



วารสาร

# โรคเอดส์

ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2556 - มกราคม 2557 ISSN 0857-8575

- ความเป็อหน่ยท้อแท้ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายรักษาพยาบาล, ฝ่ายห้องปฏิบัติการด้านเอดส์ ในโรงพยาบาลของรัฐ 44 แห่ง
- ผู้ต้องขังในเรือนจำพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 ที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2555
- ความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล ต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติในพื้นที่ภาคใต้
- การทบทวนวรรณกรรม : เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก
- ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานกะและการรับประธาณยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่าเสมอ ของผู้ประกอบการอาชีพที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



## ความเบื่อหน่ายท้อแท้ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายรักษาพยาบาล, ฝ่ายห้องปฏิบัติการด้านเอดส์ ในโรงพยาบาลของรัฐ 44 แห่ง

ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน\* , ฐิติรัตน์ จิรัญญนนท์\*\*

### Abstract

#### Burn-Out of AIDS Care Providers, Laboratory Technician of 44 Hospitals in Thailand

Sunsanee Smitakestrin\*, Thitiilat Chiraunyanunn\*

\*Bureau of AIDS TB & STIs, Diseases Control Department, MOPH Thailand

**Background:** This cross-sectional descriptive research aimed to study burn-out among AIDS care providers, 60 laboratory technician from 44 hospitals of Thailand, 2009-2010. Variables used in study were age, sex, care experience, training, role & care duty, work attitude and the effects on burn-out.

**Methods:** The personal history questionnaires, Maslach Burnout Inventory (MBI) were used as data gathering instruments. Forms were sent to 44/55 target hospitals in 4 provinces from 4 regions of Thailand. Mean, frequency were applied in statistical analysis.

**Results:** It was found that most laboratory technicians were female (61%), age average 33 years old(range 26-43), 1-5 years work experience (80.5%), were trained about laboratory and AIDS counseling 1-2 years ago (25%), want to train more (58.5%) 2 persons by average(1-3) work on AIDS area, average scores of burn-out=30.75. The result of show scores of burn-out were low-medium in emotion exhaustion areas, medium in depersonalization areas and low in decrease sense of personal accomplishment areas (from 3 area of burn-out : emotion exhaustion, depersonalization & decrease sense of personal accomplishment). About emotion exhaustion areas, all of them expressed it, 36 cases (60%) were low, 14 cases (23.33%) were medium and 10 cases (16.66%) were high.

About 3 areas of burn-out were found that, 1. emotion exhaustion areas, all of them be found, 36 cases(60%) were low, 14 cases(23.33%)were medium and 10 cases(16.66%) were high. 2. depersonalization areas, 8 cases (13.33%) didn't be found, 8 cases (13.33%) were low, 21 cases (35%) were medium and 23 cases (38.33%) were high. 3. decrease sense of personal accomplishment areas, 13 cases (21.66%) didn't be found, , 47 cases (78.33%) were low, none has medium and high.

**Conclusions:** The results supported the hypotheses that there were burn-out in laboratory technician. The factors which related to burn-out in AIDS care providers were increase of patients since ARV service was involved in Health Security System by the end of 2006, no. of care providers,

## 2 ความเหนื่อยหน่ายของเจ้าหน้าที่ฝ่ายรักษาพยาบาล, ฝ่ายห้องปฏิบัติการด้านเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ 44 แห่ง

*work load, problems of care, not success of work, positive reinforcement from work and character of work. The recommendation for organization which had care services should focused on psychological surveillance particularly burn-out in AIDS care providers. Atmosphere of the place, the providing of care time & work loading and relaxation activities were considered.*

**Key Words:** Burn-Out , Laboratory Technician, AIDS Care Providers, HIV/AIDS Care  
Thai AIDS J 2013/2014; 26 : 1-14

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยหน่ายต่อหัวใจ (burn-out) ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ 44 แห่งในประเทศไทย ระหว่างปีพ.ศ. 2552-2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ทศนคติ ความคิดเห็นในการทำงาน และแบบทดสอบความเหนื่อยหน่ายต่อหัวใจในการทำงาน

**วิธีการศึกษา** ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดที่จะเก็บข้อมูลโดยเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยมากเป็นอันดับต้นๆของภาค เลือกภาคละ 1 จังหวัดรวม 4 ภาค เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งใน 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี สุรินทร์ เพชรบูรณ์ และสุราษฎร์ธานี ส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกคนในโรงพยาบาลตอบ รวบรวมแบบสอบถามได้ 44 โรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละและการหาค่าเฉลี่ย

**ผลการวิจัย** พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 60 คนมีอายุเฉลี่ย 33 ปี (26-43 ปี) เกือบ 2 ใน 3 เป็นหญิง (61%) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี (80.5%) 1 ใน 4 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา 58.5% ต้องการการอบรมเพิ่มเติม เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่ทำหน้าที่เก็บตัวอย่างเลือด หรืออ้อม ส่งตรวจ CD4 โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (63.4%) เก็บตัวอย่างเลือด หรืออ้อม ส่งตรวจ Viral load Drug resistance โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (87%) นอกจากเจาะเลือดส่งตรวจแล้ว ยังทำหน้าที่ประสาน จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (82.6%) จำนวนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานด้านเอดส์เฉลี่ย มีจำนวน 2 คน (1-3 คน) มีตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน (82.9%) มีการตรวจ Viral load ทุก 1 ปี (87.8%) มีค่ามัธยฐานเวลาในการส่งตรวจและรายงานผลกลับ 10 วัน (7-15 วัน) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด = 30.75 แสดงถึงเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ = 16.03 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง, ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 11.6 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 2.3 จัดอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 60 ราย (100%) โดยแบ่งเป็น ระดับต่ำ 36 คน (60%) ระดับปานกลาง 14 คน (23.33%) ระดับสูง 10 คน (16.66%)
2. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลไม่พบเลย 8 ราย (13.33%) พบในระดับต่ำ 8 คน (13.33%) ระดับปานกลาง 21 คน (35%) ระดับสูง 23 คน (38.33%)
3. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบเลย 13 ราย (21.66%) พบในระดับต่ำ 47 คน (78.33%) ระดับปานกลางและระดับสูงไม่มี

**สรุป** ผลการศึกษาตรงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าในภาพรวมจะพบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในกลุ่มเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้นด้วย ประกอบกับจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงาน ขวัญกำลังใจในการทำงาน ลักษณะงาน เป็นต้น แต่ที่น่าสังเกตคือบางด้านของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เช่น ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบสูงอย่างเห็นได้ชัดคือ ถึงหนึ่งในสามของบุคลากร และเกือบหนึ่งในห้าของบุคลากร ตามลำดับ

**ข้อเสนอแนะ** ต่อผู้บริหารหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีการเฝ้าระวังความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ดูแลด้านภาระงาน บรรยากาศในการทำงาน ในส่วนบุคลากร



ที่พบปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเหนื่อยหน่าย ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไขทีละจุด และอาจจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ เร่งด่วน และทยอยทำ ถ้าหนักหนาเกินกำลัง อาจจะต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจ ที่พอจะสามารถทำได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานอดิเรกต่างๆ การร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด ผ่อนคลายในการทำงาน ถ้ายังแก้ปัญหาไม่ได้อาจต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา

**คำสำคัญ** ความเหนื่อยหน่ายต่อแท้ใจในการทำงาน, ผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ  
วารสารโรคเอดส์ 2556/2557; 26 : 1-14

## บทนำ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยคาดว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยสะสมประมาณ 1,161,694 ราย<sup>(1)</sup> และมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จำนวน 499,324 ราย<sup>(2)</sup> และประมาณ 257,493 รายเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษา และในแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งป่วยเป็นโรคเอดส์ จำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังคงส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศด้วย ทีมบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ดูแลข้อมูล และอาสาสมัครจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและอาจจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น องค์กรเอกชน (NGO) ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ด้วย รวมทั้งในชุมชนรอบข้างของสถานบริการสาธารณสุขด้วย โดยทั่วไปแล้วในการพยาบาลด้านสาธารณสุขจะเกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ การทำงานต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ความคิดริเริ่ม มีความเข้าใจ สนใจ

ในปัญหาของประชาชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ต้องให้การดูแลหรือปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นรอบข้าง เช่น ญาติผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ อนามัยที่แตกต่างกันทั้งชนิดและความรุนแรง

นอกจากนี้การทำงานซึ่งต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายและหลายระดับ ทั้งในทีมสุขภาพด้วยกันและทีมอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานและการพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ ตลอดจนประสบการณ์ จากลักษณะงานและหน้าที่ ความรับผิดชอบ จะเห็นได้ว่าการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย เป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องให้บริการและให้ความช่วยเหลือแก่สาธารณสุขชนเช่นเดียวกับกลุ่มวิชาชีพอื่นอีกหลายวิชาชีพ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล ตำรวจ ครู นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งบุคคลผู้ประกอบอาชีพเหล่านี้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มาขอรับบริการจำนวนมากในด้านการให้บริการ ให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการและช่วยแก้ปัญหาแก่บุคคลเหล่านั้น การให้การดูแล พยาบาลผู้ป่วยเป็นการทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง และต้องเผชิญกับสภาพการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ และยิ่งประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการ

ปฏิบัติงานในองค์กรก็จะก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พอใจ ซึ่งถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือขจัดให้ บรรเทาลงได้ ในที่สุดก็จะเกิดความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยหน่ายเป็นผลของการเกิดความเครียด เรื้อรังในการทำงาน<sup>(3)</sup> เกิดขึ้นได้ในทุกวิชาชีพที่ต้อง ทำงานเพื่อช่วยเหลือมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ทีมสุขภาพ ซึ่งต้องทำงานเกี่ยวข้องกับประชาชนที่ ต้องการบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และพฤติกรรม การปฏิบัติงานไปในทางที่ไม่พึง ประสงค์ โดยมีการปฏิบัติกับผู้มารับบริการหรือผู้ ที่มาขอความช่วยเหลือด้วยท่าทีเฉยเมย มักจะปฏิเสธ ความรับผิดชอบ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับ บริการ<sup>(3)</sup> สูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล นอกจากนี้ อาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน หลีกเลี่ยง การพูดคุย หรือติดต่อกับผู้ร่วมงาน พยายามแสวง หาทางที่จะปลีกตัวออกไปจากสังคม ทางด้านการ เปลี่ยนแปลงเจตคติที่มีต่อตนเองนั้น ผู้ที่ประสบกับ ความเหนื่อยหน่ายจะมีความมุ่งหวังในชีวิตต่ำลง มี ความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีประสิทธิ- ภาพ<sup>(3)</sup> ส่วนผลของความเหนื่อยหน่ายทางด้าน อารมณ์ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ เกิดความรู้สึก เย็นชา หมดหวัง คับข้องใจ รวมทั้งรู้สึกหมดกำลังใจ หมดหวังที่จะทำงานต่อไป การทำงานจึงเป็นไป อย่างเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน<sup>(3)</sup> ความเอาใจใส่กับผู้รับบริการลดลง ความผูกพันกับ งานและอาชีพก็ลดลงด้วย<sup>(3)</sup>

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความเหนื่อยหน่ายถ้า หากเกิดขึ้นกับบุคคลใด หรือกลุ่มวิชาชีพโดยอ้อมก่อ ให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หน่วยงานและสังคม ที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย เอดส์ก็เป็นอีกอาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานในด้านการให้ บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะประสบกับภาวะความ เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ในการทำงานได้ และจากการ

เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบ ประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระ งานสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของ ปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ให้การ ดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นงานที่หนัก ต้องใช้ ความอดทนสูง จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัย ภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้เกี่ยวข้อง ให้เห็นความสำคัญของปัญหา และใช้เป็นข้อมูล ประกอบการพัฒนาการจัดการจัดบริการแก่ผู้ป่วย การ บริหารงานในองค์กร การฟื้นฟูสภาพจิตใจบุคลากร เป็นต้น

#### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่าย ท้อใจในการ ทำงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายรักษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ให้บริการผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลรัฐ

#### วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาค ตัดขวาง crosssectional study ประชากรที่ใช้ใน การศึกษาค้นครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็น บุคลากรผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ เอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้เลือกศึกษากลุ่ม ตัวอย่างในโรงพยาบาลที่เข้าโครงการการให้บริการ ยาต้านไวรัสเอชไอวีจากแต่ละภาค มา 1 จังหวัดและ เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ สุรินทร์ สุพรรณบุรี และสุราษฎร์ธานี ส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบ ให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตอบ ได้แบบสอบถาม คืนกลับมา 60 ชุดจาก 44 โรงพยาบาล นำข้อมูลมา วิเคราะห์ แผลผล และสรุปผลการศึกษา



**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่**

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

2. **แบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายที่ผู้วิจัยนำแบบทดสอบที่มยุรี เถาลัดดา<sup>(4)</sup> ดัดแปลงมาจากแบบวัดมาตรฐานชื่อ Maslach Burnout Inventory (MBI) ของ Maslach (ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสิระยา สัมมาวาจ<sup>(5)</sup>) โดยเขาศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเป็นแบบทดสอบที่มีผู้นำมาใช้และหาความตรงและความเชื่อมั่นไว้แล้วโดยความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) จากที่มยุรี เถาลัดดา<sup>(4)</sup> ได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายใน 3 ด้านเท่ากับ 0.79, 0.73 และ 0.76 ตามลำดับ ส่วนความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ (Validity) มยุรี เถาลัดดา<sup>(4)</sup> ได้นำแบบทดสอบฉบับร่างไปให้คณะอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอแนะ**

**MBI วัดความเหนื่อยหน่ายใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (depersonalization) และความรู้สึก**

**ไม่ประสบความสำเร็จ (Decrease sense of Personal Accomplishment) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วย**

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

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

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

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

- ถ้าไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลยได้ 0 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง ได้ 1 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้ 2 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง ได้ 3 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้ 4 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งได้ 5 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวันได้ 6 คะแนน

การตัดสินระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านจะแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง ตามเกณฑ์การกำหนดคะแนนของแมสแลชและแจ๊คสัน<sup>(6)</sup> โดยคิดคะแนน ดังนี้

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

**หมายเหตุ** เกณฑ์การให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย ในการศึกษานี้จะกลับคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จทั้งนี้เพื่อตรวจสอบข้อมูล เพื่อสะดวกและง่ายต่อการแปลผลและเป็นแนวทางพิจารณาความเหนื่อยหน่ายในภาพรวม คือ หากตัวแปรใดมีผลต่อความเหนื่อยหน่าย 1 ใน 3 ด้านขึ้นไปให้สรุปว่าตัวแปรนั้นมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายโดยรวม

### ผลการศึกษา

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด (ร้อยละ 36.6) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีมีพื้นฐานอายุ 33 ปี (26-43 ปี) เกือบสองในสามเป็นหญิง (ร้อยละ 61.0) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 80.5) และนอกจากทำหน้าที่การเจาะเลือดส่งตรวจแล้ว ยังทำหน้าที่ประสานจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 82.9) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการประมาณหนึ่งในสี่ได้รับการอบรมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการให้คำปรึกษาด้านเอดส์ในรอบปี 2551-2552 ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 58.5 ที่ต้องการรับการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่ ทำหน้าที่เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อมส่งตรวจ CD4 โดยประสานงานไปยัง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 63.4) และ เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อมส่งตรวจ viral load, หรือ drug resistance โดยประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 87.0) (ตารางที่ 1)

สถานบริการส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทำงานด้านเอดส์เฉลี่ย จำนวน 2 คน (1-3 คน) มีตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน ร้อยละ 82.9 และมีการตรวจหรือส่งตรวจ Viral Load ทุก 1 ปี ร้อยละ 87.8 โดยมีพื้นฐานเวลาเฉลี่ยในการส่งตรวจและรายงานผลกลับ เท่ากับ 10 วัน (7-15 วัน) (ตารางที่ 2) ในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า สถานบริการที่มีการตรวจดัชนีโลหิตวิทยา CBC ทุกราย เพียงร้อยละ 9.8 และการตรวจการทำงานของตับ SGPT ทุกราย ร้อยละ 9.8 ในขณะที่สถานบริการสองในสามมีการตรวจมีตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน และตรวจหรือส่งตรวจ Viral Load ทุก 1 ปี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (\* มีพื้นฐาน \*\* Q1-Q3)

	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
☐ ชาย	16	39.0
☐ หญิง	25	61.0
☐ อายุ (ปี)	33*	26-43**
<b>ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์</b>		
☐ 1-5 ปี	33	80.5
☐ 6-10 ปี	7	17.1
☐ 11-22 ปี	1	2.4
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเอดส์ ณ สถานพยาบาลปัจจุบัน</b>		
☐ 1-5 ปี	23	56.1
☐ 6-10 ปี	7	17.1
☐ 11-27 ปี	11	26.8



ตารางที่ 1. (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ หรือได้รับการอบรมมาก่อน	28	68.3
<b>งานเอดส์ที่รับผิดชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
▫ การซักประวัติ ตรวจสุขภาพผู้ป่วย	2	4.9
▫ การพยาบาลผู้ป่วย	2	4.9
▫ การวินิจฉัยภาวะการเจ็บป่วย	2	4.9
▫ การเจาะเลือดส่งตรวจ	35	85.4
▫ การให้คำปรึกษา	2	4.9
▫ การให้ความรู้ ให้คำแนะนำ	5	12.2
▫ การรักษาด้วยยาทั่วไป	2	4.9
▫ รักษาด้วยยา ARV ยาป้องกัน/รักษา OI	2	4.9
▫ การติดตามเยี่ยมบ้าน	2	4.9
▫ การบันทึกข้อมูล /รายงานผู้ป่วย	9	22.0
▫ การประสาน ส่งต่อผู้ป่วย	2	4.9
▫ การประสาน จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ	3	7.3
▫ เจาะเลือด และตรวจเลือด	34	82.9
▫ อื่นๆ	2	4.9
รับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ปี 2551-2552	10	24.4
รับการอบรมการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคเอดส์ปี 2551-2552	12	29.3
ต้องการการอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้บริการ ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์	24	58.5
<b>ระดับความรู้ และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี</b>		
▫ มากที่สุด	2	4.9
▫ มาก	7	17.1
▫ ปานกลาง	17	41.5
▫ น้อย	7	17.1
▫ น้อยมาก	4	9.8



8 ความเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่ฝ่ายรักษาพยาบาล, ฝ่ายห้องปฏิบัติการด้านเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ 44 แห่ง

ตารางที่ 1. (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
<b>ส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
▫ เก็บตัวอย่างเลือดและตรวจหาระดับภูมิต้านทาน CD4 รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ	10	24.4
▫ เก็บตัวอย่างเลือดและตรวจหา viral load, หรือ drug resistance รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ	6	14.6
▫ เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อมส่งตรวจ CD4 โดยประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	26	63.4
▫ เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อมส่งตรวจ viral load, หรือ drug resistance โดยประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	36	87.0

ตารางที่ 2. การจัดบริการงานเอดส์ทางห้องปฏิบัติการ

	จำนวน	ร้อยละ
มีตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน (รพ)	34	82.9
มีการตรวจหรือส่งตรวจ Viral Load ทุก 1 ปี (รพ)	36	87.8
จำนวนเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการที่ทำงานด้านเอดส์	2*	1-3**
รับมอบหมายให้ทำงานด้านการตรวจ CD4	15	36.6
ระยะเวลาดำเนินการตรวจ CD4 (ปี)	4*	2.5-5.5**
โรงพยาบาลมีเครื่องตรวจ CD4 (รพ)	8	19.5
เครื่องตรวจ CD4 โรงพยาบาลได้รับจากการสนับสนุน	6	14.6
การส่งผล CD4 กลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ส่งเลือดตรวจเร็วที่สุด (วัน)	7*	3-14**
การส่งผล CD4 กลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ส่งเลือดตรวจช้าที่สุด (วัน)	15*	12-30**
ระยะเวลาปกติ (เฉลี่ย) ส่งผลตรวจและส่งผลกลับ (วัน)	10*	7-15**
<b>การสนับสนุนวัสดุวิทยาศาสตร์จากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
▫ จัดซื้อเอง	34	82.9
▫ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพฯ	13	31.7
▫ อื่นๆ	4	9.8
<b>การสนับสนุนค่าใช้จ่ายตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการตรวจ CD4 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
▫ จัดซื้อเอง	5	12.2
▫ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพฯ	4	9.8
▫ อื่นๆ	22	53.7



ตารางที่ 3. ผลการบริการงานเอดส์ทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล	จำนวน (รพ)	ร้อยละ
ตรวจดัชนีโลหิตวิทยา CBC ทุกราย	4	9.8
ตรวจการทำงานของตับ SGPT ทุกราย	4	9.8
ตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน ทุกราย	27	65.8
ตรวจหรือส่งตรวจ Viral Load ทุก 1 ปี ทุกราย	26	63.4

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบสถานการณ์การรักษามือติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพกับก่อนเข้าสู่ระบบฯ

	จำนวน (ร้อยละ)		
	ลดลง	เหมือนเดิม	เพิ่มขึ้น
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	9 (22.0)	8 (19.5)	2 (4.9)
จำนวนผู้ป่วย (รับยาARV)	2 (4.9)	10 (24.4)	7 (17.1)
ภาระการให้บริการ	0 (0.0)	8 (19.5)	18 (43.9)
การส่งตัวอย่างเลือด	7 (17.1)	10 (24.4)	12 (29.3)
น้ำยา วัสดุวิทยาศาสตร์ (เพียงพอ)	5 (12.2)	15 (36.6)	6 (14.6)
จำนวนบุคลากร	1 (2.4)	20 (48.8)	4 (9.8)

เมื่อเปรียบเทียบการจัดการระหว่างก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่รายงานภาระงานเพิ่มขึ้น (43.9) และประมาณหนึ่งในสี่รายงานว่า การส่งตัวอย่างเลือดเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 29.3) (ตารางที่ 4) ในส่วนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการนั้น มีเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเพียงประมาณหนึ่งในห้าหรือน้อยกว่าเห็นว่า ยังมีปัญหา และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการร้อยละ 41.5 เห็นว่าการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ

มีผลเพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาการทำงานได้ และร้อยละ 31.7 เห็นว่า มีการเพิ่มภาระงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังสามารถปรับได้เล็กน้อย ร้อยละ 56.1 ของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความขัดข้อง กังวลใจด้านการจัดการ โดยเห็นว่า เป็นประเด็นเรื่องระบบการติดตาม และประเมินผลของโรงพยาบาล (ร้อยละ 29.3) และระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการ ยา และ วัสดุอุปกรณ์จากเขตและส่วนกลาง (ร้อยละ 24.4) (ตารางที่ 5)

10 ความเชื่อหน่ายข้อแห่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายรักษาพยาบาล, ฝ่ายห้องปฏิบัติการด้านเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ 44 แห่ง

ตารางที่ 5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเอดส์ทางห้องปฏิบัติการ

	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการ	6	14.6
มีปัญหาการดูแลรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ CD4, viral load	5	12.2
มีปัญหาการรับตัวอย่างตรวจ CD4	9	22.0
<b>วิธีแก้ปัญหา</b>		
▫ ปรีกษาที่มงาน	15	36.6
▫ อื่นๆ	6	14.6
<b>ผลโครงการบริการรักษาด้วยยา ARVต่อภาระงาน</b>		
▫ เพิ่มภาระงานในระดับที่ไม่สามารถรับได้ในระยะยาว	3	7.3
▫ เพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาทำงานได้	17	41.5
▫ เพิ่มภาระงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังปรับได้ไม่ทันัก	13	31.7
▫ อื่นๆ	1	2.4
<b>ความลำบากใจหรือยุ่งยากในการดำเนินงานในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส</b>		
▫ ไม่มี	12	29.3
▫ นานๆครั้ง	9	22.0
▫ มีบ้างบางครั้ง	12	29.3
▫ มีบ่อยๆ	3	7.3
<b>ความต้องการทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส</b>		
▫ ยังมีความต้องการรับผิดชอบงานนี้ต่อไป	32	78.0
▫ ต้องการย้ายงาน	0	0
▫ ต้องการปรับเปลี่ยนงาน	1	2.4
▫ ต้องการลาออก	0	0
▫ อื่นๆ	1	2.4
<b>ปัญหาในการประสานงานหรือการสื่อสารกันในการปฏิบัติงาน</b>		
▫ ไม่มี	9	22.0
▫ นานๆ ครั้ง	8	19.5
▫ มีบ้างบางครั้ง	22	53.7
▫ มีบ่อยๆ	1	2.4



ตารางที่ 5. (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเด็นที่เป็นปัญหาในการประสานฯ</b>		
▫ เรื่องการตรวจรักษา	2	4.9
▫ เรื่องระบบภายในองค์กร	22	53.7
▫ อื่นๆ	3	7.3
<b>มีความกังวล ขัดข้องด้านการจัดการในโครงการ</b>		
	23	56.1
<b>ประเด็นที่เป็นข้อกังวล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
▫ การจัดการบริการที่มีตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับผู้รับบริการ	9	22.0
▫ การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาล	3	7.3
▫ ระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการ ยา และ วัสดุอุปกรณ์จากเขตและส่วนกลาง	7	17.1
▫ ปริมาณและคุณภาพของบุคลากรในการดำเนินโครงการฯ	10	24.4
▫ การจัดการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์	7	17.1
▫ ระบบการติดตาม และประเมินผลของโรงพยาบาล	7	17.1
▫ การบริหารจัดการระบบข้อมูลของโรงพยาบาล	12	29.3
▫ การกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง	5	12.2
▫ อื่นๆ	1	2.4
<b>ปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี</b>		
<b>หลังเข้ารับระบบหลักประกันสุขภาพ</b>		
▫ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	7	17.1
▫ จำนวนผู้ป่วย (รับยาARV)	8	19.5
▫ ภาระการให้บริการ	18	48.9
▫ การส่งตัวอย่างเลือด	19	46.3
▫ น้ำยา วัสดุวิทยาศาสตร์ (เพียงพอ)	21	51.2
▫ จำนวนบุคลากร	13	31.7

สถานบริการกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีขนาด 10-30 เตียง (ร้อยละ 37.5) และ 60-90 เตียง (ร้อยละ 40.0) มีฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ย มีจำนวน 106 รายต่อแห่ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2550 มีฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านเฉลี่ย 50 คน ส่วนปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 74 คน และปี

2552 (นับถึงปัจจุบัน) เป็น 73 ราย ทั้งนี้ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่รับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีปี 50, 51 เฉลี่ย จำนวน 18 รายต่อแห่ง โดยในปี 52 มีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสรายใหม่ 8 ราย (นับถึงปัจจุบัน) มีฐานผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีต้องหยุดยาปี 2550-2552 อยู่ในช่วง 1-3 ราย และผู้ป่วยต้องยาต้องเปลี่ยนสูตรยา ช่วง 0-1.5 คน ด้านสิทธิในการ

รักษา ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในสิทธิหลักประกันสุขภาพ มีจำนวนมากที่สุด โดยมีมัธยฐานเท่ากับ 67 คน ในด้านผู้ให้บริการพบว่า ส่วนใหญ่สถานบริการมีมัธยฐานจำนวนผู้ให้บริการตามวิชาชีพออยู่ในช่วง 1-2 คน โดยพยาบาลและผู้ให้คำปรึกษามีจำนวนมากกว่าวิชาชีพอื่น

สถานบริการส่วนใหญ่การจัดบริการยาต้านไวรัสเป็นคลินิกเฉพาะ (ร้อยละ 92.5) โดยมีมัธยฐานจำนวนครั้งการให้บริการเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน มีผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ยครั้งละ 50 คน ด้านการประเมินการกินยาต้านไวรัส สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีการประเมินการกินยาต้านไวรัสอย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการนับเม็ดยา (ร้อยละ 72.5) รองลงมาเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์ (ร้อยละ 60.0) ส่วนการติดตามการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มาตามนัด มีทั้งโดยทีมโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.5) และกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 67.5) โดยมีบางส่วนเป็นการติดตามร่วมกัน ในด้านบริการทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มสถานพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0, 87.5) ส่งตัวอย่างไปรับการตรวจวิเคราะห์ที่หน่วยงานอื่น

สถานพยาบาลส่วนใหญ่ มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวม (ร้อยละ 90.0) และกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวมมีส่วนร่วมในการให้บริการ (ร้อยละ 85.0) โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในรูปกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 77.8) โดยมีบทบาทหน้าที่หลัก คือ การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 65.0) ในส่วนการส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวีตามสิทธิการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมาเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 37.5) และเปลี่ยนสูตรยา (ร้อยละ 35.0) โดยมีมัธยฐานจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเฉลี่ย 1 คน ความครอบคลุมการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า สถานพยาบาลมีความครอบคลุม

การตรวจ anti-HIV ทุกราย น้อยที่สุด (ร้อยละ 67.5) ในขณะที่สถานพยาบาลเกือบทุกแห่งมีความครอบคลุมการให้บริการตรวจ CBC และ SGPT ทุกราย (ร้อยละ 97.5) ในด้านการนิเทศและติดตามการบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า มีการดำเนินงานระดับต่างๆ เป็นลำดับขั้น คือ การนิเทศติดตามงานระดับจังหวัดและเขต อยู่ในช่วง 1-5 ครั้งต่อปี ในขณะที่การติดตามภายในโรงพยาบาลมีตั้งแต่ 1-12 ครั้งต่อปี ส่วนการติดตามของ สำนักป้องกันควบคุมโรค (สคร.) อยู่ในช่วง 1-3 ครั้งต่อปี

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

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง = 30.75 ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ในภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ = 16.03 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง, ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 11.6 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 2.3 จัดอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเหนื่อย



หน่วยในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 60 ราย (100%) โดยแบ่งเป็น ระดับต่ำ 36 คน (60%) ระดับปานกลาง 14 คน (23.33%) ระดับสูง 10 คน (16.66%)

2. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลไม่พบเลย 8 คน (13.33%) พบในระดับต่ำ 8 คน (13.33%) ระดับปานกลาง 21 คน (35%) ระดับสูง 23 คน (38.33%)

3. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบเลย 13 คน (21.66%) พบในระดับต่ำ 47 คน (78.33%) ระดับปานกลางและระดับสูงไม่มี

**สรุปผลการวิจัย วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ**

จากกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 60 คนมีอายุเฉลี่ย 33 ปี (26-43 ปี) เกือบ 2 ใน 3 เป็นหญิง (61%) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี (80.5%) 1 ใน 4 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการให้คำปรึกษา ด้านโรคเอดส์ ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา 58.5% ต้องการการอบรมเพิ่มเติม เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่ทำหน้าที่ เก็บตัวอย่างเลือด หรือย้อม ส่งตรวจ

CD4 โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (63.4%) เก็บตัวอย่างเลือด หรือย้อม ส่งตรวจ Viral load Drug resistance โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(87%) นอกจากเจาะเลือดส่งตรวจแล้ว ยังทำหน้าที่ประสาน จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (82.6%) จำนวนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานด้านเอดส์เฉลี่ย มีจำนวน 2 คน (1-3คน) มีตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน (82.9%) มีการตรวจ Viral load ทุก 1 ปี (87.8%) มีคำมธยฐานเวลาในการส่งตรวจ และรายงานผลกลับ 10 วัน (7-15 วัน) ผลการศึกษาตรงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าในภาพรวมจะพบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในกลุ่มเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากกาเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้นด้วย ประกอบกับจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงาน ขวัญกำลังใจในการทำงาน ลักษณะงาน เป็นต้น แต่ที่น่าสังเกตคือบางด้านของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เช่น ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบสูงอย่างเห็นได้ชัดคือ ถึงหนึ่งในสามของบุคลากร และเกือบหนึ่งในห้าของบุคลากร ตามลำดับ

ตารางที่ 6. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

คะแนนความเหนื่อยหน่าย ในการทำงาน	ไม่พบ/ไม่มี	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	-	36 คน (60%)	14 คน (23.33%)	10 คน (16.66%)
ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	8 คน (13.33%)	8 คน (13.33%)	21 คน (35%)	23 คน (38.33%)
ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	13 คน (21.66%)	47 คน (78.33%)	-	-

### ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีการเฝ้าระวังความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ดูแลด้านภาระงาน บรรยากาศในการทำงาน ในส่วนบุคลากรที่พบปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเหนื่อยหน่าย ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไปที่ละจุดและอาจจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ เร่งด่วน และทยอยทำ ถ้าหนักหนาเกินกำลังอาจจะต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจ ที่พอจะสามารถทำได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานอดิเรกต่างๆ การร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด ผ่อนคลายในการทำงาน ถ้ายังแก้ปัญหาไม่ได้อาจต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ประสานงานด้านเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อและทีม ARV ของโรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและสละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในครั้งนี้ งานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการศึกษาการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสภายหลังเข้าระบบประกันสุขภาพ 2 ปี ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาครั้งที่ 2 (ครั้งแรกศึกษาเมื่อเข้าระบบประกันสุขภาพ 4 เดือน) และได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายต่อหัวใจในการทำงานของสหวิชาชีพของทีม ARV ทั้งหมด ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้เกี่ยวข้องได้หันมาสนใจทางด้านจิตใจของพนักงาน ซึ่งเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เครื่องจักร ไม่ได้ทำงานเพื่อมุ่งหวังด้านเงินทองแต่เพียงด้านเดียว แต่มีจิตใจที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ทุกข์ยากจากโรคภัย (อนึ่ง ทีมวิจัยได้มีการสนทนาเชิงลึกกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาเสริมข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ทำให้ทราบว่าบางครั้งหน่วยงานส่วนกลางก็เพิ่มภาระให้กับพื้นที่ทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจ และมักจะไม่ได้พูดคุยกันในระหว่างหน่วยงานด้วย ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนเกิดขึ้นได้)

### เอกสารอ้างอิง

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



## ผู้ต้องขังในเรือนจำพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 ที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2555

คุณตชาติ มีลือการ\*, พนิดา มณีศรีวงศ์กุล\*

### Abstract

#### Prisoners in Prison of Network Services 2<sup>nd</sup> Who Perform Voluntary HIV Screening in 2012

Kuttachat Meluekarn\*, Panida Maneesriwongkul\*

\*The Office of Disease and Prevention Region 9<sup>th</sup>, Phitsanulok

*There were 141 prisons and detentions in Thailand under responsibility of Department of Corrections. There were overall prisoners about 196,722 subjects. Data in 2008 there were HIV positive prisoners about 1,771 subjects. The male prisoners were 1,338 subjects. The female prisoners were 433 cases. The cause of HIV infection from sexually transmitted were 62 %. History of intravenous drug user was 38 %. Risk behavior of prisoner in prison were unsafe sex, homosexual, co-using knife tattoo, using intravenous drug users together, decorate penis, to enlarge penis. Data in July 2013 there were 11 prisons and female detentions in Public health network service 2<sup>nd</sup> area. There were 3 prisons in Phitsanulok. There were 5,389 male prisoners who performed voluntary HIV screening 499 cases. There was 1 HIV positive prisoner ( 0.2 %). There were 519 female prisoners who performed voluntary HIV screening 161 cases. There were 2 HIV positive prisoners ( 1.2 %). There were 2 prisons in Tak, There were 1,548 male prisoners who performed voluntary HIV screening 184 cases. There were 3 HIV positive prisoners ( 1.6 %). There were 293 female prisoners who performed HIV screening 58 cases. There was no HIV positive prisoner. There were 2 prisons in Sukhothai. There were 1,127 male prisoners who performed voluntary HIV screening 89 cases. There was 1 HIV positive case ( 1.1 %). There were 202 female prisoners who performed voluntary HIV screening 37 cases. There was 1 HIV positive cases ( 2.7 %). There were 1 prison in Uttaradit. There were 853 male prisoners who performed voluntary HIV screening 156 cases. There were 2 HIV positive 2 cases (1.3 %). There were 134 female prisoners who performed voluntary HIV screening 49 cases. There was no HIV positive prisoner. There were 3 prisons in Phetchaboon. There were 2,074 male prisoners who perform voluntary HIV positive 235 cases. There were 3 HIV positive cases (1.3 %). There were 408 female prisoners who performed voluntary HIV screening 61 cases. There was 1 HIV positive (1.6 %).*

*The prisoners who had HIV positive of AIDS will be received therapy both body and mind from prison staff and prevent to spread transmission to other prisoners both in prison and out of prison. They will have good quality of life and could live well with household and society.*

**Key Words:** Prisoner, Public Health Network Services 2<sup>nd</sup> Area, HIV Infection  
Thai AIDS J 2013/2014; 26 : 15-25

\* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก



### บทคัดย่อ

กรมราชทัณฑ์ มีเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศจำนวน 141 แห่ง มีผู้ต้องขังชายหญิงประมาณ 196,772 ราย<sup>(1)</sup> ข้อมูลในปี 2551 มีผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 1,771 ราย เป็นผู้ต้องขังชาย 1,338 ราย ผู้ต้องขังหญิง 433 ราย สาเหตุการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 62 มีประวัติใช้สารเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 38 พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ต้องขังในเรือนจำต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพศเดียวกัน การใช้ของมีคมร่วมกันเช่นการสักร่างกาย การลักลอบใช้สารเสพติดชนิดฉีดโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกัน การตกแตงอวัยวะเพศ ทำให้อวัยวะเพศผิดรูปร่างมีขนาดใหญ่ ข้อมูลปี 2555 ช่วงเดือนกรกฎาคม ในพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 มีเรือนจำและทัณฑสถานหญิงจำนวน 11 แห่ง จังหวัดพิษณุโลก มีเรือนจำ 3 แห่ง และมีผู้ต้องขังชาย 5,389 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 499 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.2 ผู้ต้องขังหญิง 519 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 161 ราย พบผู้ติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.2 จังหวัดตาก มีเรือนจำ 2 แห่ง มีผู้ต้องขังชาย 1,548 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 184 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 ผู้ต้องขังหญิง 293 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 58 ราย ไม่พบว่ามีกรติดเชื้อ จังหวัดสุโขทัยมีเรือนจำ 2 แห่ง มีผู้ต้องขังชาย 1,127 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 89 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ผู้ต้องขังหญิง 202 ราย สมัครใจตรวจเลือดจำนวน 37 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 จังหวัดอุตรดิตถ์ มีเรือนจำ 1 แห่ง มีผู้ต้องขังชาย 853 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 156 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 ผู้ต้องขังหญิง 134 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 49 ราย ไม่พบผู้ติดเชื้อ จังหวัดเพชรบูรณ์มีเรือนจำ 3 แห่ง มีผู้ต้องขังชาย 2,074 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 235 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 ผู้ต้องขังหญิง 408 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อจำนวน 61 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6

ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ จะได้มีการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่เรือนจำ ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ และมีการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปให้ผู้อื่นไม่ว่าจะยังอยู่ในเรือนจำ หรือเมื่อพ้นโทษออกไปแล้ว ก็สามารถที่จะมีการดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้โดยเป็นปกติสุข

**คำสำคัญ** ผู้ต้องขัง, พื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2, การติดเชื้อเอชไอวี

วารสารโรคเอดส์ 2556/2557; 26 : 15-25

### บทนำ

ประเทศไทย มีการดำเนินโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมระดับประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 มีข้อมูลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สะสมประมาณ 1.1 ล้านคน มีชีวิตอยู่ประมาณ 540,000 คน<sup>(2)</sup> และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ประมาณ 560,000 คน เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 95,000 คน จากการสำรวจของกรมราชทัณฑ์ในปี 2551<sup>(3)</sup> มียอดผู้ต้องขังป่วยเป็นโรคเอดส์รับยาต้านไวรัสสะสมจำนวน 365 คน ปัจจุบันยังคงรับยาต้านไวรัสอยู่ประมาณ 200 กว่าคน

ในสังคมไทยยังมีกลุ่มเฉพาะที่มีภาวะเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มที่แพร่เชื้อเอชไอวีอยู่อีกหลายกลุ่มเช่นกลุ่มหญิงชายที่ขายบริการ

ทางเพศ กลุ่มชายรักชาย กลุ่มติดยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มเยาวชน และยังมีกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำทั้งชายและหญิง เมื่อต้องได้รับโทษและเข้าไปอยู่ในเรือนจำ การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือการมีเพศสัมพันธ์กันระหว่างชายกับชายหญิงกับหญิง และการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน การสักตามร่างกายของผู้ต้องขังชายและหญิงที่ไม่ได้มีการเปลี่ยนเข็ม มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อและแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ส่วนผู้ต้องขังหญิงโอกาสติดเชื้อมีน้อยกว่าเพราะการสักตามร่างกายไม่ค่อยนิยมเหมือนนักโทษชาย ส่วนเรื่องพฤติกรรมทางเพศนอกจากจะมีอุปกรณ์ช่วยในการสอดใส่ไปในอวัยวะเพศโดยเปลี่ยนกันทำ ทั้งนี้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ



เอชไอวีมีทั้งผู้ที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวว่าตัวเองติดเชื้อ เอชไอวีหรือไม่ หลายคนป่วยและเสียชีวิตระหว่างอยู่ในเรือนจำ หลายคนออกจากเรือนจำไปแล้วก็นำเชื้อเอชไอวีไปแพร่กระจายนอกเรือนจำ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้เขียนเห็นความสำคัญที่จะทำการศึกษาข้อมูลผู้ต้องขังทั้งชายและหญิงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อ จึงได้มีการประสานงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในแต่ละเรือนจำภายในเขตสาธารณสุขที่ 17 ที่มี 5 จังหวัด ได้แก่ เรือนจำในจังหวัดพิษณุโลก จังหวัดตาก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดอุตรดิตถ์และเรือนจำในจังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งรวมแล้วทั้งหมดมี 11 เรือนจำ จำนวนผู้ต้องขังประมาณ 12,547 ราย เป็นผู้ต้องขังชายจำนวน 10,991 ราย ผู้ต้องขังหญิงจำนวน 1,556 ราย ส่วนใหญ่ต้องโทษคดีเกี่ยวกับความผิดต่อพระราชบัญญัติยาเสพติด ผู้ต้องขังชายสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1,163 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.58 พบติดเชื้อเอชไอวี 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.86 ผู้ต้องขังหญิงสมัครใจตรวจเลือดจำนวน 338 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.72 พบติดเชื้อ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.18

ข้อมูลที่ได้อาจมีประโยชน์ไม่มากนักน้อยในการตอบโจทย์ของยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559<sup>(4)</sup> ที่กำหนดวิสัยทัศน์สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ 3 ประการ ประกอบด้วย 1. ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ (จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณ) 2. ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองทางสังคมและเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน, จำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ลดลงมากกว่าร้อยละ 50) 3. เป้าหมายไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ (กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อ

การเข้าถึงบริการป้องกันรักษา ดูแล และบริการรัฐได้รับการแก้ไข, จำนวนการถูกเลือกปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรเปราะบางหลักลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ต้องขังในพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 ที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อ และเพื่อนำไปสู่แนวทางในการทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในเรือนจำ ในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

### วิธีการศึกษา

เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในเรือนจำให้คำปรึกษากับผู้ต้องขังที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เจาะเลือดผู้ต้องขังนำมาตรวจที่กลุ่มงานชันสูตรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก แล้วส่งผลกลับไปยังเรือนจำ เจ้าหน้าที่ของเรือนจำที่รับผิดชอบจะแจ้งผลการตรวจเลือดให้กับผู้ต้องขังที่สมัครใจตรวจเลือดเป็นรายบุคคล ส่วนทีมงานที่ทำการศึกษานำข้อมูลและผลการตรวจเลือดมาวิเคราะห์ สถิติที่ใช้คือค่าร้อยละ

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากลุ่มผู้ต้องขังที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิงในเรือนจำ พื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ เรือนจำในจังหวัดพิษณุโลก, ตาก, สุโขทัย, อุตรดิตถ์และเรือนจำในจังหวัดเพชรบูรณ์ ศึกษาเฉพาะข้อมูลส่วนตัวทั่วไป (อายุ, เพศ), คดีความผิด พรบ. ของผู้ต้องขัง, การศึกษา, ผลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

### นิยามศัพท์

- ผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลซึ่งถูกขังไว้ตามหมายจำคุก ภายหลังจากคำพิพากษาถึงที่สุดและหมายความรวมถึงบุคคล ซึ่งถูกขังไว้ตามคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้ลงโทษด้วย

- เรือนจำ หมายถึง ที่ซึ่งใช้ควบคุมกักขังผู้ต้องขัง / ผู้ต้องหาหรือนักโทษ

- พระราชบัญญัติ (พรบ.) หมายถึง บทกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่เป็นประจำตามปกติ เพื่อวางระเบียบบังคับควบคุมประพฤติของบุคคล รวมทั้งองค์กรและเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่มีฐานะสูงกว่าบทกฎหมายอื่นๆ นอกจากรัฐธรรมนูญก่อนการประกาศใช้บังคับ

### ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลผู้ต้องขังทั้งชายและหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 มาศึกษาในแต่ละหัวข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### จังหวัดพิษณุโลก มี 3 เรือนจำได้แก่

1. เรือนจำกลางพิษณุโลก เดือนกรกฎาคม ปี 2555 มีผู้ต้องขังชาย 2,891 ราย ต้องขังด้วยคดี พรบ.ยาเสพติดมากที่สุด จำนวน 1,614 ราย รองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย จำนวน 784 ราย อันดับสามต้องขังคดีความผิดพรบ.ทางเพศ จำนวน 303 ราย และต้องขังด้วยคดีอื่นๆ อีกจำนวน 190 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 352 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่สมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 30-35 ปี จำนวน 77 ราย, 24-29 ปี จำนวน 75 ราย และ 36-41 ปี จำนวน 64 ราย การศึกษาอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 129 ราย มัธยมศึกษา 1-6 จำนวน 107 ราย

และไม่ให้ข้อมูลจำนวน 57 ราย ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 37 ราย พรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 13 ราย และ พรบ.ความผิดทางเพศจำนวน 12 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 ราย อายุ 47 ปี การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ถูกต้องขังด้วยคดี พรบ.ยาเสพติด

2. เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก มีผู้ต้องขังชายทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 ประมาณ 2,498 ราย ต้องขังด้วยคดี พรบ.ยาเสพติดมากที่สุด 1,463 ราย รองลงมาต้องขังคดีความเกี่ยวกับทรัพย์สินจำนวน 425 ราย อันดับสามต้องขังคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 301 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆ จำนวน 309 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 147 ราย<sup>(6)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือไม่ให้ข้อมูลจำนวน 52 ราย ช่วงอายุ 30-35 ปี จำนวน 33 ราย, 24-29 ปี จำนวน 31 ราย การศึกษาอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 53 ราย และไม่ให้ข้อมูล 53 ราย, ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 31 ราย และระดับชั้น ปวส.จำนวน 5 ราย ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 74 ราย ต้องขังพรบ.อื่นๆ จำนวน 47 ราย และพรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 9 ราย ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3. ทณฑสถานหญิงจังหวัดพิษณุโลก มีผู้ต้องขังหญิงทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 ประมาณ 519 ราย ต้องขังด้วยคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 427 ราย รองลงมาคดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินจำนวน 40 ราย อันดับสามคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 17 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 35 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 161 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วงอายุ



30-35 ปีจำนวน 47 ราย, 24-29 ปี จำนวน 40 ราย และ 18-23 ปี จำนวน 28 ราย การศึกษาอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 66 ราย, ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 58 ราย และไม่ให้ข้อมูลจำนวน 21 ราย ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 138 ราย พรบ.ทรัพย์สินจำนวน 17 รายและพรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 5 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ราย อายุ 25 ปี จำนวน 1 ราย อายุ 31 ปี จำนวน 1 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ช่วงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 ราย ติดเชื้อเอชไอวีต้องคดี พรบ.ยาเสพติดจำนวน 1 ราย ต้องขังด้วยคดีผิด พรบ.ทรัพย์สินจำนวน 1 ราย

4. เรือนจำกลางตาก มีผู้ต้องขังชายทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 ประมาณ 816 ราย ต้องขังด้วยคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 523 ราย รองลงมาคดีความผิดเกี่ยวกับชีวิตจำนวน 103 ราย อันดับสามความผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศจำนวน 77 ราย<sup>(5)</sup> ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 113 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 77 ราย ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 24-29 ปีจำนวน 22 ราย, 30-35 ปีจำนวน 13 ราย, 18-23 ปีจำนวน 10 รายและอายุ 42-47 ปีจำนวน 10 ราย การศึกษาผู้ต้องขังชายที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือประถมศึกษา 4-6 จำนวน 33 ราย มัธยมศึกษา 1-6 จำนวน 24 ราย และไม่ระบุการศึกษาจำนวน 16 ราย ผู้ต้องขังชายที่สมัครใจตรวจเลือดต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 37 ราย พรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 13 รายและพรบ.ความผิดทางเพศจำนวน 12 ราย **ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

ผู้ต้องขังหญิง มีประมาณ 127 ราย ต้องขังด้วยคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 101 ราย

รองลงมาคดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินจำนวน 14 ราย อันดับสามความผิดเกี่ยวกับชีวิตจำนวน 4 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 8 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 28 ราย<sup>(6)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 30-35 ปี จำนวน 10 ราย, 24-29 ปีจำนวน 9 รายและอายุ 36-41 ปีจำนวน 4 ราย การศึกษา ผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 11 ราย ไม่ได้เรียนจำนวน 9 ราย ประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 8 ราย ผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 22 ราย พรบ.ทรัพย์สินจำนวน 3 รายและพรบ.ความผิดทางเพศจำนวน 2 ราย **ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

5. เรือนจำอำเภอมะนัง มีผู้ต้องขังชายและหญิงทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม 2555 ประมาณ 898 รายเป็นผู้ต้องขังชายชาวไทย 388 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 236 ราย รองลงมาต้องขังคดีผิดต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 41 ราย อันดับสามต้องขังคดีผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 37 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 74 ราย ผู้ต้องขังชายไทยสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 65 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 24-29 ปี จำนวน 21 ราย, 30-35 ปี จำนวน 19 ราย และ 18-23 ปีจำนวน 10 ราย การศึกษาผู้ต้องขังชายที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 27 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 18 ราย และไม่ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย ผู้ต้องขังชายที่ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 35 ราย พรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 9 รายและพรบ.ความผิดอื่นๆ จำนวน 7 ราย **พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

จำนวน 1 ราย อายุ 38 ปี การศึกษาไม่ให้ข้อมูล ต้องคดีพรบ.นำพาคนต่างด้าว

**ผู้ต้องขังชายต่างชาติ** ทั้งหมดจำนวน 344 ราย ต้องคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 109 ราย รองลงมาต้องคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 82 ราย อันดับสามต้องคดีปลอมแปลงเอกสารจำนวน 61 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 92 ราย ผู้ต้องขังชายต่างชาติที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 42 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 18-23 ปีจำนวน 19 ราย, 24-29 ปีจำนวน 10 รายและ 30-35 ปี จำนวน 9 ราย การศึกษาไม่ให้ข้อมูลจำนวน 42 ราย ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 17 ราย พรบ.ทรัพย์สินจำนวน 16 รายและพรบ.ปลอมแปลงเอกสารจำนวน 5 ราย **พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี** จำนวน 2 ราย อายุ 29 ปี จำนวน 1 ราย อายุ 35 ปี จำนวน 1 ราย การศึกษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ให้ข้อมูล ต้องคดี พรบ.ยาเสพติดจำนวน 1 ราย ต้องขังด้วยคดีผิด พรบ.ทรัพย์สินจำนวน 1 ราย

**ผู้ต้องขังหญิงไทย** จำนวน 76 รายต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 53 ราย คดีรองลงมาต้องขังคดีผิดต่อทรัพย์สิน จำนวน 12 ราย อันดับสามผู้ต้องขังคดีปลอมแปลงเอกสารจำนวน 7 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆ 4 ราย ผู้ต้องขังหญิงไทยสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 13 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขัง 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 30-35 ปี จำนวน 6 ราย, 36 - 41 ปี จำนวน 3 ราย, 24-29 ปี จำนวน 2 รายและอายุ 48-53 ปี จำนวน 2 ราย การศึกษาอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือไม่ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 3 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4- 6 จำนวน 1 ราย ชั้นปวส.จำนวน 1 ราย และปริญญาตรีจำนวน 1 ราย ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติด

ติดจำนวน 10 ราย พรบ.ปลอมแปลงเอกสารจำนวน 2 ราย และ พรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 1 ราย **ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

**ผู้ต้องขังหญิงต่างชาติ** ทั้งหมดจำนวน 90 ราย ต้องคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 43 ราย รองลงมาต้องคดีปลอมแปลงเอกสารจำนวน 36 ราย อันดับสามต้องคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 5 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 6 ราย ผู้ต้องขังหญิงต่างชาติสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 17 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรก คือช่วงอายุ 24-29 ปีจำนวน 7 ราย, 18-23 ปี จำนวน 4 ราย, 36-41 ปี จำนวน 4 รายและอายุ 30-35 ปี จำนวน 2 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงต่างด้าวไม่ให้ข้อมูลทั้ง 17 ราย ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติด จำนวน 11 ราย พรบ.ปลอมแปลงเอกสารจำนวน 4 ราย และ พรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 2 ราย **ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

6. เรือนจำจังหวัดสุโขทัย มีผู้ต้องขังชายและหญิงทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 จำนวน 999 รายเป็นผู้ต้องขังชายจำนวน 824 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุด จำนวน 519 ราย คดีรองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 94 รายอันดับสามต้องขังคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 82 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 129 ราย ผู้ต้องขังชายสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 36 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือ ช่วงอายุ 30-35 ปี จำนวน 12 ราย, 24-29 ปี จำนวน 9 ราย และ 36-41 ปี จำนวน 6 ราย การศึกษาผู้ต้องขังชายที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 16 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 14 รายและ ปวช.จำนวน 2 ราย และไม่ได้เรียนจำนวน 2 ราย



ผู้ต้องขังชายที่ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติด จำนวน 24 ราย พรบ.ต่อทรัพย์สิน จำนวน 4 ราย,ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 4 ราย ความผิดทางเพศ จำนวน 2 ราย คดีพรบ.ประมาท จำนวน 2 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 ราย อายุ 37 ปี การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ต้องคดี พรบ.ยาเสพติด

ผู้ต้องขังหญิง จำนวน 175 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 151 ราย รองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 12 ราย อันดับสามต้องคดีความผิดเกี่ยวกับการฉ้อโกง จำนวน 4 รายต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 8 ราย ผู้ต้องขังหญิงสมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ราย<sup>(6)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 18-23, 24-29, 42-47 ปี จำนวนช่วงปีละ 4 ราย, 36-41, 48-53 ปี จำนวนช่วงปีละ 3 ราย และ 30-35 ปีจำนวน 2 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 12 รายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 5 ราย และ ปวช.ปวส. และไม่ได้เรียนจำนวนช่วงชั้นละ 1 ราย ผู้ต้องขังหญิงที่ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 16 ราย พรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 3 รายและคดีฉ้อโกงจำนวน 1 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 ราย อายุ 28 ปี การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ต้องคดี พรบ.ยาเสพติด

7. เรือนจำอำเภอสวรรคโลก มีผู้ต้องขังชายและหญิงทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 มีจำนวน 330 รายเป็นผู้ต้องขังชายจำนวน 303 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 149 ราย คดีรองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย จำนวน 33 ราย อันดับสามต้องขังคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 26 รายต้องขังด้วยคดีอื่นๆ จำนวน

95 ราย ผู้ต้องขังชายสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 53 ราย<sup>(6)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 24-29 ปี จำนวน 21 ราย, 18-23 ปี จำนวน 13 ราย และ 30-35 ปี จำนวน 11 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 26 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 23 รายและ ปวช. จำนวน 3 ราย ผู้ต้องขังหญิงที่ต้องขังคดีมาก 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 35 ราย พรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 10 รายและพรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 4 ราย ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ต้องขังหญิง ทั้งหมดจำนวน 27 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 18 ราย รองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 4 ราย อันดับสามต้องคดีความผิดเกี่ยวกับชีวิต จำนวน 2 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 3 ราย ผู้ต้องขังหญิงสมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีจำนวน 17 ราย<sup>(6)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรก คือช่วงอายุ 18-23 ปี จำนวน 6 ราย, 24-29 ปี จำนวน 4 ราย และ 36-41 ปี จำนวน 3 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 10 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 7 ราย ผู้ต้องขังหญิงที่ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 15 ราย พรบ.ฉ้อโกงจำนวน 2 ราย ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

8. เรือนจำจังหวัดอุดรธานี มีผู้ต้องขังชายและหญิงทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 มีประมาณ 987 ราย เป็นผู้ต้องขังชายจำนวน 853 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 520 ราย คดีรองลงมาต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินจำนวน 82 รายอันดับสามต้องขังคดีความ

ติดต่อร่างกายจำนวน 78 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆ จำนวน 173 ราย ผู้ต้องขังชายสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 156 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมาก 3 อันดับแรกคือ ช่วงอายุ 24-29 ปี จำนวน 46 ราย, 30-35 ปี จำนวน 34 ราย และ 18-23 ปี จำนวน 29 ราย การศึกษาผู้ต้องขังชายที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 78 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 61 ราย และ ปวส. จำนวน 7 ราย ผู้ต้องขังชายที่ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 82 ราย พรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 28 รายและคดีพรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 25 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ราย อายุ 26 ปี 1 ราย อายุ 28 ปี 1 ราย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 6 อย่างละ 1 ราย ต้องคดี พรบ.ยาเสพติดจำนวน 1 ราย ต้องคดีพรบ.ทางเพศ 1 ราย

ผู้ต้องขังหญิง ทั้งหมดจำนวน 134 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 109 ราย รองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 12 ราย อันดับสามต้องคดีความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายจำนวน 8 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆ จำนวน 5 ราย ผู้ต้องขังหญิงสมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีจำนวน 49 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วงอายุ 24-29 ปี จำนวน 18 ราย, 30-35 ปี และ 36-41 ปี จำนวน ช่วงปีละ 10 ราย และ 18-23 ปี จำนวน 7 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 28 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 14 ราย และไม่ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ผู้ต้องขังหญิงที่ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 38 ราย พรบ.ทรัพย์สินจำนวน 9 ราย พรบ.ต่อชีวิตและร่างกายและทางเพศอย่างละ 1

ราย ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

9. เรือนจำจังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้ต้องขังชายและหญิงทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 ประมาณ 1,568 ราย เป็นผู้ต้องขังหญิงจำนวน 200 ราย ไม่สมัครใจตรวจเลือด ส่วนผู้ต้องขังชายจำนวน 1,368 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 946 ราย คดีรองลงมาต้องขังคดีความผิดทางเพศจำนวน 123 ราย อันดับสามต้องขังคดีความผิดต่อร่างกายและชีวิตจำนวน 96 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่นๆจำนวน 203 ราย ผู้ต้องขังชายสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 169 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 24-29 ปี จำนวน 50 ราย, 18-23 ปี จำนวน 43 รายและ 30-35 ปีจำนวน 35 ราย การศึกษาผู้ต้องขังชายที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 56 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 50 รายและไม่ให้ข้อมูล จำนวน 45 ราย ผู้ต้องขังชายที่ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 83 ราย รองลงมาคดีความผิดพรบ.อื่นๆจำนวน 40 ราย อันดับ 3 คดีพรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 20 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 26 ปี ไม่ระบุการศึกษาและไม่ระบุต้องคดี พรบ.อะไร

10. เรือนจำชั่วคราวแคน้อย จังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้ต้องขังหญิง ทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 มีจำนวน 137 รายต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุดจำนวน 128 รายรองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 5 ราย อันดับสามต้องคดีความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายจำนวน 4 ราย ผู้ต้องขังหญิงสมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีจำนวน 21 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 30-35 ปี และ 36-41 ปี จำนวนช่วงอายุละ 6 ราย, 18-23



ปี จำนวน 5 ราย และ 24-29 ปี จำนวน 3 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 12 ราย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 8 ราย ระดับปริญญาตรีและไม่ได้ให้ข้อมูลจำนวนอย่างละ 1 ราย ผู้ต้องขังหญิงที่ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติด จำนวน 20 ราย พรบ.ติดต่อหน้าที่จำนวน 1 ราย ไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

11. เรือนจำอำเภอหล่มสัก มีผู้ต้องขังชายและหญิงทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 มีจำนวน 777 ราย เป็นผู้ต้องขังชายจำนวน 706 ราย ต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติดมากที่สุด จำนวน 554 ราย คดีรองลงมาต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับชีวิตจำนวน 32 ราย อันดับสามต้องขังคดีความผิดเกี่ยวกับเพศจำนวน 24 ราย ต้องขังด้วยคดีอื่น ๆ จำนวน 96 ราย ผู้ต้องขังชายสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 66 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วงอายุ 24-29 ปี จำนวน 26 ราย, 30-35 ปี จำนวน 18 ราย และ 18-23 ปี จำนวน 14 ราย การศึกษาผู้ต้องขังชายที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 35 ราย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 29 ราย ระดับชั้นปวช.และปวส. จำนวนชั้นละ 1 ราย ผู้ต้องขังชายที่ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 45 ราย คดีพรบ.ต่อชีวิตและร่างกายจำนวน 11 รายและพรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 4 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ราย อายุ 29 ปี 1 ราย อายุ 48 ปี 1 ราย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 6 อย่างละ 1 ราย ต้องคดี พรบ.ยาเสพติดจำนวน 2 ราย

ผู้ต้องขังหญิง ทั้งหมดในเดือนกรกฎาคม ปี 2555 มีจำนวน 71 รายต้องขังคดีพรบ.ยาเสพติด

มากที่สุดจำนวน 63 รายรองลงมาต้องขังคดีความผิดต่อทรัพย์สินจำนวน 8 ราย ผู้ต้องขังหญิงสมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีจำนวน 40 ราย<sup>(5)</sup> ช่วงอายุที่ผู้ต้องขังสมัครใจตรวจเลือดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือช่วงอายุ 18-23 และ 24-29 ปี จำนวนช่วงปีละ 9 ราย, 30-35 ปี จำนวน 8 ราย และ 42-47 ปี จำนวน 7 ราย การศึกษาผู้ต้องขังหญิงที่สมัครใจตรวจเลือดอยู่ในช่วงชั้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 19 ราย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 15 ราย ไม่มีข้อมูล 4 ราย ผู้ต้องขังชายที่ต้องขังคดีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ พรบ.ยาเสพติดจำนวน 39 ราย คดีพรบ.ต่อทรัพย์สินจำนวน 1 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 ราย อายุ 23 ปี 1 ราย การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย ต้องคดี พรบ.ยาเสพติดจำนวน 1 ราย

### สรุปผลและวิจารณ์

ข้อมูลผู้ต้องขังที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งชายและหญิงในเรือนจำ 5 จังหวัดในพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 มีเรือนจำ 11 แห่ง ผู้ต้องขังทั้งหมด 12,547 ราย แยกเป็น ผู้ต้องขังชายจำนวน 10,991 ราย ผ่านการให้คำปรึกษาสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1,163 ราย พบติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 0.86 ผู้ติดเชื้ออยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 24-29 ปีจำนวน 5 รายเป็นชายไทยจำนวน 4 ราย เป็นชายต่างชาติ 1 ราย ช่วงอายุระหว่าง 36-41 ปี จำนวน 3 ราย เป็นชายไทยจำนวน 2 ราย ชายต่างชาติ 1 ราย และอยู่ในช่วงอายุ 47 ปี 1 ราย อายุ 48 ปีอีก 1 ราย ผู้ติดเชื้อมีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 5 ราย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 1 ราย ไม่ได้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ราย ผู้ติดเชื้อมีฐานความผิดคดี พระราชบัญญัติยาเสพติดจำนวน 5 ราย



ความผิดปกติพบ.ทรัพย์สินจำนวน 1 ราย ความผิดปกติ พบ.นำพาคนต่างชาติจำนวน 1 ราย ความผิดปกติพบ.ทางเพศจำนวน 1 ราย ความผิดปกติพบ.ทำร้ายร่างกายและชีวิตจำนวน 1 ราย และความผิดปกติอื่น ๆ อีก 1 ราย

ผู้ต้องขังหญิงจำนวน 1,556 ราย ผ่านการให้คำปรึกษาสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 366 ราย พบติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.09 ผู้ติดเชื้ออยู่ในช่วงอายุ 23 ปีจำนวน 1 ราย ช่วงอายุระหว่าง 24-29 ปี จำนวน 2 ราย และอายุ 31 ปี จำนวน 1 ราย ผู้ติดเชื้อมีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 3 ราย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย ผู้ติดเชื้อมีฐานความผิดคดีพระราชบัญญัติยาเสพติดจำนวน 3 ราย ความผิดปกติพบ.ทรัพย์สินจำนวน 1 ราย

**ข้อสังเกต** จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิงรวม 14 ราย ผู้ชายติดเชื้อจำนวน 10 ราย ผู้หญิงจำนวน 4 ราย ช่วงอายุ 24-29 ปี ติดเชื้อมากที่สุดจำนวน 7 ราย ช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไปจำนวน 6 ราย และอายุ 23 ปีจำนวน 1 ราย สาเหตุที่ผู้ติดเชื้ออยู่ในช่วงอายุ 24-29 ปี มีมากอาจจะเนื่องมาจาก บุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างอยู่นอกเรือนจำ เพราะอยู่ในช่วงวัยทำงาน วัยมีครอบครัวและน่าจะประสบการณผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาก่อน มาถูกจำคุกดำเนินคดีอยู่ในเรือนจำ เมื่อได้ผ่านการอบรมเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ จึงรู้ว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงจึงสมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ระดับการศึกษา จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 มากที่สุดจำนวน 8 ราย การศึกษาการเรียนรูและการมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ บุคคลเหล่านี้อาจจะขาด

ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพราะว่าระดับการศึกษาถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ ส่วนคดีที่ผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวี มีความผิดมากที่สุดได้แก่ คดีความผิดต่อพบ.ยาเสพติดให้โทษจำนวน 8 ราย สาเหตุน่าจะมาจาก ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ไม่ว่าชายหรือหญิงจากข้อมูลที่ได้จากเรือนจำ ต้องคดีความผิดพบ.ยาเสพติดมากที่สุดประมาณร้อยละ 80 ผู้ต้องขังเหล่านี้น่าจะมีความสัมพันธ์กับการศึกษาที่ต่ำ ทำให้ไม่มีงานทำที่ดีในการที่จะหาเลี้ยงตัวเองและครอบครัว จึงคิดผิดมาติดยาเสพติดและหรือจำหน่ายยาเสพติด เพราะว่าเป็นอาชีพที่ทำได้ง่ายและได้ผลตอบแทนสูง แต่มีความเสี่ยงต่อการถูกจับเพราะผิดกฎหมายนั้นการศึกษาและการมีความรู้ที่ถูกต้อง น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ไม่มีการแพร่ระบาดในเรือนจำ

**ความสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ** ที่สำคัญ มี 2 ช่องทางใหญ่ๆ คือ ทางเพศสัมพันธ์ (การร่วมเพศกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี) และทางเลือด (การใช้เข็มฉีดยาเสพติดและการสักโดยใช้เข็มสักอันเดียวกัน)<sup>(3)</sup> ในเรือนจำผู้ต้องขังไม่ว่าจะเป็นผู้ชายหรือหญิง ถ้าพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ โอกาสที่จะมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจะเป็นไปได้ง่าย ยิ่งถ้าผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวีถูกจำคุกตลอดชีวิตยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์กันโดยไม่ได้ป้องกัน การใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดหรือลักลอบลักตามร่างกายหรือมีการตกแต่งอวัยวะเพศให้มีขนาดใหญ่ขึ้น จะทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น

**ข้อเสนอแนะ** การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวียังมีอยู่ทั้งในชุมชน ชนบทและชุมชนเมืองทุกกลุ่มอาชีพแม้กระทั่งในเรือนจำ การที่บุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้แพร่เชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้รับเชื้อเอชไอวี ก็อยู่ที่พฤติกรรมส่วนตัวของเขาเหล่านั้นทำอย่างไรให้เขาเหล่านั้นปลอดภัยจากการติดเชื้อ



หรือแพร่เชื้อเอชไอวีได้ ก่อนอื่นต้องทำให้เขาเหล่านี้นั้นมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ในเรื่องจำต้องมีการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังให้มีความรู้ความเข้าใจของโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง และควรมี

การเข้มงวดในการห้ามใช้เข็มฉีดยาเสพติดและการสักร่างกายอย่างจริงจัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เป็นโรคใกล้ตัวและเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้

---

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : มุมมองกลับผ่านห้องขัง พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนกันยายน 2553 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
  2. ผลงานวิชาการ การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 12 สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2552 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
  3. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขัง: คณะทำงานพัฒนาแนวทางระบบการให้บริการสุขภาพผู้ต้องขัง มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อรักษาเอดส์ ( TIAG ) พิมพ์ที่ บุญไชย กลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ : เอดส์ในเรือนจำ
  4. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
  5. ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีของผู้ต้องขังโดยสมัครใจ ในเรือนจำพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์และจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยนางสาวพนิดา มณีศรีวงศ์กุล เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก เดือนกรกฎาคม 2555
-

# ความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล ต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ ในพื้นที่ภาคใต้

นิภารัตน์ สนธราพรพล\*, กิตติกร นิลมานัติ\*\*, ผจงศิลป์ เพ็งมาก\*\*\*

## Abstract

### Nurse's Knowledge and Practices on Caring of Persons Attending the National Access to Antiretroviral Program in Southern Thailand

Niparat Sontarapornpol\*, Kittikorn Nilmanat\*\*, Pajongsil Perngmark\*\*\*

\* Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

\*\* Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

\*\*\* Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*This descriptive research aimed to investigate nurse's knowledge and practices for caring of persons attending the National Access to Antiretroviral Program (NAPHA) and to examine relationship between knowledge and practices of nurses working in the program. Two hundred and twenty-six nurses, recruited from (5 large) centered hospitals, (14 medium) general hospitals, and (131 small) community hospitals in southern regions, agreed to participate in the study. Purposive sampling technique was used to indicate the subject sample. Close-ended questionnaire, validated by 3 expert raters, was used for collecting data. Reliability test was computed, using Cronbach's alpha coefficient, yielding the value of 0.82 and 0.90 for nurse's knowledge and nurse's practices regarding care of NAPHA participants, respectively. Data was then analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient testing.*

*Results showed that the mean score of nurse's knowledge and practices regarding care of NAPHA participants both were at a high level, that is,  $\bar{x} = 80.29$  ( $sd = 8.48$ ) and  $\bar{x} = 101.0$  ( $sd = 11.7$ ), respectively. Correlation was tested and found statistically significant correlated between nurse's knowledge and practice even at a low level ( $r = 0.23$ ,  $p < 0.01$ ).*

\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\* ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



*These findings might be applicable to planning for promoting a better care of persons attending NAPHA Program, by ensuring training workshop(s) to increase knowledge and to support nursing practices throughout.*

**Key Words:** Nurse, Knowledge, Practices, National Access to Antiretroviral Program  
Thai AIDS J 2013/2014; 26 : 26-36

### บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ (NAPHA) และเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 226 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติพยาบาล ต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้โครงการ NAPHA โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 80.29$  ( $SD = 8.48$ ) และ  $\bar{X} = 101.0$  ( $SD = 11.7$ ) ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำ ( $r = 0.23$ ,  $p < 0.01$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผน เพื่อส่งเสริม/พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล โดยการจัดอบรมเพิ่มเติม และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหา/อุปสรรค ในการปฏิบัติของพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

**คำสำคัญ** พยาบาล, ความรู้, การปฏิบัติ, โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ

วารสารโรคเอดส์ 2556/2557; 26 : 26-36

### บทนำ

ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายที่จะสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดหาต้านไวรัสเอชไอวีให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับยา โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขั้นในประเทศไทย (National Access to Antiretroviral Program for PHA: NAPHA)<sup>(1-3)</sup> การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

เข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง ลดโอกาสเสี่ยงและลดการเกิดโรคจากการติดเชื้อฉวยโอกาส<sup>(4,5)</sup> ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย และสามารถกลับมาทำงาน ดำรงชีวิตได้ตามปกติ<sup>(6,7)</sup> การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีความต้านทานต่อเชื้อโรคต่างๆมากขึ้น<sup>(7,8)</sup>

อย่างไรก็ตาม การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจมีผลกระทบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยา เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยหยุดรับ

ประทานยา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากผลข้างเคียงของยาได้<sup>(9,10)</sup> การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือการขาดยาเพียง 3 ครั้งต่อเดือน จะทำให้ระดับยาในเลือดมีระดับลดต่ำลง จนไม่สามารถลดปริมาณ เชื้อ เอชไอวี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา และนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษาได้<sup>(1,2,11)</sup> ทีมแพทย์/พยาบาล จึงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อประเมิน/ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัส ได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอต่อไป<sup>(2,11)</sup>

(เกือบ 10 กว่าปีที่ผ่านมา) นับตั้งแต่มีการริเริ่มโครงการ NAPHA กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีการอบรม สัมมนา เพิ่มเติมความรู้ เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องให้แก่พยาบาลวิชาชีพในโครงการ NAPHA เพื่อให้มีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ และความรู้ที่ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตัวของผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (เมื่อเกิดอาการข้างเคียง วิธีการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน) การปรับระดับประคองดูแลด้านจิตใจ และการให้คำปรึกษา (เมื่อเกิดปัญหาในการรับประทานยา) รวมทั้ง การหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย-พยาบาล ในการดูแลรักษา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม/ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้จากพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางของประเทศ เกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของพยาบาล ซึ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อ และ/หรือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งอยู่ห่าง

ไกลจากส่วนกลาง และต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ยังมีรายงานไว้ค่อนข้างน้อย<sup>(12)</sup> และในปัจจุบันก็ยังไม่พบข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่แสดงว่าพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งเข้าร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ภายใต้โครงการ NAPHA มีความรู้ และการปฏิบัติต่อการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างถูกต้อง เหมาะสม มากน้อยเพียงใด

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาล ต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในพื้นที่ภาคใต้ ภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ (NAPHA) อยู่ในระดับใด และศึกษาว่า ความรู้กับการปฏิบัติของพยาบาล มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ผลการวิจัยครั้งนี้ คาดว่า จะเป็นประโยชน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง จัดทำแผนบริหารงาน เพื่อแก้ไขปัญหาการให้บริการพยาบาล การช่วยดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ภายใต้โครงการ NAPHA ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA ในโรงพยาบาลของรัฐ จาก 150 โรงพยาบาล (5 โรงพยาบาลศูนย์ 14 โรงพยาบาลทั่วไป และ 131 โรงพยาบาลชุมชน) ในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 226 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ในโครงการ NAPHA มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน



เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (มี 4 ด้านย่อย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ผลกระทบของการรับประทานยา การติดตามการรักษา และการให้คำปรึกษา) และส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ ยาต้านไวรัสเอชไอวี (มี 4 ด้านย่อย คือ ด้านการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับยา ด้านการติดตามการรักษา ด้านการให้คำปรึกษา และด้านการประสานงาน) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ และได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA รวมถึง ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ โดยใช้คำถามปลายเปิด เก็บข้อมูลระหว่าง มกราคม-เมษายน 2550

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนรับทราบและยินยอมให้ข้อมูล การวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมทางจริยธรรม จากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้วว่าเป็นประโยชน์และไม่มีอันตรายใดๆแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 การแปลความหมายของระดับคะแนนความรู้ (เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ข้อความจำนวน 30 ข้อ) ทั้งโดยรวม และรายด้าน กำหนดคะแนน เป็น 4 ระดับ (ภายหลังแปลงเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละแล้ว) โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น<sup>(13)</sup> กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ > 0.00-25.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อยมาก; คะแนนเฉลี่ยร้อยละ > 25-50.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย; คะแนนเฉลี่ยร้อยละ > 50-75.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง; และคะแนนเฉลี่ยร้อยละ > 75-100 หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 การแปลความหมายของระดับคะแนนการปฏิบัติ (ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ข้อความจำนวน 30 ข้อ) ทั้งโดยรวมและรายด้าน กำหนดคะแนน เป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น<sup>(13)</sup> กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ คะแนนต่ำ (0-40 คะแนน) หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อย; คะแนนปานกลาง (41-80 คะแนน) หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง; และคะแนนมาก (81-120 คะแนน) หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมาก

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 98.7 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 38.81 ปี (sd = 6.06) โดยมีอายุต่ำสุด - สูงสุด ระหว่าง 25-52 ปี ร้อยละ 49.6 อยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 62.8 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีขนาดน้อยกว่า 60 เตียง ทั้งนี้ ร้อยละ 69 ใช้ภาษา

ไทยกลางในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยมีบางส่วน (ร้อยละ 15.5) ได้ใช้ภาษามลายูสื่อสารด้วย เกือบครึ่ง (ร้อยละ 40) มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์น้อยกว่า 3 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA โดยเฉลี่ย 2.93 ปี ( $sd = 1.42$ ) ซึ่งมีระยะเวลาการปฏิบัติงานใกล้เคียงกัน คือ อยู่ระหว่าง น้อยกว่า 2 ปี, 2-3 ปี, และ 3 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.4, 33.2 และ 35.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.8 มีประสบการณ์ในการทำงานพยาบาลอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 55.3 มีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลภายใต้โครงการ NAPHA น้อยกว่า 50 ราย ในขณะที่เกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.7) มีผู้ป่วยในความดูแลจำนวนมาก (มากกว่า 50 ราย - 250 รายขึ้นไป) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.3) ได้รับความรู้เรื่องยาต้านไวรัสจากการเข้ารับการฝึกอบรม ประชุมวิชาการ ร้อยละ 73 ได้จากคำแนะนำของผู้มีประสบการณ์ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) ร้อยละ 67.3 ได้จาก ตำรา/วารสารทางวิชาการ ร้อยละ 45.6 ได้จาก สื่อ/ไอที สารสนเทศ ร้อยละ 38.1 ได้จากวารสารทางการแพทย์ และร้อยละ 19.5 ได้รับความรู้จาก ตำรา/สถาบันการศึกษา (ขณะเป็นนักศึกษา)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.6) ได้รับการอบรม/ประชุมวิชาการเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเฉลี่ย 4.83 ครั้ง ( $sd = 5.80$ ) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.9) เป็นการอบรมที่ทางโครงการ NAPHA จัดขึ้น และร้อยละ 18.6 เป็นการอบรมที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นเอง หน่วยงานต่างๆในพื้นที่ภาคใต้ ได้มีส่วนร่วมจัดอบรมเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี ดังเช่น สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11 และที่ 12 สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด หรือ ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 12 เนื้อหาการอบรมส่วนใหญ่ ได้แก่ ความรู้เรื่องยาต้านไวรัส

(ร้อยละ 97.3) อาการข้างเคียงของยา (ร้อยละ 93.8) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยา (ร้อยละ 83.2) และการส่งเสริมความสม่ำเสมอของการรับยา (ร้อยละ 72.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.2) ได้รับความรู้/การอบรมภายในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้ เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีในภาพรวม (ทั้ง 4 ด้าน) ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ด้านโรคเอดส์/การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดว่าน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ในด้านอื่นๆ (ตารางที่ 2) จากการทดสอบทางสถิติเพิ่มเติม พบว่า ความรู้ในเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับปัจจัยด้าน เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน หรือระยะเวลาในการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA แต่พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ กับจำนวนครั้งของการเข้ารับการอบรม และ/หรือ การเข้าประชุมวิชาการ ที่ระดับ  $p < 0.05$  (ค่า  $\chi^2$ -square = 4.28)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติของพยาบาล ต่อการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโครงการ NAPHA ในภาพรวม (ทั้ง 4 ด้าน) ในระดับมาก โดยมีค่าร้อยละของการปฏิบัติด้านการให้คำปรึกษา และด้านการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย (ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี) ที่สูงมาก คือ เกินกว่าร้อยละ 90 ในขณะที่ การปฏิบัติด้านการติดตามการรักษา มีร้อยละของการปฏิบัติที่น้อยที่สุด (คือ ร้อยละ 72.1) เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ (ตารางที่ 3) และจากการทดสอบทางสถิติเพิ่มเติม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ใดๆ ระหว่างปัจจัยต่างๆ (ข้างต้น) กับการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ได้



ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (N = 226)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	3	1.3
หญิง	223	98.7
<b>อายุ(ปี) อายุเฉลี่ย 38.81 ปี (ค่า sd = 6.06; อายุสูงสุด = 58 ปี, อายุต่ำสุด = 25 ปี)</b>		
25-30	19	8.4
31-40	112	49.6
41-50	88	38.9
>51ปี	7	3.1
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	187	82.7
อิสลาม	39	17.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	209	92.5
ปริญญาโทขึ้นไป	17	7.5
<b>ภาษาที่ใช้สื่อสารกับผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1)</b>		
ภาษาไทย (กลาง)	39	42.9
ภาษาไทย (ท้องถิ่น)	36	39.6
ภาษามลายู	16	17.6
<b>ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน</b>		
< 60 เตียง	142	62.8
60 เตียงขึ้นไป	84	37.2
<b>ประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์</b>		
< 3 ปี	95	42.0
3-6 ปี	86	38.1
6 ปีขึ้นไป	45	19.9
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA ค่าเฉลี่ย 2.93 (sd = 1.42)</b>		
< 2 ปี	80	35.4
2-3 ปี	75	33.2
3 ปีขึ้นไป	71	31.4
<b>จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล</b>		
< 50 ราย	125	55.3
50-150 ราย	69	30.5
> 150 รายขึ้นไป	32	14.2



ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ของระดับความรู้ของพยาบาล ต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (N= 226)

ความรู้ของพยาบาล (ใน 4 ด้าน คะแนนเต็ม 100)	ระดับความรู้ (ค่าเฉลี่ย)		ระดับความรู้ (ร้อยละ)		
	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล	มาก	ปานกลาง	พอใช้/น้อย
เรื่องโรคเอดส์/การใช้ยาต้านไวรัส	66.44 (19.71)	ปานกลาง	37.6	25.2	37.2
เรื่องผลกระทบของการใช้ยาต้านไวรัส และการดูแลช่วยเหลือ	75.97 (15.66)	มาก	57.5	31.4	11.1
เรื่องการติดตามการรักษา	85.17 (9.29)	มาก	88.1	11.9	-
เรื่องการให้คำปรึกษา	99.66 (2.86)	มาก	98.7	1.3	-
<b>ความรู้โดยรวม</b>	<b>80.29(8.48)</b>	<b>มาก</b>			

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ของระดับการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (N= 226)

การปฏิบัติของพยาบาล ใน 4 ด้าน (คะแนนเต็มรายด้าน)	ระดับการปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย)		ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)		
	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านการประเมินความพร้อม					
ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (เต็ม 32)	27.88 (4.03)	มาก	91.2	8.4	0.4
ด้านการติดตามการรักษา (เต็ม 40)	32.02 (5.57)	มาก	72.1	27.4	0.4
ด้านการให้คำปรึกษา (เต็ม 32)	28.08 (4.25)	มาก	91.2	8.4	0.4
ด้านการประสานงาน (เต็ม 16)	13.03 (2.5)	มาก	82.3	17.7	-
<b>การปฏิบัติโดยรวม (เต็ม 120)</b>	<b>101.0 (11.7)</b>	<b>มาก</b>			

รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) เห็นด้วยว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ควรได้รับการรักษาด้วยการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัญหา/อุปสรรคที่สำคัญ คือ ปัญหาด้านบุคลากร โดยมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 21.43 (30/140) ยอมรับว่าต้องรับผิดชอบภาระงานในหลายด้าน นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโครงการ NAPHA ทั้งนี้ ร้อยละ 88.57 (124/140) อยากให้พัฒนาองค์ความรู้ในเรื่อง

ยาต้านไวรัสเอชไอวี และความรู้/ทักษะด้านการให้คำปรึกษาเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเสนอให้มีการอบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน ทบทวน/ฟื้นฟู ความรู้ อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3-6 เดือน/ครั้ง

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติพยาบาล ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อยู่ในระดับต่ำ ( $r = 0.23, p < 0.01$ )



## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ระดับความรู้ของพยาบาลต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

ผลการศึกษาชี้ว่า กลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี) ภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ (NAPHA) ในพื้นที่ภาคใต้ เกือบทั้งหมด มีความรู้ในเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีค่อนข้างดี โดยที่ไม่ขึ้นกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน หรือระยะเวลาในการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA แต่อย่างใด

การได้รับความรู้โดยตรง อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จากการเข้ารับการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการจำนวนบ่อยครั้งตามที่ทางโครงการจัดขึ้น (อาจ)เป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ช่วยเสริมให้พยาบาลได้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ (เพิ่มเติม) พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับจำนวนครั้งของการเข้ารับการอบรม และ/หรือ การเข้าประชุมวิชาการ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งจากในประเทศ<sup>(14)</sup> และจากต่างประเทศ<sup>(15)</sup> ที่อธิบายว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ และการได้เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้<sup>(14, 15)</sup> นอกจากนี้ การได้รับความรู้/คำแนะนำ จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน (เช่น แพทย์พยาบาล เภสัชกร) และการได้มีประสบการณ์ตรง (ของพยาบาล) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี) จำนวนหลายราย ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ก็(อาจ)เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญช่วยเพิ่มพูนความรู้/ความเข้าใจ (ที่ได้จากการปฏิบัติจริง) ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด

การเรียนรู้ทางการศึกษาของบลูม (Bloom, 1975)

กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง สะท้อนว่า ความรู้ที่ได้รับจาก ตำรา/สถาบันการศึกษา (อาจ)ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในโครงการได้ทันที แต่ยอมรับว่า การได้รับการฝึกอบรม ได้เพิ่มพูนความรู้เพิ่มเติมเป็นระยะๆ ทั้งจากทางโครงการ และจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น หรือทางโรงพยาบาลจัดขึ้นเอง) เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาค้นนี้ สนับสนุนแนวทางในการดำเนินโครงการ NAPHA ซึ่งจัดให้มีการอบรม และเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง<sup>(1,2)</sup> ว่าเหมาะสม เป็นประโยชน์ แก่พยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อสังเกตที่สำคัญ พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้เรื่องโรคเอดส์/การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (โดยเฉพาะในแง่มุมมองทางเภสัชวิทยา/การประยุกต์ใช้) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดว่าน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ในด้านอื่นๆ อีก 3 ด้าน (ผลกระทบของการให้ยาต้านไวรัสและการดูแลช่วยเหลือ การติดตามการรักษา และการให้คำปรึกษา) ข้อมูลที่ได้บ่งชี้ว่าทางโครงการควรจะนำเสนอ เสริมรายละเอียดความรู้ในด้านนี้ให้เข้มข้น แต่ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ในการจัดอบรมครั้งต่อไป

### 2. ระดับการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

ผลการศึกษาชี้ว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง (ภายใต้โครงการ NAPHA) ในพื้นที่ภาคใต้ เกือบทั้งหมด มีการปฏิบัติของพยาบาล ต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับที่ค่อนข้างดีมาก โดยเฉพาะการปฏิบัติด้านการให้คำปรึกษา และด้านการประเมินความพร้อม

ของผู้ป่วย (ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี) ซึ่งมีผลการปฏิบัติที่สูงกว่าร้อยละ 90 โดยไม่ขึ้นกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ขนาดของโรงพยาบาล ที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย ก็ไม่มีผลทำให้การปฏิบัติพยาบาลแตกต่างกัน แต่อย่างใด

มีข้อสังเกตบางประการ พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลด้านการติดตามการรักษา มีร้อยละของการปฏิบัติน้อยที่สุด (คือ ร้อยละ 72) เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ปัจจัยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้ง การที่พยาบาลในโครงการต้องร่วมรับผิดชอบภาระงาน (ของโรงพยาบาล) ในอีกหลายด้าน นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโครงการ คณะผู้วิจัยจึงเสนอว่า ในการจัดอบรมครั้งต่อไป ทางโครงการ NAPHA อาจมีส่วนร่วมโดย ช่วยค้นหาแนวทาง (ร่วมกับผู้เข้ารับการอบรม) เพื่อแก้ไขปัญหาด้านการมีบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และควรเพิ่มเติมรายละเอียด ความรู้ ทักษะที่จำเป็นต้องใช้บ่อยๆ ในเรื่องการติดตามการรักษา เพื่อให้สามารถ ช่วยกัน แก้ไขปัญหา/อุปสรรค ในทางปฏิบัติ ได้จริง อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

### 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการ

#### ปฏิบัติพยาบาล

ความรู้กับการปฏิบัติพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งให้ผลคล้ายคลึงกับผลการวิจัยของ วิลาวัณย์และคณะ (2540)<sup>(16)</sup> ซึ่งศึกษาในกลุ่มพยาบาล ในพื้นที่ภาคเหนือ ข้อมูลที่ได้ บ่งชี้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการ(ตัดสินใจ)ปฏิบัติการพยาบาล แต่ก็น่าจะยัง

มีปัจจัยที่สำคัญอื่นๆบางประการ (นอกเหนือจากปัจจัยด้านความรู้) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพยาบาลได้อีกด้วย ดังเช่น ปัจจัยด้านสถานการณ์ (ได้แก่ เวลา สภาพแวดล้อมในการทำงาน ตัวอย่างเช่น กรณีที่มีภาระงานมาก ต้องดูแลผู้ป่วยหลายรายในเวลาอันจำกัด และรีบเร่ง) และปัจจัยด้านตัวพยาบาลเอง (เช่น ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ในการทำงาน) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในโครงการ และมีประสบการณ์ในการพยาบาล/การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มาบ้างพอสมควร ดังนั้น แนวคิด ความเชื่อ ทักษะ/ความรู้สึก รวมถึง ประสบการณ์(เดิม)ที่มีของพยาบาล (ย่อม)ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจปฏิบัติพยาบาลได้อีกทางหนึ่งด้วย

งานวิจัยชิ้นนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ คือ ข้อมูลที่ได้รับอาจมีอคติ หรือ ความลำเอียงบ้าง เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้รับเฉพาะจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ให้บริการในสถานบริการ ภายใต้โครงการ NAPHA เท่านั้น แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ผลการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะให้ข้อมูลที่เพียงพอสนับสนุนข้อเสนอเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีให้ดียิ่งขึ้นได้ต่อไป

#### สรุปและข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพ) ภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ (NAPHA) มีความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับที่ดี การได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ อย่างต่อเนื่อง มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน คณะผู้วิจัยจึงเสนอว่า ควรนำแนวทางนี้ไปใช้ในการวางแผน เพื่อส่งเสริม/พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล โดยการจัดอบรม



เพิ่มเติม ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้ รวมถึง ปัญหา/อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ให้ทุน(บางส่วน) สนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณคณะผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลต่างๆ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และท้ายที่สุด ขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน (ปฏิบัติงานภายใต้โครงการ NAPHA ซึ่งให้บริการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์) ที่ให้ความร่วมมือ และยินดีให้ข้อมูลแก่งานวิจัยชิ้นนี้เป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้แก่ผู้ที่มีพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมาแล้ว

### บรรณานุกรม

1. สัญชัย ชาสสมบัติ, ชิวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, และพรทิพย์ ยุกตานนท์ (บรรณาธิการ). แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
2. สัญชัย ชาสสมบัติ และชิวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ (บรรณาธิการ). แนวทางการปฏิบัติงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
3. กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2554). การดำเนินงานโครงการ NAPHA ค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2554 จาก <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/study/html>
4. ปวีณา สนธิสมบัติ. Refining Antiretroviral Drug Resistance: Basis and Clinical Application. ใน ปวีณา สนธิสมบัติ, อารมณ เจษฎาญาณเมธา, สุรภิกษา นาทิสวรรณ และศิริดา มาพันธ์ (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการครั้งที่ 3 เรื่อง Contemporary Review in Pharmacotherapy 2007. พระยา: กอบคำการพิมพ์, 2550, หน้า 123
5. Widle PJ, Malamba S, Mwcbaze R, et al. Assessment of pilot antiretroviral drug therapy program in Uganda: patient response, survival, and drug resistance. Lancet 2002; 360, 34-40.
6. Goldman DP, & Bao Y. Effective HIV treatment and the employment of HIV+ adult. Health Service Research 2000; 39: 1691-5.
7. Liu C, Ostrow D, Detels R, et al. Impacts of HIV infection and HAART use on quality of life. Quality Life Research 2006; 15: 941-9.
8. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcome in patients with HIV infection. Annals of Internal Medicine 2000; 133: 21-30.
9. Gross R, Yip B, Re VL, et al. A simple dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. Journal of Infectious Disease 2006; 194: 1108-14.
10. สมนึก สังฆานุกาพ. การดื้อยาต้านเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2551
11. Moatti JP, Spire B, Kazatchkine M. Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment: Against a double standard between the north and the south. AIDS 2004; 18: S55-S61.
12. สุดจิตร แก้วมณี. อาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา, 2547

36      ความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล ต่อผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี

13. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน์, 2546
  14. รัชตวรรณ ศรีตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติภารกิจสหวิชาชีพผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2543
  15. Mbanya DN, Zebaze R, Kengne AP, Minkoulou EM, Awah P, Beure. Knowledge, attitudes and practices of nursing staff in a rural hospital of Cameroon: how much does the health care provider know about the human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome? *International Nursing Review* 2001; 48, 241-9.
  16. วิลาวุธย์ เสนารัตน์, นันทา เล็กสวัสดิ์ และเรมวล นันทศุภวัฒน์. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทักษะคิดต่อโรคเอดส์ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ. *พยาบาลสาร*. 2540; 24: 15-25.
-



## การทบทวนวรรณกรรม : เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก

รศพร กิตติเยวามาลัย\*

### Abstract

#### A Review of Screening Test for Precancerous Anal Lesions

Rossaphorn Kittiyaowamarn\*

\*Bureau of AIDs,TB and STIs, Disease Control Department, MOPH Thailand

*Although anal cancer is rare in general population, the population at highest risk for the development of anal cancer are HIV-positive men who have sex with men (MSM.) The most common factor of anal cancer is HPV infection. Other factors include HIV infection, having anal sex, multiple partners, and cigarette smoking. In histology, the transitional zone of the anal canal is similar to the transitional zone of the cervix. HPV causes cervical cancer in the same way as anal cancer. The goal of anal cancer screening is to identify the precursor lesion of abnormal anal epithelium and treat early AIN (anal intraepithelial neoplasia). Screening in HIV-positive patients found the higher sensitivity of anal cytology for HSIL more than screening in HIV-negative patients. However, anal cancer screening remains controversial because the effectiveness and methodology of screening have not to be determined and limited targeted group.*

**Key Words:** Anal Cancer Screening Test, HIV Positive MSM  
Thai AIDS J 2013/2014; 26 : 37-46

### บทคัดย่อ

แม้ว่ามะเร็งทวารหนักพบมีรายงานน้อยในประชากรทั่วไป แต่พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งทวารหนักมากที่สุดคือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งทวารหนักนอกจากจะเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี (HPV) แล้ว การติดเชื้อเอชไอวี (HIV), การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก, การมีคู่นอนหลายคน และการสูบบุหรี่ ก็ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งทวารหนักทั้งสิ้น เนื่องจากบริเวณทวารหนักมีลักษณะเนื้อเยื่อที่คล้ายกับบริเวณปากมดลูก ดังนั้นเมื่อมีการติดเชื้อเอชพีวี จากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งทวารหนักเช่นเดียวกับการติดเชื้อเอชพีวี ที่ปากมดลูกซึ่งก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก จุดประสงค์ของการคัดกรองมะเร็งทวารหนักเพื่อหาความผิดปกติของเซลล์ที่เนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักและรักษาก่อนที่จะกลายเป็น

\*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

เป็นมะเร็งทวารหนัก ซึ่งการคัดกรองหาเซลล์ผิดปกติ high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความไวมากกว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามการคัดกรองมะเร็งทวารหนักยังไม่มีบทสรุปที่แน่ชัดเนื่องจากประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีไม่มากรวมทั้งยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องประสิทธิผลและวิธีการในการคัดกรอง

**คำสำคัญ** การคัดกรองมะเร็งทวารหนัก, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี

วารสารโรคเอดส์ 2556/2557; 26 : 37-46

## บทนำ

ประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งทวารหนักมากที่สุดคือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยที่กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ผู้หญิงและผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มิภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เป็นต้น<sup>(1)</sup>

แม้ว่ามะเร็งทวารหนักจะพบน้อยแต่ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทวารหนักในสหรัฐอเมริกาเพิ่มสูงขึ้น<sup>(2)</sup> โดยพบว่าอุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งทวารหนักในประชากรทั่วไปประมาณ 0.8 ต่อ ประชากรแสนคน ถ้ามีการติดเชื้อเอชไอวี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.9-9.2 ต่อ ประชากรแสนคน แต่ถ้าเป็นประชากรในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 35 ต่อประชากรแสนคน และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี (70 ต่อ ประชากรแสนคน)<sup>(3)</sup> โดยเทียบได้กับอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกก่อนมีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปที่ปากมดลูก (cervical Pap smear)<sup>(4)</sup> และยังพบว่าจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD4 T-cell) ที่ลดลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีแนวโน้มพบความผิดปกติของเซลล์ทวารหนักสูงขึ้น<sup>(5)</sup> แม้ว่าจะมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ก็ไม่มีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของเซลล์ที่เนื้อเยื่อบริเวณทวารหนัก<sup>(6)</sup>

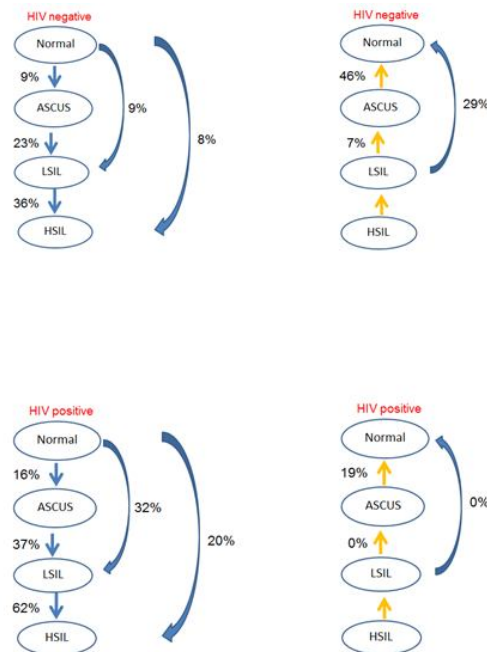
เนื่องจากบริเวณทวารหนักมีลักษณะเนื้อเยื่อที่คล้ายกับบริเวณปากมดลูก (Transitional zone of squamous epithelium) ดังนั้นเมื่อมีการติดเชื้อ เอชพีวี (HPV : Human Papilloma Virus) จากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งทวารหนัก เช่นเดียวกับการติดเชื้อ เอช พี วี ที่ปากมดลูกซึ่งก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก<sup>(7)</sup> ซึ่งความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งทวารหนักนอกจากจะเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี (HPV) แล้ว การติดเชื้อเอชไอวี (HIV), การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก, การมีคู่นอนหลายคน และการสูบบุหรี่ ก็ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งทวารหนักทั้งสิ้น<sup>(8)</sup> การติดเชื้อเอชพีวีกลุ่มเสี่ยงสูง (High risk-HPV) ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกจะเป็นกลุ่มเดียวกันกับที่ก่อให้เกิดมะเร็งทวารหนัก ซึ่งเอชพีวี 16 (HPV 16) เป็นตัวที่พบบ่อยว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งทวารหนัก (65-75% ของผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก ตรวจพบ HPV 16) และตามด้วยเอชพีวี 18 (HPV 18)<sup>(1)</sup>

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดย Chiao และคณะพบว่าจากข้อมูลของ 8 การศึกษาซึ่งทำในกลุ่มผู้ป่วยชายที่ติดเชื้อเอชไอวีพบ ASIL (Abnormal squamous intraepithelial lesion) จากการตรวจ anal Pap smear ประมาณร้อยละ 41 ถึง



97 %<sup>(3)</sup> โดย Palefsky และคณะได้ทำการศึกษา โดยติดตามกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าร้อยละ 32 ของผู้ซึ่งติดเชื้อที่มีผลการตรวจ anal Pap smear ปกติ มีอุบัติการณ์ (incidence) ของ high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) และ ร้อยละ 52 ของผู้ซึ่งมีผลการตรวจ anal Pap smear เป็น low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) กลายเป็น HSIL ในระยะเวลา 4 ปี<sup>(5)</sup> ต่อมาได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยการแยกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงระยะเวลา 2 ปี (รูปที่ 1) พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพยาธิสภาพของเซลล์ที่บริเวณเยื่ออุทวารหนักที่ปกติ ติดตามแล้วไม่

พบการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของเซลล์ที่บริเวณเยื่ออุทวารหนัก 32% มีการเปลี่ยนแปลงเป็น ASCUS (Atypical squamous cells of undetermined significance) 16% และเปลี่ยนแปลงเป็น LSIL และ HSIL 32% และ 20% ตามลำดับ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบ LSIL มีมากกว่าครึ่ง (62%) ที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็น HSIL ในขณะที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบ LSIL เพียง 36% เท่านั้นที่เปลี่ยนเป็น HSIL จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของเซลล์ที่บริเวณเยื่ออุทวารหนักรุนแรงขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(9)</sup>



รูปที่ 1. แสดงความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของเซลล์ที่บริเวณเยื่ออุทวารหนักในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี และไม่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปี<sup>(9)</sup> (ASCUS = Atypical squamous cells of undetermined significance, LSIL = Low-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL = High-grade squamous intraepithelial lesion)



สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษา ประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งสิ้น 174 คน โดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ช่วงระหว่าง ม.ค. 2550-เม.ย. 2551 พบว่า เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี 118 คน (ร้อยละ 67.8) และพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี มีเซลล์ทวารหนักผิดปกติถึง 40 คน (ร้อยละ 33.9) โดยแบ่งเป็น ASCUS ร้อยละ 19, LSIL ร้อยละ 17 และ HSIL ร้อยละ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเซลล์ทวารหนักผิดปกติเพียง ร้อยละ 7 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(10)</sup> โดยอัตราการรอดชีวิตของมะเร็งทวารหนักขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งปัจจุบันได้มีการเอาเครื่องมือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนำมาใช้ตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักเพื่อให้สามารถวินิจฉัยได้เร็วขึ้น เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทวารหนักในสหรัฐอเมริกาเพิ่มสูงขึ้น<sup>(2)</sup> เป็นเหตุให้ในต่างประเทศ มีแนวโน้มที่จะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันในต่างประเทศ แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองทุก 1 ปี สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี และทุก 3 ปี สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(11)</sup> จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ที่จะทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก

### วิธีการศึกษา

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งทวารหนักใน pubmed โดยใช้ข้อความในการสืบค้นคือ “anal cancer” และ “screening test” แล้วคัดเลือกวรรณกรรมใดๆ ก็ตามที่พบว่าสามารถให้ผลการคัดกรองด้วยวิธี Pap smear ที่พบเซลล์ผิดปกติตั้งแต่ ASCUS (Atypical squamous

cells of undetermined significance) หรือการคัดกรองอื่นๆ ที่ให้ผลพบความผิดปกติ แล้วได้รับการยืนยันด้วยการตรวจที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard diagnosis) ซึ่งเป็นการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) ที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาหาค่า ความไว (Sensitivity) และ ความจำเพาะ (Specificity) ได้

### ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดพบว่ามี การคัดกรองมะเร็งทวารหนักทั้งหมด 6 วิธี คือ Conventional Pap smear, Liquid Pap smear, HPV DNA, Liquid Pap smear ร่วมกับ HPV DNA, mRNA, High resolution anoscopy แต่มีการคัดกรองมะเร็งทวารหนักเพียง 5 วิธีที่เข้าตามเกณฑ์ดังกล่าวคือ Conventional Pap smear, Liquid Pap smear, HPV DNA, Liquid Pap smear ร่วมกับ HPV DNA, High resolution anoscopy ซึ่งผลการศึกษายเป็นดังตารางที่ 1.

จากผลการศึกษาพบว่า ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของการคัดกรองแบบ Conventional Pap smear และ High resolution anoscopy พบเพียง 1 วรรณกรรมโดย Conventional Pap smear<sup>(12)</sup> มีความไว (Sensitivity) 83 และความจำเพาะ (Specificity) 38 ส่วน High resolution anoscopy<sup>(13)</sup> มีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) 100 และ 53 ตามลำดับ ในขณะที่การคัดกรองด้วย liquid Pap smear<sup>(14-17)</sup> มีความไว (Sensitivity) อยู่ในช่วง 100-52 และความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในช่วง 67-9 ส่วน HPV DNA<sup>(12,16-18)</sup> มีความไว (Sensitivity) อยู่ในช่วง 100-68 และความ



ตารางที่ 1. แสดงผลความไวและความจำเพาะของเครื่องมือในกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี

Cpap = Conventional pap smear, Lpap = Liquid pap smear,

HRA = High resolution anoscopy, TP = True positive,

TN = True negative, FP = False positive, FN = False negative

Author-Year	HIV status	TP	TN	FP	FN	Total	Sensitivity	Specificity
<b>Cpap</b>								
Fox et al. -2005 <sup>(12)</sup>	Negative and Positive	95	10	16	20	141	82.61	38.46
<b>Lpap</b>								
Willims et al. -2010 <sup>(14)</sup>	Negative and Positive	93	13	135	0	241	100.00	8.78
Goldstone et al. - 2010 <sup>(15)</sup>	Negative	25	76	48	11	160	69.44	61.29
Michael et al. - 2009 <sup>(16)</sup>	Negative	11	18	9	10	48	52.38	66.67
Michael et al. - 2009	Positive	13	5	7	2	27	86.67	41.67
Goldstone et al. - 2010	Positive	46	33	31	22	132	67.65	51.56
Salit et al. - 2010 <sup>(17)</sup>	Positive	82	117	186	16	401	83.67	38.61
<b>HPV DNA</b>								
Roka et al. - 2008 <sup>(18)</sup>	Not label	24	18	45	4	91	85.71	28.57
Fox et al. -2005	Negative and Positive	50	10	27	24	111	67.57	27.03
Michael et al. - 2009	Negative	10	15	17	4	46	70.00	48.00
Michael et al. -2009	Positive	13	2	13	1	29	93.00	12.00
Salit et al. -2010	Positive	98	48	255	0	401	100.00	15.84
<b>HRA</b>								
Ivan et al. -2008 <sup>(13)</sup>	Not label	1	21	19	0	41	100.00	52.50
<b>Lpap+HPV DNA</b>								
Goldstone et al. -2010	Negative	-----ไม่พบข้อมูล-----					89.00	44.00
Michael et al. -2009	Negative	15	15	20	2	52	90.00	42.00
Michael et al. -2009	Positive	13	1	15	1	30	93.00	6.00
Salit et al. -2010	Positive	-----ไม่พบข้อมูล-----					84.00	43.00
Goldstone et al. -2010	Positive	-----ไม่พบข้อมูล-----					96.00	31.00

จำเพาะ (Specificity) อยู่ในช่วง 48-12 ในขณะที่เมื่อทำการคัดกรองร่วมกันระหว่าง liquid Pap smear และ HPV DNA<sup>(15-17)</sup> พบว่า มีความไว (Sensitivity) อยู่ในช่วง 100-52 และ ความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในช่วง 67-9

### อภิปรายผล

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรชาย 32.1 ล้านคน คาดประมาณว่ามี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM : Men who have Sex with Men) 3% ของจำนวนประชากรไทยอายุระหว่าง

ตารางที่ 2. แสดงผลความไวและความจำเพาะของเครื่องมือในกลุ่มไม่ติดเชื้อเอชไอวี

	Author-Year	HIV status	Sensitivity	Specificity
<b>Lpap</b>	Goldstone et al. - 2010	Negative	69	61
	Michael et al. - 2009	Negative	52	67
<b>HPV DNA</b>	Michael et al. -2009	Negative	70	48
<b>Lpap+HPV DNA</b>	Goldstone et al. -2010	Negative	89	44
	Michael et al. - 2009	Negative	90	42

ตารางที่ 3. แสดงผลความไวและความจำเพาะของเครื่องมือในกลุ่มติดเชื้อเอชไอวี

	Author-Year	HIV status	Sensitivity	Specificity
<b>Lpap</b>	Michael et al. -2009	Positive	87	42
	Goldstone et al. - 2010	Positive	68	52
	Salit et al. -2010	Positive	84	39
<b>HPV DNA</b>	Michael et al. -2009	Positive	93	12
	Salit et al. -2010	Positive	100	16
<b>Lpap+HPV DNA</b>	Michael et al. - 2009	Positive	93	6
	Salit et al. -2010	Positive	84	43
	Goldstone et al. -2010	Positive	96	31

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบความไวและความจำเพาะพร้อมค่าใช้จ่ายและสถานที่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก

Screening	Sensitivity	Specificity	Price (baht)	Availability
Conventional	83	38	200	Same as cervical pap smear
Liquid based	100-52	67-9	400	Only tertiary care hospital
HPV DNA	100-68	48-12	2000	Only tertiary care hospital
L. pap+HPV DNA screening	100-52	67-9	2400	Only Medical school



15-49 ปี<sup>(19)</sup> ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.1 ในปี 2554<sup>(20)</sup> และประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2567 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มที่มีความเปราะบางอื่นๆ เช่น กลุ่มหญิงบริการ, กลุ่มใช้สารเสพติดทางเส้นเลือด เป็นต้น<sup>(21)</sup> จากการสำรวจโดยศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติในปี พ.ศ. 2553 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายขายบริการ และสาวประเภทสอง พบว่ากลุ่มอายุน้อยที่สุด (อายุ 15-22 ปี) เป็นกลุ่มที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด<sup>(20)</sup> ดังนั้นจึงมีความกังวลว่าประชากรกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งทวารหนักในอนาคตสูงสุดเช่นกัน

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่า มีประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 500,000 (3% ของจำนวนประชากรไทยอายุระหว่าง 15-49 ปี) ซึ่งใน 500,000 มีการคาดการณ์ว่ามีคนติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 50,000 คน (ร้อยละ 11.1) และจากการศึกษาของสภากาชาดไทยที่พบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความผิดปกติของ anal Pap smear ประมาณ 34% คิดเป็น 5 คนต่อประชากรชาย 100,000 คน โดยที่อุบัติการณ์การเป็นมะเร็งทวารหนักของประชากรชายไทยอยู่ที่ 0.2 : 100,000 ประชากรชาย<sup>(22)</sup> ถ้าข้อมูลเป็นไปตามที่คาดการณ์จะพบว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทวารหนักในผู้ชายในประเทศไปจะเพิ่มขึ้น 25 เท่า ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักจึงเป็นสิ่งเดียวที่ทำให้อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทวารหนักลดลงได้

เครื่องมือการคัดกรองมะเร็งทวารหนักคล้ายกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีหลายแบบตั้งแต่ Conventional Pap smear, Liquid Pap smear, HPV DNA, Liquid Pap smear ร่วมกับ HPV DNA, mRNA, High resolution anoscopy (HRA) ที่เทียบได้

กับการทำ colposcopy ที่บริเวณปากมดลูก แต่อย่างไรก็ตามการยอมรับที่จะคัดกรองมะเร็งทวารหนักในประเทศไทยยังไม่แพร่หลายเท่ากับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการคัดกรองมะเร็งทวารหนักยังไม่ได้อยู่ในมาตรฐานการรักษาของประเทศและเป็นเรื่องใหม่สำหรับคนไทยที่จะเข้าถึงการคัดกรองนี้ร่วมกับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทวารหนักในประเทศไทยพบเพียง 52 รายต่อปี<sup>(22)</sup> ดังนั้นในประเทศไทย จุดประสงค์ของการรณรงค์ให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ามารับการคัดกรองมะเร็งทวารหนักจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองเอชไอวีได้มากขึ้น มีการศึกษาโดย Alison และคณะพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทราบถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักเพียง 23% และมี 31% ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่การตั้งใจไปตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก<sup>(23)</sup> โดยอุปสรรคของการไปตรวจคัดกรองคือค่าใช้จ่ายที่สูง ในขณะที่การศึกษาของ Julia และคณะ พบว่าการยอมรับที่จะไปตรวจคัดกรองในชายที่มีเพศสัมพันธ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 93%<sup>(24)</sup>

จากการทบทวนข้อมูล ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเมื่อเทียบกับการตรวจที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard diagnosis) คือการตัดชิ้นเนื้อ ทำให้พบว่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของแต่ละเครื่องมือมีค่าค่อนข้างกว้าง (ตารางที่ 1) แต่เมื่อเทียบแยกกลุ่มที่มีไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 2 และ 3) จะพบว่ากลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่มีความไว (Sensitivity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีติดเชื้อเอชไอวี โดยข้อสรุปตรงนี้จะสามารถสรุปได้จริงต่อเมื่อมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์

อภิธานต่อไป

เมื่อดูรายละเอียดของแต่ละเครื่องมือ จะพบว่าข้อจำกัด (ตารางที่ 4) ที่แตกต่างกันไปดังนี้ Conventional anal Pap smear เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและเป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดในประเทศไทยเนื่องจากค่าใช้จ่ายถูกและขั้นตอนไม่ยุ่งยาก สำหรับการคัดกรองมะเร็งทวารหนักนั้นสามารถทำได้คล้ายกันเพียงแค่เปลี่ยนจากไม้แปบเป็น Dacron swab ซึ่งมีลักษณะคล้ายไม้พันสำลีใส่เข้าไปในรูทวารหนักประมาณ 5 เซนติเมตร ปลายไม้ Dacron swab จะอยู่ที่บริเวณที่เป็น Transition zone ซึ่งเป็นบริเวณที่เปลี่ยนจาก squamous epithelium เป็น columnar epithelium หลังจากนั้นหมุน Dacron swab ไปในทิศทางเดียวกัน ให้ Dacron swab ชิดผนังของทวารหนักแล้วนำมาป้ายบนสไลด์แก้วแล้วจึง Fix slide<sup>(7)</sup> แต่ปัญหาของการทำ Conventional Pap smear คือการอ่านและแปลผลเซลล์ที่ผิดปกติเนื่องจากบริเวณที่เก็บมีสิ่งแปลกปลอมที่เป็นของเสียมากกว่าบริเวณปากมดลูกทำให้อ่านได้ยาก เซลล์ที่เก็บได้มีปริมาณน้อยกว่าที่เก็บที่ปากมดลูก และปัจจุบันมีเพียงสถาบันมะเร็งแห่งเดียวเท่านั้นที่สามารถอ่านเซลล์แปบเสมียร์ที่เก็บจากทวารหนัก

Liquid Pap smear พบว่าสามารถเก็บเซลล์ได้มากกว่าจึงให้ความไว (Sensitivity) ที่ดีกว่าการคัดกรองด้วย Conventional Pap smear ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นในต่างประเทศจึงนิยมใช้ Liquid Pap smear มากกว่า Conventional Pap smear ในการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก ข้อเสียคือราคาแพงกว่า Conventional Pap smear

HPV DNA สามารถทำในขั้นตอนเดียวกันกับการตรวจ Liquid Pap smear เพื่อหา

HPV DNA ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (High risk HPV) ซึ่งพบว่าการติดเชื้อเอชพีวี กลุ่มเสี่ยงสูงจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทวารหนักมากกว่ากลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low risk HPV) แต่ข้อเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีนี้คือ ค่าใช้จ่ายสูง ยังไม่สามารถตรวจได้ทุกที่มีเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักในประเทศไทยด้วยวิธีนี้มีเพียงใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

Liquid Pap smear ร่วมกับ HPV DNA สามารถทำได้ง่าย ทำให้รู้ถึงความผิดปกติของเซลล์บริเวณที่เก็บและทราบถึงผลการติดเชื้อเอชพีวี กลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งจะทำให้เพิ่มความไว (Sensitivity) ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทวารหนักเพิ่มมากขึ้น ข้อเสียของวิธีนี้เช่นเดียวกันกับการคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA คือ ค่าใช้จ่ายสูง ยังไม่สามารถตรวจได้ทุกที่มีเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้นและสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักในประเทศไทยด้วยวิธีนี้มีเพียงใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

High resolution anoscopy (HRA) หลักการทำคล้ายกับการทำ Colposcopy ที่บริเวณปากมดลูก คือการใช้เลนส์ขยายดูลักษณะที่ผิดปกติที่บริเวณปากมดลูกและทวารหนัก ซึ่งการป้าย acetowhite จะทำให้เห็นลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติได้ง่ายขึ้น ข้อเสียคือ ไม่เหมาะที่จะใช้คัดกรองเนื่องจากต้องอาศัยเครื่องมือในการทำและผู้ทำจะต้องได้รับการฝึกอบรมทางด้านนี้มาโดยเฉพาะ ในประเทศไทยมีที่เดียวเท่านั้นที่ทำได้คือ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

## สรุป

การตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังไม่อยู่ในมาตรฐานการคัดกรอง



มะเร็งทวารหนัก (Guideline) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัจจุบันคล้ายกับเครื่องมือที่ใช้คัดกรองมะเร็งปากมดลูกแต่การศึกษาเรื่องผลความไวและความจำเพาะในแต่ละเครื่องมือมีจำกัดเนื่องจาก

ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีไม่มากรวมทั้งยังไม่มีมาตรฐานชัดเจนในเรื่องประสิทธิผลและวิธีการในการคัดกรอง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละเครื่องมือและนำผลมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Darragh TM, Winkler B. Anal Cancer and Cervical Cancer Screening: Key Differences. *Cancer Cytopathol* 2011;119:5-19.
2. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations)[Internet]. National Cancer Instituted[updated 2012 Aug 20; cited 2012 Sep 20]. Available from: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2009\\_pops09](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09).
3. Chiao EY, Giordano TP, Palefsky JM, Tyring S, El Serag H. Screening HIV-infected individuals for anal cancer precursor lesions: a systematic review. *Clin Infect Dis*. 2006; 43 : 223-33.
4. Melbye M, Rabkin C, Frisch M, Biggar RJ. Changing patterns of anal cancer incidence in the United States, 1940-1989. *Am J Epidemiol*. 1994; 139 : 772-80.
5. Palefsky JM, Holly EA, Ralston ML, Jay N, Berry JM, Darragh TM. High incidence of anal high-grade squamous intra-epithelial lesions among HIV-positive and HIV-negative homosexual and bisexual men. *AIDS*. 1998; 12 : 495-503.
6. Chaturvedi AK, Madeleine MM, Biggar RJ, Engels EA. Risk of human papillomavirus-associated cancers among persons with AIDS. *J Natl Cancer Inst*. 2009; 101 : 1120-30.
7. Lindsey K, DeCristofaro C, James J. Anal Pap smears: Should we be doing them? *J Am Acad Nurse Pract*. 2009; 21 : 437-43.
8. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, et al. Human papillomavirus, smoking, and sexual practices in the etiology of anal cancer. *Cancer*. 2004; 101 : 270-80.
9. Palefsky JM, Holly EA, Hogeboom CJ, et al. Virologic, Immunologic, and Clinical Parameters in the Incidence and Progression of Anal Squamous Intraepithelial Lesions in HIV-Positive and HIV-Negative Homosexual Men. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 17 : 314-9.
10. Li AH, Phanuphak N, Sahasrabuddhe VV, et al. Anal squamous intraepithelial lesions among HIV-positive and HIV negative men who have sex with men in Thailand. *Sex Transm Infect* 2009; 85 : 503-7.
11. Oon SF, Winter DC. Perianal condylomas, anal squamous intraepithelial neoplasms and screening: a review of the literature. *J Med Screen*. 2010; 17 : 44-9.
12. Fox PA, Seet JE, Stebbing J, et al. The value of anal cytology and human papillomavirus typing in the detection of anal intraepithelial neoplasia: a review of cases from an anoscopy clinic. *Sex Transm Infect* 2005;81:142-6.
13. Ivan TCS, Luiz CLF, Felicidad SG, et al. High-Resolution Anoscopy in the Diagnosis of Anal Cancer Precursor Lesions in Renal Graft Recipients. *Annals of Surgical Oncology* 2008; 15 : 1470-5.
14. Vincent MW, Cecily M, Martyn AF, Jenny CM. Audit of paired anal cytology and histopathology outcomes in patients referred to a public sexual health clinic. *Sexual Health* 2010;7:346-51.

15. Stephen EG, Brian L, Thomas R, Irina N. Evaluation of the Hybrid Capture 2 assay for detecting anal high-grade dysplasia. *Int J Cancer* 2012 ;000 : 1-8.
  16. Berry JM, Palefsky JM, Naomi J, Su-Chun C, Teresa MD, Peter VC. Performance Characteristics of Anal Cytology and Human Papillomavirus Testing in Patients with High-Resolution Anoscopy-Guided Biopsy of High-Grade Anal Intraepithelial Neoplasia. *Dis Colon Rectum* 2009; 52: 239-47.
  17. Irving ES, Alice L, Janet R, Marie S, Sylvia C, Christina D. The role of cytology (Pap tests) and human papilloma testing in anal cancer screening. *AIDS* 2010; 24 : 1307-13.
  18. Florian R, Julia R, Andreas T, et al. Anal Human Papillomavirus Testing with Digene's Hybrid Capture 2 Using Two Different Sampling Methods. *Dis Colon Rectum* 2008; 51 : 62-6.
  19. Peerapatapanokin W, editor. Estimated sizes of Men who have Sex with Men (MSM). Size Estimation Stake-Holder Seminar; 2012 Jan 12; Richmond Hotel, Nonthaburi; 2012.
  20. กীরติกานต์ กลัดสวัสดิ์, เกรียงไกร ยอดเรื่อน, สัญญา กิตติสุนทรโรภาศ, สุธี จารุพันธ์, เจวตสรร นามวาท, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี 2553. นนทบุรี: สำนัก Peerapatapanokin W, editor. Estimated sizes of Men ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
  21. The Thai Working Group and A<sup>2</sup> Team. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand:2005-2025 [Internet]. Fhi360[cited 2013 Jun 1]. Available from: <http://www.fhi360.org/resource/asian-epidemic-model-projections-hiv-aids-thailand-2005-2025-0>.
  22. Thiravud K, Petcharin S, Hutcha S, Surapon W, Yupa S, Pattarawin A. Cancer in Thailand. Bangkok: National Cancer Institute; 2010. Volume V. National Cancer Institute.
  23. Reed AC, Paul LR, Jennifer SS, Joel MP, Noel TB. Gay and Bisexual Men's Willingness to Receive Anal Papanicolaou Testing. *Am J Public Health* 2010; 100 : 1123-9.
  24. Julia S, Timothy S, Katya R, Prema M, E Byrd Q. High acceptance rate of anal pap screening despite limited knowledge about anal dysplasia among HIV+ MSM. *Infectious Agents and Cancer* 2010; 5(Suppl 1):A31.
-



## ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานกะและการรับประทานยา ต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ของผู้ประกอบการอาชีพ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

อัสนี โชติพันธุ์วิทย์กุล\*, สุนทร ศุภพงษ์\*, วรวรรณ สัมฤทธิ์มนไพร\*\*

### Abstract

#### Association between Shift Work and Adherence to Antiretroviral Medication among Workers Attending Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok, Thailand

Asanee Chotipanvithayakul\*, Soontorn Supamong\*, Worawan Samritmanoporn\*\*

\* Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand  
\*\* Division of Internal Medicine, Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok, Thailand

**Objectives:** This study aimed to compare the proportion of HIV/AIDS patients having poor adherence to antiretroviral medication between the patients doing day work and shift work. The second objective is to study the association between shift work and the rate of adherence to antiretroviral medication.

**Material and Method:** A cross-sectional analytic study involving 400 working HIV/AIDS patients (200 day workers, 200 shift workers) having appointments with HIV clinic at Nopparat Rajathanee hospital, Bangkok, Thailand was conducted. These patients were on antiretroviral medication. Data were collected from the respondents using medical records and questionnaires. For absent patients, telephone interviews were used. The key variables examined were the rate of adherence to antiretroviral medication during the last 30 days, the characteristics of working time, and other characteristics of patients and adherence factors. Univariate logistic regression was used to estimate odds ratios and 95% confidence intervals.

**Results:** A higher proportion of having poor adherence to antiretroviral medication was found among shift workers compared to that of day workers (21.0% vs. 7.5%,  $p$ -value < 0.001). Shift work was associated with an increased risk of poor adherence (crude odds ratio = 3.28, 95% confidence interval: 1.75, 6.13).

\* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\*\* กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร



**Conclusion:** *The results of this study provide evidence that shift work is associated with an increased risk of poor adherence to antiretroviral medication. Consequently, taking occupational history from patients is essential. Shift workers taking antiretroviral medication needs more attention from their health care teams and employers at their workplaces.*

**Key Words:** Shift work, Adherence, Antiretroviral Medication  
Thai AIDS J 2013/2014; 26 : 47-58

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มี adherence ไม่ดี (poor adherence) ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ทำงานกลางวันปกติ และทำงานกะ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างงานกะกับอัตราการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่กำลังทำงาน และรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี มีนัดมารับการรักษาที่คลินิกเอชไอวี รพ.นพรัตนราชธานี จำนวน 400 คน ประกอบด้วยผู้ทำงานกลางวันปกติ และทำงานกะ กลุ่มละ 200 คน เก็บข้อมูลจากบันทึกข้อมูลการรักษาพร้อมกับการใช้แบบสอบถาม และใช้วิธีโทรศัพท์สัมภาษณ์ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ปัจจัยหลักที่ศึกษาคือ อัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ลักษณะของเวลาทำงาน ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอัตราการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ วิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธี univariate logistic regression สำหรับการหาค่าสถิติ odds ratio และ 95% confidence interval

**ผลการศึกษา :** สัดส่วนของผู้ที่มี poor adherence ในผู้ป่วยที่ทำงานกะ สูงกว่าในผู้ป่วยที่ทำงานกลางวันปกติ (21.0% vs. 7.5%, p-value < 0.001) การทำงานกะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของ poor adherence (crude odds ratio = 3.28, 95% confidence interval: 1.75, 6.13)

**สรุป :** งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การทำงานกะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของ poor adherence ดังนั้น การถามประวัติการทำงานของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ และผู้ป่วยที่ทำงานกะที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ควรได้รับความใส่ใจเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงควรได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการรับประทานยาในขณะที่ทำงานจากนายจ้างอย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ** การทำงานกะ, การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ, ยาต้านไวรัสเอชไอวี  
วารสารโรคเอดส์ 2556/2557; 26 : 47-58

## บทนำ

การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (adherence) คือสิ่งสำคัญที่สุดที่ใช้ทำนายความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการรักษา กล่าวคือ เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพต้องมีอัตราการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ (rate of adherence) มากกว่าร้อยละ 95 เท่านั้นตลอดอายุขัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์<sup>(1-3)</sup>

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน<sup>(4)</sup> ที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสุขภาพดีต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ และที่ผ่านมาก็ยังไม่มีการศึกษาใดที่แสดงถึงผลกระทบของปัจจัยด้านเวลาในการทำงานที่แตกต่างกัน คือ การทำงานกะเปรียบเทียบกับการทำงานกลางวันปกติ ต่ออัตราการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ<sup>(5)</sup> ทั้งนี้



สมมติฐานของคณะผู้วิจัย คือ ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาปัจจัยด้านเวลาการทำงานกับอัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในผู้ประกอบอาชีพ เพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนดูแลสุขภาพ รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในวงกว้างต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ค่า adherence ไม่ดี ระหว่างผู้ที่ทำงานกลางวันปกติกับผู้ที่ทำงานกะ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเวลาในการทำงานกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาจาก รพ.นพรัตนราชธานี

### การให้คำนิยามในการศึกษานี้

การทำงานกลางวันปกติและการทำงานกะ ใช้ตามนิยามของ National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) กล่าวคือ การทำงานกลางวันปกติ หมายถึง การทำงานที่ทำในช่วงเวลา 7.00–18.00 นาฬิกา และที่มีระยะเวลาเหมือนการทำงานของคนส่วนใหญ่ คือ 7–8 ชั่วโมง ส่วนการทำงานกะ หมายถึง การทำงานนอกเหนือเวลากลางวันปกติ<sup>(6)</sup>

อัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แสดงผลแบบตัวแปรแบ่งสอง (dichotomous variable) คือ

1. การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ค่า adherence ไม่ดี (poor adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมี rate of adherence ในช่วง 30

วันที่ผ่านมา น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95

2. การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ค่า adherence ดี (good adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมี rate of adherence ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มากกว่าร้อยละ 95

### วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาชนิด cross-sectional analytic study ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีนัดมารับการรักษาที่เอชไอวีคลินิก รพ.นพรัตนราชธานี มีอายุ 18–65 ปี กำลังประกอบอาชีพ และรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรใดก็ได้มานานอย่างน้อย 30 วัน จำนวนทั้งหมด 400 คน แบ่งเป็น กลุ่มทำงานกะ และกลุ่มทำงานกลางวันปกติ กลุ่มละ 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ บันทึกการรักษา และแบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะใช้วิธีการโทรศัพท์สัมภาษณ์ เก็บข้อมูลที่ใช้หาอัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในช่วง 30 วันที่ผ่านมา—ให้ผู้เข้าร่วมโครงการระบุจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา จำนวนเม็ดยาที่รับประทานไม่ตรงเวลา (คลาดเคลื่อนเกิน 30 นาที) และที่ไม่ได้รับประทาน สูตรคำนวณอัตราของการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่กินได้อย่างถูกต้องทั้งจำนวนและตรงเวลา (คลาดเคลื่อนไม่เกิน 30 นาที) ตามแผนการรักษา ใน 30 วันที่ผ่านมา X 100% / จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาใน 30 วันที่ผ่านมา; ลักษณะของเวลาการทำงาน; การมา/ไม่มาตามนัด; และตัวแปรร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอัตราของการรับประทานยา สำหรับระดับความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา จำนวน 5 ข้อของกรมสุขภาพจิต แสดงความเครียดเป็น 4 ระดับ

คือ น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด<sup>(7)</sup> สำหรับภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ของกรมสุขภาพจิต<sup>(8)</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการแสดงข้อมูลแต่ละปัจจัย และใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างปัจจัย รายงานค่า p แบบ 2 ด้าน (2-tailed) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า  $p < 0.05$ ; สำหรับการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละปัจจัย กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ใช้วิธี univariate logistic regression แสดงค่าสถิติ crude odds ratio และ 95% confidence interval (95% CI)

### ผลการศึกษา

ข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ของกลุ่มผู้ทำงานกะกับผู้ทำงานกลางวันปกติ แสดงในตารางที่ 1 และ 2 จากการเปรียบเทียบกลุ่มผู้ทำงานกะกับกลุ่มผู้ทำงานกลางวันปกติแต่ละปัจจัย พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรักษาคล้ายกันคือ ไม่มีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากนั้นคณะผู้วิจัยจึงนำทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบอัตราส่วนของผู้ที่มี poor adherence โดยพบว่า อัตราส่วนของผู้ที่มี poor adherence ในกลุ่มผู้ทำงานกะสูงกว่าในกลุ่มผู้ทำงานกลางวันปกติ คือ 21% และ 7.5% ตามลำดับ ( $p$ -value  $< 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อทำการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย กับอัตราของการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่า มี 6 ปัจจัยที่มีผลการ

ตารางที่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มผู้ทำงานกะกับกลุ่มผู้ทำงานกลางวันปกติ

ปัจจัย	ทำงานกะ (n = 200)		ทำงานกลางวันปกติ (n = 200)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ*</b>					
ชาย	126	63.0	108	54.0	0.068
<b>อายุปัจจุบัน (ปี)</b>					
≤ 29	17	8.5	11	5.5	0.634
30-39	78	39.0	75	37.5	
40-49	83	41.5	90	45.0	
≥ 50	22	11.0	24	12.0	
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	85	42.5	78	39.0	0.218
คู่	91	45.5	106	53.0	
หม้าย/หย่า/แยก	24	12.0	16	8.0	



ตารางที่ 1. (ต่อ)

ปัจจัย	ทำงานกะ (n = 200)		ทำงานกลางวันปกติ (n = 200)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียน	3	1.5	4	2.0	0.275
ประถมศึกษา	61	30.5	55	27.5	
มัธยมต้น	46	23.0	33	16.5	
มัธยมปลาย/ปวช.	50	25.0	49	24.5	
อนุปริญญา/ปวส.	10	5.0	14	7.0	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	30	15.0	45	22.5	
<b>สถานภาพทางการเงิน</b>					
ไม่มีหนี้สิน	74	37.0	79	39.5	0.332
มีหนี้สิน แต่รายได้พอใช้จ่าย	117	58.5	106	53.0	
มีหนี้สิน และรายได้ไม่พอใช้จ่าย	9	4.5	15	7.5	
<b>สิทธิการรักษา</b>					
จ่ายเอง	5	2.5	4	2.0	0.114
บัตรประกันสุขภาพ	61	30.5	47	23.5	
ประกันสังคม	128	64.0	134	67.0	
เบิกได้	6	3.0	15	7.5	
<b>การได้รับการสนับสนุนจากสังคม*</b>					
ได้รับ	175	87.5	181	90.5	0.338
<b>ระดับความเครียด</b>					
น้อย	163	81.5	168	84.0	0.399
ปานกลาง	30	15.0	22	11.0	
มาก - มากที่สุด	7	3.5	10	5.0	
<b>ภาวะซึมเศร้า*</b>					
มี	85	42.5	72	36.0	0.183
<b>การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา*</b>					
ดื่ม**	38	19.0	24	12.0	0.053

\*เป็นตัวแปรแบ่งสอง (dichotomus variables) ที่เสนอเพียง 1 ผลลัพธ์, \*\*จำนวนแก้วที่ดื่มสูงสุด คือ 8 แก้ว

ตารางที่ 2. ปัจจัยด้านการรักษา ของกลุ่มผู้ทำงานกะกับกลุ่มผู้ทำงานกลางวันปกติ

ปัจจัย	ทำงานกะ (n = 200)		ทำงานกลางวันปกติ (n = 200)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับประทานยา (ปี)</b>					
< 1	15	7.5	19	9.5	0.700
1-5	98	49.0	87	43.5	
6-10	79	39.5	86	43.0	
> 10	8	4.0	8	4.0	
<b>สูตรยาที่รับประทานในช่วง 30 วันที่ผ่านมา</b>					
GPO-VIR S หรือ GPO-VIR Z	127	63.5	131	65.5	0.676
อื่น ๆ (11 สูตร)	73	36.5	69	34.5	
<b>จำนวนครั้งของการรับประทานยา</b>					
รับประทานวันละ 1 ครั้ง	31	15.5	36	18.0	0.503
รับประทานวันละ 2 ครั้ง	169	84.5	164	82.0	
<b>จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน</b>					
2	127	49.2	131	50.8	0.675
3-4	17	19.0	21	19.0	
5-6	19	18.5	18	18.5	
7-8	24	23.5	23	23.5	
9-12	13	10.0	7	10.0	
<b>ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในช่วง 30 วันที่ผ่านมา</b>					
มี*	6	3.0	4	2.0	0.522
<b>การมาตรวจ</b>					
มาตรงนัดหรือมาก่อนวันนัดแล้ว	190	95.0	193	96.5	0.457
ไม่มาตามนัด	10	5.0	7	3.5	

\*เป็นตัวแปรแบ่งสอง (dichotomus variables) ที่เสนอเพียง 1 ผลลัพธ์



ตารางที่ 3. อัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ของกลุ่มผู้ทำงานกะกับกลุ่มผู้ทำงานกลางวันปกติ

อัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	ทำงานกะ (n = 200)		ทำงานกลางวันปกติ (n = 200)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	42	21.0	15	7.5	<0.001
มากกว่าร้อยละ 95	158	79.0	185	92.5	

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ปัจจัย	Poor adherence (n = 57)		Good adherence (n = 343)		p-value	Crude Odds Ratio (95% CI)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เวลาในการทำงาน</b>						
ทำงานกลางวันปกติ	15	26.3	185	53.9	<0.001	1 (Referent)
ทำงานกะ	42	73.7	158	46.1		3.28 (1.75, 6.13)
<b>การมาตรวจ</b>						
มาตรงนัดหรือมาก่อนวันนัดแล้ว	43	75.4	340	99.1	<0.001*	1 (Referent)
ไม่มาตามนัด	14	24.6	3	0.9		36.90 (10.19, 133.60)
<b>ระดับความเครียด</b>						
น้อย	38	66.7	293	85.4	0.002	1 (Referent)
ปานกลาง	14	24.6	38	11.1		2.84 (1.41, 5.72)
มาก - มากที่สุด	5	8.8	12	3.5		3.21 (1.07, 9.62)
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>						
ไม่มี	25	43.9	218	63.6	0.005	1 (Referent)
มี	32	56.1	125	36.4		2.23 (1.27, 3.94)
<b>การได้รับการสนับสนุนจากสังคม</b>						
ได้รับ	45	78.9	311	90.7	0.009	1 (Referent)
ไม่ได้รับ	12	21.1	32	9.3		2.59 (1.24, 5.40)
<b>ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา</b>						
ไม่มี	53	93.0	337	98.3	0.040*	1 (Referent)
มี	4	7.0	6	1.7		4.24 (1.16, 15.52)

\*Fisher's exact test

เปรียบเทียบที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.) คือ ปัจจัยด้านเวลาในการทำงาน, การมา/ไม่มาตรวจตามนัด, ระดับความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, การได้รับการสนับสนุนจากสังคม, และการมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา จากนั้นคณะผู้วิจัยทำการหาระดับความสัมพันธ์ของ 6 ปัจจัยนี้ กับอัตราของการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่า การทำงานกะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของ poor adherence อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย crude odds ratio = 3.28 (95% CI: 1.75, 6.13) และของปัจจัยอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.

#### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การทำงานกะมีผลกระทบต่อสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน เช่น ทำให้เกิดความผิดปกติในการตื่นและการหลับ<sup>(9)</sup> สมรรถภาพการทำงานและผลผลิตที่ลดลง<sup>(10)</sup> เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทั้งในขณะทำงานและนอกรางาน<sup>(11-13)</sup> ความเครียดและภาวะซึมเศร้า<sup>(14)</sup> การใช้ยานอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเสพสารเสพติด<sup>(15)</sup> โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>(16)</sup> ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร<sup>(17-19)</sup> รวมถึงการเกิดมะเร็งเต้านม<sup>(20)</sup> ในการศึกษาที่ พบว่าสัดส่วนของผู้ที่มี poor adherence ในกลุ่มผู้ทำงานกะสูงกว่าในกลุ่มผู้ทำงานกลางวันปกติ และ ปัจจัยด้านเวลาในการทำงานมีความสัมพันธ์กับอัตราของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเชิงลบ อาจเป็นผลจากผลกระทบของการทำงานกะต่อความสะดวกของการรับประทานยา การทำงานกะที่ต้องทำนอกรางาน อาจเพิ่มโอกาสการลืมเอายาติดตัวไปทำงานด้วย<sup>(21)</sup> และกรณีผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง และจำเป็นต้องทำงานกะ จะเกิด

อุปสรรคต่อการรับประทานยาโดยตรง ดังนั้น เมื่อผลการวิจัยนี้แสดงว่า การทำงานกะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของ poor adherence จึงเป็นผลลัพธ์ที่เข้าได้กับสมมติฐาน

ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของ poor adherence มากกว่าผู้ป่วยที่มาตามนัด มีการศึกษาที่พบว่า ความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของการมาตรวจรักษาตามนัด และของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กันในระดับที่สูงมาก<sup>(22)</sup>

ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตใจ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดที่สูงกว่าหรือมีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อ poor adherence สูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดที่ต่ำกว่า หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า<sup>(1)</sup>

การสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เสมือนตัวพ่อนปัญหาสังคมจิตวิทยาหลาย ๆ อย่างได้ดี และมีผลกระทบต่อ adherence ในเชิงบวก ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวมีแนวโน้มที่ adherence จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุน<sup>(1)</sup>

ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี มีได้ทั้งแบบชั่วคราว เช่น คลื่นไส้ ถ่ายอุจจาระเหลว; หรือแบบที่มีผลยาวนาน เช่น รูปร่างเปลี่ยนจากไขมันย้วยที่ผิดปกติ (lipodystrophy) ความผิดปกติของระบบประสาท เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดยาอย่างรวดเร็วหรือรับประทานยาอย่างไม่สม่ำเสมอ<sup>(1)</sup>

สำหรับปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์นั้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (heavy alcoholic drinking, binge drinking, or very high risk) เป็นปัจจัยที่มีกำลังสูง (high strength of association)



ในการทำนาย poor adherence<sup>(1)</sup> แต่สำหรับในการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว เนื่องจากปริมาณแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มทุกคน จัดอยู่ในระดับที่ดื่มอย่างมีสติ เสี่ยงน้อย (responsible drinker, low risk)<sup>(23)</sup>

สำหรับปัจจัยการใช้ยานอนหลับ ยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัส เอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมาก่อน<sup>(5)</sup> คณะผู้วิจัยมีความสนใจปัจจัยนี้ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานกะ<sup>(15)</sup> และการที่มีผลต่อความผิดปกติในการตื่นและหลับ จึงอาจจะมี ความสัมพันธ์กับการรับประทานยาได้ แต่การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีใครใช้ยานอนหลับ

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า ปัจจัยในด้านระดับความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, การใช้ยานอนหลับ, การดื่มแอลกอฮอล์, และการเสพสารเสพติด (ไม่มีใครเสพ) ของกลุ่มผู้ทำงานกะและกลุ่มผู้ทำงานกลางวันปกติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการทำงานกะมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแตกต่างกัน คือ การศึกษาที่ผ่านมาเก็บข้อมูลจากประชากรในที่ทำงาน (workplace-based)<sup>(14, 15)</sup> ในขณะที่ การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากประชากรในโรงพยาบาล (hospital-based)

การรายงานระดับความเครียดในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยรวมระดับมากกับมากที่สุดไว้ด้วยกัน เนื่องจาก ผู้ที่มี poor adherence ที่มีระดับความเครียดมากที่สุดมีจำนวนน้อย คือ มีเพียงผู้ทำงานกลางวันปกติ 1 คน ทำให้มีอำนาจของการแสดงความแตกต่างทางสถิติ (statistical power) ไม่เพียงพอถ้าวิเคราะห์แบบแยกระดับ

สำหรับวิธีการประเมินอัตราการรับ

ประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีได้หลายแบบ แต่ละวิธีมีข้อดีข้อด้อยที่แตกต่างกันไป การจะเลือกใช้วิธีใดต้องพิจารณาจากความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ความพร้อมของผู้ดูแล และทรัพยากรที่มีอยู่ การประเมินด้วยหลายวิธีร่วมกันอาจทำให้ได้ผลที่ดีขึ้น ในปัจจุบันไม่มีวิธีการประเมินอัตราการรับประทานยาวิธีหนึ่งวิธีใดที่เป็นมาตรฐานทอง (gold standard)<sup>(24, 25)</sup> วิธีการประเมินในงานวิจัยนี้ จัดเป็นวิธีให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (self report) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย และมีประสิทธิภาพ<sup>(26)</sup> และมีการศึกษาที่พบว่า การให้ผู้ป่วยระบุการรับประทานยาในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ได้ผลการประเมินอัตราการรับประทานยาที่ไม่แตกต่างจากวิธีนับเม็ดยาโดยเจ้าหน้าที่<sup>(27)</sup> รวมทั้งเหมาะสมกับวิธีการเก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์สัมภาษณ์ด้วย อย่างไรก็ดี มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากความทรงจำ (recall bias) ได้

สำหรับความแตกต่างของวิธีการเก็บข้อมูล คือ การใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่มาตามนัดกับการโทรศัพท์สัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด อาจทำให้มีโอกาสเกิดอคติของการได้รับข้อมูล (information bias) ได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่คณะผู้วิจัยตระหนักในขณะออกแบบการวิจัย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ แล้ว คณะผู้วิจัยประเมินว่า การออกแบบการวิจัยดังกล่าวมีความเหมาะสมที่สุดสำหรับการศึกษานี้ และเมื่อผลการศึกษาออกมาพบว่า การไม่มาตามนัดมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของ poor adherence จึงตีความได้ว่า การเกิดอคติของการได้รับข้อมูลน่าจะมีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ไม่มากนัก

จุดแข็งของการวิจัยครั้งนี้ คือ การได้นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาโรงพยาบาลตามนัดที่ได้จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์มาร่วมศึกษากับข้อมูลของผู้ที่มาโรงพยาบาลตามนัด ทำให้ได้



ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างครบถ้วน ช่วยลดอคติจากการเลือก (selection bias)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาว่าสิ่งใดเกิดขึ้นก่อนหรือหลัง (temporal relationship) นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษานี้ไปอ้างอิง คือ ประชากรที่ศึกษามาจากโรงพยาบาลแห่งเดียวจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมดได้ คำจำกัดความของการทำงานกะในการศึกษานี้ใช้นิยามตาม NIOSH<sup>(6)</sup> ซึ่งเป็นนิยามที่กว้างขวาง และใช้อ้างอิงจำเพาะสำหรับการทำงานกะชนิดที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาทำงานได้ แต่ไม่สามารถอ้างอิงจำเพาะกับการทำงานกะชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ทำงานกะที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้แบ่งย่อยได้เป็น ชนิดที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาทำงาน ร้อยละ 66.5 ซึ่งเป็นจำนวนส่วนใหญ่ และชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาทำงาน ร้อยละ 33.5 (เปลี่ยนแบบหมุนกะ ร้อยละ 17 กับ เปลี่ยนแบบเวลาไม่แน่นอน ร้อยละ 16.5) ทำให้มี statistical power ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ทำงานกะชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาทำงาน กับ rate of adherence จึงส่งผลให้มีข้อจำกัดดังกล่าว

## สรุป

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การทำงานกะมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของ poor adherence ดังนั้น ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี การให้ความสำคัญต่อการถามประวัติการทำงานของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ทำงานกะได้รับโอกาสที่เพิ่มขึ้นสำหรับความใส่ใจเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ นายจ้างควรใส่ใจช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วยที่ทำงานกะในการรับประทานยาขณะทำงานอย่างเหมาะสม

ในอนาคต การศึกษาเรื่องนี้ในวงกว้างอย่างติดตามไปข้างหน้า รวมถึงการศึกษาจำเพาะในกลุ่มผู้ทำงานกะชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาทำงานเพิ่มเติม จะทำให้ได้ข้อมูลที่เสริมประโยชน์จากผลการศึกษาในครั้งนี้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ, พญ.จิรภัทร วงศ์ชินศรี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม รพ.นพรัตนราชธานี, คุณวันวิสาขทิมาภพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ประสานงานเอ็ดส์ รพ.นพรัตนราชธานี, และทุกท่านที่ช่วยให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome. In: Adherence to long-term therapies—evidence for action. Geneva: WHO; 2003. p. 95–106.
2. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000;133:21–30.
3. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy—adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487–97.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ ปี พ.ศ. 2527–2555. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2555.



5. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med* 2006;3:e438.
6. Rosa RR, Colligan MJ. Plain language about shiftwork. Cincinnati, Ohio. National Institute for Occupational Safety and Health; 1997.
7. อรวรรณ ศิลปะกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551;16(3):177.
8. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรณเสวก, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และคนอื่น ๆ. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549;50:2-13.
9. Hirose T. An occupational health physician's report on the improvement in the sleeping conditions of night shift workers. *Ind Health* 2005;43:58-62.
10. Wagstaff AS, Sigstad Lie JA. Shift and night work and long working hours: a systematic review of safety implications. *Scand J Work Environ Health* 2011;37:173-85.
11. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351:1838-48.
12. de Castro AB, Fujishiro K, Rue T, Tagalog EA, Samaco-Paquiz LP, Gee GC. Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *Int Nurs Rev* 2010;57:188-94.
13. Tanaka K, Takahashi M, Hiro H, et al. Differences in medical error risk among nurses working two- and three-shift systems at teaching hospitals: a six-month prospective study. *Ind Health* 2010;48:357-64.
14. Harrington JM. Health effects of shift work and extended hours of work. *Occup Environ Med* 2000;58:68-72.
15. Roth T. Appropriate therapeutic selection for patients with shift work disorder. *Sleep Med* 2012; 13:335-41.
16. Puttonen S, Härmä M, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease—pathways from circadian stress to morbidity. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:96-108.
17. Bamba CL, Whitehead MM, Sowden AJ, Akers J, Petticrew MP. Shifting schedules: the health effects of reorganizing shift work. *Am J Prev Med* 2008;34:427-34.
18. Knutsson A. Health disorders of shift workers. *Occup Med (Lond)* 2003;53:103-8.
19. Pietroiusti A, Forlini A, Magrini A, et al. Shift work increases the frequency of duodenal ulcer in *H pylori* infected workers. *Occup Environ Med* 2006;63:773-5.
20. IARC Monographs Working Group. Evaluation of carcinogenic risks to humans. IARC Monographs. Lyon: WHO; 2010.
21. Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2000;30 Suppl 2: S171-6.
22. Shumba C, Atuhaire L, Imakit R, Atukunda R, Memiah P. Missed doses and missed appointments: adherence to ART among adult patients in Uganda. *ISRN AIDS* 2013;2013:270914.
23. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์. ใน: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552. หน้า 57-79.
24. World Health Organization. Defining adherence. In: Adherence to long-term therapies—evidence for action. Geneva: WHO; 2003. p. 2-6.
25. Wagner JH, Justice AC, Chesney M, Sinclair G, Weissman S, Rodriguez-Barradas M. Patient- and provider-reported adherence: toward a clinically useful approach to measuring antiretroviral adherence. *J Clin Epidemiol.* 2001;54 Suppl 1:S91-8.

26. Walsh JC, Mandalia S, Gazzard BG. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS*. 2002;16:269-77.
  27. อิดาพร จิรวัดนะไพศาล, โอภาส การย์กวินพงศ์, พลลีนธุ์ นาควิเชียร, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. ผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในประเทศไทย. *วารสารโรคเอดส์* 2550;19:141-54.
-