วารสาร
โรคเอดส์
Thai AIDS Journal
ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2556 - พฤษภาคม 2556 ISSN 0857-8575

- แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง
- ความชุกของการกลายพันธุ์ยีนส์รีเวอร์สทรานสคริพเทสที่สัมพันธ์กับการดื้อยาของเชื้อเอ็ชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานในพื้นที่บริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
- ความคืบหน้าการพัฒนาวัคซีนป้องกันเอ็ชไอวี
- การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจสาธารณสุขที่ 12
- การศึกษา ความเหนื่อย ท้อแท้ใจในการทำงานของแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์
- ความชุกของเซลล์ปากมดลูกและเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่ำและสูง ในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖

สารบัญ

หน้า

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง
สุปราณี นาประเสริฐ, ประจักร บัวผัน 59

ความชุกของการกลายพันธุ์ยีนสรีเวอร์สทรานสคริพเทสที่สัมพันธ์กับการดื้อยาของเชื้อเอ็ชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ในพื้นที่บริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
วิภาวี แสนวงษา, สิรินันท์ จันทนา, ศรายุธ อุตตมางคพงศ์ 71

ความคืบหน้าการพัฒนาวัคซีนป้องกันเอ็ชไอวี
สรชัย นิตยพันธ์ 77

การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจสาธารณสุขที่ 12
ศรัญญู ทิพประมวล, ประจักร บัวผัน 81

การศึกษา ความเหนื่อย ท้อแท้ใจในการทำงานของแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์
ชญาภา ไตรวิชญ์สกุล, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน 94

ความชุกของเซลล์ปากมดลูกและเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติในกลุ่มประชากร ที่มีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่ำและสูง ในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
บุศรา บำรุงศักดิ์, ทรงศักดิ์ เพ็ชรมิตร, อกนิษฐ์ จิตต์มิตรภาพ, พัณณมาศ มณีกาญจน์, สิริวัชร์ เอกอภิรัตน์, พรสวรรค์ เหลืองวุฒิวงษ์ 105

Thai AIDS Journal
Volume 25, Number 2, 2013

Page

Motivation Affecting the Performance of AIDS Group Leaders in the Hospitals at one Province
Supranee Naprasert, Prachak Bouphan **59**

Prevalent of RT Mutations Among HIV-1 Patients Who be Treated with a First-Line Antiretroviral in Service Area of the Office of Disease Prevention and Control Region 7th, Ubonratchathani
Wipawee Saenwongsa, Sirinun Juntana, Sarayuth Uttamangkapong **71**

An Update on HIV-Vaccine Development 2012
Sorachai Nitayaphan **77**

The Administration of HIV/AIDS among the Staffs in Community Hospitals of the Public Health Region 12
Saranyoo Tippramual, Prachak Bouphan **81**

The Burnout of Workplace among Clinicians of Antiretroviral Treatment and Care : A Study in 44 Thailand Hospitals
Chayapa Triwisakun, Sunsanee Smitakestrin **94**

Prevalence of Cervical and Anal Cytological Abnormalities in Low-and High-Risk Sexual Behavior Populations in Bangkok, Thailand
Busara Bamrungsak , Songsak Petmitr, Akanitt Jittmittraphap, Pannamas Maneekan, Siriwat Akapirat , Pornsawan Leaungwutiwong **105**

Editor
Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen
Department of Microbiology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
Tel. : 66-2419-7457
FAX : 66-2419-8406,
E-mail : prasert.tho@mahidol.ac.th

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่างๆ นิสิต นักศึกษา ประชาชนทั่วไป

2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง

3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ที่ปรึกษา นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุดา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลคีรี

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี	แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย
นายแพทย์สมยศ กิตติมั่นคง	แพทย์หญิงชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์
นางสาวทองกร ยัณรังษี	นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุลชีววิทยาชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ (02) 866-2574-75, (02) 419-7457
โทรสาร (02) 419-8406
ไปรษณีย์อีเล็คโทรนิค : prasert.tho@mahidol.ac.th

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์/โทรสาร (02) 590-3289, 3089-0547576
ไปรษณีย์อีเล็คโทรนิค : sunsanee_smith@yahoo.com

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

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.) .....
2. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด.....วุฒิย่อ *(ภาษาไทย)*.....
   วุฒิย่อ *(ภาษาอังกฤษ)*.....

   สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....

.....

3. สถานภาพผู้เขียน
   - ❍ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา *(ชื่อสถาบัน)*.....
     โปรแกรม.....คณะ.....
   - ❍ บุคลากรทางการแพทย์
     - ❍ผู้บริหาร
     - ❍แพทย์ พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข
     - ❍บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
4. ขอส่ง
   - ❍นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....
5. ชื่อผู้เขียนร่วม *(ถ้ามี)*.....วุฒิย่อ *(ภาษาไทย)*.....
   วุฒิย่อ *(ภาษาอังกฤษ)*.....

   สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....

.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
   เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
   - ❍แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล .....
   - ❍เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่...../...../.....

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

สุปราณี นาประเสริฐ, ประจักร บัวผัน***

Abstract

Motivation Affecting the Performance of AIDS Group Leaders in the Hospitals at one Province

Supranee Naprasert, Prachak Bouphan***

*Khonkaen Hospital
**Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

This cross-sectional descriptive research aimed to study the motivation affecting the AIDS group leaders at hospitals in one province. 100 subjects were drawn from the total number of 120. The data were collected by a structural questionnaire which was verified by three experts for content validity. Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was 0.98 presenting high reliability. Other 15 subjects were interviewed using an in-depth interview guideline for collecting qualitative data. The data collection was carried out from 21 January to 4 February, 2013. The collected data were then analyzed by a computer package program. Frequency, percentage, mean, , median, standard deviation, minimum, maximum, According to the statistics of Pearson's product moment correlation and multiple linear regression were used to perform data analysis.

It was revealed that the level of total motivation was high ($\bar{x}$ =3.93, S.D. = 0.38). When looking at each factor, the levels of motivator factor and hygiene factor were also high ($\bar{x}$ =4.06, S.D. = 0.44 and = $\bar{x}$ 3.79, S.D. = 0.44 respectively). The performance level of the AIDS group leaders was high ($\bar{x}$ = 4.14, S.D. = 0.47). The motivation had moderately positive relationship to the performance of the AIDS group leaders at a significant level In addition, motivator factor and hygienic factor also had moderately positive relationship with the performance at significant level (r = 0.635, p-value < 0.001, r = 0.529, p-value < 0.001, r = 0.570, p-value = < 0.001 respectively). Three factors which were achievement (p-value = 0.003), personal relationship, (p-value = 0.014), policy and administration (p-value < 0.001), together could significantly predict the performance of the AIDS group leaders at 51.5%. Most problems found from the study involved with motivator factors (51.85%) followed by problems involved with hygienic factors (48.15%). Suggestions should encourage leaders for HIV has

*โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

**ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

been developed. work Target and the obstacles caused by the operation. Joint Chiefs of Staff. To make the direction clear. The same approach to training development and knowledge. Skills in practice. As a result, confidence in performing a task that requires a lot of sacrifice in the public mind. To make a success of the job and is sustainable.

Key Words: Motivation the Performance of AIDS Group Leaders
Thai AIDS J 2013; 25 : 59-70

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 15 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 21 มกราคม 2556–4 กุมภาพันธ์ 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาได้แก่ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอ้างอิงที่ใช้ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.38) โดยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.44) และ 3.79 (S.D. = 0.44) ตามลำดับ การปฏิบัติงานแกนนำของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D. = 0.47) แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.635$, $p\text{–value} < 0.001$, $r = 0.529$, $p\text{–value} < 0.001$, และ $r = 0.570$, $p\text{–value} = < 0.001$) ตามลำดับ และแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ($p\text{–value} = 0.003$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($p\text{–value} = 0.014$) และปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ($p\text{–value} = < 0.001$) ซึ่งตัวแปรอิสระทั้งสามตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 51.5 ปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือ แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ ร้อยละ 51.85 รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุน ร้อยละ 48.15 ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน กำหนดเป้าหมาย แนวทางและปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อจะทำให้มีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน การฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน และการศึกษาดูงาน ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นงานที่ต้องมีจิตสาธารณะเสียสละในหลายด้าน จะทำให้เกิดความสำเร็จของงานและเป็นที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ แรงจูงใจ , การปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี
วารสารโรคเอดส์ 2556; 25 : 59–70

บทนำ

ภารกิจและแผนงานที่สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ป้องกันการเพิ่มขึ้นของจำนวนของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ การเสียชีวิตจากโรคเอดส์ และการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ ซึ่งมาตรการด้านการรักษาพยาบาลในส่วนของการพัฒนาระบบคุณภาพและบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในผู้ใหญ่และเด็ก การดำเนินงานก่อนกินยาต้านไวรัส ได้มีการพัฒนาเครือข่ายผู้ให้บริการการดูแลรักษา และพัฒนาศักยภาพ

ทีมพี่เลี้ยงผู้ดูแลรักษาด้านคุณภาพ พัฒนาระบบการติดตามประเมินผล[1] ในส่วนของการให้บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีสามารถเข้าถึงบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโครงการยาต้านไวรัส ระดับชาติ (National AIDS Program) มากขึ้น[2] ซึ่งมีผลทำให้หยุดการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอ็ชไอวี ร่างกายมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นและลดโอกาสในการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดโรคมะเร็ง ทำให้สามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้น สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[3] อย่างไรก็ดีการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญในด้านการดูแลรักษา เช่น การให้ยาต้านไวรัส การกินยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคเป็นหลัก จนในบางครั้งอาจละเลย ในมิติการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวียังไม่ครอบคลุมในทุกด้าน ยังพบว่าขาดการเชื่อมโยงงานป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเข้ากับงานดูแลรักษา[4] ปี 2542 จากสถานการณ์ที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ไม่ยอมเปิดเผยตัวเอง มีเพียงบางรายที่ยอมเปิดเผยตัวเองและเข้ามารับการรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เข้ามารับการรักษามีสุขภาพกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี เป็นแบบอย่างให้กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีคนอื่นๆ ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเปิดใจเข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้น ในปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลได้เริ่มดำเนินโครงการให้ยาต้านไวรัส ทำให้มีผู้เข้ารับการรักษามากขึ้น ในปัจจุบันพบว่า โดยพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่นอกจากมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายแล้ว ยังมีปัญหาสุขภาพจิตอันเกิดจากการไม่ยอมรับจากครอบครัวหรือสังคม และตลอดจนปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เพราะบางรายไม่สามารถทำงานได้ บางรายนายจ้างไม่ยอมรับเข้าทำงาน นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อเอ็ชไอวีมีจำนวนมากขึ้น ก็ยิ่งส่งผลให้พบว่าปัญหาของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ซึ่งมีผลต่อภาพรวมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในประเทศไทย แต่อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันพบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีบางรายเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความเสียสละพร้อมที่จะสามารถดูแลช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มกันเอง รวมถึงสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลกันเองในชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนากลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยได้รับการอบรมถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในแนวคิด วิธีปฏิบัติของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับสมาชิกในกลุ่ม มีการจัดอบรมวิทยากรแกนนำมาจาก 31 เครือข่าย โดยมีแกนนำที่ทำงานในกลุ่มศูนย์องค์รวมทั้งสิ้นจำนวน 1726 คน ข้อมูล ณ เดือนมกราคม พ.ศ.2553[5] การปฏิบัติงานแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล คือ ตัวแทนหรือทีมผู้นำด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพโดยผ่านกระบวนการอบรม 3 หลักสูตรเบื้องต้นคือ การดูแลโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ทักษะการคำปรึกษา และการติดตามดูแลเพื่อนสมาชิกอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้บริการปรึกษา 2) การดูแลโรคโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 3) การอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส[3]

ในการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จะเกิดประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยแรงจูงใจ

ซึ่งทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่น มีทิศทางและเป้าหมายในการทำงาน มีความพยายามในการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร[6] ในการปฏิบัติงานของแกนนำจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ปัจจัยด้านแรงจูงใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ซึ่งประกอบไปด้วย ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน 2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ประกอบไปด้วย ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นโยบายและการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว[7]

จากการสนทนากลุ่ม (Focus groups) กับแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ในพื้นที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน ในหัวข้อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่าจากการปฏิบัติงานของแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวียังพบ กลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง แต่กลับมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีการดื้อยาต้านไวรัสเนื่องจากการขาดยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่อง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงยังไม่เข้าถึงการบริการ รวมถึงกลุ่มที่ยังไม่เปิดเผยตนเอง ซึ่งในการปฏิบัติงานของแกนนำบางครั้งพบปัญหาความไม่ต่อเนื่องเพราะมีการเปลี่ยนบุคคลของแกนนำในการทำงาน หรือเป็นการทำงานที่ไม่ยั่งยืน ปัญหาเรื่องการทำงานด้านเอดส์ปัจจุบันที่พบคือ บุคลากรที่เป็นอาสาสมัครในการทำงานด้านเอดส์ ทั้งการดูแลผู้ป่วยเอดส์และการทำงานยังไม่เพียงพอ ในอัตราส่วนที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนมากขึ้น การทำงานด้านเอดส์เป็นการทำงานเฉพาะซึ่งผู้ปฏิบัติงาน จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนะคติที่ดีต่อการทำงาน มีความเสียสละ ไม่หวังผลตอบแทน แรงจูงใจจากสภาพปัญหาดังกล่าว การปฏิบัติงานของกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวียังไม่ครอบคลุมบางกิจกรรม ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา แรงจูงใจมีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล ในจังหวัดที่ศึกษาหรือไม่ อย่างไร โดยคาดว่าผลการวิจัยดังกล่าว จะสะท้อนให้เห็นภาพที่เป็นจริงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา สนับสนุน และส่งเสริมให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน และจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการพิจารณา ในการดำเนินงานสาธารณสุข การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลคือระหว่างวันที่ 21 มกราคม 2556–4 กุมภาพันธ์ 2556

ประชากร คือ แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่งจำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง โดยใช้การ

กำหนดขนาดตัวอย่างในกรณีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีการวิเคราะห์ที่ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุคูณ จากสูตร

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{\lambda\left(1 - R^2_{y/x}\right)}{R^2_{y/x}}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

λ = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางโคเฮน (Cohen) [8] ตาราง 9.4.2 (The Function of Effective Size) โดยพิจารณาจาก

- Power of test เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้
- α = ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- u = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร
- V = คำนวณได้จากสูตร V = N – u–1 แทนค่า (120 – 10 – 1 = 109) ดังนั้น V = 109 เมื่อเปิดตารางจะได้ค่า λ
- จากนั้นนำค่า V ซึ่งได้ค่า V = 109 แต่ผู้วิจัยกำหนดค่า V = 120 เป็นค่าที่จะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเพียงพอที่สุด เปิดตาราง Cohen (Power of test = 0.08, α = 0.05 และค่า V = 120) จากการเปิดตาราง หาค่า λ พบว่า λ มีค่า = 19.5
- R^2 = ค่าสัมประสิทธิ์อธิบายสมการถดถอย ผู้วิจัยจึงได้นำค่าอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 59.1 หรือ R^2 = 0.591 ซึ่งได้จากการวิจัยเรื่อง แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ (สุวัฒนะ วงศ์ปฏิมาพร, 2553) [9] มาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

แทนค่าในสูตร $n = \dfrac{19.5\ (1-0.591)}{0.59}$

n = 13.49 หรือ 14 คน

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ได้จากสูตรนี้ ทั้งหมด 14 คน แต่ในการสร้างตัวแบบที่ข้อมูลจากตัวอย่างที่มีขนาดเล็กเกินไปอาจไม่พบตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาได้ ดังนั้นขนาดของตัวอย่างในการสร้างตัวแบบจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง Nunnally and Bermstein[10] ได้ให้คำแนะนำว่า อย่างน้อยควรมีขนาดตัวอย่าง 10 ตัวอย่าง ต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัว ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ตัวแปรอิสระในการศึกษาจำนวน 10 ตัว จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 100 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้เป็นแบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานีจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 15 คน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) **และสถิติเชิงอนุมาน** (Infertial Statistics**)** ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient และ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis

ผลการศึกษา

การศึกษา เรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 46 คน ร้อยละ 46 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.7 ปี (S.D. = 5.87 ปี) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 53 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 42 ราย มีรายได้เฉลี่ย 4,855.20 บาท/เดือน (S.D. = 3,374.87 บาท/เดือน) รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 15,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี 5.31 ปี (S.D. = 3.15 ปี) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 89

2) ระดับแรงจูงใจของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.38) ซึ่งมีแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและแรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.44) และ 3.79 (S.D. = 0.44) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดโดยมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.40 (S.D. = 0.47) รองลงมาคือ ด้านความก้าวหน้าในการทำงาน มีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D. = 0.52) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ค่าตอบแทน โดยมีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.81 (S.D. = 0.82) ดังตารางที่ 1

3) ระดับการปฏิบัติแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีฯ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.41 (S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือด้านการให้บริการปรึกษา ค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D. = 0.44) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการดูแลโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ค่าเฉลี่ย 4.24 (S.D. = 0.52) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมากคือด้านการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.66) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง จำแนกรายด้าน

แรงจูงใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
ปัจจัยจูงใจ			
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	3.95	0.48	มาก
2. ด้านการยอมรับนับถือ	4.03	0.58	มาก
3. ด้านลักษณะงาน	4.09	0.55	มาก
4. ด้านความรับผิดชอบ	4.04	0.54	มาก
5. ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	4.21	0.52	มาก
รวม	**4.06**	**0.44**	**มาก**
ปัจจัยค้ำจุน			
1. ด้านค่าตอบแทน	2.81	0.82	ปานกลาง
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.40	0.47	มาก
3. ด้านนโยบายและการบริหาร	4.08	0.49	มาก
4. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	3.77	0.59	มาก
5. ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	3.91	0.68	มาก
รวม	**3.79**	**0.44**	**มาก**
ภาพรวม	**3.93**	**0.38**	**มาก**

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง จำแนกเป็นรายด้าน (n = 100)

แรงจูงใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การให้บริการปรึกษา	4.33	0.44	มาก
2. การดูแลโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	4.24	0.52	มาก
3. การอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน	3.90	0.66	มาก
4. การติดตามเยี่ยมบ้าน	4.06	0.67	มาก
รวม	**4.14**	**0.47**	**มาก**

4) แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ภาพรวมของแรงจูงใจ ภาพรวมของปัจจัยจูงใจ และภาพรวมของปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.64$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.53$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.57$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($r = 0.484$, $p\text{-value} = < 0.001$) ด้านการยอมรับนับถือ($r = 0.506$, $p\text{-value} = < 0.001$) ด้านความรับผิดชอบ ($r = 0.470$, $p\text{-value} = < 0.001$) ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ($r = 0.438$, $p\text{-value} = < 0.001$) และด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง คือ ด้านลักษณะของงาน ($r = 0.272$, $p\text{-value} = < 0.001$) และเมื่อพิจารณาปัจจัยค้ำจุนรายด้าน พบว่า ส่วนในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r = 0.507$, $p\text{-value} = < 0.001$) ด้านนโยบายและการบริหาร ($r = 0.653$, $p\text{-value} = < 0.001$) ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($r = 0.458$, $p\text{-value} = < 0.001$) ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($r = 0.371$, $p\text{-value} = < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านค่าตอบแทน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.191$, $p\text{-value} = < 0.001$) ดังตารางที่ 3

5) แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยค้ำจุน ด้านนโยบายและการบริหาร ($p\text{-value} = < 0.001$) ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ($p\text{-value} = 0.003$) ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($p\text{-value} = 0.014$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 51.50

$$Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3$$

แทนค่าสมการได้ดังนี้

Y = 0.566 + (0.426) (ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร) + (0.234) (ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน) + (0.207) (ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล)

ตารางที่ 3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมของแรงจูงใจ	0.635**	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	0.529**	< 0.001	ปานกลาง
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.484**	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านการยอมรับนับถือ	0.506**	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านลักษณะงาน	0.272**	< 0.001	ต่ำ
4. ด้านความรับผิดชอบ	0.470**	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	0.438**	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.570**	< 0.001	ปานกลาง
1. ด้านค่าตอบแทน	0.191	0.056	ไม่มีความสัมพันธ์
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.507**	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านนโยบายและการบริหาร	0.653**	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.458**	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.371**	< 0.001	ปานกลาง

ตารางที่ 4. ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	B	Beta	t	P-value
1. ด้านนโยบายและการบริหาร	0.426	0.448	5.137	< 0.001
2. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.234	0.242	3.095	0.003
3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.207	0.208	2.492	0.140

$R = 0.717$ $R^2 = 0.515$ ค่าคงที่ = 0.566, F = 33.949, P-value < 0.001

สรุปและวิจารณ์ผล

จากผลการวิเคราะห์ แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่งโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ที่ถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้

ปัจจัยค้ำจุนด้านด้านนโยบายและการบริหาร (p–value = < 0.001) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (p–value = 0.140) ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงาน (p–value = < 0.003) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 51.5 ซึ่งผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒนะ วงศ์ปฏิมาพร[9] พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านด้านนโยบายและการบริหาร และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร[11] พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านด้านนโยบายและการบริหาร และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วงศ์นริศ คงรอด[12] พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่ง ได้แก่ แรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุนในเรื่อง ด้านนโยบายและการบริหาร ซึ่งกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี มีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์จากการได้รับการอบรม และการมาปฏิบัติงาน มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน เสมือนเป็นตัวแทนให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี ควรเปิดโอกาสให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีฯได้ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายงานอย่างเหมาะสมกับความรู้ความสามารถและปริมาณงานที่รับผิดชอบและมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน ส่วนแรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุนในเรื่อง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปฏิบัติงานของแกนนำ ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีฯ และเพื่อนสมาชิกกลุ่มแกนนำมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันคอยช่วยเหลือกัน แกนนำ ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีฯมีความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ควรมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเพื่อนสมาชิกกลุ่มแกนนำฯ เพื่อกลุ่มจะได้มีการปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำในการทำงานซึ่งกันและกัน และแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจในเรื่อง ด้านความสำเร็จในการทำงานการที่จะทำให้ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ แกนนำฯ จะมีต้องความมุ่งมั่น ทุ่มเทและเสียสละ ที่จะทำงาน ถึงความรู้จะน้อยแต่ก็เข้าใจและจดจำความรู้ต่างๆ ที่ได้รับการอบรมประกอบกับการมีประสบการณ์ตรงจากโรคที่เป็นอยู่ทำให้มีใจที่อยากจะทำงานช่วยเหลือเพื่อนๆ ที่ติดเชื้อฯ ด้วยกันให้มีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งถือเป็นการทำงานที่ประสบผลสำเร็จ มีความพอใจกับผลการปฏิบัติงานการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี มีความผิดพลาดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤศ ไกยสิทธิ์[13] ที่พบว่าการส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มชายรักชายที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์อย่างต่อเนื่อง จากการจัดอบรมการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาและสิทธิประโยชน์การดูแลสุขภาพการป้องกันตามความต้องการของสมาชิกกลุ่มสัมพันธ์สำหรับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มชายรักชายซึ่งนัดในวันเดียวกัน ให้คำปรึกษาโดยแกนนำเฉพาะกลุ่มชายรักชายผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ช–

ไอวีในกลุ่มชาย รักชาย มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องยาและสิทธิประโยชน์ของตนเองเพิ่มมากขึ้น เกิดรูปแบบการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของชายรักชาย ได้พบกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนปัญหา แลกเปลี่ยนการเรียนรู้ และเสริมพลังใจ แต่จะมีเพื่อนสมาชิกบางคนที่เมื่อสุขภาพแข็งแรงแล้วหยุดกินยาเอง ทำให้ร่างกายทรุด และมีเชื้อดื้อยา ซึ่งทำให้การปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม ควรมีการจัดการอบรมแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มทักษะในด้านการถ่ายทอดความรู้ เพิ่มความมั่นคงและมั่นใจในการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และในด้านค่าตอบแทน พบว่า ค่าตอบแทนควรมีนโยบายในการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงานแต่ไม่กำหนดว่าจำนวนเท่าใด ใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง ควรมีงบสนับสนุน และต่อเนื่องเพื่อเกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากวิจัย

(1) ควรสนับสนุนให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน เพื่อจะทำให้มีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการทำงานและเป็นแนวทางเดียวกัน

(2) ควรสนับสนุนให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน และการศึกษาดูงานส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นงานที่ต้องมีจิตสาธารณะเสียสละในหลายด้าน ส่งผลให้เกิดความสำเร็จของงาน

(3) ควรส่งเสริมให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน แนวทางในการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ และกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

(1) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่–ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาล

(2) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลอย่างยั่งยืน

(3) ควรศึกษาวิจัย ความต้องการด้านพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลในจังหวัดที่ผู้วิจัยศึกษา ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในคลินิกยาต้านไวรัสทุกโรงพยาบาล และหัวหน้าเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ ในเขตพื้นที่ศึกษา ที่ให้ความร่วมมือในการทำการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง ขอบคุณแกนนำผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ และขอกราบขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักร บัวผัน ที่ให้ความรู้ ให้โอกาสและสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี 2555. ค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2555,.จาก http://www.ddc.moph.th

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2555, จาก http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-network_history_Next.aspx#a
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเอ็ชไอวี/เอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพ ฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2550
4. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย. จุดเริ่มต้นจากกลุ่มสู่เครือข่าย. ค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2555,จาก http:/www.thaiplus.net/
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552
6. ประจักร บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.; 2552
7. Herzberg F, Mausner B, & Snyderman BB. The motivation to work. (12th ed.). New Brunswick, NJ, USA.: Transaction Publishers; 2010
8. Cohen J. Statistical power analysis for behavioral science. 2nd ed. New Jersey: Lawrenge Erlbaum Associates; 1988.
9. สุวัฒนะ วงศ์ปฏิมาพร. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553
10. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติ และ ประชากรศาสตร์ คณะคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548
11. ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร. แรงจูงใจและการสนับสนุนองค์การที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณ – สุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551
12. วงค์นริศ คงรอด. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคภาคประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณ – สุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554
13. กฤศ ไกยสิทธิ์. การส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มชายรักชายที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์อย่างต่อเนื่อง. ค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2555, จาก http://www.aidsthai.org/uploads/files/Track%20C.pdf.

ความชุกของการกลายพันธุ์ยีนส์รีเวอร์สทรานสคริพเทสที่สัมพันธ์กับการดื้อยาของเชื้อเอ็ชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ในพื้นที่บริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

วิภาวี แสนวงษา, สิรินันท์ จันทนา*, ศรายุธ อุตตมางคพงศ์**

Abstract

Prevalent of RT Mutations Among HIV-1 Patients Who be Treated with a First-Line Antiretroviral in Service Area of the Office of Disease Prevention and Control Region 7th, Ubonratchathani

Wipawee Saenwongsa, Sirinun Juntana*, Sarayuth Uttamangkapong**

*Office of the Disease Prevention and Control Region 7th, Ubonratchathani, Thailand

Treatment is recommended for all with HIV infection. Prolonged treatment with antiretroviral drugs and poor adherence results in the selection of HIV-1 variants with mutations and drug resistance. Frequency of genetic mutation associated with drug resistance data especially reverse transcriptase (RT) gene mutation may useful to adjust the antiretroviral drug regimens.

***Aims**: Our study aimed to demonstrate the prevalent of RT gene mutations among HIV-1 patients who treated with first-line antiretroviral.*

***Methods**: Retrospective cohort studies were systematically searched base on first-line antiretroviral drug for at least 6 months and shown viral load greater than 2,000 copies/ml were included in the study. HIV-1 genotypic resistance testing which detects resistance mutation in the reverse transcriptase gene were used.*

***Results**: A total number of 287 patients were identified as being eligible for the study. Duration of ARV treatment data is among 1-7 years. One to three years of ARV treatment was the most common found RT gene mutations (51.57%). Nevirapine-main and efavirenz-main regimens were found 83.28% and 16.03%, respectively. Stavudine+lamivudine backbone and zidovudine+lamivudine backbone were found 82.93% and 17.07%, respectively. M184V, Y181C, TAMs, K103N/S, G190A, V108I and 151*

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

complex were 7 majors RT gene mutations and found in 68.64%, 50.52%, 40.42%, 29.62%, 25.78%, 14.63% and 11.50%, respectively. Other minor mutations were K65R, Y188L, L74V and K101P found in 5.57%, 4.53%, 2.44% and 1.74%, respectively. In addition, 3 majors RT gene mutations, Y181C/I, M184V and K103N/S, were found in patients who treated with ARV in first year.

***Conclusion**: Our study indicated that patients who treated with first-line antiretroviral regimen could develop HIV drug resistance mutations in first year of treatment. So, physicians treating patients should consider the magnitude of ARV regimens and address drug adherence aggressively for effective treatment and prevention the accumulation of resistance mutations among patients failing first-line regimens.*

Key Words: HIV Mutation, HIV Drug Resistance, HIV Reverse Transcriptase Gene, ARV Regimen
Thai AIDS J 2013; 25 : 71-76

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีอย่างถ้วนหน้า และได้ขยายขอบเขตการบริการอย่างกว้างขวางในทุกสิทธิ์ การรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีเป็นเวลานาน และการขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้มีโอกาสพบการกลายพันธุ์ของเชื้อเอ็ชไอวี จนนำไปสู่การดื้อยาได้ ดังนั้น หากเราทราบถึงความชุกของการกลายพันธุ์ ก็จะสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเลือกใช้สูตรยาพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการกลายพันธุ์ของยีนส์ Reverse Transcriptase (RT) ซึ่งสามารถพบการกลายพันธุ์ได้ง่ายจากการรับประทานยาสูตรที่มี NRTI/NNRTI base ซึ่งเป็นสูตรพื้นฐานที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่ของประเทศไทยได้รับเป็นสูตรแรก การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาของเชื้อเอ็ชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ในพื้นที่บริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี โดยนำตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด จากโรงพยาบาลต่างๆในเขตรับผิดชอบกว่า 90 โรงพยาบาล ในช่วงเดือนตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554 รายที่มีประวัติกำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและมีปริมาณไวรัสมากกว่า 2,000 copies/ml จะถูกนำมาวิเคราะห์หาการกลายพันธุ์ยีนส์ RT โดยนำมาสกัดสารพันธุกรรมของเชื้อเอ็ชไอวี จากนั้นนำไปเพิ่มจำนวนด้วยเทคนิค RT-PCR และหาการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ด้วยเทคนิคจีโนไทป์ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและมีปริมาณไวรัสมากกว่า 2,000 copies/ml ได้รับการตรวจจีโนไทป์ทั้งสิ้น 287 ราย พบมีประวัติการรับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1 – 7 ปี โดยพบว่าผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้ว 1–3 ปีมีการกลายพันธุ์ของยีนส์ RT ที่สัมพันธ์กับการดื้อยามากที่สุดเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่พบการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ทั้งหมด คือร้อยละ 51.57 สูตรยาที่รับประทานเป็น Nevirapine (NVP)–main ร้อยละ 83.3 และเป็น efavirenz (EFV)–main ร้อยละ 16.7 มีการใช้สูตรที่มี stavudine (D4T)+lamivudine (3TC) backbone เป็นร้อยละ 82.9 และสูตรที่มี Zidovudine (AZT)+ lamivudine (3TC) backbone เป็นร้อยละ 17.1 พบการกลายพันธุ์ของยีนส์ RT ที่มากเป็น 7 ลำดับแรกคือ M184V, Y181C/I, TAMs, K103N/S, G190A, V108I และ 151 complex โดยพบร้อยละ 68.6, 50.5, 40.4, 29.6, 25.8, 14.6 และ 11.2 ตามลำดับ การกลายพันธุ์อื่นที่สำคัญแต่ยังพบไม่มากคือ K65R, Y188L, L74V และ K101P โดยพบเป็นร้อยละ 5.6, 4.5, 2.4 และ 1.7 ตามลำดับ

ในกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้ว 1 ปี พบมีการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่ง Y181C/I, M184V และ K103N/S มากเป็น 3 ลำดับแรก จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ยาสูตรพื้นฐานที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับประทานเป็นสูตรแรกนั้น สามารถเกิดการกลายพันธุ์ได้ตั้งแต่ปีแรกที่รับประทาน ดังนั้น การให้ความสำคัญเรื่องสูตรยาที่เหมาะสมและวินัยในการรับประทานยา จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่ง ในการวางแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และป้องกันการสะสมของการกลายพันธุ์ที่สัมพันธ์กับการดื้อยา ในผู้ที่รักษาล้มเหลวด้วยสูตรยาพื้นฐานต่อไป

คำสำคัญ การกลายพันธุ์ของเชื้อเอ็ชไอวี, เชื้อเอ็ชไอวีดื้อยา, ยีนส์ Reverse transcriptase, สูตรยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี
วารสารโรคเอดส์ 2556; 25 : 71–76

บทนำ

ปัจจุบันมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ช–ไอวีอย่างถ้วนหน้า และได้ขยายขอบเขตการบริการอย่างกว้างขวางในทุกสิทธิ์ โดยสูตรยาพื้นฐานที่สมาคม International Antiviral Society–USA (IAS–USA) แนะนำไว้เมื่อปี 2555[1] *และประเทศไทยโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แนะนำว่าควรใช้สูตรที่ประกอบด้วย 2NRTI (Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor) ร่วมกับ 1NNRTI (Non–Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors) เป็นสูตรพื้นฐาน*[2] *การรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีเป็นเวลานาน และการขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้มีโอกาสพบการกลายพันธุ์ของเชื้อเอ็ชไอวี จนนำไปสู่การดื้อยาได้*[3, 4] *ดังนั้น หากเราทราบถึงความชุกของการกลายพันธุ์ ก็จะสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเลือกใช้สูตรยาพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งช่วยสะท้อนปัญหาการกลายพันธุ์ของเชื้อเอ็ชไอวีที่สัมพันธ์กับการดื้อยา โดยเฉพาะการกลายพันธุ์ของยีนส์ Reverse Transcriptase (RT) ซึ่งสามารถพบการกลายพันธุ์ได้ง่ายจากการรับประทานยาสูตรที่มี NRTI/NNRTI base ซึ่งเป็นสูตรพื้นฐานที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่ของประเทศไทยได้รับเป็นสูตรแรก*

วัตถุประสงค์

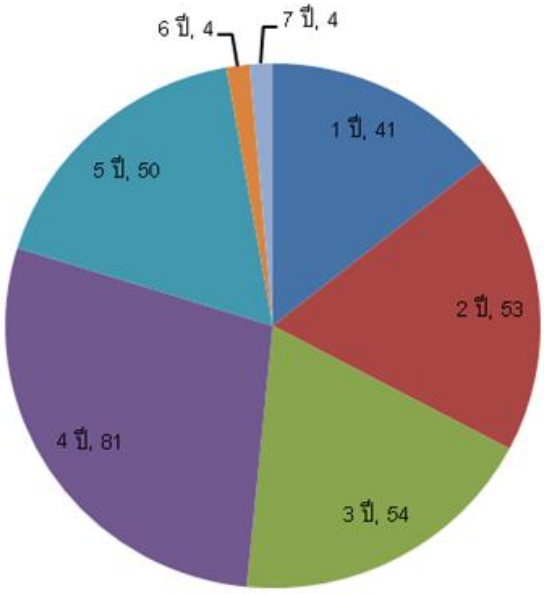
เพื่อศึกษาความชุกของการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาของเชื้อเอ็ชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ในพื้นที่บริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

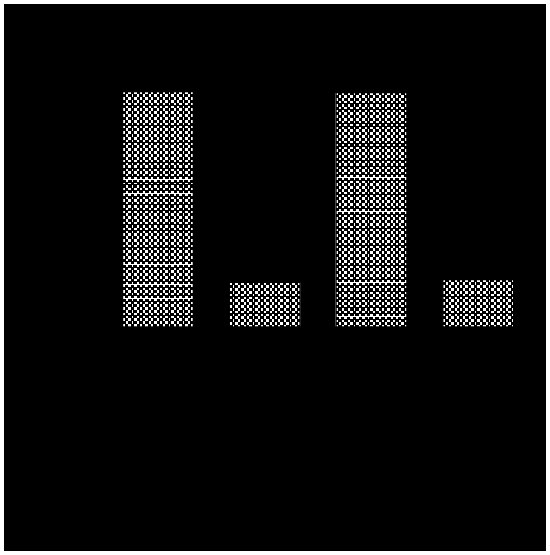
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในช่วงเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2554 จากข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในตัวอย่างเลือดที่ส่งจากโรงพยาบาลต่างๆในเขตรับผิดชอบกว่า 90 โรงพยาบาล ที่ส่งตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือดด้วยเทคนิค real time RT–PCR[5] รายที่มีประวัติกำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและพบปริมาณไวรัสมากกว่า 2,000 copies/ml จะถูกนำมาวิเคราะห์หาการกลายพันธุ์ยีนส์ RT โดยนำมาสกัดสารพันธุกรรมของเชื้อเอ็ชไอวี จากนั้นนำไปเพิ่มจำนวนด้วยเทคนิค RT–PCR และหาการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ด้วยเทคนิคจีโนไทป์[6,7] การแปลผลตำแหน่งการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ยึดตามมาตรฐานสมาคม IAS–USA[8] ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาร้อยละของการพบการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่งต่างๆของยีนส์ RT

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 2,000 copies/ml ได้รับการตรวจจีโนไทป์เพื่อหาการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ทั้งสิ้น 287 ราย พบมีประวัติการรับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1–7 ปี (แผนภูมิที่ 1) โดยพบว่าผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้ว 1–3 ปีมีการกลายพันธุ์ของยีนส์ RT ที่สัมพันธ์กับการดื้อยามากที่สุดเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่พบการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ทั้งหมด คือร้อยละ 51.57 (ตารางที่ 1) สูตรยาที่รับประทานเป็น Nevirapine (NVP)–main ร้อยละ 83.3 และเป็น efavirenz (EFV)–main ร้อยละ 16.7 มีการใช้สูตรที่มี stavudine (D4T)+lamivudine (3TC) backbone เป็นร้อยละ 82.9 และสูตรที่มี



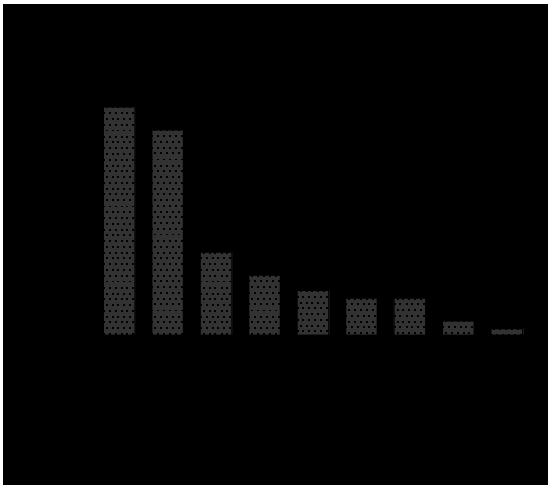
แผนภูมิที่ 1: แสดงจำนวน (ราย) ของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานที่ระยะเวลา 1–7 ปี



แผนภูมิที่ 2: แสดงร้อยละของสูตรยาพื้นฐานที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีกำลังรับประทาน



แผนภูมิที่ 3: แสดงร้อยละของตำแหน่งการกลายพันธุ์ยีนส์ Reverse transcriptase ที่พบทั้งหมด ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน



แผนภูมิที่ 4: แสดงร้อยละของตำแหน่งการกลายพันธุ์ยีนส์ Reverse transcriptase ที่พบในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่รับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานนาน 1 ปี

Zidovudine (AZT)+ lamivudine (3TC) backbone เป็นร้อยละ 17.1 (แผนภูมิที่ 2) พบการกลายพันธุ์ของยีนส์ RT ที่มากเป็น 7 ลำดับแรกคือ M184V, Y181C/I, TAMs, K103N/S, G190A,

ตารางที่ 1. แสดงระยะเวลาการรับประทานยาและร้อยละของตัวอย่างที่พบการกลายพันธุ์ยีนส์ RT

ระยะเวลาการรับประทานยา	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละที่พบการกลายพันธุ์
1–3	148	51.57
4–6	135	49.04
7	4	1.39

V108I และ 151 complex โดยพบร้อยละ 68.6, 50.5, 40.4, 29.6, 25.8, 14.6 และ 11.2 ตามลำดับ การกลายพันธุ์อื่นที่สำคัญแต่ยังพบไม่มากคือ K65R, Y188L, L74V และ K101P โดยพบเป็นร้อยละ 5.6, 4.5, 2.4 และ 1.7 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 3) ในกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้ว 1 ปี พบมีการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่ง Y181C/I, M184V และ K103N/S มากเป็น 3 ลำดับแรก โดยพบเป็นร้อยละ 31.6, 28.4 และ 11.6 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 4)

สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานีนั้น มีการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาค่อนข้างสูง และสามารถพบได้ตั้งแต่ช่วงปีแรกของการรับประทานยาต้านไวรัส อีกทั้งยังพบว่าตำแหน่งของการกลายพันธุ์ในการศึกษาครั้งนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Jenwitheesuk และคณะที่เคยศึกษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีเมื่อปี 2545 แต่พบว่าความชุกของการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ในการศึกษานี้สูงขึ้นกว่ามาก[9] นอกจากนี้ หลายการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสามารถเกิดการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาได้ตั้งแต่ช่วงปีแรกที่รับประทานยา[10,11] นอกจากนี้ การศึกษาที่แอฟริกาใต้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสมีการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาได้ตั้งแต่ 5 เดือนแรกของการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 88.4[12] และถึงแม้ว่าข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะมีข้อจำกัดด้านสิทธิผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ต้องเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือนจึงจะสามารถรับบริการตรวจหาปริมาณไวรัสและการดื้อยาได้ หากเกิดการดื้อยาหรือการกลายพันธุ์ยีนส์ RT ก่อนหน้านั้นก็ไม่สามารถตรวจพบได้ แต่ก็สามารถแสดงให้เห็นว่า ยาสูตรพื้นฐานที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับประทานเป็นสูตรแรก ตามแนวทางการรักษาของประเทศไทยนั้น[2] สามารถเกิดการกลายพันธุ์ยีนส์ RT จนนำไปสู่การดื้อยาในกลุ่ม NRTI และ NNRTI ได้ตั้งแต่ปีแรกที่รับประทาน ดังนั้น การให้ความสำคัญเรื่องสูตรยาที่เหมาะสมและวินัยในการรับประทานยา จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่ง ในการวางแผนการรักษาของแพทย์[4] เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และป้องกันการสะสมของการกลายพันธุ์ที่สัมพันธ์กับการดื้อยา ในผู้ที่รักษาล้มเหลวด้วยสูตรยาพื้นฐาน นอกจากนี้แล้ว ข้อมูลในการศึกษานี้อาจเป็นประโยชน์ไม่มากก็น้อยต่อการวางแผนปรับสูตรยาพื้นฐานของประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุก

ท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการส่งตรวจตามเกณฑ์มาตรฐานการรักษา และให้ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้การดำเนินงานครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Thompson MA, Aberg JA, Hoy JF, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2012 recommendations of the International Antiviral Society–USA panel. JAMA 2012; 308(4): 387–402. Epub 2012/07/24.
2. กรมควบคุมโรค. National guidelines on HIV/AIDS diagnosis and treatment: Thailand 2010. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด: ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย; กันยายน 2553. 479 หน้า.
3. Ma A, Chen DM, Chau FM, Saberi P. Improving adherence and clinical outcomes through an HIV pharmacist's interventions. AIDS Care 2010; 22 : 1189–94.
4. Haddad M, Inch C, Glazier RH, et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Cochrane Database Syst Rev 2000 : CD001442.
5. Pyne MT, Brown KL, Hillyard DR. Evaluation of the Roche Cobas AmpliPrep/Cobas TaqMan HIV–1 test and identification of rare polymorphisms potentially affecting assay performance. J Clin Microbiol 2010; 48 : 2852–8.
6. Stelzl E, Proll J, Bizon B, et al. Human immunodeficiency virus type 1 drug resistance testing: Evaluation of a new ultra–deep sequencing–based protocol and comparison with the TRUGENE HIV–1 Genotyping Kit. J Virol Meth 2011; 178 : 94–7. Epub 2011/09/13.
7. Sturmer M, Berger A, Preiser W. HIV–1 genotyping: comparison of two commercially available assays. Expert Rev Mol Diagn 2004; 4 : 281–91.
8. Johnson VA, Calvez V, Gunthard HF, et al. 2011 update of the drug resistance mutations in HIV–1. Top Antiviral Med 2011; 19 : 156–64. Epub 2011/12/14.
9. Jenwitheesuk E WC, Pongthanapisith V, Vibhagool A, Sungkanuparph S, Chantratita W. Prevalence of HIV–1 resistant to antiretroviral drug in Thailand. Int Conf AIDS 2002; 14: 7–12.
10. Sungkanuparph S, Manosuthi, W, Kiertiburanakul, S, Chantratita, W. Genotypic resistance in HIV–infected patients failing a d4T/3TC/NVP regimen. J Infect Dis Antimicrob 2004; 21: 61–7.
11. Conway B, Wainberg MA, Hall D, et al. Development of drug resistance in patients receiving combinations of zidovudine, didanosine and nevirapine. AIDS 2001; 15(10): 1269–74. Epub 2001/06/27.
12. Sigaloff KC, Ramatsebe T, Viana R, de Wit TF, Wallis CL, Stevens WS. Accumulation of HIV drug resistance mutations in patients failing first–line antiretroviral treatment in South Africa. AIDS Res Hum Retrov 2012; 28 : 171–5. Epub 2011/08/09.

ความคืบหน้าการพัฒนาวัคซีนป้องกันเอ็ชไอวี*

*สรชัย นิตยพันธ์***

การพัฒนาวัคซีนป้องกันเอ็ชไอวียังมีความจำเป็นหรือไม่ท่ามกลางการป้องกันการติดเชื้อที่ได้ผลระดับหนึ่งในปัจจุบัน เช่น การป้องกันโดยการใช้การรักษา การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ การใช้ถุงยางอนามัย การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี การป้องกันการติดเชื้อในเด็กจากมารดาที่ติดเชื้อ การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย เป็นต้น

ในปลายปี พ.ศ.2553 มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีทั่วโลกประมาณ 34 ล้านคน (31.6–35.2 ล้านคน) เพิ่มขึ้นร้อยละ 17 จากปี พ.ศ. 2544 สะท้อนให้เห็นถึงการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่อย่างต่อเนื่องจำนวนมาก จากการใช้ model ประมาณการติดเชื้อในอนาคต ทำนายว่าอัตราการติดเชื้อใหม่ยังจะคงประมาณ 2% แม้จะมีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อหลายชนิด ดังนั้นการพัฒนาวัคซีนป้องกันเอ็ชไอวีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการป้องกันที่ยังคงมีความสำคัญสูงสุดด้านสุขอนามัยของโลก และยังเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดสำหรับการควบคุมเชื้อเอ็ชไอวี–1 อย่างยั่งยืน การกำจัด และขจัดเชื้อเอ็ชไอวี–1ให้หมดไป

ในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคนี้ รัฐบาลไทยได้พัฒนาและดำเนินการวางแผนในการป้องกันและการควบคุมเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งวัคซีนป้องกันเชื้อเอ็ชไอวีถือเป็นส่วนสำคัญของแผนดังกล่าว ดังนั้น คณะกรรมการด้านโรคเอดส์แห่งประเทศไทย (National AIDS Commission of Thailand) จึงได้ตั้งคณะอนุกรรมการวิชาการการทดลองวัคซีนเอดส์โดยรับผิดชอบด้านการประสานงานและควบคุมดูแลการดำเนินงานต่างๆในด้านนี้ในปี พ.ศ. 2534 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เลือกให้ประเทศไทยเป็นพื้นที่สำหรับการทดลองวัคซีนเอ็ชไอวี ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา WHO/UNAIDS ได้ให้คำปรึกษาแก่คณะอนุกรรมการฯ และการทดลองวัคซีนเอ็ชไอวีของคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (National Commission for the Prevention and Control of AIDS) จากความร่วมมือกันของหลายภาคส่วน ทำให้ประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนพัฒนาแห่งชาติและได้ดำเนินการทดลองวัคซีนหลายครั้งซึ่งรวมถึงการทดลองระยะที่ 3 ที่เป็นการทดลองครั้งแรกในประเทศกำลังพัฒนาการผนึกกำลังกันทั้งโดยการวางแผน ความร่วมมือและความทุ่มเทต่อการพัฒนาวัคซีนเอ็ชไอวีได้ทำให้ประเทศไทยจัดอยู่ระดับผู้นำของโลกในด้านการพัฒนาวัคซีนเอ็ชไอวี

*จากงานประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 21 สมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย) วันที่ 23 มกราคม 2555 ณ โรงแรมทวินทาวเวอร์

**สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร, กรมแพทย์ทหารบก

เมื่อไม่นานมานี้ ได้มีการทดลองประสิทธิภาพระยะที่ 3 สำหรับวัคซีนปูพื้น–กระตุ้น ประกอบไปด้วย ALVAC–HIV (vCP1521) และ AIDSVAX®B/E โครงการนี้ดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ทั้งฝ่ายไทยและฝ่ายสหรัฐอเมริกาซึ่งทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดชลบุรี และระยองอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 16,402 คน ได้มีการคัดเลือกคนในชุมชนทั้งชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 30 ปีที่ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยไม่ได้คำนึงถึงความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอ็ชไอวีโดยเรียกโครงการนี้ว่า RV144

ในปีพ.ศ. 2552 ได้ข้อสรุปจากโครงการ RV144 ว่า

วัคซีนมีความปลอดภัย

อัตราประสิทธิผลที่สูงถึงร้อยละ 60 ในปีแรกหลังจากได้รับวัคซีน และเมื่อเวลาผ่านไปก็ค่อยๆ ลดลงเหลือร้อยละ 31.2 เมื่อครบ 3.5 ปี

ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในค่าเฉลี่ยของจำนวนไวรัสในกระแสเลือดสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับสารเลียนแบบวัคซีน

ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในจำนวน CD4+ หลังการติดเชื้อระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

เป็นภูมิคุ้มกันชนิดเกาะติดเชื้อไม่ใช่ชนิดทำลายเชื้อ (Binding Ab but not Nab)

ภูมิตอบสนองชนิด CD4 ไม่ใช่ CD8

คำถามคือ

ระบบภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเป็นชนิดใด

วัคซีนกลุ่มนี้ใช้ได้ผลกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกลุ่มอื่นหรือไม่เช่นกลุ่มชายรักชาย

การฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำจะเพิ่มประสิทธิผลของวัคซีนหรือไม่

วัคซีนกลุ่มนี้ใช้ได้ผลกับพื้นที่อื่นที่มีไวรัสสายพันธุ์ย่อยอื่นหรือไม่

จากการวิเคราะห์ Case–Control โดย Dr. Haynes และคณะ ซึ่งวิเคราะห์ตัวแปรทั้งหมดที่สามารถตรวจพบได้ในกลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับวัคซีนที่ไม่ติดเชื้อ กลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับวัคซีนที่ติดเชื้อ และกลุ่มที่ได้วัคซีนเลียนแบบ ถึงความเกี่ยวโยงของความเสี่ยงในการติดเชื้อ ซึ่งพบว่า

การตอบสนองในระดับสูงของแอนติบอดี V1V2 มีความเกี่ยวโยงกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ที่ลดลง และ

การตอบสนองในระดับสูงของ IgA env เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ที่สูงขึ้น

จากการที่ค้นพบของความสัมพันธ์ระหว่างภูมิคุ้มกันกับแอนติบอดีที่มีต่อตำแหน่งวี1/วี2 (V1/V2) ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าด้วยสาเหตุกลไกดังกล่าว ทำให้เกิดผลในเชิงป้องกันได้ ได้มีการศึกษาเชื้อไวรัสโดยตรงเรียกว่า Sieve Analysis (Rolland et al, Nature 2012) โดยการตรวจการเรียงตัวของสายพันธุ์ไวรัสจากอาสาสมัครที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน เมื่อเปรียบเทียบกับอาสาสมัครที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มที่ได้รับสารเลียนแบบวัคซีน

ซึ่งอาจเปรียบเทียบเพื่อความเข้าใจดังนี้ คือ ปลาเทียบกับตัวไวรัสที่ถูกจับได้โดยแหหรือภูมิคุ้มกัน ยังมีไวรัสที่หลุดลอดแหไปได้ทำให้เกิดการติดเชื้อ นำปลาที่หลุดลอดแหมาตรวจเทียบกับปลาบนแหเพื่อดูความแตกต่าง



ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างจริงตรงส่วนของ V2

จึงสรุปได้ว่าวัคซีนที่ใช้ทดสอบกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันโดยไปทำปฏิกิริยากับส่วนของไวรัสเฉพาะที่

เพื่อจะตอบคำถามที่เหลือจะต้องทำการศึกษาเพิ่มซึ่งนำไปสู่โครงการศึกษาต่อเนื่องอีก 2 โครงการ ซึ่งเรียกกันว่า อาร์วี305 (RV305) และ อาร์วี306 (RV306) ด้วยการใช้วัคซีนรูปแบบเดิม เพื่อที่จะศึกษาลักษณะการตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในเลือด รวมทั้งของเหลวในร่างกายโดยเฉพาะสารคัดหลั่งจากปากมดลูก น้ำอสุจิ เป็นต้น

โครงการแรกเรียกว่า อาร์วี305 (RV305) เป็นการทดสอบระยะที่สองเพิ่มเติมด้วยการฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำเพิ่มอีก 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 6 เดือน ในอาสาสมัครกลุ่มเดิมจากโครงการวัคซีนศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 ที่ได้รับวัคซีนครบและไม่ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 162 คน โดยเริ่มต้นในเดือน เม.ย. 2555 และจะมีการติดตามและสรุปผลในอีก 2 ปีข้างหน้า

ส่วนโครงการที่ 2 อาร์วี 306 เป็นการทดสอบในระยะที่ 2 เพื่อประเมินความแตกต่างของการฉีดวัคซีนกระตุ้น 1 ปี หลังจากได้รับการฉีดวัคซีนปูพื้น–กระตุ้นซ้ำของวัคซีนเอดส์เอดส์แว็กซ์ บี/อี เพียงอย่างเดียว หรืออัลแว็กซ์–เอ็ชไอวี (วีซีพี 1521) เพียงอย่างเดียว หรือทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน โดยโครงการนี้จะเป็นการศึกษาลักษณะการตอบสนองของภูมิคุ้มกันดั้งเดิม หรือภูมิคุ้มกันเฉพาะในสารคัดหลั่งทางปากมดลูก ทวารหนัก น้ำอสุจิ เนื่องจากวัคซีนปูพื้นและกระตุ้นนี้ให้ผลเบื้องต้นในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายในเลือดแต่ไม่ทราบว่าวัคซีนนี้จะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันในส่วนอื่นๆ ของร่างกายหรือไม่ ซึ่งโครงการดังกล่าวจะทดลองในอาสาสมัครใหม่ที่ไม่มีความเสี่ยง 360 คน มีระยะเวลาดำเนินโครงการ 3 ปี และสรุปผล

- ความสำเร็จของวัคซีนคงเกิดจากความร่วมมือของหน่วยงาน และสถาบันหลายแห่ง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขไทย ศูนย์ทดสอบวัคซีน และศูนย์ข้อมูล คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบกฝ่ายสหรัฐอเมริกา และฝ่ายไทย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสภากาชาดไทย โดยได้รับการสนับสนุนจาก บริษัท Global Solutions for Infectious Diseases บริษัท Sanofi Pasteur, Henry M. Jackson Foundation for the

Advancement of Military Medicine, The Bill & Melinda Gates Foundation's Collaboration for AIDS Vaccine Discovery (CAVD) และกองทัพบกสหรัฐฯ เป็นต้น ขอขอบคุณอาสาสมัคร สมาชิกชุมชน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข และนักวิทยาศาสตร์ทุกท่านที่ผนึกกำลัง ร่วมมือในการวิจัยเพื่อค้นหาวัคซีนป้องการติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่งผลให้ประเทศไทยจัดอยู่ระดับผู้นำของโลกในด้านพัฒนาวัคซีนเอดส์

การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจสาธารณสุขที่ 12

ศรัญญู ทิพประมวล, ประจักร บัวผัน***

Abstract

The Administration of HIV/AIDS among the Staffs in Community Hospitals of the Public Health Region 12

Saranyoo Tippramual, Prachak Bouphan***

*Disease Prevention & Control Office, 6 th Region , Khonkaen.
**Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDs) is a major public health problem in the world. As well as in Thailand. The HIV/AIDs Strategic in Thailand 2012 -2016 is called "Getting to Zero" is No infections, No deaths from AIDs and stigma. The purpose of this study was to investigate the motivation and organizations supporting that affect the administration of HIV/AIDS among the staffs in community hospitals of the public health region 12. This is a cross-sectional descriptive study. Data were collected questionnaires 128 staffs and in-depth interview of 8 cases, reliability is 0.97 then analyzed by descriptive statistics and inferential statistics are Pearson's product moment correlation, and Stepwise multiple linear regression.

It was revealed that, the level of Motivation affecting the administration were high level ($\bar{x}$ = 3.79, S.D. = 0.39), the motivation factor and hygiene factor were high level ($\bar{x}$ = 3.88, S.D. = 0.90 and $\bar{x}$ = 3.70, S.D. = 0.42), organizations supporting was high level($\bar{x}$ = 3.52, S.D. = 0.56), and the administration of HIV/AIDS among the staffs in community hospitals of the public health region 12 was high level ($\bar{x}$ = 3.59, S.D. = 0.62). The motivation factors, hygiene factors organizations supporting had moderately positive influence on the administration of HIV/AIDS among the staffs in community hospitals of the public health region 12 with a level of statistical significant at 0.01 (r = 0.626 , p-value < 0.001 , r = 0.632, p-value < 0.001 , r = 0.536 , p-value < 0.001) respectively. Two factors that could predict the administration of HIV/AIDS among the staffs in community hospitals of the public health region 12 of the subjects included recommendation and material support (53.0%). Problem and obstacles arising from the study were motivation factors (35.2%) and hygiene factors (22.3%). Suggestion were top management should focus on the recommendation for the staffs and support adequately materials to administration of HIV/AIDS.

Key Words: Motivation, Organization Support, The administration, HIV/AIDS
Thai AIDS J 2013; 25 : 81-93

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
**ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

*โรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome, AIDS) นับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในระดับโลก รวมทั้งในประเทศไทย โดยยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555–2559 เรียกว่า **"Getting to Zero" คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ และไม่มีการตีตรา** การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคณะทำงานประจำคลินิกเอดส์โรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 128 ชุด และการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 8 ราย ค่า Reliability เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา, สถิติอ้างอิงที่ใช้ คือ Pearson's product moment correlation และ Stepwise multiple linear regression*

ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.= 0.39) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและแรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.= 0.40) และ 3.70 (S.D.= 0.42) ตามลำดับ ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.= 0.56) การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D.= 0.62) ภาพรวมของแรงจูงใจ ภาพรวมของปัจจัยจูงใจ และภาพรวมของปัจจัยค้ำจุน ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.626$, $p\text{–value} < 0.001$, $r = 0.632$, $p\text{–value} < 0.001$, $r = 0.536$, $p\text{–value} < 0.001$ ตามลำดับ) และตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 คือ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ($p\text{–value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{–value} < 0.001$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 ได้ร้อยละ 53.0 ปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือ แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ ร้อยละ 35.2 รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุน ร้อยละ 22.3 ข้อเสนอแนะ คือ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการให้การยอมรับนับถือต่อเจ้าหน้าที่ที่บริหารโครงการและการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการบริหารโครงการอย่างเพียงพอ

คำสำคัญ แรงจูงใจ, การสนับสนุนจากองค์การ, การบริหารโครงการ, ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
วารสารโรคเอดส์ 2556; 25 : 81–93

บทนำ

*โรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome, AIDS) ซึ่งเกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอ็ชไอวี (Human Immuno–deficiency Virus, HIV) เข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในระดับโลก รวมทั้งในประเทศไทย ที่มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2554 กว่า 376,690 ราย เสียชีวิตแล้ว 98,721 ราย ซึ่งปัจจุบันยังมีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศมากกว่า 200,000 ราย[1] องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ได้ริเริ่มโครงการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ ในอีก 5 ปี ข้างหน้า คือ ปี ค.ศ. 2012–2016 (พ.ศ. 2555–2559) การรณรงค์นี้เรียกว่า **"Getting to Zero" คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ ไม่มีการตีตราหรือการแบ่งแยกผู้ติดเชื้ออีกต่อไป (Zero stigma and discrimination)** ซึ่งเป็นสิ่งที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้นำนโยบายนี้ มาจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555–2559 เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย**การที่ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์** สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย*

– สหรัฐด้านสาธารณสุข จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ผู้ใหญ่และเด็กในประเทศไทยขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ก่อให้เกิดกลไกการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับภูมิภาค สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ในระดับพื้นที่ พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องโดยให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ มีส่วนร่วม ในการติดตามงาน ประเมินปัญหาและอุปสรรค การบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพทั้งของผู้ใหญ่และเด็กให้เข้ากับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกลไกเชื่อมโยงกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล รวมทั้งขยายบริการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดในระยะยาว[2] *ซึ่งการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และประสบความสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การริเริ่มโครงการ เป็นขั้นตอนการวางหลักการในการทำโครงการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดประเด็นปัญหาวิเคราะห์ทางเลือก การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดความรับผิดชอบ และการกำหนดทรัพยากรทางการบริหาร 2) การวางแผนโครงการ เป็นขั้นตอนการวางแผนในการดำเนินงานตามโครงการ ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดพันธกิจต่างๆ การวางแผนด้านบุคลากร การวางแผนด้านงบประมาณ การวางแผนด้านทรัพยากร การจัดทำกำหนดการโครงการ กำหนดคุณสมบัติของผู้บริหารโครงการ 3) การดำเนินงาน เป็นขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนที่วางเอาไว้ ประกอบด้วย การสื่อสารภายในองค์การ การบริหารทรัพยากรบุคคล การควบคุมกำกับและประเมินผล การบริหารเวลา การมอบหมายงานและการกระจายทรัพยากร การรายงานผลการดำเนินงาน การจัดการเปลี่ยนแปลง การควบคุมคุณภาพ และการพยากรณ์การดำเนินงาน 4) การยุติโครงการ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานและเป็นการประเมินผลโครงการ ประกอบด้วย การดำเนินโครงการต่อ การยุติโครงการ การขยายโครงการ การผสานเข้ากับงานปกติ การชี้แจงผลการดำเนินงาน การส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน การส่งต่อทรัพยากร และการสรุปบทเรียน*[3]

ในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ประสบความสำเร็จนั้น แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการบริหารงาน ซึ่งจะทำให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มความสามารถ และการปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้องค์การประสบความสำเร็จ บรรลุจุดประสงค์ เป้าหมายที่ตั้งไว้ ไปพร้อมกับการบรรลุเป้าหมายส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน และทำให้องค์การมีความเข้มแข็ง ซึ่งมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) ซึ่งประกอบไปด้วย ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน และความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง 2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ประกอบไปด้วย เงินเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน สถานภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว[4]

เพื่อให้สามารถบริหารโครงการให้บรรลุ

เป้าหมายได้นั้น นอกจากต้องอาศัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรแล้ว ยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การ (Organization Support) ที่ปฏิบัติงานอยู่คือ ปัจจัยการบริหาร ซึ่งประกอบด้วย คน(Man) งบประมาณ(Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการบริหารจัดการ (Manage–ment) เป็นองค์ประกอบเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน ซึ่งเรียกว่า 4M's นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้ คือ ปัจจัยด้านเวลา (Time) ซึ่งมีอิทธิผลต่อการบริหารโครงการให้ประสบผลสำเร็จ[5] ซึ่งการสนับสนุนจากองค์การนี้จะเป็นส่วนที่ช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินงานตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

จากการประชุมชี้แจงโครงการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่และเด็ก ปี งบประมาณ 2554 พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ คือ มีการสับเปลี่ยนบุคลากรหรือผู้รับผิดชอบโครงการเป็นประจำทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และโครงการไม่ได้เป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลทำให้ขาดการสนับสนุนในการทำงาน นอกจากนี้ในขั้นตอนการดำเนินงาน ยังพบว่า โรงพยาบาลบางแห่งทีมสหวิชาชีพไม่ครบทุกวิชาชีพในคลินิกเอดส์ ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาแบบองค์รวม และผลการประเมินโครงการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ 2554 ในเขตสาธารณสุขที่ 12 ซึ่งประกอบไปด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 12 ที่เข้ารับการประเมินจำนวน 60 แห่ง มีผลการประเมินตัวชี้วัดหลักของโครงการ 11 ตัวชี้วัด พบว่า มีผลการประเมินต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ 7 ตัวชี้วัดหลัก คือ ตัวที่วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน ตัวที่วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่กินยาต้านไวรัสนานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจ Viral Load อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ตัวที่วัดที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอ ตัวที่วัดที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ ตัวที่วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด Syphilis ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส ตัวที่วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตัวที่วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับข้อมูลคำแนะนำ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปบริหารโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคณะทำงานประจำคลินิกเอดส์โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจสาธารณสุขที่ 12

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจสาธารณสุขที่ 12 ระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลคือระหว่างวันที่ 21 พฤศจิกายน 2555 – 21 ธันวาคม 2555 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 จำนวน 300 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย ในกรณีประชากรมีขนาดเล็ก [6] คำนวณได้จากสูตร

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

เมื่อ

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 จำนวน 300 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025}$ = 1.96)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ยอมให้เกิดขึ้น กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากรเท่ากับ 0.05

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่นซึ่งมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 (นฤปวรรต์ พรหมมาวัย และ ประจักร บัวผัน, 2553) คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยการแทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{(300)(1.96)^2(0.38)^2}{(0.05)^2(300-1)+(1.96)^2(0.38)^2}$$

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 128 คน

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งประชากรออกเป็นพวกหรือชั้น (Strtum) เพื่อให้มีลักษณะภายในชั้นคล้ายกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากที่สุด (ศิริชัย กาญจวาสี, 2555)[7] แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรของแต่ละจังหวัดแล้วจึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละจังหวัดจนได้จำนวนตัวอย่าง 128 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. จำนวนประชากรที่ทำการศึกษา ตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายจังหวัด

ลำดับที่	จังหวัด	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนตัวอย่าง(คน)
1	กาฬสินธุ์	65	28
2	ขอนแก่น	100	43
3	มหาสารคาม	55	23
4	ร้อยเอ็ด	80	34
	รวม		128

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถามโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุดรธานี เขตตรวจสาธารณสุขที่ 10 จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามเท่ากับ 0.967

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) Pearson's product moment correlation และ Stepwise multiple linear regression

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรง – พยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31–40 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.57 ปี (S.D.= 7.67) อายุต่ำสุด 24 ปี และอายุสูงสุด 55 ปี ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คือ พยาบาล จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 สำเร็จการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 79.7 และมีรายได้ 20,001–30,000 บาท ร้อยละ 39.1 มีรายได้เฉลี่ย 31,981.02 บาท (S.D. = 14,7911.11) รายได้ต่ำสุด 10,000 บาท รายได้สูงสุด 90,000 บาท มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิกเอดส์ 1–10 ปีและ 11–20 ปี จำนวน 54 ร้อยละ 42.2 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 7.26 ปี (S.D. = 5.12) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 27 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมด้านการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 75.2

2. ระดับแรงจูงใจในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.= 0.39) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและแรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.= 0.40) และ 3.70 (S.D.= 0.42) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านลักษณะงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D.= 0.50) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.= 0.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน โดยมีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.22 (S.D.= 0.72) ดังตารางที่ 2

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์การของกลุ่มตัวอย่างพบว่าในภาพรวมกลุ่ม

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของแรงจูงใจในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

แรงจูงใจในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	Mean	S.D.	การแปลผล
ปัจจัยจูงใจ			
1. ความสำเร็จในงาน	3.81	0.53	มาก
2. การยอมรับนับถือ	3.83	0.48	มาก
3. ลักษณะงาน	4.04	0.50	มาก
4. ความรับผิดชอบ	4.03	0.50	มาก
5. ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	3.67	0.49	มาก
รวม	**3.88**	**0.40**	**มาก**
ปัจจัยค้ำจุน			
1. เงินเดือน/ค่าตอบแทน	3.22	0.72	ปานกลาง
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.84	0.60	มาก
3. การปกครองบังคับบัญชา	3.71	0.56	มาก
4. นโยบายและการบริหาร	3.79	0.59	มาก
5. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	3.58	0.71	มาก
6. สถานภาพวิชาชีพ	4.07	0.53	มาก
7. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	4.00	0.63	มาก
8. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	3.40	0.67	ปานกลาง
รวม	**3.70**	**0.42**	**มาก**
ภาพรวม	**3.79**	**0.39**	**มาก**

ตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.= 0.56) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านเวลา มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.= 0.88) รองลงมาคือด้านเทคโนโลยี ค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D.= 0.83) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดโดยมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D.= 0.68) ดังตารางที่ 3

4. ระดับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

จากข้อมูลงานวิจัยพบว่าระดับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D.= 0.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ การดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.66) รองลงมาคือ การกำหนดแนวคิดของโครงการ และการวางแผน ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.= 0.71)และค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.= 0.79) ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คือ การยุติโครงการ ค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.69) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการสนับสนุนจากองค์การในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

การสนับสนุนจากองค์การ	ระดับปัจจัยการบริหาร n = 128		แปลผล
	Mean	S.D.	
ด้านกำลังคน	3.50	0.62	มาก
ด้านงบประมาณ	3.42	0.68	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.50	0.69	มาก
ด้านเทคโนโลยี	3.54	0.83	มาก
ด้านเวลา	3.66	0.58	มาก
ภาพรวม	**3.52**	**0.56**	**มาก**

ตารางที่ 4. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	ระดับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ n = 128		แปลผล
	Mean	S.D.	
1. การกำหนดแนวคิดของโครงการ	3.62	0.71	มาก
2. การวางแผน	3.62	0.79	มาก
3. การดำเนินงาน	3.69	0.66	มาก
4. การยุติโครงการ	3.42	0.69	ปานกลาง
ภาพรวม	**3.59**	**0.62**	**มาก**

5. แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ ภาพรวมของแรงจูงใจ ภาพรวมของปัจจัยจูงใจ และภาพรวมของปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.63$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.63$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.54$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ภาพรวมของการสนับ

สนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.53$, p–value < 0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่าแปรอิสระกับการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การ	การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p–value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.63	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	0.63	<0.001	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.54	<0.001	ปานกลาง
ด้านการยอมรับนับถือ	0.48	<0.001	ปานกลาง
ด้านลักษณะงาน	0.67	<0.001	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.44	<0.001	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.50	0.026	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.54	<0.001	ปานกลาง
ด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน	0.19	<0.001	ต่ำ
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.30	<0.001	ปานกลาง
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.46	<0.001	ปานกลาง
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.57	<0.001	ปานกลาง
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.40	<0.001	ปานกลาง
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	0.30	<0.001	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.25	<0.001	ต่ำ
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.43	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนจากองค์การ	0.53	<0.001	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	0.44	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.42	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.47	<0.001	ปานกลาง
ด้านเทคโนโลยี	0.37	<0.001	ปานกลาง
ด้านเวลา	0.47	<0.001	ปานกลาง

6. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระซึ่งมีหลายตัวกับตัวแปรตามหนึ่งตัวแปรนั้น ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 คือ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ (p–value < 0.001) การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ (p–value < 0.001) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 ได้ร้อยละ 53.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6. ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12

ตัวแปร	B	Beta	t	P–value
1. ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ	0.758	0.584	9.087	< 0.001
2. การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์	0.267	0.294	4.583	< 0.001

ค่าคงที่ = – 0.247, F = 70.561, P–value < 0.001, R= 0.728, R^2=0.530

จากผลการศึกษาสามาสร้างสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

Y = – 0.247 + (0.758) (ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ) + (0.267) (การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 คือ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ (p–value < 0.001) การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ (p–value < 0.001) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว สามารถพยากรณ์การบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 ได้ร้อยละ 53.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิริสุดา บัวผัน, ประจักร บัวผัน และ พรทิพย์ คำพอ[8] พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12

ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงาน (p–value = 0.001) ด้านความสำเร็จในการทำงาน (p–value <0.001) ด้านความรับผิดชอบ (p–value = 0.001) ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง (p–value<0.001) และปัจจัยค้ำจุนด้านสถานภาพวิชาชีพ (p–value = 0.001) ด้านการปกครองบังคับบัญชา (p–value < 0.001) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (p–value < 0.001) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัวนั้น สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรง–พยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12 ได้ร้อยละ 56.0 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของนิรันดร์ ถาละครและประจักร บัวผัน[9] ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดหนองคาย พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูล JHCIS ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดหนองคายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การด้านวิธีการจัดการ ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือและปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ (p–value=0.020, 0.001, 0.005, 0.032 ตามลำดับ) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถพยากรณ์การใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูล JHCIS ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดหนองคายได้ร้อยละ 68.50 เช่นเดียวกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ปัญจะและประจักร บัวผัน[10] ได้ศึกษาการบริหารการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่นได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p–value<0.001) และปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงาน (p–value = 0.006)และการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหาร (p–value<0.001) โดยสามารถร่วมทำนายการบริหารการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 51.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของนฤปวรรต์ พรหมมาวัยและประจักร บัวผัน[11] ได้ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่นได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ (p–value=0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p–value<0.009) ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานภาพวิชาชีพ (p–value = 0.015) ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน (p–value < 0.055) ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงาน (p–value = 0.002) และปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p–value<0.010) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวนั้นสามารถร่วมพยากรณ์การบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 61.4 และสอดคล้องกับสุกัญญา ศรีกุลบุตร และประจักร บัวผัน[12] ได้ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชันสูตร โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชันสูตร โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบและปัจจัยค้ำจุนด้าน ความมั่นคงในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < 0.001 และ p–value = 0.006 ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชันสูตร โรงพยาบาลศรี – นครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 32.1

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

(1) ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการให้การยอมรับนับถือการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน และการในการมอบอำนาจในการบริหารงาน

(2) ควรมีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน

(3) ควรมีการอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในการใช้เทคโนโลยีในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน

(4) ควรมีการจัดตั้งทีมคณะกรรมการในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนในระดับจังหวัด

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

(1) ควรมีการศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบบริหารจัดการข้อมูลมาใช้ในการบริหารโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน

(2) ควรมีการศึกษาการประเมินผลโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ตามความมุ่งหมาย เนื่องจากการให้ความร่วมมือและการเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามของสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 ขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[อินเตอร์เน็ต]. สถานการณ์เอดส์ประเทศไทย; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=68
2. ศูนย์ความร่วมมือไทย–สหรัฐด้านสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยรูปแบบ HIVQUAL–T สำหรับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (ปี 2550). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550
3. ประจักร บัวผัน. การบริหารโครงการสุขภาพ.ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
4. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. (12th ed.). New Brunswick, NJ, USA: Transaction Publishers; 2010.
5. ประจักร บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. ขอนแก่น: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552
6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (บรรณาธิการ). ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551
7. ศิริชัย กาญจนวาสี. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537
8. จิริสุดา บัวผัน, ประจักร บัวผัน และพรทิพย์ คำพอ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12. วารสารวิจัย มข. 2554; 16 : 679–92.

9. นิรันดร์ ถาละคร และประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัย มข. 2554; 16 : 540–50.
10. อรุณรัตน์ ปัญจะ และประจักร บัวผัน. การบริหารการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. 2554; 16 : 835–44.
11. นฤปวรรต์ พรหมมาวัย และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. 2554; 15 : 559–71.
12. สุกัญญา มีกำลัง และประจักร บัวผัน. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผล ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับบัณฑิตศึกษา 2553; 10 : 75–88.

การศึกษา ความเหนื่อย ท้อแท้ใจในการทำงานของแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ชญาภา ไตรวิชญ์สกุล, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน**

Abstract

The Burnout of Workplace among Clinicians of Antiretroviral Treatment and Care : A Study in 44 Thailand Hospitals

Chayapa Triwisakun, Sunsanee Smitakestrin**

*Burean of AIDS TB & STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Background :*This retrospective descriptive study focus on psychological status of medical who are working with Aids care team. Outcome variable are severity of exhaustion, environmental factor that have impact on working outcome.*

Methods: *Analysis with percentage mean and standard deviation. Target group are medical doctor in 44 government hospital.*

Results: *The result of study ¾ are male mean age 34 years old. 1- 5 years experience on AIDS care.*

Conclusion : *The most important problem in AIDS care one OI and drug resistant. Work load and increase in number of the patient are .also the important problem but most of MD willing to working. There are 3 factors that have impact on work load, first, working experience , second environment factor and finally the client.*

Key Words: Burnout , Workplace , ARV (Antiretroviral), AIDS
Thai AIDS J 2013; 25 : 94-104

บทคัดย่อ

ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจในการทำงานของแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์นี้ เป็นการศึกษา ระดับความรุนแรง ของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้จิตใจของกลุ่มแพทย์ และปัจจัยสภาพแวดล้อมการทำงานที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณา เป้าหมายเป็นแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 44 แห่ง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามปลายปิด เกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ประสบการณ์และความ

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข

เห็นในการทำงาน และทดสอบระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยส่งแบบสอบถามให้แพทย์ทุกคนตอบ พบว่า ประมาณ 3 ใน 4 เป็นชาย มีอายุเฉลี่ย 34 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านโรคเอดส์ 1–5 ปี มีความรู้และได้รับการอบรมด้านโรคเอดส์มาก่อน นอกจากบทบาทในการรักษาแล้ว แพทย์กว่าครึ่งหนึ่งยังทำหน้าที่ให้ความรู้ คำแนะนำ และให้การปรึกษา ปัญหาที่พบมากที่สุดในการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส รองมา การดื้อยาในผู้มีเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่จะแก้ปัญหาโดยจะขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หลังสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงระบบบริการของโรงพยาบาลเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (2 ปี) พบว่า จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี และภาระการให้บริการเพิ่มขึ้น รองลงมาเป็นการดื้อยา แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า แม้เกิดการเพิ่มภาระงาน แต่เป็นระดับที่สามารถปรับเวลาทำงานได้ บางส่วนยังปรับเวลาการทำงานไม่ได้ อย่างไรก็ตามแพทย์ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.1%) ยังคงมีความต้องการทำงานนี้ต่อไป ด้านการดำเนินงานเอดส์ นั้น แพทย์ร้อยละ 39.5 มีความลำบากใจในการดำเนินงานบ้างเป็นบางครั้ง ส่วนปัญหาเรื่องการประสานส่วนใหญ่มีนานครั้งหรือไม่มีเลย ผลการทดสอบความเหนื่อยหน่ายฯ ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของคะแนน พบว่า มีแพทย์ จำนวน 42 คน (97.67%) ที่มีความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจในการทำงาน และอยู่ในระดับคะแนนต่ำ–ปานกลาง (39.93%) ผลการทดสอบพบว่าแพทย์เกือบทุกคนมีความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้จากการทำงาน (42 คน) โดยปัจจัย ที่เกี่ยวข้องคือ 1.ลักษณะบทบาทหน้าที่ แพทย์โดยส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดำเนินงานของหน่วยงานคือการดูแล รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล 2. สภาพแวดล้อมในการทำงาน คือแนวทางที่เป็นมาตรฐานการรักษาของประเทศ โดยได้รับระบบสนับสนุนด้านวิชาการ ยา วัสดุ 3. ผู้รับบริการ แม้ว่าภาระงานจากการมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น แต่แพทย์ส่วนใหญ่ยินดีทำงานต่อไป ภาระงานมาก มีผลต่อความตึงเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุต่อปัญหาในการปรับตัวซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่โดยตรง อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพของประเทศไทย มีนโยบายกำกับ เป็นมาตรการรองรับในการสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว มีแนวทางและมาตรฐานการรักษาที่มีความพร้อม เป็นปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน ส่วนปัจจัยด้านผู้รับบริการซึ่งสะท้อนผลความสำเร็จในการทำงานของแพทย์ เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาซับซ้อนยากแก่การแก้ไข รวมทั้งปริมาณงานที่เป็นภาระงานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำเป็นที่ผู้กำหนดนโยบาย จะวางแผนกำหนดแนวทางช่วยคลี่คลายปัญหาระบบการจัดการทรัพยากร เพื่อป้องกันความกดดันที่จะเพิ่มระดับความรุนแรงที่แพทย์ต้องเผชิญอยู่ ในระดับบุคคลการเยียวยาทางจิตใจเป็นสิ่งสำคัญในเบื้องต้น แพทย์ผู้ปฏิบัติงานจึงควรจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ และขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา มีกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจที่พอจะสามารถทำได้ เพื่อลดความเครียด ในสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นการป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยหน่ายฯ ที่อาจเพิ่มระดับความรุนแรงได้ในอนาคต

คำสำคัญ ความเหนื่อยหน่าย, ท้อแท้ใจ, สถานที่ทำงาน, ยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี
วารสารโรคเอดส์ 2556; 25 : 94–104

บทนำ

ประเทศไทยมีแพทย์ด้านการดูแลรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ตามมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้มีเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากล มีการพัฒนาระบบให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ครอบคลุม ทั่วถึงระดับปฐมภูมิ (รพ.ชุมชน) ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ สถานที่ทำงาน ยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี[1] การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะหลังทำให้เกิดการขยายบริการสวัสดิการเพิ่มความสามารถในการเบิกค่ารักษาได้ครอบคลุมทุกโรค เป็นการสนับสนุน ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ และเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี (ARV) ซึ่งพบว่ามีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสแต่ละโรงพยาบาล สะสมเพิ่มมากขึ้น[2] โอกาสเกิดการดื้อยาต้านไวรัส จะเร็วกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากภาระการจัดบริการไม่ทั่วถึงต่อการติดตามดูแล จากการทำงานเกินกำลังและศักยภาพของระบบสุขภาพภายในโรงพยาบาลที่จะรองรับได้ ทั้งงบประมาณและเงินกองทุนจากต่างประเทศ ที่นำมาบริหารจัดการในส่วนของการจัด

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี หลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพกับก่อนเข้าสู่ระบบฯ

	จำนวน (ร้อยละ)		
	ลดลง	**เหมือนเดิม**	**เพิ่มขึ้น**
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	15 (37.5)	16 (40.0)	0 (0.0)
จำนวนผู้ป่วย(รับยาARV)	6 (15.0)	7 (17.5)	24 (60.0)
ภาระการให้บริการ	2 (5.0)	9 (22.5)	28 (70.0)
การส่งตัวอย่างเลือด	15 (37.5)	13 (32.5)	9 (22.5)
น้ำยา วัสดุวิทยาศาสตร์ (เพียงพอ)	13 (32.5)	15 (37.5)	7 (17.5)
จำนวนบุคลากร	14 (35.0)	15 (37.5)	4 (10.0)

หายาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ก็เริ่มลดลง อาจส่งผลต่อ ระดับความสามารถในการรักษามาตรฐานและคุณภาพการให้บริการลดลงได้

เนื่องจากปัญหาเดิมที่มีอยู่แล้ว ในเรื่องความขาดแคลนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ย่อมก่อให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์รับภาระดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ[3] ย่อมเกิดภาวะเครียดและสะสมเพิ่มขึ้นต่อเนื่องได้ ผลการศึกษา ดำเนินการการศึกษาการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ภายหลังเข้าระบบประกันสุขภาพ 2 ปี ดังตาราง 1 จากข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการจัดการเพื่อสนับสนุนบรรยากาศสภาพแวดล้อมในการทำงาน เมื่อความเครียดเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนาน จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งให้เกิดความเหนื่อยล้าท้อแท้ (Burnout) ซึ่งอาการที่ปรากฏ เป็นที่มาของปัญหาสุขภาพของผู้ให้บริการโดยตรง[4] และเป็นอุปสรรคสำคัญในการบริหารจัดการการดำเนินงาน โดยรวมในที่สุด ปัญหาความเหนื่อยล้า ท้อแท้ มิได้เป็นปัญหาใหม่ แต่ยังขาดการศึกษา เพื่อใช้พิจารณาวางแผนและนโยบาย ในการช่วยเหลือ เพราะการมีข้อมูลปัญหาของอาการดังกล่าว จะนำมาสู่ความเข้าใจในเรื่องของสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อผู้ทำงานในแง่ของสุขภาพของผู้ทำงาน การปรับสภาพบรรยากาศที่เอื้อต่อประสิทธิภาพการทำงาน[5] โดยงานวิจัยของ Elke Driller และคณะ เสนอประเด็นการช่วยเหลือโดยการแก้ไขเรื่องต้นทุนทางสังคม ในการสนับสนุนผู้ทำงานในระบบสุขภาพ ซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหา ความทุกข์ใจจากความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ ของแพทย์ที่ทำงานในโรง–พยาบาลประเทศเยอรมันนี[6] งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ เกี่ยวข้องทางสภาพแวดล้อมเชิงสังคม ด้านอารมณ์ สังคม และความยอมรับของสังคม ที่ส่งผลต่อจิตใจ ความรู้สึกที่ท้อแท้ ซึ่งจะขัดขวางแรงสนับสนุนภายในตัวเองของบุคคล ต่อความมุ่งหวังในความสำเร็จของหน้าที่การงานที่รับผิดชอบ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือผู้รับบริการ ความขัดแย้งอันเกิดจากความสัมพันธ์ ความคิดในเชิงลบ ย่อมเป็นอุปสรรคด้านการประสานความร่วมมือ และด้อยคุณภาพในการรักษา อาจจะกลายเป็นภาวะคุกคามต่อการดำเนินงานของระบบสุขภาพในระดับกว้างในที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรง ของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้จิตใจ (burnout) ของกลุ่มแพทย์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสภาพแวดล้อมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานแพทย์

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณา (Retrospect Analysis) กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 43 คน จากโรงพยาบาล 55 แห่ง (ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ผู้ป่วยเอดส์สูงในลำดับต้นๆ จากจังหวัดของแต่ละภาคของประเทศไทย 4 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ สุรินทร์ สุพรรณบุรี และสุราษฎร์ธานี วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามปลายปิด สอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ประสบการณ์และความเห็นในการทำงาน และใช้แบบทดสอบระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยส่งแบบสอบถามให้แพทย์ทุกคนตอบ แบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายที่ผู้ศึกษานำแบบทดสอบที่มยุรี เถาลัดดา[7] ดัดแปลงมาจากแบบวัดมาตรฐานชื่อ Maslach Burnout Inventory (MBI) ของ Maslach (ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสิระยา สัมมาวาจ) โดยเขาศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเป็นแบบทดสอบที่มีผู้นำมาใช้และหาความตรงและความเชื่อมั่นไว้แล้ว

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

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

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

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

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 ครั้ง ได้	5	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วันได้	6	คะแนน

การตัดสินระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านจะแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง ตามเกณฑ์การกำหนดคะแนนของแมสแลชและแจ็คสัน[8] โดยคิดคะแนน ดังนี้

ตาราง 2 แสดงเกณฑ์การกำหนดคะแนนของแมสแลชและแจ็คสัน

ลำดับที่	อาการ	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
1	ความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	0–16 คะแนน	17–26 คะแนน	27 คะแนนขึ้นไป
2	ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	0– 6 คะแนน	7–12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
3	ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	0– 31 คะแนน	32–38 คะแนน	39 คะแนนขึ้นไป

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้จะกลับคะแนนความเหนื่อยหน่ายถ้าด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จทั้งนี้เพื่อตรวจสอบข้อมูล เพื่อสะดวกและง่ายต่อการแปลผลและเป็นแนวทางพิจารณาความเหนื่อยหน่ายในภาพรวม คือ หากตัวแปรใดมีผลต่อความเหนื่อยหน่าย 1 ใน 3 ด้านขึ้นไป ให้สรุปว่าตัวแปรนั้นมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายโดยรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบไปทดลองใช้โดยสัมภาษณ์ผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเอดส์ และสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามและแบบทดสอบทั้ง 2 ฉบับ มาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบทดสอบทั้งหมดมาลงรหัสข้อมูล และบันทึกข้อมูลลงใน Data Base จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for The Social Science) แบ่งการวิเคราะห์ เป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ลักษณะประชากรทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ จำแนกตามตัวแปรทุกตัว

2. การทดสอบสมมุติฐาน นำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียว (One Way Analysis of Variance) และการวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีของ Scheffe ของ Levene และวิธี Least Significant Different (LSD)

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีด้วยยาต้านไวรัสภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยเสนอผลของการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ จำแนกตาม เพศ อายุ ประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี ระยะเวลาและประสบการณ์ การทำงานที่หน่วยงานแห่งนี้ ปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย เช่น ลักษณะงาน หน้าที่รับผิดชอบ การประสานงาน การประสบความสำเร็จของงาน ขวัญ กำลังใจ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เป็นการเสนอผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยศึกษาจากตัวแปรที่กำหนดข้างต้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1

พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง แพทย์ 43 คน โดยเป็นแพทย์จากจังหวัดสุราษฎร์ธานีมากที่สุด (ร้อยละ 37.2) รองลงมาเป็นแพทย์จากจังหวัดสุพรรณบุรี (ร้อยละ 32.6) มีอายุเฉลี่ย 34 ปี (27–41.5ปี) ประมาณ 3 ใน 4 เป็นชาย (61%) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1–5 ปี (60.5%) แพทย์

ตาราง 3. จำนวนโรงพยาบาล (รพ.) กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	รพ.(จำนวน/ร้อยละ)
จังหวัดสุรินทร์	11/ 25
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	14/31.8
จังหวัดสุพรรณบุรี	10/22.72
จังหวัดเพชรบูรณ์	9/20.45
รวม	**44**

ตาราง 4. จำนวนกลุ่มตัวอย่างแพทย์จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จังหวัดสุรินทร์	5	11.6
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	16	37.2
จังหวัดสุพรรณบุรี	14	32.6
จังหวัดเพชรบูรณ์	8	18.6
รวม	**43**	**100**

ตาราง 5. ปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

ลำดับที่	ปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
1	โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	22	51.2
2	อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส	8	18.6
3	อาการดื้อยา	3	7.0
4	ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	3	7.0
5	การมารับบริการไม่สม่ำเสมอ	1	2.3

ตาราง 6. วิธีแก้ปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับที่	วิธีแก้ปัญหาการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
1	ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามข้อกำหนดของโรงพยาบาล สปสช	28	65.1
2	ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความคุ้นเคย	25	58.1
3	ปรึกษาทีมสหวิชาชีพ/ที่ประชุม (conference)	9	20.9
4	ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า	27	62.8
5	อื่นๆ	1	2.3

ร้อยละ 83.7 มีความรู้และได้รับการอบรมด้านโรคเอดส์มาก่อน โดยมี 1 ใน 3 ที่เพิ่งอบรมมาในช่วง 1– 2 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ แพทย์ร้อยละ 83.7 ต้องการรับการอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

นอกจากบทบาทในการรักษาแล้ว แพทย์กว่าครึ่งหนึ่งยังทำหน้าที่ให้ความรู้ คำแนะนำ

ตารางที่ 7. แสดงผลโครงการบริการรักษาด้วยยา ARV ต่อภาระงานและความต้องการในการปฏิบัติงานของแพทย์

ลำดับที่	ผลโครงการบริการรักษาด้วยยา ARVต่อภาระงาน	จำนวน	ร้อยละ
1	เพิ่มภาระงานในระดับที่ไม่สามารถรับได้ในระยะยาว	2	4.6
2	เพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาทำงานได้	24	55.8
3	เพิ่มภาระงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังปรับได้ไม่ดีนัก	10	23.3
4	อื่นๆ	4	9.3

ตารางที่ 8. แสดงความต้องการทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส

ลำดับที่	ความต้องการทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
1	ยังมีความต้องการรับผิดชอบงานนี้ต่อไป	40	93.1
2	ต้องการลาออก	1	2.3
3	ต้องการปรับเปลี่ยนงาน	1	2.3
4	ต้องการย้ายงาน	1	2.3

(ร้อยละ 69.8) และให้การปรึกษา (ร้อยละ 60.5) แพทย์ประมาณ 2 ใน 3 มีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาระดับปานกลาง

ปัญหาที่พบมากที่สุดในการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 51.2) รองลงมาเป็นอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี (ร้อยละ 18.6)

วิธีแก้ปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี คือ ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามข้อกำหนดของโรงพยาบาล, สปสช.(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) (ร้อยละ 65.1) รองลงมาเป็นส่งรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า (ร้อยละ 62.8) การปรึกษาเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (consult) เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 46.5 เป็น ร้อยละ 76.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเอดส์ นั้น แพทย์ร้อยละ 39.5 มีความลำบากใจในการดำเนินงานบ้างเป็นบางครั้ง

ภาระงานที่เพิ่มขึ้นที่เป็นปัญหา พบว่าแพทย์ร้อยละ 34.9 เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV และภาระการให้บริการเพิ่มขึ้นหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงระบบสู่การเข้าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาได้ระยะหนึ่ง (2 ปี) รองลงมาเป็นการดื้อยา (ร้อยละ 25.6) โดย แพทย์ร้อยละ 55.8 เห็นว่า เป็นการเพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาทำงานได้ ในขณะที่ ร้อยละ 23.3 เห็นว่า เพิ่มภาระงานและยังปรับตัวได้ไม่ดีนัก อย่างไรก็ตามแพทย์กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.1) ยังคงมีความต้องการทำงานนี้ต่อไป นอกจากนี้แพทย์ร้อยละ 90.7 เห็นว่า ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เพิ่มขึ้นจากเดิม (โครงการนภา) ที่มีเพียงร้อยละ 60.5 นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องการประสานส่วนใหญ่มีนานครั้งหรือไม่มีเลย ทั้งนี้ปัญหาในการประสานที่มากที่สุด คือ ปัญหาเรื่องการรักษา (ร้อยละ 30.2) แพทย์ร้อยละ 53.5 มีความกังวลใจต่อการจัดการบริการยาต้านไวรัส โดยเรื่องที่เป็น

ตาราง 9. แสดงปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี หลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพ (2 ปี)

ลำดับที่	ปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา ARV	19	44.2
2	จำนวนผู้ป่วยรับยาARV	17	39.5
3	ภาระการให้บริการ	19	44.2
4	การรับการส่งต่อ (จากรพช. ฯลฯ)	11	25.6
5	การส่งต่อ	16	37.2
6	การดื้อยา	19	44.2
7	การให้บริการอื่นๆ	1	2.3

ประเด็นกังวลใจมากที่สุด คือ ระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการ ยา และ วัสดุอุปกรณ์จากเขตและส่วนกลาง (ร้อยละ 27.9) ส่วนปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ชไอวีที่มีมากที่สุด คือ การดื้อยา (ร้อยละ 44.2) ภาระการให้บริการ (ร้อยละ 44.2) และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา (ร้อยละ 44.2) รองลงมาเป็น จำนวนผู้ป่วยรับยาARV (ร้อยละ 39.5) ตามลำดับ ดังตาราง 9

ส่วนที่ 2 การทดสอบความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจของแพทย์

ตาราง 10. แสดงภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

N = 43 คน (100%)	ความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ในการทำงาน	ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ
ค่าเฉลี่ยคะแนน	39.93%	16.58%	6.28%	12.88%

ตาราง 11. แสดงค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 43 ราย (100%)

ลำดับที่	อาการ	ไม่พบเลย%	ระดับต่ำ%	ระดับปานกลาง%	ระดับสูง%
1	แพทย์มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	2.33 (1 ราย)	48.84 (21 คน)	25.58 (11 คน)	23.26 (10 คน)
2	แพทย์มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	6.98 (3 ราย)	53.49 (23 คน)	32.56 (14 คน)	6.98 (3 คน)
3	แพทย์มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	6.98 (3 ราย)	88.37 (38 คน)	4.65 (2 คน)	0

ส่วนการประเมินและทดสอบความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจของแพทย์ พบว่า ในจำนวนแบบทดสอบฯ ที่ส่งไปแพทย์ตอบกลับครบ 43 คน พบว่าแพทย์มีลักษณะความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ 42 ราย ไม่พบมีอาการ 1 ราย ส่วนระดับความรุนแรงของอาการแยกเป็น 3 ด้านและหาค่าเฉลี่ย พบอาการระดับอาการรุนแรงคิดเป็น 39.93% ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ในภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ = 16.58% ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ–ปานกลาง, ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 6.28% จัดอยู่ในระดับต่ำ–ปานกลาง และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 12.88% จัดอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในตาราง 10 และตาราง 11

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ความแคร์ยดเป็นอันตรายหนึ่งของสุขภาพในที่ทำงาน เป็นปฏิกิริยาทางใจ (Psychological agent) เกิดเงียบๆ และละเอียดอ่อน (Sub ways) มีอิทธิพลต่อสุขภาพและอารมณ์ความรู้สึก ระดับความเครียดบางระดับมีผลต่อคุณภาพชีวิตตลอดจนถึงความสามารถในการทำงาน[9] งานเป็นศูนย์กลางและการอธิบายลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล งานอาจมีคุณค่าภายใน ซึ่งเกิดจากตัวงานเอง หรือเป็นคุณค่าจากเครื่องมือภายใต้เงื่อนไขที่จำเป็นของชีวิต และการบริการซึ่งเป็นพรสวรรค์ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคคล ความรู้สึกเป็นสุข จากการทำงานนั้น ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีปัจจัยบ่งชี้ 9 ประการ คือ 1.โอกาสในการควบคุม (แพทย์มีโอกาสและสามารถพิจารณาตัดสินใจในการดำเนินงานด้านการรักษาเมื่อพบปัญหา อุปสรรคในหลายๆ มิติ เช่นการบริหาร การบริการ การประสานงาน) 2.โอกาสในการควบคุมการใช้ทักษะ (แพทย์สามารถนำความรู้และประสบการณ์การดูแลรักษาฯ และผลการพัฒนาความรู้มาใช้ในการแก้ไขปัญหา การเผชิญกับข้อจำกัดในการแก้ไข เช่น เชื้อดื้อยา) 3. เป้าหมายอันเกิดจาก ปัจจัยภายนอก (มีเหตุการณ์ท้าทาย ที่ต้องแก้ไขในด้านการจัดการด้านการรักษาฯ) 4. สิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย (ระบบบริสุขภาพมีกิจกรรมที่นอกเหนือจากการรักษา คือ การให้คำปรึกษา การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในลักษณะ Good practice จากการได้เข้าร่วมอบรมความรู้เพิ่มเติม) 5. ความชัดเจนของสิ่งแวดล้อม (บทบาทและความคาดหวังของผู้ร่วมงาน และผู้รับบริการที่มีต่อแพทย์) 6. ความพร้อมทางด้านการเงิน (สำหรับแพทย์ มีข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากร ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ARV) 7.ความปลอดภัยทางกายภาพ ซึ่งอาจจะไม่เป็นประเด็นที่สำคัญในการทำงานในที่นี้ 8. โอกาสในการติดต่อกับผู้อื่น ความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวเนื่องจากการมีจำนวนแพทย์น้อย ความเป็นมิตรในการสร้างความเข้าใจในปัญหาร่วมกันระหว่างวิชาชีพ/กลุ่ม และ 9. ตำแหน่งที่มีค่าทางสังคม ความคาดหวังข้อนี้มีความสำคัญ ตำแหน่งทางโครงสร้างสังคม ที่ได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่น (จากเพื่อนร่วมงาน จากผู้ป่วยและญาติ) เป็นความยกย่องนับถือเป็นสิ่งมีค่าที่ติดมากับกิจกรรมอันเกี่ยวเนื่องกับบทบาทและการช่วยเหลือของแพทย์ ที่แสดงให้เห็นความสามารถการได้รับการยอมรับ จากสังคมระดับความนับถือมาจากตำแหน่ง ดังนั้น ปัจจัยทั้ง 9 ประการหากนำมาพิจารณาแล้ว จะเข้าใจสภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์ และส่งผลกับความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ของแพทย์ เพื่อนำมาใช้ออกแบบวางแผนการส่งเสริมสุขภาพทางใจ ในการสร้างจุดมุ่งหมายได้ เพราะความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ อันมีที่มาจากความเครียด สามารถออกแบบ ปรับสมดุลย์ ระหว่างความ

เครียดเชิงบวก คือการเผชิญกับความท้าทายในการดูแลรักษาฯ ที่มเกิดจากความเชี่ยวชาญ และการได้รับการยอมรับ ซึ่งเป็นการกลับกันกับความคิดต่อความเครียดเชิงลบ คือ การได้เผชิญอุปสรรค (Hindrance–relate stress) ซึ่งเกิดจากการทำงานมากเกินไป (จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ) และมีความพร้อมในด้านการยอมรับและความเชี่ยวชาญ แต่ในความเครียดเชิงลบ ซึ่งในที่นี้หมายถึงการมีอุปสรรคในการดูแลรักษาด้วยยา ARV และการมีข้อจำกัดเฉพาะบุคคลและจำนวนแพทย์ที่ขาดแคลน แต่หากสนับสนุนส่งเสริมให้ความเครียดเชิงบวก คือ โอกาส ได้สร้างความเชี่ยวชาญในเชิงการจัดการบริหารทรัพยากรด้านต่างๆ แล้วให้มีสัดส่วนที่เชิงบวกมากกว่าได้ โดยการสนับสนุนของกลุ่มที่มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุน ความก้าวหน้าการพัฒนาสมรรถนะบุคคลกรประจำตำแหน่งสายงานแล้ว ก็ย่อมเป็นการเสริมแรงเชิงบวก และลดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้จากปัจจัยข้อจำกัดสภาพแวดล้อมที่มีต่อแพทย์ได้ ในส่วนของตัวแพทย์เองนั้น การจัดการลดอาการความเหนื่อยหน่าย ในการทำงาน ควรจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจ เป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ เร่งด่วน ทยอยทำ และการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา มีผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจ ที่พอจะสามารถทำได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานอดิเรกต่างๆ การร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด และได้ผ่อนคลายในการทำงาน[10] ถ้ายังแก้ปัญหาไม่ได้อาจต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา

สรุป

ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัญหาภัยเงียบที่แทรกตัวอยู่โดยมีอิทธิพลของสภาพแวดล้อมเป็นตัวทำนายแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของอาการ นอกจากตัวแพทย์เองแล้ว ผู้เกี่ยวข้องในเชิงนโยบายการพัฒนาทรัพยากร จำเป็นต้องปรับตัว มุ่งเน้นศึกษาความเชื่อมโยงในการจัดการระหว่างระบบสุขภาพ กับระบบการบริการทรัพยากรในมิติด้านงบประมาณ มนุษย์ วัสดุยา ครุภัณฑ์ เพื่อให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเศรษฐกิจ การเมือง ที่นับวันจะเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนขึ้น การคิดด้วยการมองภาพองค์รวม ยังเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาจัดการเพื่อสร้างนวัตกรรมในการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ อันเป็นหน่วยหนึ่งของโครงสร้างสังคมไทย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในสังคมที่สำคัญจนมิอาจละเลยได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์ทุกท่านที่ทำงานในพื้นที่ของ 4 จังหวัด ซึ่งเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ เพราะเป็นความเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลสำคัญ คุณูปการแก่มวลมนุษยชนในการสร้างจุดริเริ่ม ให้มนุษย์หันกลับมามองจิตใจเพื่อนร่วมงานในการทำงานร่วมกันด้วยความรักในงานอาชีพ และบริการ ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในอำนวยความสะดวก การประสานความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 4 จังหวัดดังกล่าว ซึ่งทำให้การศึกษาสำเร็จลงได้ และเผยแพร่ในวงการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กองทุน HIV–AIDS,กองทุนบริการสุขภาพผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2552.

2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานการประเมินผล โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์และโครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กรุงเทพฯ: 2550. (เอกสารอัดสำเนา)
3. Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020, March 2001.
4. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. การศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในบ้านพักผู้ป่วยของประเทศไทย, 2544. (เอกสารอัดสำเนา)
5. นันทยุทธ์ หะสิตะเวช. สภาพแวดล้อมการทำงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล ในสถาบันสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชสำหรับเด็ก กรมสุขภาพจิต,วิทยานิพนธ์ (วทม.) จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2546.
6. Elke Driller and Team. The relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion in clinicians : A study in four German hospitals, Int J Soc Psychiatry, vol. 57 no.6 604 609,November 2011.
7. มยุรี เถาลัดดา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน, สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, วิทยานิพนธ์ 65844 มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนหน้า : 97 หน้า, 2536.
8. Christina Maslach and Susan E. Jackson. The measurement of experienced burnout, Journal of Organizational Behavior, Volume 2, Issue 2, pages 99–113, April 1981.
9. อังศินันท์ อินทรกาแหง. การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย, รายงานการวิจัย ฉบับที่ 115,สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวโรฒ, จำนวน 118 หน้า, 2551. (เอกสารอัดสำเนา)
10. วิไล พัวรักษา.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, วิทยานิพนธ์ 104269, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จังหวัด : กรุงเทพฯ, จำนวนหน้า : 170 หน้า, 2541.

ความชุกของเซลล์ปากมดลูกและเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่ำและสูงในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บุศรา บำรุงศักดิ์,**, ทรงศักดิ์ เพ็ชรมิตร***, อกนิษฐ์ จิตต์มิตรภาพ*, พัณณมาศ มณีกาญจน์****, สิริวัชร์ เอกอภิรัตน์*,*****, พรสวรรค์ เหลืองวุฒิวงษ์**

Abstract

Prevalence of Cervical and Anal Cytological Abnormalities in Low-and High-Risk Sexual Behavior Populations in Bangkok, Thailand

*Busara Bamrungsak ***, Songsak Petmitr***, Akanitt Jittmittraphap*, Pannamas Maneekan****, Siriwat Akapirat *****, Pornsawan Leaungwutiwong**

*Department of Microbiology and Immunology, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand;
**Sexually Transmitted Infections Cluster (Bangrak Hospital), Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand;
***Department of Molecular Tropical Medicine and Genetics, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand;
****Department of Tropical Hygiene, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand;
*****Department of Retrovirology, Armed Forces Research Institute of Medical Sciences (AFRIMS), Bangkok, Thailand;

***Objective**: To determine the prevalence of cervical and anal cytological abnormalities among low- and high-risk sexual behavior populations in Bangkok, Thailand.*

***Methods:** A cross-sectional study was performed on 300 participants from the Sexually Transmitted Infections cluster (Bangrak Hospital), Bangkok, Thailand. They were divided into 3 groups (1) general women (n=100), (2) female sex worker (n=100) and (3) men who have sex with men*

* ภาควิชาจุลชีววิทยาและอิมมิวโนโลยี, คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
** กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก), สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
*** ภาควิชาชีวโมเลกุลและพันธุศาสตร์โรคเขตร้อน, คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
**** ภาควิชาสุขวิทยาเขตร้อน, คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
***** แผนกเรโทรไวโรโลยี , สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร–ฝ่ายสหรัฐ, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

(MSM; n=100). Cytological abnormalities of cervical and anal swab from all participants were determined using Papaniculaou (Pap) test.

Results: *Cervical cytological abnormalities were found in 5% of general female participants, whereas 10% in female sex worker. The prevalence of abnormal anal cytology in MSM was 26%. Statistically significant difference (p=0.001) of prevalence of cervical and anal cytological abnormalities was identified by Pap test between low-and high-risk sexual behavior populations. Cytological abnormality prevalence between women and men were significantly different (P = 0.001).*

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

Key Words: Cervical Cytological Abnormalities, Anal Cytological Abnormalities, Papaniculaou (Pap) Test, High-Grade Squamous Intraepithelial Cells (HSIL), Pre-Cancerous Lesions
Thai AIDS J 2013; 25 : 105-113

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาความชุกของเซลล์ปากมดลูกและทวารหนักที่ผิดปกติในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่ำและสูงในกรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย*

วิธีการศึกษา: *การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง ในอาสาสมัคร จำนวน 300 ราย จากกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก), กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย อาสาสมัครทั้งหมดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้ (1) หญิงทั่วไป (จำนวน 100 ราย), (2) หญิงขายบริการ (จำนวน 100 ราย), และ (3) ชายรักชาย (จำนวน 100 ราย) ความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของเซลล์ปากมดลูกและทวารหนักจากอาสาสมัครทุกราย ถูกนำไปตรวจด้วยวิธีแปปเทสต์*

ผลการศึกษา: *เซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติพบ 5% ในอาสาสมัครหญิงทั่วไป และพบ 10% ในหญิงขายบริการความชุกของเซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติในชายรักชายพบ 26% ซึ่งพบความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ (P=0.001) ของความชุกเซลล์ปากมดลูกและทวารหนักที่ผิดปกติโดยแปปเทสต์ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่ำและสูง และพบว่าความชุกของเซลล์วิทยาที่ผิดปกติระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001)*

สรุปผลการศึกษา: *การศึกษานี้รายงานความชุกของความผิดปกติทางเซลล์วิทยาสูงที่สุดในกลุ่มชายรักชาย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาสาสมัครทุกรายที่ให้ผลผิดปกติทางเซลล์วิทยา ระดับความผิดปกติของเซลล์ที่รุนแรง ควรไปตรวจซ้ำ, ติดตามผลการรักษา และ/หรือ รับการรักษา ผลข้อมูลความชุกของความผิดปกติทางเซลล์วิทยาที่พบอาจมีประโยชน์ในการประเมินโปรแกรมป้องกันและควบคุมระยะก่อนมะเร็งในประเทศไทย*

คำสำคัญ เซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติ, เซลล์ทวารหนักที่ผิดปกติ, แปปเทสต์, ระดับความผิดปกติของเซลล์ที่รุนแรง, ระยะก่อนมะเร็ง
วารสารโรคเอดส์ 2556; 25 : 105–113

Introduction

Cervical cancer is the second most commonly found in women worldwide, especially in the developing countries[1]. In 2008, approximately 275,000 cases were died with cervical cancer, while approximately 530,000 cases were reported as incident cases of cervical cancer[2]. The incident rate of cervical cancer in Thailand was 19.8 per 100,000 women with approximately 6,300 cases per annum[3]. The age-standardized incidence rates (ASR) during year 2000-2003 ranged from 17.8 to 28.9 per 100,000 women in different provinces of Thailand[4].

Men who have sex with men (MSM) are high risk sexual behavior population of anal squamous intraepithelial lesions or anal squamous cell cancer (SCC) by human papillomavirus (HPV) infection[5]. The incident rate of anal SCC among MSM in United States of America (USA) was approximately 35 per 100,000 persons each year, which was higher than those of cervical cancer in women (24 per 100,000 person)[6].

HPV infection is considered as sexually transmitted diseases. Risks of HPV infection depend on sexual behaviors, including age at first sexual activity, numbers of sex partner and lifetime history of sex partner[7]. Multiple sex partners and unprotected sexual activities were also reported as risk factors of HPV infection in both female sex workers and MSM group[8,9]. Asymptomatic HPV infection may persist for many years, and induces cell abnormalities as well as development of cervical and anal cancers in women and MSM, respectively[10]. More than 50 percents of sexually active adults in USA were reported to be infected with one or more HPV genotypes[11].

Nowadays, Papaniculaou (Pap) test is a gold standard method for detecting cell abnormalities which may develop to either cervical or anal cancers worldwide[12]. The Bethesda system (TBS) is a system used for reporting cervical and anal cytological diagnoses with Pap test results[13]. The sensitivity and specificity of Pap test are 61.3% and 82.4%, respectively[14].

Since, the prevalence data of abnormal cytology among Thai female sex workers and MSM is still missing. This cross-sectional study determined the prevalence of the cervical and anal cell abnormalities by Pap test in Thai populations. Three participant groups were recruited based on the risk of sexual behavior, namely the general women, female sex worker and MSM, respectively. The general women group is identified as a group of low-risk of sexual behavior. Meanwhile, female sex worker and MSM are groups of high-risk sexual behavior.

Materials and Methods

Study participants

Study participants who accessed the service at the Sexually Transmitted Infections Cluster (Bangrak hospital) were enrolled to the study. They were classified into 3 groups (1) general women group (n=100), (2) female sex worker group (n=100), (3) MSM group (n=100).

All participants had engaged in sexual activities, and were not diagnosed as either cervical or anal cancer patients. Screening history of cervical and anal cytological abnormalities by using Pap test before enrolled including physical history in case of genital wart from pelvic examination was identified were obtained.

The present study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University. The written informed consent was obtained from all participants.

Pap test

Cervical and anal swabs were collected from female and male participants, respectively. The smears were made and read by expert cytologists of the National Cancer Institute, Bangkok. Cell abnormalities were graded using the 2001 Bethesda system[13].

Statistical analysis

Difference between prevalence of abnormal cytology identified by Pap test in low- and high-risk sexual behavior populations, as well as between female and male were accessed using a Pearson's Chi-square test. A two-tailed analysis (P-value d ≤ 0.05) was considered as statistically significant. All statistical analyses were carried out using SPSS, version 15.0 (SPSS Inc., lllinois, USA)[15].

Results

The age range of all participants was 18-60 years with a median of 31 years. Most of participants were aged between 21-40 years and 77.33% of participants had never been screened with Pap test for cervical and anal cells abnormalities before enrollment.

Among 300 participants, 89 (29.66%) presented genital wart (**Table 1**). The parti-

Table 1. Demographics of study participants.

Demographic Characteristics	General Woman (n=100)	Female sex worker (n=100)	MSM[1] (n=100)
Median age (years)	33	32	28
18-20 years	5	1	8
21-30 year	34	43	47
31-40 year	30	45	33
41-50 years	19	9	9
51-60 years	12	2	3
Genital wart			
Vagina	19	23	N/A[2]
Anus	0	0	36
Penis	N/A	N/A	3
Anus+Penis	N/A	N/A	7
Anus+Rectum	0	0	1
History of Pap test before enrollment to this study			
Never had Pap test	73	75	84
1 year	12	19	7
More than 1 year to 5 years	15	6	9

[1] Men who have sex with men
[2] Not applicable

Table 2. Screening history of Pap test of 68 participants before enrollment.

History of Pap test before enrollment	General Woman (n=27)	Female sex worker (n=25)	MSM[1] (n=16)
Negative	17	15	11
Inflammation	9	6	0
Candida spp.	0	2	0
Trichomonas vaginalis	0	1	0
Herpes simplex virus	1	0	0
Abnormal cytology (ASC-US)	0	1	3

[1] Men who have sex with men

cipants, who previously examined with Pap test before enroll to the study, were mostly negative for intraepithelial neoplasia. Four of them were reported as atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) (**Table 2**). But, all those four cases were found negative for intraepithelial neoplasia with Pap test when they were enrolled to our study.

Of 300 participants, 41 (13.67%) showed cytological abnormalities, which comprised ASC-US (4.67%; **Fig. 1**); low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) and HPV

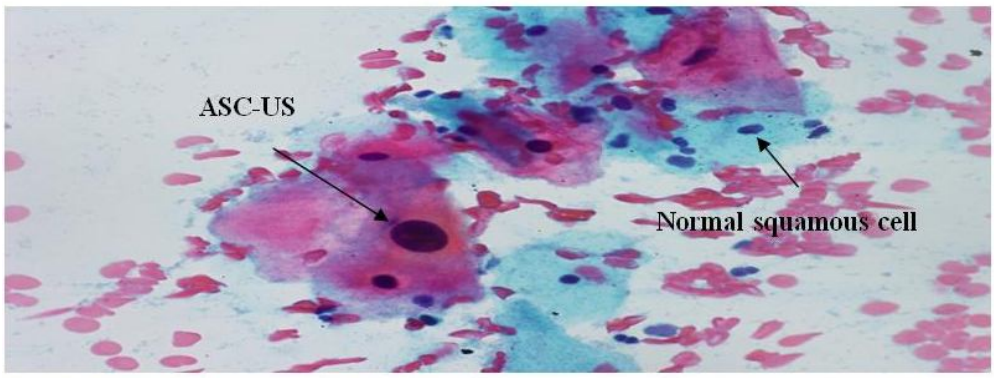


Fig. 1. Cervical Pap test slide reported atypical squamous cells of undertermind significance (ASC-US): Nuclei are approximately three times bigger than the nucleus of normal intermediate squamous cell. Nucleus hyperchromasia.

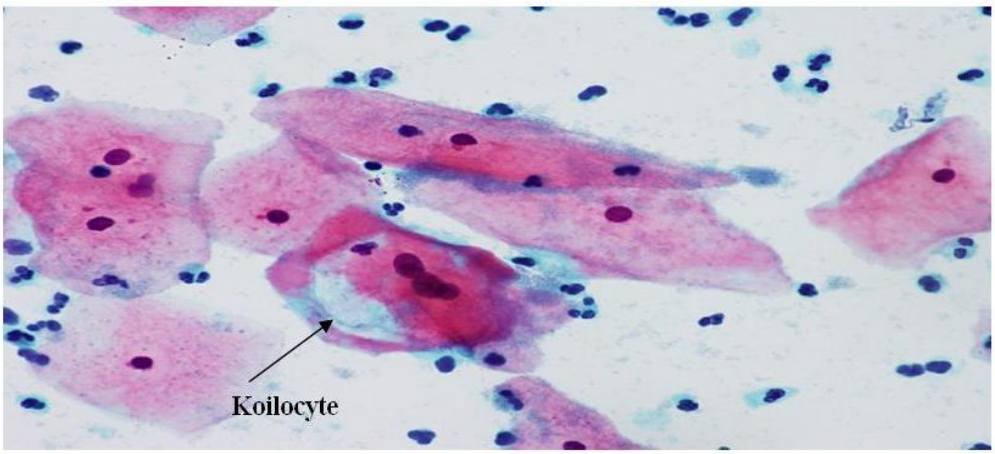


Fig. 2. Cervical Pap test slide reported LSIL and HPV change: This figure show the kollocyte or perinuclear halo that is resulted from HPV entry the cell and destroy the nucleus which cannot stain with Papanicolaou staining and multiplenucleation cell, cytoplasmic keratinization.

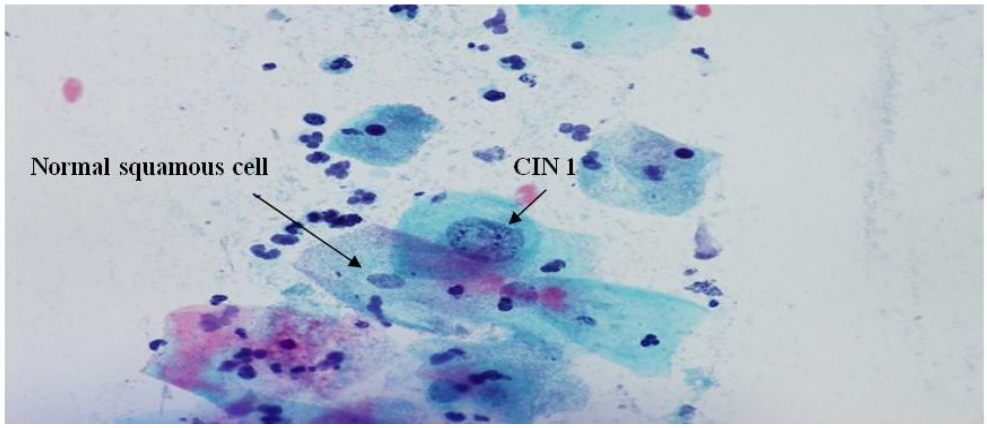


Fig. 3. Cervical Pap test slide reported cervical intraepithelial neoplasia grade 1 (CLN 1) or Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL): Nuclei are approximately four times bigger than the nucleus of normal intermediate squamous cell and nucleus hyperchromasia.

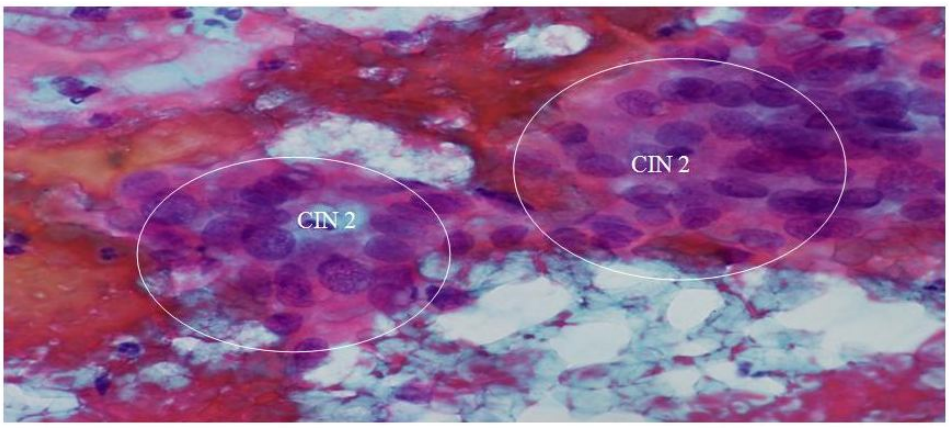


Fig. 4. Cervical Pap test slide reported cervical intraepithelial neoplasia grade 2 (CIN 2) or High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) : The cyctologic changes affect cells that are smaller and less mature than the cells in LSIL. The dysplastic cells are seen in a syncytial cluster or hyperchromatic crowed group.

Table 3. Cytological result of study participants using Pap test method.

Results of Pap test	Cytology of results	General women (n=100) %	Female sex worker (n=100) %	MSM[1] (n=100) %	Total (n=100) %
Negative	Negative for intraepithelial neoplasia	27	54	72	51
Negative with…	Inflammation	44	28	0	24
	Candida spp.	16	7	0	7.67
	Trichomonas vaginalis	1	0	0	0.33
	Herpes simplex virus	1	0	2	1
	Atrophy	6	1	0	2.33
	Tota	**68**	**36**	**2**	**35.33**
Positive	ASC-US[2]	2	3	9	4.67
	LSIL and HPV change[3]	1	4	5	3.33
	CIN[4]1 / AIN[5]1	2	2	8	4
	CIN 2/ AIN 2	0	1	4	1.67
	Total	**5**	**10**	**26**	**13.67**

[1] Men who have sex with men
[2] Atypical squamous cells of undetermined significance
[3] Low-grade squamous intraepithelial lesion and human papillomavirus change
[4] Cervical intraepithelial neoplasia
[5] Anal intraepithelial neoplasia

change (3.33%; **Fig. 2**); LSIL (4.00%; **Fig. 3**) and high-grade squamous intra- epithelial lesion (HSIL) (1.67%; **Fig. 4**). General women and female sex workers showed abnormal cervical cytology as 5% and 10%, respectively. The prevalence of anal abnor- malities cytology was found 26% in MSM as shown in **Table 3**.

The cytological abnormalities between low- and high-risk sexual behavior groups were statistically significant (P = 0.001). The different of cytological abnormalities Pap test between women and men were significant (P = 0.001), which found the highest percentage prevalence of cytological abnormalities in MSM group (26%).

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

Discussion

This study reported prevalence of cervical and anal cell abnormalities in 3 groups of healthy Thai population; general women, female sex workers and MSM by using cytological technique (Pap test). The highest prevalence of abnormal cell cytology was found in MSM similar to the study of Guillem S *et al*. (2006), which reported 43% of prevalence anal cytological abnormalities in MSM[16]. MSM might have low education about risk of HPV infection, for example unprotected sexual intercourse, high numbers of sex partner, and lack of awareness for Pap test screening[17].

The outcomes of cervical cell abnormalities identified with cytological technique revealed higher prevalence of abnormal cervical cells in female sex workers (high-risk sexual behavior population; 10%), than those in the general women (low-risk sexual behavior population; 5%) were concordant with Mak RV *et al*. (2004), which reported higher prevalence of LSIL and HSIL (15.6% and 2.9%, respectively) in female sex workers than those (2.9% and 0.6%, respectively) in the control group of women in the same age and same region[18]. In addition, Ghosh I *et al*. (2012) reported high prevalence of cervical abnormal cytology (54.3%) in female sex workers[9].

Four participants, who had previously examined with Pap test 1 year before enrollment, were found ASC-US result; their Pap test result showed negative for intraepithelial neoplasia according to the investigation of Tewari Lt *et al*. (2010), which reported that 70% of ASC-US lesions might regress to be undetectable within 1-6 years[19].

The cervical cytological results were infected with several microorganisms such as *Candida* spp., *Trichomonas vaginalis* and, herpes simplex virus. Additionally, inflammation and atrophy were also found in both groups of female subject. General women had more numbers of sexually transmitted infection than female sex workers. It might be due to the lack of safe sex practices in general women with their sexual partner, which lead to have more opportunity to get sexual transmitted infections, while the female sex workers usually follow-up Pap test screening every 6 months according to their work regulations. Such a result was not demonstrated in MSM because those organisms were difficult to identify in anal cell cytology. Moreover, *Trichomonas vaginalis* was found only in female.

Nowadays, Pap test is used widely for screening cervical and anal cell abnormalities, which change into cervical and anal cancers, respectively. The disadvantages of the test are low sensitivity and difficult to interpret the results due to result interpretation has to rely on expertise of cytologist[20].

Even though cervical cancer screening is promoted, the cancer burden is still a major problem in Thailand and other developing countries because the population loss of follow-up Pap tests every 6 months[21]. Annually screening of cervical and anal cancers by Pap test is an advantage to the population. They might be early detected and therefore found an opportunity to ravage cancer in order to receive appropriate treatment. In this study showed that

MSM group had the highest prevalence of cytological abnormality therefore a policy or campaign to educate Thai MSM for anal cancer screening would be conducted.

Acknowledgements

We gratefully thank all study participants from Sexually Transmitted Infections Cluster (Bangrak Hospital) Bangkok, Thailand. We are thankful for Dr. Angkana Charoenwattana-chokchai, Head of Sexually Transmitted Infections Cluster (Bangrak hospital), Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Dr. Nisit Kongkergkiat, staff of female clinic, female health clinic and male health clinic, for collecting the specimen throughout the study. We are grateful for Dr. Thiwaporn Thesawadwong and Mrs. Usanee Promprakob, National Cancer Institute, Bangkok, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, for Pap test results and photographing of abnormal cytology results for this study.

References

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008: Int J Cancer 2010; 127: 2893–917.
2. Arbyn M, Castellsague X, de Sanjoss S, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. Annals of Oncology 2011; 22: 2675–86.
3. Globocan 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. [cited 1June 2012]; Available from: http://www-dep.iarc.fr/.
4. Khuhaprema T, Atasara P, Srivatanakul P, et al. Cancer in Thailand 2001-2003. Bangkok; National Cancer Institute 2010.
5. Pineda CE, Welton ML. Management of anal squamous intraepithelial lesion. Clin Colon Rectal Surg 2009; 22 : 94-101.
6. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, et al. Age-related prevalence of anal cancer precursors in homosexual men: the explore study. J Natl Cancer Inst 2005; 97 : 896-905.
7. Adam E, Berkova Z, Daxnerova Z, Icenogle J, Reeves WC, Kaufman RH. Pillomavirus detection: demographic and behavioral characteristic influencing the identification of cervical disease. Am J Obstet Gynecol 2000; 182 : 257-64.
8. Sarkar K, Bhattacharya S, Bhattacharyya S, et al. Oncogenic human papillomavirus and cervical pre-cancerous lesion in brothel-based sex workers in India. J Infect Public Health 2008; 1 : 121-8.
9. Ghosh I, Ghosh P, Bharti AC, Mandal R, Biswas J, Basu P. Prevalence of human papillomavirus and co-existent sexually transmitted infections among female sex worker, men having sex with men and injectable drug abusers from Eastern India. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13 : 799-802.
10. Darragh TM, Winkler B. Anal cancer and cervical cancer screening: key differences. Cancer Cytopathol 2011; 119 : 5-19.
11. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Am J Med 1997; 102 : 3-8.
12. Papanicolaou GN. A survey of actualities and potentialities of exfoliative cytology in cancer diagnosis. Ann Intern Med 1949; 31: 661–74.
13. Solomon D, Davey D, Kurman K, et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002; 287 : 2114-9.
14. Kulasing SL, Hughes JP, Kiviat NB, et al. Evaluation of HPV testing in primary screening for cervical abnormalities: Comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. JAMA 2002; 288 : 1749-57.
15. George A, Oriando VG, Gene WG. Statistical Package for the Social Sciences version 15 [cited 1 December 2011]; Available from: http://spss.brothersoft.com/spss- 15.html.
16. Guillem S, Ballesteros A, Pinol M, et al. High prevalence of Human papillomavirus infection in male positive for human immunodeficiency virus, even without anal intraepithelial lesions. Conf Retrovir Opportunistic Infect 2006; 806 : 5-8.
17. Machalek DA, Grulich AE, Jin F, Templeton DJ, Poynten IM. The epidemiology and natural history of anal human papillomavirus infection in men who have sex with men. Sex Health 2012; 9 : 527-37.
18. Mak RL, Van Renterghem L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. Sex Transm Infect 2004; 80 : 118-20.

19. Tewari Lt, Chaudhary CA. Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance: A Follow up Study. MJAFI 2010; 66: 225-27.
20. Wright TC Jr, Schiffman M, Solomon D, et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. Obstet Gynecol 2004, 103 : 304-9.
21. Thanapprapasr D, Deesamer S, Sujintawong S, Udomsubpayakul U, Wilailak S. Cervical cancer screening behaviours among Thai women: results from a cross-sectional survey of 2012 Healthcare providers at Ramathidodi Hospital, Thailand. Eur J Cancer Care 2012; 21 : 542-7.