเกริกเกียรติ
แพทย์หญิงมณฑินี วสันต์อุปโภคากร
นางสมจิตต์ ฤกษ์นิมิตร
นางสาวทองกร ยัณรังษี
นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน
นางสาวพัฒนา เพราะบรรเลง

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุลชีววิทยาชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ไปรษณีย์อีเล็คโทรนิค : prasert.thongcharoen@gmail.com

ผู้จัดการ นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์/โทรสาร(02)590-3289, 3291, 061-8753030
ไปรษณีย์อีเล็คโทรนิค : sunsanee_smith@yahoo.com

วารสารอีเล็คโทรนิค : E-Journal สืบค้นได้ที่ www.aidssti.ddc.moph.go.th และสืบค้นต่อที่ e-library

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

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

เรื่องที่ส่งมาตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารโรคเอดส์

การส่งต้นฉบับ ให้พิมพ์ดีดหน้าเดียวบนกระดาษสั้นขนาด 21.6 x 27.9 ซม.บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 2 ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ) ต้นฉบับไม่ต้องพับและลงทะเบียนส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งจดหมายกำกับจากผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นให้ได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านและผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความ ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

การตรวจแก้ไข ถ้าต้องการแก้ไขเอง โปรดแจ้งให้ทราบด้วย มิฉะนั้นคณะบรรณาธิการจะตรวจแก้ไขให้ตามแต่จะเห็นสมควร

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิจารณ์ผล สรุป และบทคัดย่อ ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย ควรประกอบด้วยบทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และบทคัดย่อ

บทฟื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วยบทนำ บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่นานนัก

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสารใด เมื่ออ้างถึงก่อนให้จัดเป็นอันดับหนึ่ง และเรียงตามลำดับไป
3. เอกสารภาษาไทย ให้เรียงลำดับจากชื่อต้นของผู้เขียนตามด้วยนามสกุล
4. เอกสารภาษาอังกฤษ เรียงลำดับด้วยนามสกุลของผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง
5. ชื่อย่อวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ตาม Index Medicus

การอ้างวารสาร เรียงตามลำดับดังนี้

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

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

ตัวอย่าง

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

การอ้างหนังสือหรือตำรา ให้จัดลำดับดังนี้

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

ตัวอย่างการอ้างหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่างการอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

สำเนาพิมพ์ (reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน 20 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)

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

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.) .....
2. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด..... วุฒิย่อ *(ภาษาไทย)*.....
   วุฒิย่อ *(ภาษาอังกฤษ)*.....
   สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....
   .....
3. สถานภาพผู้เขียน
   ❍ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา *(ชื่อสถาบัน)*.....
   โปรแกรม.....คณะ.....
   ❍ บุคลากรทางการแพทย์
   ❍ผู้บริหาร
   ❍แพทย์ พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข
   ❍บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
4. ขอส่ง
   ❍นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....
5. ชื่อผู้เขียนร่วม *(ถ้ามี)*..... วุฒิย่อ *(ภาษาไทย)*.....
   วุฒิย่อ *(ภาษาอังกฤษ)*.....
   สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....
   .....
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
   เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
   ❍แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล .....
   ❍เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม..... ผู้เขียน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่...../...../.....

ผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

*ทำเนียบ สังวาลประกายแสง**

Abstract

Results of Health Promotion Service and HIV Prevention by STIs Prevention and Control Unit Affiliated with Universal Coverage

*Tumneab Sungwanprakaisang**

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

Background: *This study aimed to evaluate the efficiency and effectiveness of the implementation of the Public Health Service to establish a mechanism to drive operations in the area. To arrange a screening for sexually transmitted diseases and HIV/AIDS under the National Health Security Office (NHSO) universal coverage.*

Methods: *A study was conducted in a sample of 68,835 persons with high risk behaviors. The sample quantity is grouped with sexual risk behaviors that have been screened for sexually transmitted diseases, including sex workers (SW), men who have sex with men (MSM), injection drug users (IDU), migrants, prisoners, youth and general population with risk behaviors. Data were collected using STI/VCT mini record form. And focus group interviews with the personnel responsible for the sexually transmitted infection-related projects of health promotion and prevention of infection by HIV. By maintaining control and prevention of sexually transmitted diseases, including nurses. Public Health Nurses and technicians Correctional Health 59.*

Results: *The finding from the focus groups found. Office of Disease Prevention and Control and the Provincial Health Office should study carefully the goals and methods of operation. In addition, the hospital set a goal. Consider the availability of services. And in context as well as to monitor and evaluate closely. The project plan has prepared for the meeting with the provincial hospital, community hospital together with the Office of Disease Prevention and Control.*

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

Conclusions and recommendation: *The operation is successful, management must be aware. Supporting operation and budget to the morale of the workers. Using the results from measurement standard operating executives will see the importance of operation clearly. Target populations for screening sexually transmitted infection in fiscal year 2556-2558, 22,632 total income 26,833 and 19,370 respectively found those infected with sexually 5.35 percent,15.11 and 8.02, respectively, were also found that those infected with STIs receiving treatment services by 70.57 and 59.55 percent, respectively 100 prospects who received counseling and blood test result, including blood in the years 2556-2558 percent. 16.34 46.86 and 71.30 respectively. The cooperation of the National Health Security Office and the Ministry of Public Health should expand and sustain.*

Key Words: Sexually Transmitted Infections, Screening, Universal Coverage.
Thai AIDS J 2017; 29 : 115-124

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในการสร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการจัดบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงปริมาณเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง เยาวชนและประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล STI/VCT mini record ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 68,835 ราย และการสนทนากลุ่มโดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเทคนิคและเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 59 คน

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มพบว่า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรศึกษาโครงการอย่างละเอียดในขั้นตอน เป้าหมาย และวิธีการดำเนินงาน นอกจากนี้การกำหนดโรงพยาบาลเป้าหมาย ต้องพิจารณาจากความพร้อมของหน่วยบริการ ปัญหาและบริบทในพื้นที่ รวมทั้งการติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด มีการจัดทำโครงการเพื่อกำหนดแผนการดำเนินโครงการและจัดประชุมชี้แจงโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และการดำเนินงานจะประสบความสำเร็จผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ นอกจากนี้การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่คนทำงาน โดยใช้ผลจากการวัดคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานจะทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปีงบประมาณ 2556–2558 จำนวน 22,632 ราย 26,833 ราย และ 19,370 รายตามลำดับ พบผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 5.35, 15.11 และ 8.02 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับบริการตรวจรักษาตามมาตรฐานได้ร้อยละ 70.57, 59.55 และ 100 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การปรึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งทราบผลเลือด ในปี 2556–2558 พบร้อยละ 16.34, 46.86 และ 71.30 ตามลำดับ

ควรขยายผลและสร้างความยั่งยืนโดยความร่วมมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, การคัดกรอง, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 115–124

บทนำ

การดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556–2558 โดยมี

เป้าหมายให้กลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้แก่ ผู้ให้บริการทางเพศ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เยาวชน ผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดและประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับบริการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ ด้วยการให้บริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและสามารถเข้าถึงบริการอื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงในระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีประโยชน์สำหรับการนำไปใช้เกี่ยวกับงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน
2. เพื่ออธิบายการสร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานพื้นที่ให้เกิดการจัดบริการคัดกรอง STI/HIV และการสนับสนุนงบประมาณด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จัดบริการนอกเหนือจากระบบเหมาจ่ายปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI/VCT mini record) และใช้การสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 – 1 มกราคม 2560 ซึ่งใช้ประชากรจากสถานบริการสาธารณสุขที่ส่งรายงานการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มายังสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค จำนวน 71 แห่ง จาก 39 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากผลการสนทนากลุ่ม
2. วิเคราะห์ตัวชี้วัดโครงการด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้ จำนวน และร้อยละ

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี งานป้องกันควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย

1) สร้างกลไกการขับเคลื่อนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการการบูรณาการแผนทั้งระดับเขตและระดับจังหวัดและหน่วยงานอื่นๆ

1. ขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องและบูรณาการงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์จังหวัด และเชื่อมโยงบูรณาการงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับมาตรฐานและแนวทางการทำงานอื่นๆของ Stakeholder ที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่ม วิธีคิดที่สำคัญของผู้รับผิดชอบงานคือทำอย่างไรก็ได้ให้งานในโครงการไปอยู่ในแผนงานยุทธศาสตร์ของจังหวัดเพราะต้องใช้เงินของผู้ว่าราชการจังหวัดและทำให้ผู้บริหารและทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ

2. ขับเคลื่อนงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยกลยุทธที่ชัดเจน เข้าถึง และเข้าใจเริ่มจากการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนงานของโครงการฯโดยส่วนกลางที่ชัดเจนก็จะทำให้พื้นที่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างชัดเจนเช่นกัน นอกจากนี้ บางพื้นที่ก็มีกลยุทธ์การทำงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการสะสมความรู้และความเชี่ยวชาญในการทำงานนี้อย่างต่อเนื่อง

"สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ได้บูรณาการโครงการนี้กับโครงการเสริมสร้างสมรรถนะของกลไกการประสานงานและระดมทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด (PCM :Provincial Coordinating Mechanism) เพื่อให้งานไม่เกิดความซ้ำซ้อนสับสนและไม่ให้สร้างภาระงานกับผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป"

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

"ประสานแผนการทำงานกับองค์กรอื่นด้วยการนำงานของเราและของเขามาดูร่วมกันและเราต้องการตรงไหน ก็สอดแทรกงานของเราเข้าไปแล้วนำมาร้อยเป็นแผนงานนี้ของจังหวัด"

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

"การหาจุดร่วมของโครงการฯที่นำเสนอและยุทธศาสตร์หรือนโยบายของโรงพยาบาลให้เขาเห็นว่าการทำโครงการนี้ โรงพยาบาลจะได้ประโยชน์อะไรบ้าง เขาจะบูรณาการกับงานเดิมที่มีอยู่ได้อย่างไร"

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การกำหนดพื้นที่

ทำ Mapping พื้นที่เป้าหมายโดยเลือกพื้นที่ที่มีการทำงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าความสำเร็จในการทำงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นการสะสมความเชี่ยวชาญมายาวนาน ไม่ใช่การทำได้สำเร็จในชั่วเวลาข้ามคืน

ระบบบันทึกข้อมูลและเครือข่าย

1. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลเชิงรุกและงานเครือข่ายต่างๆ

2. นำผลการบันทึกข้อมูลมาวิเคราะห์ซึ่งจะทำให้พบจุดบกพร่องในการให้บริการและระบบบริการ นำมาสู่การพัฒนาระบบการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

การติดตามประเมินผล

สิ่งที่เป็นปัจจัยความสำเร็จในการนิเทศและการติดตามผลคือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานนี้ด้วยความอยากทำ ไม่ใช่การบังคับ และการนิเทศภายใต้ความสัมพันธ์ที่ดีฉันท์พี่น้องระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เป็นการมาช่วยไม่ใช่การจับผิด และมีการเอาใจใส่ถามไถ่กันแบบพี่น้อง ดังคำกล่าว

"พี่เป็นอย่างไรบ้าง ให้ผมช่วยอะไรไหม"

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) การสนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้านวิชาการ/เทคนิค

– เป็นต้นแบบในการศึกษาดูงานแก่เครือข่ายต่างๆ เช่น แกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง ได้มาศึกษาดูงานในโรงพยาบาลรวมทั้งมีโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศมาศึกษาดูงานทุกปี ซึ่งเป็นการสร้างการเรียนรู้และความภาคภูมิใจแก่หน่วยงานเป็นอย่างยิ่ง

– การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบหรือพัฒนาศูนย์สาธิตที่เป็น Excellent Center และให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ one

stop service

– กำหนดกลุ่มเป้าหมายการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสมกับพื้นที่ โดยกำหนดจากโรงพยาบาลที่มีงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการคัดเลือกอำเภอนั้นเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากความพร้อมของหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ปัญหาและบริบทในพื้นที่ รวมทั้งการประเมินติดตามผลในการดำเนินงานของโรงพยาบาลอำเภออย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะเริ่มดำเนินงานโครงการเพื่อจะสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ตั้งแต่ต้น และมีผลให้โครงการเดินหน้าสู่ความสำเร็จอย่างไม่ล่าช้าเกินไป ดังคำกล่าว

"สอบถามทางโทรศัพท์จากผู้รับผิดชอบงานในระดับ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดว่า กลุ่มเป้าหมายหลักที่เขาจะสามารถทำได้มีสักกี่ราย เป็นกลุ่มคนไข้เดิมที่มีอยู่ในมือ ให้บริการอยู่แล้ว ส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศ ผลพบว่าโรงพยาบาลจังหวัดดำเนินการได้เกินเป้าหมายที่กำหนด แต่โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการได้น้อยกว่าเป้าหมาย"

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

"กำหนดจากข้อมูลจริงที่มีอยู่ในมือจากฐานข้อมูล คนไข้ที่เดินเข้ามาทุกคลินิกในโรงพยาบาลเป็นตัวตั้งต้นในการกำหนดเป้าหมายที่จะดำเนินการ"

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ด้านบริการ

คัดเลือกโรงพยาบาลในการดำเนินงาน โดยเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ดังนี้

1. คัดเลือกเฉพาะบางอำเภอนำร่องบางแห่ง อาจพิจารณาจาก

– มีผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ที่ชัดเจน

– มีทีมงาน ซึ่งอาจเป็นทีมงานที่เป็นคลินิก หรือไม่มีคลินิกก็ได้

– มีกระบวนการทำงาน หรือมี Flow Chart ที่โรงพยาบาลออกแบบเองและสามารถติดตาม STI guideline

– มีบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ STI case management และการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในผู้มารับบริการ

2. ดำเนินการพร้อมกันในโรงพยาบาลที่มีบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งจังหวัดโดยพิจารณาจังหวัดมีต้นทุนเดิมที่สามารถดำเนินการได้ หรือเป็นจังหวัดเล็กที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีศักยภาพในการดูแลได้ทั่วถึง

3. มีความจำเป็นต้องขยายงานอื่นๆ ทั้งงานการสร้างเครือข่าย ระบบการส่งต่อ และการประชาสัมพันธ์ ด้วยวิธีการทำงานที่ไม่ยึดติดกับระบบราชการ สอดแทรกไปกับกิจกรรมที่สามารถสร้างความสนใจ ดึงดูดใจ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวางทุกกลุ่ม ด้วยการทำงานแบบเคียงบ่าเคียงไหล่ และร่วมมือกันทำงานทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน

4. ต้องมีการทบทวนและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการเชิงประจักษ์ เช่น จากการทบทวน OPD Card แล้วสรุปข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อหาจุดบกพร่องในการทำงาน วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ ซึ่งความสำเร็จมากมายที่ปรากฏปฏิเสธไม่ได้เลยว่า มาจากการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ ที่

สำคัญคือเจตคติของผู้ทำงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เห็นคุณค่าของงานนี้ต่อสังคม มีความมุ่งมั่น และเสียสละทำงานนี้มาอย่างต่อเนื่องหลายปี และเรายังคงเห็นพลังใจของพวกเขาที่มีอยู่อย่างเต็มเปี่ยมที่จะเดินหน้างานนี้ต่อไปอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย

ด้านงบประมาณ

กรมควบคุมโรคสนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนงบประมาณด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จัดบริการนอกเหนือจากระบบเหมาจ่ายปกติ

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากร

ด้านความรู้และทักษะ

1. มีการวิเคราะห์และประเมินความต้องการของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีเนื้อหาครอบคลุม SDR, Refreshing ST/VCT mini Record, STI Update และ STIQUAL

3. พัฒนาศักยภาพในการให้บริการและระบบงานในคลินิกของสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐานก่อน เพื่อพร้อมจะรองรับ Case จากระบบการส่งต่อ ที่สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว และมีคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพหลักๆ คือการจัดการอบรมจากส่วนกลาง นอกจากนี้บางพื้นที่ก็ได้จัดอบรมเพิ่มเติมในพื้นที่ เมื่อค้นพบว่าเจ้าหน้าที่ยังต้องพัฒนาความรู้และทักษะบางอย่างเพิ่มเติมจึงจะปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"ภายหลังรับการอบรมจากส่วนกลาง และได้รับการนิเทศจากศูนย์ความร่วมมือไทย–สหรัฐด้านสาธารณสุขทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง และเจ้าหน้าที่ต่างๆ เช่น แผนกสูตินรีเวช Youth Friendly ให้ความสำคัญกับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น"

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับพื้นที่ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นพี่เลี้ยงหน่วยงาน วิธีการดำเนินงานมีดังนี้

– วางระบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และพัฒนางานเชิงรุกกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม

– สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหาร ถึงผู้ปฏิบัติทั้งภายในหน่วยงานและเครือข่ายภายนอก

– การ Coaching ที่เป็นระบบ และต่อเนื่อง

5. อบรมการบันทึกข้อมูล ควรเน้นการปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยอาจให้เจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้าใจงานนี้ ได้มีส่วนร่วมในการอบรม

ด้านเจตคติ

การอบรมเพื่อปรับเจตคติในการทำงาน ได้แก่ Sensitivity, Stigma และ STI Counseling

สร้างแรงกระตุ้นหรือขวัญกำลังใจ

1. การให้รางวัล / การชมเชย/ให้เครดิต/ให้ค่าตอบแทน เพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แก่ผู้ทำงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ตัวอย่างเช่น

– โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ได้นำผลงาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มาโชว์ในการประเมิน HA

ซึ่งพบว่าได้รับการยอมรับอย่างมาก

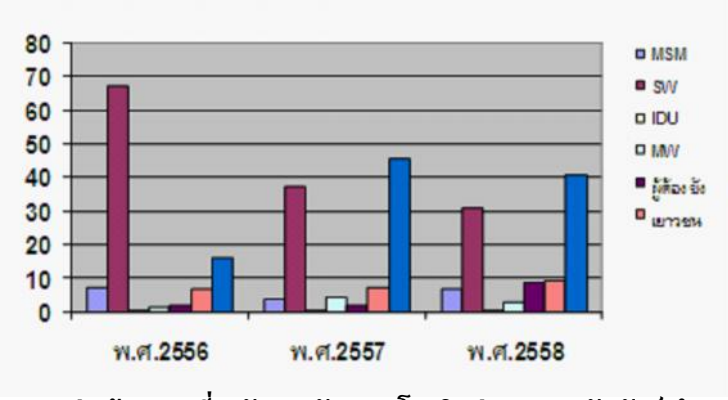
– สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง ได้ใช้งบประมาณยุทธศาสตร์จังหวัด เป็นเงินตอบแทนค่าล่วงเวลาแก่ผู้ทำงานที่ต้องเสียสละทำงานนอกเวลาราชการ

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

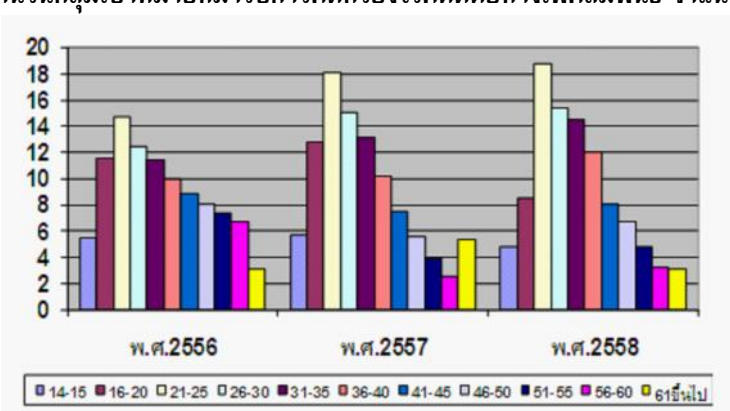
แผนภูมิที่ 1 พบว่า ในปี 2556 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 67.0 ลดลงเหลือร้อยละ 30.91 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่ประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยงร้อยละ 16.0 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 40.70 ในปี 2558 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7 ในปี 2556 ลดลงเหลือ ร้อยละ 6.47 และเยาวชนชายร้อยละ 7 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.97 ในปี 2558 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 2 พบว่า ในปี 2556 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21–25 ร้อยละ 14.75 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.77 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 26–30 ร้อยละ 12.51 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15.37 ในปี 2558 และช่วงอายุ 16–20 ร้อยละ 11.59 ในปี 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 8.53 ในปี 2558 ตามลำดับ

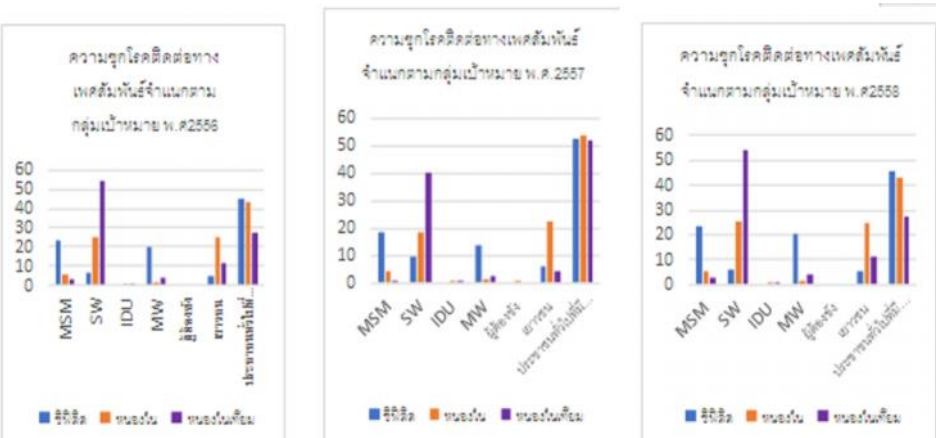
แผนภูมิที่ 3 พบว่า ในปี 2556 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 45.46 และลดลงเหลือร้อยละ 37.61 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบป่วยร้อยละ 23.23 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.50 ในปี 2558 และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ พบป่วยร้อยละ 20.20 ในปี 2556 ลดลงเหลือ ร้อยละ 10.68 19.82 ในปี 2558 ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามประเภท



แผนภูมิที่ 2. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามอายุ



แผนภูมิที่ 3. ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

อัตราป่วยหนองใน ในปี 2556 พบอัตราป่วยโรคหนองในส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 43.02 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.09 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่พนักงานบริการพบป่วยร้อยละ 25.29 ในปี 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 9.73 ในปี 2558 และกลุ่มเยาวชนพบอัตราป่วยร้อยละ 24.63 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 29.45 ในปี 2558 ตามลำดับ

อัตราป่วยหนองในเทียม ในปี 2556 พบอัตราป่วยโรคหนองในเทียมส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพนักงานบริการร้อยละ 54.24 ในปี 2556 รองลงมาได้แก่กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 27.31 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 59.36 ในปี 2558 และกลุ่มเยาวชนพบอัตราป่วยร้อยละ 11.07 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 19.79 ในปี 2558 ตามลำดับ

อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยเชิงเนื้อหา

จากผลการสนทนากลุ่ม สรุปประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการโดยการพัฒนาโรง – พยาบาลต้นแบบหรือพัฒนาศูนย์สาธิตที่เป็น Excellent Center และให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ one stop service ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ[1] พบว่าการจัดระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ โดยบูรณาการงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์และงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยจัดระบบบริการ one stop service ในคลินิกผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยทีมการรักษาเดียวกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะได้รับการดูแลทันทีและได้รับการแนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่น

2. ระดับเขตและระดับจังหวัดประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดแผนงานในการติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดของโครงการฯทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยเครื่องมือ STI QUAL ซึ่งสอดคล้องกับพญ.อังคณาและคณะ[2] ที่ใช้โปรแกรม STI QUAL ในการประเมินมาตรฐานและคุณภาพการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และบูรณาการเข้ากับระบบการให้บริการปกติได้

3. พัฒนางานอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการพัฒนา PDCA มีการประเมินผล แล้วนำมาวางแผน ปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทุกด้านทั้งการพัฒนาระบบ

บริการในคลินิก ระบบบริการในชุมชน และการพัฒนาบุคลากรไปพร้อมๆ กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ [1] ที่ใช้กิจกรรมการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงและวัดผลด้วย PDCA ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการงาน HIV/STI จัดระบบบริการปรึกษาที่เป็นมิตร ส่งเสริมป้องกันและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. การคัดเลือกโรงพยาบาล พบว่าระยะแรกอาจมีการตัดสินใจที่ผิดพลาดในการเลือกพื้นที่ เช่น ตัดสินใจทำทุกพื้นที่ แต่พบว่าไม่ประสบความสำเร็จ จึงควรมีการประเมินและปรับพื้นที่ดำเนินงานใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโครงการดีกว่าการปล่อยไปแล้วทำให้โครงการล้มเหลว การจะคัดเลือกทำบางพื้นที่หรือทำทั้งจังหวัดนั้น มีทั้งข้อดีข้อเสียที่จะต้องทบทวนให้ชัดเจน เช่น ถ้าทำเฉพาะหน่วยที่มีความพร้อมและดำเนินงานอยู่แล้วก็จะควบคุมตัวชี้วัดได้ง่ายและโอกาสประสบความสำเร็จสูง แต่ก็มีข้อเสียคือ พื้นที่อื่นไม่ได้พัฒนาระบบการทำงาน ทั้งนี้สิ่งสำคัญคือต้องมีการขยายผลต่อเนื่องไปยังหน่วยอื่นๆที่ยังไม่พัฒนาด้วยก็จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั่วพื้นที่

อภิปรายผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับบริการ STI case management ร้อยละ 70.57, 59.55 และ 100 ในปี 2556–2558 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ [1] พบว่าผู้ติดเชื้อ HIV/STI ได้รับบริการ STI case management ตามมาตรฐานร้อยละ 100 ในปี 2556 และ 2557

2. กลุ่มเป้าหมายได้รับการให้การปรึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งทราบผลเลือด ร้อยละ 16.34, 46.86 และ 71.30 ในปี 2556–2558 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยา ซ้อนขำ[3] พบว่าผลจากการให้การปรึกษาสมัครใจตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 90

3. หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร พบว่า ปี 2556 หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร จำนวน 132 แห่ง ปี 2557 หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร จำนวน 88 แห่ง และปี 2558 หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร จำนวน 43 แห่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ[1] พบว่ามีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพโดยบุคลากรด้านเอ็ชไอวี มีความรู้การป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบุคลากรด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถให้บริการปรึกษาด้านเอ็ชไอวีได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. แนวทางการขยายผลและสร้างความยั่งยืนโดยความร่วมมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

2. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนในการนำงานเข้าไปในยุทธศาสตร์จังหวัด เพื่อให้ได้งบประมาณมาดำเนินงานมากขึ้น

เชิงปฏิบัติ

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่คนทำงาน เช่น มีการแจกโล่ เกียรติบัตรให้แก่คนทำงานโดยใช้ผลจากการวัดคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน

2. ควรมีการอบรมเรื่องการปรับทัศนคติ เพราะผู้ปฏิบัติงานยังมีการตีตราเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. ควรมีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เนื่องจากเจ้าหน้าที่เข้าใจในประเด็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย

4. ด้วยศักยภาพของบุคลากรที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรที่มารับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใหม่ เมื่อผ่านการอบรมแล้วต้องมีระบบการสอนหน้างานร่วมด้วย

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งสะท้อนปัญหา โปรแกรม ที่มีมากมายหลายอย่างซ้ำซ้อนกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสับสน หรือรู้สึกว่าเป็นภาระงานเพิ่มขึ้น จึงควรพัฒนาให้เป็นโปรแกรมเดียว

6. คู่มือการดำเนินงาน ในเรื่องแนวทางการทำงานเชิงรุก พบว่าไม่สอดคล้องกับการทำงานเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งมีแหล่งบริการทางเพศน้อย จึงควรมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาในคู่มือในส่วนการทำงานเชิงรุกให้เข้ากับบริบทของจังหวัดที่เปลี่ยนแปลงไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.มธุรส ทิพยมงคลกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา อยู่ศิริ. ผลการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นมิตรในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์. โรงพยาบาลวังจันทร์, 2557.
2. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, นัยนา จิรโรจน์วัฒน และสมชาย ฟองหิรัญรัตน์. การประเมินมาตรฐานและคุณภาพการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556.
3. ณัฐชยา ซ้อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา และกิตติกร นิลมานัต. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอสด์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ ตอนล่าง..วารสารโรคเอดส์ 2551; 20 : 46–57.

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส

วิภา ด่านธำรงกูล, นิพรรณพร วรมงคล**

Abstract

Sexual Behaviors and Perceived Health Benefits for HIV among Extended School Students in Thailand

Vipa Danthamrongkul, Nipunporn Voramongkol**

*College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.

Extended School Students are another vulnerable group. It is a group that has family, social and economic status different from the standard school children in the normal education system. This study focused on reflection of the situation of sexual behavior and the perception of HIV health service benefits among the students in this school by descriptive study. The study sample was in the second and third year students in 33 extension schools covering 5 provinces in every region of the country. Quantitative data collection by a self-answer questionnaire, during December 2013 - February 2014 with total 1,522 samples.

The result found that male and female students are similarly proportionate. There were complete family about two third. Twenty five percent are separated / divorced parents. Majority of parents are employee and agriculture. Students had sex 17.5% which is in men 20% and women 15%. Data in each province was between 10-26% which was statistically different significant (p <0.05). Condom used for first sex was 58%, male students is higher than female. First sex partners were friends in same and other school; 74 %. Female had first sex with known partners 3 times higher than male students. Context leading to have sex included going to friend's house, pub, party and festival. Within one year previously, 14 % had sex, 22% did not use condom and 30 % used condom consistently. Reasons to use condom were to prevent pregnancy 75% , No condoms available was main reason not using condom 68%. Students knew benefit package related to HIV testing 2 times per year and free for antiretroviral treatment 9 %. Perceived risk about the chance of contracting HIV it was found that students understood that one who drink alcohol and use drugs is a high risk of infection with HIV of 32.0 % and 50.4% respectively. Having sex at a young age while protection is low and also sexual partner is a group of friends, this may be reasons of not use condoms. Having report no condom at leisure time, the essence would be the preparation of condoms in the context of the venue, party, festival, as well as the benefits of using condoms. Finally is aimed to prevent unplanned pregnancy and STIs.

Key Words: Sexual Behavior, Condom Use, Health Benefits for HIV, Extended School Student
Thai AIDS J 2017; 29 : 125-134

*วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสเป็นอีกกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีภาวะเปราะบาง เป็นกลุ่มที่มีสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ แตกต่างจากเด็กนักเรียนวัยเดียวกันในระบบการศึกษาปกติ การศึกษานี้มุ่งเน้นสะท้อนสถานการณ์ด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวีในกลุ่มนี้ โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณาในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 โรงเรียนขยายโอกาสจำนวน 33 แห่ง ครอบคลุม 5 จังหวัด ทุกภูมิภาคของประเทศ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามตอบเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2556 – เดือนกุมภาพันธ์ 2557 ได้ตัวอย่างจำนวน 1,522 ราย

กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนชายและหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน มีครอบครัวสมบูรณ์ 2 ใน 3 พ่อแม่แยกกันอยู่/หย่าร้าง/เลิกกัน 1 ใน 4 ส่วนใหญ่พ่อแม่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาทำการเกษตร นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 17.5 ในกลุ่มชายมีร้อยละ 20 สูงกว่าหญิงมีร้อยละ 15 ในแต่ละจังหวัดอยู่ระหว่างร้อยละ 10–26 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) มีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 58 ในกลุ่มนักเรียนชายสูงกว่าหญิง บุคคลที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกเป็นเพื่อนนักเรียนในโรงเรียนและต่างโรงเรียนรวมร้อยละ 74 นักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์กับคนที่รู้จักกันมาก่อน สูงกว่านักเรียนชาย มากกว่า 3 เท่า บริบทที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ได้แก่ ชวนกันไปเที่ยว/สถานบันเทิง งานเลี้ยงสังสรรค์และงานเทศกาลการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีร้อยละ 14 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลยร้อยละ 22 และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งร้อยละ 30 นักเรียน 3 ใน 4 ใช้ถุงยางอนามัยเพราะกลัวการตั้งครรภ์ รองลงมา กลัวติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช้ เป็นเพราะไม่มีหรือไม่ได้เตรียมร้อยละ 68 รองลงมาเป็นเพราะคู่หรือตนเองไม่ยอมใช้ นักเรียนรับรู้ทั้งสิทธิบริการตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้ง และผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำมากร้อยละ 9 การรับรู้ความเสี่ยงที่มีโอกาสต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีในสถานการณ์ที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงร้อยละ 32 และ 50.4 ตามลำดับ การมีเพศสัมพันธ์ที่อายุยังน้อย ขณะที่การป้องกันอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งคู่เพศสัมพันธ์เป็นกลุ่มเพื่อนและคนรู้จัก ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตามเหตุผลหลักที่รายงานว่าไม่มีถุงยางอนามัยในขณะนั้น สาระสำคัญน่าจะเป็นเรื่องการเตรียมถุงยางอนามัยในบริบทของสถานบันเทิง งานเลี้ยงเทศกาลหรือปาร์ตี้ รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ถุงยางอนามัยทั้งป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ เพศสัมพันธ์, การใช้ถุงยางอนามัย, การรับรู้สิทธิประโยชน์บริการด้านเอ็ชไอวี, นักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส

วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 125–134

ที่มาและเหตุผล

แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติปี พ.ศ. 2557–2559[1] เน้นเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อเป้าหมายการลดการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่รวมทั้งการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual transmitted diseases STI) การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์รวมทั้งการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จาก 24.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 54.8 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ 2557 และประมาณการป่วย STI ในกลุ่มชายอายุ 10–19 ปี มีอัตรา 53.6 ต่อประชากรแสนคนปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 57.6 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ STI พบว่าชายวัยนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคนรักหรือหญิงอื่นลดลง การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น 10–19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[2] นอกจากนี้ยังพบว่าในจำนวนผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อมประมาณ 4 แสนรายต่อปี จะเป็นวัยรุ่น 1 ใน 3[3] รวมทั้งปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นผลจากการมีเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อยและไม่ป้องกัน[4] รวมทั้งการมีคู่รักหรือแฟน ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศ สภาพความ

เป็นอยู่ของเด็กที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น[5] ซึ่งสถานการณ์จากการศึกษาในเด็กแต่ละกลุ่ม ดังเช่นในช่วงปี พ.ศ. 2555–2557 แนวโน้มนักเรียนมัธยมศึกษาชาย เคยมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างคงที่ ระหว่างร้อยละ 24–26 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 56 เป็นร้อยละ 65 นักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์ระหว่างร้อยละ 17–20 ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 53–64 และพบว่านักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยมากกับแฟนคนรัก[6] อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.0 ปี และใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกประมาณ 2 ใน 3 ไม่แตกต่างกันในกลุ่มชายและหญิง และนักเรียนชายและหญิงมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุต่ำกว่า 15 ปีร้อยละ 5.3 และ 2.8 ตามลำดับ นักเรียนชายเคยตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ชไอวีร้อยละ 5.7 และรู้ผลการตรวจเลือดร้อยละ 3.7 ส่วนนักเรียนหญิงเคยตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ชไอวีร้อยละ 2.8 และรู้ผลการตรวจเลือดร้อยละ 2.1[7] กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เคยมีเพศสัมพันธ์สูงมากร้อยละ 88 อายุเฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 14.5 ปี และใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำเพียงครึ่งหนึ่ง ถือเป็นกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะค่อนข้างเสี่ยงสูง[8] นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสเป็นอีกกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีภาวะเปราะบาง เป็นกลุ่มที่มีสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ แตกต่างจากเด็กนักเรียนวัยเดียวกันในระบบการศึกษาปกติ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์เพศสัมพันธ์รวมทั้งการรับรู้สิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอ็ชไอวี จะมีประโยชน์ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้านการป้องกันผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งระดับประเทศ และจังหวัด ในการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้ในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ให้มากที่สุด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลด้านเอ็ชไอวี พฤติกรรมเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวีในกลุ่มเด็กนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาส

กระบวนการศึกษา

■ พื้นที่ศึกษาและโรงเรียนเป้าหมาย

คัดเลือกจังหวัดที่เป็นศูนย์ความเจริญและมีบริบทสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านต่างๆของเด็กวัยรุ่นค่อนข้างสูง โดยเลือกในทุกภูมิภาครวม 5 จังหวัด ดังแผนภาพ

จังหวัดเป้าหมาย

แต่ละจังหวัดคัดเลือก 3 อำเภอตามสภาพความเป็นเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภออื่นๆอีก 2 อำเภอ ที่มีลักษณะเป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท ในแต่ละอำเภอคัดเลือกโรงเรียนขยายโอกาสอำเภอละ 2–3 แห่ง ทั้งที่สังกัดภาครัฐและเอกชน

■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างศึกษาเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 ทุกราย ในโรงเรียนเป้าหมายจำนวน 33 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 1,522 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบเอง สาระเนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล สภาพความเป็นอยู่บริบทแวดล้อมทางสังคม การรับรู้ข้อมูลด้านโรคเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกัน การรับรู้ข้อมูลการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพด้านเอ็ชไอวี/เอดส์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2556–เดือนมีนาคม 2557 จำนวนสถานศึกษาและนักเรียนในแต่ละจังหวัด แสดงดังตารางที่ 1

สภาพและบริบทสถานที่ในการดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามตอบเอง

ผลการศึกษา

■ ลักษณะประชากรและสภาพความเป็นอยู่ในครัวเรือน

กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนชายและหญิงในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 51.4 และ 48.6 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 13–17 ปี มีอายุ 14–15 ปี ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 14.4+0.7 ปี มีพ่อและแม่อยู่ด้วยกันประมาณ 2 ใน 3 พ่อหรือแม่เสียชีวิต ร้อยละ 10 แยกกันอยู่หรือหย่าร้างเลิกกัน 1 ใน 4 กลุ่มที่พ่อและ/หรือแม่ ยังมีชีวิตอยู่ พบว่า อาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้างทั่วไป รองลงมาเป็นเกษตรกรรม ค้าขาย ลูกจ้างโรงงานหรือบริษัท นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเด็กในพื้นที่หรือชุมชนรอบๆโรงเรียนและพักอาศัยอยู่บ้านตัวเองหรือบ้านญาติ เป็นบ้านเช่าร้อยละ 7 การส่งเสียค่าใช้จ่ายด้านการเรียนและในชีวิตประจำวันยังคงเป็นพ่อและหรือแม่ มีปู่ย่าตายายร้อยละ 10 ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีนักเรียน 1 ใน 4 มีงานพิเศษทำ ส่วนใหญ่จะเป็นช่วงวันหยุดและปิดเทอม ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นักเรียน 3 ใน 4 รายงานว่ามีเรื่องกลุ้มใจหรือไม่สบายใจ เรื่องที่รายงานมากที่สุดได้แก่ การเรียนร้อยละ 54 รองลงมาปัญหาในครอบครัว ปัญหากับเพื่อน และการเงิน ตามลำดับ ซึ่งนักเรียนมากกว่าครึ่ง

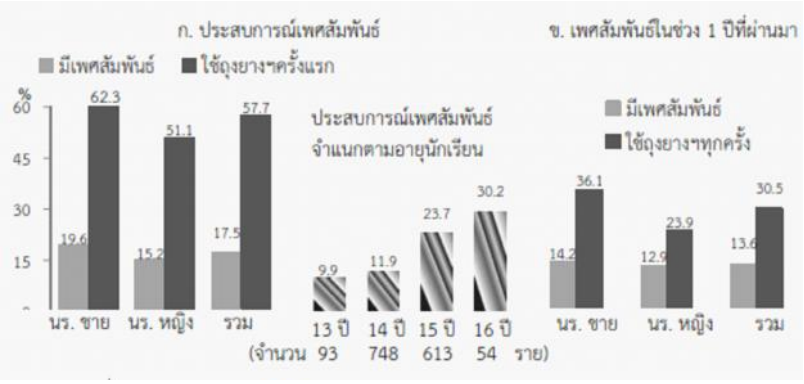
ตารางที่ 1. จำนวนสถานศึกษาและจำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

จังหวัด	จำนวนโรงเรียน	จำนวนตัวอย่างศึกษา (ราย)			อำเภออื่นอีก 2 อำเภอ
		อ.เมือง	อ.อื่นๆ	รวม	
นครปฐม	7 แห่ง	134	183	317	อ.เสนา, อ.อุทัย
พระนครศรีอยุธยา	6 แห่ง	126	176	302	อ.พุทธมณฑล, อ. นครชัยศรี
นครสวรรค์	6 แห่ง	145	162	307	อ.ตาคลี, อ.ลาดยาว
อุบลราชธานี	7 แห่ง	140	166	306	อ.เขมราฐ, อ.เดชอุดม
นครศรีธรรมราช	7 แห่ง	154	136	290	อ.ทุ่งสง, อ.ทุ่งใหญ่
รวม	**33 แห่ง**	**699**	**823**	**1,522**	

หาทางออกเพื่อทำให้สบายใจโดยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง รองลงมาเป็นการนอนพักผ่อนและคุยกับเพื่อนในสัดส่วนที่ไม่ต่างกัน 1 ใน 4 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คนในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่และดื่มเหล้ามากที่สุด มีรายงานประมาณ 2 ใน 3 รองลงมาเป็นการทะเลาะกันไม่ถึงขั้นตบตี 1 ใน 3 และทะเลาะกับเพื่อนบ้านร้อยละ 18 สำหรับการทะเลาะอย่างรุนแรงถึงขั้นตบตี และคนในครอบ–ครัวเกี่ยวข้องกับสารเสพติด มีไม่เกินร้อยละ 10 การสื่อสารถือเป็นการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนมีเรื่องราวที่อาจจะต้องปรึกษา พูดคุย กับคนในครอบครัว ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่มากกว่า 3 ใน 4 จะปรึกษาเรื่องการเรียน ส่วนเรื่องการใช้จ่ายเงิน การปฏิบัติตัวของนักเรียน การร่วมกิจกรรมและคบเพื่อนมีระหว่างร้อยละ 62–69 นักเรียนเกือบทั้งหมดเคยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อน รุ่นพี่และรุ่นน้อง ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ในชุมชน/สังคม มี 2 ใน 3 กลุ่มนักเรียนหญิงมีส่วนร่วมมากกว่านักเรียนชาย

■ ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์

นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 17.5 ในกลุ่มนักเรียนชายมีร้อยละ 20 สูงกว่าหญิงมีร้อยละ 15 สัดส่วนประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นตามอายุของนักเรียน โดยเฉพาะเด็กในช่วงอายุ 15 ปี มีร้อยละ 24 เพิ่มสูงขึ้นกว่าอายุ 14 ปี มากกว่า 2 เท่า (รูปที่ 1) บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกของนักเรียนชายเป็นเพื่อนนักเรียนในโรงเรียนและต่างโรงเรียน รวมร้อยละ 78 ขณะที่ในกลุ่มนักเรียนหญิงมีเพศฯครั้งแรกกับเพื่อนในโรงเรียนร้อยละ 41 กับคนที่รู้จักกันมาก่อนและนักเรียนต่างโรงเรียนในสัดส่วนที่ไม่ต่างกันรวมร้อยละ 54 ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนที่รู้จักกันมาก่อนในกลุ่มนักเรียนหญิงสูงกว่านักเรียนชายมากกว่า 3 เท่า ส่วนนักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์กับเด็กเที่ยวหรือทำงานบริการร้อยละ 13 มากกว่านักเรียนหญิง 3 เท่า บริบทที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ได้แก่ การไปเที่ยวกับเพื่อนและสถานบันเทิง ประมาณครึ่งหนึ่ง งานเลี้ยงสังสรรค์และงานเทศกาลมีสัดส่วนไม่ต่างกันรวม 1 ใน 3 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 58 ในกลุ่มนักเรียนชายร้อยละ 62 สูงกว่านักเรียนหญิงมีร้อยละ 51 สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 14 ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิงมีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน ลักษณะบุคคลที่มีเพศฯด้วยไม่แตกต่างจากการมีเพศฯครั้งแรก นักเรียนมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งร้อยละ 30 ไม่



รูปที่ 1. ร้อยละการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนจำแนกเพศ

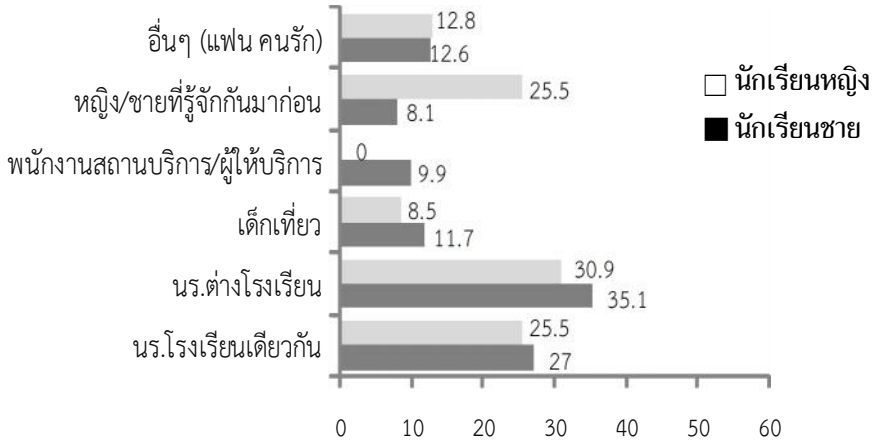
ตารางที่ 2. ประเภทบุคคลและสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียน

บริบทการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	นักเรียนชาย		นักเรียนหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกันครั้งแรก						
เพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน	66	44.3	46	41.4	112	43.1
เพื่อนนักเรียนต่างโรงเรียน	50	33.6	29	26.1	79	30.4
เด็กเที่ยว	11	7.4	5	4.5	16	6.2
พนักงานสถานบันเทิง/ห้องอาหาร/ผู้ให้บริการ	9	6.0	–	–	9	3.5
หญิง/ชายที่รู้จักกันมาก่อน	13	8.7	31	27.9	44	16.9
รวม	149	100.0	111	99.9	260	100.0
สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก						
ออกค่าย	9	6.0	1	0.9	1	3.8
ทำกิจกรรมกลุ่ม	1	0.7	7	6.3	7	3.1
ไปเที่ยวสถานบันเทิง	38	25.5	17	15.2	17	21.1
เที่ยวเทศกาลวันสำคัญ	23	15.4	16	14.3	16	14.9
งานเลี้ยง/งานสังสรรค์	25	16.8	19	17.0	19	16.9
ดูภาพยนตร์	8	5.4	5	4.5	5	5.0
ไปเที่ยว/เพื่อนชวน	33	22.1	34	30.4	34	25.7
อื่นๆ	12	8.1	13	11.6	13	9.6
รวม	149	100.0	112	100.0	261	100.0

ใช้เลยร้อยละ 22.5 ในกลุ่มนักเรียนชายมีการใช้ถุงยางมากกว่านักเรียนหญิง (รูปที่ 1, ตารางที่ 2, รูปที่ 2) เหตุผลที่มีการใช้ถุงยางสูงสุดได้แก่ กลัวการตั้งครรภ์ร้อยละ 65 รองลงมากลัวติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประมาณ 1 ใน 4 ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช้ เป็นเพราะไม่มีหรือไม่ได้เตรียมร้อยละ 68 รองลงมาเป็นเพราะคู่หรือตนเองไม่ยอมใช้

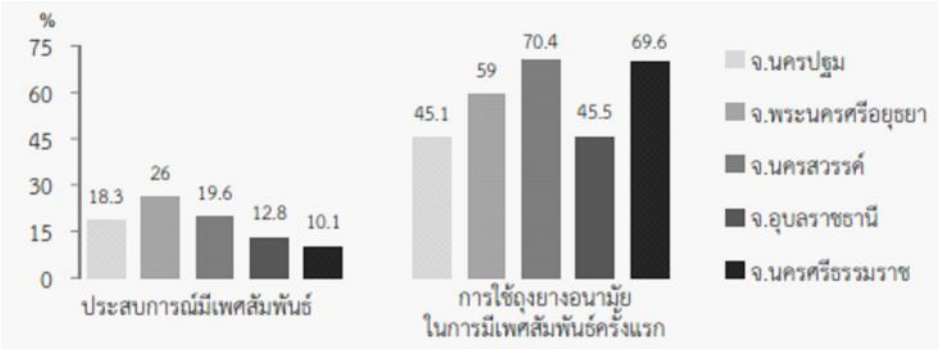
■ สถานการณ์มีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนรายจังหวัด

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในแต่ละจังหวัด พบว่านักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ระหว่างร้อยละ 10–26 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อัตราต่ำสุดในจังหวัดนครศรีธรรมราช สูงสุดในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกระหว่างร้อยละ 45–70 (รูปที่ 3)ในแต่ละจังหวัดบุคคลที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกเป็นเพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกันมากที่สุด อันดับรองลงมามีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะ 2 จังหวัดได้แก่ จ. นครสวรรค์ และ จ.อุบลราชธานี ที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่รู้จักกันมาก่อนในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ คือร้อยละ 15 และ 19 ตามลำดับสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ค่อนข้างมีความเหมือนและต่างกันในบางบริบท (ตารางที่ 3) การ



รูปที่ 2. ร้อยละของนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลประเภทต่างๆ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

"แฟนคนนี้เรียนอยู่ ม.3 โรงเรียนเอกชน เมื่อ 2 อาทิตย์ก่อน ได้หลอกพาไปโรงแรม แล้วบังคับให้นอนด้วย ตัวเองร้องไห้มาก ไม่อยากกลับบ้าน ไปอยู่บ้านแฟนได้ 2 วัน พ่อ–แม่รู้ มาตามกลับบ้านและให้หมั้นกัน ตัวเองไม่อยากหมั้นเพราะไม่ได้รัก แต่ขัดผู้ใหญ่ไม่ได้ แฟนคนนี้ตามตื้อ เสาร์–อาทิตย์ จะมานอนที่บ้าน รู้สึกเบื่อหน่าย วันหนึ่งได้ไปรู้จักเพื่อนผู้ชายคนใหม่ใน Facebook เรียน ม.3 อีกโรงเรียนติดต่อนัดเจอกัน และตกลงเป็นแฟนกัน ชอบแฟนคนใหม่มาก จึงอยากหาทางบอกเลิกกับแฟนคนเก่า แต่เขาไม่ยอมจนมีเรื่องชกต่อยกัน พ่อ–แม่เข้าข้างแฟนคนเก่ามากกว่าเพราะเราเสียตัวให้เขาไปแล้ว"



รูปที่ 3. ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยครั้งแรก รายจังหวัด

มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ระหว่างร้อยละ 8–20 สูงที่สุดในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่ำสุดในจังหวัดนครศรีธรรมราช สำหรับการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ในแต่ละจังหวัดนักเรียนมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งอยู่ระหว่างร้อยละ 23–50 จังหวัดที่มีสัดส่วนสูงสุดได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ และต่ำสุดได้แก่ จังหวัดนครปฐมและไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลยอยู่ระหว่างร้อยละ 12–32 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. บุคคลและสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละช่วงเวลา รายจังหวัด

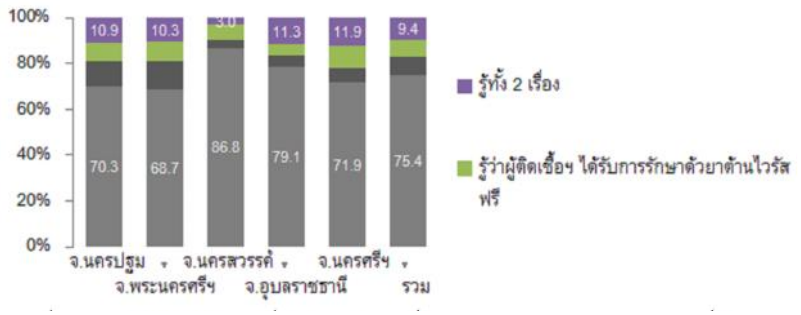
	จังหวัด									
	นครปฐม		พระนครศรีฯ		นครสวรรค์		อุบลราชธานี		นครศรีธรรมราช	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกันครั้งแรก										
เพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน	25	43.9	36	46.1	23	39.0	16	43.3	12	41.4
เพื่อนนักเรียนต่างโรงเรียน	14	24.6	23	29.5	21	35.6	8	21.6	13	44.8
เด็กเที่ยว	8	14.0	2	2.6	2	3.4	3	8.1	1	3.5
พนักงานสถานบันเทิง/ห้องอาหาร/ผู้ให้บริการ	2	3.5	5	6.4	–	–	2	5.4	–	–
หญิง/ชายที่รู้จักกันมาก่อน	8	14.0	12	15.4	13	22.0	8	21.6	3	10.3
รวม	57	100.0	78	100.0	59	100.0	37	100.0	29	100.0
สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก										
ออกค่าย	2	3.3	1	1.3	2	3.3	1	2.7	4	14.3
ทำกิจกรรมกลุ่ม	3	5.0	1	1.3	1	1.7	2	5.4	1	3.6
ไปเที่ยวสถานบันเทิง	17	28.3	17	22.4	13	21.7	7	18.9	1	3.6
เที่ยวเทศกาลวันสำคัญ	5	8.3	10	13.2	9	15.0	8	21.6	7	25.0
งานเลี้ยง/งานสังสรรค์	13	21.7	14	18.4	9	15.0	6	16.2	2	7.1
ดูภาพยนตร์	6	10.0	3	3.9	3	5.0			1	3.6
ไปเที่ยว/เพื่อนชวน	9	15.0	25	32.9	15	25.0	9	24.3	9	32.1
อื่นๆ	5	8.3	5	6.6	8	13.3	4	10.8	3	10.7
รวม	60	99.9	76	100.0	60	100.0	37	99.9	28	100.0
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา										
เพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน	12	25.5	14	23.3	14	28.0	7	26.9	5	22.7
เพื่อนนักเรียนต่างโรงเรียน	11	23.4	20	33.3	17	34.0	6	23.1	10	45.5
เด็กเที่ยว	8	17.0	3	5	4	8.0	3	11.5	1	4.6
พนักงานสถานบันเทิง/ห้องอาหาร/ผู้ให้บริการ	1	2.1	6	10.0	–	–	2	7.7	–	–
หญิง/ชายที่รู้จักกันมาก่อน	7	14.9	8	13.3	6	12.0	6	23.1	3	13.6
อื่นๆ (แฟน คนรัก เป็นต้น)	7	14.9	8	13.4	8	16.0	1	3.8	2	9.0
มากกว่า 1 ลักษณะบุคคล	1	2.1	1	1.7	1	2.0	1	3.8	1	4.6
รวม	47	99.9	60	100.0	50	100.0	26	99.9	22	100.0
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา										
ไม่เคยใช้เลย	10	22.2	14	24.5	6	12.0	8	30.8	7	31.8
ใช้เป็นบางครั้ง	28	62.2	27	47.4	19	38.0	12	46.1	8	36.4
ใช้ทุกครั้ง	7	15.6	16	28.1	25	50.0	6	23.1	7	31.8
รวม	45	100.0	57	100.0	50	100.0	26	100.0	22	100.0

■ ทัศนคติการรับรู้ความเสี่ยงและสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวี/เอดส์

ด้านทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กับโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย พบว่า นักเรียนเห็นว่า โอกาสที่คนใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีค่อนข้างน้อยและไม่มีเลยประมาณครึ่งหนึ่ง ขณะที่นักเรียนเห็นว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีค่อนข้างน้อยและไม่มีเลยมีมากถึงร้อยละ 68 และพบว่าในกลุ่มนักเรียนชายและหญิงมีทัศนคติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญข้อมูลนี้บ่งชี้ว่านักเรียนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมที่มีโอกาสให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจส่งผลหรือผลกระทบต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ในด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านเอ็ช–ไอวี/เอดส์ ทั้งบริการตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้ง และผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี มีในอัตราที่น้อยมากเพียงร้อยละ 9.4 ไม่รู้เลยประมาณ 3 ใน 4 ซึ่งมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ระดับจังหวัด กล่าวคือนักเรียนแต่ละจังหวัดรับรู้ทั้ง 2 กรณี ระหว่างร้อยละ 3–12 และไม่รู้เลยระหว่างร้อยละ 70–87 แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศของนักเรียน (รูปที่ 4)

สรุปและอภิปรายผล

นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสมีประ – สบการณ์ทางเพศค่อนข้างสูงกว่าเด็กวัยเดียวกันและเป็นพฤติกรรมที่เกิดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่อายุยังน้อย ขณะที่มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำมาก ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งนี้อาจด้วยความไม่ตระหนักในการป้องกันหรือไม่มีความรู้ ความไม่เข้าใจ เรื่องประโยชน์ของการใช้ถุงยาง–อนามัย หรือเข้าไม่ถึงแหล่งสนับสนุนหรือจำหน่าย และด้วยบริบทหรือสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์อันได้แก่ การชวนหรือรวมตัวกันเที่ยวในกลุ่มเพื่อน สถานบันเทิง งานเลี้ยง เทศกาล หรือปาร์ตี้ ทำให้ไม่สามารถจัดหาหรือเตรียมถุงยาง–อนามัยไว้ล่วงหน้า อีกทั้งผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่นักเรียนมีคู่เพศสัมพันธ์เป็นกลุ่มเพื่อนนักเรียนและคนรู้จัก ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตามเหตุผลหลักที่รายงานว่าไม่มีถุงยางอนามัยในขณะนั้น สาระสำคัญน่าจะเป็นเรื่องการเตรียมถุงยางอนามัยในบริบทของสถานบันเทิง งานเลี้ยง เทศกาล หรือปาร์ตี้ รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้นักเรียนรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวี โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการตรวจการ



รูปที่ 4 ร้อยละการรับรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวี/เอดส์

ติดเชื้อเอ็ชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้ง ค่อนข้างต่ำมาก ดังนั้นหากหวังที่จะลดการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ในกลุ่มเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งจะเป็นเด็กวัยรุ่นต่อไปในวันหน้า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญในการขยายการดำเนินงานป้องกันให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายนี้ ทั้งการให้ความรู้ ปรับเจตคติเรื่องเพศสัมพันธ์ ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจการใช้ถุงยางอนามัย การดูแลสุขภาพด้านเอ็ชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ระบบบริการของรัฐในด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยจัดกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนอย่างจริงจัง โดยเฉพาะสถานศึกษายังเป็นฐานสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกัน ด้วยกระบวนการเรียนการสอนและเข้าใจปัจจัยต่างๆที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทที่ต้องคำนึงว่านักเรียนมีความรู้ความเข้าใจไม่เท่ากัน สามารถประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง สร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อฯรายใหม่ตามเป้าประสงค์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษา ใคร่ขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงาน ขอขอบคุณคณะผู้บริหารและอาจารย์ในโรงเรียนที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาทั้ง 5 จังหวัด ที่อำนวยความสะดวกและให้การต้อนรับเป็นอย่างดี เพื่อให้การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลสำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมทั้งการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณนักเรียนทุกคนที่มีความตั้งใจในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติปี พ.ศ. 2557–2559.
2. Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. Social Situation and Outlook Vol.13, no.1, feb. 2016.
3. ทัศนัย ขันตยาภรณ์, สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของประเทศไทย 2557.
4. ทรงยศ พิลาสันต์ ข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 19 เดือนธันวาคม 2558.
5. เพ็ญศิริ ศรีจันทร์ และ สมพร แวงแก้ว ปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นวารสารโรคเอดศ์ ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 มิถุนายน กันยายน 2559 ISSN0857–8575 หน้า 145–153.
6. ชรพล สีนอ รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวี กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552–2557http:/BOE.moph.go.th 109–112.
7. วิภา ด่านธำรงกูล สมปอง สิมมา เพชรศรี ศิรินิรันดร์ พรทิพย์ เข็มเงิน และ วิไล วงษ์ภักดีสภาพปัญหาและบริบททางสังคมของเด็กและเยาวชน : กรณีเด็กและเยาวชน สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนภายใต้การทบทวนช่วงครึ่งแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550–2554 เอกสารทางวิชาการ มีนาคม 2554.
8. สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอ็ชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf.

การประยุกต์แบบจำลอง ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร

สิริพร ภิยโยทัย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์**, นิรัตน์ อิมามี****

Abstract

Application of an Information Motivation and Behavioral Skill Model (IMB) to Promote HIV Prevention Behavior of Grade 8 Students, Bangkok

Siriporn Piyayothai, Manirat Therawiwat**, Nirat Imamee****

* Graduate student Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University,
** Department of Health Education and Behavior Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University,
*** Department of Health Management, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University.

HIV infection among young students has been an important public health problem that needs to be solved. This quasi-experimental research aimed to study the effect of an information, motivation, and behavioral skill model (IMB) on the promotion of HIV prevention behaviors among grade 8 students. The study samples were 46 grade 8 students in Bangkok. Twenty four of them were assigned into an experimental group and other 22 were in a comparison group. The experimental group were required to attend a learning and skill training program on HIV prevention behaviors that the IMB Skill Model was applied while the comparison group received regular learning activities of the school. Data was collected by a self-administered questionnaire and was described by frequency, percent, mean, and standard deviation. The research hypotheses were tested by Paired Sample's t-test and Independent t-test.

Results of the study revealed that after the studies, the experimental group had significantly better knowledge on infection and prevention of HIV, positive attitude toward HIV prevention, and perceive self-efficacy in prevention of HIV than before the experimentation and better than that of the comparison group ($p<0.05$). Regarding the HIV prevention behaviors, the mean score of the experimental group was found to be higher than before the experimentation and the comparison group, but the difference was not statistically significant ($p<0.05$).

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Results of the study showed the effectiveness of the program in enhancing the knowledge, attitude, perceived self-efficacy, and HIV prevention behaviors of the students. Schools and related organizations could apply the program for learning activities or integrate the program with the school curriculum in order to promoting students to gain more knowledge and important skills regarding HIV prevention behaviors.

Key Words: IMB Skill Model, HIV Prevention Behaviors, Secondary School Students
Thai AIDS J 2017; 29 : 135-147

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเอ็ชไอวีในนักเรียนวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องหาแนวทางแก้ไข การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์แบบจำลอง ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้และฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่ประยุกต์แบบจำลอง ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามการสอนปกติของโรงเรียน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วย Paired Sample's t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการติดเชื้อและการป้องกันเอ็ชไอวี เจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่ากลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทดลองนี้มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของนักเรียน สถานศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ หรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนของโรงเรียน เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้และทักษะที่สำคัญรวมทั้งมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

คำสำคัญ แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ ทักษะ พฤติกรรม, พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี, นักเรียนมัธยมศึกษา
วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 135-147

บทนำ

โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน โดยจำนวนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ปี พ.ศ. 2558 มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั่วโลก 36.7 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 10 ปี ที่ผ่านมาประมาณ 5 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ทั้งสิ้น 2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 1.1 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย จากการคาดประมาณด้วย AIDS Epidemic Model เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 พบผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จำนวน 437,700 คน ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ ประมาณ 6,900 คน[2]

กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่พบอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่สูงที่สุดในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด สาเหตุหลักของการติดเชื้อเอ็ชไอวี คือ การมีเพศสัมพันธ์เสี่ยง โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ

84.03 มีสาเหตุจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวี ตามกลุ่มอายุ พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงโดยพบสัดส่วนผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มอายุ 15–29 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยเอดส์ อายุ 15–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.3 และในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเอดส์ อายุ 15–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.9 และจากผลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียน พบว่านักเรียนเคยมีประสบการณ์ทางเพศแล้ว ร้อยละ 28.6 โดยที่มากกว่าครึ่งหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปี อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประมาณ 14 ปี และประมาณครึ่งหนึ่งในจำนวนนี้ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์[3]

ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงในกลุ่มนักเรียนจัดเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งหาวิธีการแก้ไข ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาข้อมูลนำร่องในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอ็ช–ไอวี ณ โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 กรุงเทพ–มหานคร เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2559 เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ขาดความรู้ที่ถูกต้องถึงอาการแสดงของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในระยะเริ่มแรกถึงร้อยละ 66.7 นักเรียนประมาณครึ่งหนึ่งขาดทักษะการป้องกันตนเองจากเชื้อเอ็ชไอวี นักเรียนส่วนใหญ่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องปกติ และรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่มีเพศสัมพันธ์แม้จะมีแฟนอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงถึงร้อยละ 80 จึงไม่จำเป็นต้องป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี และเมื่อพิจารณาข้อมูลพฤติกรรมจำแนกระดับชั้น พบนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอ็ชไอวีในสัดส่วนที่สูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อย่างชัดเจน ชี้ให้เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการดำเนินการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงและการติดเชื้อเอ็ชไอวี จึงควรเป็นการป้องกันตั้งแต่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 คือ อายุประมาณ 13–14 ปี และมุ่งเน้นการเรียนรู้เพื่อการป้องกันก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่จะเกิดการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในนักเรียนชายและนักเรียนหญิง

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า นักเรียนยังมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีของตนเองได้อย่างที่ควรจะเป็น จึงทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการป้องกัน รวมถึงขาดทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอ็ชไอวี นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่ป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์แนวคิดตามแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม (Information Motivation Behavioral Skill: IMB Model) ที่พัฒนาขึ้นโดย ฟิชเชอร์ และคณะ[4] แนวคิดหลักของแบบจำลอง IMB กล่าวถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ได้รับแรงจูงใจทั้งส่วนบุคคลและสังคมจะทำให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรม รวมทั้งถ้าได้ฝึกทักษะการทำพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้มุ่งเน้น

การสร้างเสริมข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งไม่ใช่การให้ข้อมูลความรู้ทั่วไป แต่เป็นข้อมูลในส่วนที่ขาดหาย และมีความจำเป็นต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี และมีการมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ พัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลการเรียนรู้และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกัน

2.2 เจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

2.4 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้เรียนรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ตามระบบการสอนปกติของโรงเรียน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาในภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนกลุ่มทดลอง และโรงเรียนกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน มีสูตรการคำนวณ[5] ดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{\sim/2} + Z\ \right)^2 2\pm^2}{\left(«_1 - «_2\right)^2}$$

จากการศึกษาวิจัยของ วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์[6] ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 126 คน แบ่ง

เป็นกลุ่มทดลอง 61 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 65 คน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเท่ากับ 2.18 (SD 2.72) และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 0.45 (SD 0.90) ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่บูรณาการร่วมกับชั่วโมงการเรียนการสอนตามปกติในโรงเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แต่ละครั้ง กับนักเรียนทั้งหมดในห้องเรียนที่สุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียนจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที (1 คาบเรียน) และกิจกรรมให้แรงจูงใจทางสังคมโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ “Face book” จำนวน 4 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกัน

ส่วนที่ 4 เจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี และ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

การจัดกิจกรรมทดลองตามโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กิจกรรมในกลุ่มทดลอง มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง และชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมทดลอง พร้อมนัดหมายการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่อง “เอ็ชไอวี กับวัยรุ่น” เพื่อให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์เอ็ชไอวีในวัยรุ่น สาเหตุสำคัญและช่องทางเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่จำลองสถานการณ์เครือข่ายการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบสื่อในการอธิบายถึงวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่อง “ความจริง VS ความเชื่อ” เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องความแตกต่างระหว่างเอ็ชไอวีและโรคเอดส์ เพื่อสร้างเสริมเจตคติที่ถูกต้องต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ผ่านเกมส์ ความจริงหรือ ความเชื่อ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ จากคลิปวิดิโอ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ได้ สรุปข้อเท็จจริง เชื่อมโยงวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอ็ช–ไอวีที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่อง “รู้ทัน ป้องกันได้” เพื่อให้นักเรียนรับรู้วิธีการป้องกัน และพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในรูปแบบสถานการณ์จำลองโดยให้นักเรียนแสดงบทบาทสมมติในการหลีกเลี่ยง ปฏิเสธหรือการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี สรุปและอภิปรายพฤติกรรมเสี่ยงและวิธีการป้องกันร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่อง "เลือกถูกหลัก ใช้ถูกสเต็ป เก็บถูกวิธี" เพื่อให้สามารถรู้วิธี และมีทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี หากอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ โดยการพัฒนาทักษะการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ผ่านการเล่นเกมส์ การสาธิตขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และให้นักเรียนสาธิตย้อนกลับ เสนอตัวแบบจากคลิปวิดิโอ และสรุปร่วมกันเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยใช้ถุงยางอนามัย

สำหรับสัปดาห์ที่ 3, 5, 8, 9 เป็นกิจกรรมให้แรงจูงใจทางสังคม 4 ครั้ง โดยการส่งข้อความกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอ็ชไอวี และการป้องกัน จากผู้วิจัย และเปิดประเด็นแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในกลุ่มเพื่อนซึ่งจัดผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ "Face book"

สัปดาห์ที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามฉบับเดียวกับก่อนการทดลอง สรุปการเรียนรู้ทั้งหมดอีกครั้ง เปิดโอกาสให้นักเรียนซักถามและตอบข้อซักถามของนักเรียนพร้อมกระตุ้น ย้ำเตือนถึงการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี กล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล และขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนและอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง และชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

สัปดาห์ที่ 2–9 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติของโรงเรียน

สัปดาห์ที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามฉบับเดียวกับก่อนการทดลอง บรรยายสรุปเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี เปิดโอกาสให้นักเรียนซักถามและตอบข้อซักถามของนักเรียน กล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล และขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนและอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired Sample's t–test และ Independent t–test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 54.2 และร้อยละ 45.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ พักอาศัยอยู่ที่บ้านกับพ่อแม่หรือญาติ ร้อยละ 75.0 ได้รับเงินมาโรงเรียนระหว่าง 50–100 บาท ร้อยละ 83.3 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 63.6 และร้อยละ 36.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่บ้านกับพ่อแม่หรือญาติ ร้อยละ 90.9 ได้รับเงินมาโรงเรียน ระหว่าง 50–100 บาท ร้อยละ 77.3 (ตารางที่ 1)

2. ปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระบุว่า โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกปี แต่ประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม สำหรับการพูดคุย ปรึกษาเรื่องการมีแฟน การชอบเพศตรงข้ามนั้น กลุ่มทดลองประมาณครึ่งหนึ่งให้ข้อมูลว่าผู้ปกครองพูดคุยแบบคอยให้คำปรึกษา และมีการ

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	45.8	14	63.6
หญิง	13	54.2	8	36.4
สถานที่และบุคคลที่นักเรียนพักอาศัยด้วย				
บ้าน กับพ่อแม่/ญาติ	18	75.0	20	90.9
หอพัก คอนโดกับพ่อแม่	4	16.7	2	9.1
บ้าน กับเพื่อน	2	8.3	0	0.0
ได้รับเงินมาโรงเรียน				
น้อยกว่า 50 บาท	0	0.0	1	4.5
50–100 บาท	20	83.3	16	72.8
มากกว่า 100 บาท	4	16.7	5	22.7
$\overline{X}$: SD : mean : max	101.25, 45.62, 50, 300		89.55, 24.78, 40, 130	
บุคคลที่เดินทางกลับบ้านด้วย				
ผู้ปกครอง	5	20.8	2	9.1
เพื่อนเพศเดียวกัน	15	62.5	15	68.2
แฟน/เพื่อนต่างเพศ	3	12.5	1	4.5
คนเดียว	1	4.2	4	18.2

พูดคุยสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่วนในกลุ่มเพื่อนมีการพูดคุยปรึกษาเรื่องการมีแฟน แบบเล่าสู่กันฟัง และพูดคุย ปรึกษา เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 58.3 และร้อยละ 58.4 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ข้อมูลว่าโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกปีเช่นเดียวกัน ซึ่งส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 86.4 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มเปรียบเทียบที่ระบุว่าครอบครัวมีการพูดคุยปรึกษาเรื่องการมีแฟน การชอบเพศตรงข้าม แบบคอยให้คำปรึกษา แต่ไม่มีการพูดคุยสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอ็ช–ไอวี ร้อยละ 72.7 ส่วนในกลุ่มเพื่อนมีการพูดคุยปรึกษาเรื่องการมีแฟน แบบเล่าสู่กันฟังร้อยละ 68.2 และไม่มีการพูดคุย ปรึกษาเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 40.9 (ตารางที่ 2)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกัน ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกันระหว่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.180) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกันเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตาม ปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

ปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงเรียนจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
มีการจัดกิจกรรม	24	100	22	100
– เข้าร่วม	16	66.7	19	86.4
– ไม่เข้าร่วม	8	33.3	3	13.6
ครอบครัวมีการพูดคุย ปรึกษาเรื่องการมีแฟน การชอบเพศตรงข้าม				
มี แบบให้คำปรึกษา	12	50.0	11	50.0
มี แบบคอยห้ามไม่ให้มี	3	12.5	7	31.8
ไม่มี	9	37.5	4	18.2
ครอบครัวมีการพูดคุย สื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี				
มี	12	50.0	6	27.3
ไม่มี	12	50.0	16	72.7
การพูดคุย ปรึกษาเรื่องการมีแฟน ในกลุ่มเพื่อน				
มี แบบเล่าสู่กันฟัง	14	58.4	15	68.2
มี แบบคอยส่งเสริม	0	0.0	1	4.5
มี แบบคอยห้าม	5	20.8	2	9.1
ไม่มี	5	20.8	4	18.2
การพูดคุย ปรึกษา เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในกลุ่มเพื่อน				
มี	14	58.3	9	40.9
ไม่มี	10	41.7	13	59.1

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3, ตารางที่ 4)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.162$) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3, ตารางที่ 4)

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อ

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=22)		t	df	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD			
ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกัน							
ก่อนการทดลอง	8.04	2.971	9.14	2.416	1.363	44	0.180
หลังการทดลอง	11.29	2.493	9.09	2.524	2.973	44	0.005
เจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี							
ก่อนการทดลอง	58.00	7.984	61.23	7.342	1.423	44	0.162
หลังการทดลอง	68.71	7.226	59.86	6.167	4.445	44	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี							
ก่อนการทดลอง	52.25	10.18	58.27	8.53	2.165	44	0.036
หลังการทดลอง	63.88	9.91	58.23	8.43	3.681	44	0.001
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี							
ก่อนการทดลอง	54.21	10.04	59.09	7.08	1.918	44	0.062
หลังการทดลอง	57.88	9.87	57.45	6.89	1.169	44	0.867

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
		$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD			
ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกัน								
กลุ่มทดลอง	24	8.04	2.971	11.29	2.493	6.027	23	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	22	9.14	2.416	9.09	2.524	.119	21	0.906
เจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี								
กลุ่มทดลอง	24	58.00	7.984	68.71	7.226	4.964	23	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	22	61.23	7.342	59.86	6.167	.941	21	0.358
การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี								
กลุ่มทดลอง	24	52.25	10.18	63.88	9.91	4.420	23	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	22	58.27	8.53	58.23	8.43	.026	21	0.980
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี								
กลุ่มทดลอง	24	54.21	10.04	57.88	9.87	1.863	23	0.075
กลุ่มเปรียบเทียบ	22	59.09	7.08	57.45	6.89	1.026	21	0.317

เอ็ชไอวี ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.036) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001 และ p<0.001 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3, ตารางที่ 4)

6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.062) (ตารางที่ 3)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ช–ไอวีและการป้องกัน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่กำหนดในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นการประยุกต์แนวคิดแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรม มาออกแบบกิจกรรม ซึ่งมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่วางแผนเป็นระบบและขั้นตอน เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองโดยเนื้อหาข่าวสารเน้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกัน การจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่จำลองสถานการณ์เรื่องการติดต่อของเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้และเกิดการรับรู้ว่าลักษณะของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในระยะเริ่มแรกนั้น ไม่มีอาการแสดงใดๆให้รู้หรือบ่งบอกจากภายนอกได้ว่ามีเชื้อเอ็ชไอวีหรือไม่ ประกอบสื่อในการอธิบายถึงวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ถูกต้อง ว่าวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ดีที่สุดในวัยเรียน คือ การไม่มีเพศสัมพันธ์และหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ หรือหากอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้โดยการใช้ถุงยางอนามัย พร้อมทั้งมีการสาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัย รวมถึงวิธีการเลือกและการเก็บถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง อีกทั้งยังมีกิจกรรมให้แรงจูงใจทางสังคมผ่านทาง Face book เพื่อทบทวนความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกัน ซักถามปัญหา และตอบข้อสงสัยของนักเรียนที่ยังไม่เข้าใจเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกันที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของนิรินธน์ ประทีบแก้ว[7] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการป้องกันสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เช่นเดียวกับงานวิจัยของวรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์[6] ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.001$)

ด้านเจตคติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่ประยุกต์แนวคิดแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดเจตคติ (Attitude)โดยขั้นตอนพัฒนาการสร้างแรงจูงใจมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซ็นและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1992 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2550)[8] ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีเจตนาจะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง มาจาก 2 ปัจจัย คือ เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น และอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม ซึ่งจากการค้นหาข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มทดลอง พบว่า ยังมีความเชื่อและเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ผู้วิจัยจึงใช้การสร้างแรงจูงใจผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มเพื่อนจากการเล่มเกมส์ “ความจริง VS ความเชื่อ” เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของวัยรุ่นจากการดูคลิปวิดิโอเรื่องจริงบนแผ่นฟิล์มตอน “เปิดคำสารภาพคนติดเชื้อเอ็ชไอวี” อีกทั้งยังมีกิจกรรมให้แรงจูงใจทางสังคมผ่านทาง Face book โดยการให้กลุ่มทดลองได้แสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยส่งเสริม ชื่นชมและให้รางวัล สำหรับผู้ที่แสดงแสดงความคิดเห็นที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นการทำให้เจตคตินั้นเข้มแข็งหรือคงอยู่ และเป็นการเน้นย้ำผลที่ได้รับทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง มีการเน้นย้ำความเชื่อที่ถูกต้องที่พบในกลุ่มเพื่อน ซึ่งนับว่ามีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการผลการวิจัยของ Michele Ybarra[9] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันเอ็ชไอวี โดยแบบจำลองการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีเจตคติต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี เมื่อมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Shalini Singh[10] ที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นผลมาจากกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น มีการเสริมความรู้ที่จำเป็นต่อการทำพฤติกรรมและมีการฝึกทักษะการทำพฤติกรรม ได้แก่ ฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะเจรจาต่อรอง การแสดงบทบาทสมมติจากการจำลองสถานการณ์ และทดลองฝึกใส่และถอดถุงยางอนามัยกับโมเดลอวัยวะเพศ รวมถึงฝึกทักษะการเลือกและการเก็บถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี จนกลุ่มทดลองสามารถทำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการนำเสนอตัวแบบเชิงบวกที่เป็นคลิปวิดิโอ สะท้อนให้เห็นผลดีและความสามารถในการปฏิเสธการอยู่ตามลำพังสองต่อสองกับแฟน จึงทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ รวมทั้งการพูดชมเชย และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบเป็น

กันเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีความผ่อนคลาย และสนุกสนาน มีการให้รางวัลจากการตอบคำถาม และร่วมแสดงความคิดเห็นในแง่มุมที่วัยรุ่นสนใจผ่านทาง Face book ซึ่งเป็นช่องทางที่กลุ่มทดลองมีความสะดวกในการเข้าร่วมและให้ความสนใจเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีพรรษ์ ถาวรรัตน์[11] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ด้านพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ไม่แตกต่างกันจากก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.075$) ($p=0.867$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อาจเนื่องมาจากระยะเวลา และช่วงเวลาในการทดลองมีความจำกัด ซึ่งระยะเวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ เป็นระยะเวลาที่น้อยเกินไปในการวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี รวมถึงช่วงเวลาในการวัดพฤติกรรมก่อนการทดลองนั้น เป็นช่วงเวลาที่กลุ่มทดลองเตรียมตัวเพื่อสอบกลางภาคเรียน อาจทำให้กลุ่มทดลองต้องมีการอ่านหนังสือเพื่อเตรียมตัวสอบ ทำให้ก่อนการทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีอยู่แล้ว จึงทำให้หลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวันวิสาข์ บัวลอย[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลสารสนเทศที่ใช้เพื่อสร้างเสริมความรู้ ความเชื่อให้กับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงข้อมูลด้านบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายที่ส่งผลให้มีการกระทำพฤติกรรมตามแบบอย่าง ควรเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเชื่อ รวมทั้งมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ช–ไอวี ได้อย่างถูกต้อง

2. รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่นควรใช้วิธีการเรียนรู้แบบการเรียนรู้แบบลงมือทำหรือปฏิบัติด้วยตนเอง และการเรียนรู้ผ่านการอภิปรายกลุ่ม การฝึกให้รู้จักคิดอย่างมีเหตุผล จะทำให้วัยรุ่นเกิดความสนใจ และเรียนรู้ได้ดี มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เช่น การใช้เกมส์การเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกคิดฝึกทำ การแสดงบทบาทสมมุติ เป็นต้น

3. การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับพฤติกรรมให้แก่กลุ่มเป้าหมายต้องสอดคล้องตามแนวคิด IMB คือ การสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล ได้แก่การเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถและทักษะการกระทำพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่วนการเสริมแรงจูงใจทางสังคม เช่น เสริมการรับรู้ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับจากแรงสนับสนุนทางสังคมในทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นต้น

4. การวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยกึ่งทดลองโดยประยุกต์แนวคิด IMB กับแรงสนับ–สนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง และเพื่อนโดยตรงในการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีการปรับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

5. ควรมีการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการติดเชื้อเอ็ชไอวี จากกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปรับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS[Internet]. Genéve : Global HIV Statistics; 2015 [cited 2016 Jul 14] : Available from http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet
2. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. ภาพรวมสถานการณ์[อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 59]. เข้าถึงจาก:http://www.aidszeroportal.org/
3. บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ประภาพรรณ จูเจริญ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวี ใน 9 กลุ่มประชากรเป้าหมาย พื้นที่ กรุงเทพมหานคร ปี 2558.นครปฐม:สถาบันพัฒนาสุขภาพ-อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล,2558:12
4. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior. Psychological Bullentin 1992; 111: 455-74.
5. Fleiss JL. Statistical method for rate and proportion. 2nd Edition. New York : John Willey & Sons; 1981.
6. วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555; 3: 94-106.
7. นิรินธน์ ประทีบแก้ว, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17.2558: 121-36
8. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์:แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา. 2550; 30: 1-15
9. Ybarra ML, Korchmaros JD, Prescott TL, Birungi R. A Randomized Controlle Trial to Increase HIV Preventive Information, Motivation, and Behavioral Skills in Ugandan Adolescents. Ann Behav Med 2015; 49: 473-85.
10. Singh S. Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behaviour in female university students, AIDS CARE. 2010; 15: 71-6.
11. ศรีพรรษ์ ถาวรรัตน์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณักมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรมแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2556; 27: 14-26
12. วันวิสาข์ บัวลอย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ภรณี วัฒนสมบูรณ์, นิรัตน์ อิมามี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2557; 20: 127-42

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังที่แสดงจากค่า fibrosis (FIB)-4 index ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

*ฐิติรัตน์ จิรัญญนันท์**

Abstract

Prevalence and Risk Factors Related with Chronic Liver Complication by Fibrosis (FIB)-4 Index in HIV Patients

*Thitiilat Chiraunyanann**

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

Background: *Fibrosis (FIB)-4 Index was not invasive, could detect chronic liver complication as liver fibrosis and cirrhosis in HIV patients. Liver Disease was important complication for Antiretroviral (ARV) treatment in HIV patients. In recent study indicates that important risk factors were hepatitis B or C co-infection and HAART therapy with other factors. This research aimed to study prevalence and risk factors related with chronic liver complication by Fibrosis (FIB)-4 Index in HIV patients.*

Methods: *A cross sectional study was conducted at HIV/AIDS clinic, Nakornnayok Hospital.*

Result: *Samples were 352 AIDS patients were tested, found that FIB-4 >1.45 17.6% in chronic liver complication patients which risk factors related with chronic liver complication by Fibrosis(FIB)-4 Index were HIV infected aged 41-50 years, >50 years 38.7%, 38.7% respectively (P<0.05), male 67.7% CD4+ T cell count <350 cells/mm^3. Pure HIV 69.4%, hepatitis B co-infection 9.7 %, hepatitis C co-infection 19.4%, platelet by averagely 176 (±69), high liver enzyme as AST & ALT >40 U/L 56.5%, 37.1% respectively, >6 months ARV treatment mostly 87.5%, non ARV treatment 27.9%, Lamivudine/Zidovudine/Nevirapine (ARV formulate) treatment mostly 20.9% and nevirapine composed 38.7%.*

Conclusion: *This study shows high prevalence of liver abnormality and chronic liver complication in HIV patients, particularly HIV-mono infected patients, ART-naïve and ART experience patients. This study confirm the risk factors associated with liver fibrosis and cirrhosis in HIV patients. It was the useful information in evaluation and planning for treatment in HIV patients which risk to liver disease.*

Key Words: Human Immunodeficiency Virus (HIV), Antiretroviral Therapy (ART), Liver Disease, HIV-HBV Coinfection, HIV-HCV Coinfection, Aspartate Aminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT), Fibrosis-4 (FIB-4) Score
Thai AIDS J 2017; 29 : 148-154

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

บทคัดย่อ

ค่า FIB-4 index จัดเป็นวิธีที่ไม่แพร่กระจาย (invasive) และมีรายงานสนับสนุนว่าสามารถช่วยติดตามการเกิดพังผืดในตับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีโรคตับเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในยุคของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในกลุ่มติดเชื้อเอ็ชไอวีการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การติดเชื้อร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีหรือซี และการได้รับยาต้านไวรัส HAART ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังที่แสดงจากค่า fibrosis-4 index ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

ผลการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจำนวน 352 คน พบว่าผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังแสดงจากค่า FIB-4 > 1.45 มีค่าร้อยละ 17.6 โดยปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) คือ อายุระหว่าง 41-50 ปี และมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 38.7 และ 38.7 ตามลำดับ เป็นเพศชายร้อยละ 67.7 มีระดับ CD4+ T cell count <350 cells/mm^3 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไวอีแบบเดียวสูงถึงร้อยละ 69.4 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 9.7 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบซีร้อยละ 19.4 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีและซีร้อยละ 1.6 มีค่าเฉลี่ยจำนวนเกร็ดเลือด 176 (±69) มีค่าเอนไซม์ตับสูง AST และ ALT >40 U/L ร้อยละ 56.5 และ 37.1 ตามลำดับ เป็นผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 27.9 ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 87.5 โดยส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร Lamivudine/Zidovudine/Nevirapine ร้อยละ 20.9 และเป็นผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร nevirapine เป็นองค์ประกอบร้อยละ 38.7

การศึกษานี้สรุปได้ว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีชาวไทยกลุ่มนี้ มีความชุกของความผิดปกติที่ตับและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีแบบเดียวและผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสและได้รับยาต้านไวรัส ข้อมูลจากการศึกษานี้สนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดภาวะพังผืดและตับแข็งในตับ และเป็นความรู้พื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการประเมินและวางแผนการรักษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ เอ็ชไอวี, ยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี, โรคตับการติดเชื้อร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีหรือซีค่า fibrosis-4 index
วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 148-154

บทนำ

FIB-4 index จัดเป็นวิธีวัดระดับการไม่แพร่กระจาย (invasive) และสามารถช่วยติดตามการเกิดพังผืดในตับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี[1,2] ปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีสถิติการป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนโรคตับมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่การติดเชื้อร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีหรือซี ผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส HAART ระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัส จำนวนเกร็ดเลือดระดับเม็ดเลือดขาว CD4 และจากเชื้อเอ็ชไอวีเอง โดยข้อมูลการศึกษาพบว่าการรักษาด้วย HAART อาจส่งผลให้เพิ่มการเกิดผังผืดแทรกในตับ[2,3] การติดเชื้อร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีหรือซีนำไปสู่การเกิดพังผืดที่ตับและอาจเร่งพยาธิสภาพที่ตับไปสู่การเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับเร็วขึ้น[4]อย่างไรก็ตามพบว่าหนึ่งในสามของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคตับไม่สัมพันธ์กับไวรัสตับอักเสบ[5] โดยอาจมีปัจจัยอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องการเกิดพังผืดภาวะแทรกซ้อนที่ตับ หลายการศึกษาพบว่าเชื้อเอ็ชไอวีอาจส่งผลกระทบโดยตรงกับการกระตุ้นการเกิดพยาธิสภาพที่ตับ โดยการจับกันของส่วน env ของเชื้อเอ็ชไอวีกับตัวรับ CXCR4 ที่แสดงออกบนผิวเซลล์ตับสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการตายของเซลล์แบบ apoptosis ได้โดยไม่ต้องมีการติดเชื้อในเซลล์[6-8]โดยปัจจุบันข้อมูลที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตับในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีชาวไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะข้อมูลในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลานาน ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีแบบเดียวผู้ติดเชื้อร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีหรือซี การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความ

ผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังที่แสดงจากค่า fibrosis-4 index ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในคลินิกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลนครนายก จำนวน 352 ราย

สถานที่ทำการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เก็บตัวอย่างเลือดและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และเก็บข้อมูลผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลนครนายก

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาต้านไวรัส เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเอ็ชไอวีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลนครนายก โดยเก็บข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์หาความชุกและความรุนแรงการเกิดพังผืดแทรกในเนื้อตับและตับแข็ง (liver fibrosis and cirrhosis)

ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม 2557 ถึง กันยายน 2559

การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิก และการคำนวณค่า FIB-4 index

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระดับ CD4 T cell count ระยะเวลาการได้รับยา ชนิดสูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนเกร็ดเลือด ผลการตรวจสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี HBsAg และ anti-HCV ตามลำดับ ระดับเอนไซม์ AST และ ALT โดยข้อมูลเหล่านี้ได้จากการสืบค้นฐานข้อมูลเวชระเบียนจากนั้นทำการคำนวณค่า FIB-4 index จากสูตร: อายุ [ปี] x AST [U/L]/(PLT [10^9/L] x ($ALT^{1/2}$ [U/L])โดยความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังแสดงจากค่า FIB-4 > 1.45

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เป็นการหาค่าทางสถิติเชิงพรรณนาที่แสดง ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean, SD), มัธยฐาน (median, range) และพิสัย (median, min-max) ของข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ น้ำหนัก ระยะเวลาที่ได้รับยา เป็นต้น ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (median, range) ของระดับจำนวนเซลล์ CD4+ ในแต่ละกลุ่มตัวอย่างสถิติ chi-square test และ fisher's exact วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังที่แสดงจากค่า fibrosis-4 index ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาต้านไวรัสจำนวน 352 ราย พบกลุ่มที่ความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังแสดงจากค่า FIB-4 > 1.45 มีค่าร้อยละ 17.6 และกลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังแสดงจากค่า FIB ≤ 1.45 มีค่าร้อยละ 82.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคตับทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 1. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและความสัมพันธ์ของความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรัง แสดงจากค่า FIB-4 >1.45

Characteristic	All N (%)	FIB-4 index ≤ 1.45 N (%)	FIB-4 index > 1.45 N (%)	P-value
Patients	352 (100)	290 (82.4)	62 (17.6)	
Age				
≤ 30	59 (16.8)	56 (19.3)	3 (4.8)	
31-40	133 (37.8)	122 (42.1)	11 (17.7)	
41-50	98 (27.8)	74 (25.5)	24 (38.7)	
>50	62 (17.6)	38 (13.1)	24 (38.7)	<0.001*[a]
Gender				
Female	179 (50.9)	159 (54.8)	20 (32.2)	
Male	173 (49.1)	131 (45.2)	42 (67.7)	<0.001*
CD4+ T cell count				
≥350	177 (50.3)	161 (55.5)	16 (25.8)	
<350	175 (49.7)	129 (44.5)	46 (74.2)	<0.001*
HBV and HCV coinfection				
HIV monoinfection	296 (84.1)	253 (87.2)	43 (69.4)	
HIV-HBV coinfection	29 (8.2)	23 (7.9)	6 (9.7)	
HIV-HCV coinfection	26 (7.4)	14 (4.8)	12 (19.4)	
HIV-HBV-HCV tripleinfection	1 (0.3)	0	1 (1.6)	<0.001*[a]
Platelet count (n= 352)				
Platelet count (10^9 /L)(mean, SD)	273 (±97)	294 (±90)	176 (±69)	<0.001*
AST (U/L)				
≤40	280 (79.5)	253 (87.2)	27 (43.5)	
>40	72 (20.5)	37 (12.8)	35 (56.5)	<0.001*[a]
ALT (U/L)				
≤40	271 (77.0)	232 (80.0)	39 (62.9)	
>40	81 (23.0)	58 (20.0)	23 (37.1)	0.004*
Duration of ARV treatment				
<3 months	15 (5.5)	11 (4.7)	4 (10.0)	
3-6 months	9 (3.3)	8 (3.4)	1 (2.5)	
>6 months	249 (91.2)	214 (91.8)	35 (87.5)	0.388

ตารางที่ 1. (ต่อ)

Characteristic	All N (%)	FIB-4 index ≤ 1.45 N (%)	FIB-4 index > 1.45 N (%)	P-value
ARV drugs				
Naïve	73 (21.7)	61 (20.8)	12 (27.9)	
Lamivudine/Stavudine/Nevirapine	22 (6.5)	16 (14.0)	6 (14.0)	
Lamivudine/Zidovudine/Nevirapine	130 (38.7)	121 (41.3)	9 (20.9)	
Lopinavir/Ritonavir combination	30 (8.9)	27 (9.2)	3 (7.0)	
Others (n, %)	81 (24.1)	68 (23.2)	13 (3.9)	0.039*
Use of nevirapine				
Naive to ARV treatment	79 (22.4)	57 (19.7)	22 (35.5)	
Nevirapine-based combination	175 (49.7)	151 (52.1)	24 (38.7)	
Others	98 (27.8)	82 (28.3)	16 (25.8)	0.022*

* Data shown as P value <0.05, FIB-4: Liver fibrosis-4 index

พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ (p=<0.001) เพศชาย (p=<0.001) ระดับ CD4+ T cell count (p=<0.001)การติดเชื้อร่วมไวรัสตับอักเสบบีหรือซี (p=<0.001)จำนวนเกร็ดเลือด (p=<0.001)ค่าเอนไซม์ตับ AST>40 (p= <0.001) และ ALT >40 (p=0.004) ที่บ่งชี้ภาวะเอนไซม์ตับสูง ชนิดของยาต้านไวรัส (p=0.039) และการได้รับยาต้านไวรัสสูตร nevirapine เป็นองค์ประกอบ (p=0.022) และปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรัง คือ ระยะเวลาของการได้รับยาต้านไวรัส (p=0.388)

เมื่อศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ค่า FIB-4 >1.45 บ่งชี้ความผิดปกติภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรัง พบว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี และมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 38.7 และ 38.7 ตามลำดับ เป็นเพศชายร้อยละ 67.7 มีระดับ CD4+ T cell count <350 cells/mm^3 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีแบบเดียวสูงถึงร้อยละ 69.4 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 9.7 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบซีร้อยละ 19.4 เป็นผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีและซีร้อยละ 1.6 มีค่าเฉลี่ยจำนวนเกร็ดเลือด 176 (±69) มีค่าเอนไซม์ตับสูง AST และ ALT >40 U/L ร้อยละ 56.5 และ 37.1 ตามลำดับ เป็นผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 27.9 ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 87.5 โดยส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร Lamivudine Zido- vudine/Nevirapine ร้อยละ 20.9 และเป็นผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร nevirapine เป็นองค์ประกอบร้อยละ 38.7

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และส่วนใหญ่มีการตอบสนองต่อการรักษาทำให้มีระดับ CD4 T cell count >350 cells/mm^3 ในกลุ่มนี้มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ยังไม่ได้รับการรักษาอยู่ร้อยละ 27.9 ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่

ร้อยละ 87.5 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาแล้วเป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือน โดยส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร lamivudine/zidovudine/nevirapine ซึ่งเป็นยาสูตรแรกของการรักษาที่ใช้กันอยู่ในขณะนั้นและร้อยละ 38.7 ได้รับยาสูตรที่มี nevirapine ซึ่งเป็นยาที่มีผลข้างเคียงต่อตับเป็นส่วนผสม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยเอ็ชไอวีที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคตับเรื้อรังจากผลข้างเคียงของยาหรือปัจจัยอื่นได้ในระยะยาว[3]

ผลข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่แสดงความผิดปกติที่ตับ แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่มีระดับเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีกลุ่มนี้มีการติดเชื้อร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และติดเชื้อทั้งไวรัสตับอักเสบบีและซี มีอัตราใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้[9]อีกทั้งพบผู้ติดเชื้อที่มีความผิดปกติในการทำงานของตับและความผิดปกติที่แสดงภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีความชุกของภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังสูง[10,11] ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีชาวไทยกลุ่มนี้ มีความชุกของความผิดปกติที่ตับและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตับเรื้อรังอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีแบบเดียวและผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสและได้รับยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเชื้อเอ็ชไอวีเร่งการเกิดกลไกการตายแบบ apoptotsis ของเซลล์ตับ การเกิดพังผืดที่ตับและมะเร็งตับ[6-8] และยาต้านไวรัสอาจมีบทบาททั้งชะลอการเกิดพังผืดที่ตับโดยกดปริมาณไวรัสขณะเดียวกันอาจเพิ่มการเกิดพังผืดที่ตับจากภาวะตับเป็นพิษ[12]

การประเมินโรคตับเรื้อรังส่วนใหญ่จะใช้การตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่แพร่กระจาย (invasive) มีราคาแพง อาศัยความเชี่ยวชาญในการตรวจของแพทย์ มีความผิดพลาดในการเก็บตัวอย่างตรวจสูง และไม่สะดวกในการตรวจติดตามผู้ป่วย (131) การติดตามตัวบ่งชี้การเกิดพังผืดในตับ โดยการตรวจซีรัมผู้ป่วยจากค่า FIB-4 index จัดเป็นวิธีที่ไม่แพร่กระจาย และมีรายงานสนับสนุนว่าสามารถช่วยติดตามการเกิดพังผืดในตับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี[1,2] อย่างไรก็ตาม การใช้ค่า FIB-4 index เพื่อการบ่งชี้และประเมินความรุนแรงของโรคตับเรื้อรังและเพื่อใช้ในการทำนายการเกิดพังผืดแทรกในเนื้อตับและตับแข็ง (liver fibrosis and cirrhosis) ยังไม่นิยมใช้แพร่หลายในประเทศไทยนัก ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ค่า FIB-4 index ในการประเมินโรคตับเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยชาวไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากนายแพทย์พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลนครนายก ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้รับบริการที่คลินิกรับยาต้านไวรัส ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงภัทรกานต์ ทองครบุรี แพทย์หญิงฐิติยา บูรณชาติ อายุรแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอ็ชไอวีคลินิกรับยาต้านไวรัสที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำจนกระทั่งการศึกษาเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ คุณวริศรา ศรีตะปัญญา หัวหน้างานภูมิคุ้มกันวิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนครนายก และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Resino S, Sanchez-Conde M, Berenguer J. Coinfection by human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : noninvasive assessment and staging of fibrosis. Curr Opin Infect Dis 2012; 25 : 564-9.
2. Sulkowski MS. Management of hepatic complications in HIV-infected persons. J Infect Dis 2008; 197 Suppl 3 : S279-93.
3. Moodie EE, Pant Pai N, Klein MB. Is antiretroviral therapy causing long-term liver damage? A comparative analysis of HIV-mono-infected and HIV/hepatitis C co-infected cohorts. PLoS One 2009; 4 : e4517.
4. Dufour J-F. EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. European journal of cancer 2012; 2012 : 599-641.
5. Collaboration ATC. Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996-2006 : collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. Clinical Infectious Diseases 2010; 50 : 1387-96.
6. Tuyama AC, Hong F, Saiman Y, et al. Human immunodeficiency virus (HIV)-1 infects human hepatic stellate cells and promotes collagen I and monocyte chemoattractant protein-1 expression : implications for the pathogenesis of HIV/hepatitis C virus-induced liver fibrosis. Hepatology 2010; 52 : 612-22.
7. Hong F, Saiman Y, Si C, Mosoian A, Bansal MB. X4 Human immunodeficiency virus type 1 gp120 promotes human hepatic stellate cell activation and collagen I expression through interactions with CXCR4. PLoS One 2012; 7 : e33659.
8. Bruno R, Galastri S, Sacchi P, et al. gp120 modulates the biology of human hepatic stellate cells: a link between HIV infection and liver fibrogenesis. Gut 2010; 59 : 513-20.
9. Akekawatchai C, Sretapunya W, Pipatsatitpong D, Chuenchit T. Hepatitis B or C virus coinfection in and risks for transaminitis in human immunodeficiency virus-infected Thais on combined antiretroviral therapy. Asian Biomed 2015; 9 : 353.
10. Blackard JT, Welge JA, Taylor LE, et al. HIV mono-infection is associated with FIB-4 – A noninvasive index of liver fibrosis – in women. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2011; 52 : 674-80.
11. Mendeni M, Foca E, Gotti D, et al. Evaluation of liver fibrosis: concordance analysis between noninvasive scores (APRI and FIB-4) evolution and predictors in a cohort of HIV-infected patients without hepatitis C and B infection. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2011; 52 : 1164-73.
12. Mohr R, Schierwagen R, Schwarze-Zander C, et al. Liver Fibrosis in HIV Patients Receiving a Modern cART: Which Factors Play a Role? Medicine (Baltimore) 2015; 94 : e2127.

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มเสี่ยง

อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, ทำเนียบ สังวาลประกายแสง**,*
*ชลลดา นันทวิสัย****

Abstract

Sexually Transmitted Infections (STI) Screening for STIs & HIV Prevention in the Risk Group

Angkana Charoenwattanachokchai, Tumneab Sungwanprakaisang**,*
*Chollada Nandavisai****

* Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand.
** Bureau of AIDS TB & STIs, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi.
*** Thailand MOPH - U.S.CDC. Collaboration Nonthaburi.

Background: *The prevention & control and care of sexually transmitted infections (STI) is one of main strategy for HIV/AIDS prevention which include consistent STIs screening in key population such as female sex worker (FSW) & men who have sex with men (MSM) and complehensive management. This study aimed to 1. Estimate STI and HIV prevalence in FSW & MSM 2. Estimate the number of persons infected by FSW & MSM who had STI and HIV 3. Estimate cost effectiveness of screening per head (only medical cost).*

Method: *Secondary data were collected from the fiscal year 2557-2558 B.E. from 115 health service centers in 39 targeted provinces enrolled in the project called Health Promotion and HIV Prevention by STI prevention and control. Analyzed STI prevalence, HIV infection and cost effectiveness of disease screening. FSW & MSM (14,867 and 2,311) had STI screening 32,180 and 2,360 visits respectively. The prevalence STI & HIV, the demography of FSW & MSM, the number of persons infected per year by FSW & MSM, the medical cost per year of STI screening and treatment in FSW, MSM and persons infected by FSW & MSM and medical cost saved per year were estimated.*

Results: *NGU (1.5%) was the most prevalent STI (exclude HIV) in FSW followed by gonorrhea (1.1%). Syphilis (5.8%) was the most prevalent STI in MSM follow by gonorrhea (3.7%). Number of FSW infected with STI (include HIV) per year were NGU (111), gonorrhea (83) HIV (47.5). Number of persons infected by FSW (include HIV) were Chlamydia (823.4), HIV (176.2) respectively. Number of MSM infected with STI (include HIV) per year were HIV (202.5) followed by syphilis (66.5), gonorrhea (42.5). Number of persons infected by MSM (include HIV) were HIV (753.3), Syphilis (371.1). The*

* กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
** สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
*** ศูนย์ความร่วมมือไทย–สหรัฐ ด้านสาธารณสุข นนทบุรี

medical cost per year of STI screening and treatment in FSW, MSM were 5,464,896.5 Baht. The medical cost per year of STI & HIV treatment in persons infected by FSW, MSM were 6,944,676.9 Baht. STI screening and treatment in FSW & MSM save the medical cost per year of persons infected by FSW & MSM (not include the laboratory test and the medical cost per year of persons infected after persons infected by FSW & MSM.) 1,479,780.4 Baht (21.2%).

Conclusions: *The prevalence of STI found in FSW & MSM were higher and lower than STI found in IBBS 2557 BE. Estimated number of persons infected by FSW & MSM were quite high. STI screening and treatment in FSW & MSM is high cost effectiveness strategy, applicable and should be in the National Health Security scheme for high risk group benefit. Continuous development and improvement of STI program should be included.*

Key Words: Sexually Transmitted Infections, Screening, HIV
Thai AIDS J 2017; 29 : 155-168

บทคัดย่อ

การดูแลรักษา ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) เป็นแนวทางหลักที่สำคัญแนวทางหนึ่ง ในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อเอ็ชไอวี (HIV) จึงมีความสำคัญที่จะต้องคัดกรอง STI ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ สู่การรักษาที่ได้มาตรฐาน และครบถ้วน ในกลุ่มเป้าหมาย เช่นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men; MSM) พนักงานบริการหญิง (female sex worker; FSW) วัตถุประสงค์เพื่อ 1. ประมาณค่าความชุก STI และ HIV ในผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเฉพาะกลุ่ม FSW และ MSM จากโครงการการคัดกรอง STI 2. เพื่อประมาณจำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อ STI และ HIV จากกลุ่ม FSW และ MSM ที่พบโรค 3. เพื่อประเมินค่าใช้จ่าย/ความคุ้มค่าของการคัดกรองโรคฯต่อรายที่ถูกป้องกัน (cost effectiveness) โดยพิจารณาเฉพาะ medical cost วิธีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในปี พ.ศ. 2557–2558 ซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลที่ได้จากการดำเนินโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน HIV โดยงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษา STI ปี พ.ศ. 2556–2558 ใน 39 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย มีหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ 115 แห่ง จำนวน FSW 14,867 คน และ MSM 2,311 คน จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการคัดกรอง FSW 32,180 ครั้ง และ MSM 2,360 ครั้งตามลำดับได้ทำการวิเคราะห์ ความชุกของ STI และ HIV จำแนกตามลักษณะประชากร จำนวนของผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM ที่พบโรค STI และ HIV และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการคัดกรองโรคใน FSW และ MSM ต่อปี และ ค่ายาในการรักษา STI และ HIV ใน FSW และ MSM และผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ต่อปีและค่าความประหยัดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการคัดกรอง STI ผลการศึกษาใน FSW พบว่า หนองในเทียมเป็น STI (ไม่รวม HIV) ที่มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 1.5) รองลงมาคือ หนองใน (ร้อยละ 1.1) ในกลุ่ม MSM พบว่าซิฟิลิสเป็น STI (ไม่รวม HIV) ที่มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 5.8) รองลงมาคือหนองใน (ร้อยละ 3.7) จำนวน FSW ที่ติดเชื้อ STI ในแต่ละโรคต่อปี (รวม HIV) มากที่สุดคือ หนองในเทียม (111) รองลงมาคือ หนองใน (83 คน) และ HIV (47.5 คน) ตามลำดับ จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW ที่ติดเชื้อ STI ในแต่ละโรคต่อปี (รวม HIV) มากที่สุดคือ คือ หนองในเทียม (823.4 คน) รองลงมาคือ หนองใน (625.2 คน) พยาธิช่องคลอด (222.5 คน) ซิฟิลิส (176.2 คน) และ HIV (176.2 คน) ตามลำดับ จำนวน MSM ที่ติดเชื้อ STI ในแต่ละโรค (รวม HIV) มากที่สุดคือ HIV (202.5 คน) รองลงมาคือซิฟิลิส (66.5 คน) จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก MSM ที่ติดเชื้อ STI ในแต่ละโรค (รวม HIV) มากที่สุดคือ HIV (753.3 คน) รองลงมาคือซิฟิลิส (371.1 คน) ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการคัดกรอง STI และค่ายา STI ใน FSW และ MSM คือ 5,464,896.5 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา STI และ HIV ในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM คือ 6,944,676.9 บาท การคัดกรอง STI และค่ายา STI ใน FSW และ MSM ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษา STI และ HIV ในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM 1,479,780.4 บาท (ร้อยละ 21.2) โดยไม่ได้คิดค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM และค่ายาที่ใช้รักษาและค่าตรวจผู้ที่ติดเชื้อถัดจากผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM

สรุป ความชุกของ STI และ HIV ที่พบจากการคัดกรองโรคใน FSW และ MSM มีทั้งค่าที่สูงกว่าและต่ำกว่าความชุกที่ได้จากการทำ IBBS ปี 2557 ผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ต่อปีมีจำนวนไม่น้อย การประเมินค่าใช้จ่าย/ความคุ้มค่าของการคัดกรองโรคฯต่อรายที่ถูกป้องกัน (cost effectiveness) โดยพิจารณาเฉพาะ medical cost พบว่ามาตรการการคัดกรอง STI ใน FSW และ MSM มีความคุ้มค่า สามารถดำเนินการได้ ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับ

การตรวจคัดกรอง STI ที่ได้มาตรฐาน รวมถึงควรมีการพัฒนาการดำเนินงานและสรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายการลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ได้ในที่สุด

คำสำคัญ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, การคัดกรอง, เอ็ชไอวี
วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 155–168

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections; STI) เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อเอ็ชไอวี (Human immune deficiency virus; HIV) ด้วยหลายปัจจัย พบว่าการติดเชื้อ STI แม้ไม่มีอาการแสดง ก็สามารถเพิ่มปริมาณการขับเชื้อไวรัส HIV ออกมาในสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น อีกทั้งการอักเสบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ก็เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อ HIV ง่ายขึ้น หากผู้ติดเชื้อ STI ไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV มากถึง 2–5 เท่า และยังทำให้เพิ่มการแพร่กระจายโรคต่อไป[1–4] ดังนั้นการดูแลรักษา ป้องกันและควบคุม STI จึงถือเป็นแนวทางหลักที่สำคัญ ในการป้องกันควบคุม HIV ที่ขาดไม่ได้ พบว่าเป็นมาตรการที่มีความคุ้มทุนสูง (cost effectiveness strategy) เห็นผลชัดเจน สามารถดำเนินการได้ง่าย[5] กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงของการติด STI ก็เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายเดียวกันกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติด HIV ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men; MSM) พนักงานบริการหญิง (female sex worker; FSW) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ และเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ[6,7] ดังนั้นหากต้องการดำเนินงานการป้องกัน HIVให้เห็นผล จำเป็นต้องเห็นความสำคัญของการคัดกรอง STI ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะปล่อยให้เกิดโรค เพราะนอกจากจะป้องกันการติดต่อแพร่กระจายของ STI แล้ว ยังสามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ที่ตามมาได้ด้วยนอกจากนั้นการจัดให้มีบริการการดูแล รักษา STI ให้ได้มาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการติดตามคู่ (ผู้สัมผัสโรค) มาตรวจรักษา มีการให้บริการครอบคลุมไปถึงการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV และทราบผลเลือดตนเองอย่างสม่ำเสมอ[3] ด้วยเหตุนี้การให้บริการงาน STI ที่ครบถ้วนตั้งแต่การคัดกรองอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มเสี่ยง สู่การรักษาที่ได้มาตรฐานครบถ้วน จะสามารถเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือด HIV และทำให้ประชากรกลุ่มนี้ทราบสถานะผลเลือดของตนเพิ่มขึ้น สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงในระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษา STI ด้านการคัดกรองโรคในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ STI และ HIV สูง ได้แก่ ข้อจำกัดในเรื่องการใช้บริการ[9] เนื่องจากในชุดสิทธิประโยชน์ยังไม่บรรจุเรื่องการคัดกรอง STI ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯสูงที่ยังไม่มีอาการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยข้อมูลจากการศึกษาพบว่าโรคหนองในและโรคหนองในเทียมในผู้หญิง ไม่มีอาการได้ถึงร้อยละ 50–70 และร้อยละ 70–80 ตามลำดับ[10–13] และโรคซิฟิลิสไม่ปรากฏอาการร้อยละ 85–90[14]

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษา STI และการป้องกันการติดเชื้อ HIV/เอดส์ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการ

ติดเชื้อ HIV และประชากรทั่วไปเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรคจึงจัดทำโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษา STI ปี พ.ศ. 2556–2558 นำเสนอแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) และได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการใน 31 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายในการเร่งรัดการลดอัตราการติดเชื้อ HIV รายใหม่ลงร้อยละ 65 ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ เยาวชน ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ปี พ.ศ. 2555–2559 และดำเนินการใน 5 จังหวัดที่เป็นพื้นที่นำร่องการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้าน STI ต่อเนื่องโดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และ STI ลดความเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรอง STI ที่ได้มาตรฐานโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และทราบสถานการณ์ติดเชื้อ รวมทั้งได้รับการดูแลรักษาป้องกันควบคุม STI และส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา HIV/เอดส์ในผู้ที่มีผลเลือดบวกซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายการลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ได้ในที่สุด รวมทั้งการผลักดันการตรวจคัดกรอง STI โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายให้เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานตามพันธกิจดังกล่าวข้างต้นให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย ต้องอาศัยความร่วมมือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทั้ง 12 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษคือ กรุงเทพ–มหานครและหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานด้าน HIV/เอดส์ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการดำเนินการ สรุปบทเรียนการดำเนินงาน และนำสู่การทำข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประมาณค่าความชุก STI และการติดเชื้อ HIV ในผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเฉพาะกลุ่ม FSW และ MSM จากโครงการฯ ช่วงปี พ.ศ. 2557–2558

2. เพื่อประมาณจำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อ STI และ HIVจากกลุ่ม FSW และ MSM ที่พบโรค

3. เพื่อประเมินค่าใช้จ่าย/ความคุ้มค่าของการคัดกรองโรคฯต่อรายที่ถูกป้องกัน (cost effectiveness) โดยพิจารณาเฉพาะ medical cost (ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่ายา)

วิธีการศึกษา

ข้อมูลทั้งหมดที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลทุติยภูมิในปี พ.ศ. 2557–2558 ซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลที่ได้จากการดำเนินโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษา STI ปี พ.ศ. 2556–2558 ดำเนินการใน 39 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย โดยมีหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ 115 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 23 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 67 แห่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์บริการสาธารณสุข 20 แห่งและคลินิกเฉพาะ STI 5 แห่ง โดยมีจำนวน FSW และ MSM ที่นำมาวิเคราะห์ 14,867 คน และ 2,311 คน จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการคัดกรอง 32,180 ครั้ง และ 2,360 ครั้ง ตามลำดับ ได้ทำการวิเคราะห์ ความชุกของ STI

และการติดเชื้อ HIV จำแนกตามลักษณะประชากรจำนวนของผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM ที่พบโรค STI และ HIV โดยไม่รวมจำนวนของผู้ที่จะติดเชื้อต่อจากผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM ที่มีโรค

สำหรับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการคัดกรอง STI ต่อครั้งคิดถัวเฉลี่ยจากอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547 (210 บาท) สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาโรค เป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558[8] การคำนวณค่ายาใช้ราคาต้นทุนของยาที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. มาคำนวณซึ่งคิดราคาโดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง กำหนดราคากลางยา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 หากรายการยาใด ๆ ที่ไม่มีราคากลางกำหนดไว้ จะคิดจากราคาต้นทุนที่ซื้อยานั้นๆของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ.

สำหรับจำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM หนึ่งคนที่มีเชื้อ STI และ HIV (Ro; the average number of persons infected by a single disease source)[15,16] คำนวณจากสูตร Ro = PxDxC โดย P = ความน่าจะเป็นของคนที่มีเชื้อในการการส่งต่อเชื้อ (probability of transmission per contact with the infectious person) D = ระยะเวลาที่คนมีเชื้อที่ไม่ได้รับรักษาจะส่งเชื้อต่อไปยังผู้อื่น (ปี) (mean duration that the infected person (untreated) is infectious to others in year) C = จำนวนผู้ที่สัมผัสเชื้อจากผู้มีเชื้อต่อหน่วยเวลา เช่น วัน สัปดาห์ เดือน (number of contacts the infectious person makes per unit time eg. day, week, month, etc.)[15,17-20]

เนื่องจากค่า P ขึ้นกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและหรือถุงอนามัยสตรี จึงใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV (integrated biological behavioral surveillance; IBBS) ใน FSW ที่มีหลักแหล่ง และ MSM ปี พ.ศ. 2555 เรื่องอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์แต่ละประเภทมาร่วมในการวิเคราะห์จำนวนของผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM

ผลการศึกษา

ในปี พ.ศ. 2557–2558 FSW และ MSM เข้ารับบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยกามโรค ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานโดยมีความชุกของ STI (8 โรค) และ HIV จำแนกลักษณะประชากร ได้แก่ อายุและสัญชาติดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่า

1. ใน FSW กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี ติดเชื้อ STI มากที่สุด (ร้อยละ 2.2) ในกลุ่มอายุ 18–24 ปี FSW คนไทยติดเชื้อ STI (ร้อยละ 2.0) มากกว่า FSW ไม่ใช่คนไทยและติดเชื้อ HIV มากที่สุดในกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 18 ปี (ร้อยละ 2.6) FSW ไม่ใช่คนไทยติดเชื้อ HIV (ร้อยละ 1.7) มากกว่า FSW คนไทย

2. ใน MSM กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 18–24 ปี ติดเชื้อ STI มากที่สุด (ร้อยละ 12.6)ในกลุ่มอายุ มากกว่า 25 ปี MSM คนไทยติดเชื้อ STI (ร้อยละ 11.7) มากกว่า MSM ไม่ใช่คนไทย และ

ตารางที่ 1. ความชุกของ STI (8 โรค) และ HIV ใน FSW และ MSM ปี 2557 และ 2558 จำแนกตามกลุ่มอายุ และสัญชาติ

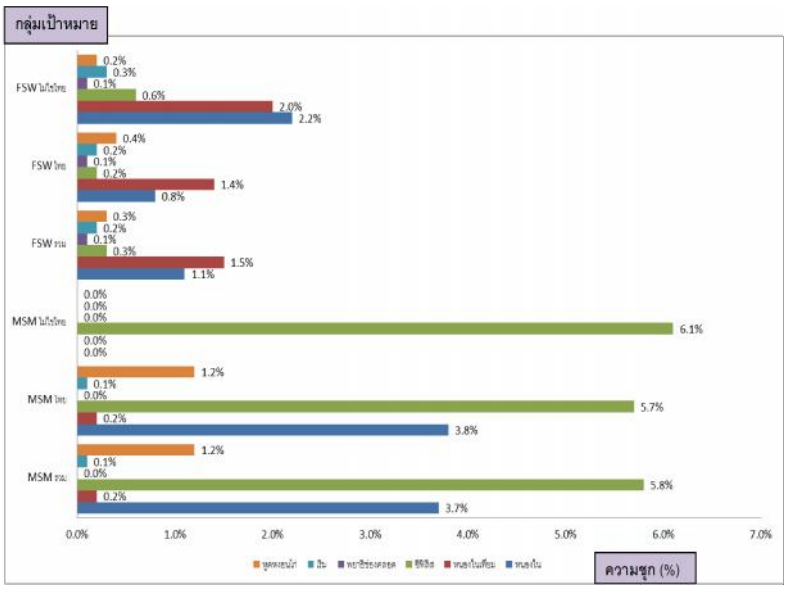
ปัจจัย	FSW						MSM					
	จำนวนผู้รับการคัดกรอง STI	STI		HIV			จำนวนผู้รับการคัดกรอง STI	STI		HIV		
		จำนวนผู้ติดเชื้อ STI	ร้อยละผู้ติดเชื้อ STI	จำนวนผู้รับการตรวจ HIV	จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV	ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV		จำนวนผู้ติดเชื้อ STI	ร้อยละผู้ติดเชื้อ STI	จำนวนผู้รับการตรวจ HIV	จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV	ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV
อายุ												
<18	1,215	20	1.6%	730	19	2.6	270	13	4.8%	240	24	10.0
18–24	4,686	103	2.2%	3,164	25	0.8	1,246	153	12.3%	1,072	232	21.6
≥25	8,966	166	1.9%	6,309	51	0.8	795	100	12.6%	622	149	24.0
สัญชาติ												
ไทย	11,831	242	2.0%	8,366	64	0.8	2,212	259	11.7%	1,857	396	21.3
ไม่ใช่ไทย	3,036	47	1.5%	1,837	31	1.7	99	7	7.1%	77	9	11.7
รวม	14,867	289	1.9%	10,203	95	0.9	2,311	266	11.5%	1,934	405	20.9

ติดเชื้อ HIV มากที่สุดในกลุ่มอายุ มากกว่า 25 ปี (ร้อยละ 24) MSM คนไทยติดเชื้อ HIV (ร้อยละ 21.3) มากกว่า MSM ไม่ใช่คนไทย

ในกลุ่ม FSW พบว่าหนองในเทียมเป็น STI (ไม่รวม HIV) ที่มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 1.5) รองลงมาคือ หนองใน (ร้อยละ 1.1) ซิฟิลิส (ร้อยละ 0.3) และหูดหงอนไก่ (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ ใน FSW ที่เป็นคนไทย พบว่า หนองในเทียมมีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 1.4) รองลงมาคือ หนองใน (ร้อยละ 0.8) และหูดหงอนไก่ (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับใน FSW ที่ไม่ใช่ไทย พบว่า หนองในมีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 2.2) รองลงมาคือ หนองในเทียม (ร้อยละ 2.0) และซิฟิลิส (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ (รูปที่ 1)

ในกลุ่ม MSM พบว่าซิฟิลิสเป็น STI (ไม่รวม HIV) ที่มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 5.8) รองลงมาคือ หนองใน (ร้อยละ 3.7) และหูดหงอนไก่ (ร้อยละ 1.2) ตามลำดับ ใน MSM ที่เป็นคนไทย พบว่า ซิฟิลิสมีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 5.7) รองลงมาคือ หนองใน (ร้อยละ 3.8) และหูดหงอนไก่ (ร้อยละ 1.2) ตามลำดับใน MSM ที่ไม่ใช่ไทย พบว่า ความชุกซิฟิลิส ร้อยละ 6.1 (รูปที่ 1)

จำนวน FSW ที่ติดเชื้อ STI ในแต่ละโรคต่อปี (รวม HIV) มากที่สุดคือหนองในเทียม (111) รองลงมาคือ หนองใน (83 คน) HIV (47.5 คน) ซิฟิลิส (19.5 คน) และพยาธิช่องคลอด (10 คน) ตามลำดับ จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อ STI จาก FSW ในแต่ละโรคต่อปี (รวม HIV) มากที่สุดคือ หนองในเทียม (823.4 คน) รองลงมาคือ หนองใน (625.2 คน) พยาธิช่องคลอด (222.5 คน) ซิฟิลิส (176.2 คน) และ HIV (176.2 คน) ตามลำดับ ค่ายารักษา STI แต่ละโรคต่อปี (ไม่รวม HIV)ของ FSW มากที่สุดคือหนองในเทียมรองลงมาคือหนองในซิฟิลิสและพยาธิช่องคลอดตามลำดับ ค่ายารักษา STI แต่ละโรคต่อปี (ไม่รวม HIV) ของ ผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อ STI จาก FSW



รูปที่ 1. ความชุกของ STI ที่พบใน FSW และ MSM จำแนกโรค และสัญชาติ

ตารางที่ 2. จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW ที่พบ STI และ HIV

โรค	หนองใน	หนองในเทียม	ซิฟิลิส	พยาธิช่องคลอด	เอ็ชไอวี
Probability of transmission (P)	0.5	0.2	0.6	0.6	0.1
Duration of infectiousness (D)	6	12	6	12	120
Number of contacts per unit time (C)					
จำนวนแขกประจำ/เดือน (8.1)	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 1 เดือน (.08)	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08
จำนวนแขกจร/สัปดาห์ (7.4)	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 1 สัปดาห์ (.04)	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
จำนวนชายอื่นๆ/12 เดือน (5.8)	2.9	5.8	2.9	5.8	5.8
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 1 เดือน (.2)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW 1 รายที่พบโรค/ ปี	7.5	7.4	9.0	22.3	3.7
จำนวน FSW ที่ติดเชื้อแต่ละโรค/ปี	83.0	111.0	19.5	10.0	47.5
รวมจำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW	625.2	823.4	176.2	222.5	176.2
ค่ายารักษาโรคแต่ละโรค ต่อ 1 คน	59.0	78.0	245.0	6.0	7,203.40
ค่ายารักษาโรคแต่ละโรคของ FSW	4,897.0	8,658.0	4,777.5	60	342,161.5
ค่ายารักษาโรคผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW	36,884.2	64,221.6	43,181.0	1,335.17	1,269,008.6

ตารางที่ 3. จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก MSM ที่พบ STI และ HIV

โรค	หนองใน	หนองในเทียม	ซิฟิลิส	พยาธิช่องคลอด	HIV
Probability of transmission (P)	0.5	0.2	0.6	0.6	0.1
Duration of infectiousness (D)	6	12	6	12	120
Number of contacts per unit time (C)					
จำนวนคู่นอนประจำชาย 12 เดือน (2)	1	2	1	2	2
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 3 เดือน (.5)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
จำนวนคู่นอนชั่วคราวชาย (2)	1	2	1	2	2
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 3 เดือน (.3)	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
จำนวนคู่นอนประจำหญิง 12 เดือน (1)	0.5	1	0.5	1	1
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 3 เดือน (.2)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
จำนวนคู่นอนชั่วคราวหญิง (2)	1	2	1	2	2
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 3 เดือน (.4)	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
จำนวนคู่นอนประจำ TG ในรอบ 12 เดือน (1)	0.5	1	0.5	1	1
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 3 เดือน (.3)	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
จำนวนคู่นอนชั่วคราว TG ในรอบ 12 เดือน (1)	0.5	1	0.5	1	1
ร้อยละที่ไม่ใช้ถุง/ใช้บางครั้งใน 3 เดือน (.2)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก MSM 1 รายที่พบโรค/ ปี	4.7	7.4	5.6	22.3	3.7
จำนวน MSM ที่ติดเชื้อแต่ละโรค/ปี	42.5	2	66.5	0	202.5
รวมจำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก MSM	197.6	14.9	371.1	0	753.3
ค่ายารักษาโรคแต่ละโรค ต่อ MSM 1 คน	59	78	245	6	7,203.4
ค่ายารักษาโรคแต่ละโรคของ MSM ทั้งหมด	2,507.5	156.0	16,292.5	0	1,458,686.5
ค่ายารักษาโรคผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก MSM	11,659.9	1,160.6	90,912.2	0	5,426,313.7

มากที่สุดคือหนองในเทียมรองลงมาคือ ซิฟิลิส หนองในและพยาธิช่องคลอด ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

จำนวน MSM ที่ติดเชื้อ STI ในแต่ละโรคต่อปี (รวม HIV) มากที่สุดคือ HIV (202.5 คน) รองลงมาคือซิฟิลิส (66.5 คน) หนองใน (42.5 คน) และหนองในเทียม (2 คน) ตามลำดับ จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อ STI จาก MSM ในแต่ละโรคต่อปี (รวม HIV) มากที่สุดคือ HIV (753.3 คน) รองลงมาคือซิฟิลิส (371.1 คน) หนองใน (197.6 คน) และหนองในเทียม (14.9 คน) ตามลำดับ ค่ายารักษา STI แต่ละโรคต่อปี (ไม่รวม HIV) ของ MSM มากที่สุดคือซิฟิลิสรองลงมาคือหนองในและหนองในเทียม ตามลำดับ ค่ายารักษาโรคแต่ละโรคต่อปี (ไม่รวม HIV) ของผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อ STI จาก MSM ในแต่ละโรคมากที่สุดคือซิฟิลิส รองลงมาคือหนองในและหนองในเทียม ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4. ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการคัดกรองและค่ายาใน FSW และ MSM และค่ายาในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM ที่พบ STI และ HIV

	FSW	**MSM**
ค่ายา STI ต่อปี	18,392.5	18,956.0
ค่ายา HIV ต่อปี	342,161.5	1,458,686.5
ค่ายา STI+HIV ต่อปี	360,554.0	1,477,642.5
ค่าคัดกรอง STI ต่อปี	3,378,900.0	247,800.0
รวมค่ายา+ค่าคัดกรองต่อปี	3,739,454.0	1,725,442.5
รวมค่ายา+ค่าคัดกรองต่อปี FSW+MSM		5,464,896.5
	ผู้ที่จะติดเชื้อจาก FSW	**ผู้ที่จะติดเชื้อจาก MSM**
ค่ายา STI ต่อปี	145,621.9	103,732.7
ค่ายา HIV ต่อปี	1,269,008.6	5,426,313.7
ค่ายา STI+HIV ต่อปี	1,414,630.5	5,530,046.4
ค่ายา STI+HIV ผู้ที่จะติดเชื้อจาก FSW+MSM ต่อปี		6,944,676.9
เงินที่ประหยัดจากการคัดกรองโรคต่อปี		1,479,780.4
ร้อยละของเงินที่ประหยัดฯต่อปี		21.2

การรักษา STI ใน FSW และ MSM ที่พบโรคมีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อปี 18,392.5 และ 18,956.0 บาท ตามลำดับการรักษา HIV ใน FSW และ MSM ที่พบโรค มีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อปี 342,161.5 และ 1,458,686.5 ตามลำดับ การรักษา STI และ HIV ใน FSW และ MSM มีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อปี 360,554.0 และ 1,477,642.5 บาท ตามลำดับ (รวม 1,838,196.5 บาท) การคัดกรอง STI ต่อปีใน FSW และ MSM 16,090 และ 1,180 ครั้ง มีค่าใช้จ่าย 3,378,900.0 และ 247,800.0 บาทตามลำดับการคัดกรอง STI และค่ายา STI ต่อปีใน FSW และ MSM มีค่าใช้จ่าย 3,739,454.0 และ 1,725,442.5 ตามลำดับ (รวม 5,464,896.5 บาท) สำหรับการรักษา STI ในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM มีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อปี 145,621.9 และ 103,732.7 ตามลำดับการรักษา HIV ในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM มีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อปี 1,269,008.6 และ 5,426,313.7 บาทตามลำดับการรักษา STI และ HIV ในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSM 1,414,630.5 และ 5,530,046.4 บาทตามลำดับ (รวม 6,944,676.9 บาท) เงินที่ประหยัดจากการคัดกรองโรคต่อปี 1,479,780.4 บาท (ร้อยละ 21.2) (ตารางที่ 4) โดยไม่ได้คิดค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM

อภิปราย / วิจารณ์

ประเทศไทยได้ดำเนินการคัดกรอง STI เพื่อการป้องกันควบคุม STI ใน FSW มาเป็นระยะเวลานานโดยเป็นมาตรการสำคัญ ในการควบคุมกามโรคโดยมีการสำรวจและเยี่ยมแหล่งบริการเพื่อให้สุขศึกษาและแนะนำสถานที่ให้บริการคัดกรอง STI มีหน่วยกามโรคจังหวัดขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดบริการที่เป็นสัดส่วน

ทำให้ FSW สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการคัดกรอง STI มีราคาถูกมาก เนื่องจากมีนโยบายผู้บริหารใน สสจ.ให้ความสำคัญ มีต้นทุนในการจัดบริการต่ำ เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมและฟื้นฟูวิชาการอย่างสม่ำเสมอปีละ 1–2 ครั้งหลังจากปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา การปฏิรูประบบราชการเป็นผลทำให้โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเปลี่ยนไป หน่วยกามโรคจังหวัดต้องปิดตัวลง เนื่องจากนโยบายที่เปลี่ยนไป ทำให้ไม่มีบุคลากรและไม่มีงบประมาณในการดำเนินงาน โรงพยาบาลต้องรับบทบาทสำคัญในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมดูแลรักษา STI ในเขตอำเภอเมือง แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินงานครบทุกกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมโรคในแหล่งแพร่ได้แก่การเยี่ยมแหล่งบริการเพื่อให้สุขศึกษา และแนะนำสถานที่ให้บริการคัดกรอง STI รวมทั้งการขาดช่องทางพิเศษที่สามารถให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดบริการเดียว (one stop service) ทำให้ FSW เข้าถึงบริการตรวจสุขภาพ (คัดกรอง STI) ได้น้อยลง สถานการณ์ STI มีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ.ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำมาตรฐานการดูแลรักษา ป้องกันและควบคุม STI 2551 เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้เกิดระบบการดูแลรักษา STI โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่องทางสำหรับการให้บริการคัดกรองและรักษา STI แก่กลุ่ม FSW[21] อีกสิ่งหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการคือค่าใช้จ่ายในการคัดกรอง STI สูงขึ้นกว่าหน่วยกามโรคจังหวัดอย่างมาก เนื่องจากมีต้นทุนในการจัดบริการที่สูงกว่า กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ.ได้พยายามนำเสนอ สปสช. เพื่อให้เห็นปัญหา ความสำคัญ และแนวทางการแก้ไขตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา จนได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษา STI ปี พ.ศ. 2556–2558

การคัดกรองโรคฯ ถือเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดเชื้อ มีความสำคัญเนื่องจากถ้าเราสามารถวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่ระยะแรกจะเป็นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่น นอกจากนั้นยังป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบอวัยวะสืบพันธ์ในผู้ที่มีเชื้อ STI และป้องกันผู้ที่ติดเชื้อ HIV จากการมาเข้ารับการรักษาครั้งแรกเมื่อ CD4 ต่ำมาก จนเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เสี่ยงต่อการต้องกินยาหลายชนิดที่อาจมีปฏิกิริยาระหว่างกัน และ มีอัตราการเสียชีวิตสูง

โครงการนี้จัดบริการคัดกรอง STI ให้ทั้งคนไทย และไม่ใช่คนไทยเพื่อให้การป้องกันควบคุม STI และ HIV ได้ผลเนื่องจากทุกชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยสามารถแพร่โรคสู่กันและกันได้ ผู้ศึกษาเลือกที่จะวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินโครงการ เฉพาะกลุ่ม FSW และ MSM เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่สุด มีจำนวนมาก ด้อยโอกาส และถูกตีตรา เข้าถึงบริการยาก เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่สุดที่จะให้ประเทศบรรลุเป้าหมายลดผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่อย่างไรก็ตาม กลุ่ม FSW และ MSM ที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นคนไทยใน FSW มีร้อยละการติดเชื้อ STI ใน FSW คนไทย มากกว่า FSW ไม่ใช่คนไทย เล็กน้อยแต่ร้อยละการติดเชื้อ HIV ใน FSW ไม่ใช่คนไทย สูงกว่า FSW คนไทย ประมาณ 2 เท่า ใน MSM มีร้อยละการติดเชื้อทั้ง STI และ HIV ใน MSM คนไทย มากกว่า MSM ไม่ใช่คนไทย ซึ่งไม่สามารถหาเหตุผลมาอธิบายได้

ใน FSW พบว่าหนองในเทียมเป็น STI ที่มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 1.5) รองลงมาคือ

หนองใน (ร้อยละ 1.1) ซึ่งต่ำกว่าข้อมูล IBBS ใน FSW ที่มีหลักแหล่ง ปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่าหนองในเทียมมีความชุกถึงร้อยละ 18.9 หนองในพบความชุกร้อยละ 4.6 เนื่องจากในการทำ IBBS ใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความไว และความจำเพาะสูงกว่า แต่มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาก ไม่สามารถนำไปใช้ในการตรวจในชีวิตประจำวันได้จริง แต่หากไม่มีการตรวจคัดกรองโรคตามโครงการนี้ก็จะไม่สามารถวินิจฉัยและรักษาหนองในเทียมในกลุ่ม FSW ได้เลย ในการศึกษานี้พบความชุกของ HIV ใน FSW ร้อยละ 0.9 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลจาก IBBS 2557 (ร้อยละ 1.4)

ใน MSM พบว่าซิฟิลิสเป็น STI ที่มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 5.8) รองลงมาคือหนองใน (ร้อยละ 3.7) แต่น่าเสียดายที่ในการทำ IBBS ปี 2555 และ 2557 ไม่มีการเก็บข้อมูล ซิฟิลิสในกลุ่ม MSM ซึ่งผู้รับผิดชอบงาน IBBS ได้รับทราบ และได้ขอความร่วมมือจาก สสจ.ที่เกี่ยวข้องให้สนับสนุนงบประมาณในการเก็บข้อมูลซิฟิลิสเพิ่มเติมในการทำ IBBS ปี 2559 ส่วนหนองในในการศึกษานี้พบความชุกสูงกว่าใน IBBS 2555 (ร้อยละ 3.7 และ 0.9 ตามลำดับ) อาจเนื่องจาก MSM ที่เข้ามารับการคัดกรองโรคส่วนหนึ่งมีอาการจึงพบความชุกสูง ในการศึกษานี้พบความชุกของ HIV ใน MSM ร้อยละ 20.9 ซึ่งสูงกว่าข้อมูลจาก IBBS 2557 (ร้อยละ 11.3) เนื่องจาก MSM กลุ่มนี้มีความชุกของซิฟิลิสสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV สำหรับหนองในเทียมมีความชุกต่ำกว่าข้อมูลจาก IBBS 2557 (ร้อยละ 0.2 และ 6.5 ตามลำดับ) เนื่องจาก MSM ที่เข้ารับการคัดกรองโรคส่วนใหญ่ไม่ยอมให้ตรวจย้อมสีแกรมจากท่อปัสสาวะหากรีดท่อปัสสาวะแล้วไม่มีสารคัดหลั่งออกมา จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งคิดค้นวิธีตรวจหาการติดเชื้อในท่อปัสสาวะโดยการใช้ปัสสาวะช่วงแรกที่มีราคาถูกกว่า แต่มีความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกับวิธีที่ใช้ในการทำ IBBS

จำนวนผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ในแต่ละโรค มีจำนวนไม่เท่ากัน เนื่องจากโรคแต่ละโรคมีความแตกต่างของความน่าจะเป็นของคนที่มีเชื้อในการการส่งต่อเชื้อ (P) และระยะเวลาที่คนมีเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาจะส่งเชื้อต่อไปยังผู้อื่น (D) ดังนั้น หาก FSW หรือ MSM ที่พบติดเชื้อ STI และ/หรือ HIV ไม่ได้รับการวินิจฉัย และรักษา เนื่องจากไม่มีอาการไม่มีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับในเรื่องโรคและการตรวจสุขภาพ/คัดกรองก่อนมีอาการมีความเข้าใจผิดว่าไม่มีอาการก็คือไม่มีโรค คนเหล่านี้สามารถถ่ายทอดเชื้อ STI และ HIV ไปยังคู่นอนทุกประเภทได้ เช่น ลูกค้า คนรัก หากไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และยังทำให้เกิดการถ่ายทอดเชื้อจากหญิงตั้งครรภ์สู่เด็กในครรภ์ได้[22] ดังนั้นหากปราศจากการคัดกรองโรคฯ เราจะไม่สามารถค้นหาคนที่มีเชื้อ STI หรือ HIV แต่ไม่แสดงอาการได้เลย

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษา STI ใน FSW และ MSM ที่พบโรคอยู่ที่หลักหมื่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา STI ในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ที่พบโรค อยู่ที่หลักแสน และสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษา FSW และ MSM ที่พบ HIV ผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ที่พบ HIV เพื่อให้ผู้มีเชื้อเหล่านี้ลดการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น เป็นจำนวนเงินอยู่ที่หลักล้านต่อปีและไม่ได้ทำให้โรคหายขาดต้องกินยาต่อไปทุกปีตลอดชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านยา HIV นี้ คิดค่ายาที่เป็น first line ซึ่งมีราคาไม่สูง แต่ผู้ติดเชื้อบางคนต้องใช้ยาที่อยู่ในอันดับที่สูงกว่านี้ซึ่งทำให้มี

ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงกว่าที่ประมาณการ และยังไม่ได้คิดค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้ในการติดตามการรักษา HIV อย่างต่ำประมาณ 1,900 บาทต่อปีไปตลอดชีวิต เมื่อเทียบกับค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่ายาที่ใช้ในการคัดกรอง STI ใน FSW และ MSM ซึ่งอยู่ในหลักล้านเช่นกัน แต่หากคัดกรองแล้วพบโรค และให้การรักษาก็คือ หายจากโรคและไม่ถ่ายทอดเชื้อต่อไม่ต้องกินยารักษาตลอดชีวิตเพื่อลดการถ่ายทอด STI สู่ผู้อื่น

โดยภาพรวม ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการคัดกรองโรค และค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษา STI รวมและ HIV ใน FSW และ MSM ต่อปีทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษา STI รวมและ HIV ในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ที่พบโรค ร้อยละ 21.2 โดยไม่ได้คิดค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM และไม่ได้คิดค่ายาในผู้ติดเชื้อถัดจากผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM

โดยสรุป ความชุกของ STI และ HIV ที่พบจากการคัดกรองโรคใน FSW และ MSM มีทั้งค่าที่สูงกว่าและต่ำกว่าความชุกที่ได้จากการทำ IBBS ปี 2557 ผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ต่อปีมีจำนวนไม่น้อย การประเมินค่าใช้จ่าย/ความคุ้มค่าของการคัดกรองโรคฯต่อรายที่ถูกป้องกัน (cost effectiveness) โดยพิจารณาเฉพาะ medical cost (ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่ายา) พบว่าเป็นมาตรการการคัดกรอง STI ใน FSW และ MSM ที่มีความคุ้มค่าเห็นผลชัดเจน สามารถดำเนินการได้ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้ได้รับการตรวจคัดกรอง STI ที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายการลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ได้ในที่สุด รวมถึงควรมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินการ เร่งคิดค้นวิธีตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีราคาถูก มีความไวและความจำเพาะสูงเพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้เพิ่มขึ้นมีการพัฒนาและสรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

ไม่สามารถคำนวณหาจำนวนผู้ติดเชื้อถัดจากผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM เนื่องจากไม่มีข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM (ประชากรที่เป็นลูกค้าของ FSW และคู่นอนประเภทต่างๆ ของ MSM)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และรักษาในกลุ่ม FSW และ MSM มีค่าใช้จ่าย 210 บาทต่อการคัดกรอง 1 ครั้ง โดยมีความถี่ของคัดกรองโรคใน FSW และ MSM 2 ครั้ง และ 1 ครั้งตามลำดับ เป็นการดำเนินงานที่มีความคุ้มค่าช่วยประหยัดงบประมาณในการรักษาผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW และ MSW ที่พบโรค STI และ/หรือ HIV อย่างน้อยร้อยละ 21.2 โดยไม่ได้คิดค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM ที่พบโรค และผู้ติดเชื้อถัดจากผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจาก FSW หรือ MSM

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคลินิกวิจัย โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย กลุ่มพัฒนาองค์กร สอวพ.ที่สนับสนุนการดำเนินงานการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Gray RH, Wawer MJ. Reassessing the hypothesis on STI control for HIV prevention. Lancet 2008; 371 : 2064–5.
2. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 1992; 19:61–77.
3. Cohen MS, Pilcher CD. Amplified HIV transmission and new approaches to HIV prevention. J Infect Dis 2005; 191 : 1 391–3.
4. Kaul R, Nagelkerke NJ, Kimani J, et al. Prevalent herpes simplex virus type 2 infection is associated with altered vaginal flora and an increased susceptibility to multiple sexually transmitted infections. J Infect Dis 2007; 196 : 1692–7.
5. Richard Hayes, Deborah Watson-Jones, Connie Celum, Janneke van de Wijgert, and Judith Wasserheit. Treatment of sexually transmitted infections for HIV prevention: end of the road or new beginning? AIDS 2010, 24 (suppl 4) : S15–26.
6. โครงการการป้องกันการติดเชื้อ เอ็ชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ (Comprehensive HIV Prevention among MARPS by Promoting Integrated Outreach and Networking : CHAMPION). เอกสารโครงการด้านโรคเอดส์ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย รอบที่ 8 หน้า 1.
7. WHO Guidelines : Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people, Recommendations for a public health approach 2011 : 1–86. Available from http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html (Access date: November 01, 2011).
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; กันยายน 2558.
9. สุขภาพทางเพศของหญิงบริการในประเทศไทย นำความรู้สู่การปฏิบัติ : เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงาน 2007 Survey of Sexual and reproductive Health of Sex Worker in Thailand โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกลุ่มเพื่อนพนักงานบริการ และได้รับการสนับสนุนจากกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
10. โรคหนองในเทียม : สมยศ จารุวิจิตรรัตนา, บรรณาธิการ.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ข้าวฟ่าง, 2532: 95–109.
11. Hook III EW, Handsfield HH. Gonococcal infectious in the adult In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, editors, Sexually Transmitted Diseases. 3 rd ed. New York: McGraw-Hill; 1999 : 451–66
12. Stamm WE. Chlamydia trachomatis infectious of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, editors, Sexually Transmitted Diseases. 3 rd ed. New York: McGraw-Hill,1999 : 407–22.
13. Rieg G, Lewis RJ, Miller LG, Witt MD, Guerrero M, Daar ES. Asymptomatic sexually transmitted infections in HIV-infected men who have sex with men: prevalence, incidence, predictors, and screening strategies. AIDS Patient Care and STDs 2008; 22 : 947–54.
14. ข้อมูลผู้ป่วยโรคซิฟิลิสที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบางรัก (กลุ่มงานวิจัยทางคลินิก กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) ปี พ.ศ. 2546–2549
15. Anderson RM. Transmission dynamics of sexually transmitted infections. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JM editors. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1999; P. 25–38.
16. University of Michigan School of public health Office of public health practice. Basic Reproductive Rate (Ro). [Internet]. [cited 2017 Jan 21]. Available from: https://practice.sph.umich.edu/micphp/epicentral/basic_reproduc_rate.php.

17. Bowden FJ, Garnett GP. Trichomonas vaginalis epidemiology: parameterising and analysing a model of treatment interventions. Sex Transm Inf [Internet]. 2000 [cited 2017 Jan 24]; 76: 248–56. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744187/pdf/v076p00248.pdf infectious period.
18. Otium. STD Statistics. [Internet]. [cited 2017 Jan 24]. Available from: https://srconstantin.wordpress.com/2015/04/30/std–statistics/.
19. Massachusetts department of public health guide to surveillance, reporting and control. Sexually Transmitted Infections. [Internet]. [cited 2017 Jan 25]. Available from: www.mass.gov/eohhs/docs/dph/disease–reporting/guide/std.rtf.
20. Public Health Agency of Canada. Trichomonas vaginalis. [Internet]. [cited 2017 Jan 26] http://www.phac–aspc.gc.ca/lab–bio/res/psds–ftss/trichomonas–eng.php.
21. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษาป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 2.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์;สิงหาคม 2551.
22. World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections (STIs) Fact sheet N฿110. Updated December 2015. [Internet]. [cited 2016 Feb 13]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/.