



กรมควบคุมโรค

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร

ISSN 2651-0987

โรคเอดส์

<http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/home>

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2562 - พฤษภาคม 2562

- ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่ 10 จังหวัด ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553
- การประเมินรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
- ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตาคลี นครสวรรค์



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๒

สารบัญ

	หน้า
ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่ 10 จังหวัด ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 สหภาพ พูลเกษร, สุรศักดิ์ ธโนศวรรยางกูล	55
การประเมินรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเบญจทรริก จังหวัดอุบลราชธานี วันทนีย์ ธารณธนบุลย์	70
ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตากลิ นครสวรรค์ เจตนิพัทธ์ มิดขุนทด	85

Thai AIDS Journal
Volume 31, Number 2, 2019

	Page
Effective Surveillance for HIV Infection. Sexually Transmitted Diseases and Behavior Associated with HIV Infection among Migrant Worker in 10 Provinces of Thailand, 2010	55
<i>Sahaphap Poonkasorn, Surasak Thanaisawanyangkoon</i>	
Evaluation of the HIV/AIDS Care Model of the Health Service Network in Buntharik District, Ubon Ratchathani Province	70
<i>Wanthanee Tharnthanaboon</i>	
Treatment Literacy of HIV/AIDS Patients: A Case Study of Takhli Hospital, Nakhonsawan	85
<i>Jetnipat Midkhuntod</i>	

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

บรรณาธิการ นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข กรมควบคุมโรค

กองบรรณาธิการ นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย กรมควบคุมโรค

นายแพทย์สุเมธ องค์กรธรณ์ กรมควบคุมโรค

นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์ กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงมณฑิณี วสันติอุบลโคตร กรมควบคุมโรค

นางสาวทองกร ยันรังษี กรมควบคุมโรค

นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส กรมควบคุมโรค

ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

นายแพทย์วิวัฒน์ โจนพินทยากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นายแพทย์พัลลภ คังคิล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รศ.ดร.สุคนธา คังคิล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.มนรัตน์ ธีระวิวัฒน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล นักวิชาการอิสระ

ผศ.พญ.พัชรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร สำนักวิชาการแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นายรณภูมิ สามัคคีคารมย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้จัดการ นายแพทย์ศรายุทธ อุตตมางคพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราดูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

ผู้ออกแบบปก นายบุญยະฤทธิ มาบกลาง

ผู้ประสานงาน นางสาวผกามาต แดงคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291 โทรศัพท์มือถือ 08 1788 3573
E-mail: aidsstijournal@gmail.com

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ E-Journal สืบค้นได้ที่ aidssti.ddc.moph.go.th และสืบค้นต่อที่ E-library
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal>

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

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์โซนี่

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับเรื่องรับบทความวิชาการหรือ รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบ ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้ บทความเป็นภาษาไทยและมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของคณะกรรมการหรือของวารสารโรคเอดส์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อ ๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้น ๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรม ประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์ บนมุมขวาของกระดาษใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรม ประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวม สิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับ เรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอิกซายต่อท้ายชื่อ และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านแล้วผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อ ต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความ ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติ ที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ ในการเขียนบทคัดย่อ มีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและ วิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อเอกสารอ้างอิงอยู่ใน บทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวม ข้อมูลวิธีการ เลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอด จนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของ ผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอธิบายผลการวิจัยว่าเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการ วิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็น หมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับ แรกและเรียงต่อตามลำดับแต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้ หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อ วารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสาร อ้างอิง ไม่ถูกแบบ จะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตาม หลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้ายในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1) Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257:640-4.

2) Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009; 361:298-9.

3) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361:1529-38.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษแต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

1) ชีระ งามสุด, นิวัติ มนต์วิสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อรังระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อรัง 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10:101-2.

2) จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551; 52:241-53.

3) ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพ็ญทรัพย์ อธิประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสกินเอนด์พอยท์กับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไผ่ฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545; 46:649-57.

4) จริญญา เลิศอรชยมณีนี, เอมอร รักษมณีนี, อนุพันธ์ ดันตวิวงศ์, กรณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทิพรณีนี วรภิโรคาพร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิภาพของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85:1288-95.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

2) Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.

3) Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

4) Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.

5) สมภพ เรื่องตระกูล. อาการปวด: โรคทางจิตเวชและการรักษา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

6) พลภัทร ไรจันนครินทร์. โรคเลือดออกง่ายและหลอดเลือดอุดตันในเขตร้อน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

7) จันทร์เพ็ญ สุวรรณ, อภิญา เพียรพิจารณา, รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2553.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัยบุญนาค, ตระหนักจิต หาริณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงศิลป์; 2533. หน้า 115-20.

2) รุจิเรศ ธนรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. ใน: สุปรานี เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฑาทอง; 2551. หน้า 677-97.

3) วิทยา เลิศวิริยะกุล. การให้ยาระงับความรู้สึกผู้สูงอายุ. ใน: วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ขาญขุณยานนท์, ศศิกานต์ นิยมานรัชต์, ธิดา เอื้อกฤดาธิการ, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555. หน้า 247-70.

4) วราลักษณ์ ยมะสมิต. อาการคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์. ใน: วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 7-16.

5) ปิยวรรณ เชียงไกรเวช. การบาดเจ็บในหญิงตั้งครรภ์. ใน: ปิยวรรณ เชียงไกรเวช, มณฑิรา ตันทนต์, นครชัย เพื่อนปฐม, บรรณาธิการ. การบาดเจ็บในเด็ก. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556. หน้า 247-57.

6) เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฎ์, ประอร ขวลิตอรรัง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78

7) Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205-31.

8) Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125-51.

9) Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131-49.

10) Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, รัตนา เตียทิพย์. การหาโปรตีนในปัสสาวะที่บ่งชี้โรคไตด้วยวิธีโปรตีนโนมิเกล. ใน: ขจร ลักษณะขยปกรณ์, บรรณาธิการ. ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปี 2552 Changes: new trends in medicine; วันที่ 14-17 กรกฎาคม 2552; ณ ห้องประชุมแพทย์โดม 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552. หน้า 23-40.

2) ฐิติมา สุนทรสัจ. การทำนายและการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด. ใน: ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 30 Tracks and trends in healthcare; 6-8 สิงหาคม 2557; ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทย ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา; 2557. หน้า 73-7.

3) Bengtsson S, Solheim BG.. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

4) Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan

C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-9

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5]; 18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

2) Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

3) สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียเชื้อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2557]; 20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>

4) Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, ReKate HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus [Internet].

2006 [cited 2014 Sep 15]; 20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/foc.2006.20.2.2>

5) Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon-where there's a wiggle, there's a way. J Pathol [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

2) ศุภศิลป์ สุนทรามา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitamins.html

3) Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>

4) Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

5) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/user_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

4.การส่งต้นฉบับ

4.1 รูปแบบไฟล์ต้นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ ขนาด A4 แบบอักษร TH SarabunPSK ส่วนหัวข้อ ขนาด 16 pt. ส่วนเนื้อหา ขนาด 14 pt.

4.2 กราฟ/ตารางแสดงผล แสดงข้อขัดเจน (ตัวหนา) มีการซ้ำหัวตารางแสดงผล ในกรณีที่ตารางแสดงผลต้องขึ้นหน้าถัดไป

4.3 รูปภาพประกอบ มีความละเอียด คมชัด สามารถปรับขยายได้

4.4 การส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์มาที่กองบรรณาธิการ E-mail : aidsstijournal@gmail.com หรือผ่านระบบเว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal>

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 3 ท่าน ร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียนจำนวน 20 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการแต่ประการใดผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

161/477-478 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 27

ถนนจรัญสนิทวงศ์ บางขุนศรี

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง, นางสาว, อื่นๆ.....)
(ชื่อภาษาอังกฤษ).....
2. วุฒิการศึกษา(ภาษาอังกฤษ)
3. สถานที่ทำงาน
ภาษาอังกฤษ (office)
4. สถานภาพผู้เขียน
() นักศึกษา ปริญญา () อาจารย์ สถาบัน.....
() บุคลากรทางการแพทย์ ระบุสายวิชาชีพ.....
() บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
5. ขอส่ง () งานวิจัย () บทความวิชาการ จำนวน.....หน้า
เรื่อง (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ)
6. ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งเล่มวารสารโรคเอดส์ให้ทางไปรษณีย์)
.....
.....รหัสไปรษณีย์
โทร. (มือถือ)..... E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณา
ของวารสารเล่มอื่น

ลงนาม

(.....)

วันที่/...../.....



ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่ 10 จังหวัด ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553

Received: 22/11/2018, Accepted: 15/08/2019

สหภาพ พูลเกษร*, สุรศักดิ์ ธนาิสรวยยางกูร**

Abstract

Effective Surveillance for HIV Infection. Sexually Transmitted Diseases and Behavior Associated with HIV Infection among Migrant Worker in 10 Provinces of Thailand, 2010

Sahaphap Poonkasorn*, Surasak Thanaisawanyangkoon**

*Division of Epidemic, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

**Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

The Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) was performed among migrant workers whose age were 15 years old or more, with or without registration, from 3 countries i.e. Myanmar, Laos and Cambodia, who had been residing in Thailand for 6 months or longer, in 10 selected provinces, in 5 occupational types including fishery, continuous fishery, construction workers, agriculturist, and factory workers. The survey was conducted in 2010. The objectives were to study HIV and Sexually Transmitted Infection (STI) prevalence rates and to assess behaviors associated to HIV infection. HIV and syphilis infection, other STI infections and behavior data were derived from blood test, urine test, and interviewing using a questionnaire.

There were 3,001 subjects enrolled to the study. Of these, 52.3% were female and 47.7% were male. The average age was 29.1 ± 8.8 years old. 60.2% of the subjects were from Myanmar, and 20% were equally from Laos and Cambodia. During the last 6 months before the interviewing, 618 subjects (34.2%) out of the respondents to this question (N=1,809) reported to have at least one symptom of STI. The percentages of type of sex partner (N=2,119) in their last sex-act was with husband/wife for 86.2% [among this group (N=1,814) reported using condom for 6.8%, and not using a condom for 93.2%]; with commercial sex workers for 6.7% [among this group (N=113) reported using a condom for 78.8%, and not using a condom for 21.2%]; with boy or girl friend/lover for 5.3% [among this group (N=142) reported using a condom for 36.6%, and not using a condom for 63.4%]; with other man/woman who is not a lover for 1.2% [among this group (N=23) reported using a condom for 47.8%, and not using a condom for 52.2%]; and with others for 0.6% [among this group (N=4) reported using a condom for 50.0%, and not using a condom for 50.0%]. HIV, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhea and Syphilis infection rates were 1.3, 0.93, 0.87 and 0.59% respectively.

The other problems found from the study included limited access to health care services for example out of the studied subjects (N=3,001), 40.1% got health insurance card while the rest did not hold such card resulted into limited access to HIV testing. In addition, migrant workers had low level of knowledge related to HIV and AIDS.

It is recommended that there should be attempts to promote access to health care services and communication, including to provide knowledge of HIV and STI to migrant workers in an intensive way, with an emphasis on the correct measure to prevent HIV infection. The role of migrant health volunteer or migrant health worker should be strengthened, including the role to disseminate knowledge and coordination for migrant workers to access to health care.

Keywords: Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS), HIV, STI, migrant workers

บทคัดย่อ

การดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติครั้งนี้ เป็นการเฝ้าระวังในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งที่จดทะเบียน และไม่ได้จดทะเบียน จาก 3 ประเทศ ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยนานกว่า 6 เดือน ในพื้นที่ 10 จังหวัดที่เลือกแบบเจาะจง อาชีพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ ประมง ประมงที่ต่อเนื่อง กรรมกรก่อสร้าง เกษตรกรรม และอาชีพพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ดำเนินการในปี พ.ศ. 2553 และมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีทราบได้จากการตรวจเลือด ข้อมูลการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จากการตรวจปัสสาวะ และข้อมูลพฤติกรรมมา ได้จากการตอบแบบสอบถาม

ผลการเฝ้าระวัง พบว่า มีแรงงานข้ามชาติที่ศึกษา 3,001 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.3 เพศชาย ร้อยละ 47.7 อายุเฉลี่ย 29.1 ± 8.8 ปี เป็นชาวเมียนมาร์ ร้อยละ 60.2 ลาว ร้อยละ 20.0 และกัมพูชา ร้อยละ 19.8 สำหรับประวัติการมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ก่อนตอบแบบสอบถาม (จากผู้ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ (N) จำนวน 1,809 ราย) พบว่า เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างน้อยหนึ่งอาการ 618 ราย (ร้อยละ 34.2) ประวัติประเภทของคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุดของแรงงานข้ามชาติ (N=2,119) พบว่า คู่เพศสัมพันธ์ที่มากที่สุด ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 86.2 [ในกลุ่มนี้ (N=1,814) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 6.8 และไม่ใช่ ร้อยละ 93.2] กับพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 6.7 [ในกลุ่มนี้ (N=113) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 78.8 และไม่ใช่ ร้อยละ 21.2] กับแฟน/คนรัก ร้อยละ 5.3 [ในกลุ่มนี้ (N=142) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 36.6 และไม่ใช่ ร้อยละ 63.4] กับชาย/หญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน ร้อยละ 1.2 [ในกลุ่มนี้ (N=23) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 47.8 และไม่ใช่ ร้อยละ 52.2] และอื่น ๆ ร้อยละ 0.6 [ในกลุ่มนี้ (N=4) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 50 และไม่ใช่ ร้อยละ 50] แรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.3 ติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ร้อยละ 0.93 ติดเชื้อหนองใน (*Neisseria gonorrhea*) ร้อยละ 0.87 และติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 0.59

ปัญหาที่สำคัญอื่น ๆ ที่พบได้แก่ ข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ โดยพบว่า แรงงานข้ามชาติ (N=3,001) มีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 40.1 นอกนั้นไม่มี ส่งผลต่อเนื่องถึงการรับบริการตรวจรักษาเมื่อป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการขอรับบริการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติมีระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ อยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ และการสื่อสาร รวมทั้งการให้ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่แรงงานข้ามชาติที่อย่างเข้มข้นและเน้นให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง และควรเพิ่มศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ และการประสานงาน เพื่อให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ได้รับการบริการอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี, กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย มีผู้ใช้แรงงานข้ามชาติเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งที่เข้ามาในประเทศอย่างถูกกฎหมาย และผิดกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาประกอบอาชีพ แรงงานข้ามชาติเหล่านี้มีผลต่อประเทศไทยทั้งในแง่บวกและ

ในแง่ความท้าทายในด้านต่าง ๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ และสาธารณสุข แรงงานข้ามชาติจำนวนไม่น้อยมีความเป็นอยู่ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่เหมาะสม อาจได้รับอันตรายจากความไม่รู้และไม่เข้าใจ และมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งที่พบได้มาก และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดระหว่างแรงงานข้ามชาติและคนไทยได้ในอนาคต

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เพื่อติดตามสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้ โดยพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่บูรณาการการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรม ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้การบูรณาการดังกล่าวเป็นไปตามแนวทาง The second generation HIV Surveillance ที่ UNAIDS และองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ เรียกการเฝ้าระวังในลักษณะนี้ว่า The Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) โดยในการเฝ้าระวังนี้ ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีทราบได้จากการตรวจเลือด ข้อมูลการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จากการตรวจปัสสาวะ และข้อมูลพฤติกรรม ฯ (ซึ่งมีทั้งข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงบริการ) ได้จากการตอบแบบสอบถาม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
2. เพื่อวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
3. เพื่อศึกษาข้อมูลด้านประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

วิธีการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ดำเนินการในพื้นที่ โดยการคัดเลือกอย่างง่ายจากรายชื่อจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติขึ้นทะเบียนของกระทรวงแรงงาน ซึ่งมีทั้ง 76 จังหวัด โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกในจังหวัดที่มีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สูง ในแต่ละภูมิภาค และเป็นจังหวัดที่กองทุนโลกให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผลการคัดเลือก 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ตาก นครพนม อุบลราชธานี สมุทรปราการ กาญจนบุรี ชลบุรี ตรัง และสงขลา ประชากรที่ทำการเฝ้าระวัง ได้แก่ แรงงานข้ามชาติ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งที่จดทะเบียน และไม่จดทะเบียน ที่มาจาก 3 ประเทศ ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยนานกว่า 6 เดือน อาชีพของกลุ่มเป้าหมายที่เก็บข้อมูล ได้แก่ ประมง ประมงที่ต่อเนื่อง กรรมกรก่อสร้าง เกษตรกรรม และอาชีพพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยไม่รวมแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาเย็นกลับและไม่พักอาศัยในประเทศไทย การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลาง ในการประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่าย ทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้บริการปรึกษา ส่วนภาคประชาสังคม ได้ประสานให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ทำหน้าที่เป็นล่าม เพื่อทำการสัมภาษณ์ในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้แรงงานข้ามชาติที่ให้ความยินยอมและสมัครใจ เท่านั้นที่จะมีการเก็บข้อมูลในการเฝ้าระวังนี้

จำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติตัวอย่างที่ตั้งเป้าหมายเพื่อการเฝ้าระวังทั้งหมด (N) รวม 10 จังหวัด เท่ากับ 3,000 คน โดยมีเกณฑ์ขั้นต่ำในการเก็บตัวอย่างจังหวัดละ 300 คน เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม เป็นต้นไป จนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey) การเลือกตัวอย่างอาศัยหลักความน่าจะเป็นโดยวิธี Multi-stage cluster sampling with equal probability⁽¹⁾ โดยเจ้าหน้าที่จะสุ่มเลือกอำเภอที่ดำเนินการเฝ้าระวัง แบ่งเป็น 3 กรณี คือ กรณีที่ 1 จังหวัดมีกลุ่มแรงงานข้ามชาติในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้เลือกทำการเฝ้าระวังในอำเภอที่มีจำนวนกลุ่มแรงงานข้ามชาติมากที่สุดเพียงอำเภอเดียว กรณีที่ 2 จังหวัดไม่มีอำเภอใดที่มีจำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติครบ ให้เก็บข้อมูลในอำเภอที่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติมากที่สุดก่อน แล้วจึงเลือกอำเภออื่น ๆ ต่อไปเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบ และกรณีที่ 3 หากจังหวัดมีอำเภอที่มีขนาดตัวอย่างน้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังในแรงงานข้ามชาติทุกคนโดยไม่ต้องทำการสุ่มเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามสัญชาติของกลุ่มประชากรที่เฝ้าระวัง โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลที่รวบรวมแบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 สภาพครอบครัว และภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย ส่วนที่ 4 พฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นชุดคำถามมาตรฐาน (5 ข้อ) ที่ผ่านการพิจารณาของสมัชชาแห่งสหประชาชาติในวาระพิเศษ ว่าด้วยเรื่องเอชไอวี/เอดส์ (United Nations General Assembly Special

Session on HIV/AIDS (UNGASS))⁽²⁾ และมีข้อคำถามเพิ่มเติมของประเทศไทยอีก 1 ข้อด้วย ส่วนที่ 6 แหล่งความรู้เรื่องโรคเอดส์ และส่วนที่ 7 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากนำข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี มาตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปของสำนักระบาดวิทยา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเรียบเรียงให้เห็นลักษณะของการกระจายการเกิดโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ และแปลผลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลตรวจต่าง ๆ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดใช้สถิติเชิงพรรณนาที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรวมทุกจังหวัด และการนำเสนอความชุกการติดเชื้อภาพรวมในรายงานนี้จะใช้ค่ามัธยฐาน (Median) จากข้อมูลรายจังหวัด

ผลการเฝ้าระวัง

กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่รวบรวมข้อมูลได้จำนวน 3,001 คน จากพื้นที่เฝ้าระวัง 10 จังหวัด จังหวัดละ 300 คน ยกเว้นจังหวัดนครพนม 301 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 1,570 คน (ร้อยละ 52.3) เพศชาย 1,431 คน (ร้อยละ 47.7)

เมื่อวิเคราะห์การกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนที่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ (N) = 2,988) พบว่า ค่าเฉลี่ย 29.1±8.8 ปี ค่ามัธยฐานอายุ 29.3 ปี (Q1 - Q3: 22 - 35 ปี) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 20 - 24 ปี (ร้อยละ 22.2) หากพิจารณากลุ่มอายุที่มีสัดส่วนสูง พบว่า เกือบสามในสี่มีอายุ 15 - 34 ปี (ร้อยละ 71.8)

แรงงานข้ามชาติโดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (N = 3,001) คู่ (ร้อยละ 61.0) นอกจากนั้น ไม่ได้แต่งงานหรือเป็นโสด ร้อยละ 32.2 เป็นกลุ่มที่

แยกกันอยู่ หม้าย หรือหย่าร้าง ร้อยละ 6.8 ในด้านการพักอาศัย (N = 3,001) พบว่า อยู่กับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 67.0 อยู่กับเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 15.1 อยู่กับเจ้าของสถานประกอบการ ร้อยละ 10.6 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 7.3 ซึ่งสถานที่พักอาศัย (N = 2,998) นั้น นายจ้างเป็นผู้จัดหาให้ ร้อยละ 54.3 ที่เหลือจัดหาเอง ส่วนสัญชาติของแรงงาน (N = 2,998) พบว่า เป็นชาวเมียนมาร์มากที่สุด ร้อยละ 60.2 ลาว ร้อยละ 20.0 และกัมพูชา ร้อยละ 19.8 อาชีพ (N = 2,996) ที่พบมากที่สุดคือ ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 39.9 การประมงที่ต่อเนื่อง ร้อยละ 20 กรรมกรรับจ้าง ร้อยละ 18.6 ลูกจ้างเกษตรกรรม ร้อยละ 13.6 ประมง ร้อยละ 6.8 และอื่น ๆ ร้อยละ 1.1 ในข้อมูลด้านระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในเมืองไทย (N = 3,001) พบว่า กลุ่มที่อยู่ยาวนานระหว่าง 1 - 4 ปี พบมากที่สุดถึงร้อยละ 42.9 ระหว่าง 5 - 9 ปี ร้อยละ 18.6 ต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 17.7 มากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 10.8 และระหว่าง 10-14 ปี ร้อยละ 10 ค่าเฉลี่ยของเวลาที่พักอาศัยเท่ากับ 4.6 ± 4.2 ปี ข้อมูลด้านใบอนุญาตทำงาน (N = 3,001) กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน ร้อยละ 45.9 นอกนั้นไม่มีใบอนุญาต

ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของแรงงานข้ามชาติ (N = 3,001) จำแนกตามสัญชาติพบว่า สัญชาติลาว (N = 1,100) สามารถพูดภาษาไทยได้มากที่สุด ร้อยละ 76.0 และอ่านภาษาไทยได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 51.2 แรงงานข้ามชาติกัมพูชา (N = 901) สามารถพูดภาษาไทยได้ ร้อยละ 50.7 อ่านภาษาไทยได้ ร้อยละ 14.7 ส่วนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ (N = 1,000) สามารถพูดภาษาไทยได้ ร้อยละ 40.5 และอ่านภาษาไทยได้ ร้อยละ 10.1

ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเด็นบัตรประกันสุขภาพ (N = 3,001)

พบว่า มีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 40.1 นอกนั้นไม่มี สำหรับประวัติการมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ก่อนตอบแบบสอบถาม (N = 1,809) พบว่า เคยมีอาการของโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์อย่างน้อยหนึ่งอาการ 618 ราย (ร้อยละ 34.2) และหากพิจารณาประวัติแต่ละอาการ พบอาการที่พบสูงที่สุดคือ มีตกขาว ผิดปกติ ร้อยละ 12.8 รองลงมาคือ ปวดแสบปวดร้อนเมื่อถ่ายปัสสาวะ (ร้อยละ 12.0) เป็นผื่นบนผิวหนังตามร่างกาย (ร้อยละ 6.6) มีอาการเจ็บหรือปวด ผิดปกติที่บริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ 6.2) เป็นผื่นคันหรือมีอาการแดงบริเวณอวัยวะเพศ เป็นปุ่ม หรือ ตุ่มขึ้นบริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ 6.2) ปวดและแสบ บวม บริเวณขาหนีบ เจ็บหรือปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 2.5) มีแผลเปื่อย แผลพุพองบริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ 1.8) อาการอื่น ๆ (ร้อยละ 0.6)

ในกลุ่มผู้ที่ตอบว่าเคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างน้อยอาการใดอาการหนึ่ง มีผู้ที่ตอบประวัติวิธีการรักษาเมื่อมีอาการ ผิดปกติ (N = 615) พบว่า ไม่ได้ไปรับ การรักษาสูงถึง ร้อยละ 36.4 มีผู้ที่รักษาเองหรือซื้อยากินเอง ร้อยละ 29.8 ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 17.4 ไปคลินิกเพื่อพบแพทย์ หรือพยาบาล ร้อยละ 8.8 ไปสถานอนามัย ร้อยละ 5.7 ไปพบแพทย์พื้นบ้าน (รักษาด้วยสมุนไพร) ร้อยละ 1.1 และอื่น ๆ ร้อยละ 0.5

ข้อมูลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (N = 3,001) พบว่า มีผู้เคยได้รับการตรวจ ร้อยละ 20.8 นอกนั้นไม่เคยตรวจ ในจำนวนที่เคยตรวจนี้ ทราบผลการตรวจ ร้อยละ 64.4 ข้อมูลตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา (N = 3,001) ผู้เคยตรวจในช่วงเวลาดังกล่าว ร้อยละ 10.4 นอกนั้นไม่เคยตรวจ และในจำนวนที่เคยตรวจ (N = 312) ทราบผลการตรวจ ร้อยละ 61.3

แรงงานข้ามชาติมีการรับรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยดังนี้ ในประเด็นการเคยเห็นหรือรู้จักถุงยางอนามัย (N = 3,001) กลุ่มตัวอย่างรู้จักหรือเคยเห็นถุงยางอนามัย ร้อยละ 81.4 นอกนั้นไม่รู้จักหรือไม่เคยเห็น การทราบว่าคุณยางอนามัยใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 71.5 ป้องกันตัวจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 45.6 ป้องกันการตั้งครรภ์/เป็นวิธีหนึ่งในการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 45.1 และเพื่อความสุภาพทางเพศ ร้อยละ 11.1 ข้อมูลแหล่งที่จะหาหรือซื้อถุงยางอนามัย (N = 2,800) ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ องค์การเอกชน (Drop-in center) สำนักงานเอกชน (outreach service) เครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัย และอื่น ๆ (เพื่อน คลินิก ร้านค้า) เป็น ร้อยละ 29.6, 25.4, 15.2 10.1 และ 12.9 ตามลำดับ สำหรับประเด็นการได้รับหรือซื้อถุงยางอนามัย (N = 2,135) กลุ่มตัวอย่างได้รับจากองค์กรเอกชน (Drop-in center) สูงที่สุด ร้อยละ 20.0 รองลงมา ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 13.1 สำนักงานเอกชน (outreach service) ร้อยละ 10.3 เครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัย ร้อยละ 4.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 23.3

ประวัติการเคยมีเพศสัมพันธ์ของแรงงานข้ามชาติ (N = 3,001) พบว่า ส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 74.4 โดยในประวัติการมีสามีหรือภรรยา (N = 2,233) แรงงานข้ามชาติตอบแบบสอบถามว่ามีสามีหรือภรรยาแล้ว ร้อยละ 99.6 ไม่มี ร้อยละ 0.4 ในกลุ่มที่มีสามีหรือภรรยาแล้ว ตอบข้อคำถามเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาหรือสามีในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 2,073) ว่า มี ร้อยละ 79.2 และไม่มี ร้อยละ 20.8 ในประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาหรือสามี ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 1,596) พบว่า ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 5.5

ใช้บางครั้ง ร้อยละ 10.8 และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 86.8 ต่อข้อคำถามเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือสามีในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 2,071) ตอบว่า มี ร้อยละ 7.9 และไม่มี ร้อยละ 92.1 สำหรับการใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือสามี ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 155) ตอบว่า ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 49.7 ใช้บางครั้ง ร้อยละ 20 และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 30.3 ข้อคำถามเรื่อง แรงงานข้ามชาติเพศชายมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการในรถ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 947) ตอบว่า มี ร้อยละ 9.8 และไม่มี ร้อยละ 90.2 และข้อคำถามเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 91) ตอบว่า ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 75.8 ใช้บางครั้ง ร้อยละ 15.4 และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 8.8 สำหรับจำนวนคู่นอนทั้งหมดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (N = 2,080) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ตอบว่ามีคู่นอน จำนวน 1 คน ร้อยละ 89.7 จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.7 จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.5 และมากกว่า 3 คน ร้อยละ 3.2 สำหรับประวัติประเภทของคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของแรงงานข้ามชาติ (N = 2,119) พบว่า คู่เพศสัมพันธ์ที่มากที่สุด ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 86.2 กับพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 6.7 กับแฟน/คนรัก ร้อยละ 5.3 กับชาย/หญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน ร้อยละ 1.2 และอื่น ๆ ร้อยละ 0.6 โดยการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับสามี/ภรรยา (N = 1,814) พบว่า มีการใส่ถุงยางอนามัย ร้อยละ 6.8 และไม่ใช่ ร้อยละ 93.2 การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศหญิง (N = 113) พบว่า มีการใส่ ร้อยละ 78.8 และไม่ใช่ ร้อยละ 21.2 การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คนรัก (N = 142) พบว่า มีการใส่ ร้อยละ 36.6 และไม่ใช่ ร้อยละ 63.4 การใช้ถุงยาง

อนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย/หญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน (N=23) พบว่า มีการใช้ ร้อยละ 47.8 และไม่ใช่ ร้อยละ 52.2 การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่น ๆ (N = 4) พบว่า มีการใช้ ร้อยละ 50 และไม่ใช่ ร้อยละ 50

แรงงานข้ามชาติรู้จักสถานที่ให้บริการปรึกษา และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (N = 3,001) จากโรงพยาบาลของรัฐ/สถานอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 52.6 และรู้จักจาก อสต./พสต. รองลงมา ร้อยละ 11.5 คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 10.5 จากคลินิกขององค์กรเอกชน ร้อยละ 8.1 และคลินิกการแพทย์ของรัฐ ร้อยละ 4.4

ประวัติการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมาของแรงงานข้ามชาติ (N = 2,867) พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากองค์กรเอกชน (Drop-in center) ร้อยละ 21.6 รองลงมา คือ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 9.0 บริการเข้าถึงในชุมชน (outreach service) ร้อยละ 6.3 และมีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์เลย ร้อยละ 63.1 โดยมีผู้ที่เคยได้รับความรู้ (N = 1,018) มีความถี่ในการได้รับความรู้จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 52.1 จำนวน 2 - 3 ครั้ง ร้อยละ 30.2 และมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 17.7

ประวัติการเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของแรงงานข้ามชาติ (N = 3,001) พบว่า เคยดื่ม ร้อยละ 54.2 และไม่เคยดื่ม ร้อยละ 45.8 ในกลุ่มที่

เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตอบคำถามเรื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (N = 1,220) ว่า ดื่มทุกครั้ง ร้อยละ 4.1 ดื่บบางครั้ง ร้อยละ 45.7 และไม่เคยดื่ม ร้อยละ 50.2

ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แรงงานข้ามชาติ มีความรู้ถูกต้องตามตัวชี้วัดของ UNGASS (ตอบถูกต้อง 5 ข้อ) (N = 787) ร้อยละ 26.2 (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า แรงงานข้ามชาติตอบคำถาม “การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้” ถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 81.2 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ “ยุ่งสามารถเป็นพาหะ นำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้” โดยมีผู้ตอบถูกต้อง เพียงร้อยละ 51.0 การตอบคำถามถูกต้องทุกข้อ (ตอบถูก 6 ข้อ) ยังตอบถูกต้องค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 20.3

ผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า แรงงานข้ามชาติในการศึกษา มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.3 ติดเชื้อ Chlamydia trachomatis ร้อยละ 0.93 ติดเชื้อหนองใน (Neisseria gonorrhea) ร้อยละ 0.87 และติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 0.59 โดยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละจังหวัดกระจายอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.3 - 5.0 เชื้อ Chlamydia trachomatis ร้อยละ 0 - 2.0 เชื้อหนองใน ร้อยละ 0-3.3 และเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 0-1.3 รายละเอียดดังข้อมูล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1: ผลการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของแรงงานข้ามชาติ (N = 3,001) ปี พ.ศ. 2553

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูก/ ไม่ทราบ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	2,436	(81.2)	565	(18.8)
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	2,240	(74.6)	761	(25.4)
3. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้	1,530	(51.0)	1,471	(49.0)
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	2,110	(70.3)	891	(29.7)
5. คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	1,638	(54.6)	1,367	(45.4)
6. ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาด้านไวรัสเอดส์) ได้	1,716	(57.2)	1,285	(42.8)
ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ (ข้อ 1 – ข้อ 5 ตามตัวชี้วัด UNGASS)	787	(26.2)	-	-
ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ (ข้อ 1 – ข้อ 6)	609	(20.3)	-	-

ตารางที่ 2: อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานข้ามชาติ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2553

จังหวัด	HIV			C. trachomatis			N. gonorrhea			ซิฟิลิส		
	จำนวน	บวก	%	จำนวน	บวก	(%)	จำนวน	บวก	(%)	จำนวน	บวก	(%)
ตราด	300	15	5.0	300	4	1.3	300	0	0.0	300	2	0.7
สมุทรปราการ	300	5	1.7	300	2	0.7	300	0	0.0	300	3	1.0
เชียงใหม่	300	5	1.7	300	6	2.0	300	1	0.3	300	0	0.0
กาญจนบุรี	300	4	1.3	300	2	0.7	300	10	3.3	300	6	2.0
ตรัง	300	3	1.0	300	0	0.0	300	2	0.7	300	0	0.0
นครพนม	301	2	0.7	301	1	0.3	301	3	1.0	301	0	0.0
สงขลา	300	2	0.7	300	5	1.7	300	9	3.0	300	1	0.3
ชลบุรี	300	1	0.3	300	2	0.7	300	0	0.0	300	4	1.3

ตารางที่ 2: อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานข้ามชาติ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2553 (ต่อ)

จังหวัด	HIV			C. trachomatis			N. gonorrhea			ซิฟิลิส		
	จำนวน	บวก	%	จำนวน	บวก	(%)	จำนวน	บวก	(%)	จำนวน	บวก	(%)
อุบลราชธานี	300	1	0.3	300	6	2.0	300	1	0.3	-	-	-
ตาก	300	1	0.3	300	0	0.0	300	0	0.0	300	0	0.0
Median	-	-	0.8	-	-	0.7	-	-	0.3	-	-	0.3
Mean	3,001	39	1.3	3,001	28	0.93	3,001	26	0.87	2,701	16	0.59

หมายเหตุ จังหวัดอุบลราชธานีไม่ได้ดำเนินการตรวจซิฟิลิส

ในกลุ่มที่พบว่าติดเชื้อเอชไอวี เป็นเพศชาย 18 ราย คิดเป็นอัตราการติดเชื้อในเพศชาย ร้อยละ 1.26 และเป็นเพศหญิง 21 ราย เป็นอัตราการติดเชื้อในเพศหญิง ร้อยละ 1.34 เมื่อวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามสัญชาติ พบว่า อัตราความชุกสูงสุดในแรงงานชาวกัมพูชา (ร้อยละ 2.15) รองลงมาคือ เมียนมาร์ (ร้อยละ 1.16) และลาว (ร้อยละ 0.51) (ตารางที่ 3) โดยอัตราการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี มีการติดเชื้อร้อยละ 0.65 ส่วนกลุ่มที่อายุ 25 ปี ขึ้นไป ติดเชื้อร้อยละ 1.68 สำหรับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย พบว่า กลุ่มที่อยู่ในประเทศไทยต่ำกว่า 1 ปี มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 0.38 และในกลุ่มที่อยู่ยาวนานขึ้น มีแนวโน้มติดเชื้อเพิ่มขึ้นกล่าวคือ กลุ่มที่อยู่ 1 - 4 ปี 5 - 9 ปี และ 10 - 14 ปี มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 1.24, 1.61 และ 2.33 ตามลำดับ แต่กลุ่มที่อยู่ 15 ปีขึ้นไป กลับมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 1.55 เมื่อพิจารณาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพประมงที่ต่อเนื่องมีอัตราการติดเชื้อสูงสุด คือ ร้อยละ 2.34 รองลงมา

คือ ประมง และ ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 1.96 และ 1.09 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3: อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติ จำแนกตามเพศ สัญชาติ กลุ่มอายุ ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย และอาชีพปี พ.ศ. 2553

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด	ติดเชื้อเอชไอวี	ความชุก (%)
เพศ (N = 3,001)			
ชาย	1431	18	1.26
หญิง	1570	21	1.34
สัญชาติ (N = 2,998)			
เมียนมาร์	1,806	21	1.16
กัมพูชา	600	15	2.15
ลาว	592	3	0.51
กลุ่มอายุ (N = 2,988)			
น้อยกว่า 25 ปี	1,081	7	0.65
25 ปี ขึ้นไป	1,907	32	1.68

ตารางที่ 3: อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติ จำแนกตามเพศ สัญชาติ กลุ่มอายุ ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย และอาชีพปี พ.ศ. 2553 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด	ติดเชื้อเอชไอวี	ความชุก (%)
ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย (N=3,001)			
ต่ำกว่า 1 ปี	530	2	0.38
1 - 4 ปี	1,288	16	1.24
5 - 9 ปี	559	9	1.61
10 - 14 ปี	301	7	2.33
15 ปีขึ้นไป	323	5	1.55
อาชีพ (N = 2,996)			
ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม	1,196	13	1.09
ประมงที่ต่อเนื่อง	598	14	2.34
กรรมกรรับจ้าง	558	5	0.90
ลูกจ้างเกษตรกรรม	408	3	0.74
ประมง	204	4	1.96
อื่น ๆ	32	0	0

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า 7 ราย (ร้อยละ 18) มีผู้ที่เคยตรวจ แต่ไม่ทราบผล 2 ราย (ร้อยละ 5) และผู้ที่ไม่เคยตรวจเลือดถึง 30 ราย (ร้อยละ 77)

แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด มากที่สุดกับสามี/ภรรยา 24 ราย (ร้อยละ 62) กับแฟน/คนรัก และหญิงบริการ เท่ากัน กลุ่มละ 4 ราย (ร้อยละ 10) และไม่ตอบคำถาม ข้อนี้ 7 ราย (ร้อยละ 18) สำหรับคำถามเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัย 7 ราย (ร้อยละ 18) ไม่ใช้ 27 ราย (ร้อยละ 69) ไม่ตอบคำถามข้อนี้ 5 ราย (ร้อยละ 13) และในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับสามี/ภรรยา (N = 24) มีการใช้ถุงยางอนามัย 1 ราย (ร้อยละ 4) ไม่ใช้ 23 ราย (ร้อยละ 96) กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับพนักงานบริการหญิง (N = 4) มีการใช้ถุงยางอนามัย 3 ราย (ร้อยละ 75) ไม่ใช้ 1 ราย (ร้อยละ 25) กลุ่มที่เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟน/คนรัก (N = 4) มีการใช้ถุงยางอนามัย 3 ราย (ร้อยละ 75) ไม่ใช้ 1 ราย (ร้อยละ 25) และมีกลุ่มที่เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดแต่ไม่ระบุประเภทคู่นอน (N = 7) ไม่มีรายใดที่ตอบว่า ได้มีการใช้ถุงยางอนามัย ตอบว่า ไม่ใช้ 2 ราย (ร้อยละ 29) และไม่ตอบ 5 ราย (ร้อยละ 71)

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความรู้ถูกต้องตามตัวชี้วัด UNGASS (ตอบถูกต้อง 5 ข้อ) ร้อยละ 35.0 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การตอบคำถาม “การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้” ตอบถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 97 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ “ยุ่งสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้” โดยมีผู้ตอบถูกต้องเพียงร้อยละ 59 นอกจากนี้ แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี ตอบถูกต้อง 5 ข้อ ร้อยละ 35 ตอบถูก 6 ข้อ ร้อยละ 33 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4: ผลการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี (N = 39) ปี พ.ศ. 2553

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูก/ ไม่ทราบ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	38	(97)	1	(3)
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	33	(85)	6	(15)
3. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้	23	(59)	16	(41)
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	35	(90)	4	(10)
5. คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่ติดเชื้อเอดส์ได้	29	(74)	10	(26)
6. ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาต้านไวรัสเอดส์) ได้	29	(74)	10	(26)
ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ (ข้อ 1 – ข้อ 5 ตามตัวชี้วัด UNGASS)	14	(35)	-	-
ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ (ข้อ 1 – ข้อ 6)	13	(33)	-	-

วิจารณ์

การเฝ้าระวังครั้งนี้สุ่มพื้นที่มา 10 จังหวัด มีแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์มากที่สุด (ร้อยละ 60) ในขณะที่เป็นสัญชาติกัมพูชา และ ลาว ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องระดับหนึ่งกับรายงานของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน⁽³⁾ ซึ่งรายงานไว้ว่าแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และลาว ที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยนั้น มีสัญชาติเมียนมาร์มากที่สุด จำนวน 812,984 คน (ร้อยละ 87) กัมพูชา 56,479 คน (ร้อยละ 6) และลาว 62,792 คน (ร้อยละ 7) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มตัวอย่างที่เฝ้าระวังครั้งนี้เป็นประชากร ที่ครอบคลุมทั้งแรงงานที่มีใบอนุญาตให้ทำงานและไม่มีใบอนุญาต จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้สัดส่วนสัญชาติของกลุ่มตัวอย่าง

ในการเฝ้าระวังครั้งนี้แตกต่างไปจากข้อมูลสัดส่วนของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้ตามที่ระบุข้างต้น เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีมากเพียงพอต่อการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หากได้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในพื้นที่เดิมต่อไป ก็จะสามารถติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไปได้เป็นอย่างดี

แรงงานข้ามชาติที่ทำงานในจังหวัดต่าง ๆ ใน การเฝ้าระวังครั้งนี้ มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศ

ชายเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากลักษณะงานที่มีในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน เช่น จังหวัดชายทะเลมีอาชีพประมง จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรหรือโรงงานบางประเภท เป็นต้น ลักษณะงานที่แตกต่างกันอาจเกี่ยวข้องกับความต้องการแรงงานเพศหญิงหรือชายแตกต่างกันไป ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่นี้เป็นสิ่งช่วยชี้ว่าการเฝ้าระวังควรพิจารณาทั้งในแง่ภาพรวม และวิเคราะห์ติดตามแนวโน้มรายพื้นที่ด้วย

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี หากพิจารณารายจังหวัดจะเห็นความแตกต่างกันชัดเจน จังหวัดที่มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด คือ ตราด อัตราติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 5.0 ในขณะที่จังหวัดที่ติดต่อดำสุดคือ ชลบุรี ตาก และอุบลราชธานี ร้อยละ 0.3 เท่ากัน 3 จังหวัด แตกต่างกันเกินกว่า 16 เท่า และหากพิจารณาพื้นที่ที่มีความชุกการติดเชื้อร้อยละ 1.0 ขึ้นไป มี 5 จังหวัด ได้แก่ ตราด เชียงใหม่ สมุทรปราการ กาญจนบุรี และตรัง ร้อยละ 5.0, 1.7, 1.7, 1.3, และ 1.0 ตามลำดับ พื้นที่ทั้ง 5 จังหวัดนี้ เป็นพื้นที่ ที่มีแรงงานเมียนมาร์ และกัมพูชาสูง ควรกำหนดให้เป็นพื้นที่เพิ่มความเข้มข้นในมาตรการควบคุมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในรายงานแต่ละสัญชาติ พบว่า สูงสุดในแรงงานสัญชาติกัมพูชา (ร้อยละ 2.15) รองลงมา คือ เมียนมาร์ (ร้อยละ 1.16) และ ลาว (ร้อยละ 0.51) การคาดประมาณความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกัมพูชา โดย UNAIDS พบว่า ประชากรวัย 15 - 49 ปี มีความชุกสูงสุดเมื่อ ปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ประมาณร้อยละ 1.6 และค่อย ๆ ลดลงมาเป็นร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) และเป็นร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2552 (ค.ศ.

2009)⁽⁴⁾ จะเห็นว่า แรงงานกัมพูชาที่มาอยู่ในประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าประชากรภาพรวมในประเทศกัมพูชา แสดงว่า แรงงานข้ามชาติสัญชาติกัมพูชาที่มาทำงานในประเทศไทยน่าจะมีภาวะพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการมีรายได้จากงานในขณะที่ความรู้ด้านเอชไอวียังคงค่อนข้างต่ำ (ตามข้อคำถาม 5 ข้อของ UNGASS) ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นวิธีการถ่ายทอดโรคที่พบสูงสุดในประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในขณะที่เมียนมาร์และลาวก็มีลักษณะเดียวกันกับกัมพูชา เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการคาดประมาณของ UNAIDS ประเทศเมียนมาร์มีความชุกในประเทศเริ่มสูงกว่ากัมพูชาใน ปี ค.ศ. 2009 การเฝ้าระวังและมาตรการควบคุมโรคควรให้ความสำคัญกับกลุ่มสัญชาติเมียนมาร์มากขึ้นด้วย

สำหรับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย เมื่อพิจารณาผลการเฝ้าระวังพบว่า เป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงถึงระดับการติดเชื้อ ฯ ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาในช่วง 0 - 14 ปี โดยเพิ่มจากร้อยละ 0.38 ในปีแรก และสูงถึงร้อยละ 2.33 ในผู้ที่อยู่ในประเทศไทย 10 - 14 ปี แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่อยู่นาน 15 ปีขึ้นไป อัตราการติดเชื้อลดระดับลงเป็นร้อยละ 1.55 ซึ่งอาจเป็นเนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ ฯ หรือการย้ายกลับประเทศก็เป็นได้

อาชีพของแรงงานข้ามชาติที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง คือ อาชีพประมงที่ต่อเนื่อง และอาชีพประมง อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ฝ่ายชายมักจะทำงานในเรือประมงเป็นระยะเวลานาน และเมื่อกลับเข้าท่าเรือ ได้ใช้จ่ายเงินในการพักผ่อนและเที่ยวสถานบันเทิง ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยง

ทางเพศได้ และเมื่อมีการติดเชื้อแล้วก็จะสามารถถ่ายทอดไปยังคู่ (ฝ่ายหญิง) ที่เป็นกลุ่มทำอาชีพประมงที่ต่อเนื่อง

ความรู้ตามข้อคำถามของ UNGASS ในกลุ่มแรงงานที่ติดเชื้อ ฯ ตอบถูกต้อง สูงกว่าแรงงานทั้งหมดในภาพรวม (ร้อยละ 35 เปรียบเทียบกับร้อยละ 26.2) อาจเป็นจากมีผู้ติดเชื้อบางส่วนรู้สถานะการติดเชื้อ ฯ และได้เข้าถึงข้อมูลหลังการติดเชื้อ ฯ อย่างไรก็ตามสมมติฐานข้อนี้ยังไม่มีข้อสรุปควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ในประเด็นเรื่องการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วยพบว่า เมื่อแรงงานข้ามชาติเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการ หรือรักษาด้วยการหาซื้อยากินเอง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย เพราะแรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่มักจะประสบปัญหาเรื่องสถานะภาพทางกฎหมาย การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และมีบัตรประกันสุขภาพจำนวนไม่มาก ทำให้ต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง⁽⁵⁾ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมไทยตามมา โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการบริการรักษา แต่มีความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยเป็นอย่างดี แรงงานข้ามชาติได้รับความรู้ข่าวสารและบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์จากองค์กรเอกชน (Drop-in center) มากกว่าหน่วยงานราชการ ซึ่งคาดว่าจะเป็นผลจากปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งจำเป็นต้องใช้ล่ามที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (ออสต.) หรือพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ซึ่งในองค์กรเอกชนสามารถจัดบริการได้ทั่วถึงกว่าและ

ถือว่า ออสต. และ พสต. นี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ความรู้ และสามารถที่จะให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน

พฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ แรงงานข้ามชาติมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด กับสามีหรือภรรยามากที่สุด ซึ่งอาจเป็นผลจากสภาพความเป็นอยู่ของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยนั้นขึ้นอยู่กับประเภทของคู่นอน ซึ่งแรงงานข้ามชาติจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนไม่ประจำ ที่เป็นพนักงานบริการ สูงที่สุด แต่ยังคงไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับชายหรือหญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน นับเป็นสัญญาณของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติที่อาจจะเพิ่มมากขึ้นอีกได้ในอนาคต

สำหรับข้อมูลประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แรงงานข้ามชาติดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และดื่มบางครั้ง ร้อยละ 3.1 และ 34.3 ตามลำดับ ซึ่งน่าจะเป็นผลจากรายได้จากการทำงานของแรงงานข้ามชาติ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากการดื่มสุราทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ ส่งผลให้ไม่ระมัดระวังในการมีเพศสัมพันธ์ และการใส่ถุงยางอนามัย ดังนั้นในการรณรงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย จึงต้องนำประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาเป็นประเด็นหนึ่งของการรณรงค์ด้วย

จากผลการเฝ้าระวังครั้งนี้จะเห็นว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่พบว่าเท่ากับ ร้อยละ 1.3 สูงกว่าการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ฯ เฉพาะพื้นที่ในกลุ่มประชากรไทย ซึ่งดำเนินการในระบบเฝ้าระวังของสำนักกระบาดวิทยา ที่พบอัตรา

ความชุกมีอัตรา ร้อยละ 0.43⁽⁶⁾ และพบว่า แรงงานข้ามชาติมีอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อ Chlamydia trachomatis เชื้อหนองใน Neisseria gonorrhoeae และ ซิฟิลิส ร้อยละ 0.93, 0.87 และ 0.59 ตามลำดับ ซึ่งการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดังกล่าว น่าจะเป็นตัวชี้วัดทางด้านพฤติกรรมทางเพศของแรงงานข้ามชาติ ที่แสดงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมถึงพัฒนาระบบ กลไก หรือมาตรการที่จะนำไปใช้ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนให้ความสนใจเป็นพิเศษ ทั้งนี้ต้องมีความตระหนักว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มคนไทยโดยทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อค้นพบที่ว่าอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด และในแต่ละกลุ่มสัญชาติ จึงสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดมาตรการเพื่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติที่พบอัตราการติดเชื้อ เอชไอวีสูง ควรได้รับการสนับสนุนด้วยทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อให้สามารถดำเนินการด้วยมาตรการเน้นหนักต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถลดปัญหาในด้านพฤติกรรมเสี่ยง และปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

2. ควรให้ความรู้ด้านเอชไอวีแก่แรงงานข้ามชาติที่เพิ่งเข้ามาอยู่ในประเทศไทยอย่างเข้มข้น และเน้นให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ที่ถูกต้องเป็นกิจกรรมที่จะเป็นประโยชน์ ในการลดการติดเชื้อรายใหม่ในแรงงานข้ามชาติได้

3. ควรมีการเพิ่มศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ และเป็นแหล่งสำคัญในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ให้สามารถช่วยงานด้านสาธารณสุขงานชุมชน ช่วยในการประสานงานและการสื่อสาร

4. สนับสนุนให้แรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบของทางราชการ ในเรื่องการขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งจะช่วยให้แรงงานข้ามชาติสามารถประกันสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ส่งเสริมความร่วมมือและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ในแรงงานข้ามชาติระหว่างภาครัฐกับภาคประชาสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดและเครือข่ายองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดที่ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ทั้ง 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ตาก นครพนม อุบลราชธานี กาญจนบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี ตรัง สงขลา รวมถึงแรงงานข้ามชาติทั้งสามสัญชาติ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่กรุณาตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมป้องกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS., data.unaids.org/pub/.../080813_gr08_prev1549_1990_2007_en.xls. [Internet]. [cited 2018 September 20]. Available from http://www.unaids.org/documents/20101123_2010_hiv_prevalence_map_em.pdf
 2. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS GUIDELINES ON CONSTRUCTION OF CORE INDICATORS 2008 Reporting. [Internet]. 2008 [cited 2018 Sep 20]. Available from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1318_core_indicators_manual_en_0.pdf
 3. กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน. การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว สรุปปี 2553. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พ.ย. 2561] แหล่งข้อมูล: <http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/8/sy2553.pdf>
 4. วิพุธ พูลเจริญ, ปิณฑิพร จันทรรัตน์ ณ อยุธยา, วิภา ภวานาภรณ์, วรัญญา เตียวยสกุล, ขวลิศ ดันตินิกิตกุล. วิวัฒนาการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยสาธารณสุข; 2542.
 5. อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์, วาทีณี บุญชลักชี. การวิจัยประเมินผลกระทบโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร) ปี 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
-

การประเมินรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี

Received: 14/03/2019, Accepted: 15/08/2019

วันทนี ธารณธัญญ์*

Abstract

Evaluation of the HIV/AIDS Care Model of the Health Service Network in Buntharik District, Ubon Ratchathani Province

Wanthanee Tharnthanaboon*

*The Office of Disease Prevention and Control Region 10 Ubonratchathani

The care for HIV/AIDS patients should be organized in a holistic manner covering all dimensions which include physical, mental, economic and social aspects. Assessing the status of the current care system is essential for improving the comprehensiveness, the effectiveness and the efficiency of the program. In this regard, it is useful to conduct an assessment of the HIV/AIDS care system in Buntharik District of where the health service network has been operated for a long time covering entire community. The objective of this study was to assess the care system; and the participants were 52 patients, care givers and members of relevant stake holders. Data were collected by using a set of self-administered questionnaire and through in-depth interviews during the study period from October 2016 to September 2017; and were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

It was found that the care model was carried out in a holistic approach including physical, mental, economic and social dimensions. The operational process was comprised of (1), having a multidisciplinary team with a clear structure and division of responsibilities, (2) arrangement of one-stop service for patients, (3) a system consisted of activities to promote self-care and social support, (4) comprehensiveness of the care in 4 dimensions: promotion, prevention, treatment and rehabilitation, (5) promotion and availability of alternative care, (6) social support for patients and caregivers, (8) well developed data management system, and (8) satisfaction assessment. Based the evaluation, there was a high level of satisfaction and attitude among the participants. Therefore, the multidisciplinary team should be supported to take care of physical and mental care operations that link all stakeholders in the community. In addition, local administrative organizations should be responsible for continuing improvement of economic and social components of the case system.

Keywords: HIV/AIDS care system

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องดูแลครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม การพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นจะต้องประเมินสถานะของระบบเดิมว่ามีความครอบคลุม ได้ผลลัพธ์มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นไปตามเป้าหมายเชิงระบบหรือไม่ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานีดำเนินการมาอย่างยาวนานครอบคลุมทั้งชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลบุณทริก แต่ยังคงขาดการประเมิน ดังนั้นการวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบดังกล่าว กลุ่มที่ทำการศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุณทริก เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพและผู้ดูแล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้น 52 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง กันยายน พ.ศ.2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินการได้ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยมีกระบวนการ ดังนี้ (1) มีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข ปกครอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีโครงสร้างและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน (2) จัดรูปการให้บริการผู้ป่วยแบบ One Stop Service (3) มีกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคม (4) มีการดูแลแบบครบถ้วนทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟู (5) ส่งเสริมการดูแลแบบทางเลือก (6) มีการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย (7) มีการพัฒนารูปแบบจัดเก็บข้อมูล และ (8) มีการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับมาก ดังนั้นควรสนับสนุนทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพและจิตใจเป็นหลัก และเชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชน ส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคมควรเชื่อมโยงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างมาก โดยผลกระทบด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากลักษณะของโรคทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ทำให้มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสของระบบต่าง ๆ ส่งผลต่อสมรรถภาพทางร่างกายลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือกิจการงานได้ตามปกติ⁽¹⁾ ส่วนผลกระทบทางสังคมนั้น พบว่าในระยะแรกที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเมื่อมีอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่เปิดเผยตัวเองให้คนในชุมชนทราบ เนื่องจากเกรงว่าจะถูกรังเกียจ จึงนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียและสิ้นหวังในบางรายสัมพันธ์สภาพกับสมาชิกในครอบครัวเสียไป สูญเสียบทบาทในครอบครัว กลายเป็นบุคคลพึ่งพิง

ครอบครัว อีกทั้งต้องสูญเสียสิทธิต่าง ๆ ที่พึงมี ถูกกีดกันและละเมิดสิทธิต่าง ๆ จากสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ต้องหลบซ่อนตัว และปกปิดสภาพการติดเชื้อฯ เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม⁽²⁾ จากการศึกษาพบว่า ตราบาบมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเอดส์โดยมีอัตราสูงถึงร้อยละ 38.60 และมีการเจ็บป่วยทางจิตใจภายหลังได้รับวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 29 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการปกปิดผลเลือด ไม่กล้าเปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เนื่องจากกลัวผู้อื่นและสังคมรังเกียจ⁽¹⁾

สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดอุบลราชธานี มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีที่สอดคล้องกับประเทศไทย พบว่า มีผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ลดลง ตั้งแต่

ปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2556 ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 217 ราย เหลือเพียง 182 ราย ผลการศึกษาการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Integrated Biological and Behavioral System: IBBS) เพื่อดูแนวโน้มของการติดเชื้อรายใหม่ของจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีอัตราร้อยละ 2.7 การสำรวจความชุกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men: MSM) และ transgender (TG) พบผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 8.5 และ 5.6 ตามลำดับ และการตรวจเลือดในโครงการ Test & Treat จำนวน 185 คน พบผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.89 และผู้ที่เข้าร่วมโครงการตรวจในครั้งแรกมีผลเป็นลบ แต่กลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อกลับมาตรวจในระยะที่ 2 พบผลเลือดบวก จำนวน 15 คน

อำเภอบุญทริกมีเขตติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาชนลาว มีจุดตรวจคนเข้าเมืองที่เป็นด่านถาวรและจุดผ่อนปรน มีแรงงานข้ามชาติสถานประกอบการ และพนักงานบริการ ในปี พ.ศ. 2557 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 215 ราย ส่วนการเฝ้าระวังโดยการตรวจสุขภาพพนักงานบริการหญิง (ที่ไม่ใช่คนไทย) จำนวน 28 คน พบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 9 คน และติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 คน

แนวคิดของการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่พยายามจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นไปของโรคเอดส์ บทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนที่พึงปฏิบัติ เพื่อทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการจัดบริการดูแลอย่าง

ครบถ้วนและต่อเนื่องมี 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ (1) การดูแลอย่างครบถ้วนครอบคลุมสภาพปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางการแพทย์ สังคมจิตวิทยา เศรษฐกิจ การดำรงชีวิต บริการทางสังคม และการคุ้มครองสิทธิ และ (2) การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ และสังคม บ้าน และชุมชน รวมทั้งการทำให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเน้นระบบที่เอื้อต่อการกิจของสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะเป็น สถานบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดทั้งตัวผู้ป่วยและชุมชน และมีแนวคิดปฏิบัติที่สามารถนำกิจกรรมการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องไปใช้ได้เป็นอย่างดีทั้งในการดูแล การเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน และประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾ จากการศึกษากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์พบว่า ในปัจจุบันระบบการดูแลส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยให้การดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก การดูแลด้านจิตใจมีน้อยเนื่องจากขาดแคลนบุคลากร ส่วนการดูแลด้านเศรษฐกิจ สังคม มีปัญหาด้านแหล่งทุน ระบบข้อมูลและการเปิดเผยตัวของผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการ ส่วนใหญ่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยไม่มีงานทำ ท้อแท้ ต้องการรับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และขาดการยอมรับจากสังคม⁽⁴⁾

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น จำเป็นจะต้องดูแลแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะต้องประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน ทั้งทางด้านสาธารณสุข การปกครอง รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา

สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองมากที่สุด นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย⁽⁵⁾ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น จากกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสม เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ในระดับพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และประเมินผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลทั้งแบบเชิงปริมาณและคุณภาพ ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ในเรื่องที่ศึกษามี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 250 คน

การเลือกตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจงโดยเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามได้ อายุเกิน 20 ปี และยินยอมให้ข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 คน ดังนี้

1. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ตอบคำถามได้ อายุเกิน 20 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่เกิน 1 ปี และยินยอมให้ข้อมูล จำนวน 30 คน

2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบุณทริก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานมาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. แบบตรวจสอบรายการทบทวนเอกสาร เป็นการทบทวนนโยบายเอดส์ เอกสาร รายงานการประชุม และคำสั่งคณะกรรมการเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2. แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย กระบวนการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นอย่างไร โดยใคร และทำอะไร การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน แบบสอบถามความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม สำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3. แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการสนับสนุนดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สำหรับสนทนากลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชน โดยมีประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ การดำเนินงานของชุมชนในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างไร โดยใครและทำอะไร การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ปัญหา อุปสรรคมีอะไรบ้าง ข้อเสนอแนะ

4. แบบตรวจสอบรายการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สำหรับสังเกตพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นใช้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์สร้างขึ้นโดยได้ศึกษาจากเครื่องมือของพลสินธุ์⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจการดำเนินงาน จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นมาตรวัด 3 ระดับ พึงพอใจมาก ปานกลาง และน้อย ส่วนที่ 3 ทศนคติเรื่องโรคเอดส์ จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นมาตรวัด 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และ ไม่เห็นด้วย ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งเป็นมาตรวัด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และ ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ค่าคะแนนเป็น 3 2 1 ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลโดยหาค่า IOC โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า เท่ากับ 0.71
2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วย อสม. และผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเที่ยงโดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขอเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแบบเก็บข้อมูลทฤษฎีที่สร้างขึ้น โดยศึกษาตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ส่วนการเก็บข้อมูลปฐมภูมินั้นใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและ อสม. แต่ละหมู่บ้านในการแจกแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่และรวบรวมส่งคืน โดยมีการชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นตีความหมายของข้อมูลที่ได้โดยวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการศึกษา

1.สภาพปัญหา นโยบาย กำหนดรูปแบบการดำเนินงานดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการดำเนินงานสถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้ป่วยเอดส์สะสม ปี พ.ศ. 2555-2557 จำนวน 178, 214, 221 ราย ตามลำดับ ในด้านการจัดบริการของ โรงพยาบาลบุญทริก อ.บุญทริก จ.อุบลราชธานี ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่ เข้าเกณฑ์รักษาด้วยยาต้านไวรัส เริ่มแรกจำนวน ผู้ป่วยไม่มาก แต่เมื่อปีงบประมาณ 2551 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นประกอบกับมีการประเมิน คุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ (HIVQUAL - T) ปี พ.ศ. 2551 พบว่า ตัวชี้วัดที่ ไม่ผ่านคุณภาพ คือ การตรวจติดตามทางปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจ CD4 การปริมาณไวรัสในกระแสเลือด นอกจากนั้นแล้วเมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังขาดความตระหนัก การดูแล ตนเอง มีพฤติกรรมการกินยาไม่สม่ำเสมอ การใช้ สารเสพติด มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย มีปัญหาการ ดื้อยา ทำให้การรักษาล้มเหลวมีการติดเชื้อ ๖ รายใหม่ เพิ่มขึ้น และผู้ที่ได้ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะเด็กและครอบครัว ประกอบกับมีภาวะ แทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ (Peer Group) ดำเนินการได้ร้อยละ 70 ส่วนการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มสรณะของ ผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันเวลา ตามสภาพการณ์จริง ในกรณีที่มีการเปิดเผยตัว ให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสมตามบริบทโรงพยาบาล ดำเนินการได้เพียง ร้อยละ 67 การฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ ของผู้ป่วย ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 60 เป็นต้น

โรงพยาบาลได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีการปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยเริ่มจากการการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการเอดส์ ระดับอำเภอ มีการกำหนดโครงสร้างการทำงาน ที่ชัดเจน การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ การจัดทำแผน

ปฏิบัติการแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมปรับปรุง แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การติดตามการรักษา การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย และการพัฒนาแบบบันทึก ข้อมูล และการจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างมีคุณภาพ การดำเนินการพัฒนาโดยเริ่มจากการรวบรวมปัญหา และวิเคราะห์ปัญหา การปรับปรุงแก้ไขจนได้การ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แบบผสมผสาน ซึ่งประยุกต์ใช้หลักการดูแลผู้ป่วย แบบผสมผสาน (Integrated Care) ในมิติของการ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยทุกมิติต้องการดูแลแบบองค์รวม แก้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เข้าถึง ปัญหาจิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วย สามารถพึ่งพาตนเองมากที่สุด นำไปสู่คุณภาพชีวิต ที่ดีของผู้ป่วย

2.รูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอ บุญทริก

มีกระบวนการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะทำงาน แบ่งหน้าที่ รับผิดชอบ การรวบรวมปัญหา และวิเคราะห์ปัญหา ค้นข้อมูล จัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยัง ผู้ป่วยเอดส์ การติดตาม การรักษา การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย และการพัฒนา แบบบันทึกข้อมูล และการจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างมี คุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการพัฒนาตาม แนวทางที่ปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล

จากการสังเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน ดูแล รักษาติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่าย บริการสุขภาพ อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ทำให้ได้รูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย

1) การพัฒนาคุณภาพบริการโดยทีมสหวิชาชีพ จัดตั้งรูปแบบคณะกรรมการมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน โดยทีมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข (แพทย์, พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข และอื่น ๆ) ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม.และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทหน้าที่คณะกรรมการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ การฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ทบทวนแนวปฏิบัติให้ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัดคุณภาพ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย และปรับปรุงแบบบันทึกให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และการประเมินผลลัพธ์

2) การจัดรูปการให้บริการผู้ป่วยแบบ One Stop Service โดยการมีส่วนร่วมทีมสหวิชาชีพ และแกนนำผู้ป่วย

3) การจัดกิจกรรมพบกลุ่มส่งเสริมการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของแกนนำผู้ป่วย มีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมกลุ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเรียนรู้นอกสถานที่ และการจัดกิจกรรมสร้างสุข เป็นต้น

4) การดูแลแบบครบถ้วนต่อเนื่อง 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริม การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟู การรักษาตามแนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรคเอดส์ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจัดกิจกรรม Positive-Prevention การป้องกันการติดเชื้อฯ ใหม่ การให้คำปรึกษาคู่สามีภรรยา การรณรงค์ให้ความรู้เยาวชนวันเอดส์โลก จัดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยเรื่องการป้องกันแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การกินยาต่อเนื่อง การรณรงค์ให้ความรู้สาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชน และการพัฒนาการสื่อสารเรื่องเพศสำหรับแม่ที่มีลูกวัยรุ่นเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการตั้งครรภ์

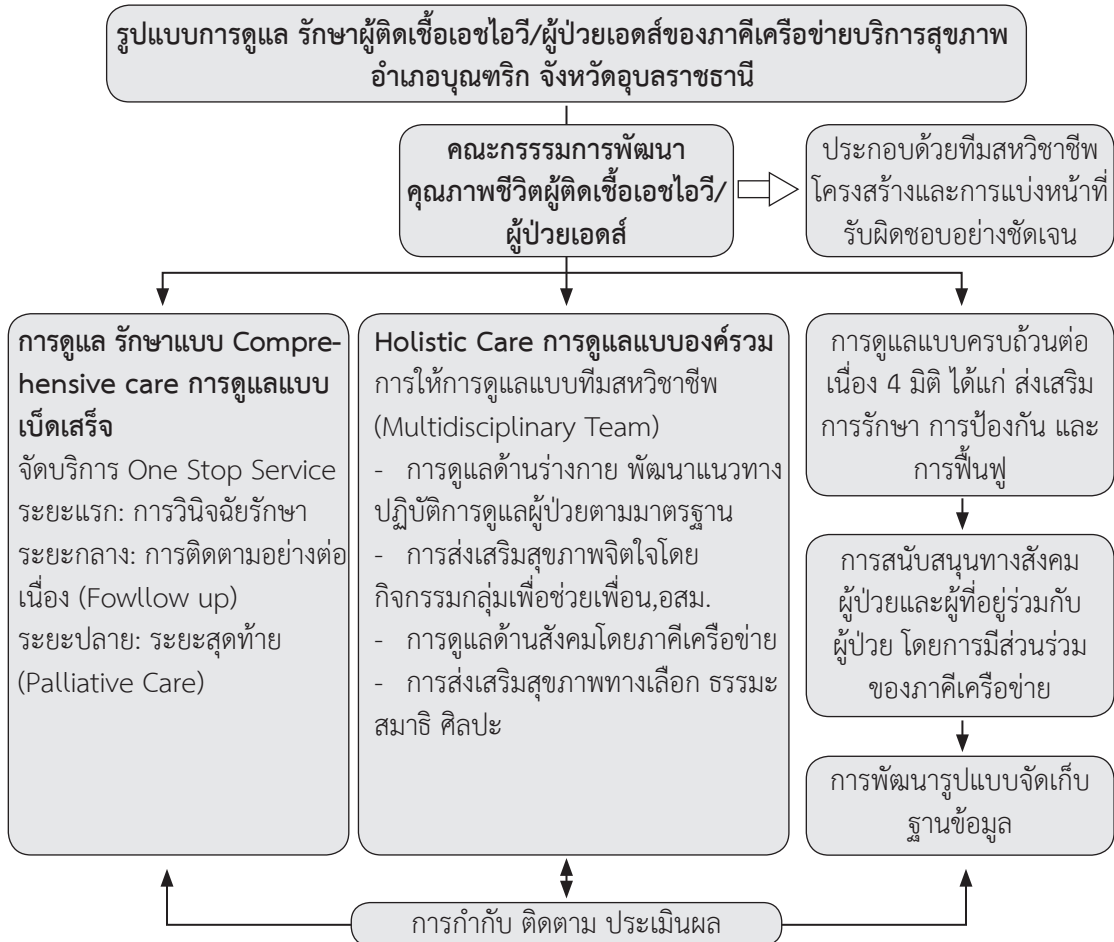
5) การดูแลสุขภาพทางเลือก ส่งเสริมการดูแลตนเอง โภชนะบำบัด การออกกำลังกาย สมាธิธรรมะบำบัด

6) การสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น การประชุมภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย การดูแลช่วยเหลือครอบครัวและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยเด็กที่ได้รับผลกระทบได้รับทุนการศึกษา ผู้ป่วยยากไร้มีทุนช่วยเหลือการเลี้ยงชีพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการได้รับความช่วยเหลือเป็นทุนการศึกษาของบุตรสมาชิก และทุนประกอบอาชีพจากองค์กรเอกชน เป็นต้น

7) การจัดเก็บฐานข้อมูลประกอบด้วย บันทึกข้อมูลระบบ Hos XP การลงข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้น การตรวจรักษา การติดตามการรับประทานยาต้านไวรัส และการติดตามเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย การติดตามนัด การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม National AIDS Program: NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ การประเมินผลคุณภาพรูปแบบ HIVQUAL – T เป็นต้น

จากการสังเคราะห์กระบวนการดำเนินงานดูแล รักษาติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ได้รูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี



3.ผลการประเมินรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

จากการสอบถามความพึงพอใจการดำเนินงาน ทศนคตเริ่องโรคเอดส์ และการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมา ได้แก่ เพศชาย

จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 อายุอยู่ระหว่าง 51 - 55 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาได้แก่ อายุอยู่ระหว่าง 41 - 45 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมา ได้แก่ ปริญญาตรี จำนวน 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
(n=52)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	42.4
หญิง	28	53.8
ไม่ระบุ	2	3.8
อายุ		
21 - 25 ปี	3	5.8
26 - 30 ปี	3	5.8
31 - 35 ปี	8	15.4
36 - 40 ปี	3	5.8
41 - 45 ปี	10	19.2
46 - 50 ปี	7	13.5
51 - 55 ปี	15	28.8
56 - 60 ปี	3	5.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	9.6
มัธยมศึกษา	29	55.8
ปริญญาตรี	17	32.7
อื่น ๆ	1	1.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
(n=52) (ต่อ)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง/หน้าที่		
เจ้าหน้าที่ รพ./อปท.	6	11.5
ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อฯ	21	40.4
ผู้ดูแลผู้ป่วย	9	17.3
ผู้นำชุมชน/อสม.	12	23.1
อื่น ๆ	4	7.7

ผลการประเมินทัศนคติ ความคิด ความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.52, S.D. = 0.22) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์คิดว่ายินดีให้ความร่วมมือในการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างยั่งยืน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.86, S.D. = 0.34) รองลงมา ได้แก่ รู้สึกภาคภูมิใจ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = 0.40) และคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = 0.49) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ (n =52)

ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ท่านคิดว่าผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ	2.80	0.49	มาก
2. ท่านคิดว่าการตีตรา เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นสิ่งไม่สมควร	2.58	0.49	มาก
3. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	2.80	0.40	มาก
4. ท่านยินดีให้ความร่วมมือในการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อให้การดูแล รักษา ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์อย่างยั่งยืน	2.86	0.34	มาก
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ ที่จะเข้าร่วมเพื่อให้การดูแล รักษา ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในปีต่อ ๆ ไป	1.50	0.62	น้อย
6. ท่านเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ที่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน	2.71	0.45	มาก
รวม	2.52	0.22	มาก

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงาน ตามรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.42, S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อการดูแล

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.52, S.D. = 0.55) รองลงมาได้แก่ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ และติดตามสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่จากทีมสหวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.51, S.D. = 0.55) และได้รับการสนับสนุนวิชาการในการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.40, S.D. = 0.54) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการดำเนินงานฯ และความพึงพอใจ (n = 52)

กระบวนการดำเนินงาน และความพึงพอใจต่อโครงการ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ท่านได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	2.52	0.55	มาก
2. ท่านได้รับการสนับสนุนวิชาการในการดำเนินงาน	2.40	0.54	มาก
3. ท่านพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	2.38	0.56	มาก
4. ท่านได้รับการติดตามสนับสนุน และชี้แนะการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์	2.33	0.53	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการดำเนินงานฯ และความพึงพอใจ (n = 52) (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน และความพึงพอใจต่อโครงการ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
5. ท่านพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และติดตามสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่จากทีมสหวิชาชีพ	2.51	0.55	มาก
รวม	2.42	0.33	มาก

ผลการประเมินการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง การสนทนากลุ่มและการศึกษาเอกสารสรุปผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอัตราการรักษาล้มเหลวลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อัตราการขาดนัดลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ ได้รับการคัดกรองวัณโรค ซิฟิลิสและเริมปากมดลูก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการใช้เพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดโรคฉวยโอกาสลดลง และผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสม่ำเสมอการกินยาต้านไวรัส

4. ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ

พบว่า ปัญหาด้านบุคลากร โดยพบว่าการดำเนินงานดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย

ด้านสาธารณสุขเป็นหลักที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนการดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร มีเพียงสวัสดิการเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ไม่มีแผนงาน/โครงการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดจากการสร้างความคิดความเชื่อของผู้ป่วยที่กลัวคนรังเกียจ อายุ ไม่เลือกรับบริการชีวิตปกติสุขกว่า (การตีตราตนเอง) ความไม่เข้าใจกระบวนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งใช้เวลาารอบรับบริการนาน รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการและค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ ในส่วนของเจ้าหน้าที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรไม่ตรงกับงาน บุคลากรมีน้อย ขาดความต่อเนื่องในระบบของการดูแล ขาดการพัฒนาทีมสหวิชาชีพ ในการบริการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การติดตามประเมินผลของงานมีน้อย

วิจารณ์

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขุนทรุก ข้างวัดอุบลราชธานี ประยุกต์ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ในมิติของการรักษา

พยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยทุกมิติต้องการดูแลแบบองค์รวมจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพสังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยให้สามารถพึ่งพาตนเองมากที่สุด โดยในมิติของการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลซึ่งใช้แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 ของกรมควบคุมโรคเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีผลการรักษาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วงศา เลหาศิริวงศ์ และคณะ⁽⁷⁾ เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน พบว่าโรงพยาบาล มีนโยบายชัดเจน โดยเน้นการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ โดยการให้คำปรึกษา ซึ่งขาดแคลนบุคลากรด้านนี้ การให้บริการในด้านเศรษฐกิจและจิตวิญญาณมีน้อย มีปัญหาในด้านแหล่งทุนและการจัดระบบฐานข้อมูล ผู้ป่วยมีปัญหาไม่กล้าเปิดเผยตัว ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยเอดส์มักติดเชื้อฉวยโอกาส ท้อแท้ ไม่มีงานทำ ต้องการการดูแลต่อเนื่องและการยอมรับจากสังคม

ส่วนมิติการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้คณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอ ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานเอดส์ที่ชัดเจน โดยการดำเนินงานในชุมชนเป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่า ไม่มีนโยบายเอดส์แต่สนับสนุนงบประมาณโครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ (สวัสดิการสำรองเลี้ยงชีพ) ตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทยในระดับหมู่บ้านมี อสม. ที่รับผิดชอบงานเอดส์ในทุก

หมู่บ้านทำหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และภาคประชาสังคม ชมรมจิตอาสาในพื้นที่เฉพาะกลุ่ม เช่น ฟาส์รุ่ง เป็นต้น โดยได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้คำแนะนำ และให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนในพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตรและคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ตามหลักของ อสม. เป็นผู้ที่ประสานงานส่งต่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านในชุมชนให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว ซึ่งในการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากภาครัฐและเอกชน ส่วนบทบาทการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการจัดทำโครงการด้านเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในรูปแบบของการสอนสุขศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชนผ่านทางสื่อเอกสารและสื่อบุคคล ส่วนแกนนำสุขภาพถ่ายทอดความรู้โดยการบอกเล่า สอดคล้องกับการศึกษาของวงศาและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าคนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อต่าง ๆ จากบุคลากรทางสุขภาพ การส่งเอกสารหนังสือประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ความรู้การเข้ารับการรักษาหรือประชุม จากคนในชุมชนบอกเล่าและหอกระจายข่าวในชุมชน จากโรงเรียนและครู รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงที่มีคนในชุมชนหรือญาติเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ การประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ มีความรู้ในระดับดี มีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่อง

ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่า อสม. และผู้นำชุมชน มากกว่าหนึ่งในสาม มีทัศนคติไม่ดีในเรื่องโรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ควรเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และมีประชาชนบางส่วนที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วยแม้จะมีความรู้ที่ดีเรื่อง โรคเอดส์ก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของวงศา และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าทั้งครอบครัว และชุมชน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดี แต่ยังมีปัญหาการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการอยู่ร่วมในชุมชน และการศึกษาของศรีศักดิ์และบุญมา⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ถูกสังคามรังเกียจ และสังคมพยายามผลักเขาเหล่านั้นออกไปโดยการไม่คบค้าสมาคมด้วยและไม่จ้างงาน อสม.และผู้นำชุมชนเพียงร้อยละ 20.0 เท่านั้นที่มีการไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่งอาจเนื่องจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อ กับชุมชน ทำให้ อสม.และผู้นำชุมชนไม่กล้าไปเยี่ยมที่บ้าน อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกายจิตใจ และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของภารดี นานาศิลป์และพรธมวดี ตันติศิริพันธ์⁽²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตนเองต่อครอบครัว และได้รับการสนับสนุนทั้งกำลังใจและการช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย แต่จะไม่เปิดเผยตนเองต่อชุมชนและเพื่อนร่วมงาน ซึ่งนอกจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่ไปเยี่ยมบ้านแล้ว แกนนำสุขภาพจะไปเยี่ยม และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยตัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวงศาและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า การดูแลช่วยเหลือในฐานะ อสม.จะเน้นการดูแลทางสุขภาพ เช่น การไปตรวจ

เยี่ยมอาการ การให้คำแนะนำเรื่องของการปฏิบัติ หรือดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อหรือเจ็บป่วย ซึ่งการที่ อสม.ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่าง ทำให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีขึ้นและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่ม อสม. มองเห็นสภาพปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และเครือข่ายและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายอื่น ๆ ที่ทำงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยระยะแรกเป็นการติดตามให้ความรู้และการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ภายหลังที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยตัว กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและเยี่ยมเยียนมีมากขึ้น และใกล้ชิดขึ้น ส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดสรรงบประมาณเป็นเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และบางหมู่บ้านมีการจัดสรรเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำ เยาวชน ประชาชนในชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ดังนั้นสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการประยุกต์ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ในมิติของการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยทุกมิติต้องการดูแลแบบองค์รวม จากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานเป็นระบบที่ดี ส่งผลให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ครบถ้วน ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน อัตราการรักษาล้มเหลวลดลง อัตราการ

ขาดนัดลดลง ได้รับการประเมินหรือติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ ได้รับการคัดกรองวัณโรค ซีฟิสิสมะเร็งปากมดลูก และได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดโรคฉวยโอกาสลดลง และผู้ป่วยมีการกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ เป็นต้น

แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติและต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดกระบวนการบูรณาการอย่างแท้จริง รวมทั้งในมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจยังเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ เช่น ปัญหาการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ปัญหาการติดตามตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ฯลฯ จึงจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (ทีมสหวิชาชีพ) ที่เกี่ยวข้องสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้ครบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรพัฒนาอาชีพผู้ด้อยโอกาส ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ สังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพ การสร้างรายได้ เป็นต้น รวมทั้งการพัฒนาระบบการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดทีมสหวิชาชีพที่เกิดจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา องค์กรพัฒนาอาชีพผู้ด้อยโอกาส และอื่น ๆ) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้นำชุมชน และ อสม. โดยให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

2. ทีมสหวิชาชีพควรดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนให้มีความรู้ที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3. ทีมสหวิชาชีพควรควรมีการประชุมปรึกษาหารือ วางแผนงานร่วมกัน ประสานงานส่งต่อข้อมูล เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

4. ควรได้ให้การดูแลช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพ การสร้างรายได้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ของชุมชน ส่งเสริมในรูปแบบชมรมหรือสหกรณ์ หรือทุนประกอบอาชีพเบื้องต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งการร่วมกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ ตลอดจนนักวิจัยและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. ประพันธ์ ภานุภาค. โรคเอดส์และการดำเนินของโรค. กรุงเทพมหานคร: สภาวิชาชีพพยาบาล; 2549.
2. ภารดี นานาศิลป์, พรณวดี ตันติศิริพันธ์. ความเครียด การเผชิญความเครียดและการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
4. วงศา เลหาศิริวงศ์, ภัทระ แสนไชยสุริยา, สุวรรณ บุญยะสิทธิ์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, ชีระ ฤทธิรอด, ภาณุ โกศลารักษ์ และคณะ. การศึกษาระบบและปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน. วารสารวิจัย มช. 2548., 10 (3), 250-263.
5. บุษยามาส ชิวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินันต์ สิริพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม, และคณะ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียง การพิมพ์; 2556.
6. พูลสินธุ์ พงษ์ประเทศ. การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นโดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียน ระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
7. วงศา เลหาศิริวงศ์, ภัทระ แสนไชยสุริยา, สุวรรณ บุญยะสิทธิ์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, ชีระ ฤทธิรอด, ภาณุ โกศลารักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์: สภาพการณ์ปัจจุบัน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552. (อัดสำเนา)
8. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สุจินดา สุขกำเนิด, แสงเทียน อัจฉิมางกูร, ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร, กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, ปารณัฐ สุขสุทธิ, และคณะ. อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา กับสุขภาวะไทย. นนทบุรี: มีดี กราฟฟิค; 2550.
9. ศรีศักดิ์ ตั้งจิตธรรม, บุญมา สุนทรวารินทร์. การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกระบวนการกลุ่มโรงพยาบาลท่าลี่. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2550; 15(2): 124-30.

ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตากลี นครสวรรค์

Received: 06/08/2019, Accepted: 22/09/2019

เจตนิพัทธ์ มิดขุนทด*

Abstract

Treatment Literacy of HIV/AIDS Patients: A Case Study of Takhli Hospital, Nakhonsawan

Jetnipat Midkhuntod*

*Takhli Hospital, Nakhonsawan, Ministry of Public Health

The objectives of this study were to measure HIV/AIDS treatment literacy and to study factors related to HIV/AIDS treatment literacy among HIV / AIDS patients treated with antiretroviral drugs within Sun Ruam Jai Clinic at one hospital. This study was a survey research. Data were collected from 324 HIV / AIDS patients admitted to the Clinic. Data collected were then analyzed using descriptive statistics to explain HIV/AIDS treatment literacy as well as Spearman Rank Correlation and Chi-square test to test factors related to HIV/AIDS treatment literacy. The results of this study indicated that overall HIV/AIDS treatment literacy of the respondents was at a high level. HIV/AIDS treatment literacy was related to plasma viral load (p -value = 0.03, r = 0.120). In other words, HIV/AIDS treatment literacy had positive relationship to controlled of viral load.

The findings of this study would be beneficial for AIDS team to know the effects of providing health education to HIV / AIDS patients who are admitted to the Ruam Jai Clinic. It also helps the AIDS team have information for designing a health education program that is appropriate for HIV / AIDS patients at Takhli Hospital using the information obtained from the research. So that people living with HIV / AIDS are aware of proper behavior under the correct knowledge.

Keywords: HIV/AIDS awareness, AIDS, HIV/AIDS treatment literacy

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความรู้เรื่องโรคและศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีภายในคลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากลี ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการ จำนวนทั้งสิ้น 324 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และใช้สถิติ Spearman Rank Correlation และ Chi-square test เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษพบว่า ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายน (p -value = 0.03, r = 0.120) กล่าวคือ ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายน

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ ทำให้ทีมงานด้านโรคเอดส์ทราบถึงผลของการให้
 สุนัขศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาภายในคลินิกศูนย์รวมใจ อีกทั้งยังช่วยให้ทีมงานด้านโรคเอดส์มีข้อมูลสำหรับ
 ออกแบบโปรแกรมสุศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลตากสิน โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้เรื่องโรค, โรคเอดส์, ความรอบรู้ด้านการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

บทนำ

โรคเอดส์จัดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข
 ที่สำคัญจากข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลก
 ปี พ.ศ. 2561 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกจำนวน
 37.9 ล้านคน โดยปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าว
 สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี
 ได้ถึงร้อยละ 62⁽¹⁾ แต่ข้อมูลอีกด้านก็พบว่ายังไม่
 สามารถควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส
 เอชไอวีให้หมดสิ้นได้ ดังพบได้จากข้อมูลการรายงาน
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลกสูงถึง 0.25 คนต่อ
 1000 ประชากร⁽²⁾ ซึ่งจัดเป็นปัญหาคriticalที่ทั่วโลก
 ควรเร่งแก้ไขภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
 เพื่อยุติปัญหาด้านเอดส์ให้หมดไป

การแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในปัจจุบันของ
 ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนงานด้านโรคเอดส์ภายใต้
 ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์
 พ.ศ. 2560-2573 โดยมีวิสัยทัศน์ คือ การร่วมยุติ
 ปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงหลักสิทธิ
 มนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ มีเป้าหมาย
 หลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) ลดการติดเชื้อเอชไอวี
 รายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย⁽²⁾
 (2) ลดการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน
 4,000 ราย (3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจาก
 เอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90 ซึ่งมีรูปแบบการ
 ดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายภายใต้ยุทธศาสตร์ 6 ข้อ⁽³⁾
 โดยปัจจุบันพบข้อมูลคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 และยังมีชีวิตด้วยแบบจำลองการระบาด (AIDS

epidermic model and Spectrum) ณ ปี พ.ศ.
 2559 สูงถึง 432,778 คน ซึ่งการรักษาในปัจจุบัน
 เน้นที่การเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็วตามแนวคิด
 การรักษาเป็นการป้องกัน (treatment as
 prevention) โดยให้เริ่มยาต้านไวรัสได้ทุกระดับภูมิ
 ต้านทานชนิด CD4 หากคนไข้มีความพร้อม⁽⁴⁾
 ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 90.1 มีคะแนนความรู้
 เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ในระดับดีมาก
 แต่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน
 ยาต้านไวรัสเอชไอวีเพียงร้อยละ 42.9⁽⁵⁾ ซึ่งการรับประทาน
 ยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญที่
 ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾ โดยข้อมูลจากการ
 สสำรวจความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น
 สมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดราชบุรี พบว่า
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยาง
 อนามัยเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยแต่ยังพบว่า
 มีบางประเด็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาด
 ความรู้ที่ถูกต้อง เช่น การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี
 เป็นต้น⁽⁷⁾ ดังนั้น กระบวนการให้สุศึกษาเกี่ยวกับ
 เรื่องโรคและการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย
 เอดส์ระหว่างการรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง
 ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้เรื่องโรคและ
 การรักษาจนนำมาสู่พฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
 ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อ
 ป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษา อีกทั้งยังเป็นการ

ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเอชไอวีได้อีกหนทางหนึ่งด้วย

งานโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากคลีได้มีการดำเนินส่งเสริมการดูแลสุขภาพและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผ่านการให้ศึกษาโดยอ้างอิงข้อมูลจากชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง (HIV/AIDS treatment literacy)⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ข้อมูล 7 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การสร้างพลังใจและการวางแผนชีวิต สิทธิและสิทธิประโยชน์ของผู้มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ

ซึ่งงานโรคเอดส์ยังไม่เคยมีการวัดผลการให้ศึกษาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากคลี จึงสนใจทำการศึกษาความตระหนักรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อพัฒนาแนวทางการให้ศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ อันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการเพื่อบรรลุนเป้าหมายในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์อีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาด้านไวรัสเอชไอวีเอดส์ในคลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากคลี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) การศึกษา
- 4) อาชีพ
- 5) รายได้ต่อเดือน
- 6) สถานภาพทางครอบครัว

ปัจจัยทางคลินิก

- 1) ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย
- 2) ระดับภูมิคุ้มกันชนิด CD4
- 3) สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับ
- 4) ความร่วมมือในการรับประทานยา
- 5) โรคเรื้อรังร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- 6) จำนวนรายการยาโรคเรื้อรังที่ใช้ร่วม

ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ที่เข้ารับการรักษาด้านไวรัสเอชไอวี
คลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากคลี

วิธีการศึกษา

การศึกษาความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่เข้ารับบริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 จนถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิก ศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากสิน อย่างน้อย 6 เดือน
2. ได้รับยาต้านไวรัส สูตร 2NRTI+1NNRTI หรือ 2NRTI+PIs หรือสูตรทางเลือก ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชและไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล
3. ผู้ติดเชื้อที่มีข้อมูลด้านการรักษาไม่สมบูรณ์ เช่น ระดับภูมิคุ้มกันทางชนิด CD4 ผลการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (viral load) ภาวะโรคร่วม (comorbidity) ประวัติการรักษาโรคเรื้อรังด้วยยาอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น

การเก็บข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเงื่อนไขของการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 324 คน จำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลตากสิน ฐานข้อมูลโครงการ NA-PHA extension และบันทึกการจ่ายยาต้านไวรัส โรงพยาบาลตากสิน ประกอบด้วยข้อมูลทางคลินิก เช่น ระดับภูมิคุ้มกันทางชนิด CD4 ผลการตรวจ

ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (viral load) ภาวะโรคร่วม (comorbidity) และประวัติการรักษาโรคเรื้อรังด้วยยาอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมถึงข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพทางครอบครัว รูปแบบการใช้ชีวิต รายได้ต่อเดือน และ (2) แบบสอบถามวัดความตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอ้างอิงจากคู่มือชุดความรู้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผ่านกระบวนการการเรียนรู้โรคโดยตรง (HIV/AIDS treatment literacy)⁽⁸⁾ ซึ่งทีมงานด้านโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากสิน ใช้เป็นแนวทางในการถ่ายทอดสู่ศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการ โดยเป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบถูกหรือผิดจำนวน 20 ข้อ

ทั้งนี้ การตอบแบบสอบถามจะต้องได้รับความยินยอมในการให้ข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยสมัครใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งในส่วนของคุณสมบัติส่วนบุคคล ที่ทำการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและข้อมูลจากการสำรวจแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่บุคคลภายนอกและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมของผู้รับบริการภายในคลินิก ศูนย์รวมใจเท่านั้น โดยไม่สามารถระบุถึงกลุ่มตัวอย่างเฉพาะรายได้ อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรับบริการภายในคลินิกศูนย์รวมใจ

กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งใช้การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom 1968)⁽⁹⁾ ดังนี้

ความตระหนักรู้อยู่ในระดับดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป)

ความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนน 12-15 คะแนน)

ความตระหนักรู้อยู่ในระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา สถานภาพทางครอบครัว อาชีพ ช่วงรายได้ ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย ระดับภูมิคุ้มกันตามชนิด CD4 สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้ ความร่วมมือในการรับประทานยา โรคเรื้อรังร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวนรายการยาโรคเรื้อรังที่ใช้ร่วม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยแจกแจงเป็นจำนวนและค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางครอบครัว อาชีพ สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้ ซึ่งเป็นข้อมูลเป็นมาตรานามบัญญัติ (nominal scale) กับข้อมูลความรู้เรื่องโรคใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกี่ยวกับ อายุ รายได้ ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย ระดับภูมิคุ้มกันตามชนิด CD4 ความร่วมมือในการรับประทานยา โรคเรื้อรังร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวนรายการยาโรคเรื้อรังที่ใช้ร่วม ซึ่งเป็นข้อมูลเป็นอันดับ (ordinal scale) กับข้อมูลความรู้

เรื่องโรคใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ spearman rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ความรู้เรื่องโรค หมายถึง ความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับภาวะโรคที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ภายใต้องค์ความรู้ที่ได้รับจากทีมงานด้านโรคเอดส์ในประเด็นต่าง ๆ ตามคู่มือชุดความรู้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผ่านกระบวนการการเรียนรู้โรคโดยตรง (HIV/AIDS treatment literacy) ในแต่ละรอบการนัดมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตาศลีย์ โดยเป็นความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์รวมใจอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อสะท้อนถึงระยะเวลาการได้รับสุขศึกษาจากทีมงานด้านโรคเอดส์

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (adherence) หมายถึง คุณภาพของการรับประทานยาได้ครบจำนวนตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยา (pill count method)

ผลการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 จนถึง 31 มีนาคม 2562 จำนวนทั้งสิ้น 345 ราย ถูกคัดออกจากการศึกษา 21 ราย เนื่องจากมีข้อมูลด้านการรักษาไม่สมบูรณ์ 6 ราย มีปัญหาทางด้านจิตเวช 5 ราย และปฏิเสธการให้ข้อมูล 10 ราย ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา ข้อมูลความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 324 คน พบว่า มีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิง ในอัตราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.9 : 49.1) มีอายุ อยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 59.6) ระดับการศึกษา ที่พบมากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน (ร้อยละ 49.7) และมีรายได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 5,000 บาท (ร้อยละ 65.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 88.2) อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ชีวิต (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	165 (50.9)
หญิง	159 (49.1)
อายุ (ปี)	
0-20	12 (3.7)
21-40	100 (30.9)
41-60	193 (59.6)
61-80	19 (5.9)
การศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10 (3.1)
ประถมศึกษา	150 (46.3)
มัธยมศึกษา	132 (40.7)

ตารางที่ 1: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
อนุสัญญา	20 (6.2)
ปริญญาตรี	12 (3.7)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	286 (88.2)
ประกันสังคม	32 (9.9)
เบิกต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ	6 (1.9)
อาชีพ	
รับจ้างรายวัน	161 (49.7)
นักเรียน/นักศึกษา	13 (4.0)
เกษตรกร	33 (10.2)
ค้าขาย	36 (11.1)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (0.9)
พนักงานเอกชน	44 (13.6)
ว่างงาน	28 (8.6)
นักบวช/ผู้นำศาสนา	6 (1.9)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
0-5,000	211 (65.7)
5,001-10,000	95 (29.6)
10,001-15,000	10 (3.1)
15,001 ขึ้นไป	5 (1.6)
สถานภาพทางครอบครัว	
ไม่มีคู่ชีวิต	178 (55.5)
มีคู่ชีวิต	143 (44.5)

ทั้งนี้ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยาต้านไวรัสสูตร GPOvir-Z (ร้อยละ 43.8) ลำดับรองลงมา ได้แก่ TDF-3TC-EFV (ร้อยละ 34.9) ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งแนะนำให้ใช้ 2NRTI + 1NNRTI เป็นสูตรเริ่มต้นในการรักษา ทั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภูมิคุ้มกันทางานชนิด CD4 อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm³ (ร้อยละ 84.6) และสามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายให้ต่ำกว่า 50 copies/ml ได้ (ร้อยละ 96.9) หลังรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (adherence) มากกว่าร้อยละ 95 (ร้อยละ 96.0) และไม่มีโรคร่วมถึงร้อยละ 51.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางคลินิก

คุณลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (copies/ml)	
<50	314 (96.9)
≥50	10 (3.1)
ระดับภูมิคุ้มกันทางานชนิด CD4 (cell/mm ³)	
0-49	11 (3.4)
50-99	6 (1.9)
100-149	19 (5.9)
150-199	14 (4.3)
≥ 200	274 (84.6)

ตารางที่ 2: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางคลินิก (ต่อ)

คุณลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี	
< ร้อยละ 95	13 (4.0)
≥ ร้อยละ 95	311 (96.0)
สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้	
GPOvir-Z	142 (43.8)
GPOvir-S	3 (0.9)
TDF-3TC-EFV	113 (34.9)
TDF-3TC-NVP	15 (4.6)
TDF-3TC-AZT-KLT	4 (1.2)
ABC-3TC-KLT	1 (0.3)
AZT-3TC-EFV	19 (5.9)
TDF-3TC-KLT	10 (3.1)
TDF-FTC-KLT	2 (0.6)
TDF-AZT-KLT	6 (1.9)
AZT-3TC-KLT	5 (1.5)
TDF-FTC-EFV	2 (0.6)
AZT-3TC-NVP	1 (0.3)
TDF-AZT-EFV	1 (0.3)
โรคเรื้อรังที่เป็นร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (โรค)	
ไม่มีโรคร่วม	167 (51.5)
มีภาวะโรคร่วม 1 โรค	116 (35.8)
มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค	41 (12.7)

ตารางที่ 2: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามคุณลักษณะทางคลินิก (ต่อ)

คุณลักษณะทางคลินิกของกลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนรายการยาโรคเริ่ร้ง ที่ใช้ร่วม (ชนิด)	
0 – 1	264 (81.5)
2 – 3	49 (15.1)
มากกว่า 3	11 (3.4)

2. ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

ภาพรวมคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 55.6)
เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่าข้อที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
มีความรู้สูงสุด ได้แก่ ประเด็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน
สามารถเข้ารับบริการตรวจรักษาได้ตามสิทธิที่
ตนเองมี (กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องสูงถึงร้อยละ
99.4) และข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำสุด ได้แก่
ประเด็นหากรู้สีกว่าตนเองแข็งแรงดี สามารถหยุด
กินยาต้านไวรัสได้ทันที (กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องเพียง
ร้อยละ 38.6) (ตารางที่ 3 และตารางที่ 4)

ตารางที่ 3: แสดงระดับความตระหนักรู้ของกลุ่ม
ตัวอย่าง

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)
มาก (ร้อยละ 80-100)	180 (55.6)
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	137 (42.3)
น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	7 (2.2)

ตารางที่ 4: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ให้คำตอบถูกต้องจำแนกรายข้อคำถาม

ประเด็นคำถาม (n=324)	คำตอบ ที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ระดับ ความรู้
1. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคน ต้องผอม ผิวดำ มีตุ่มขึ้น ตามผิวหนัง	261 (80.6)	มาก
2. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคน ต้องกินยาต้านไวรัสทันที ที่ติดเชื้อ	249 (76.9)	ปาน กลาง
3. ในระยะที่ไม่แสดง อาการ ผู้มีเชื้อเอชไอวี สามารถถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีได้หากมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ป้องกัน	313 (96.6)	มาก
4. โรคติดเชื้อฉวยโอกาส จะเกิดขึ้นเมื่อร่างกาย มีภูมิคุ้มกันต่ำลง	249 (76.9)	ปาน กลาง
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วน ใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคติด เชื้อฉวยโอกาส	229 (70.7)	ปาน กลาง
6. ผู้ติดเชื้อที่ถึงแม้มี สุขภาพแข็งแรง ควรมารับ การตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) อย่างน้อยทุก 6 เดือน	303 (93.5)	มาก
7. หากรักษาโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาสหายแล้ว จะไม่ กลับมาเป็นอีก	165 (50.9)	น้อย

ตารางที่ 4: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ให้คำตอบถูกต้องจำแนกรายข้อคำถาม (ต่อ)

ประเด็นคำถาม (n=324)	คำตอบ ที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ระดับ ความรู้
8. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ อาจป่วยด้วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ พร้อมกันมากกว่า 1 โรค	252 (77.8)	ปาน กลาง
9. เมื่อติดเชื้อเอชไอวีแล้ว หากได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ ต้านไวรัสได้	271 (83.6)	มาก
10. การป่วยเป็นโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ มีผลต่อ ความเสี่ยงที่จะรับและ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น	310 (95.7)	มาก
11. หากแม่มีเชื้อเอชไอวี จะทำให้ลูกติดเชื้อเอชไอวี ด้วยทุกราย	144 (44.4)	น้อย
12. ผู้มีเชื้อเมื่อคุมกำเนิด ด้วยวิธีต่างๆแล้ว ต้องใช้ ถุงยางอนามัยควบคู่ไป ด้วยเสมอ	313 (96.6)	มาก
13. หากมีอาการไม่พึง ประสงค์จากการกินยา ต้านไวรัส ต้องกินยาให้ หมดก่อนแล้วค่อยพบ แพทย์	250 (77.2)	ปาน กลาง

ตารางที่ 4: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ให้คำตอบถูกต้องจำแนกรายข้อคำถาม (ต่อ)

ประเด็นคำถาม (n=324)	คำตอบ ที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ระดับ ความรู้
14. การกินยาด้านไวรัส อย่างไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เชื้อไวรัสดื้อยาได้	301 (92.9)	มาก
15. การกินยาด้านไวรัส ต้องกินเป็นประจำต่อเนื่อง ทุกวัน แต่ในแต่ละวัน สามารถปรับเวลากินได้ ตามความจำเป็น	317 (97.8)	มาก
16. หากรู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดี สามารถหยุดกินยา ต้านไวรัสได้ทันที	125 (38.6)	น้อย
17. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคน สามารถเข้ารับบริการ ตรวจรักษาได้ตามสิทธิที่ ตนเองมี	322 (99.4)	มาก
18. การตรวจเลือดและ การเปิดเผยผลเลือดของผู้ มีเชื้อเอชไอวีต้องเป็นไป ด้วยความสมัครใจของผู้มี เชื้อเอชไอวี	315 (97.2)	มาก
19. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคน สามารถเข้ารับบริการ ปรึกษาได้ที่สถานบริการ สุขภาพของรัฐทุกแห่งที่มี การให้บริการปรึกษา	223 (68.8)	ปาน กลาง

ตารางที่ 4: จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ให้คำตอบถูกต้องจำแนกรายข้อคำถาม (ต่อ)

ประเด็นคำถาม (n=324)	คำตอบ ที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ระดับ ความรู้
20. โภชนาการของผู้มีเชื้อเอชไอวี ในระยะไม่มีอาการ ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มมากกว่าปกติ เพื่อรักษาระดับภูมิคุ้มกันและป้องกันการขาดสารอาหาร	303 (93.5)	มาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่กับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำการศึกษากับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพทางครอบครัวและสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใช้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (p-value > 0.05) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5: แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัยที่ทำการศึกษา	ความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			Chi-square	p-value
	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย		
เพศ				0.395	0.821
ชาย	94 (29.0)	68 (21.0)	3 (1.0)		
หญิง	86 (26.5)	69 (21.3)	4 (1.2)		
รวม	180 (55.5)	137 (42.3)	7 (2.2)		
ระดับการศึกษา				8.339	0.401
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (1.2)	6 (1.9)	0 (0.0)		
ประถมศึกษา	78 (24.1)	70 (21.6)	2 (0.6)		
มัธยมศึกษา	76 (23.5)	51 (15.7)	5 (1.5)		
อนุปริญญา	14 (4.3)	6 (1.9)	0 (0.0)		
ปริญญาตรี	8 (2.5)	4 (1.2)	0 (0.0)		
รวม	180 (55.6)	137 (42.3)	7 (2.1)		
อาชีพ				21.909	0.081
รับจ้างรายวัน	84 (25.9)	73 (22.6)	4 (1.2)		
นักเรียน/นักศึกษา	9 (2.8)	4 (1.2)	0 (0.0)		

ตารางที่ 5: แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ทำการศึกษา	ความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			Chi-square	p-value
	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย		
เกษตรกร	17 (5.2)	14 (4.3)	2 (0.6)		
ค้าขาย	15 (4.6)	20 (6.3)	1 (0.3)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)		
พนักงานเอกชน	26 (8.1)	18 (5.6)	0 (0.0)		
ว่างงาน	23 (7.1)	5 (1.5)	0 (0.0)		
นักบวช/ผู้นำศาสนา	3 (0.9)	3 (0.9)	0 (0.0)		
	180 (55.5)	137 (42.4)	7 (2.1)		
สถานภาพทางครอบครัว				4.952	0.084
ไม่มีคู่ชีวิต	109 (34.0)	66 (20.6)	3 (0.9)		
มีคู่ชีวิต	70 (21.8)	69 (21.5)	4 (1.2)		
รวม	179 (55.8)	135 (42.1)	7 (2.1)		
สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้				10.386	0.997
GPOvir-Z	77 (23.8)	62 (19.2)	3 (0.9)		
GPOvir-S	2 (0.6)	1 (0.3)	0 (0.0)		
TDF-3TC-EFV	61 (18.8)	50 (15.5)	2 (0.6)		
TDF-3TC-NVP	10 (3.2)	4 (1.2)	1 (0.3)		
TDF-3TC-AZT-KLT	3 (0.9)	1 (0.3)	0 (0.0)		
ABC-3TC-KLT	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		
AZT-3TC-EFV	10 (3.1)	8 (2.6)	1 (0.3)		
TDF-3TC-KLT	5 (1.5)	5 (1.5)	0 (0.0)		
TDF-FTC-KLT	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)		
TDF-AZT-KLT	3 (0.9)	3 (0.9)	0 (0.0)		
AZT-3TC-KLT	4 (1.2)	1 (0.3)	0 (0.0)		
TDF-FTC-EFV	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)		
AZT-3TC-NVP	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		

ตารางที่ 5: แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ทำการศึกษา	ความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			Chi-square	p-value
	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย		
TDF-AZT-EFV	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		
รวม	180 (55.5)	137 (42.4)	7 (2.1)		

หมายเหตุ : *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

นอกจากนี้เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อหาทิศทางของความสัมพันธ์ (สำหรับข้อมูลมาตราอันดับ) พบว่า ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายมีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ($p\text{-value} = 0.03, r = 0.120$) หมายถึงความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กับปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับที่ต่ำมาก (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6: ความสัมพันธ์ของอายุ รายได้ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายและความร่วมมือในการรับประทานยากับความตระหนักรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ (ปี)	1							
2. รายได้ (บาท/เดือน)	-0.178**	1						
3. ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 (cell/mm ³)	0.064	-0.028	1					
4. ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (copies/ml)	-0.012	-0.057	-0.443**	1				
5. ความร่วมมือในการรับประทานยา	0.036	0.053	-0.038	0.036	1			
6. จำนวนโรคเรื้อรังร่วมของผู้ติดเชื้อฯ	0.317**	-0.140*	0.057	-0.030	0.032	1		
7. จำนวนรายการยาโรคเรื้อรังที่ใช้รวม	0.216**	-0.075	0.018	-0.032	0.058	0.650**	1	
8. ความตระหนักรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อฯ	-0.020	0.008	-0.049	0.120*	-0.048	0.020	-0.015	1

หมายเหตุ : *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก (ร้อยละ 97.9) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการให้สุขศึกษาของทีมงานด้านโรคเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา คุ่มครองและคณะที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 90.1 เช่นเดียวกัน⁽⁵⁾ โดยเฉพาะประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ) มีความรู้ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณวิไล ชินเวทกิจวานิชย์และคณะ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 90⁽⁷⁾ แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่ายังมีอีก 3 ประเด็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ในระดับน้อย ได้แก่ (1) หากรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหายแล้วจะไม่กลับมาเป็นอีก (2) หากแม่มีเชื้อเอชไอวีจะทำให้ลูกติดเชื้อเอชไอวีด้วยทุกราย และ (3) หากรู้สึกตัวตนเองแข็งแรงดีสามารถหยุดกินยาต้านไวรัสได้ทันที ซึ่งมีผู้ที่ตอบได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 50.9, 44.4 และ 38.6 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้ระดับ CD4 สูงขึ้นและลดการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนทั่วไป⁽¹⁰⁾ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อคิดว่าโรคติดเชื้อฉวยโอกาสไม่สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ ส่วนประเด็นเรื่องการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกนั้นอาจมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากสมาชิกที่เข้ารับการรักษากายในคลินิกศูนย์รวมใจส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการถ่ายทอดเชื้อไวรัสเอชไอวีมาจากมารดาขณะตั้งครรภ์ จึงอาจทำให้เกิดความเข้าใจได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้ป่วยเอดส์ที่ตั้งครรภ์ทุกรายจะถ่ายทอดเชื้อไปสู่บุตรในครรภ์ ทั้งที่ในปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับประทานยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคุณวิไล ชินเวทกิจวานิชย์และคณะที่พบว่า ร้อยละ 57 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คิดว่าเด็กทุกคนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อฯ ทุกคน⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อีกส่วนหนึ่งที่มีความเข้าใจว่าหากร่างกายแข็งแรงแล้วสามารถหยุดรับประทานยาต้านไวรัสได้ ซึ่งประเด็นนี้ทีมงานด้านโรคเอดส์คลินิกศูนย์รวมใจ ควรเร่งหาแนวทางแก้ไขเพื่อนำมาสู่การเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องสำหรับป้องกันการเกิดภาวะล้มเหลวในการรักษา เนื่องจากหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจะส่งผลกระทบต่อระดับภูมิคุ้มกันทางชนิด CD4 และการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายจนนำมาสู่การเกิดภาวะล้มเหลวในการรักษานั้นเอง ทั้งนี้ข้อมูลจากการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะส่งผลทางบวกต่อการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณทิณมณี ทิพย์ปัญญาที่พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสอันนำมาสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี⁽¹¹⁾ ส่วนปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพครอบครัวและสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถอธิบายได้อย่างอิงจากทฤษฎีพฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness

behavior) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกคนรับรู้ว่าคุณมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง⁽¹²⁾ ดังนั้น ความแตกต่างด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ ครอบครัวและสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การส่งเสริมความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นสิ่งที่ทีมงานด้านโรคเอดส์ต้องให้ความสำคัญ ถึงแม้ว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นการให้ข้อมูลเรื่องโรคและการรักษาในประเด็นเดิมและซ้ำๆ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ก็สะท้อนให้เห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขศึกษาเพื่อก่อให้เกิดความรู้เรื่องโรคนั้นไม่ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าใจอย่างถูกต้องได้ทั้งหมด โดยเฉพาะประเด็นการหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อร่างกายแข็งแรงแล้ว เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนยังมีความเข้าใจว่าสามารถหยุดยาได้ ซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะล้มเหลวในการรักษาได้ ดังนั้น การส่งเสริมสุขศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นสิ่งที่ทีมงานด้านโรคเอดส์ไม่ควรละเลยและควรมีการวัดผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขศึกษาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้เรื่องโรคที่เหมาะสมภายใต้องค์ความรู้ที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวภายใต้องค์ความรู้นั้น กล่าวคือ การมีความรู้ที่ดีไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติตัวที่ดีด้วย เนื่องจากอาจมีข้อจำกัดบางประการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพต้องเข้าใจและเข้าถึงข้อจำกัดดังกล่าวในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อหาทางออกในการแก้ไขปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เฉพาะรายเพื่อลดปัญหาด้านการรักษาและทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณทีมงานด้านโรคเอดส์ โรงพยาบาลตาคีทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของผลงานวิจัยในครั้งนี้ ตั้งแต่ห้องเวชระเบียน งานคัดกรองโรค งานชันสูตร องค์กรแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์หญิงศรดา ช่อใส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาคี และเภสัชกรหญิงสิริพร วงษ์ศรีทอง หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ให้โอกาสผู้วิจัยทำโครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ภายในกลุ่มงานทุกท่านที่ร่วมมือร่วมใจในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลตาคีเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Number of people (all ages) living with HIV Estimates by WHO region. [Internet]. [cited 2019 Aug 1]. Available from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en>
2. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. [Internet]. [cited 2019 Aug 1]. Available from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HIVINCIDENCEREGIONv?lang=en>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1759>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2560.
5. ชนัญญา คุ่มครอง. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. พูลสุข เจนพานิชย์. ความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารเกื้อการุณ. 2557; 21(2):211-228.
6. Weidle, P.J., Wamai, N., Solberg, P., Liechty, C., Sendagala, S., Were, W., et al. Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. [Internet]. [cited 2019 Sep 10]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17084759>
7. วิไล ชินเวชกิจวานิชย์. กัลยา ช่างพวง. ณัฐวรรณ ตีเลิศยืนยง. การสำรวจความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อฯ ในจังหวัดราชบุรี. วารสารโรคเอดส์. 2555/2556; 25(1):41-50.
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง (HIV/AIDS treatment literacy). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 เม.ย. 2561] แหล่งข้อมูล <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/32>.
9. Bloom.B.S. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1 (2) Losangeles. University of California at Los Angeles;1968.
10. นางลักขณ์ เกษม. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดี 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในจังหวัดแพร่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
11. ทินมณี ทิพย์ปัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสกับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
12. มัลลิกา มัติโก. นิตยา เพ็ญศิริรักษา. แบบแผนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาทางการแพทย์หน่วยที่ 1-5 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.



