



วารสาร

ISSN 2651-0987

โรคเอดส์

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กันยายน 2565

- การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ
 - การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี IgG-capture BED-EIA กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ในประเทศไทย พ.ศ. 2559
- บทความนี้ของกุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- กรณีศึกษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์



วารสารโรคเอดส์

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 มิ.ย. - ก.ย. 2565

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

สารบัญ

หน้า

<p>การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ สามารถ พันธุ์เพชร จิรวารณ สว่างสุข นิรมล ปัญสุวรรณ รสพร กิตติเยาวมาลย์</p>	144
<p>การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี IgG-capture BED-EIA กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ในประเทศไทย พ.ศ. 2559 นิรมล ปัญสุวรรณ ฐิติพงษ์ ยิ่งยง สุปิยา จันทรมณี วัชรพล สีนอ</p>	162
<p>บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ วรณิ จิวปัญญา จุฑามาศ มากกุญชร นันทิพัฒน์ ทัดศรีพีรตล</p>	171

Thai AIDS Journal

Vol. 34 No. 3 Jun - Sep 2022

	Page
EPIDEMIOLOGY OF CONGENITAL SYPHILIS UNDER THE FIVE DIMENSIONS OF THE DISEASE AND HEALTH HAZARD SURVEILLANCE SYSTEM IN THAILAND, 2019 Samart Punpetch Jirawan Sawangsuk Niramon Pansuwan Rossaporn Kittiyaowamarn	144
SURVEILLANCE FOR HIV INCIDENCE USING IgG-CAPTURE BED-EIA AMONG PREGNANT WOMAN IN THAILAND 2016 Niramon Punsuwan Thitipong Yingyong Supiya Jantaramanee Watcharaphol Sinor	162
THE ROLE OF SOCIAL GROUPS IS AFFECTING FOR QUALITY OF LIFE OF HIV CASES : THE CASE STUDY OF SAWANPRACHARAK HOSPITAL, NAKHON SAWAN PROVINCE Wanee Jiwpanya Juthamat Makkunchorn Nantipat Tadsreepeeradol	171

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์กรวัฒนดี	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรสรพร กิติเยาวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุปกาศกร	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รศ.ดร.สุคนธา คงสีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	อ.นันทวัน ยันตะดิลก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ตุลิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
	ผศ. ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ

ผู้จัดการ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำนักงานผู้จัดการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4

เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนารัตูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

ผู้ประสานงาน นางสาวผกามาศ แดงคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291

E-mail: aidsstijournal@gmail.com

ระบบรับ-ส่งบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

กำหนดออก: ตุลาคม-มกราคม, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, มิถุนายน-กันยายน

Thai AIDS Journal

Thai AIDS Journal is an academic journal Published by Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Objective

To encourage workers Public health personnel and researchers have the opportunity to disseminate academic and knowledge works Associated with AIDS, tuberculosis, sexually transmitted diseases. And hepatitis B and C As a research source Further academic reference, Which content articles / research results That is published and presents information Advances in Health Sciences And to promote knowledge support for medical and public health personnel So that it can be applied to the public service In the prevention and treatment of AIDS and sexually transmitted diseases is the most beneficial.

Editor in chief:	Wiwat Rojanapithayakorn	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Editorial boards:	Taweasap Siraprasiri	Department of Disease Control
	Visal Moolasart	Department of Disease Control
	Pornsak Yoocharoen	Department of Disease Control
	Weerawat Manosuthi	Department of Disease Control
	Sumet Ongwandee	Department of Disease Control
	Rossaphorn Kittiyaowamarn	Department of Disease Control
	Monthinee Vasantiuppapokakorn	Department of Disease Control
	Parichart Chantcharas	Department of Disease Control
	Siriphan Saengaroon	Department of Medical Sciences
	Assoc. Prof. Wattana Sukeepaisarnjaroen	Faculty of Medicine, Khon Kaen University
	Assoc. Prof. Dr. Sukhontha Kongsin	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Assoc. Prof. Dr. Manirat Therawiwat	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Nunthawan Yuntadilok	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Dusita Phuengsamran	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Sirima Mongkolsomlit	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Asst. Prof. Dr. Ronnapoom Samakkeekarom	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Akechitra Sukkul	The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) (HA)
	Asst. Prof. Sakchai Dettrairat	Academician
	Sombat Thanprasertsuk	Academician
Journal manager:	Director, Division of AIDS and STIs	
Manager office:	Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health Department of Disease Control 2 nd Building, 4 th Floor, 88/21 Moo 4 Tumbol Talat Khwan, Amphoe Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, Thailand. 11000 Tel. (+66) 2590 3289, 3291	
Cover designer:	Boonyarit Mabklang	
Journal Coordinator:	Phakamat Tangkuha E-mail: aidsstijournal@gmail.com Tel. (+66) 2590 3289, 3291	
Submit your articles:	https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index	
Publication schedule:	October–January, February–May, June–September.	

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. ประเภทของบทความที่เผยแพร่โดยวารสารโรคเอดส์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้น ๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า โดยใส่เลขหน้าบนมุมขวากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป โดยมีการอ้างอิงเอกสารที่เป็นปัจจุบันทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้เขียนหลายคนควรระบุชื่อตามการมีส่วนร่วมในบทความ และมีการใส่เครื่องหมายดอกจันในรูปแบบ ตัวยกลงนามสกุลของผู้เขียนทุกคน ซึ่งเชื่อมโยงกับหน่วยงาน สถาบัน หรือสังกัด ของผู้เขียนแต่ละคน

เนื้อเรื่อง ควรเป็นภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจ หากมีการใช้ตัวย่อควรใช้คำที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรกในข้อความหลัก

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิเคราะห์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่ควรเกิน 300 คำ และเขียนเป็นร้อยแก้วมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีการเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่น่าผลไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรทัดเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. หากเป็นการอ้างอิงวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

หมายเหตุ: การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบ จะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

การอ้างอิงเอกสารสำหรับวารสารโรคเอดส์ ผู้เขียนควรอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ผู้เขียนใส่วงเล็บหลังการอ้างอิงว่า In Thai (in Thai)

3.1 บทความวารสาร (Articles in Journals)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).
 ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน จะมีรายชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-,) ตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. 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.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2. รั้งสรรงค์ ปัญญาธัญญา. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ /editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. 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.
2. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนต์รี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชาลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; 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)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. 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.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้ปริญญา.
ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปี พิมพ์
[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-In-terpretation/dp/3540777717#reader_3540777717
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

ในกรณีที่เป็นบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. 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>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การพิมพ์

- ◆ พิมพ์โดยใช้โปรแกรม MS-Word แบบอักษรควรเป็น TH Sarabun New ขนาด 16 pt.
- ◆ การใช้ทศนิยม สามารถใช้ทศนิยมหนึ่งหรือสองตำแหน่งได้ และใช้ให้เหมือนกันทั้งเอกสาร
- ◆ ข้อมูลอ้างอิงควรเป็นภาษาอังกฤษ
- ◆ ภาพประกอบ แผนภาพ หรือรูปภาพควรเป็นภาพที่มีความคมชัดสูง คำอธิบายควรเขียนแยกกัน ไม่ควรเขียนไว้บนภาพ
- ◆ รูปแบบตารางต้องสร้างขึ้นใหม่ในโปรแกรม MS-Word ไม่ควรใช้เป็นตารางที่เป็นรูปภาพ

4.2 การส่ง

- ◆ ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความฯ ของตนเอง ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>
- ◆ ดำเนินการลงทะเบียน สมาชิก (Register)
- ◆ ดำเนินการ log in เข้าสู่ระบบ เลือก “ส่งบทความใหม่” กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกขั้นตอน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- ◆ ผู้เขียนจะได้รับ Email ยืนยัน การส่งต้นฉบับ จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 ต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งมา วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการส่งต่อให้ Peer reviewer อย่างน้อย 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 วารสารโรคเอดส์ จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณา ตอบรับ หรือมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขปรับปรุง/ปฏิเสธ การเผยแพร่บทความฯ ในวารสารโรคเอดส์ ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5.3 เรื่องที่ผ่านการพิจารณา และตอบรับการเผยแพร่บทความฯ วารสารโรคเอดส์จะแจ้งและเผยแพร่ไฟล์บทความฯ ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ให้แก่ผู้เขียนและผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดได้ ระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ (รายฉบับ)

ความรับผิดชอบ

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย และการวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

จริยธรรมการตีพิมพ์

จรรยาบรรณการเผยแพร่วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ (Thai AIDS Journal) ได้รับการเผยแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบ และภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบบ และใช้เป็นเวทีในการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่สนใจ นักวิชาการและผู้ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การเผยแพร่บทความ ควรขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารโรคเอดส์ และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่เผยแพร่ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้เขียนบทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ

2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือสมควร เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์หรือไม่

3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้เขียนในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียน

4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้เขียน

6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ

7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารโรคเอดส์อย่างเคร่งครัด

8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารโรคเอดส์ รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

9. ทำการชี้แจง การแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขออภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้เขียนต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์แล้ว
2. ผู้เขียนจะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. ชื่อคณะผู้เขียนที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิดการออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ
4. หากบทความที่เสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์มีความเกี่ยวกับในเรื่องมนุษย์ ผู้เขียนจะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
5. ผู้เขียนไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความตนเอง
6. ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารโรคเอดส์ จะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)
7. ในบทความ ผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
8. หากเป็นไปได้ ผู้เขียนจะต้องขออนุญาต จากผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษา ก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้ใดที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารโรคเอดส์ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องดำเนินการแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารโรคเอดส์กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ

EPIDEMIOLOGY OF CONGENITAL SYPHILIS UNDER THE FIVE DIMENSIONS OF THE DISEASE AND HEALTH HAZARD SURVEILLANCE SYSTEM
IN THAILAND, 2019

สามารถ พันธุ์เพชร

Samart Punpetch

จิราวรรณ สว่างสุข

Jirawan Sawangsuk

นิรมล ปัญสุวรรณ

Niramom Pansuwan

รศพร กิตติเยวามาลัย

Rossaporn Kittiyaowamarn

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค

Division of AIDS and STIs,
Department of Disease Control

DOI: 10.14456/taj.2022.11

Received: 27/04/2022

Revised: 14/05/2022

Accepted: 30/05/2022

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2559 และได้ดำเนินการต่อเนื่องถึงปัจจุบันเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวางแผนป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทยในอนาคต การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบการกระจายของการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย เป็นต้น และประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการแสดงแผนที่การกระจายโรคเชิงพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 (45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตมีเพศสัมพันธ์) สูงกว่าในปีที่ผ่านมา สอดคล้องกับแนวโน้มการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 63.43) มีประวัติการรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 36.61) และไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 30.06) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสได้รับการรักษา สามารถบรรลุตัวชี้วัดได้ตามเป้าหมาย

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพในระยะการตั้งครรภ์ได้แก่ ฝากครรภ์ คุณภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสโดยเร็ว และการรักษาผู้ติดเชื้อตามแนวทางการรักษา เพื่อการลด ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ จึงมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมให้ความรู้แก่เยาวชนและ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูง

Abstract

Thailand has achieved the elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis since 2016. For monitoring and planning of prevention and control of the congenital syphilis disease in Thailand, the purpose of this study was to describe the distribution of congenital syphilis and the risk factors related.

The study was a cross-sectional study. Data were collected using secondary data under the five dimensions of Thailand's disease and health hazard surveillance system. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percent, median, and mean. A geographic information system was applied to display the spatial distribution of disease.

The results showed that the rate of congenital syphilis in 2019 (45.46 cases per 100,000 live births) was higher than in the previous year, corresponding to the prevalence of syphilis in pregnancy which tends to be higher, especially among youths under 25 years of age. Most of the syphilis-infected pregnant women received the first antenatal care visit at more than 12 weeks of gestation (63.43%) and had been inadequately treated (36.61%) and untreated (30.06%). According to indicators of the World Health Organization (WHO), Thailand had achieved EMTCT of syphilis in 2019, such as the rate of congenital syphilis, the proportion of syphilis screening in pregnant women, and the proportion of positive pregnant women treated.

The results also focused on the gaps in access to health care services during pregnancy, including quality antenatal care, early detection of syphilis, and timely treatment in pregnant women according to guidelines to reduce adverse pregnancy outcomes. Therefore, it is necessary to promote educating young people and those with risk behaviors, strengthen the maternal and child health service system, and surveillance for congenital syphilis in high-risk areas.

คำสำคัญ

ซิฟิลิส, ซิฟิลิสแต่กำเนิด,
ระบบเฝ้าระวังโรค

Keywords

*syphilis, congenital syphilis,
disease surveillance system*

บทนำ

เด็กถือเป็นที่ปรึกษาบุคคลที่สำคัญของประเทศชาติ ที่จะต้องเติบโตขึ้นไปเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาชาติบ้านเมือง ให้มีความเจริญก้าวหน้าและมั่นคงในอนาคต จากข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่า จำนวนการเกิดของประชากรประเทศไทย ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 766,370 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 618,193 คน ในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁾ ดังนั้น เด็กที่เกิดมาทุกรายควรต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เพื่อจะได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นที่เด็กเหล่านั้นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้การเกิดทุกรายมีคุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ จึงต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการวางแผนเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนสมรส ระยะก่อนมีบุตร ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด⁽²⁾ โดยเฉพาะการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่การคัดกรองการติดเชื้อในวัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน การคัดกรองโรคเมื่อมาฝากครรภ์ การดูแลรักษามารดาและทารกที่ติดเชื้อ เป็นต้น⁽³⁾

ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเป็นเวลามากกว่า 30 ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยยังได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ โดยมีอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 2) โดยได้ติดตามผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่การคัดกรอง

การติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกราย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสทุกรายได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาตามมาตรฐาน เป็นต้น⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2562 กลับพบการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ต้องได้รับการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านปัจจัยต้นเหตุ มิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง มิติด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค มิติด้านการติดเชื้อหรือการป่วย และมิติด้านการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ⁽⁵⁾ พบว่าในปัจจุบันมีระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 4 ระบบ ได้แก่ รายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506⁽⁶⁾ รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS)⁽⁷⁾ ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HSS)⁽⁸⁾ และรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด⁽⁹⁾ เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันควบคุมโรค และยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกของประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่ออธิบายรูปแบบการกระจายของการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำแนกตามบุคคล เวลา สถานที่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)⁽¹⁰⁾ ข้อมูลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งได้จากการทบทวนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องในการติดตาม ผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 จำนวน 4 แหล่งข้อมูล ได้แก่ รายงานระบบ

เฝ้าระวังโรค 506 ระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอด แต่กำเนิด โดยมีรายละเอียดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการ
เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ระบบเฝ้าระวังความชุกของ เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ และแหล่งข้อมูล
การติดเชื้อเอชไอวี และรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิส (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 รายละเอียดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ และแหล่งข้อมูล

รายละเอียดข้อมูล 5 มิติ	แหล่งข้อมูล
1. ด้านปัจจัยต้นเหตุ (Determinants)	
- อัตราการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์	- ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี
2. ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk)	
- พฤติกรรมการไม่ฝากครรภ์	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- พฤติกรรมการฝากครรภ์ช้า (ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์)	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- พฤติกรรมการรักษาโรคก่อนคลอด	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
3. ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)	
- ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส	- รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา	- รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
4. ด้านการเจ็บป่วย (Morbidity)	
- อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน	- รายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506
	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
5. ด้านการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ (Abnormal event and outbreak)	
- อัตราป่วยเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การศึกษาในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรค และระบบรายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. รวบรวมข้อมูลสรุปรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 รหัส 37 โรคซิฟิลิส จำแนกตามกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี จากเว็บไซต์กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ <http://doe.moph.go.th/r506>

2. รวบรวมข้อมูลสรุปรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด จำแนกเป็นผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) และผู้ป่วยสงสัย (Probable case) โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งรายงานเข้ามาที่กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และยืนยันการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ อายุมารดา อาชีพมารดา สัญชาติมารดา ประวัติการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก การรักษาขณะตั้งครรภ์ และจังหวัดที่รายงาน

3. รวบรวมข้อมูลสรุปการเกิดของประชากรประเทศไทย จากเว็บไซต์สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ จำนวนการเกิดจำแนกตามเพศ และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/>

4. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จากเว็บไซต์ระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ สัญชาติไทย จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิส

จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา จำนวนเด็กได้รับการรักษาซิฟิลิส และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ <http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims>

5. รวบรวมข้อมูลสรุปผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ จากระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV sero-surveillance system: HSS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ อายุมารดา จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส และจังหวัดที่รายงาน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย เป็นต้น และประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการแสดงแผนผังการกระจายโรคเชิงพื้นที่โดยใช้โปรแกรม QGIS Version 3.16⁽¹¹⁾ การศึกษาในครั้งนี้เข้าข่ายการยกเว้น การพิจารณาต้นจริยธรรมการวิจัย โดยจะนำเสนอข้อมูล ผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลภาพรวม

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ตั้งแต่ผู้ป่วย สงสัยโรคซิฟิลิส (Probable case) เป็นต้นไป ที่เข้าได้กับ นิยามการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและถูกรายงาน ในระบบเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รหัสโรค 37 ด้วยรหัส ICD-10: A50.0-A50.7 และ A50.9

ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หมายถึง ผู้ป่วย ที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Probable case) และผู้ป่วยยืนยันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Confirmed case) ตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (Congenital Syphilis) ในปี พ.ศ. 2562 และได้รับการ ยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อประชากรเด็กเกิด มีชีพหนึ่งแสนคน

ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการ คัดกรองโรคซิฟิลิส หมายถึง สัดส่วนของหญิงคลอดที่ ได้รับการคัดกรองซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อหญิงคลอดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562

ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิส ได้รับการรักษา หมายถึง สัดส่วนของหญิงคลอดที่ได้รับ วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสและได้รับการรักษา ต่อหญิงคลอด ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562

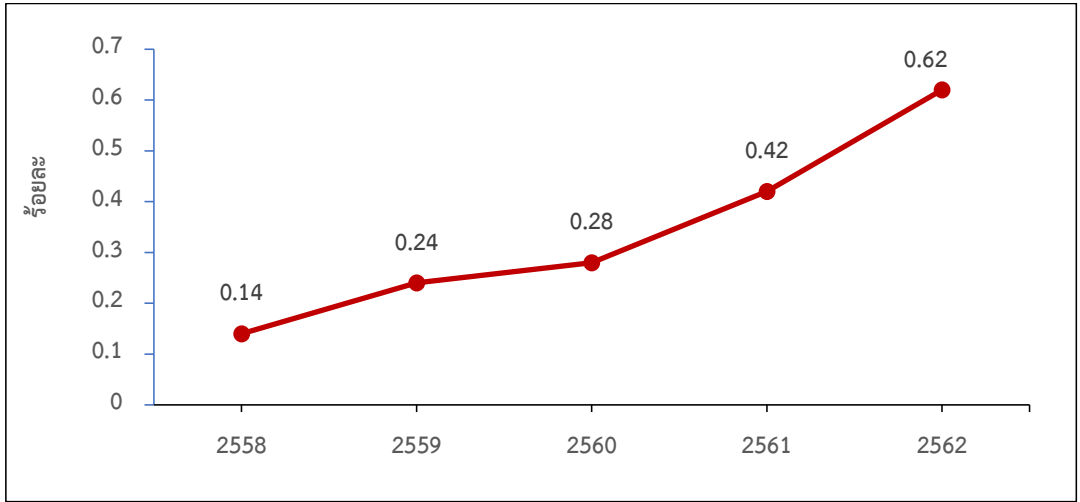
ผลการศึกษา

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค และระบบรายงาน ที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิส แต่กำเนิด ประเทศไทย ครอบคลุม 5 มิติ มีรูปแบบการ กระจายตามลักษณะบุคคล เวลา และสถานที่ ดังนี้

1. มิติปัจจัยต้นเหตุ (Determinants)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ โรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้ระบบเฝ้าระวัง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าใน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัญชาติไทย มีแนวโน้มการติดเชื้อ โรคซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.14 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 0.62 ในปี พ.ศ. 2562 (รูปที่ 1) โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจ คัดกรองซิฟิลิส ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนใหญ่มีร้อยละ ของการติดเชื้อซิฟิลิสสูงในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี (ร้อยละ 0.91) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 0.41) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 0.26) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาร้อยละของ การติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำแนกราย จังหวัด พบว่ามีจำนวน 19 จังหวัดที่มีร้อยละการติดเชื้อ โรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของ ประเทศ ได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ ระยอง ฉะเชิงเทรา กรุงเทพมหานคร พระนครศรีอยุธยา พิจิตร ตาก นนทบุรี ปทุมธานี บุรีรัมย์ เพชรบุรี ศรีสะเกษ ชัยนาท นครสวรรค์ ลพบุรี อ่างทอง อุทัยธานี สกลนคร และนครราชสีมา ตามลำดับ

รูปที่ 1 ร้อยละการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HSS), กองระบาดวิทยา

2. มิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง

จากรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนหญิงคลอดสัญชาติไทยทั้งหมด 471,489 คน เป็นหญิงคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์ 465,359 คน คิดเป็นร้อยละ 98.70 ของหญิงคลอดทั้งหมด และเมื่อพิจารณาร้อยละของหญิงคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์ รายจังหวัด พบว่ามีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 98.95 (ค่าน้อยสุด = ร้อยละ 95.59 และค่ามากที่สุด = ร้อยละ 99.96) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด มีประวัติการฝากครรภ์ ร้อยละ 87.75 ซึ่งมีการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 36.57 ด้านการรักษา พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีประวัติการรักษา

ไม่ครบตามแนวทางการรักษา ร้อยละ 36.61 รองลงมาคือ ไม่ได้รักษา ได้รับการรักษาครบ 30 วัน ก่อนคลอดตามแนวทางการรักษา และได้รับการรักษาครบก่อนคลอดแต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 30.06, ร้อยละ 16.94 และ ร้อยละ 16.39 ตามลำดับ) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 35.35) รองลงมา คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 33.49) กลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 17.21) กลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 9.30) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 4.65) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 95.41) ส่วนใหญ่ไม่ทราบอาชีพ (ร้อยละ 43.95) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/กรรมกร/พนักงาน (ร้อยละ 32.74) และประกอบอาชีพงานบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 14.80) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ลำดับครรภ์ที่ 1 (ร้อยละ 47.20) เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปสำหรับมารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุมารดา			ลำดับครรภ์		
น้อยกว่า 20 ปี	72	33.49	ลำดับครรภ์ที่ 1	101	47.20
20-24 ปี	76	35.35	ลำดับครรภ์ที่ 2	60	28.04
25-29 ปี	37	17.21	ตั้งแต่ลำดับครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	53	24.76
30-34 ปี	20	9.30	ประวัติการฝากครรภ์		
ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	10	4.65	ฝากครรภ์	179	87.75
สัญชาติ			ไม่ได้ฝากครรภ์	25	12.25
ไทย	208	95.41	อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก		
อื่น ๆ	10	4.59	น้อยกว่าเท่ากับ 12 สัปดาห์	49	36.57
อาชีพมารดา			มากกว่า 12 สัปดาห์	85	63.43
เกษตรกร	10	4.48	การรักษาโรคซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์		
รับจ้าง/กรรมกร/พนักงาน	73	32.74	รักษาครบ 30 วัน ก่อนคลอด	31	16.94
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	0.45	ตามแนวทางการรักษา		
งานบ้าน/แม่บ้าน	33	14.80	รักษาครบก่อนคลอดแต่ไม่ได้	30	16.39
นักเรียน	8	3.59	ตามแนวทางการรักษา		
ไม่ทราบอาชีพ	98	43.95	รักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา	67	36.61
			ไม่ได้รับการรักษา	55	30.06

3. มิติด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)

ผลการดำเนินงานการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้นโยบายการกำจัด การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี และซิฟิลิส จากแม่สู่ลูก ภายในปี พ.ศ. 2573 (Triple Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Hepatitis B and Syphilis) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (ตารางที่ 3) ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด ผลกระทบ (Impact target) ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด พบว่า ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนด โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนจำแนกตามจังหวัด (ตารางที่ 4) พบว่ามี 18 จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 มากกว่าค่าเป้าหมาย (< 50 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน) สำหรับผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Process/program targets) พบว่า ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนดทั้งสองตัวชี้วัด โดยมีร้อยละของ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส เท่ากับ ร้อยละ 99.63 และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ได้รับการรักษา เท่ากับ ร้อยละ 97.41 (ตารางที่ 3) เมื่อ พิจารณาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน จำแนกตามจังหวัด (รูปที่ 2) พบว่า ทุกจังหวัดสามารถดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรอง ซิฟิลิสได้ แต่สำหรับตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา มีจำนวน 8 จังหวัดที่ยัง ดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ จันทบุรี (ร้อยละ 78.57) นครนายก (ร้อยละ 80.00) ระยอง (ร้อยละ 89.18) สุรินทร์ (ร้อยละ 90.38) นครราชสีมา (ร้อยละ 90.91) ร้อยเอ็ด (ร้อยละ 92.86) นครพนม (ร้อยละ 94.12) และสมุทรปราการ (ร้อยละ 94.77) เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาแนวโน้มของผลการ

ดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 96.14 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 97.41 ในปี พ.ศ. 2562 และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 99.04 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 99.63 ในปี พ.ศ. 2562

ตารางที่ 3 เป้าหมายและผลการดำเนินงานการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ผลกระทบ (Impact target)		
1. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	≤ 50 คน ต่อ เด็กเกิดมีชีวิตแสนคน	45.46 คน ต่อ เด็กเกิดมีชีวิตแสนคน*
ผลการดำเนินงาน (Process/program targets)		
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส	≥ ร้อยละ 95	ร้อยละ 99.63**
3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา	≥ ร้อยละ 95	ร้อยละ 97.41**

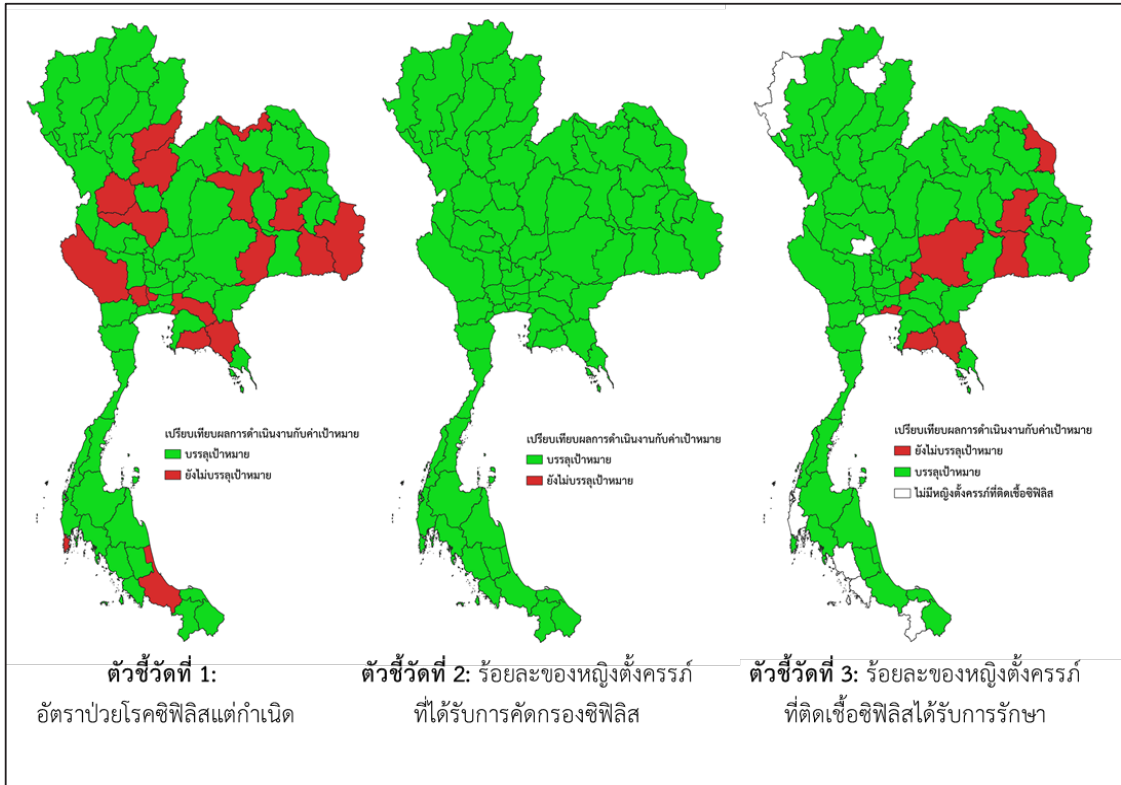
* ข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ,

** ใช้ข้อมูลหญิงคลอดทั้งหมดจากรายงาน PHIMS กรมอนามัย เป็นตัวแทนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด

ตารางที่ 4 จังหวัดที่อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อ เด็กเกิดมีชีวิตแสนคน	ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อ เด็กเกิดมีชีวิตแสนคน
1	ระยอง	174.70	1	กำแพงเพชร	66.93
2	นนทบุรี	133.17	2	อุบลราชธานี	60.46
3	ขอนแก่น	127.38	3	ฉะเชิงเทรา	59.60
4	อุดรธานี	113.16	4	นครสวรรค์	56.87
5	ศรีสะเกษ	98.98	5	ภูเก็ต	54.64
6	ร้อยเอ็ด	97.70	6	จันทบุรี	53.82
7	กาญจนบุรี	94.51	7	สงขลา	53.68
8	พิษณุโลก	70.37	8	บุรีรัมย์	50.72
9	นครปฐม	68.91	9	หนองคาย	50.59

รูปที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 กับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก จำแนกตามจังหวัด



4. มิติด้านการเจ็บป่วย

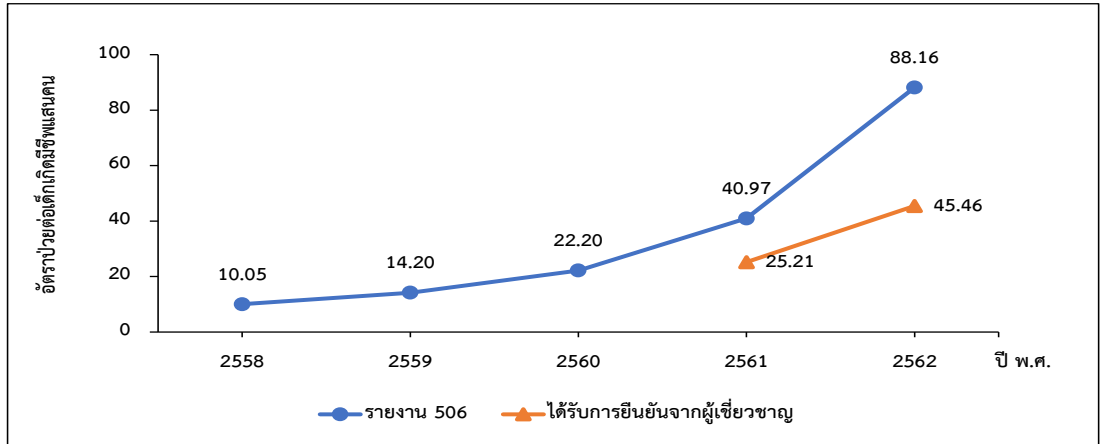
ในปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ในระบบเฝ้าระวังโรค 506 จำนวน 545 คน คิดเป็นอัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี เท่ากับ 88.16 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน (ดังรูปที่ 3) เมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยจำแนกตามบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.19 มีอัตราป่วยเฉพาะเพศชาย เท่ากับ 87.82 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตชายแสนคน และอัตราป่วยเฉพาะเพศหญิง เท่ากับ 88.52 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตหญิงแสนคน ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 96.88) ส่วนใหญ่สถานที่รักษา คือ โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 40.37) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 18.30) โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 22.94) คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 12.29) และอื่นๆ (ร้อยละ 1.10) ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุ

น้อยกว่า 2 ปี ปี พ.ศ. 2562 รายจังหวัด พบว่า มีจำนวน 33 จังหวัด (ร้อยละ 42.86 ของจังหวัดทั้งหมด) ที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ตารางที่ 5)

เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 517 ราย จากจำนวนผู้ที่เข้าได้กับนิยามโรค 606 ราย คิดเป็นความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรค ร้อยละ 85.31 เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดทั้งหมดโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Confirmed case) และผู้ป่วยสงสัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Probable case) ที่ต้องรายงานในรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 เพียงร้อยละ 43.13 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจากรายงานสอบสวนโรคที่มารดามีประวัติการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 43.33 เป็นผู้ป่วย

ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 2.51 กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 และรายงานสรุปไม่ได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสดคน ซึ่งมีแนวโน้ม ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ ดังนั้น อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่ สูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาประมาณ 2 เท่า (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามแหล่งข้อมูล



ตารางที่ 5 จังหวัดที่อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสดคน	ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสดคน
1	ระยอง	341.11	18	นครพนม	94.93
2	ร้อยเอ็ด	286.57	19	อุบลราชธานี	93.63
3	พิษณุโลก	249.74	20	เชียงใหม่	87.53
4	ศรีสะเกษ	247.24	21	กำแพงเพชร	84.28
5	ขอนแก่น	233.29	22	กรุงเทพมหานคร	81.68
6	จันทบุรี	186.38	23	เชียงราย	80.66
7	ชัยภูมิ	173.55	24	ปทุมธานี	80.48
8	ประจวบคีรีขันธ์	173.01	25	ราชบุรี	78.36
9	ฉะเชิงเทรา	165.77	26	ชลบุรี	74.03
10	สมุทรปราการ	165.06	27	หนองคาย	69.75
11	นครราชสีมา	154.46	28	ลพบุรี	66.59
12	กาญจนบุรี	152.17	29	นครสวรรค์	65.08
13	นนทบุรี	151.68	30	นครปฐม	63.00
14	อุดรดิษฐ์	143.06	31	เพชรบูรณ์	59.24
15	สงขลา	126.68	32	สิงห์บุรี	58.58
16	บุรีรัมย์	110.00	33	เพชรบุรี	50.72
17	สระบุรี	101.24			

5. มิติด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ

ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี จากระบบเฝ้าระวังโรค 506 พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปี โดยเพิ่มขึ้นจาก 10.05 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 88.16 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 (ดังรูปที่ 3) ซึ่งอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2562 มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐานอัตราป่วย 5 ปี ย้อนหลัง (14.20 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) แสดงถึงการระบาดของโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ในประเทศไทย ซึ่งมีจำนวน 54 จังหวัดที่มีอัตราป่วยมากกว่าค่ามัธยฐานของจังหวัด 5 ปี ย้อนหลัง และเมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2561 (ตารางที่ 6) พบว่ามีจำนวน 34 จังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาร้อยละของจังหวัดที่มีอัตราป่วยปี พ.ศ. 2562 สูงกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (≤ 50 คน

ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) จำนวน 18 จังหวัด พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 94.44) และมี 1 จังหวัดที่มีแนวโน้มลดลง คือ จังหวัดนครสวรรค์ แต่เมื่อพิจารณาจังหวัดที่มีอัตราป่วยปี พ.ศ. 2562 น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเป้าหมาย จำนวน 59 จังหวัด พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มคงที่หรือเป็นจังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่เข้าได้กับนิยามเฝ้าระวังโรค (ร้อยละ 52.54) อย่างไรก็ตามจากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2561-2562 พบจำนวน 17 จังหวัดที่มีอัตราป่วยไม่เกินค่าเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มอัตราป่วย ปี พ.ศ. 2562 สูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ได้แก่ ปทุมธานี นครราชสีมา เชียงราย กรุงเทพมหานคร นครพนม สระแก้ว ประจวบคีรีขันธ์ สระบุรี เพชรบุรี หนองบัวลำภู ตาก เชียงใหม่ ชุมพร กาฬสินธุ์ พระนครศรีอยุธยา นครศรีธรรมราช และปัตตานี เป็นต้น (ร้อยละ 28.81) 11 จังหวัด

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบเชิงพื้นที่ระหว่างอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 กับปีที่ผ่านมา

จังหวัด	ผลเปรียบเทียบอัตราป่วยในปีที่ผ่านมา			
	แนวโน้มเพิ่มขึ้น	แนวโน้มลดลง	แนวโน้มคงที่	รวม
จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเป้าหมาย	17 จังหวัด (ร้อยละ 94.44)	1 จังหวัด (ร้อยละ 5.56)	0 จังหวัด (ร้อยละ 0.00)	18 จังหวัด (ร้อยละ 100.00)
จังหวัดที่มีอัตราป่วยน้อยกว่าเท่ากับค่าเป้าหมาย	17 จังหวัด (ร้อยละ 28.81)	11 จังหวัด (ร้อยละ 18.64)	31 จังหวัด (ร้อยละ 52.54)	59 จังหวัด (ร้อยละ 100.00)

อภิปรายผล

การถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์สามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จากแม่สู่ลูกได้ เช่น ทารกในครรภ์เสียชีวิต ภาวะตายคลอดคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าเกณฑ์ ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด และซิฟิลิสแต่กำเนิด เป็นต้น⁽¹²⁾ จากการศึกษาาระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติที่เกี่ยวข้องโดยมีประเด็นอภิปรายดังนี้

1. มิติด้านปัจจัยต้นเหตุและมิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิด

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่สามารถป้องกันได้ในขณะตั้งครรภ์ จากข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาการกระจายของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์จำแนกรายจังหวัด พบว่ามีประมาณหนึ่งในสี่ของจังหวัดทั้งหมดในประเทศไทยที่มีร้อยละการติดเชื้อสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่ติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี สอดคล้องกับข้อมูลอายุของมารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิส

แต่กำเนิด จากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้ม การเกิดโรคในทิศทางเดียวกับข้อมูลอัตราป่วยโรคซิฟิลิส ในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี จากรายงานระบบ เฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽¹³⁾ จากข้อมูลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีการ ติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เกิดขึ้นกับกลุ่ม วัยรุ่นหรือประชากรที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับผลการ เฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียน กองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 มีอายุ เฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ 16.80 ปี มีประสบการณ์เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 41.11 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 16.48 และมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น ร้อยละ 7.96 นอกจากนี้ พบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ยังต่ำกว่า ร้อยละ 80 โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 51.80 และอัตราการ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับชายอื่น ร้อยละ 34.38 เป็นต้น⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ จากข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำนักรอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่า วัยรุ่น ที่มีความตั้งใจตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 48.80 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 39.40 ในปี พ.ศ. 2562 กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 27.10 ในปี พ.ศ. 2562 และกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ที่มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิด ล้มเหลว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.50 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 33.50 ในปี พ.ศ. 2562 สำหรับอาชีพ ก่อนตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 39.50 เป็นนักเรียน/นักศึกษาในระบบโรงเรียน และ ร้อยละ 25.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นต้น⁽¹⁵⁾ ปัจจัยที่ นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านส่วนบุคคลของวัยรุ่น ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านโรงเรียน และปัจจัยด้านสังคม ดังนั้น

เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส จากแม่สู่ลูกมีประสิทธิภาพได้ตามเป้าหมาย จำเป็น ต้องเร่งรัดการดำเนินงานในกลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคซิฟิลิสและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ โดยสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย งดการมีเพศสัมพันธ์การใช้ ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงการ ประสานงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกภาคส่วน อย่างจริงจังและต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมิน ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽¹⁶⁾

การฝากครรภ์ เป็นบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก ในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด โดยองค์การ อนามัยโลกได้ให้คำแนะนำผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ โดยการ ฝากครรภ์ครั้งแรกควรทำในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ก่อนหรือเมื่อตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิง ตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง⁽¹⁷⁾ ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทย มีการดำเนินงานได้ตามที่ เป้าหมายองค์การอนามัยโลกกำหนด ได้แก่ ร้อยละ 98.70 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 99.63 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส อย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 97.41 ของหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับข้อมูล สรุปรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 ที่พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีประวัติได้ รับการฝากครรภ์ประมาณร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่ มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 63.43) ส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาก่อนคลอด ไม่ครบตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 36.61) รองลงมา คือ ไม่ได้รักษา (ร้อยละ 30.06) รักษาครบตามแนวทาง การรักษา (ร้อยละ 16.94) และได้รับการรักษาครบ

ก่อนคลอด แต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 16.39) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่ามารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ทุกรายมีประวัติการรักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาและไม่ได้รับการรักษา ส่วนมารดาที่ได้ฝากครรภ์ มีประวัติการรักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาและไม่ได้รับการรักษาประมาณ 3 ใน 4 ของมารดาที่ได้ฝากครรภ์ทั้งหมด ซึ่งมารดาส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสไม่เป็นไปตามแนวทางรักษาของประเทศ จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนในการวางแผน แก้ไขปัญหาให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเข้าสู่ระบบบริการ ดูแลรักษาโดยเร็ว เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น จากการศึกษาของทิพย์วรรณ โพธิ์ตา และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว และการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน ดังนั้น เพื่อการลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก จึงมีความจำเป็นต้องสร้างกลไกการสร้างความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิประโยชน์ เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจในสังคม สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการเลี้ยงดูบุตรให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย⁽²⁰⁾

2. มิติด้านการเจ็บป่วยและมิติด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ ถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดตามนิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง⁽⁶⁾ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากประมาณ 8 เท่า จาก อัตราป่วย 10.05 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ใน ปี พ.ศ. 2558 เป็น 88.16 คน

ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่จากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทยที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีร้อยละ 43.13 ของรายงานสอบสวนโรคที่ต้องรายงานในรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดถูกส่งรายงานสอบสวนโรค ในปี พ.ศ. 2562 โดยมีประวัติมารดาติดเชื้อซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์แต่ทารกไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 43.33 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 2.51 และ รายงานสรุปไม่ได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และทารกในระบบติดตามผลการดำเนินงานในระบบปกติของประเทศ ดังนั้นในการตรวจสอบรับรองความถูกต้องของข้อมูล (validation) ผลการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ในส่วนเป้าหมายผลกระทบได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรคทั่วประเทศ โดยมีความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรคมากกว่าร้อยละ 85 ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานสอบสวนโรคและสรุปจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านผู้เชี่ยวชาญ แล้วเทียบบัญญัติไตรยางศ์จำนวนผู้ป่วยคาดหวัง (Expected cases) ที่ความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรคร้อยละ 100 เพื่อใช้ในการรายงาน สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งยังไม่เกินเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่พบว่ามีอัตราป่วยสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 80.33 สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในปี พ.ศ. 2562 จากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐฯ⁽²¹⁾ พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วย เท่ากับ 48.50 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน โดยมีอัตราป่วยสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา (เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.40) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเกิดโรคซิฟิลิส

แต่กำเนิดมีความสอดคล้องกับความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์สูง

3. มิติการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลกว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จตามเป้าหมาย (อัตราการถ่ายทอดเชื้อต่ำกว่าร้อยละ 2)⁽²²⁾ โดยมีนโยบายให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกผ่านระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 สำหรับกรมควบคุมโรค นำโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จัดทำแนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2558 และปรับปรุงแนวทางให้เป็นปัจจุบันในปี พ.ศ. 2563⁽⁴⁾ เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรอง ดูแลรักษา รายงานโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตลอดจนกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการต่าง ๆ ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁽²⁾ โดยมีคณะทำงานผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจการติดเชื้อโรคซิฟิลิสก่อนตั้งครรภ์ และการตรวจเชื้อซิฟิลิสในคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงสิทธิประโยชน์เพื่อช่วยเหลือภาวะมีบุตรยาก เป็นหนึ่งในห้าของกลไกขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์⁽²⁰⁾ และพัฒนาระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับและติดตามการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก อีกทั้งให้ผู้บริหาร

และผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค 506 ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และพัฒนาช่องทางการส่งรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น จากการทบทวนนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเป็นข้อบ่งชี้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญต่อการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ภายใต้นโยบายการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีโรคไวรัสตับอักเสบบี และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ภายในปี พ.ศ. 2573 ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัดผลกระทบ คือ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่เกิน 50 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน อย่างไรก็ตาม จากข้อบ่งชี้การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และยังพบว่า มีบางจังหวัด ที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 มากกว่าค่าเป้าหมาย แสดงถึงการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติในบางพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้น หากไม่มีมาตรการใดเพิ่มเติม คาดว่าอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในภาพรวม มากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดได้ สำหรับตัวชี้วัดผลกระทบดำเนินงาน พบว่าประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดทั้งสองตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ศนิษา ต้นประเสริฐ และคณะ⁽¹⁸⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาได้ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามแม้ว่าตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาจะมากกว่าเป้าหมาย แต่จากการศึกษารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

พบว่า มารดาของผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีประวัติการรักษารับก่อนคลอด แต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา การรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา และไม่ได้รับการ ประมาณ ร้อยละ 83.06 แสดงถึงปัญหาด้านคุณภาพของการรักษา และการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงต้องมีการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ครบวงจร ตั้งแต่การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมาฝากครรภ์โดยเร็ว การให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคมะเร็งซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และคู่ทุกราย การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคมะเร็งซิฟิลิสซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการรักษาหญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วย Benzathine penicillin G ซึ่งจะช่วยในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้⁽²⁴⁾

สรุป

ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานกำจัดโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ ตัวชี้วัดอัตราป่วยโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิด ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานรายจังหวัดพบว่า มี 18 จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 สูงกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งซิฟิลิส พบว่าทุกจังหวัดสามารถดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย แต่สำหรับตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษามีจำนวน 8 จังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดในภาพรวมของประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาและเมื่อพิจารณาข้อมูลรายจังหวัดพบว่ามีจำนวน 34 จังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แนวโน้ม

กาเกิดโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดสอดคล้องกับข้อมูลเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดในพื้นที่ จึงต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อโรคมะเร็งซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี ที่มีอัตราการติดเชื้อโรคมะเร็งซิฟิลิสสูง

ช่องว่างของการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพในระยะการตั้งครรภ์ที่เป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การไม่มาฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ช้า การไม่มาฝากครรภ์ตามนัด การไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค การไม่ได้รับการรักษาเมื่อติดเชื้อ และการได้รับการรักษาที่ไม่ครบตามแนวทาง เป็นต้น ดังนั้น เพื่อลดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ จึงควรวางแผนแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งซิฟิลิส แต่ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ สร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่เยาวชนและผู้ที่มีความเสี่ยง ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมการฝากครรภ์คุณภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคมะเร็งซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์โดยเร็ว การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสตามแนวทางเพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดในพื้นที่ ที่มีอัตราป่วยสูง โดยบูรณาการการดำเนินงานในทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดหน่วยงานระดับจังหวัดติดตามและกำกับกรารายงานโรคมะเร็งซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามนิยาม และแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย

2. สร้างกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดระดับจังหวัด และเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในระดับพื้นที่ในการตรวจสอบความถูกต้องของการรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด

3. สร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนบูรณาการกลไกการสร้างความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ตลอดจนสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันโรค และทราบสถานที่ตรวจคัดกรองโรคและดูแลรักษา โดยผ่านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านแกนนำเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

4. เร่งรัดและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมีการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการบริการทางสุขภาพที่ครบถ้วนตามมาตรฐาน เช่น การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส การรักษาโรคซิฟิลิส เป็นต้น

5. เร่งรัดการคัดกรองโรคซิฟิลิสและติดตามการดูแลรักษาในกลุ่มสามี หรือคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคซิฟิลิสซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ด้านระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ และกำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญให้ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ เพื่อนำผลไปใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. The Bureau of Registration Administration. Official statistics registration systems [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/stat-menu/newStat/home.php> (in Thai)
2. Bureau of Reproductive Health. The 2nd National Reproductive Health Development Policy and Strategy (2017-2026) on the Promotion of Quality Birth and Growth [Internet]. Nonthaburi: Department of Health [cited 2021 Nov 29]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03/download?id=39711&mid=31985&mkey=m_document&lang=th&-did=13759 (in Thai)
3. Teerasak Udomsri. Perinatal Transmission. Krabi Medical Journal [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 30];2(2):59-84. Available from: <https://thaidj.org/index.php/kmj/article/view/8239/7561> (in Thai)
4. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Prevention and management of mother-to-child transmission of syphilis guideline. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021. (In Thai)
5. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Disease and health hazard surveillance system. [Internet]. Bangkok: HE'S company limited; 2014 [cited 2021 Nov 30]. 111 p. Available from: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=10164 (in Thai)
6. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Case definition for Communicable Diseases Surveillance, Thailand, 2020. Nonthaburi: Department of Control; 2020. (In Thai)

7. Perinatal HIV Intervention Monitoring System [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2011 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims> (in Thai)
8. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Guidelines for the HIV sentinel surveillance (HSS) [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2022 [cited 2022 Feb 1]. 304 p. Available from: <http://aidsboe.moph.go.th/app/homeup/uploads/2020-04-09785517852.rar> (in Thai)
9. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Guidelines for surveillance and investigation of congenital syphilis [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2021 [cited 2022 Feb 1]. p. 1-22. Available from: <http://aidsboe.moph.go.th/STIs/dashboard/แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค.pdf> (in Thai)
10. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies Maninder Singh Setia. *Indian J Dermatol* 2016; 61(3): 26-64.
11. Moyroud N, Portet F. Introduction to QGIS. *QGIS and generic tools* 2018;271(1):1-17.
12. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013;91(3):217-226.
13. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. HIV Info HUB Division [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 9]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php> (in Thai)
14. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. AIDS Surveillance System [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 9]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis (in Thai)
15. Bureau of Reproductive Health [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2021. Situation analysis reports the rate of live births per 1,000 adolescents (15-19 years). 2021 [cited 2022 Feb 9]. 6 p. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x-027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/ti-nymce/kpi64/1_14/1_14_1-1.pdf (in Thai)
16. Nittaya Pensirinapa. Teenage Pregnancy Problems and Comprehensive Sexuality Education. *Academic Journal of Community Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 9];7(3):1-16. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/download/250888/171104/> (in Thai)
17. World Health Organization. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model [Internet]. Geneva: Switzerland; 2002 [cited 2022 Feb 9]. 42 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42513>
18. World Health Organization. Regional framework for the triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B and syphilis in Asia and the Pacific, 2018-2030 [Internet]. World Health Organization: Western Pacific Region; 2018 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789290618553>
19. Tippawan Pota, Rungrat Srisuriyawet, Pornnapa Homsin. Determinants of late start of antenatal care among pregnant teenager in community. *J Nurs Care* [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789290618553>

- 12];37(2):180-9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/200857/140433/> (in Thai)
20. Bureau of Reproductive Health. A mid-term evaluation of the Second National Reproductive Health Policy and Strategies (2017 - 2026 B.E.) [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health; 2020 [cited 2022 Feb 9]. p. 1-218. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03> (in Thai)
21. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [updated 2021 April 13; cited 2022 Feb 12]. National Overview Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2019; [about 2 screens]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2019/overview.htm#Syphilis>
22. Ministry of Public Health [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Information Office of The Permanent Secretary of MOPH; 2016 [updated 2016 Dec 29; cited 2022 Feb 1]. Stop the transmission of HIV and syphilis from mother to child; [about 2 screens]. Available from: <https://www.moph.go.th/index.php/news/read/397> (in Thai)
23. Sanisa Tanprasert, Pawinee Doung-ngern, Sombat Tanprasertsuk. Assessment of the Situation of Congenital Syphilis in Thailand in 2009. Dis Con J [Internet]. 2013 Mar 29 [cited 2022 Feb 15];39(1):58-66. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/154366> (in Thai)
24. Trinh T, Leal AF, Mello MB, Taylor MM, Barrow R, Wi TE et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. SRHM 2019;27(1):69-82.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี IgG-capture BED-EIA กลุ่มหญิง ที่มาฝากครรภ์ ในประเทศไทย พ.ศ. 2559

SURVEILLANCE FOR HIV INCIDENCE USING IgG-CAPTURE BED-EIA AMONG PREGNANT WOMAN IN THAILAND 2016

นิรมล ปัญสุวรรณ

Niramon Punsuwan

ฐิติพงษ์ ยิ่งยง

Thitipong Yingyong

สุปิยา จันทรมณี

Supiya Jantaramanee

วัชรพล สีนอ

Watcharaphol Sinor

กองระบาดวิทยา

Division of Epidemiology

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

DOI: 10.14456/taj.2022.12

Received: 22/07/2022

Revised: 15/08/2022

Accepted: 19/09/2022

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังโดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี IgG-capture BED-EIA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 มีวัตถุประสงค์เพื่อคาดประมาณอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี Immunoglobulin G (IgG) capture BED enzyme Immunoassay (BED-CEIA) ในหญิงที่มาฝากครรภ์ การเก็บข้อมูลดำเนินการด้วยวิธีการสำรวจซ้ำ (Repeated survey) ในประชากรกลุ่มเดิม (Same dynamic population) โดยเก็บตัวอย่างเลือดจากหญิงที่มาฝากครรภ์และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจหาแอนติบอดีตามวิธีการมาตรฐาน และนำซีรัมที่เหลือของหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยพบการติดเชื้อเอชไอวีส่งตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ด้วยวิธี Immunoglobulin G (IgG) capture BED enzyme Immunoassay (BED-CEIA) ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 36,614 ราย ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี 183 ราย ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.43 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 23 ราย อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์เท่ากับร้อยละ 0.16 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ที่ยังมีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตลอดเวลา สอดคล้องกับข้อมูลการคาดประมาณในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,900 ราย แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การระบาดของเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยยังพบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตลอดเวลาถึงแม้จะลดลงในปี พ.ศ. 2553 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2 ใน 3 หรือเป้าหมายในการประชุมระดับโลกที่กำหนดให้การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงร้อยละ 50

Abstract

HIV incidence surveillance among pregnant woman was conduct with laboratory testing by using IgG-capture BED-EIA since 2004. The Objectives of this study was to estimates HIV incidence rate by using Immunoglobulin G (IgG) capture BED enzyme Immunoassay (BED-EIA) in pregnant woman. The study was repeated survey in the same dynamic population used as a method of the surveillance to determine HIV infection. The samples of pregnant women were tested for HIV infection. Leftover serum from the HIV positive diagnostic specimen is tested with Immunoglobulin G (IgG) capture BED enzyme Immunoassay (BED-EIA) at National Institute of Health (NIH), Department of Medical Sciences.

The result showed in 2016, pregnant women in the study 36,614 cases, 183 HIV-Positive samples were tested with BED-EIA, among which 23 samples were identified as recent infections. HIV prevalence was 0.43, HIV incidence among pregnant women was 0.16% related with estimation number of HIV new infection from AIDS epidemic model around 6,900 cases. The study represents the HIV/AIDS epidemic in Thailand, as showed HIV new infection all time, HIV incidence data has shown decrease from 2010. This falls short of the national target by two-thirds or the high-level meeting target by half.

คำสำคัญ

อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี, การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่, หญิงที่มาฝากครรภ์

Keywords

HIV Incidence, New infection, Pregnant woman

บทนำ

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นภาวะเรื้อรัง มีระยะเวลาการดำเนินโรคภายหลังการติดเชื้อจนถึงแสดงอาการของโรคค่อนข้างนาน ทำให้ข้อมูลจากระบบการรายงานผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถบอกถึงสถานการณ์ การระบาดที่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ การนำยาต้านไวรัสมาใช้เพื่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีอายุยืนยาวมากขึ้น ทำให้ค่าความชุกของการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นโดยที่อุบัติการณ์ไม่ได้สูงขึ้นด้วย การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความสำคัญในการอธิบายสถานการณ์การระบาดของโรคในปัจจุบัน รวมทั้งการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค⁽²⁾

ประเทศไทยได้มีการนำวิธีการ Immunoglobulin G (IgG) capture BED-EIA (BED-CEIA) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย U.S. Centers for Disease Control and Prevention

(U.S. CDC)⁽³⁾ เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคาดประมาณอุบัติการณ์การติดเชื้อมาใช้ในการเฝ้าระวัง โดยใช้หลักการวัดสัดส่วนของแอนติบอดี HIV IgG ต่อแอนติบอดี IgG ทั้งหมดในร่างกาย โดยเพิ่มขั้นตอนการนำตัวอย่างเลือดที่ให้ผลบวกต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธีปกติแล้ว มาตรวจต่อด้วย IgG-capture BED-ELISA ซึ่งจะวัดปริมาณของแอนติบอดีต่อเอชไอวี (HIV specific IgG) ทางอ้อม ซึ่งปริมาณของแอนติบอดีต่อเอชไอวีดังกล่าวจะน้อยในระยะแรกหลังจากร่างกายมีการสร้างแอนติบอดีต่อเอชไอวี คือ ประมาณ 150-160 วัน หลังจากได้รับเชื้อ ทำให้สามารถแยกผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจ Anti-HIV ด้วยวิธี EIA เป็นบวก และมีผลการตรวจ IgG-capture BED-EIA ให้ค่า OD-n ≤ 0.8 (ซึ่งแสดงว่าร่างกายมีการสร้าง HIV antibody มาไม่เกิน 153 วัน)⁽³⁾

การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ใน 25 จังหวัด ขยายพื้นที่เฝ้าระวังเป็น 38 จังหวัด ในปีพ.ศ. 2550 และในปีพ.ศ. 2556 ขยายเป็น 40 จังหวัด

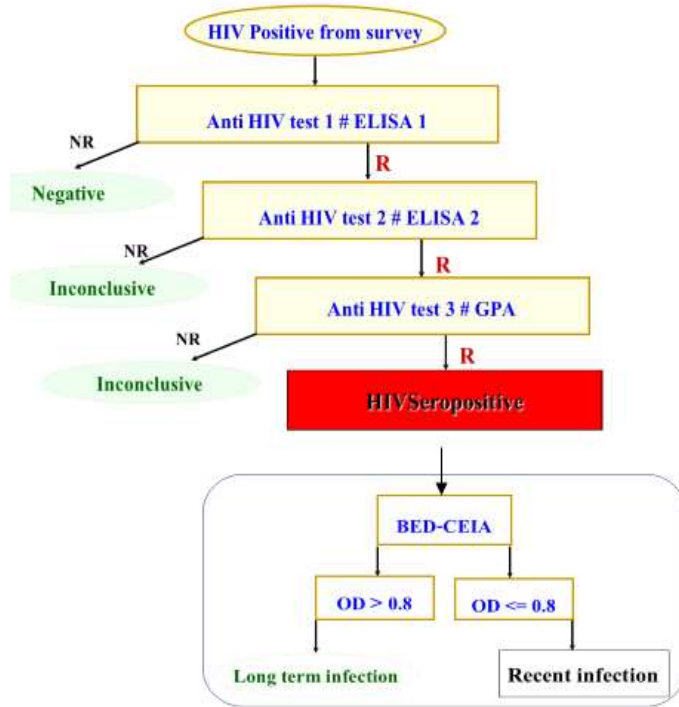
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคาดประมาณอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี IgG-capture BED-EIA ในหญิงที่มาฝากครรภ์ มีประโยชน์อย่างยิ่งในการจำแนกการติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นการติดเชื้อที่เพิ่งเกิดขึ้น จะทำให้เข้าใจสถานการณ์การระบาดด้านเอชไอวีในกลุ่มประชากรหญิงทั่วไป และเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

วิธีการศึกษา

อาศัยข้อมูลจากการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ดำเนินการด้วยวิธีการสำรวจซ้ำ (Repeated survey) ในประชากรกลุ่มเดิม (Same dynamic population) เป็นวิธีการในการเฝ้าระวังและนำมาคาดประมาณการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประชากรที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ใน 39 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร ดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี (การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่) โดยใช้ Multistage random sampling โดยแบ่งตามเขตสาธารณสุข 12 เขต เลือกจังหวัดโดยวิธี Simple random sampling เลือกกรุงเทพมหานครและเขตสาธารณสุขเขตละ 2 - 4 จังหวัด ดังนี้เขต 1 ปทุมธานี นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา เขต 2 นครนายก ลพบุรี สิงห์บุรี เขต 3 ระยอง ฉะเชิงเทรา ตรัง เขต 4 ราชบุรี สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ เขต 5 สุรินทร์ นครราชสีมา บุรีรัมย์ เขต 6 สกลนคร อุตรดิตถ์ หนองคาย บึงกาฬ เขต 7 อุบลราชธานี ศรีสะเกษ นครพนม เขต 8

ตาก สุโขทัย อุทัยธานี นครสวรรค์ เขต 9 แพร่ พิชัยโลก พิษิตร เขต 10 ลำพูน เชียงราย ลำปาง เขต 11 พังงา สุราษฎร์ธานี ชุมพร ภูเก็ต เขต 12 สงขลา ตรัง ปัตตานี แต่ละจังหวัดให้ส่งตัวอย่างเลือดเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อเดิม และไม่มีประวัติเคยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคมของทุกปี เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจซีรัมจะรับผิดชอบรวบรวมซีรัมที่เหลือจากการตรวจตามปกติเพื่อจัดส่งให้กับห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลจังหวัด การจัดเก็บซีรัมเพื่อการรอการจัดส่งห้องปฏิบัติการสามารถจัดเก็บไว้ที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส โดยแต่ละกลุ่มประชากรจากทุกพื้นที่รวมกันต้องมีตัวอย่างเลือดบวกไม่น้อยกว่า 100 ตัวอย่างขึ้นไป ทุกปีห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลจังหวัดจะทำหน้าที่รวบรวมซีรัมจากห้องปฏิบัติการที่ทำการเฝ้าระวังอื่น ๆ และซีรัมที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลจังหวัดเอง ส่งต่อมายังสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจ Anti-HIV ด้วยวิธี EIA เป็นบวก และมีผลการตรวจ IgG-capture BED-EIA ให้ค่า $OD < 0.8^{(3)}$ ซึ่งแสดงว่าร่างกายมีการสร้าง HIV antibody มาไม่เกิน 153 วัน (window period) โดย 153 วันเป็นค่าเฉลี่ยจากตัวอย่างของประเทศต่างๆ ที่เข้าร่วมการศึกษา สำหรับตัวอย่างจากประเทศไทย มีการศึกษาอัตราการเกิดผลบวกปลอมในการวินิจฉัยผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วยวิธี IgG-capture BED Enzyme immunoassay (BED-CEIA) และ Limited-antigen Avidity Enzyme immunoassay (LAg Avidity-EIA) พบว่าค่า window period มีค่าเท่ากับ 127 วัน⁽⁴⁾



รูปที่ 1 ขั้นตอนการตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (HIV Confirmative Testing Algorithm and BED-CEIA Testing)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากเฝ้าระวังจะถูกนำมาคำนวณค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾ ซึ่งในการคำนวณค่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้โดยอาศัยความสัมพันธ์^(1,6,7)

$$I = P/D$$

I = อัตราอุบัติการณ์ (incidence density) ของการติดเชื้อเอชไอวี

P = ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

D = ระยะเวลาของการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งจะทำให้ได้

$$I = \frac{\left(\frac{365}{127}\right) \times \text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่}}{\left(\text{จำนวนผู้ไม่ติดเชื้อ} + \left(\frac{365}{127}\right) \times (\text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่}/2)\right)}$$

โดยค่า I เป็นอัตราอุบัติการณ์ (incidence density) ของการติดเชื้อเอชไอวีมีหน่วยเป็นต่อปี และ

ค่า 95% confidence limit คำนวณได้จาก

$$95\% \text{ confidence limit ของค่า } I = \frac{\pm 1.96 \times I}{\sqrt{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่}}}$$

และเมื่อนำค่าความไว และความจำเพาะของการติดเชื้อเอชไอวีมาพิจารณาพร้อมด้วยในสมการจะทำให้

$$I = \frac{\left(\frac{365}{127}\right) \times \text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่} \times F}{\left(\text{จำนวนผู้ไม่ติดเชื้อ} + \left(\frac{365}{127}\right) \times \left(\frac{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่}}{2}\right) \times F\right)}$$

โดยที่ค่า

$$F = \frac{\left(\frac{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่}}{\text{จำนวนผู้ไม่ติดเชื้อ}}\right) + SP1 - 1}{\left(\frac{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่}}{\text{จำนวนผู้ไม่ติดเชื้อ}}\right) \times (SE - SP + (2 \times SP2) - 1)}$$

และค่า

SE คือค่า Sensitivity ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ BED-CEIA

SP1 คือค่า Specificity ของการตรวจหาการ

ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ BED-CEIA สำหรับช่วงระยะ

เวลา 1 Window period ถึง 2 Window periods

SP2 คือค่า Specificity ของการตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ BED-CEIA สำหรับช่วงระยะ เวลาที่มากกว่า 2 Window periods

ในปี พ.ศ. 2559 ปรับ window period จาก 153 วัน เป็น 127 วันหลังจากที่มีการทดสอบตัวอย่าง จากประเทศไทยด้วยวิธีการตรวจ Limited-antigen Avidity EIA assay

ค่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ในแต่ละปี จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้าเพื่อแสดงค่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าอุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวีของประชากรที่ดำเนินการเฝ้าระวัง

ผลการศึกษา

ในการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ สามารถเก็บข้อมูลและซีรัม กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ได้ประมาณรอบละ 28,000-30,000 คน และการขยายพื้นที่เฝ้าระวังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ทำให้สามารถเก็บข้อมูลและซีรัมได้เพิ่มขึ้นปีละ ประมาณ 40,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีซีรัมที่จะต้องเก็บ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณปีละ 200-350 ตัวอย่าง อย่างไรก็ตามจำนวนการสำรวจ ยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 สามารถเก็บ ข้อมูลและซีรัม 36,614 คน เก็บตัวอย่างเลือดมาตรวจ หาการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 183 ตัวอย่าง พบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 23 ตัวอย่าง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การประมาณค่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงที่มาฝากครรภ์ พ.ศ. 2547-2559

พ.ศ.	จำนวนหญิง ที่มาฝากครรภ์	จำนวน ติดเชื้อ HIV	ความชุกการติด เชื้อเอชไอวี*	จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ด้วย BED-CEIA	การประมาณค่าอุบัติการณ์การ ติดเชื้อเอชไอวี (95%CI)
2547	29,949	342	1.05	27	0.1 (0.06-0.13)
2548	30,572	310	1.08	29	0.07 (0.04-0.10)
2549	28,659	244	0.87	21	0.11 (0.06-0.15)
2550**	40,094	352	0.84	41	0.18 (0.12-0.23)
2551	40,556	318	0.76	36	0.21 (0.14-0.28)
2552	39,140	294	0.60	31	0.24 (0.16-0.33)
2553	35,298	253	0.70	24	0.19 (0.11-0.27)
2554	40,556	289	0.66	20	0.15 (0.08-0.21)
2555	35,441	231	0.53	23	0.19 (0.11-0.27)
2556***	41,211	236	0.50	17	0.27 (0.14-0.40)
2557	47,987	338	0.49	25	0.15 (0.06-0.23)
2558	42,782	251	0.53	24	0.22 (0.12-0.33)
2559	36,614	183	0.43	23	0.16 (0.07-0.25)

*ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ใช้ค่ามัธยฐานของร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดที่เฝ้าระวัง

**ขยายพื้นที่เก็บข้อมูลจาก 25 จังหวัดเป็น 38 จังหวัด

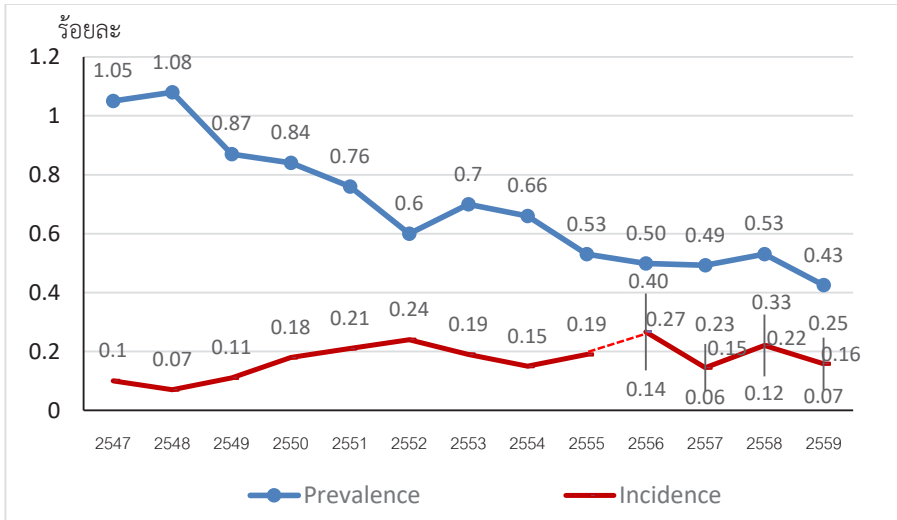
***ขยายพื้นที่เก็บข้อมูลเป็น 40 จังหวัด

หมายเหตุ ปรับ window period จาก 153 วันเป็น 127 วันหลังจากที่มีการทดสอบตัวอย่างจากประเทศไทยด้วยวิธีการตรวจ Limited-antigen Avidity EIA assay ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2559

ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงที่มาฝากครรภ์

ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 0.43 ในปี พ.ศ. 2559 การประมาณค่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 0.27 ในปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 0.16 ในปี พ.ศ. 2559 (รูปที่ 2)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 1.05



รูปที่ 2 ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2547-2559

ผลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยวิธี Pearson Chi-square ระหว่างกลุ่มอายุและลำดับการตั้งครรภ์กับการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

สรุปได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่ขึ้นกับกลุ่มอายุและลำดับการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การประมาณค่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงที่มาฝากครรภ์ พ.ศ. 2559 จำแนกกลุ่มอายุและลำดับการตั้งครรภ์

	จำนวนติดเชื้อเอชไอวี	จำนวนติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	ประมาณค่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี	P value
จำนวนติดเชื้อเอชไอวี	183	23	0.16 (0.07-0.25)	
กลุ่มอายุ				0.228
11-19	32	3	0.06 (0.00 - 0.22)	
20-29	81	14	0.18 (0.05-0.31)	
30 ขึ้นไป	70	6	0.07 (0.00-0.22)	
ลำดับการตั้งครรภ์				0.328
1	63	10	0.16 (0.01-0.30)	
2	120	13	0.10 (0.00-0.22)	

อภิปรายผล

ผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การคาดประมาณอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรหญิงในระบบเฝ้าระวัง มีแนวโน้มลดลงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และในปีพ.ศ. 2559 มีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีลดลงเหลือร้อยละ 0.16 ถึงแม้อุบัติการณ์จะลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ยังมีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อยู่ตลอดเวลา ให้ค่าที่ใกล้เคียงกับค่าอุบัติการณ์ที่ได้จากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งเป็นการยืนยันได้ดีว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรในวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยยังไม่ลดลงตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติซึ่งการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์เป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจน้อยมาก การกำหนดหรือการมีมาตรการแก้ไขปัญหาลดลงส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเยาวชนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ยังไม่สามารถลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้⁽¹⁾ สอดคล้องกับการคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวีเมื่อถึงสิ้นปี พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ AIDS Epidemic Model และ Spectrum เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ได้คาดประมาณว่า ในปีพ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,900 คน แยกเป็นเพศหญิง 2,100 คน เพศชาย 4,800 คน สาเหตุและช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของผู้ใหญ่ ร้อยละ 90 เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน โดยประมาณร้อยละ 45 จากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 30 จากเพศสัมพันธ์ในคู่อุปถัมภ์ที่ไม่ทราบว่าเป็นฝ่ายติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11 จากเพศสัมพันธ์ในการซื้อขายบริการ และร้อยละ 4 จากการมีเพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวย การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่ยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อยู่ในอัตราที่ช้าลง ในช่วงปีพ.ศ. 2543-2553 โดยการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงร้อยละ 66 แต่ในปี พ.ศ. 2557 การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น นับจากปีพ.ศ. 2553 ซึ่งการลดลงนี้ยังต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดให้ลดลง 2 ใน 3

หรือเป้าหมายระดับโลกที่กำหนดลดลงร้อยละ 50⁽⁸⁾ ข้อมูลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า มีผู้หญิงอายุ 15-59 ปีเพียงร้อยละ 36.4 ที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยว่าสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้นั้นก็ยังเข้าใจไม่ครบทุกราย สิ่งที่น่ากังวลอีกส่วนหนึ่งก็คือ การตรวจเลือดก่อนแต่งงานเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของหญิงที่สมรสแล้วและมีอายุ 15-49 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 25.2 ในปี พ.ศ. 2549 เหลือร้อยละ 21.7 ในปี พ.ศ. 2552 ขณะที่การตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์ มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 98.9 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 91.6 ในปี พ.ศ. 2552⁽⁹⁾ และจากสถิติการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในผู้มาใช้บริการของคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้หญิงร้อยละ 14 โดยในกลุ่มผู้หญิงนี้ หญิงที่มีสามีแล้วมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าหญิงโสดมาก⁽¹⁰⁾ เพราะหญิงโสดมีโอกาสจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือต่อรองให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย ได้ดีกว่าหญิงที่มีสามีซึ่งมักติดเชื้อจากสามี สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ประชากรหญิงมีครรภ์เป็นตัวแทนของประชากรหญิงซึ่งมีแนวโน้มการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Pearson Chi-square ระหว่างกลุ่มอายุและลำดับการตั้งครรภ์กับการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ สรุปได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่ขึ้นกับกลุ่มอายุและลำดับการตั้งครรภ์ อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มีจำนวนน้อยมากทำให้มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการจำแนกกลุ่มอายุและลำดับการตั้งครรภ์ จึงควรขยายระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อให้มีขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้น จะทำให้ข้อมูลมีความเป็นตัวแทนและน่าเชื่อถือมากขึ้น และควรศึกษาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด คู่เพศสัมพันธ์ที่มีผลเลือดต่าง เป็นต้น

สรุป

จากผลการศึกษานี้ หญิงตั้งครรภ์ยังคงมีการติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นใหม่ตลอดเวลา โดยในปี พ.ศ. 2559 การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงที่เท่ากับปีแรกที่ดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาการเพิ่มขึ้นของอัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์จากการเฝ้าระวังในรอบหลายปีที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ในประชากรกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจึงยังคงดำเนินต่อไป และนับเป็นช่องทางการแพร่ระบาดที่สำคัญในปัจจุบัน ผู้รับผิดชอบงานทั้งทางด้านยุทธศาสตร์ วิชาการ และดำเนินการจะต้องให้ความสำคัญและร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค ในประชากรกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ให้ได้โดยเร็วต่อไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอัตราการติดเชื้อรายใหม่เป็นศูนย์ การตั้งเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) เหลือไม่เกินปีละ 1,000 ราย ตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติปีพ.ศ. 2560-2573 จึงมีความท้าทายในการดำเนินงานเป็นอย่างยิ่ง

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี BED-CEIA/Lag Avidity EIA จำเป็นต้องแปลผลเป็นภาพรวมของประเทศไม่สามารถแยกตามรายจังหวัดได้ เนื่องจากต้องใช้ขนาดตัวอย่างที่สูงมากพอสำหรับความเชื่อถือทางสถิติ
2. การดำเนินงานของประเทศไทย มีการคัดกรองโดยการสัมภาษณ์ หรือตอบแบบสอบถามก่อนการเจาะเลือดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลานาน หรือกำลังรับประทานยาต้านไวรัส แต่การตอบคำถามดังกล่าวของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสมัครใจและไม่อาจสืบค้นได้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระยะใด จึงมีข้อเสนอให้ตรวจ viral load ร่วมด้วยเพื่อเป็นการจำแนกการติดเชื้อรายใหม่อีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากตรวจพบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดตั้งแต่ 1,000 copies/ml.

ขึ้นไป แสดงว่าติดเชื้อเอชไอวีมาไม่เกิน 1 ปี⁽¹¹⁾ แต่ขั้นตอนการจัดเก็บตัวอย่างมีความซับซ้อนยุ่งยาก และเสียค่าใช้จ่ายสูง

ข้อเสนอแนะ

ผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ IgG-capture BED-EIA ในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรหญิง สามารถคาดประมาณการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และนำไปใช้ในการวัดผลกระทบของการยุติปัญหาเอดส์ในภาพรวมของประเทศ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์โดยตรงกับหญิงที่มาฝากครรภ์ จึงควรมีการพัฒนาชุดทดสอบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ตรวจได้ง่าย และออกผลรวดเร็ว สามารถบอกผลโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่นอน และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการรับยาต้านไวรัสเพื่อลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่นอน เนื่องจากการติดเชื้อในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อภายใน 1 ปีก่อนการวินิจฉัย มีปริมาณเชื้อไวรัส (VL) อยู่ในระดับสูง และควรขยายการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีไปในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงในกลุ่มอื่นที่มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูง เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการชาย และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ใน 39 จังหวัด สำนักงานมายกรุงเทพมหานคร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Guidelines for HIV Incidence surveillance, 2008. [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2008 [cited 2022 Feb 1]. 55 p.

- Available from: <http://aidsboe.moph.go.th/app/bookup/uploads/2020-03-06277284637.pdf> (in Thai)
2. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. State of the Art of HIV/AIDS surveillance and its status in Thailand; 2010. [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2020 [cited 2022 Feb 1]. 109 p. Available from: <http://aidsboe.moph.go.th/app/bookup/uploads/2020-03-061548560099.pdf> (in Thai)
 3. Wang R, Lagakos SW. On the use of adjusted cross-sectional estimators of HIV incidence. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2009 Dec [cited 2021 Nov 1];52(5):538-47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19881357/>
 4. Centers for Disease Control and Prevention. Interim recommendations for the use of the BED capture enzyme immunoassay for incidence estimation and surveillance [Internet]. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2006 Nov 21 [cited 2014 May 13]. 5 p. Available from: [http://www.cdc.gov/globalAIDS/docs/surveillance/InterimRecommendationsfortheuseoftheBEDcaptureenzymeimmunoassayforincidenceestimationandsurveillanceApprovedNovember212006\(2\).pdf](http://www.cdc.gov/globalAIDS/docs/surveillance/InterimRecommendationsfortheuseoftheBEDcaptureenzymeimmunoassayforincidenceestimationandsurveillanceApprovedNovember212006(2).pdf)
 5. Murphy G, Parry JV. Assays for the detection of recent infections with human immunodeficiency virus type 1. *Euro Surveill* [Internet] 2008 [cited 2021 Nov 1]; 13:18966. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.13.36.18966-en>
 6. Hargrove JW, Humphrey JH, Mutasa K, Parekh BS, McDougal JS, Ntozini R, et al. Improved HIV-1 incidence estimates using the BED Capture Enzyme Immunoassay. *AIDS*. 2008;22(4):511-8.
 7. McDougal JS, Parekh BS, Peterson ML, Branson MB, Dobbs T, Ackers M, et al. Comparison of HIV type 1 incidence observed during longitudinal follow-up with incidence estimated by cross-sectional analysis using the BED capture enzyme immunoassay. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2006;22(10):945-52.
 8. Thai National AIDS Committee. Thailand AIDS Response Progress Report 2015. [Internet]. 2015 [cited 2021 Nov 1]. 80 p. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php> (in Thai)
 9. National Statistical Office. The 2009 reproductive health survey [Internet]. 2010 [cited 2022 Mar 1]. 184 p. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/health/reproductive/2009/6.%20Full%20Report.pdf> (in Thai)
 10. Bang-on Thepthien, Supattra Srivanichakorn, Kanya Apipornchaikul, Pakwimon Subhaluksuksakorn, Phusit Prakongsai. Factors contributing to the voluntary counseling and HIV testing for persons at risk of HIV infection in Thailand. *Journal of Medicine and Health Sciences* [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 1];22(1):11-20. Available from: <http://med.swu.ac.th/research/images/Vol22Num1/2.pdf> (in Thai)
 11. Centers for Disease Control and Prevention. Establishing HIV-1 Recent Infection Surveillance Using a Rapid Test for Recent Infection among Persons Newly Diagnosed with HIV Infection in [Country] [Internet]. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 Jan 29 [cited 2022 Aug 1]. 32 p. Available from: <https://trace-recency.org/generic-protocols/>

นพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กรณีศึกษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

THE ROLE OF SOCIAL GROUPS IS AFFECTING FOR QUALITY OF LIFE OF HIV CASES : THE CASE STUDY OF SAWANPRACHARAK HOSPITAL, NAKHON SAWAN PROVINCE

วรรณิ จิวปัญญา

Wanee Jiwpanya

จุฬามาศ มากบุญชอร์

Juthamat Makkunchorn

นันทิพัฒน์ ทัดศรีพีรตล

Nantipat Tadsreepeeradol

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

Office of Disease Prevention and Control Region 3

Received: 18/07/2022

Revised: 22/08/2022

Accepted: 22/09/2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ 2) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และ 3) ศึกษาบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 345 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย สติติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1) บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บทบาทด้านการป้องกัน รองลงมา บทบาทด้านการฟื้นฟู บทบาทด้านการพัฒนา และบทบาทด้านการแก้ไข 2) คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม รองลงมา ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านร่างกาย และ 3) บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า บทบาทด้านการป้องกัน และบทบาทด้านการพัฒนา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเขียนเป็นสมการ ได้ดังนี้ Y (คุณภาพชีวิต) = $3.228 + 0.105$ (บทบาทด้านการป้องกัน) + 0.175 (บทบาทด้านการพัฒนา) ข้อเสนอแนะ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ควรส่งเสริมในการดูแล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกันหลายฝ่ายทั้งในส่วนของภาครัฐ เอกชน ครอบครัวยุวมชน และผู้ติดเชื้อ เพื่อที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป

Abstract

The purposes of this research were 1) to study role of social groups for helping people living with HIV at Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province 2) to study quality of life of people living with HIV at Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province and 3) to study role of social groups affecting quality of life of people living with HIV at Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province. This study used a cross-sectional survey research model. The sample groups were 345 people living with HIV who use services at Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province. The sample size was determined using Taro Yamane's formula using simple random sampling. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis.

The results of the study found that: 1) role of social groups for helping people living with HIV at Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province overall at the agree level. When considering each aspect by sorting mean from highest to lowest, it was found that the aspect with the highest mean were prevention role, regeneration role, development role, and correction role 2) quality of life of people living with HIV at Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province overall at good level. When considering each aspect by sorting mean from highest to lowest, it was found that the aspect with the highest mean were environment, mind, society, and body and 3) role of social groups affecting quality of life of people living with HIV at Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province were prevention role and development role affecting quality of life of people living with HIV. It can be written as an equation as $Y(\text{quality of life}) = 3.228 + 0.105 (\text{prevention role}) + 0.175 (\text{development role})$. Include were Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province should promote multi-party care for HIV-infected people in the public, private sectors, families, and communities and infected in order to promote and develop a better quality of life.

คำสำคัญ

บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Keywords

The role of social groups, Quality of life, People living with HIV

บทนำ

การแพร่ระบาดของเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญที่สุดในทุกประเทศ เอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “Human Immunodeficiency Virus” หรือ HIV ซึ่งจะไปทำลาย

เซลล์เม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายมีอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง จากรายงานสถานการณ์เอชไอวีประเทศไทย ปี 2564 พบว่า มีการคาดประมาณผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี จำนวน 520,345 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 6,485 คน/ปี และผู้เสียชีวิตจากเอดส์จำนวน 9,322 คน/ปี โดยผลการดำเนินงาน 95-95-95

ด้านการดูแลรักษา พบว่า ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 94.4 ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 91.0 และผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 97.3⁽¹⁾ ในเขตสุขภาพที่ 3 คาดประมาณผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจำนวน 15,188 คน ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานดูแลรักษาพบว่า ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 97.0 ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 85.0 และผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 80.0⁽²⁾

แม้ว่าในปัจจุบัน ยังมีผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งที่ยังไม่มารับบริการดูแลรักษา หรือมารับการรักษาล่าช้าหรือมาเมื่อเจ็บป่วย ส่งผลให้เสียชีวิตหรือได้รับผลกระทบทางกาย ใจ สังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ มีความเจ็บปวดในช่องปาก กลืนลำบากจากการติดเชื้อรา และมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มีงานทำ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽³⁾ ส่วนผลกระทบทางสังคมพบว่า เมื่อติดเชื้อเอชไอวี มีความต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิท จะปิดบังการติดเชื้อของตนเองและแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากเอชไอวีหรือโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว และพบว่าตั้งแต่ได้รับเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิตจากเอชไอวีโดยไม่ได้รับยาต้านไวรัสของคนไทย มีระยะเวลาโดยเฉลี่ย 7.50 ปี⁽⁴⁾ นอกจากนี้ เมื่อตนเองรับรู้ว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลจากกลุ่มทางสังคม ได้แก่ บุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่คลินิกยาต้าน และผู้ให้บริการ

ทางสังคม ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (NGO) บุคลากรสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) บุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บุคลากรเทศบาล โดยบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล ประกอบด้วย บทบาทด้านการป้องกัน บทบาทด้านการแก้ไข บทบาทด้านการฟื้นฟู และบทบาทด้านการพัฒนา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ถ้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะสามารถมีชีวิตอยู่ยืนยาวได้เช่นเดียวกับคนปกติ หากได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษา และทำความเข้าใจถึงข้อมูล และสภาพปัญหาให้ชัดเจน และถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อสามารถนำไปวางแผนจัดระบบการบริการหรือช่วยเหลือสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างแท้จริง จากการศึกษาเอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้⁽⁵⁾ รวมถึงปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁶⁾

จากการทำงานของกลุ่มทางสังคม ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีบทบาทด้านการป้องกัน บทบาทด้านการแก้ไข บทบาทด้านการฟื้นฟู และบทบาทด้านการพัฒนา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจ

ที่จะศึกษาบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยที่ได้รับ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนและพัฒนา ระบบการบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
3. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง โดยเก็บตัวอย่างครั้งเดียว ณ ช่วงเวลาที่กำหนด (Cross-sectional survey) ในวันที่ 13 - 30 มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2565 จำนวน 2,518 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 345 คน กำหนดขนาด

ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane⁽⁷⁾ ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 345 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยและทีมงานดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างวันที่ 13-30 มิถุนายน 2565

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เขตสุขภาพที่ 3 หมายเลขการวิจัย RH-EC3 02/65 แล้ว โดยทำการศึกษาในกลุ่มเปราะบาง จำเป็นต้องระมัดระวังในการศึกษา การชี้แจง/อธิบาย สร้างความรู้ความเข้าใจ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างจึงต้องดำเนินการอย่างรัดกุม มีการลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างถูกต้อง จึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา และเกณฑ์การคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ 2) กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) กลุ่มตัวอย่างยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย 4) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิเสธการตอบคำถามระหว่างตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลา

ที่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยสังเคราะห์จากแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ของนางลักษณเอมประดิษฐ์ และนทีจิจิตสว่าง⁽⁸⁾ พรรณปพร ต่วนเจริญศรี⁽⁹⁾ พระไกรสิทธิ์ มนวิโร⁽¹⁰⁾ ศศิพิมล แก่นเมือง⁽¹¹⁾ และกรมควบคุมโรค⁽¹²⁾ ประกอบด้วย บทบาทด้านการป้องกัน บทบาทด้านการแก้ไข บทบาทด้านการฟื้นฟู และบทบาทด้านการพัฒนา

โดยมีคำอธิบายเพิ่มเติมว่า หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุของค์กรส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และ ภาคเอกชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ฯลฯ

ตอนที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผู้วิจัยสังเคราะห์จากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประทีป ดวงงาม⁽¹³⁾ เปรมจิตร์ ตันบุญยืน⁽¹⁴⁾ น่องเล็ก คุณวราดิศัย และคณะ⁽¹⁵⁾ สุดคนึง ณ ระนอง⁽⁶⁾ ณัฐพร ลินวิภาต และทวารัตน์ โคตรภูเวียง⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) พบว่า ข้อคำถามมีค่า IOC ทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.960 ตัวแปรบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.979 และตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.902 แสดงว่า แบบสอบถาม

มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปเก็บข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างครั้งเดียว ณ ช่วงเวลาที่กำหนด (Cross-sectional survey) ในระหว่างวันที่ 13 - 30 มิถุนายน 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ 1) บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ 2) คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และ 3) บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 345 คน

หลักจริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ดำเนินการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางจำเป็นต้องระมัดระวังและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างให้ถูกต้องตามหลักการคุ้มครองสิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยเคร่งครัด การติดต่อเพื่อขอคำยินยอมจากผู้รับบริการโดยจัดทำเอกสารขอคำยินยอม และดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างวันที่ 13-30 มิถุนายน 2565 จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 380 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 35 คน ทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้จำนวน 345 คน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้ ค่าความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการสนับสนุนและให้ความ

ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย บทบาทด้านการป้องกัน บทบาทด้านการแก้ไข บทบาทด้านการฟื้นฟู และบทบาทด้านการพัฒนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยกำหนดตัวแปรอิสระ คือ บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 1) บทบาทด้านการป้องกัน 2) บทบาทด้านการแก้ไข 3) บทบาทด้านการฟื้นฟู และ 4) บทบาทด้านการพัฒนา ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษาครั้งนี้ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistics regression)

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 51.6 อายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 30.10 อาชีพรับจ้าง จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 47.00 รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 41.40 การศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 41.20 สถานภาพโสด จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 41.70 ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวีเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50 และได้รับยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บทบาทด้านการป้องกัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 รองลงมา บทบาทด้านการฟื้นฟู ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 บทบาทด้านการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และบทบาทด้านการแก้ไข ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 1 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลค่า
บทบาทด้านการป้องกัน	4.01	0.81	เห็นด้วย
บทบาทด้านการแก้ไข	3.87	0.91	เห็นด้วย
บทบาทด้านการฟื้นฟู	3.97	0.84	เห็นด้วย
บทบาทด้านการพัฒนา	3.88	0.87	เห็นด้วย
รวมเฉลี่ย	3.93	0.74	เห็นด้วย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ บทบาทด้านการป้องกัน อยู่ในระดับเห็นด้วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีหน่วยงานให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 รองลงมา มีหน่วยงานให้เอกสารเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีแก่ประชาชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 และมีหน่วยงานป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98

ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ บทบาทด้านการแก้ไข อยู่ในระดับเห็นด้วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีหน่วยงานช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวอยู่ร่วมกันกับสังคมได้เป็นอย่างดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 รองลงมา มีหน่วยงานนำผลการปฏิบัติงานมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 และมีหน่วยงานส่งเสริมพฤติกรรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84

ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ บทบาทด้านการฟื้นฟู อยู่ในระดับเห็นด้วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีหน่วยงานติดตามดูแลสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 รองลงมา มีหน่วยงานให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 และมีหน่วยงานผลักดันให้มีการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97

ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ บทบาทด้านการพัฒนา อยู่ในระดับเห็นด้วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีหน่วยงานที่ช่วยเหลือในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 รองลงมา มีหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 และมีหน่วยงานที่ให้การส่งเสริมและสนับสนุนในด้านวิชาการเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้

1. **คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย** ประกอบด้วย การไม่เจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ การไม่มีปัญหาสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนของเชื้อเอชไอวี การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ความพอใจกับการนอนหลับทุกคืน

2. **คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ** ประกอบด้วย ความรู้สึกพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข สงบ มีความหวัง การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง ความรู้สึกพอใจในตนเอง การลดความรู้สึกไม่ดี เช่น เหม่า เศร้า หดหู่ ลึนท้วง กังวล

3. **คุณภาพชีวิตด้านสังคม** ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับจากคนที่รู้จัก เมื่อบุคคลนั้นทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา ความพอใจในชีวิตทางเพศ ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ

4. **คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม** ประกอบด้วย ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ปัจจุบันนี้ การมี

สภาพรอบ ๆ บ้านดีต่อสุขภาพอนามัย ความรู้สึกกว่าชีวิตในแต่ละวันของท่านมั่นคงปลอดภัยดี การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน การมีโอกาสพักผ่อนคลายเครียด ความพอใจกับความสะดวกในการเดินทางไปไหนมาไหน ความพอใจที่สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ตามจำเป็น

ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับ

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 รองลงมา ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 ด้านสังคม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43

ตารางที่ 2 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลค่า
ด้านร่างกาย	3.43	0.61	ดี
ด้านจิตใจ	3.89	0.48	ดี
ด้านสังคม	3.88	0.61	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	4.14	0.49	ดี
รวมเฉลี่ย	3.89	0.38	ดี

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 รองลงมา ท่านพอใจกับการนอนหลับทุกคืน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 และท่านมีการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 รองลงมา ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 และท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ด้านสังคม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 รองลงมา ท่านได้รับการยอมรับจากคนที่รู้จัก เมื่อบุคคลนั้นทราบว่า ท่านติดเชื้อเอชไอวี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 และท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านพอใจที่สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ตามจำเป็น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 รองลงมา ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ในปัจจุบันนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 และสภาพรอบๆ บ้านดีต่อสุขภาพอนามัยของท่าน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22

ส่วนที่ 4 บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

การวิเคราะห์ถดถอยพหุของบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

โดยมีตัวแปรอิสระ คือ บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคม ประกอบด้วย บทบาทด้านการป้องกัน บทบาทด้านการแก้ไข บทบาทด้านการฟื้นฟู และบทบาทด้านการพัฒนา ส่วนตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ด้วยสถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression)

ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า บทบาทด้านการป้องกัน และบทบาทด้านการพัฒนา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$Y (\text{คุณภาพชีวิต}) = 3.228 + 0.105 (\text{บทบาทด้านการป้องกัน}) + 0.175 (\text{บทบาทด้านการพัฒนา})$$

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุของบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปร	b	S.E.	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	3.228	0.108		9.982	0.000
บทบาทด้านการป้องกัน	0.105	0.031	0.225	3.332	0.001*
บทบาทด้านการแก้ไข	0.047	0.033	0.114	1.404	0.161
บทบาทด้านการฟื้นฟู	0.006	0.039	0.013	0.154	0.877
บทบาทด้านการพัฒนา	0.175	0.041	0.242	2.548	0.011*

*P < .05

อภิปรายผลการศึกษา

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บทบาทด้านการป้องกัน รองลงมา บทบาทด้านการฟื้นฟู บทบาทด้านการพัฒนา และบทบาทด้านการแก้ไข ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มทางสังคมมีบทบาทในการให้คำปรึกษา แนะนำ และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาสำคัญด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แก่หน่วยงาน องค์กร และประชาชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาการให้บริการและการให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนวางแผนทางในการให้บริการระบบฐานข้อมูล สถิติ เอกสาร ตำรา สื่อและคู่มือในรูปแบบต่างๆ เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แก่ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน องค์กร หน่วยงานภาครัฐ เอกชน เครือข่าย ประชาชนทั่วไปและผู้สนใจ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และเพื่อประโยชน์ในการจัดบริการ และการให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชน

อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จึงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันของกลุ่มทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพระไกรสิทธิ์ มนวิโรย⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทนักสังคมสงเคราะห์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์กับการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในการป้องกัน โดยให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในครอบครัวและครอบครัวข้าง

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม รองลงมา ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านร่างกาย ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า คุณภาพชีวิตเป็นการดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของมนุษย์ ตามสภาพความจำเป็น

พื้นฐานในสังคม ซึ่งสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความคิดอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความสุขตลอดทั้งการมีสุขภาพทางร่างกาย และจิตใจที่ดี คุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ทุกคนจึงควรรู้จักและเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตให้ถูกต้อง และช่วยกันพัฒนาปรับปรุงตนเอง ครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติ และสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพที่ดีร่วมกันได้ในที่สุด ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จึงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของน้องเล็ก คุณวราดิศัย และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคล

3. บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า บทบาทด้านการป้องกัน และบทบาทด้านการพัฒนา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคมด้านการป้องกัน และด้านการพัฒนา ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญในงานสูงมาก ในงานวิชาการสังคมสงเคราะห์ มีการปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากมาก และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยลักษณะงานที่ปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์มีหลายประการ เช่น วางแนวทางและดำเนินการค้นหาข้อเท็จจริง สัมภาษณ์ สอบประวัติ เยี่ยมบ้านติดตาม สืบเสาะหาข้อเท็จจริง ประเมิน วิเคราะห์ ในกรณีที่มีความรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต รวมทั้งวางแผน และการจัดการรายกรณี เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มชุมชนได้รับบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กำกับ ดูแล ติดตาม ให้บริการการปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ บำบัด พิษฟู ป้องกัน ปกป้องคุ้มครอง และพัฒนากลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายใต้ระบบคุ้มครองทางสังคมที่ดี ดังนั้น บทบาทด้านการป้องกัน และบทบาทด้านการพัฒนา จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิพิมล แก่นเมือง⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า บทบาทด้านการป้องกัน และบทบาทด้านการพัฒนา มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ควรส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนอย่างพอเพียง การล้างมือก่อนกินอาหาร และหลังจากขับถ่ายด้วยสบู่ทุกครั้ง การดื่มน้ำต่อวันอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว การใช้ยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การไม่ใกล้ชิดสัตว์เลี้ยงที่เป็นชน

2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อด้วยตนเอง เช่น เป็นผู้นำในการออกกำลังกาย ในทุกครั้งที่มีการนัดพบสมาชิกกลุ่ม

3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ควรส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การอบรมให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่สมัครใจในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ควรส่งเสริมให้ชุมชนได้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน การสร้างความเข้าใจกับชุมชนร่วมกันในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน

5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ควรส่งเสริมอาชีพให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อที่จะมีรายได้เพิ่ม

6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ควรส่งเสริมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกันหลายฝ่าย ทั้งในส่วนของภาครัฐ เอกชน ครอบครัวยุวมชน และผู้ติดเชื้อ เพื่อที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ควรมีหน่วยงานแก้ไขปัญหาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวอย่างจริงจัง ในการกำหนดนโยบายในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว และให้การส่งเสริมและสนับสนุนในด้านวิชาการเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ดังนั้น บุคลากรโรงพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนในด้านวิชาการ และแก้ไขปัญหาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวอย่างจริงจัง

2. บุคลากรโรงพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น เหนง เคร้ำ หดหู่ สิ้นหวัง กังวล มีปัญหาสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนของเชื้อเอชไอวี และการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ให้มากขึ้นเป็นพิเศษ เพื่อเป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สูงขึ้น

3. บทบาทหน้าที่ของกลุ่มทางสังคม ได้แก่ บทบาทด้านการป้องกัน และบทบาทด้านการพัฒนา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ด้านการป้องกัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสังคมสงเคราะห์ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ

งานสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ และแนวคิดใหม่ที่จะช่วยในการพัฒนาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์อย่างต่อเนื่อง และนักสังคมสงเคราะห์ ควรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ และสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ทักษะการยุติบริการ ทักษะการประสานส่งต่อ ทักษะการสัมภาษณ์ เป็นต้น ด้านการพัฒนา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสังคมสงเคราะห์ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการสร้างระบบ แนวทาง มาตรการ หรือกรอบการปฏิบัติงานด้านสังคม สงเคราะห์ที่ชัดเจน มีมาตรฐาน และให้ความสำคัญกับผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต โดยทบทวนวุฒิการศึกษาตรงเพื่อความรู้และทักษะทางวิชาชีพ สนับสนุนให้เข้ารับการอบรมฯ เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ขององค์กรเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน อันจะนำไปสู่การให้บริการ เพื่อประโยชน์ สูงสุดของผู้ใช้บริการ และนักสังคมสงเคราะห์ ควรมีการสร้างความเข้าใจร่วมกันภายในองค์กร ระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่นๆ เกี่ยวกับการให้บริการแก่ผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ควรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ และสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันและตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์กับเขตพื้นที่อื่น
3. จากการศึกษาที่มีข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

ด้านระยะเวลา จึงควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี กรณีศึกษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติมจาก ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.ดิเรก ขำแป้น ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และ ดร.ดุขฎี นรศาศวัต หัวหน้ากลุ่มโรคติดต่อ สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้การ สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยเก็บ รวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้บริหารโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์จังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการใน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ที่ ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่งานวิจัย และขอขอบคุณ แกนนำองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ รวมไปถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและให้ข้อ เสนอแนะที่ทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Division of AIDS and STIs. State of HIV Epidemic in Thailand in 2021 [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 13]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/RRTR/Factsheet_HIV_2564_TH.pdf
2. Division of AIDS and STIs. Snapshot (Zone 3) [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/dashboard/zone.php>
3. Nantapong Pongsuwan. Factors affecting admission to antiretroviral therapy in HIV-infected people new aids patients Trang hospital. Thai AIDS Journal. 2020;32(2):68-78. (In Thai)
4. Muanprae Boonlorm. Factors associated with primary hypertension in HIV-infected patients

- on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) at a District Hospital of Phuket. Reg 11 med J. 2019;33(2):27-40. (In Thai)
5. Supamas Wangmee. The metabolic syndrome in patients infected HIV who receive HAART. Reg 11 med J. 2019;33(3):389-402. (In Thai)
6. Sutkanung Na Ranong. Quality of life predictors of people living with HIV/AIDS in Huai Yot Hospital, Trang Province. Thai AIDS Journal. 2021 May;33(2):58-72. (In Thai)
- 7 Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Ed. New York: Harper and Row; 1973. 1130 p.
- 8 Nongluck Empradit, Nathee Chitsawang. Roles of social worker and social services for AIDS patients and asymptomatic HIV infection cases. [Thesis]. Bangkok: Thammasat University; 1990. 118 p. (In Thai)
- 9 Punpaporn Tuancharoensri. The role of social workers in preparing psychiatric patients in homeless protection centers for social reintegration. [Independent Study]. Bangkok: Thammasat University; 2020. 154 p. (In Thai)
- 10 Phra Kraisit Manavirayo. Role of Social Worker in Helping HIV Infected Persons. AJMBU. 2020 Dec;17(2):40-51. (In Thai)
- 11 Sasipimol Kaenmuang. Factors Affecting Operating Roles of Licensed Social Workers according to Social Work Professions Act B.E. 2556 (2013). RJPJ. 2020;14(35):104-20. (In Thai)
- 12 Department of Disease Control. Regulations for project preparation of NGOs. 2nd ed. Bangkok: Department of Disease Control; 2021. (In Thai)
- 13 Pratheep Duangngam, Wallapa Kochapakdee, Bhunyabhadh Chaimay. Level of quality of life and Factors Effecting Quality of Life among HIV

- Infected and AIDS Patients Received Antiretroviral Drugs in Community Hospitals, Trang Province. Thaksin University Journal. 2012;15 (3):217-26. (In Thai)
- 14 Pramjit Tunboonyuen. Quality of life predictors of people living with HIV/AIDS in Ban Bueng district, Chon Buri province. [Master's thesis]. Chon Buri: Burapha University; 2013. 129 p. (In Thai)
- 15 Nonglek Kunawaradisai, Nittaya Dawnvongyad, Kitima Wannathong, Natthamon Moonsrikaew, Sompnop Thaiyanan. Quality of Life of HIV Infected and AIDS Patients in Ubon Ratchathani. Isan J Pharm Sci, IJPS. 2016 Aug 8;12(2):21-32. (In Thai)
- 16 Nuttaporn Leenwiphat, Thawarat Khotphuwiang. Quality of life among people living with HIV received antiretroviral drugs in Khon Kaen province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen. 2021;27(1):1-11. (In Thai)