

วารสารโรคเอดส์ THAI AIDS JOURNAL

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

Volume 34 No. 1 January - April 2023

- 1 การวิเคราะห์เนื้อหาบทความเรื่องโรคเอดส์ของวารสารโรคเอดส์ที่เผยแพร่ระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2564
- 14 การติดตามและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10
- 33 การตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 ชนิด ในกลุ่มหญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ด้วยวิธี multiplex real-time PCR
- 42 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกพิเศษทางโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
- 52 ผลของสารสกัด THC จากกัญชาต่อความเจริญอาหาร ภูมิคุ้มกันชนิด CD4 และปริมาณไวรัสเอชไอวี
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

E-ISSN 2651-3987

สามารถส่งบทความวิชาการ
ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ วารสารโรคเอดส์





กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 ม.ค.-เม.ย. 2565

สารบัญ

หน้า

การวิเคราะห์เนื้อหาบทความเรื่องโรคเอดส์ของวารสารโรคเอดส์ที่เผยแพร่ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2564 ผกามาศ แดงคูหา	1
การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 วันทนีย์ ธารณธนบุลย์, พัทธมน เจริญนาวิ	14
การตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 ชนิด ในกลุ่มหญิงที่มีพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศ ด้วยวิธี Multiplex Real-Time PCR บุศรา บำรุงศักดิ์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, อิงฟ้า สุนทรวีรัตน์, รุ่งนภา เหลืองประสิทธิ์, รสพร กิตติเยาวมาลย์	33
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ พรนารา ธิเขียว, เกสรา ไชยล้อม	42
ผลของสารสกัด THC จากกัญชาต่อความเจริญอาหาร ภูมิคุ้มกันชนิด CD4 และปริมาณไวรัสเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล	52

Thai AIDS Journal

Vol. 35 No. 1 Jan - Apr 2023

Contents

	Page
Documentary Analysis of AIDS Articles in the Thai AIDS Journal Published during the Years 2012-2021	1
Phakamat Tangkuha	
Stigma and Discrimination Related to HIV in the Health Services Area 10, Thailand	14
Wanthanee Tharnthanaboon, Patchamon Charoennavee	
The Detection of Seven Sexually Transmitted Infections in Women with Sexual Risk Behaviors Using the Multiplex Real-Time PCR Method	33
Busara Bamrungsak, Kittipoom Chinhiran, Ingfar Soontarawirat, Runghana Leungprasit, Rossaphorn Kittiyaowamarn	
Factors Associated with Syphilis Infection in Men Who Have Sex with Men in Sexually Transmitted Diseases Clinic, Office of Disease Prevention and Control Region 1, Chiang Mai	42
Phonnara Tikiaw, Ketsara Chailom	
Effects of THC on Appetite, CD4 and HIV Viral Load in People Living with HIV/AIDS	52
Thidaporn Jirawattanapisal	

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

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

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิศัลย์ มูลศาสตร์	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องควัรรณดี	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุโปภาคาร	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	รศ.พญ.วัฒนา สุขีไพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รศ.ดร.สุคนธา คงศิลป์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มณีนันท์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ตุลิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	แพทย์หญิงเอกจิรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
	ผศ.ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	นักวิชาการอิสระ
	นางนันทวัน ยันตะติลก	นักวิชาการอิสระ
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
สำนักงานผู้จัดการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	
	อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4	
	เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนารูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	
	โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291	
ผู้ออกแบบปก	นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวอารียาภรณ์ วงศ์เล็ก E-mail: aidsstijournal@gmail.com	
	โทร. 0 2590 3289, 3291	
กำหนดออก	ปีละ 3 ครั้ง หรือราย 4 เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)	

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:	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
	Dr. 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
	Asst. Prof. Dr. Dusita Phuengsamran	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
	Assoc. Prof. Dr. Sirima Mongkolsomlit	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Asst. Prof. Dr. Ronnapoom Samakkeekarom	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Akechittra Sukkul	The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)
	Asst. Prof. Sakchai Dettrairat	Academician
	Sombat Thanprasertsuk	Academician
	Taweesap Siraprasasiri	Academician
	Nunthawan Yuntadilok	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:	Areeyaphorn Wonglek E-mail: aidsstijournal@gmail.com Tel. (+66) 2590 3289, 3291	
Publication schedule:	Three times per year or every four months (January–April, May–August, September–December)	

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีต้อนรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคฉี่หนู โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. ประเภทของบทความที่เผยแพร่โดยวารสารโรคเอดส์

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นบทความรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วยบทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.2 รายงานผลการปฏิบัติงาน (Result of operations) ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.3 บทความพินิจวิชา (Review article) บทความที่ทบทวน หรือรวบรวมความก้าวหน้าของสถานการณ์ความรู้ หรือแนวทางการดำเนินงาน ที่มีการศึกษาวิจัยและรายงานอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ เนื้อเรื่อง สรุป กิตติกรรมประกาศ (ไม่มีก็ได้) และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.4 รายงานผู้ป่วย (Case report) บทความรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ หรือไม่เคยมีรายงานมาก่อน ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ รายงานผู้ป่วย (บรรยายเกี่ยวกับผู้ป่วย ประวัติ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนวทางการรักษา ความคาดหวังของการรักษา ผลการรักษา) วิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.5 กรณีศึกษา (Case study) บทความรายงานแนวทางการปฏิบัติงาน การสร้างมาตรฐานงาน การกำหนดกรอบการทำงานที่เป็นกรณีนำศึกษาหรือเรียนรู้ ประกอบด้วย บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ กรณีศึกษา วิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

1.6 บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความที่เสนอเนื้อหาทางวิชาการในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคฉี่หนู โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยที่บทความนั้น ๆ ไม่ใช่รายงานการวิจัย หรือประเภทอื่น ๆ ตามหัวข้อ 1.1-1.5 ข้างต้น

2. การเตรียมต้นฉบับ

วารสารโรคเอดส์รับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาไทยควรใช้คำยืมตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน หากมีการใช้ตัวย่อควรใช้คำที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรกในข้อความหลัก

2.1 ชื่อเรื่อง ระบุชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรสั้นได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

2.2 ชื่อผู้เขียน ระบุชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมข้อมูลสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญของแต่ละคน และใส่หมายเลขตัวยกต่อท้าย ชื่อ-สกุล เชื่อมโยงกับข้อมูลสังกัดหน่วยงานของแต่ละคน (กรณีข้อมูลสังกัดหน่วยงานของแต่ละคนแตกต่างกัน) พร้อมทั้งระบุอีเมลติดต่อและใส่เครื่องหมายดอกจันในรูปแบบตัวยกลงหลังนามสกุลของผู้เขียนที่เป็นผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author)

2.3 บทคัดย่อ ควรย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยเขียนให้กระชับ จัดลำดับหมวดหมู่ให้เห็นชัดเจน มีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงบรรณ ไม่อ้างอิง โดยเขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่มีความหมายตรงกัน

2.4 คำสำคัญ ระบุคำที่เป็นคำสำคัญของเนื้อหาไม่ต่ำกว่า 3 คำ ครอบคลุมชื่อเรื่องที่ศึกษา เหมาะสมสำหรับนำไปใช้เป็นคำค้นหาข้อมูล ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของบทนำ

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล จำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา การอนุญาตจากผู้รับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ระบุรูปแบบการศึกษาวิจัย วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษา วิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์อย่างชัดเจน

2.8 วิจารณ์ อธิบายผลการศึกษา วิจัย ว่าเป็นไปตามตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย และระบุข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.9 สรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการศึกษาให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

2.10 เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลขอยู่ในวงเล็บและยกขึ้นบนไหล่บรรทัด ติดกับข้อความที่อ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก แล้วเรียงต่อตามลำดับ ซึ่งหากต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

3. รูปแบบการอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

1) กรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 1 คน แต่ไม่เกิน 6 คน ให้ระบุรายชื่อผู้แต่งทุกคน และคั่นระหว่างชื่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-)

2) กรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ระบุรายชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก โดยคั่นระหว่างชื่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-) แล้วตามด้วย et al.

3) หากเป็นการอ้างอิงจากวารสารภาษาอังกฤษ ให้ระบุเป็นชื่อย่อวารสารตามรูปแบบของ Index Medicus

4) หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นภาษาอังกฤษ และระบุ “(in Thai)” ท้ายรายการเอกสารอ้างอิงนั้น

3.1 บทความวารสาร (Articles in Journals)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่วารสาร (Volume): หน้าแรก - หน้าสุดท้าย (Page).

หมายเหตุ : กรณีวารสารที่มีหมายเลขหน้าขึ้นต้นด้วยหน้าที่หนึ่งทุกครั้งเมื่อขึ้นฉบับใหม่ ต้องระบุข้อมูล ฉบับที่ (Issue) ของวารสาร โดยใส่เป็นหมายเลขในวงเล็บหลังข้อมูล “เล่มที่วารสาร (Volume)”

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. Chunchorn C. How to use EndNote program: a software for managing medical bibliographic references. Chula Med J. 2008;52(4):241-53.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

1) การอ้างอิงทั้งเล่ม (Entire Books)

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

ตัวอย่าง

1. Jenkins PF. Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide. New York: Oxford University Press; 2005.
2. Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; 2002.

2) กรณีอ้างอิงหนังสือที่ผู้เขียนคนเดียวหรือกลุ่มเดียวกัน โดยอ้างเพียงบางบท (Parts of books)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อหนังสือ (Title of book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). บทที่ (Number of part), ชื่อบท (Title of a part); p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Rifenburgh RH. Statistics in medicine. 2nd ed. Amsterdam (Netherlands): Elsevier Academic Press; 2006. Chapter 24, Regression and correlation methods; p. 447-86.
2. Reed JG, Baxter PM. Library use: handbook for psychology. 3rd ed. Washington: American Psychological Association; 2003. Chapter 2, Selecting and defining the topic; p. 11-25.

3) การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Contributions to books)

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). p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
2. Rojko JL, Hardy WD Jr. Feline leukemia virus and other retroviruses. In: Sherding RG, editor. The cat: diseases and clinical management. New York: Churchill Livingstone; 1989. p. 229-332.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อเรื่อง (Book title). ชื่อการประชุม (Conference title); ปี เดือน วันที่ประชุม (Date of conference); สถานที่จัดประชุม (Place of conference). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). จำนวนหน้าทั้งหมด p.

ตัวอย่าง

1. Ferreira de Oliveira MJ, editor. Accessibility and quality of health services. Proceedings of the 28th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS); 2002 Jul 28-Aug 2; Rio de Janeiro, Brazil. Frankfurt (Germany): Peter Lang; 2004. 287 p.
2. Dittmar A, Beebe D, editors. 1st Annual International IEEE-EMBS Special Topic Conference on Microtechnologies in Medicine & Biology; 2000 Oct 12-14; Palais des Congres, Lyon, France. Piscataway (NJ): IEEE; 2000. 643 p. (กรณีไม่มีชื่อเรื่อง)

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อเรื่อง (Title of paper). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อเรื่อง (Book title). ชื่อการประชุม (Conference title); ปี เดือน วันที่ประชุม (Date of conference); สถานที่จัดประชุม (Place of conference). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Horrobin DF, Lampinskas P. The commercial development of food plants used as medicines. In: Prendergast HD, Etkin NL, Harris DR, Houghton PJ, editors. Plants for food and medicine. Proceedings of the Joint Conference of the Society for Economic Botany and the International Society for Ethnopharmacology; 1996 Jul 1-6; London. Kew (UK): Royal Botanic Gardens; 1998. p. 75-81.
2. Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Cannabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain; 2002 Aug 17-22; San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; 2003. p. 437-68. (กรณีไม่มีชื่อเรื่อง)

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อเรื่อง (Title) [ประเภท/ระดับปริญญา: Book type]. เมืองที่เป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัย (Place of publication): มหาวิทยาลัยที่พิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). จำนวนหน้าทั้งหมด p.

ตัวอย่าง

1. Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertation]. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh; 2001. 436 p.
2. Roguskie JM. The role of Pseudomonas aeruginosa 1244 pilin glycan in virulence [master's thesis]. Pittsburgh, PA: Duquesne University; 2005. 111 p.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

1) การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [Internet]. ปีที่พิมพ์ (Year) [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่วารสาร (Volume): หน้าแรก - หน้าสุดท้าย (Page). 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>
2. Finall AI, McIntosh SA, Thompson WD. Subcutaneous inflammation mimicking metastatic malignancy induced by injection of mistletoe extract. BMJ [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 333(7582):1293-4. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7582/12> (กรณีต้องระบุข้อมูลฉบับที่)

2) การอ้างอิงหนังสือจากอินเทอร์เน็ต (Book on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title) [Internet]. เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่เผยแพร่ (Date of publication) ปี เดือน วันที่ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 [cited 2006 Nov 2]. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf
2. Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Version 2.0. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2000 [revised 2001 Oct 1; cited 2006 Nov 1]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

3. Fact sheet: AIDS information resources [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2003 [updated 2005 Jul 14; cited 2006 Nov 15]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/aidsinfs.html>

3) การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/Web site)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อเรื่อง (Title) [Internet]. เมืองที่เผยแพร่โฮมเพจ/เว็บไซต์ (Place of publication): หน่วยงานที่เผยแพร่ (Publisher); ปีที่เผยแพร่ (Year) [วันที่ปรับปรุง/updated or revise ปี เดือน วัน; เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 [updated 2006 Jul 8; cited 2007 Feb 23]. Available from: <http://bama.ua.edu/~jhooper/>
2. Fugh-Berman A. PharmedOUT [Internet]. Washington: Georgetown University, Department of Physiology and Biophysics; 2006 [cited 2007 Mar 23]. Available from: <http://www.pharmedout.org/>
3. AMA: helping doctors help patients [Internet]. Chicago: American Medical Association; 1995–2007 [cited 2007 Feb 22]. Available from: <http://www.ama-assn.org/>

4) การอ้างอิงฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author)/ชื่อบรรณาธิการ (Editor). ชื่อเรื่อง (Title). [Internet]. เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่เผยแพร่ (Year of publication) ปี เดือน วันที่ [ปรับปรุงเมื่อ/revise or update ปี เดือน วันที่; เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

หมายเหตุ

- 1) กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง ให้ระบุชื่อบรรณาธิการแทน
- 2) กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และชื่อบรรณาธิการ ให้ระบุชื่อองค์กรแทน
- 3) กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง ชื่อบรรณาธิการ และชื่อองค์กร ให้เริ่มต้นการอ้างอิงข้อมูลด้วยชื่อเรื่อง

ตัวอย่าง

1. Nicholas F. OMIA – Online Mendelian Inheritance in Animals [Internet]. Sydney (Australia): University of Sydney, Faculty of Veterinary Medicine; 2011 [updated 2013 Feb 20; cited 2013 Feb 26]. Available from: <http://omia.angis.org.au/>
2. Rotchford JK, editor. Acubriefs.com [Internet]. Port Townsend (WA): Best of Both Worlds Foundation; [date unknown] – [modified 2006 Jul; cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.acubriefs.com/> (กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง)
3. American Diabetes Association. Genetics of Non-Insulin Dependent Diabetes: the GENNID Study [Internet]. Version 3.0.927. Camden (NJ): Coriell Institute for Medical Research; 1977 [updated 2005 Jun 1; cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://ccr.coriell.org/ada/> (กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และชื่อบรรณาธิการ)

4. Dryad Digital Repository [Internet]. Durham (NC): Dryad; 2008 [cited 2014 Oct 3]. Available from: <http://www.datadryad.org/> (กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่ง ชื่อบรรณาธิการ และชื่อองค์กร)

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การพิมพ์

- 1) พิมพ์โดยใช้โปรแกรม MS-Word แบบอักษรควรเป็น TH Sarabun New
- 2) การใช้ทศนิยม สามารถใช้ทศนิยมหนึ่งหรือสองตำแหน่ง และใช้ให้เหมือนกันทั้งเอกสาร
- 3) ระบุข้อมูลแหล่งอ้างอิงทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ
- 4) ภาพประกอบต้องเป็นภาพที่มีความคมชัดสูง
- 5) แผนภูมิแบบตารางต้องสร้างขึ้นใหม่ในโปรแกรม MS-Word ไม่ควรใช้เป็นตารางที่เป็นรูปภาพ

4.2 การส่ง

- 1) ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความฯ ของตนเอง เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>
- 2) กรณียังไม่เป็นสมาชิกในระบบ ThaiJO 2.0 ให้ดำเนินการลงทะเบียนสมัครสมาชิก (register) ตามคำแนะนำ
- 3) ดำเนินการ log in เข้าสู่ระบบ เลือก “ส่งบทความใหม่” แล้วกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกขั้นตอนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 4) ผู้เขียนจะได้รับ Email ยืนยันการส่งต้นฉบับ จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการส่งต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งเข้ามาพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ให้แก่ Peer reviewer อย่างน้อย 2 ท่าน ร่วมพิจารณา
- 5.2 วารสารโรคเอดส์ จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาบทความผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ ว่า ตอบรับให้ตีพิมพ์ แก้ไขก่อนตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการตีพิมพ์บทความในวารสารโรคเอดส์
- 5.3 เรื่องที่ผ่านการพิจารณา และตอบรับการเผยแพร่บทความฯ วารสารโรคเอดส์จะแจ้งและเผยแพร่ไฟล์บทความฯ ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้เขียน และผู้ที่สนใจ โดยสามารถดาวน์โหลดได้จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ (รายฉบับ)

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

จริยธรรมการตีพิมพ์

จรรยาบรรณการเผยแพร่วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ (Thai AIDS Journal) ได้รับการเผยแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และใช้เป็นเวทีในการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่สนใจ นักวิชาการและผู้ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การเผยแพร่บทความขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารโรคเอดส์ และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่เผยแพร่ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น จะดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้เขียนบทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ

2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ สมควรเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์

3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้เขียนในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียน

4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประโยชน์ของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้เขียน

6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ

7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารโรคเอดส์อย่างเคร่งครัด

8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารโรคเอดส์ รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

9. ทำการชี้แจง การแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขอภัย 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 หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง

6. ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารโรคเอดส์ จะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ในบทความ ผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้เขียนควรขออนุญาตจากผู้มีส่วนช่วยเหลือในการศึกษาก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารโรคเอดส์ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ

2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ

4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่ามีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องดำเนินการแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที

5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารโรคเอดส์กำหนด

6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

การวิเคราะห์เนื้อหาบทความเรื่องโรคเอดส์ของวารสารโรคเอดส์ ที่เผยแพร่ระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2564

Documentary Analysis of Thai AIDS Journal Published during the Years 2012-2021

ผกามาต แดงคูหา *

Phakamat Tangkuha

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
กรมควบคุมโรคOffice of Disease Prevention and Control,
Region 11 Nakhon Si Thammarat,
Department of Disease Control

*Corresponding author e-mail: bpt_05@hotmail.com

DOI: 10.14456/taj.2023.1

Received: September 13, 2022 | Revised: November 21, 2022 | Accepted: January 04, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาบทความเรื่องโรคเอดส์ที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2564 โดยการศึกษาเชิงสำรวจแบบการวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) ในรูปแบบบทความผ่านการประยุกต์ใช้แบบบันทึกบทความ และวิเคราะห์เนื้อหาบทความ (content analysis) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ จำนวนนับ และร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา วารสารโรคเอดส์ได้เผยแพร่บทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยเป็นประเด็นโรคเอดส์ถึง 105 เรื่อง ในบทความ 1 เรื่อง มีจำนวนหน้าเฉลี่ยอยู่ที่ 12 หน้า และทุกบทความมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่วนใหญ่เป็นบทความวิชาการสูงสุด 74 เรื่อง (ร้อยละ 70.48) ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) สูงสุด 76 เรื่อง (ร้อยละ 72.38) เป็นบทความที่บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เขียนหลักสูงสุด 65 เรื่อง (ร้อยละ 61.90) บทความส่วนใหญ่ใช้กลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยมีคู่เพศสัมพันธ์ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อสูงสุด 47 เรื่อง (ร้อยละ 44.76) มีประเด็นวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์สูงสุด 49 เรื่อง (ร้อยละ 46.67) ยังมีการศึกษาในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในสาขาวิชาอื่น โดยเป็นที่น่าสนใจว่า ไม่พบบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและชีววิทยาทางการแพทย์ได้รับการเผยแพร่ผ่านวารสารโรคเอดส์ มีเพียงการรายงานความคืบหน้าการพัฒนาวัคซีนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในที่ประชุมระดับโลกซึ่งไม่เป็นไปตามองค์ประกอบของบทความ แม้ว่าการศึกษาค้นนี้จะยังไม่สามารถประเมินภาพรวมของประเทศไทยในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ได้ แต่ก็ทำให้เห็นทิศทางการดำเนินงานของวารสารโรคเอดส์ว่ายังขาดการนำเสนอบทความหรือประเด็นวิชาการในด้านใดบ้าง การศึกษาวิจัยต่อในอนาคต ควรศึกษาหรือวิเคราะห์ประเด็นเพิ่มเติม ได้แก่ (1) การวิเคราะห์บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ที่เป็นประเด็นโรคอื่น ๆ (วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี) (2) การวิเคราะห์เนื้อหาบทความวารสารโรคเอดส์ต่อเนื่องทุก 5 หรือ 10 ปี และ (3) เปรียบเทียบข้อมูลการส่งบทความเข้ามาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ในแต่ละช่วงเวลากับแนวทาง/นโยบายการดำเนินงานของวารสารโรคเอดส์

Abstract

The objective of this study was to analyze the content of AIDS articles published in Thai AIDS Journal from the year 2012 to 2021. We used documentary analysis where information from the articles was abstracted on a standardized form for subsequent content analysis; and we used descriptive statistics to summarize frequency distribution, counts and percentage. The results showed that in the past 10 years, 105 AIDS articles were published in the Thai AIDS Journal. On average, the articles were 12-pages long and contained abstracts both in Thai and English. Of these, 74 (70.48%) were academic articles, 76 articles (72.38%) applied quantitative research methods and 65 articles (61.90%) had Ministry of Public Health Staff as lead author. Of these articles, 47 (44.76%) focused on sex partners of key populations and PLHIV and 49 (46.67%) were articles from social and behavioral science studies. Of note, the Thai AIDS Journal did not publish basic science or biomedical research articles. Although it did publish a progress report on HIV-related vaccine development from a global conference, this was not considered an academic paper. While this documentary analysis of the published articles may not be able to provide a comprehensive overview of Thailand's overall efforts to end HIV/AIDS, it did suggest the publication trends of the Thai AIDS Journal and topics that were lacking. Further research to strengthen the academic credibility of the Thai AIDS Journal include (1) additional analysis of articles published in AIDS journals on other diseases (tuberculosis, sexually transmitted diseases, and hepatitis B and C); (2) periodic analysis of Thai AIDS Journal articles every 5 or 10 years; and (3) review and comparison of contents of the published articles over time with the journal guidelines/policies.

คำสำคัญ

วารสาร, วารสารโรคเอดส์, การวิเคราะห์เนื้อหา, การวิเคราะห์เอกสาร, เอดส์, เอชไอวี

Keywords

peer-reviewed journal, Thai AIDS Journal, content analysis, documentary analysis, AIDS, HIV

บทนำ

ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมากกว่า 35 ปี และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในช่วงแรก ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค คาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,500 คน ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 520,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 447,061 คน และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 9,300 คน⁽¹⁾ การแก้ไขและยุติปัญหาโรคเอดส์ให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.

2560-2573 ซึ่งกำหนดเป้าหมายหลักที่ต้องดำเนินการให้สำเร็จภายในปี พ.ศ. 2573 ได้แก่ 1. ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2. ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยเอดส์เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย 3. ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90 เพื่อยับยั้งการระบาดของเอชไอวีไม่ให้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ภายในปี ค.ศ. 2030 หรือ พ.ศ. 2573 การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้ต้องอาศัย 6 ยุทธศาสตร์ ที่มุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลัก โดยเริ่มต้นจากการเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์

ป้องกัน การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ การคัดกรองและตรวจเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่พบผลเลือดบวก และการคงอยู่ในระบบดูแลต่อเนื่อง (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain)⁽²⁾ แม้ว่าประเทศไทยจะได้รับการยกย่องว่าเป็นประเทศผู้นำในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แล้วก็ตาม แต่ความก้าวหน้าในด้านวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความรู้และข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เป็นปัจจุบันจึงมีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารอันเป็นการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรในด้านวิทยาการใหม่ๆ ทางการแพทย์และสาธารณสุขในการนำองค์ความรู้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไปใช้ในการพัฒนาควบคู่กับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดโรคดังกล่าวต่อไป

วารสารโรคเอดส์เป็นวารสารวิชาการที่ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และเป็นแหล่งข้อมูลเพื่อการค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย จะนำเสนอข้อมูลข่าวสารวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดโรคดังกล่าวให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อส่งเสริมสนับสนุนงานด้านวิชาการโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ดำเนินงานได้เผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รวมถึงเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการในยุคดิจิทัลต่อไป โดยมีกำหนดการเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม และฉบับที่ 3 ตั้งแต่เดือน

กันยายน-ธันวาคม

การพัฒนาคุณภาพวารสารโรคเอดส์ มีการดำเนินการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไของค์ประกอบต่างๆ ให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารโดยศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) ที่ได้จัดกลุ่มวารสารที่สมัครเข้ารับการประเมินคุณภาพในประเทศไทย ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI และสามารถส่งข้อมูลเพื่อพิจารณาเข้าสู่ฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงวารสารสำหรับประเทศในกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN Citation Index: ACI) ได้ กลุ่มที่ 2 วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูลของ TCI และกลุ่มที่ 3 วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพและอาจไม่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในอนาคต โดยผลการประเมินคุณภาพวารสารโรคเอดส์ได้รับการเลื่อนระดับตามรอบปีของการประเมินอย่างต่อเนื่อง จากกลุ่มที่ 3 (ปี พ.ศ. 2557-2561) เป็นกลุ่มที่ 2 (ปี พ.ศ. 2562-2564) จนมาเป็นกลุ่มที่ 1 (ปี พ.ศ. 2565-2567)⁽³⁾ จึงเป็นโอกาสให้วารสารโรคเอดส์สามารถเปิดรับผลงานทางวิชาการ องค์ความรู้ในรูปแบบบทความจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น

จากความสำคัญในข้างต้นทำให้ผู้รับผิดชอบงานวารสารโรคเอดส์ สนใจศึกษาเชิงสำรวจแบบการวิเคราะห์เอกสาร รูปแบบบทความที่จะวิเคราะห์เนื้อหา คือบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33) เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาสนับสนุน อ้างอิงการดำเนินงานที่โดดเด่น อันสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573⁽²⁾

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เอกสารบทความ และเนื้อหาบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33) เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาสนับสนุน อ้างอิงการดำเนินงานที่โดดเด่น อันสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽²⁾

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้การศึกษาเชิงสำรวจแบบการวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) ที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นการศึกษาถึงลักษณะสภาพความเป็นอยู่ เพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงในการวางแผนและปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยอาศัยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วสังเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลตามประเด็นที่กำหนดไว้⁽⁴⁻⁷⁾

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวม และคัดเลือกข้อมูล โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33) โดยไม่รวมถึงวัณโรค ติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการสร้างเครื่องมือในการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบบันทึกข้อมูลบทความ จากบทความของ อัญชลิตา อินทะไชย และคณะ⁽⁸⁾ และอินทรา นนทชัย⁽⁹⁾ 1 ชุด สำหรับ 1 บทความ กำหนดหัวข้อการวิเคราะห์ และการบันทึกรายละเอียดต่างๆ จำนวน 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แบบบันทึกข้อมูลบทความ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางบรรณานุกรมของบทความ ประกอบด้วย ปีที่พิมพ์ ฉบับที่ ภาษาที่ใช้เขียนในบทความ จำนวนหน้าของบทความ

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะของผู้เขียน ประกอบด้วย จำนวนผู้เขียนบทความ ชื่อผู้เขียนบทความ และสังกัด/หน่วยงานของผู้เขียนบทความ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรสังกัดมหาวิทยาลัย และกลุ่มบุคลากรสังกัดอื่นๆ

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะของบทความ ได้แก่

3.1 ประเภทของบทความ ได้แก่ บทความวิจัย และบทความวิชาการ โดยจะจัดบทความปริทัศน์หรือบทความพินิจ และรายงานผู้ป่วย ให้อยู่ในกลุ่มบทความวิชาการ และไม่นำพินิจหรือหนังสือมาวิเคราะห์

ในการศึกษานี้

3.2 รูปแบบการศึกษาวิจัย ได้แก่

3.2.1 การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research)

3.2.2 การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

3.2.3 การศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research)

3.3 กลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการศึกษาในบทความ ได้จำแนกกลุ่มตามกลุ่มประชากรเป้าหมายของยุทธศาสตร์ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 -2573⁽²⁾ ออกเป็น 7 กลุ่มประชากร ได้แก่

3.3.1 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men: MSM)

3.3.2 กลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ (transgender women: TGW)

3.3.3 กลุ่มพนักงานบริการ (sex workers: SW) และผู้ซื้อบริการ (clients)

3.3.4 กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดและวิธีอื่น ๆ (people who inject drugs: PWID)

3.3.5 คู่เพศสัมพันธ์ของประชากรหลักและ ผู้ติดเชื้อ (partners of key populations and people living with HIV)

3.3.6 กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำและเยาวชน ในสถานพินิจ (prisoners and youth in detention center)

3.3.7 กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่นๆ (other high-risk populations)

3.4 ขอบเขตการวิเคราะห์เนื้อหาบทความ จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการด้านโรคเอดส์⁽¹⁰⁻¹²⁾ สามารถกำหนดเกณฑ์จำแนกตามประเด็นวิชาการของบทความ โดยกำหนดให้มีขอบเขตเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง 6 ประเด็น ดังนี้

3.4.1 การวิจัยด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและชีววิทยาทางการแพทย์ (basic science and biomedical research on HIV/AIDS) ประกอบด้วย

- การวิจัยเกี่ยวกับไวรัสวิทยา (virology)

- การทดลองในสัตว์ (animal research)
- การวิจัยเกี่ยวกับวัคซีน (vaccine research)
- ภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunology)
- จุลชีววิทยา (microbiology)

3.4.2 การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับโรคเอดส์ (clinical research on HIV/AIDS) ประกอบด้วย

- การวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (research on antiretroviral drugs use)
- พันธุกรรมบำบัด (gene therapy)
- การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (prevention of opportunistic infections)
- การรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส (treatment of opportunistic infections)
- การพยาบาล การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ (nursing and care to relieve symptoms)
- การพยาบาล และการดูแลแบบประคับประคอง (nursing and palliative care)

3.4.3 การวิจัยทางด้านระบาดวิทยาของโรคเอดส์ การป้องกันโรคเอดส์ และการสาธารณสุข (epidemiology, prevention, and public health on HIV/AIDS) ประกอบด้วย

- การวิจัยเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (research on HIV incidence and HIV prevalence)
- ธรรมชาติของการเกิดโรคเอดส์ (AIDS pathology)
- การศึกษาเรื่องประชากรในด้านการแพร่ระบาด และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV transmission studies and factors affecting HIV infection)
- กลวิธีที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Behavioral prevention interventions)
- ยุทธศาสตร์ต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขที่นำมาใช้ และมีผลต่อการลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (public health intervention to reduce HIV transmission)

3.4.4 การวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (social and behavioral science research on HIV/AIDS) ประกอบด้วย

- การวิจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์ (economics research)
- การศึกษาเชิงนโยบาย (policy studies)
- กฎหมายและจริยธรรม (law & ethics)
- สิทธิมนุษยชน (human rights)
- พฤติกรรมทางเพศ (sexual behavior)
- มานุษยวิทยา (anthropology)
- จิตวิทยา (psychology)
- สังคมวิทยา (sociology)
- การศึกษาที่เกี่ยวกับการพัฒนาการต่างๆ (developmental studies)

3.4.5 การติดตามและประเมินผล (monitoring & evaluation) ประกอบด้วย

- การประเมินความคุ้มค่า (cost effectiveness analysis)
- เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (public health economics)
- การติดตามและประเมินผลโครงการแนวทางการดำเนินงาน มาตรการ (monitoring and evaluation of program implementation)

3.4.6 การตีตราและเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) ประกอบด้วย

- สิทธิ (human rights)
- เพศสภาวะ และเพศวิถี (gender & sexuality)
- การละเมิดสิทธิ (human rights violations)
- การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (stigma & discrimination towards PLHIV)

3.5 ขอบเขตของการวิเคราะห์เอกสารอ้างอิงในบทความ ได้แก่ รายการเอกสารอ้างอิงในบทความประเภทเอกสารอ้างอิง และอายุของเอกสารอ้างอิง

3.5.1 ประเภทเอกสารอ้างอิง

3.5.1.1 หนังสือ/ตำรา

3.5.1.2 บทความในวารสาร

3.5.1.3 ฐานข้อมูล

3.5.1.4 บทความในหนังสือพิมพ์

3.5.1.5 รายงานการประชุม สัมมนา

วิชาการ

3.5.1.6 วิทยานิพนธ์

3.5.1.7 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.5.1.8 เว็บไซต์/โฮมเพจ

3.5.1.9 สื่ออื่นๆ

3.5.2 อายุของเอกสารอ้างอิง

ส่วนที่ 4 คุณลักษณะของคำสำคัญในบทความ
แบบคำ และแบบวลี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการอ่านเนื้อหาบทความที่เผยแพร่
ในวารสารโรคเอดส์ที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก
ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data sources)
อย่างละเอียด แล้ววิเคราะห์เนื้อหาของบทความตาม
หัวข้อการวิเคราะห์ที่กำหนด กรณีที่บทความมีขอบเขต
เนื้อหาครอบคลุมหลายหัวข้อ จะพิจารณาให้อยู่ในหัวข้อ
ที่มีเนื้อหามากที่สุดเพียงหนึ่งหัวข้อ ได้แก่

1.1 ภาษาที่ใช้ในการเขียนบทความ

1.2 จำนวนหน้าของบทความ

1.3 จำนวนผู้เขียนบทความ

1.4 สังกัด/หน่วยงานของผู้เขียน

1.5 รูปแบบการศึกษาวิจัยของบทความ

บทความ

1.6 กลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการศึกษาใน

1.7 เนื้อหาบทความ

1.8 จำนวนเอกสารอ้างอิงทั้งหมดในบทความ

1.9 ภาษาของเอกสารอ้างอิงแต่ละรายการ

1.10 อายุของเอกสารอ้างอิงแต่ละรายการ

1.11 ประเภทของเอกสารอ้างอิงแต่ละรายการ

1.12 คำสำคัญในบทความ

2. นำข้อมูลที่รวบรวมได้บันทึกลงในตาราง วิเคราะห์ที่สร้างขึ้น

3. รวมจำนวนข้อมูลในแต่ละตาราง

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สถิติพรรณนา
ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ จำนวนนับ การหาค่าร้อยละ
และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2564 วารสารโรคเอดส์
(ปีที่ 24-33) จำนวนทั้งสิ้น 30 ฉบับ จากข้อมูลทาง
บรรณานุกรมของบทความมีจำนวนที่เผยแพร่ในวารสาร
โรคเอดส์ทั้งสิ้น 144 เรื่อง เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำนวน
ทั้งสิ้น 105 เรื่อง จำนวนหน้าเฉลี่ยของบทความ 1 เรื่อง
อยู่ที่ 12 หน้า ทุกบทความมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ ส่วนภาษาที่ใช้เขียนเนื้อหาตามองค์
ประกอบของบทความ สามารถแบ่งออกเป็นภาษาไทย
จำนวน 103 เรื่อง (ร้อยละ 98.10) และภาษาอังกฤษ
2 เรื่อง (ร้อยละ 1.90) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาษาที่ใช้เขียนบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)

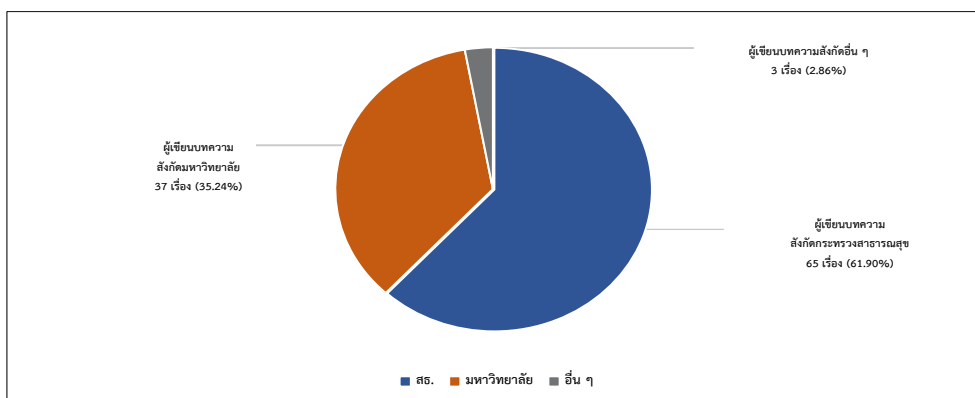
ภาษาที่ใช้เขียนบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
บทคัดย่อ	105	100.00
- เนื้อหาตามองค์ประกอบบทความ (ภาษาไทย)	103	98.10
- เนื้อหาตามองค์ประกอบบทความ (ภาษาอังกฤษ)	2	1.90

ตามคุณลักษณะของผู้เขียนบทความ มีจำนวนทั้งสิ้น 269 คน เป็นบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 170 คน (ร้อยละ 63.20) ซึ่งเป็นบุคลากรจากส่วนกลาง 106 คน (ร้อยละ 39.41) บุคลากรจากส่วนภูมิภาค (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค-สคร.) 30 คน (ร้อยละ 11.15) และบุคลากรระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 34 คน (ร้อยละ 12.64) บุคลากรสังกัดมหาวิทยาลัย 78 คน (ร้อยละ 28.99) และบุคลากรสังกัดอื่น ๆ เช่น องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร หน่วยงานทหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรมราชทัณฑ์ 21 คน (ร้อยละ 7.81) ทั้งนี้สามารถจำแนกบทความตามสังกัดผู้เขียนหลัก มาจากบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 สังกัดของผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)

สาธารณสุข 65 เรื่อง (ร้อยละ 61.90) จากบุคลากรสังกัดมหาวิทยาลัย 37 เรื่อง (ร้อยละ 35.24) และสังกัดอื่น ๆ 3 เรื่อง (ร้อยละ 2.86) และหากจำแนกสังกัดของผู้เขียนบทความตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสาร (เกณฑ์รอง) โดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย กำหนดให้วารสารต้องตีพิมพ์บทความที่มีผู้เขียนมาจากหลากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก หน่วยงานภายใน คือ หน่วยงานที่จัดทำวารสาร หน่วยงานภายนอก คือ หน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยงานที่จัดทำวารสาร ในกรณีที่บทความมีผู้เขียนทั้งจากหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก จะถือว่าเป็นบทความจากหน่วยงานภายนอก จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีผู้เขียนจากหน่วยงานภายใน 58 เรื่อง (ร้อยละ 55.24) จากหน่วยงานภายนอก 47 เรื่อง (ร้อยละ 44.76) (ตารางที่ 2 แผนภูมิที่ 1 และ 2)

สังกัดของบุคลากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	170	63.20
- ส่วนกลาง	106	39.41
- ส่วนภูมิภาค (สคร.)	30	11.15
- ระดับพื้นที่ (สสอ., สสจ., รพศ., รพท. รพช.)	34	12.64
มหาวิทยาลัย	78	28.99
อื่น ๆ	21	7.81
รวม	269	100.00

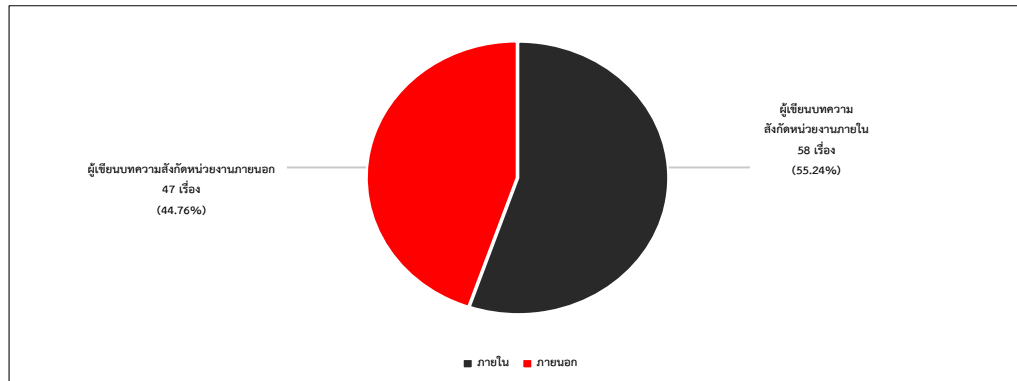
แผนภูมิที่ 1 สังกัดของผู้เขียนบทความหลักที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)



ด้านคุณลักษณะของบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ สามารถจำแนกตามหัวข้อการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ประเภทของบทความ แบ่งออกเป็นบทความวิจัย 31 เรื่อง (ร้อยละ 29.52) และบทความวิชาการ 74 เรื่อง

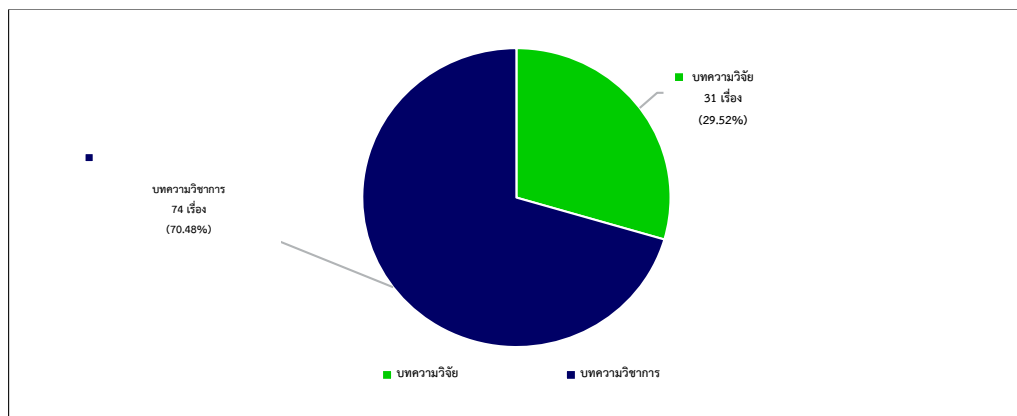
แผนภูมิที่ 2 สังกัดหน่วยงานของผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)



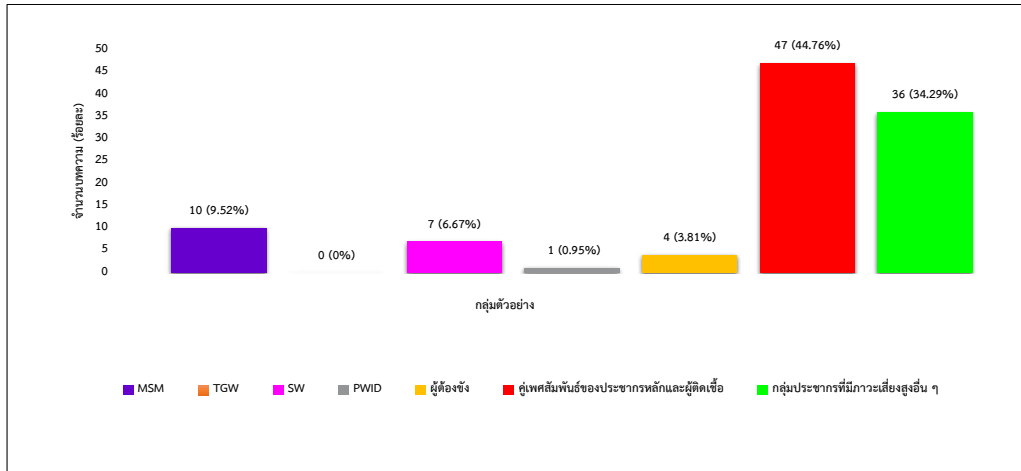
(ร้อยละ 70.48) 2. รูปแบบการศึกษาวิจัย พบว่า มีรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) สูงสุด 76 เรื่อง (ร้อยละ 72.38) รองลงมา คือ การวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) 22 เรื่อง (ร้อยละ 20.95) และต่ำสุดคือ การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) 7 เรื่อง (ร้อยละ 6.67) 3. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาในบทความโรคเอดส์ แต่ละเรื่อง สามารถแบ่งเป็น 7 กลุ่ม ตามกลุ่มประชากร เป้าหมาย โดยอ้างอิงตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการ ยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 พบว่า คู่เพศสัมพันธ์ ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มตัวอย่างใน

บทความมากที่สุด 47 เรื่อง (ร้อยละ 44.76) รองลงมา เป็นอันดับที่ 2 ได้แก่ กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่นๆ 36 เรื่อง (ร้อยละ 34.29) อันดับที่ 3 ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 10 เรื่อง (ร้อยละ 9.52) อันดับที่ 4 ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการ 7 เรื่อง (ร้อยละ 6.67) อันดับที่ 5 ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำและเยาวชนใน สถานพินิจ 4 เรื่อง (ร้อยละ 3.81) และอันดับที่ 6 ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดและวิธีอื่นๆ 1 เรื่อง (ร้อยละ 0.95) ทั้งนี้ไม่มีกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศที่ถูกนำมา เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการการศึกษาในบทความ (แผนภูมิ ที่ 3 และ 4)

แผนภูมิที่ 3 จำนวน และร้อยละของบทความ จำแนกตามประเภทบทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24 - 33)



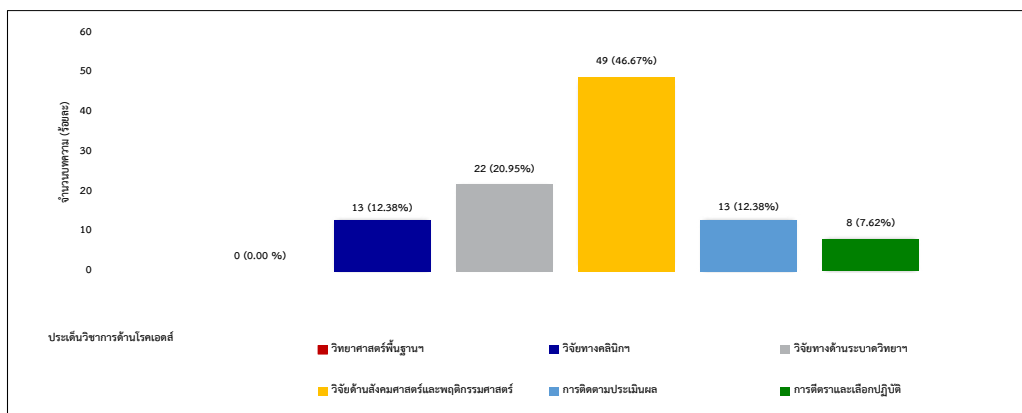
แผนภูมิที่ 4 กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในบทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)



จากข้อมูลที่กำลังข้างต้นสามารถวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปประเด็นวิชาการด้านโรคเอดส์ได้เป็น 6 ประเด็น ได้แก่ การวิจัยด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและชีววิทยาทางการแพทย์ การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับโรคเอดส์ การวิจัยทางด้านระบาดวิทยาของโรคเอดส์ การป้องกันและการสาธารณสุข การวิจัยด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ การติดตามประเมินผล และการติดตามและเลือกปฏิบัติ พบว่ามีบทความโรคเอดส์ที่มีประเด็นเนื้อหาวิชาการตรงกับกรวิจัยด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มากที่สุดอันดับที่ 1 ถึง 49 เรื่อง

(ร้อยละ 46.67) รองลงมาอันดับที่ 2 การวิจัยด้านระบาดวิทยาของโรคเอดส์ การป้องกัน และการสาธารณสุข 22 เรื่อง (ร้อยละ 20.95) อันดับที่ 3 มีบทความตามประเด็นวิชาการเท่ากัน ได้แก่ การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการติดตามประเมินผล 13 เรื่อง (ร้อยละ 12.38) น้อยที่สุดอันดับที่ 5 การติดตามและเลือกปฏิบัติ 8 เรื่อง (ร้อยละ 7.62) และไม่มีประเด็นวิชาการ การวิจัยด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและชีววิทยาทางการแพทย์ (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 ประเด็นวิชาการด้านโรคเอดส์ของบทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)

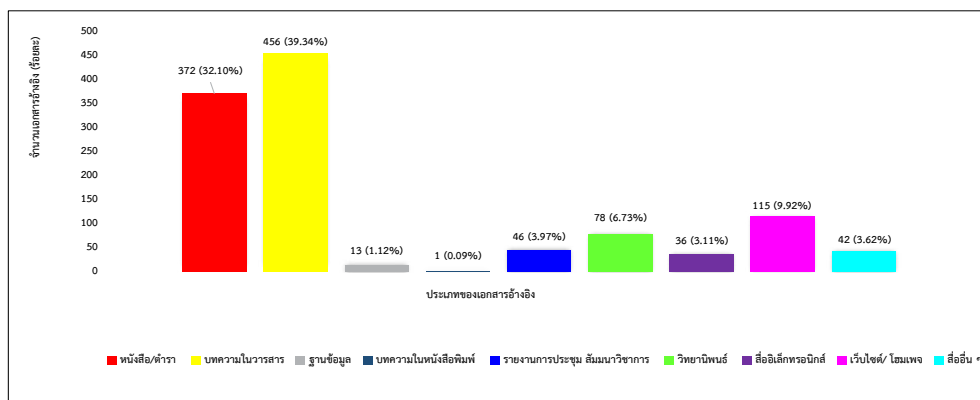


สำหรับการวิเคราะห์เอกสารอ้างอิงในบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ประกอบด้วยเอกสารอ้างอิง 1,159 รายการ ผู้ศึกษาพบว่าสามารถจัดประเภทเอกสารอ้างอิงตามลำดับดังนี้ อันดับที่ 1 บทความในวารสาร 456 รายการ (ร้อยละ 39.34) อันดับที่ 2 หนังสือ/ตำรา 372 รายการ (ร้อยละ 32.10) อันดับที่ 3 เว็บไซต์/โฮมเพจ 115 รายการ (ร้อยละ 9.92) อันดับที่ 4 วิทยานิพนธ์ 78 รายการ (ร้อยละ 6.73) อันดับที่ 5 รายงานการประชุม สัมมนาวิชาการ 46 รายการ (ร้อยละ 3.97) อันดับที่ 6 สื่ออื่นๆ เช่น เอกสารอัดสำเนา กฎหมาย ประกาศ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง 42 รายการ (ร้อยละ 3.67) อันดับที่ 7 สื่ออิเล็กทรอนิกส์ 36 รายการ (ร้อยละ

3.11) อันดับที่ 8 ฐานข้อมูล 13 รายการ (ร้อยละ 1.12) และอันดับที่ 9 บทความในหนังสือพิมพ์ 1 รายการ (ร้อยละ 0.09) และเมื่อพิจารณาอายุของเอกสารอ้างอิงทุกประเภท พบว่า อายุของเอกสารอ้างอิงเฉลี่ยอยู่ที่ 9 ปี โดยสามารถแบ่งช่วงอายุของเอกสารอ้างอิง ตั้งแต่ 0-3 ปี 4-5 ปี 6-10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ผู้ศึกษาพบว่า ช่วงอายุของเอกสารอ้างอิง 11 ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงสุด 354 รายการ (ร้อยละ 30.54) รองลงมาคือ 6-10 ปี จำนวน 300 รายการ (ร้อยละ 25.88) 0-3 ปี จำนวน 281 รายการ (ร้อยละ 24.25) และ 4-5 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด 224 รายการ (ร้อยละ 19.33) (แผนภูมิที่ 6 และตารางที่ 3)

1

แผนภูมิที่ 6 ประเภทของเอกสารอ้างอิงในบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)



ตารางที่ 3 ช่วงอายุของเอกสารอ้างอิงในบทความที่เผยแพร่ผ่านวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)

ช่วงอายุ	เอกสารอ้างอิง	
	จำนวน	ร้อยละ
0-3 ปี	281	24.25
4-5 ปี	224	19.33
6-10 ปี	300	25.88
11 ปีขึ้นไป	354	30.54
รวม	1159	100.00

จากการวิเคราะห์คุณลักษณะของคำสำคัญทั้ง 105 บทความ พบว่ามีคำสำคัญทั้งที่เป็นคำและวลีรวมทั้งสิ้น 732 คำ มีทั้งคำและวลีสำคัญภาษาไทย 262 คำ คำและวลีสำคัญภาษาอังกฤษ 370 คำ โดยแยกเป็นวลีสำคัญภาษา

ไทยสูงถึง 294 วลี (ร้อยละ 81.22) รองลงมา ได้แก่ วลีสำคัญภาษาอังกฤษ 262 วลี (ร้อยละ 70.81) คำสำคัญภาษาอังกฤษ 108 คำ (ร้อยละ 29.19) และน้อยที่สุดคือ คำสำคัญภาษาไทย 68 คำ (ร้อยละ 18.78) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คำสำคัญในบทความ จำแนกตามรูปแบบและภาษาที่ใช้ในบทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2564 (ปีที่ 24-33)

คำสำคัญ	จำนวน	ร้อยละ
คำสำคัญภาษาไทย	68	18.78
วลีสำคัญภาษาไทย	294	81.22
คำสำคัญภาษาอังกฤษ	108	29.19
วลีสำคัญภาษาอังกฤษ	262	70.81
รวม	732	100.00

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าจำนวนหน้าเฉลี่ยของบทความอยู่ที่ 12 หน้า มีบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นไปตามขอบเขตการเผยแพร่บทความในวารสารโรคเอดส์ ซึ่งกำหนดไว้ที่ 8-12 หน้า และมีบทความ 2 เรื่อง (ร้อยละ 1.90) ที่มีเนื้อหาทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งถือว่าไม่ขัดต่อเงื่อนไขของวารสารโรคเอดส์ สำหรับรูปแบบการศึกษาวิจัยพบว่า บทความส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) 76 เรื่อง (ร้อยละ 72.38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohan, et al.⁽¹³⁾ ที่ศึกษาวิเคราะห์วารสาร International Journal of Behavioral Science (IJBS) ที่เผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 2006-2017 โดยพบว่าระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการเขียนบทความเป็นวิธีการวิจัยเชิงปริมาณมากที่สุดถึง 38 เรื่อง และผลการวิจัยของ Egmir, et al.⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาวารสาร International Journal of Instruction และพบว่าบทความส่วนใหญ่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเช่นเดียวกัน ทั้งนี้บทความส่วนใหญ่เป็นบทความวิชาการ 74 เรื่อง (ร้อยละ 70.48) มาจากผู้เขียนหลักสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นบุคลากรส่วนกลาง จำนวน 65 เรื่อง (ร้อยละ 61.90) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนรากรและณัฏฐา⁽¹⁵⁾ ที่นำเสนอการวิเคราะห์วารสารทางการแพทย์ไทย ปี พ.ศ. 2554-2559 พบว่าผู้ผลิตวารสารส่วนใหญ่มาจากมหาวิทยาลัยรัฐมากที่สุด จำนวน 23 วารสาร (ร้อยละ 35.94) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งรวมถึงสถาบันการศึกษาอื่นๆ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 วารสาร (ร้อยละ

31.25) และเนื้อหาบทความที่ได้รับการตีพิมพ์แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันไม่มากนัก ส่วนมากจะเป็นบทความด้านการจัดการเรียนการสอน/การศึกษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ผลิตวารสารเหล่านั้นเป็นหน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน การทำวิจัย ของคณาจารย์ รวมทั้งของนักศึกษาในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก

สำหรับกลุ่มตัวอย่างศึกษาของบทความโรคเอดส์แต่ละเรื่อง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้มีเชื้อและคู่เพศสัมพันธ์ จำนวน 46 เรื่อง (ร้อยละ 43.81) สอดคล้องกับเป้าหมาย “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา” ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573⁽²⁾ การวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาบทความส่วนใหญ่พบว่าเป็นการวิจัยด้านสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 49 เรื่อง (ร้อยละ 46.67) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohan, et al.⁽¹³⁾ ที่พบว่าเนื้อหาของบทความนำเสนอในสาขาวิชา Behavioral Science มากที่สุด จำนวน 31 บทความ จากบทความทั้งสิ้น 86 เรื่อง ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในสาขาวิชาอื่น และเป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่พบบทความการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน และชีววิทยาทางการแพทย์ (Basic Science and Bio-medical Research on HIV/AIDS) ถูกเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ มีเพียงการรายงานความคืบหน้าในการพัฒนาวัคซีนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในที่ประชุมระดับโลก ซึ่งไม่เป็นไปตามองค์ประกอบของบทความ และอาจเกิดช่องว่างในการศึกษาด้านนี้ เพราะระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยค่อนข้างนาน หรือประเด็นนี้ยังไม่มีความคืบหน้าจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ สำหรับเอกสารอ้างอิง แม้ว่าส่วนใหญ่เอกสารอ้างอิงจะมีอายุมากกว่า 11 ปี ถึง 354 รายการ

(ร้อยละ 30.54) ซึ่งถือว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทรา นนทชัย⁽⁹⁾ ที่ค้นพบว่าช่วงอายุของเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัยและดีที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 ปี แต่หากจะรวม 2 ช่วงอายุของเอกสารอ้างอิงที่ทำการศึกษานวารสารโรคเอดส์ ได้แก่ 0-3 ปี และ 4-5 ปี จะมีรายการเอกสารอ้างอิงถึง 505 รายการ (ร้อยละ 43.57) ก็ยังถือว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น ส่วนประเภทของเอกสารอ้างอิงส่วนใหญ่เป็นบทความในวารสาร 456 รายการ (ร้อยละ 39.34) ก็สอดคล้องกับการศึกษาของอินทรา นนทชัย⁽⁹⁾ ที่ระบุว่า ผู้เขียนบทความอ้างอิงบทความในวารสารมากที่สุด จำนวน 1,347 รายการ ในส่วนของคำสำคัญ มีการระบุคำสำคัญเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ คำสำคัญ และวลีสำคัญ การระบุคำสำคัญในบทความที่มีความหลากหลาย และจำนวนครั้งที่มีการระบุคำสำคัญมีจำนวนค่อนข้างน้อยมาก จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ แนวโน้ม หรือพัฒนาการในทางวิชาการในคำสำคัญที่ระบุในบทความได้อย่างชัดเจน แน่นอนว่าการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยและนำเสนอประเด็นวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์มีส่วนสำคัญต่อการศึกษาค้นคว้า ข้อค้นพบการพัฒนา แนวทางการดำเนินงาน การผลักดันนโยบายและมาตรการ รวมถึงประเมินผลการดำเนินงานต่างๆ ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ทำให้ทราบว่าการทำงานที่ผ่านมาสามารถยุติปัญหาเอดส์ได้จริงหรือไม่ และควรผลักดันส่งเสริมการดำเนินงานด้านใดเพิ่มเติม รวมถึงสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลงานวิจัย ผลงานทางวิชาการผ่านทางวารสารที่มีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาการ วารสารโรคเอดส์เป็นเพียงตัวเลือกหนึ่งในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้เขียนบทความ ในการศึกษาครั้งนี้ยังมิได้มีข้อจำกัดด้านการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหากต้องการวิเคราะห์ข้อมูลในปีเริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในรูปแบบเล่มพิมพ์ (printing) การคัดเลือก และดึงข้อมูลมาวิเคราะห์ จึงต้องใช้เวลานานเพิ่มขึ้น แตกต่างจากข้อมูลปัจจุบันที่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ มีฐานข้อมูลที่ใช้อธิบายชุดข้อมูล โดยระบุรายละเอียดแหล่งข้อมูลและคำอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล (Meta Data)⁽¹⁶⁾ ทำให้สามารถดึงข้อมูลที่สนใจศึกษามาวิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว

และหากจะมีการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต ควรศึกษาหรือวิเคราะห์ประเด็นเพิ่มเติม ได้แก่ (1) การวิเคราะห์บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ที่เป็นประเด็นโรคอื่นๆ (วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี) (2) การวิเคราะห์เนื้อหาบทความวารสารโรคเอดส์ต่อเนื่องทุก 5 หรือ 10 ปี และ (3) เปรียบเทียบข้อมูลการส่งบทความ เข้ามาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ในแต่ละช่วงเวลากับแนวทาง/นโยบายการดำเนินงานของวารสารโรคเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. Division of AIDS & STIs. Estimates of HIV infection and AIDS patients in Thailand using a mathematical model Spectrum-AEM [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS & STIs; 2019 [cited 2022 Aug 12]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php> (in Thai)
2. National Committee for the Prevention and Response to AIDS. Thailand national strategy to end AIDS 2017-2030. Bangkok: NC Concept; 2017. (in Thai)
3. Thai-Journal Citation Index Centre [Internet]. Bangkok: Thai-Journal Citation Index Centre; 2019 [cited 2022 May 1]. Available from: https://tci-thailand.org/detail_journal.php?id_journal=782 (in Thai)
4. Buason R. Qualitative research in education. 21th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. (in Thai)
5. Dalglish SL, Khalid H, McMahon SA. Document analysis in health policy research: the READ approach. Health Promot Perspect. 2020; 35(10): 1424-31.
6. Intaprom W. Analysis and presentation of qualitative data analysis. Academic Journal Phranakorn Rajabhat University. 2019;10(2):314-33. (in Thai)

7. Morgan H. Conducting a qualitative document analysis. *Qual Rep.* 2022;27(1):64-77.
8. Inthachai A, Warunyanugrai S, Panmeka P. Content analysis of articles in library and information science journals published between 1997-2014. *Journal of Library and Information Science Srinakharinwirot University.* 2017;10(2): 90-104. (in Thai)
9. Nonthachai I. Content analysis articles on Suranaree Journal of Social Science. *Information KKUL.* 2021; 28(1): 113-30. (in Thai)
10. Pooncharoen W, Fongsiri T, Yanrangsri T, Phawanaporn V, Sirisreetreerux R, Yothaprasert K, et al. Collection and analysis of research on AIDS in Thailand, 1993 - 1997. Nonthaburi: AIDS Division, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health; 1999.(in Thai)
11. Uthis P, Phuengnam K. Summary of academic content, Proceeding, The 14th National Seminar on AIDS and the 1st Sexually Transmitted Infections. The 14th National Seminar on AIDS and the 1st Sexually Transmitted Infections; 2014 Dec 17-19; IMPACT Muang Thong Thani, Nonthaburi. Nonthaburi: Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Health; 2015. 316 p. (in Thai)
12. Yanrangsri T, Triwitsakul C, Tangkuha P, Nuntavichai K. Summarize and synthesize knowledge of the 15th National Seminar on AIDS and Sexually Transmitted Infections. The 15th National Seminar on AIDS and Sexually Transmitted Infections; 2017 Mar 7-9; Centra by Centara Government & Convention Chaeng Watthana, Bangkok. Bangkok: Graphic and Design Publishing House; 2017. 36 p. (in Thai)
13. Mohan KP, Peungposop N, Junprasert T. State of the art behavioral science research: a review of the publications in the international journal of behavioral science. *Journal of Behavioral Science.* 2016;11(1):1-18.
14. Egmir E, Erdem C, Kocyigit M. Trends in educational research: a content analysis of the studies published in International Journal of instruction. *International Journal of Instruction.* 2017;10(3): 277-94.
15. Pohnarn N, Prommasaka Na Sakonnakhon N. A content analysis of nursing journals from 2011 to 2016. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University.* 2019;37(5): 65-74. (in Thai)
16. National Statistical Office. A detailed description of the data set [Internet]. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2020 [cited 2022 Aug 25]. Available from: https://gdhelppage.nso.go.th/p00_03_006.html (in Thai)

การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10

Stigma and Discrimination Related to HIV in the Health Services Area 10, Thailand

วันทนี ธารณธนบุลย์*

Wanthanee Tharnthanaboon

พัชมน เจริญนาวิ

Patchamon Charoennavee

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control,

Region 10 Ubon Ratchathani

*Corresponding author e-mail: wanthaneeodpc7@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2023.2

Received: October 6, 2022 Revised: March 7, 2023 Accepted: March 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวข้องกับเอชไอวี เก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ 985 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 872 คน จากโรงพยาบาลทุกแห่ง ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 คือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ผลโดยการนำเขาระบบเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Research Electronic Data Capture: REDCap) และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์อัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) การศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ มีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.94 ไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 51.78 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การเจาะเลือดและการทำแผล ร้อยละ 50.66 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.17 ในด้านพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า มีการป้องกันตัวเองในช่วงการให้บริการเกินความจำเป็น ร้อยละ 57.17 และสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 26.91 โดยสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการ ร้อยละ 23.05 ด้านทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ พบว่า เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.02 มีการตีตราตนเอง ร้อยละ 34.86 และพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากรู้สึกผิด และอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30.04 และ 15.25 เมื่อเปรียบเทียบการตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพสายวิชาชีพกับสายสนับสนุน พบว่า สายวิชาชีพมีความเต็มใจที่จะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า (OR=0.54; 95%CI 0.36-0.79) และมีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการต้องสัมผัสเสื้อผ้าของใช้มากกว่า (OR=1.74; 95%CI 1.24-2.44) แต่การป้องกันตัวเองโดยสวมถุงมือสองชั้นน้อยกว่าผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพสายสนับสนุน (OR=2.87; 95%CI 1.90-4.33) เปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเมื่อมารับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ

มากกว่าประชากรกลุ่มทั่วไป (OR=2.08; 95%CI 1.15–3.77) และเมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี 10 ปีขึ้นไปกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี พบว่า ผู้ติดเชื้อ 10 ปีขึ้นไปเคยถูกเลือกปฏิบัติมากกว่า (OR=1.79; 95%CI 1.07–3.02) และได้รับคำแนะนำให้งดการมีลูกมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี (OR=1.45; 95%CI 1.07–1.98) ข้อเสนอแนะ สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ควรจัดทำแนวทางและจัดบริการที่ช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยงานที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เน้นให้ผู้ให้บริการปลอดภัย เกิดความเห็นใจ เข้าใจและเต็มใจให้บริการ เคารพสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This research aimed to study stigma and discrimination related to HIV. Samples were recruited by sampling method among 958 health care providers and 872 people living with HIV from all hospitals in Health Service Area 10, including Ubon Ratchathani, Sisaket, Yasothon, Amnat Charoen and Mukdahan during March–June, 2017. Data collection tools included a self-administered questionnaire and an interview form about stigma and discrimination developed by Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The results were analyzed by the REDCap-data import tool and statistically analyzing by odds ratio and correlation. The study found that 83.39% of healthcare providers had at least one negative attitude towards people living with HIV, such as believing they were irresponsible or exhibiting inappropriate behavior (54.94). More specifically, 51.78% disagreed with HIV-positive women who wanted to have children, while 50.66% were worried about exposing themselves to HIV while providing care. Additionally, 35.17% felt awkward working with HIV-positive staff or personnel. Discrimination was also prevalent, with 57.17% of healthcare providers overprotecting themselves during service delivery and 26.91% demonstrating at least one discriminatory behavior, such as being reluctant to serve certain key populations (23.05). Among people living with HIV, 15.02% reported experiencing discrimination while receiving health services. Self-stigmatization was also common, with 34.86% of respondents feeling ashamed of their status and 30.04% deciding to avoid hospital visits due to feelings of guilt. Embarrassment was also a factor, with 15.25% of respondents feeling ashamed of their HIV-positive status. The study also found that healthcare professionals were more willing to provide care services to key populations than non-professionals (OR=0.54; 95%CI 0.36–0.79) and were more concerned about HIV transmission through contact with clients' personal items (OR=1.74; 95%CI 1.24–2.44), but less likely to use double gloves for self-protection (OR=2.87; 95%CI 1.90–4.33). Moreover, primary populations were more likely to experience stigma and discrimination in healthcare settings than the general population (OR=2.08; 95%CI 1.15–3.77). Those who had known about their HIV-positive status for more than 10 years were also more likely to experience discrimination than those who had known for less than 10 years (OR=1.79; 95%CI 1.07–3.02). Lastly, those who had been stigmatized and advised by healthcare providers to abstain from having children were significantly higher in the group of people who had known about their HIV-positive status for more than 10 years (OR=1.45; 95%CI 1.07–1.98). Recommendations: Health care facilities should establish a standardized approach to providing quality services

that prioritize the confidentiality of healthcare providers while also being friendly, secure, compassionate, and respectful of human rights and dignity of clients. Such an approach would encourage clients to receive health-care services continuously, leading to a reduction in new HIV cases and contributing to the goal of ending AIDS by 2030.

คำสำคัญ

การตีตราและเลือกปฏิบัติ, สถานบริการ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

Keywords

stigma and discrimination, health care settings, HIV/AIDS patients

บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2527 ประเทศไทยได้ตรวจพบผู้ป่วยเอดส์รายแรก หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ.2559 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 449,309 คน มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,863 คน และติดเชื้อฯ รายใหม่ 6,471 คน การติดเชื้อฯ รายใหม่ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งคาดว่าอีก 5 ปีข้างหน้า การติดเชื้อฯ รายใหม่ในกลุ่มนี้จะมีสัดส่วนเกินครึ่งของการติดเชื้อฯ รายใหม่ทั้งหมด⁽¹⁾ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระยะแรก สังคมมีความตระหนักและหวาดกลัว เนื่องจากคนในสังคมยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี ซึ่งการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เกิดขึ้นในหลายๆ ส่วนของสังคม โดยการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ถูกสงสัยว่าเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีนั้นมิได้หลายลักษณะ อาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเกิดจากการคาดคะเนอันเนื่องมาจากความกลัว ซึ่งส่งผลให้ไม่กล้าที่จะไปใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ไม่ไปเข้ารับการรักษาเชื้อเอชไอวี หรือไม่ไปรับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว และอาจหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาเพราะไม่กล้าเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ทำให้พวกเขาไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือไม่ได้รับการดูแลรักษา

ที่เหมาะสม ผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ มักจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด⁽²⁾ ปัญหาดังกล่าว ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อและผู้ใกล้ชิด⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2558 ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ได้ติดตามสถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ายังคงสูงอยู่โดยสังเกตเห็นบุคลากรแสดงการรังเกียจในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 23.70 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อฯ ที่มีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติจากการมารับบริการที่สถานพยาบาลนั้นมีสถานการณ์ดีขึ้นกว่าเดิม แต่ก็ยังพบผู้ติดเชื้อฯ มีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการมารับบริการสุขภาพลดลงเล็กน้อย ร้อยละ 12.10 ประสบการณ์ในการถูกเปิดเผยผลเลือดลดลง ร้อยละ 20.40 และผู้ติดเชื้อฯ ยังมีการตีตราตนเองสูง ร้อยละ 31.41⁽⁴⁾ และจากการเสนอสถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทยโดยการสำรวจทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2560 เขตบริการสุขภาพละ 1 จังหวัด รวม 13 จังหวัด พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่กังวลว่าจะติดเชื้อจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 50.50 มีการ

ป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 56.70 สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 25.80 มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 82.12 ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือดูแลผู้ที่ป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 19.20 และรู้สึกอึดอัดลำบากใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30.60 นอกจากนั้น ผลสำรวจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 10.17 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านเนื่องจากการตีตราตนเอง ร้อยละ 36.90 เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อ ร้อยละ 10.30 และเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีลูกและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 10.45⁽⁵⁾

จากข้อมูลข้างต้น ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยเอดส์ ขณะเดียวกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีการตีตราตนเอง ส่งผลต่อการเข้ารับบริการต่างๆ ที่มีนโยบายให้ยาฟรีทุกสิทธิ และยังมีประสิทธิภาพดีขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีและอัตราการตายสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติ พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ ตลอดจนศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสายวิชาชีพ กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีกับประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำมาวางแผนพัฒนาและจัดบริการด้านสุขภาพที่ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

1) บุคลากรสายวิชาชีพ คือ ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในคลินิกยาต้านไวรัสที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน เช่น งานด้านธุรการ พัสดุ ซึ่งไม่มีโอกาสติดต่อหรือพบปะกับผู้รับบริการและญาติโดยตรงในโรงพยาบาลรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งใน 5 จังหวัด ของพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มจากรายชื่อของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดของโรงพยาบาล แบ่งขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลเทียบกับจำนวนบุคลากรทั้งจังหวัด โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจจำนวนบุคลากรทั้งหมดจากโรงพยาบาลทุกแห่งรวมกันของจังหวัดเท่ากับ 2,000 คน ทำการเปรียบเทียบโดยการอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษานำร่องที่ผ่านมาของกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ รายงานว่า ร้อยละ 65.60 ของบุคลากร กลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่และนำมาประมาณค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10.00 ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ 95 คน ต่อจังหวัด และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการเก็บข้อมูลสำรวจ (design effect) ไว้เท่ากับ 2 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างการสำรวจเท่ากับ 182 คน และคำนวณสำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 10.00 เท่ากับ 202 คน และสุ่มเลือกผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในคลินิกยาต้านไวรัสทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน กระจายให้ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยวิธีการจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 958 คน

2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างการได้รับบริการดูแลรักษา และมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐของจังหวัดเป้าหมาย ในช่วง

ที่ทำการศึกษามี โดยมีประชากรกลุ่มหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการ สตรีข้ามเพศ และแรงงานข้ามชาติ ทั้งผู้ที่กินยาต้านไวรัสแล้วและยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส การคัดเลือกอาสาสมัครให้ข้อมูล จะต้องเป็นผู้มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง และมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาส สามารถตอบแบบสอบถามได้ 10-15 นาที สามารถให้สัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วนทุกข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะใช้ข้อมูลความชุกของการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ โดยการอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษานำร่องที่ผ่านมาของกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ ที่พบว่ามีความชุกของประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 30.00 และการคาดคะเนความคาดเคลื่อนอย่างน้อย ร้อยละ 10.00 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 81 คนต่อหนึ่งจังหวัด และกำหนดค่าผลกระทบที่อาจมีต่อการคำนวณโดยกำหนดค่าผลกระทบเท่ากับ 2 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดของจังหวัดนี้เท่ากับ 158 คน นำมาคำนวณสำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10.00 เท่ากับ 176 คน หลังจากสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างเดียวกันกับกลุ่มของหน่วยงานผู้รับผิดชอบงานเอดส์แต่ละสถานพยาบาล ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ทั้งหมด 827 คน

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^(5,6) ดังนี้

1) แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

1.1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (8 ข้อ) เป็นแบบตรวจสอบรายการเกี่ยวกับตำแหน่งงานและแผนกที่

ปฏิบัติงาน

1.2) การติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ คือ ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพกลัวหรือกังวลว่าจะติดเชื้อจากการให้บริการเพียงใด (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราอันดับ (ordinal scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กังวล กังวลน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก

1.3) สภาพแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพ คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กังวล กังวลน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก

1.4) นโยบายของสถานบริการสุขภาพ คือ กฎ ข้อบังคับระเบียบปฏิบัติในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ความคิดเห็นต่อการแพร่เชื้อในการรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.6) ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติด และแรงงานข้ามชาติ (34 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเห็น เห็นไม่บ่อย เห็นบ้าง เห็นเป็นประจำ

2) แบบสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคำถามรวมทั้งสิ้น 27 ข้อ ได้แก่

2.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามทั่วไป 7 ข้อ เช่น อายุ การประกันสุขภาพ และการรับยาต้านไวรัส โดยคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศภาวะ 2 ข้อ จะอยู่ในส่วนสุดท้ายของแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ประสิทธิภาพการให้บริการที่สถานบริการสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ รูปแบบของพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ (6 ข้อ) การเปิดเผยสถานะและการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือการทำให้แน่ใจว่าข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ (3 ข้อ) อนามัยการเจริญพันธุ์และการมีลูก (ถามทั้งเพศชายและเพศหญิง) (6 ข้อ) และการมีลูก (ถามเฉพาะเพศหญิง) (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบ เป็นมาตรฐานอันดับ 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยเห็น เห็นไม่บ่อย เห็นบ้าง เห็นเป็นประจำ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1) จัดประชุมทีมแกนหลัก ประกอบด้วย นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ประชุมหารือเกี่ยวกับวิธีการสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อวางแผนการดำเนินงานและกำหนดรายละเอียดเนื้อหาตลอดจนเอกสารต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงาน

2) นำผลการประชุมทีมแกนหลัก มากำหนดรายละเอียดด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินการ ปรับแก้ไขแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการ และแบบแสดงคำยินยอมของอาสาสมัคร และปรับวิธีการจัดสถานที่สัมภาษณ์อาสาสมัครผู้เข้าร่วมกับเชื้อให้มีความเป็นส่วนตัวเพิ่มขึ้น

3) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พัฒนาระบบเก็บข้อมูล และระบบติดตามการเก็บข้อมูล การนำเข้าระบบเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Research Electronic Data Capture: REDCap)⁽⁷⁾

ขั้นตอนที่ 2 การอบรมทีมงานในพื้นที่ ดำเนินการจัดการอบรมบุคลากรของทีมงานจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ทีมวิทยากรกลาง ประกอบด้วย นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี โดยทีมวิทยากรเดินทางไปยังจังหวัดที่จะทำการสำรวจร่วมกับทีมงานในพื้นที่ เพื่ออบรมบุคลากรของทีมงานจังหวัด ที่จะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์อาสาสมัคร เนื้อหาของการอบรม ได้แก่ ระบบข้อมูลข้อสนเทศด้านเอดส์ของประเทศ สำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ความหมายและความสำคัญของการติตราและเลือกปฏิบัติ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ระบบข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระเบียบวิธีในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การควบคุมคุณภาพจัดการ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลประเด็นด้านจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมงานจังหวัดที่ผ่านการอบรมแล้ว ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามวิธีการและมาตรฐานของโครงการที่ได้กำหนดไว้โดยมีทีมวิทยากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้จัดเก็บข้อมูลร่วมกับทีมเก็บข้อมูลใน 5 จังหวัด พร้อมกำกับดูแลคุณภาพการดำเนินงานโดยทีมงานจังหวัดบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมออนไลน์เรียกว่า REDCap

โดยทีมวิจัย ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใน 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพดำเนินการเก็บข้อมูลในวันทำการของโรงพยาบาล โดยทีมงานส่วนกลางประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อนัดหมายผู้ปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัครโครงการทุกคน โดยมีภาระงานแนวทางในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงาน 2 ลักษณะ คือ 1) นัดมารวมกันยังสถานที่นัดหมายในเวลาปฏิบัติงานพร้อมกันในวันที่มีคลินิกบริการ และรวมกันที่ห้องประชุมที่มีความเป็นสัดส่วน และ 2) ขอเข้าพบผู้ปฏิบัติงานเป็นรายบุคคลหลังการให้บริการแก่ผู้รับบริการเสร็จสิ้นแล้ว จากนั้นเจ้าหน้าที่ของทีมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูลที่ได้รับการฝึกฝนแล้วจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการแก่อาสาสมัคร ซึ่งรวมถึงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่จะเป็นไป

ด้วยความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่อง การตอบแบบสอบถาม จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นผู้อธิบาย คำถามในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความสงสัยหรือไม่ เข้าใจ

2. นัดหมายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวบรวม ข้อมูล ณ วันที่มีคลินิกยาต้านไวรัส โดยเจ้าหน้าที่ ผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาลจะเชิญผู้ติดเชื้อ เอชไอวีมาพบเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ของโครงการ ณ ห้อง ที่เป็นส่วนตัวที่เตรียมไว้เป็นรายบุคคล เจ้าหน้าที่จะ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งรวมถึงการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มี ต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่เป็นไปโดย ความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่องการ ตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วม การศึกษา ลงนามในแบบยินยอมเป็นอาสาสมัครใน โครงการ ทำการสัมภาษณ์ และพนักงานสัมภาษณ์เป็น ผู้บันทึกคำตอบ และนำเข้าโปรแกรมฐานข้อมูลออนไลน์ REDCap

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลในแบบสอบถามจาก ทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา คือ ข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานบริการ สุขภาพ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะถูกนำเข้าโปรแกรมฐานข้อมูลออนไลน์ REDCap อย่างอัตโนมัติ⁽⁷⁾ ทันทีที่มีการบันทึกข้อมูลผ่านเครือข่าย อินเทอร์เน็ตโดยไม่มีการใช้แบบสอบถามที่เป็นกระดาษ และไม่มีการส่งแบบสอบถามมาที่ผู้วิจัยแต่อย่างใด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้การ จัดกลุ่มของคำตอบและแสดงผลเป็นความถี่ ร้อยละ และการคำนวณดัชนีชี้วัดรวม (composite indicators) จำนวนผู้ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อยหนึ่งข้อในชุดคำถาม ที่อยู่ในประเด็นเดียวกัน ทหารด้วยจำนวนที่มีผู้ตอบคำถาม ในข้อนั้นทั้งหมดและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ สำหรับข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ หาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นหรือไม่เป็นบุคลากรสายวิชาชีพ กับการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในประเด็นต่างๆ ส่วนของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะ

เวลาที่ทราบติดเชื้อและการเป็นหรือไม่เป็นกลุ่ม ประชากรหลัก กับการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในประเด็นต่างๆ โดยจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงโดยค่า odds ratio และระดับค่าความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการตามเอกสาร พิตักษ์สิทธิ์ ซึ่งแจ่งล่วงหน้าเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการ ศึกษา ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหรือประโยชน์ของการ มีส่วนร่วมของการศึกษา รวมถึงข้อมูลทั้งหมดจะเป็น ความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และการรักษาความลับข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับ ปฏิเสธ หรือมีสิทธิยกเลิกได้ ทีมวิจัยได้ขออนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักใน การรับรองด้านจริยธรรม เพื่อให้โครงการสามารถดำเนิน งานศึกษาวิจัยได้ ในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียน รายงาน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการพิจารณา แบบสอบถามที่มีความครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลเชิง พรรณนา โดยความถี่ ร้อยละ ทั้งตัวแปรเดิม และตัวแปร ที่สร้างขึ้นใหม่ ที่รวมข้อมูลจากตัวแปรในกลุ่มเดียวกัน (composite indicators) เพื่อให้เข้าใจผลการศึกษาใน ภาพรวมที่กว้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในภาพรวม และ แยกรายจังหวัด 5 จังหวัด สรุปข้อมูลทั้งหมดในรูปแบบ ของรายงาน

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาศักยภาพของทีมงาน จังหวัดในการแปลผลและใช้ประโยชน์ข้อมูล จัดประชุม ทีมส่วนกลาง เพื่อรับทราบผลการสำรวจเบื้องต้น ประชุม ระดมสมองในการแปลความหมายของผลการสำรวจ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ให้ บริการสุขภาพเป็นบุคลากรสายวิชาชีพร้อยละ 51.77 สายสนับสนุนทางคลินิก และสายสนับสนุนทั่วไปร้อยละ 22.55 และ 25.68 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ส่วนใหญ่

ใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.22 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เกษักร และแพทย์ร้อยละ 79.84, 11.36 และ 5.44 ตามลำดับ สายสนับสนุนคลินิกเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานแปล และผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 56.02, 13.89, 11.50 ตามลำดับ สายสนับสนุนทั่วไป ได้แก่ พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด และเจ้าหน้าที่เก็บเงินร้อยละ 39.02, 31.70 และ 14.63 ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี น้อยที่สุด 19 ปี และมากที่สุด 66 ปี เฉลี่ยปีที่มารับบริการ 9.40 ปี โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 10.40 ปี ใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 มีเพศหญิง เพศชาย และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 50.17, 36.35 และ 6.08 ตามลำดับ เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการ

ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และแรงงานข้ามชาติ) ร้อยละ 13.19 ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 84.86 และกำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ร้อยละ 99.43

2. ทศนคติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ปฏิบัติงานกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 50.66 โดยกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องเจาะเลือด ร้อยละ 48.84 ทำแผล ร้อยละ 46.47 และหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ ร้อยละ 34.43 มีทัศนคติเชิงลบอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.94 และไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 51.78 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีร้อยละ 35.17 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ทศนคติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ 10

ประเด็น	n / N	ร้อยละ
ความกังวลของกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งข้อ	345 / 681	50.66
เจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	189 / 387	48.84
ทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	171 / 368	46.47
หยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	210 / 610	34.43
ทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อยหนึ่ง	798/957	83.39
เห็นด้วยว่าเพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	523/952	54.94
เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ	495/956	51.78
เห็นด้วยว่าควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการติดเชื้อของตนเอง	427/953	44.81
เห็นด้วยว่าเขาอาจจะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้คนอื่น	405/956	42.36
ความรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	337/958	35.17

3. พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ พบว่า มีการป้องกันตัวเองมากเกินไปจนเป็นความจำเป็นในระหว่างให้บริการ ร้อยละ 57.17 โดยใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 52.32 และสวมถุงมือสองชั้นเมื่อต้องให้บริการ ร้อยละ 32.19 สังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 26.91 โดยสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้

บริการร้อยละ 23.05 เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยคุณภาพกว่าผู้ป่วยทั่วไปร้อยละ 15.26 และไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี อย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม ร้อยละ 18.07 ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการ สตรีข้ามเพศ และแรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 14.20, 13.58, 13.54, 11.14 และ 8.83 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2-4)

ตารางที่ 2 การป้องกันตัวเองระหว่างการใช้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

การป้องกันตัวเอง ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน บริการสุขภาพ	ภาพรวม N = 474	จำแนกรายจังหวัด n (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี N=82	ศรีสะเกษ N=105	ยโสธร N=68	อำนาจเจริญ N=139	มุกดาหาร N=80
ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	248 (52.32)	46 (56.09)	48 (45.71)	40 (58.82)	82 (58.99)	32 (40.00)
สวมถุงมือสองชั้นเมื่อให้บริการ	156 (32.91)	31 (37.80)	22 (20.95)	24 (35.29)	52 (37.41)	27 (33.75)
ปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อข้างต้น	271 (57.17)	49 (59.75)	49 (46.67)	42 (61.76)	91 (65.46)	40 (50.00)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

พฤติกรรม	ภาพรวม n / N (ร้อยละ)	จำแนกรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ ร่วมกับเชื้อ	148/642 (23.05)	28/106 (26.42)	25/128 (19.53)	21/136 (15.44)	50/167 (29.94)	24/105 (22.86)
เจ้าหน้าที่ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อด้วย คุณภาพดีกว่าผู้ป่วยทั่วไป	98/642 (15.26)	15/106 (14.15)	15/128 (11.72)	15/136 (11.03)	39/167 (23.35)	14/105 (13.33)
สังเกตเห็นอย่างน้อยหนึ่งข้อ	171/639 (26.91)	31/106 (29.25)	25/128 (19.53)	26/135 (19.26)	58/166 (34.94)	28/104 (26.92)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่อกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

ประเภทของ กลุ่มประชากรหลัก	ภาพรวม n / N (ร้อยละ)	จำแนกรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	78/549 (14.20)	13/94 (13.83)	12/93 (12.90)	10/127 (7.87)	32/144 (22.22)	11/91 (12.09)
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	66 / 486 (13.58)	16/81 (19.75)	11/94 (11.70)	6/106 (5.66)	22/122 (18.03)	11/83 (13.25)
พนักงานบริการ	26 / 192 (13.54)	5/66 (15.15)	3/31 (9.68)	4/49 (8.16)	12/42 (28.57)	6/37 (16.22)
สตรีข้ามเพศ	74 / 664 (11.14)	13/108 (12.04)	10/131 (7.63)	9/137 (6.57)	33/175 (18.86)	9/113 (7.96)
แรงงานข้ามชาติ	44 / 498 (8.83)	14/98 (14.29)	7/100 (7.00)	4/90 (4.44)	15/131 (11.45)	4/79 (5.06)
การเลือกปฏิบัติต่อประชากรหลัก อย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม	145 / 802 (18.07)	29/141 (20.57)	18/151 (11.92)	17/154 (11.04)	57/224 (25.45)	24/132 (18.18)

4. ทศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ พบว่า ประสิทธิภาพการถูกเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.02 ถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายหรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ ร้อยละ 8.14 ถูกได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ร้อยละ 5.96 และถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพหรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา ร้อยละ 3.32 และโดยเจ้าหน้าที่บอกให้เขา/เธอไปห้องฉุกเฉินหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.02 ด้านการตีตรา

ตนเองและประเด็นการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตนเอง ร้อยละ 34.86 รู้สึกผิด ร้อยละ 30.04 และอายุที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.25 เคยมีการแสดงเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ให้ผู้อื่นทราบ ร้อยละ 19.72 ถูกเปิดเผยแก่ผู้อื่นโดยไม่ยินยอม ร้อยละ 12.39 และเคยถูกเปิดเผยสถานะ ร้อยละ 10.32 ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับประเด็นการเก็บรักษาเป็นความลับ พบว่า มีความมั่นใจในการรักษาเป็นความลับ ร้อยละ 87.84 และมีประสบการณ์เคยถูกแนะนำว่าไม่ควรมีลูก ร้อยละ 28.78 (ดังตารางที่ 5-8)

ตารางที่ 5 ประสิทธิภาพเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประสิทธิภาพ เคยถูกเลือกปฏิบัติ	ภาพรวม	จำแนกรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
เคยถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา	29/872 (3.32)	5/174 (2.87)	6/175 (3.42)	6/176 (3.41)	4/174 (2.30)	8/173 (4.62)
เคยถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายหรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ	71/872 (8.14)	9/174 (5.17)	21/175 (12.00)	13/176 (7.39)	13/174 (7.47)	15/173 (8.67)
เคยถูกได้รับการดูแลเอาใจใส่แยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ	52/872 (5.96)	14/174 (8.05)	9/175 (5.14)	6/176 (3.41)	11/174 (6.32)	12/173 (6.94)
เจ้าหน้าที่บอกให้เขา/เธอไปห้องฉุกเฉินหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี(ถามเฉพาะผู้ที่เคยนอน รพ. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)	32/188 (17.02)	1/27 (3.70)	10/41 (24.39)	1/28 (3.57)	10/42 (23.81)	10/50 (20.00)
เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยหนึ่งข้อ	131/872 (15.02)	25/174 (14.37)	36/175 (20.57)	17/176 (9.66)	24/174 (13.79)	29/173 (16.76)

ตารางที่ 6 การติดตามตนเองและประเมินการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ 10

ประสบการณ์และความรู้สึก	ภาพรวม	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
ตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตนเอง	304/872 (34.86)	55/174 (31.61)	50/175 (28.57)	53/176 (30.11)	68/174 (39.14)	19/173 (10.98)
รู้สึกอายที่ติดเชื้อเอชไอวี	133/872 (15.25)	27/174 (15.52)	17/175 (9.71)	26/176 (17.77)	28/174 (26.26)	35/173 (20.23)
รู้สึกผิดที่ติดเชื้อเอชไอวี	262/872 (30.04)	49/174 (28.16)	44/175 (25.14)	38/176 (21.59)	62/174 (35.63)	69/173 (39.65)
ถูกเปิดเผยสถานะ	90/872 (10.32)	16/174 (9.19)	21/175 (12.00)	10/176 (5.68)	24/174 (13.79)	19/173 (10.98)
บอกผู้อื่นโดยไม่ยินยอม	108/872 (12.39)	26/174 (14.94)	22/175 (12.57)	22/176 (12.50)	13/174 (7.47)	25/173 (14.45)
ทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์	172/872 (19.72)	21/174 (12.07)	39/175 (22.29)	30/176 (17.05)	41/174 (23.56)	41/173 (23.69)

ตารางที่ 7 สัดส่วนของผู้รับบริการที่มีความมั่นใจเกี่ยวกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีถูกเก็บเป็นความลับ

สัดส่วนของผู้รับบริการ ที่มีความความมั่นใจต่อ การรักษาความลับ	ภาพรวม N= 872	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี N= 174	ศรีสะเกษ N=175	ยโสธร N=176	อำนาจเจริญ N=174	มุกดาหาร N=173
มั่นใจเป็นความลับแน่นอน	766 (87.84)	144 (82.76)	150 (85.71)	155 (88.07)	164 (94.25)	153 (88.44)
รู้สึกไม่มั่นใจ	103 (11.81)	30 (17.24)	24 (13.71)	21 (11.93)	8 (4.59)	20 (11.56)
รู้สึกไม่มีความลับ	3 (0.35)	0 (0.00)	1 (0.58)	0 (0.00)	2 (1.16)	0 (0.00)

ตารางที่ 8 ประสบการณ์การเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการมีลูกและอนามัยการเจริญพันธุ์

ประสบการณ์	ภาพรวม	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย”	113/859 (13.15)	19/173 (10.98)	16/175 (9.14)	34/173 (19.65)	20/172 (11.63)	24/166 (14.46)
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย”	230/799 (28.78)	42/160 (26.25)	57/160 (35.63)	46/150 (30.68)	43/170 (25.29)	42/159 (26.42)
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพตั้งเงื่อนไข ว่า“จะรับยาต้านไวรัสก็ต่อเมื่อคุม กำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น”	32/779 (4.10)	10/157 (6.54)	7/152 (4.61)	3/144 (2.08)	4/168 (2.34)	8/158 (5.06)
เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการ ตั้งครรภ์	39/634 (6.15)	6/120 (5.00)	9/116 (7.76)	5/106 (4.72)	5/142 (3.52)	14/150 (9.33)
เคยถูกแนะนำหรือตั้งเงื่อนไขอย่าง น้อยหนึ่งข้อ	75/865 (8.67)	14/174 (8.05)	10/174 (5.74)	13/175 (7.43)	21/172 (12.21)	17/170 (10.00)

5. การเปรียบเทียบระหว่างการติตราและการเลือกปฏิบัติกับการเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ เมื่อเปรียบเทียบบุคลากรสายวิชาชีพกับบุคลากรอื่นๆ พบว่า บุคลากรสายวิชาชีพเต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า (OR=0.54; 95%CI 0.36-0.79) และกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการต้องหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้มากกว่า (OR=1.74; 95%CI 1.24-2.44) แต่การป้องกันตัวเองในการสวมถุงมือสองชั้นเมื่อให้บริการน้อยกว่า (OR=2.87; 95%CI 1.90-4.33) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรหลักที่

มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มประชากรทั่วไป พบกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การถูกติตราและเลือกปฏิบัติ เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพมากกว่า (OR=2.08; 95%CI 1.15-3.77) และเมื่อเปรียบเทียบการติตราและเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพมากกว่า (OR=1.79; 95%CI 1.07-3.02) และได้รับคำแนะนำว่าอย่ามีลูกมากกว่า (OR=1.45; 95%CI 1.07-1.98) (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระหว่างเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีกับประสบการณ์การถูกติตราและเลือกปฏิบัติ

การติตราและเลือกปฏิบัติ	n/N	%	OR 95%CI	p-value
การเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ				
กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์				
- บุคลากรอื่น ๆ	101/241	29.30	1	0.002*
- บุคลากรสายวิชาชีพ	108/368	41.90	1.74 (1.24-2.44)	
กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์				
- บุคลากรอื่น ๆ	15/39	28.50	1	0.224
- บุคลากรสายวิชาชีพ	174/347	50.10	0.62(0.32-1.23)	
กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการเจาะเลือดผู้ติดเชื้อหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์				
- บุคลากรอื่น ๆ	15/39	28.50	1	0.224
- บุคลากรสายวิชาชีพ	174/347	50.10	0.62(0.32-1.23)	
การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติในการให้บริการ โดยการสวมถุงมือสองชั้น				
- บุคลากรอื่น ๆ	72/144	50.00	1	0.000*
- บุคลากรสายวิชาชีพ	84/325	25.80	2.87 (1.90-4.33)	
การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติในการให้บริการ โดยใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ				
- บุคลากรอื่น ๆ	82/146	56.2	1	0.267
- บุคลากรสายวิชาชีพ	164/327	50.20	1.27 (0.86-1.89)	
สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการกลุ่มประชากรหลัก				
- บุคลากรอื่น ๆ	47/274	17.2	1	0.002*
- บุคลากรสายวิชาชีพ	101/363	27.8	0.54 (0.36-0.79)	
การเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี				
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการซ้ำสาเหตุเกี่ยวข้องกับการติตรา				
- ประชากรทั่วไป	86/754	11.00	1	0.069
- ประชากรกลุ่มหลัก	20/115	7.60	1.70 (0.99-2.90)	

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระหว่างเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี
ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีกับประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (ต่อ)

การตีตราและเลือกปฏิบัติ	n/N	%	OR 95%CI	p-value
เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
- ประชากรทั่วไป	55/755	7.30	1	0.023*
- ประชากรกลุ่มหลัก	16/114	14.00	2.08 (1.15-3.77)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง				
- ประชากรทั่วไป	65/757	8.60	1	0.051
- ประชากรกลุ่มหลัก	17/115	14.80	1.847 (1.04-3.28)	
เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี				
- ประชากรทั่วไป	92/754	12.20	1	0.714
- ประชากรกลุ่มหลัก	16/115	13.90	1.163 (0.66-2.06)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่าอย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย				
- ประชากรทั่วไป	86/757	11.40	1	0.366
- ประชากรกลุ่มหลัก	17/115	14.80	1.35 (0.77-2.37)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่าอย่ามีลูกเลย				
- ประชากรทั่วไป	204/755	27.00	1	0.376nn
- ประชากรกลุ่มหลัก	26/115nn	22.30nn	0.79 (0.49-1.26)nn	
ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี				
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการช้า สาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา				
- < 10 ปี	51/387	13.20	1	0.354
- ≥ 10 ปี	50/460	10.90	0.80 (0.53-1.22)	
เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
- < 10 ปี	23/386	6.00	1	0.034*
- ≥ 10 ปี	47/460	10.20	1.79 (1.07-3.02)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง				
- < 10 ปี	32/387	8.30	1	
- ≥ 10 ปี	49/462	10.60	1.32 (0.83-2.10)	0.300
เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- < 10 ปี	47/387	12.10	1	0.837
- ≥ 10 ปี	59/459	12.90	1.07 (0.71-1.61)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่าอย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย				
- < 10 ปี	39/387	10.10	1	0.138
- ≥ 10 ปี	63/462	13.60	1.41 (0.92-2.15)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่าอย่ามีลูกเลย				
- < 10 ปี	88/385	22.90	1	0.022*
- ≥ 10 ปี	139/462	30.10	1.45 (1.07-1.98)	

วิจารณ์

สถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวีหรือเอดส์ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาการติตราและการเลือกปฏิบัติยังคงมีอยู่ในสังคมในทุกตัวชี้วัดหลักไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการยุติปัญหาเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกลัวและกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ปฏิบัติงานกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการโดยเฉพาะเมื่อต้องเจาะเลือดและทำแผล ความรู้สึกกลัวและกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่ปกติในการทำงานประจำวัน เป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งสัดส่วนของความรู้สึกลัวกังวลสูงขึ้นเมื่อต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งก็สมเหตุผล โดยเฉพาะการที่บุคลากรสายวิชาชีพมีความกังวลมากกว่ากลุ่มอื่น สะท้อนว่าหัตถการที่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ทำมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่า ถึงแม้บุคลากรสายวิชาชีพจะเต็มใจให้บริการมากกว่าบุคลากรทั่วไป แต่การป้องกันตนเองจะต่ำกว่าผู้ปฏิบัติงานในสายสนับสนุนทางคลินิกและสายสนับสนุนทั่วไป แสดงให้เห็นโอกาสในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และให้การสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นแก่บุคลากรเพื่อลดความกังวล โดยทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงลบอย่างน้อยหนึ่งข้อ สูงถึงร้อยละ 83.39 มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.94) คิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่เห็นด้วยที่ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีมีลูก ซึ่งทัศนคติและความคิดเห็นเป็นสิ่งที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจ ส่งผลต่อการแสดงออกของผู้ปฏิบัติงาน และจากการศึกษานี้ก็พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะที่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และพนักงานบริการสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สะท้อนให้เห็นถึงการถูกตีตราซ้ำซ้อนในประชากรหลักเหล่านี้ที่เป็นกลุ่มที่สังคมมองว่าแปลกแยก อีกทั้งยัง

ถูกมองว่าเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี⁽²⁾ เนื่องจากที่ผ่านมาการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มแรกที่พบมาจากกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการ ถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านช่องทางการติดต่อของเชื้อเอชไอวีที่เสี่ยงสูง เช่น การถ่ายถอดผ่านทางเลือด และทางเพศสัมพันธ์ทั้งทางถาวรหนักและช่องคลอด ซึ่งการแก้ไขปัญหามีความซับซ้อนมากขึ้นเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ปลอดภัยโดยการสวนล้างยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การไม่เปลี่ยนคู่นอนหรือการมีคู่นอนหลายคน และการบำบัดการเสพติดยา เป็นต้องซึ่งปัญหาที่กล่าวมาจำเป็นต้องเริ่มแก้ไขตั้งแต่เรื่องทัศนคติ ด้านลบต่อเอดส์ และทัศนคติด้านลบต่อการเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งถูกมองควบคู่กัน ดังนั้น การเฝ้าระวัง การให้ความรู้ และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงาน ยังเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนต้องใช้เทคนิควิธีการ และกระบวนการที่เหมาะสม จึงจะได้ผลในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ สอดคล้องกับการศึกษาของนปภัช เมืองมา และเดชา ลลิตนันท์พงศ์⁽⁹⁾ การเสริมสร้างความยืดหยุ่นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถานพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่น ที่เล็งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดแรงขับด้านลบจากการตีตรา การเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานด้านเอชไอวีที่ต้องการแก้ไขปัญหการติตราและเลือกปฏิบัติโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน=0.25, $P<0.01$) และจากการศึกษานี้ ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบ 1 ใน 3 ของผู้ปฏิบัติมีความรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี สะท้อนถึงความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งๆ ที่น่าจะมีความรู้เรื่องการติดเชื้อฯ และการป้องกันมากกว่าประชาชนทั่วไป และยังสะท้อนถึงการมีทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้วยกันอีกด้วย

จึงส่งผลต่อการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งยังป้องกันตัวเองมากกว่าปกติหรือเกินความจำเป็น และเกิดการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี เจ้าหน้าที่ที่ไม่เต็มใจให้บริการเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมักจะได้รับการปฏิบัติจากผู้ให้บริการสุขภาพที่แตกต่างจากบุคคลอื่น เจ้าหน้าที่ที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งเหล่านี้ สะท้อนถึงความวิตกกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ จิวัณญา⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้เข้าร่วมกับ เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และความกังวลด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ และด้านนโยบายของหน่วยงานมีผลต่อทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งแสดงว่า เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติทางลบด้านใดด้านหนึ่งสูง จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและลงลึกด้านความรู้สึกกับเจ้าหน้าที่ทุกคน ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตบริการสุขภาพที่ 10 จัดให้มีการอบรมเรื่องลดการตีตราให้กับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกคน และพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมในประเด็นความกังวลและทัศนคติที่มีต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผ่านระบบออนไลน์ รวมทั้งติดตามประเมินผลทุกปี ส่วนประเด็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเห็นว่า 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการตีตราตนเองเพราะรู้สึกผิดและรู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า เนื่องจากการกลัวการถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากการรับบริการในสถานพยาบาลสุขภาพ ถือเป็นผลจากปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยและ

เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ รวมถึงถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่นที่สามารถป้องกันได้ ต้องปรับตัว ยอมรับสถานการณ์ติดเชื้อฯ และให้ความสำคัญกับการเข้ามารับบริการสุขภาพเมื่อเกิดปัญหา หรือมีความจำเป็นต้องอาศัยความกล้าและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ชุมชน ตลอดจนผู้ให้บริการ ซึ่งหากสอบถามจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าสัดส่วนของการเคยหลีกเลี่ยงไม่มารับบริการจะสูงกว่าที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้น ถึงแม้ปัญหาในประเด็นนี้จะมีสัดส่วนไม่มาก เมื่อเทียบกับประเด็นอื่น แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องติดตามและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการตีตราตนเองส่งผลทำให้มีการตัดสินใจไม่ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีการตีตราตนเองในระดับสูงซึ่งแสดงออกมาทางความรู้สึก ละอายใจ รู้สึกผิด และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าด้วยเหตุผลเหล่านี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากจึงได้หลีกเลี่ยงไม่ไปใช้บริการสุขภาพที่คลินิกหรือโรงพยาบาล สาเหตุไม่ได้เกิดจากผู้ให้บริการสุขภาพหรือสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัญหายภายในที่เป็นความคิดความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาจเกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ยังคงมีการตีตราผู้ติดเชื้ออยู่⁽⁸⁾ ดังนั้นในการแก้ไขปัญหา นอกจากการปรับความคิดของผู้ติดเชื้อเองแล้ว ยังต้องแก้ไขที่ทัศนคติของสังคมในภาพรวมด้วย ซึ่งการตีตราไม่ใช่เฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ยังเกิดกับโรคที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การติดต่อและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการรับรู้ของสังคมที่ได้รับข้อมูลที่เกินจริง จนสร้างความตื่นตระหนกให้กับประชาชน อาทิ การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข⁽¹¹⁾ อีกทั้งการหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือรับบริการช้า เมื่อพิจารณาสาเหตุที่นำไปสู่การตีตราทางสังคม มีทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (1) การมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและไม่เพียงพอ (2) ความกลัวและความกังวล โดยเฉพาะการกลัวว่าจะติดเชื้อ (3) ทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้ติดเชื้อ โดยมองว่าขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่

ไม่เหมาะสม (4) การแบ่งแยกโซนผู้ที่เข้ารับการรักษ และ (5) การนำเสนอข้อมูลแบบชี้นำ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ นำเสนอข้อมูลด้วยข้อความหรือถ้อยคำที่ชักจูงให้คนในสังคมเกิดความตระหนัก⁽⁸⁾ จะสังเกตได้ว่าการถูกตีตราที่สามารถรับรู้ได้หรือถูกตีตราผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบในกลุ่มบุคคลข้ามเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาต้านเอชไอวี ทั้งทางวาจา ทางจิตใจ และทางกายภาพ นอกจากนี้ การตีตราตนเองและการตีตรากันเองภายในชุมชนบุคคลข้ามเพศนั้น ก็พบได้มาก ผู้ปฏิบัติงานควรทำความเข้าใจให้มากขึ้นเกี่ยวกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และสังคมของบุคคลกลุ่มนี้ เพื่อเข้าใจและลดการตีตราในการบริการ⁽³⁾

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยุติการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โดยเริ่มที่สถานบริการสุขภาพ ทำให้เรื่องของเอดส์เป็นเรื่องธรรมดา คนทำงานต้องปรับกิจกรรมการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เพื่อสามารถยุติปัญหาเอดส์ได้ การตรวจสอบการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นประจำในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงควรให้การสนับสนุนให้บุคคลได้รับความรู้และประสบการณ์ หรือการฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น อย่างสม่ำเสมอ และควรลดความกังวลโดยมีมาตรการทำความเข้าใจของของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งควรจัดให้มีการอบรมเรื่องลดการตีตราให้กับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกคน และพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมในประเด็นความกังวล และทัศนคติที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผ่านระบบออนไลน์รวมทั้งติดตามประเมินผลทุกปีปัจจุบันประเทศไทยมีคู่มือการดำเนินงาน เพื่อการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์⁽¹²⁾ และหลักสูตรสำหรับอบรมบุคลากร เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีการตี

ตราตนเอง ถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับ ส่งผลต่อปัญหาเรื่องความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาความลับ ซึ่งถือเป็นปัญหาเชิงเทคนิค เมื่อเทียบกับเรื่องอื่นที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนคติ จึงน่าจะเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ง่ายกว่าโดยทีมผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานหรือออกแบบสถานที่ทำงาน ให้มีความเหมาะสม โดยเฉพาะในประเด็นการทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยภายในหน่วยงาน และจากการศึกษานี้ พบว่าการเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะการมีลูก ยังคงมีอยู่ ถึงแม้จะน้อยมากถ้าเทียบกับเรื่องทัศนคติ แต่ถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน⁽⁸⁾ ถือเป็นเรื่องร้ายแรงและผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

1) สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและป้องกันการตีตราในสถานบริการสุขภาพ ด้วยการอบรมแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ (stigma reduction participatory training modules) ซึ่งเป็นหลักสูตรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

2) ควรมีการดำเนินงานที่สร้างขยายการเรียนรู้เรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติออกไปให้กว้างขวางมากขึ้น เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ด้วยหลักสูตร reduction for health staff ด้วยกิจกรรมการเรียนรู้หลักสูตร 10 กิจกรรมตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เช่น โปรแกรมลดการตีตราของกรมควบคุมโรค (3x4 package)

3) ควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารสาธารณะ “normalize HIV” เพื่อให้ประชาชนรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เช่น การจัดทำสื่อความรู้ สื่อวิทยุทัศน์ สื่อวิทยุ เป็นต้น

4) ไม่ควรมีการแบ่งแยกโซนผู้ที่เข้ารับการรักษหรือการกำหนดพื้นที่ในการกักตัวของผู้ที่เป็

กลุ่มเสี่ยง ซึ่งทำให้บุคคลอื่นเห็นแล้วทราบว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานนั้น ๆ เป็นผู้ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อทำให้มีการจ้องจับผิด และเปรียบเทียบการให้บริการตามมา เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกผู้รับบริการคนอื่นถามว่าทำไมจึงมารับบริการห้องนี้ การมีสัญลักษณ์บนเอกสาร เป็นต้น

5) ควรสนับสนุนอุปกรณ์หรือเครื่องใช้ในสถานบริการสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่เจาะเลือด ชุดทำแผล ตลอดจนถุงยางอนามัยหรืออุปกรณ์ทั้งเข็มที่ปลอดภัยให้เพียงพอกับการทำงาน

6) การสื่อสารข้อมูลและความรู้ที่เป็นจริงทั้งหมดที่มีผลกระทบเชิงบวกและมุมที่มีผลกระทบเชิงลบ หลีกเลี่ยงการนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความหรือถ้อยคำที่ชักจูงให้คนในสังคมเกิดความตระหนกมากเกินไป และการให้ข้อมูลที่อาจจะทำให้เกิดการตีตราเกิดขึ้นด้วยความไม่ตั้งใจ เช่น การแสดงแผนภาพที่ระบายสีตามระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อ ซึ่งการนำเสนอในมุมนี้อาจเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังการระบาดของโรค แต่ในอีกมุมหนึ่งก็ทำให้เกิดการตีตราว่าประชาชนที่อยู่ในพื้นที่สีแดงนั้น เป็นผู้ที่มีความเสี่ยง อาจนำมาซึ่งการถูกปฏิเสธการให้บริการ การไม่รับเข้าศึกษาในโรงเรียน เป็นต้น จนเกิดเป็นการตีตราทางสังคมขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติมาก่อน ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของเขตบริการสุขภาพที่ 10

2. ควรผลักดันให้โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 10 เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เพื่อช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดจากบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ

3. จัดกระบวนการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติโดยเชื่อมต่อกับกระบวนการคุณภาพ และเชื่อมกับการรับเรื่องร้องเรียนการคุ้มครองสิทธิในระดับเขตสุขภาพ

(hospital accreditation system) โดยผลักดันให้มีการนำหลักเกณฑ์ มาตรการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนกรณีการละเมิดสิทธิมนุษยชนของกรมควบคุมโรคมาใช้ในโรงพยาบาล ผ่านเจ้าหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์หรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ

4. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การละเมิดสิทธิในระดับเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทําวิจัยในอนาคต

1. เครื่องมือที่ใช้สำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพนำมาปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ได้ โดยเนื้อหาที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัจจัยผลักดันที่ก่อให้เกิดการตีตรา (stigma drivers) รวมถึงการตีตราที่มีการปฏิบัติจริง (enacted stigma) สามารถนำไปใช้ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในช่วงเวลาต่างๆ กัน ในสถานบริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่ได้

2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารังนี้ สามารถนำไปใช้ออกแบบกิจกรรมดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเน้นย้ำหรือชี้ให้เห็นถึงปัญหาของความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี และการมีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีอยู่ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมักจะถูกมองว่าเป็นต้นแบบที่คนในชุมชนจะปฏิบัติตาม ไม่ว่าจะเป็นทัศนคติหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่

3. ควรเริ่มต้นการอบรมเรื่องลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลก่อน โดยฝึกอบรมผู้ที่ทำหน้าที่เป็นครูฝึกอบรม (trainer) โดยเลือกตัวแทน ของเจ้าหน้าที่ในระดับกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) ตัวแทนของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากร หลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของจังหวัดเป้าหมายหลัก (priority provinces) ก่อนเป็นลำดับแรก

4. นอกจากการฝึกอบรมควรมีการจัดระบบการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในจังหวัดเป้าหมายหลักเหล่านั้นด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถวัดระดับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดังกล่าวในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้ง เป็นการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในพื้นที่เหล่านั้นด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากท่านผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหารที่มอบนโยบาย อีกทั้ง สนับสนุนงบประมาณ ให้คำปรึกษา แนะนำและข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐและผู้รับบริการ ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องขอขอบคุณครั้งนี้สำนึกล้น

เอกสารอ้างอิง

1. Futhakun S, Vasantiupakakorn M, Khemngern P, KhonSue N. Report on the results of the Bureau of AIDS and Tuberculosis and sexually transmitted diseases in 2017. Nonthaburi: J. S. Printing House Pimping; 2017. (in Thai)
2. Fongkaew K, de Lind van Wiljngaarden JW. Stories of stigma: exploring stigma and discrimination against Thai transgender people while accessing health care and in other settings [Internet]. Bangkok: United Nations Development Programme Thailand; 2020 [cited 2021 Oct 28]. Available from: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP_TH-Stories-of-Stigma_Thai.pdf (in Thai)
3. Poonyakanok T, Tuicomepee A. Stigma in context of professional psychological help seeking. J Ment Health Thai. 2011;19(1):66-74. (in Thai)
4. Department of Disease Control, International Health Policy Development Agency (IHPP). Ministry of Public Health. Pilot research report Development of tools and methods to explore branding and discrimination, HIV/AIDS issues in healthcare settings in Thailand. Nonthaburi: Graphic Systems; 2014. (in Thai)
5. Department of Disease Control, International Health Policy Development Agency (IHPP). Ministry of Public Health. A guide for assessing the stigma and discrimination against people living with HIV in health care facilities. Nonthaburi: Six One Jade; 2015. (in Thai)
6. Department of Disease Control, National AIDS Management Center (NAMC) and International Health Policy Development Agency (IHPP). Ministry of Public Health. A guide for survey stigma and discrimination against people living with HIV in health care providers. 3rd Ed. Nonthaburi: Samoi Nuttapon Plate Co., Ltd; 2017. (in Thai)
7. Research Institute for Health Sciences Chiang Mai University, Research Electronic Data Capture (REDCap) REDCap Consortium, The REDCap consortium: Building an international community of software partners. Available from: <https://www.project-redcap.org>
8. Khemngern P, Srithanavibulchai K, Cheuyen C, Wongtip N. The 2018 survey of stigma and selection of public health services. Bangkok: Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Diseases. Nonthaburi: Institute of Public Health Sciences; 2018. (in Thai)
9. Muangma N, Lalitananpong D. Flexibility and social support for HIV/AIDS at the Thailand-

- Australia–Netherlands Cooperation Center for research studies AIDS Clinic Thai Red Cross Society. AIDS Research Center [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 28];62(6):947–63. Available from: http://clmjourn.org/_fileupload/journal/453-2-5.pdf. (in Thai)
10. Jiewpanya W. Factors that affect create concerns, affect the attitude, stigma and discrimination to healthcare provider who lived with HIV patients in Nakorn Sawan health Care Service Center. *Journal of Disease and Health Risk DPC* 3. 2021;15(1) :30–40 (in Thai)
11. Sermrittirong S, Thanyakittikul P, Poldej C. Public health personnel perception of stigma against patients with leprosy and tuberculosis, Chaiyaphum Province. *Dis Control J*. 2017;43(3): 30–42. (in Thai)
12. Ongwandi S. A manual of operations for promoting health facilities free of stigma and discrimination related to HIV/AIDS. Nonthaburi: J.S. Printing; 2016. (in Thai)

การตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 ชนิด ในกลุ่มหญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ด้วยวิธี Multiplex Real-Time PCR The Detection of Seven Sexually Transmitted Infections in Women with Sexual Risk Behaviors Using the Multiplex Real-Time PCR method

บุศรา บำรุงศักดิ์^{1*}Busara Bamrungsak^{1*}กิตติภูมิ ชินหิรัญ¹Kittipoom Chinhiran¹อิงฟ้า สุนทรวีรัตน์²Ingfar Soontarawirat²รุ่งนภา เหลืองประสิทธิ์¹Runghana Leungprasit¹รศพร กิตติยาอมารณ์¹Rossaphorn Kittiyaowamarn¹¹กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹Division of AIDs and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา²Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author e-mail: busarabbbb@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2023.3

Received: December 7, 2022 Revised: March 24, 2023 Accepted: March 29, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ.2561 เก็บสิ่งส่งตรวจสารคัดหลั่งจากปากมดลูก (cervical swab) จากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนทั้งหมด 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มหญิงทั่วไปจำนวน 50 ราย และพนักงานบริการหญิง จำนวน 50 ราย วัดอุปสรรคของการศึกษานี้ เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 ชนิด ได้แก่ *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Mycoplasma genitalium* (MG), *Mycoplasma hominis* (MH), *Ureaplasma urealyticum* (UU), *Ureaplasma parvum* (UP) และ *Trichomonas vaginalis* (TV) ในกลุ่มหญิงทั่วไปและกลุ่มพนักงานบริการหญิง ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจการติดเชื้อก่อโรคทางเพศสัมพันธ์ ใช้ชุดตรวจ Anyplex™ II STI-7 Detection ด้วยวิธี multiplex real-time polymerase chain reaction วิเคราะห์ผลการตรวจด้วยโปรแกรมการแปลผลอัตโนมัติ Seegene Viewer จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบอัตราการติดเชื้อแบคทีเรีย ดังนี้ ได้แก่ *Ureaplasma parvum* มากที่สุดคือ ร้อยละ 48, *Ureaplasma urealyticum* ร้อยละ 20, *Mycoplasma hominis* ร้อยละ 17, *Neisseria gonorrhoeae* ร้อยละ 11, *Chlamydia trachomatis* ร้อยละ 9, *Mycoplasma genitalium* ร้อยละ 6, โดยพบการติดเชื้อปรสิต *Trichomonas vaginalis* ร้อยละ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหญิงทั่วไปกับพนักงานบริการหญิงพบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 7 ชนิด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แต่ พบว่า กลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่แสดงอาการมีอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 7 ชนิด สูงกว่ากลุ่มแสดงอาการทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อได้มากขึ้น ดังนั้น การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 7 ชนิด ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการป้องกันควบคุมโรค

Abstract

This cross-sectional study was conducted between January and June 2018, of which 100 symptomatic and asymptomatic participants were selected from the patients of sexual transmitted diseases clinic, Bangrak Medical Center, Division of AIDS and STIs. The participants were divided into two groups, the general women group (N=50) and the female sex worker group (N=50). An individual cervical swab was collected from each participant to test for seven sexually transmitted infections: *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Mycoplasma genitalium* (MG), *Mycoplasma hominis* (MH), *Ureaplasma urealyticum* (UU), *Ureaplasma parvum* (UP) and *Trichomonas vaginalis* (TV), using the multiplex real-time polymerase chain reaction method with Anyplex™ II STI-7 Detection. The results were analyzed using Seegene Viewer program. Descriptive statistics were applied to analyze the results. The findings revealed that *Ureaplasma parvum* had the highest rate of bacterial infection (48%), followed by *Ureaplasma urealyticum* (20%), *Mycoplasma hominis* (17%), *Neisseria gonorrhoeae* (11%), *Chlamydia trachomatis* (9%), *Mycoplasma genitalium* (6%). The rate of parasite infection was *Trichomonas vaginalis* (3%). There was no statistically significant difference between the two groups in terms of the seven sexual transmitted infections ($p>0.05$). However, the asymptomatic female sex worker group had a higher rate of these infections, indicating an increased risk of transmission. Therefore, screening tests for these seven sexually transmitted infections in female sex workers are needed for prevention and control of infection.

คำสำคัญ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
การตรวจด้วยวิธี multiplex real-time polymerase
chain reaction, กลุ่มหญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

Keywords:

sexually transmitted infections (STIs),
multiplex real-time polymerase chain reaction,
female high-risk sexual behavior

บทนำ

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย จากรายงาน 506 ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในประเทศไทย ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลืองหรือโรคฝีมะม่วง เป็นต้น มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 2557-2561 พบอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักต่อแสนประชากร 18.8, 23.0, 25.3, 28.8 และ 31.6 ตามลำดับ โรคหนองในเป็นโรคที่พบผู้ป่วยมากที่สุดอย่างต่อเนื่องทุกปี พบ 10.2, 12.5, 14.3, 15.8 และ 14.6 ตามลำดับ ส่วนโรคหนองในเทียม

พบอัตราป่วย 3, 3.8, 3.5, 3.2 และ 3.4 ตามลำดับ⁽¹⁾ โรคหนองใน (Gonorrhea) เกิดจากการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ผู้ป่วยชายจะมีอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการจะมีตกขาวผิดปกติ ไม่คัน ส่วนโรคหนองในเทียม (non-gonococcal urethritis) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ผู้ป่วยชายจะมีอาการปัสสาวะแสบขัด อาจมีมูกใสหรือมูกขุ่น คันที่ท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ส่วนน้อยอาจมีตกขาวหากไม่ได้รับการรักษาเชื่อว่าจะลามไปที่ท่อนำไข่ fallopian tube เกิดอุ้งเชิงกรานอักเสบ pelvic inflammatory disease (PID) ซึ่งจะมีอาการปวดท้องน้อย มีไข้ เจ็บท้อง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจจะทำให้

เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก ปวดท้องน้อยเรื้อรัง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากหรือเป็นหมัน ท่อปัสสาวะอักเสบ (urethritis)⁽²⁾

การตรวจวินิจฉัยโรคหนองในจากการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สามารถตรวจด้วยวิธีย้อมสีแกรม ความไว (sensitivity) ร้อยละ 60 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 97⁽³⁾ ส่วนวิธีมาตรฐานคือการเพาะเชื้อ ความไวร้อยละ 85 ความจำเพาะร้อยละ 100⁽⁴⁾ สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคหนองในเทียมจากการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* วิธีมาตรฐานคือการเพาะเลี้ยงเซลล์ (cell culture) มีความจำเพาะร้อยละ 100 แต่มีความไวร้อยละ 60 ข้อเสียวิธีนี้คือ ขั้นตอนการตรวจยุ่งยาก เจ้าหน้าที่ต้องมีทักษะความชำนาญในการเลี้ยงเซลล์และต้องใช้เวลาในการตรวจวิเคราะห์นานจึงไม่เหมาะสมสำหรับการตรวจในงานประจำวัน⁽⁵⁾ นอกจากนั้นยังมีวิธี Enzyme-linked Immunosorbent assay (ELISA) เป็นการตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ *Chlamydia trachomatis* มีความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 99⁽⁶⁾

สำหรับเชื้อ *Ureaplasma urealyticum* และ *Mycoplasma hominis* สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีเพาะเชื้อโดยจะต้องใช้อาหารเพาะเชื้อชนิดพิเศษ และสามารถตรวจได้ด้วยชุดน้ำยาสำเร็จรูปซึ่งสามารถหาค่า titration ของเชื้อได้⁽⁷⁾

นอกจากนั้นเชื้อโปรโตซัว *Trichomonas vaginalis* สามารถตรวจได้ด้วยวิธีดูสด (wet smear) ความไวร้อยละ 66 ความจำเพาะร้อยละ 100 และวิธีการเพาะเชื้อมีความไวร้อยละ 77.77 ความจำเพาะร้อยละ 99.44⁽⁸⁾

มาตรฐานสำหรับการตรวจเชื้อหนองใน คือ การเพาะเชื้อ มาตรฐานสำหรับการตรวจเชื้อหนองในเทียม คือ การเพาะเลี้ยงเซลล์ตามแนวทางการตรวจโรคหนองในของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ในปี 2020 แนะนำให้ใช้หลักการตรวจวินิจฉัย nucleic acid amplification test (NAAT) เนื่องจากมีความไวความจำเพาะสูง

อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมมี

แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี แสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลโดยตรงต่อการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น มีคู่นอนหลายคน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางแตก หลุดรั่ว จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า ผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประมาณ 3-5 เท่า^(2,9) อีกทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เหล่านี้มักจะไม่มีอาการ ทำให้เพิ่มโอกาสการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น

ดังนั้นการตรวจคัดกรองและการประเมินสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศทั้งที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันควบคุมโรค วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการในงานประจำวันนั้นมีโอกาสตรวจไม่พบการติดเชื้อได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกันหลายชนิด หรือการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่ไม่แสดงอาการ ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือปัญหาการติดยาของเชื้อก่อโรค การศึกษาในครั้งนี้จึงมีการนำเทคนิคการตรวจทางอณูชีววิทยา multiplex real-time PCR เข้ามาใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจสารพันธุกรรมของเชื้อในสิ่งส่งตรวจ สามารถตรวจเชื้อที่เพาะเลี้ยงได้ยาก เนื่องจากมีความไว ความจำเพาะสูง และปัจจุบันมีชุดตรวจสำเร็จรูปที่พัฒนาให้สามารถตรวจหาเชื้อเป้าหมายได้หลายเชื้อในหลอดทดสอบเดียวกัน⁽¹⁰⁾ ให้ความสะดวก และรวดเร็ว

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 ชนิด ได้แก่ *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Mycoplasma genitalium* (MG), *Mycoplasma hominis* (MH), *Ureaplasma urealyticum* (UU), *Ureaplasma parvum* (UP) และ *Trichomonas vaginalis* (TV) ในกลุ่มผู้มีอาการและไม่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มหญิงทั่วไปและพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้หญิงที่เข้ามาใช้บริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์การแพทย์บางรักฯ กรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน ปี พ.ศ. 2561 โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายที่จะคัดเลือกเข้ามาเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย จะต้อง

มีลักษณะตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสัญชาติไทย คู่เป็นผู้มีประวัติเสี่ยงเพศสัมพันธ์ (เช่น ไม่ใส่ถุงยางอนามัย, ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง/มีคู่นอนหลายคน/ถุงยางแตก รั่ว หลุด) ต้องสามารถลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถลงลายมือชื่อได้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

ขณะมารับบริการ อยู่ระหว่างการมีประจำเดือน หรือเห็นบยาสด หรือเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแล้ว กำลังติดตามผลการรักษา

จากเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยและการซักประวัติ พบว่า อาสาสมัครเพศหญิง จำนวน 108 คน โดยเป็นกลุ่มหญิงทั่วไปจำนวน 53 คน และกลุ่มพนักงานบริการหญิงจำนวน 55 คน เมื่อทำการซักประวัติ พบว่า ในกลุ่มหญิงทั่วไปเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการรับยาสดจำนวน 2 คน และอยู่ระหว่างการติดตามผลการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จำนวน 1 คน ส่วนในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีผู้ที่อยู่ระหว่างการติดตามผลการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จำนวน 5 คน ดังนั้นอาสาสมัครที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์คัดเข้าโครงการวิจัยจึงมีทั้งสิ้นจำนวน 100 คน เป็นกลุ่มหญิงทั่วไป จำนวน 50 คน และเป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิง จำนวน 50 คน

การพิทักษ์สิทธิ์

อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอนการศึกษา และวิธีการเก็บตัวอย่างสารคัดหลั่งหลังจากปากมดลูก (Cervical swab) รวมถึงสิทธิประโยชน์จากโครงการวิจัยโดยละเอียด โดยอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจะต้องลงลายมือชื่อรับทราบรายละเอียดของโครงการและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนทำ

การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

เจ้าหน้าที่พยาบาลจะดำเนินการสัมภาษณ์ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาการทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วบันทึกข้อมูล จากนั้นใช้ไม้พันสำลีป้ายเก็บสิ่งส่งตรวจสารคัดหลั่งหลังจากปากมดลูกใส่ในหลอดที่ใช้สำหรับขนส่งเชื้อ (Transport media tube) นำส่งไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวิเคราะห์

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 7 ชนิด ทำได้โดยนำสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด (Vaginal swab) มาสกัด DNA ด้วยชุดสกัด DNA และเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมด้วยชุดตรวจ Anyplex™ II STI-7 Detection ซึ่งประกอบด้วย Primers จำนวน 7 คู่ และ PCR master mix จากนั้นนำไปเพิ่มปริมาณ DNA ด้วยเทคนิค Multiplex Real time PCR ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการนั้นเป็นไปตามคู่มือการวิเคราะห์ด้วยชุดตรวจ Anyplex™ II STI-7 Detection⁽¹¹⁾ มีการควบคุมคุณภาพภายในด้วยตัวควบคุมบวกและลบที่ให้มากับชุดตรวจ และมีการป้องกันการปนเปื้อนของปฏิกิริยา ด้วย UDG อ่านผลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมการแปลผลอัตโนมัติ Seegene viewer⁽¹²⁾

เกณฑ์การแปลผล

การแปลผลตามคู่มือของชุดตรวจ Anyplex™ II STI-7 Detection ทดสอบตัวอย่างพร้อมกับตัวควบคุมบวกและตัวควบคุมลบทุกครั้ง การแปลผลตัวอย่าง เมื่อหลอดควบคุมคุณภาพของตัวอย่าง Internal control (IC) ให้ผลถูกต้องเป็นบวก และผลตัวควบคุมบวกและลบให้ผลถูกต้อง จึงสามารถแปลผลตัวอย่างได้

การวิเคราะห์ผลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายการกระจายและขนาดจำนวนผู้ที่ติดเชื้อก่อโรคทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 7 ชนิด ในกลุ่มหญิงทั่วไปและพนักงานบริการหญิง ได้แก่ ร้อยละ และอัตราการพบผู้ติดเชื้อของทั้งสองกลุ่ม และใช้สถิติ Chi-square test เป็นพารามิเตอร์ในการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อที่พบในหญิงทั่วไปและพนักงานบริการหญิง

ผลการศึกษา

กลุ่มหญิงทั่วไปและกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 เชื้อ เชื้อ *Ureaplasma parvum* พบการติดเชื้อร่วมกับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มากที่สุด (19 ราย) โดยพบว่า มีการติดเชื้อ *Ureaplasma parvum* เพียงเชื้อเดียว จำนวน 22 ราย รองลงมาคือ *Mycoplasma hominis* และ *Ureaplasma urealyticum* จำนวน 10 ราย และ 13 ราย ตามลำดับ ส่วนเชื้อ *Mycoplasma genitalium* นั้นพบการติดเชื้อร่วมกับเชื้อก่อโรคอื่นๆ จำนวน 6 ราย และไม่พบการติดเชื้อเดี่ยวเลย (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงทั่วไป (ราย)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน (ราย)	การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงทั่วไป (ราย)								
		NG	CT	MH	MG	UU	UP	TV	co-infection*	Not detected
10-20	2	-	-	1	-	-	-	-	1	-
21-30	13	-	-	1	-	-	6	-	4	2
31-40	18	-	2	3	-	2	2	-	3	6
41-50	13	1	-	1	-	-	2	-	3	6
51-60	4	-	1	-	-	1	1	-	-	1
รวม	50	1	3	6	-	3	11	-	11	15

* กลุ่มอายุ 10-20 ปี พบการติดเชื้อ co-infection ทั้งหมด 1 ราย ได้แก่ UP และ MH จำนวน 1 ราย
 กลุ่มอายุ 21-30 ปี พบการติดเชื้อ co-infection ทั้งหมด 4 ราย ได้แก่ UU และ UP 1 ราย, CT และ MH 1 ราย CT, NG, UP, MH และ TV 1 ราย, MH และ TV 1 ราย
 กลุ่มอายุ 31-40 ปี พบการติดเชื้อ co-infection ทั้งหมด 3 ราย ได้แก่ UU และ UP 2 ราย, UU, UP และ MG 1 ราย
 กลุ่มอายุ 41-50 ปี พบการติดเชื้อ co-infection ทั้งหมด 3 ราย ได้แก่ CT และ NG 1 ราย, NG และ UP 1 ราย CT,

ตารางที่ 2 การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (ราย)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน (ราย)	การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงทั่วไป (ราย)								
		NG	CT	MH	MG	UU	UP	TV	co-infection*	Not detected
10-20	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
21-30	19	-	-	1	-	1	5	-	8	4
31-40	16	-	-	1	-	-	5	-	7	3
41-50	13	-	-	-	-	2	-	-	-	3
51-60	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
รวม	50	-	-	2	-	3	11	-	15	12

* กลุ่มอายุ 21-30 ปี พบการติดเชื้อ co-Infection ทั้งหมด 8 ราย ได้แก่ CT, UP และ MG 2 ราย, UP และ MH 2 ราย, UU และ MG 1 ราย, NG และ UU 1 ราย, UU และ UP 1 ราย, UU, MG และ MH 1 ราย
 กลุ่มอายุ 31-40 ปี พบการติดเชื้อ co-infection ทั้งหมด 7 ราย ได้แก่ NG, UU และ UP 2 ราย, UP และ TV 1 ราย, CT, UU และ UP 1 ราย, MG และ MH 1 ราย, UP และ MH 1 ราย, UU และ UP 1 ราย

กลุ่มพนักงานบริการหญิงมีร้อยละของการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* และ *Ureaplasma parvum* สูงกว่ากลุ่มหญิงทั่วไป ส่วนในกลุ่มหญิงทั่วไป พบว่า มีร้อยละของการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* และ *Trichomonas vaginalis* สูงกว่ากลุ่มพนักงานบริการหญิง แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบร้อยละการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มหญิงทั่วไปกับพนักงานบริการหญิง พบว่า ร้อยละของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 7 ชนิด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผู้รับบริการที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 ชนิด ในกลุ่มหญิงทั่วไปและพนักงานบริการหญิง

เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	หญิงทั่วไป (N=50) จำนวน (ร้อยละ)	หญิงทั่วไป มีอาการ* ตรวจพบเชื้อ STIs จำนวน (ร้อยละ)	พนักงานบริการหญิง (N=50) จำนวน (ร้อยละ)	พนักงานบริการหญิงที่มีอาการ* ตรวจพบเชื้อ STIs จำนวน (ร้อยละ)	รวม (N=100) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	4 (8)	3 (6)	7 (14)	1 (2)	11 (11)	0.366
<i>Chlamydia trachomatis</i>	7 (14)	4 (8)	2 (4)	2 (4)	9 (9)	0.096
<i>Mycoplasma hominis</i>	9 (18)	4 (8)	8 (16)	4 (8)	17 (17)	0.285
<i>Mycoplasma genitalium</i>	1 (2)	1 (2)	5 (10)	2 (4)	6 (6)	0.102
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	8 (16)	7 (14)	12 (24)	4 (8)	20 (20)	0.371
<i>Ureaplasma parvum</i>	20 (40)	13 (26)	28 (56)	14 (28)	48 (48)	0.248
<i>Trichomonas vaginalis</i>	2 (4)	2 (4)	1 (2)	1 (2)	3 (3)	0.414

* มีอาการ ได้แก่ ปัสสาวะแสบขัด มีมูก หนองไหล ปวดท้องน้อย ตกขาว คันบริเวณช่องคลอด

หมายเหตุ: อาสาสมัครบางรายติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิด

กลุ่มพนักงานบริการหญิงมีร้อยละของการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, กลุ่มหญิงทั่วไปที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีร้อยละของผู้ที่มีอาการเท่ากับร้อยละ 76.67 ซึ่งสูงกว่าผู้ไม่มีอาการคือร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มพนักงานบริการหญิงนั้น พบว่า ร้อยละของผู้ที่ไม่มีอาการเท่ากับร้อยละ 87.50 ซึ่งสูงกว่าผู้ที่มีอาการคือร้อยละ 69.23 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผู้ติดเชื้อที่มารับบริการที่มีอาการและไม่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำแนกตามกลุ่มหญิงทั่วไปและพนักงานบริการหญิง

อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ	กลุ่มที่มีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ติดเชื้อ STIs ที่มีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่มีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ติดเชื้อ STIs ที่ไม่มีอาการ จำนวน (ร้อยละ)
หญิงทั่วไป (N=50 ราย)	30 (60)	23 (76.67)	20 (40)	12 (60.00)
พนักงานบริการหญิง (N=50 ราย)	26 (52)	18 (69.23)	24 (48)	21 (87.50)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอัตราการติดเชื้อ *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* และ *Mycoplasma genitalium* ซึ่งเชื้อทั้ง 4 ชนิดนี้เป็นเชื้อที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจในงานตรวจประจำวัน ผู้วิจัยต้องการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ในกลุ่มหญิงทั่วไปและพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย จากผลการศึกษา พบว่า อัตราการติดเชื้อดังกล่าว คือ ร้อยละ 48 ร้อยละ 20 ร้อยละ 17 และร้อยละ 6 ตามลำดับ และพบว่า ผู้ที่ติดเชื้อ *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* และ *Mycoplasma genitalium* มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย (ตารางที่ 3) โดยพบการติดเชื้อร่วม (co-infection) กับเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ที่ก่อให้เกิดโรคหนองในและเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ที่ทำให้เกิดโรคหนองในเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เชื้อ *Ureaplasma parvum* เป็นเชื้อที่พบการติดเชื้อร่วมกับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มากที่สุด

โดยทั่วไปเชื้อ *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* ถูกจัดเป็นเชื้อประจำถิ่นในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ และระบบทางเดินหายใจ จึงทำให้สามารถตรวจพบได้จากสิ่งตรวจจึงไม่ได้เป็นเชื้อที่ต้องตรวจในงานตรวจคัดกรองหรือตรวจวินิจฉัยปกติ ต่อมา มีรายงานว่าการติดเชื้อเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ท่อปัสสาวะอักเสบในเพศชาย อังเชิงกรานอักเสบในเพศหญิง รวมไปถึงการเป็นหมัน⁽¹²⁻¹⁴⁾ และมีการรายงานว่าเชื้อ *Mycoplasma genitalium* เป็นเชื้อที่ก่อโรคหนองในเทียม⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ การศึกษาในกลุ่มผู้มารับบริการทั้งที่เป็นกลุ่มหญิงทั่วไปและพนักงานบริการหญิงซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในครั้งนี้พบเชื้อให้ผลบวกมากกว่าหนึ่งชนิดจำนวนมาก ซึ่งตามการศึกษาของ Glass JI และคณะ พบว่า เชื้อ *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* เป็นเชื้อประจำถิ่น⁽¹²⁻¹⁴⁾ แต่ก็มีบางการศึกษาในต่างประเทศที่เชื้อ *Mycoplasma*

genitalium เป็นเชื้อที่ก่อโรคหนองใน⁽¹³⁾ โดยเฉพาะการติดเชื้อ *Ureaplasma parvum* เพียงเชื้อเดียว จำนวน 22 ราย รองลงมาคือ *Mycoplasma hominis* และ *Ureaplasma urealyticum* จำนวน 8 และ 6 ราย ตามลำดับ ส่วนเชื้อ *Mycoplasma genitalium* นั้นพบการติดเชื้อร่วมกับเชื้อก่อโรคอื่นๆ จำนวน 6 ราย โดยเป็นการติดเชื้อร่วมกับเชื้อ *Chlamydia trachomatis* เพียง 2 ราย และไม่พบการติดเชื้อเดี่ยวเลย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานความชุกของการติดเชื้อเหล่านี้ในประเทศญี่ปุ่นโดยมีการศึกษาความสัมพันธ์ทางคลินิกพบว่า เชื้อดังกล่าวไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหนองในเทียมแต่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ⁽¹¹⁾

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อัตราการติดเชื้อก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 ชนิด ระหว่าง กลุ่มหญิงทั่วไปและกลุ่มพนักงานบริการหญิงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มหญิงทั่วไปที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบร้อยละของผู้ที่มีอาการ (ร้อยละ 76.67) สูงกว่าผู้ไม่แสดงอาการ (ร้อยละ 60.00) แต่กลุ่มพนักงานบริการหญิงนั้น พบว่ามีร้อยละของผู้ที่ไม่มีอาการ (ร้อยละ 87.50) สูงกว่าผู้ที่มีอาการ (ร้อยละ 69.23) ผู้ป่วยหญิงที่มีการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียมซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ⁽²⁾ จึงไม่ได้มารับการตรวจรักษาในระบบบริการสาธารณสุขส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปยังคู่เพศสัมพันธ์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานบริการหญิง การศึกษาในครั้งนี้มีการตรวจพบการติดเชื้อก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกันมากกว่า 1 ชนิดในกลุ่มผู้มารับบริการที่ไม่แสดงอาการด้วยวิธี multiplex real-time PCR ซึ่งมีความความไว 95% ความจำเพาะ 99% สูงกว่าวิธีการตรวจที่ใช้ในงานตรวจวิเคราะห์ประจำวันด้วยวิธีเพาะเชื้อ ซึ่งมีความไว 85% แต่มีความจำเพาะ 100% สูงกว่าวิธี multiplex real-time PCR⁽⁴⁾ แต่วิธีการตรวจ multiplex real-time PCR ใช้ต้นทุนน้ำยาการตรวจวิเคราะห์และชุดเก็บส่งตรวจรวมราคาต้นทุนประมาณ 1200 บาท/test โดยปัจจุบัน

การตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในประเทศไทยใช้วิธีย้อมสีแกรมและเพาะเชื้อในการตรวจคัดกรองโรคในขณะที่วิธีการย้อมสีแกรมต้นทุนราคา 65 บาท/test และเพาะเชื้อต้นทุนราคา จำนวน 70 บาท/test ซึ่งวิธีนี้ไม่สามารถตรวจพบเชื้อก่อโรคอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้ออื่นๆ ที่ไม่สามารถตรวจพบได้ในงานบริการตรวจวิเคราะห์ประจำวันขาดโอกาสการตรวจดูแลรักษาตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค

ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้อ้างอิงอัตราการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* และ *Trichomonas vaginalis* ด้วยเทคนิคการตรวจทางอนุชีววิทยา ในกลุ่มหญิงที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อนำไปสู่การจัดทำมาตรการการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค หัวหน้าศูนย์การแพทย์บางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยทางคลินิก เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาบาลคลินิกบางรัก ในการสนับสนุนการดำเนินการศึกษาวิจัยและเก็บส่งตรวจสำหรับตรวจวิเคราะห์และในโครงการนี้ รวมทั้งอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการในการเก็บส่งตรวจและให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณทีมวิจัยทุกท่านที่ร่วมดำเนินงานจนงาน สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Hivhub.ddc.moph.go.th [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Apr 3].

Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php> (in Thai)

2. Kongkerkiat N, Kittiyaowamarn R, Daengsaard E, editors. Sexually transmitted infections treatment guideline 2015. 2nd ed. Bangkok: Aksom Graphic and Design Publisher; 2015. (in Thai)
3. Mensforth S, Thorley N, Radcliffe K. Auditing the use and assessing the clinical utility of microscopy as a point-of-care test for *Neisseria gonorrhoeae* in a Sexual Health clinic. Int J STD AIDS. 2018;29(2):157-63.
4. Meyer T, Buder S. The laboratory diagnosis of *Neisseria gonorrhoeae*: current testing and future demands. Pathogens. 2020;9(2):91.
5. Shao L, Guo Y, Jiang Y, Liu Y, Wang M, You C, et al. Sensitivity of the standard *Chlamydia trachomatis* culture method is improved after one additional in vitro passage. J Clin Lab Anal. 2016;30(5):697-701.
6. Gupta K, Brown L, Bakshi RK, Press CG, Chi X, Gorwitz RJ, et al. Performance of *Chlamydia trachomatis* OmcB enzyme-linked immunosorbent assay in serodiagnosis of *Chlamydia trachomatis* Infection in Women. J Clin Microbiol. 2018;56(9):275-18.
7. Bio-rad. Mycoplasma duo kit: identification and differential titration of genital mycoplasmas (Instruction manual). Paris: Bio-rad; 2010.
8. Radonjic IV, Dzamic AM, Mitrovic SM, Arsic Arsenijevic VS, Popadic DM, Kranjcic Zec IF. Diagnosis of *Trichomonas vaginalis* infection: the sensitivities and specificities of microscopy, culture and PCR assay. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;126(1):116-20.
9. Ongwandee S, Kiatburanakul S, Avihingsanon A, Sukkul A, Rangsim Lolekha. editor. Thailand

- national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2017. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2017. (inThai)
10. Muralidhar S, Molecular methods in the laboratory diagnosis of sexually transmitted infections. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2015;36(1):9-17.
11. Fernández G, Martínez E, González V, Saludes V, Bascuñana E, Marco C, et al. Usefulness of a novel multiplex real-time PCR assay for the diagnosis of sexually-transmitted infections. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34(8): 471-6.
12. Seegene Inc. User manual Seeegene's Product Anyplex™ II STI-7 Detection (V1.1). Seoul: Seegene Inc; 2011.
13. Cazanave C, Manhart LE, Bébéar C. Mycoplasma genitalium, an emerging sexually transmitted pathogen. Med Mal Infect. 2012;42(9):381-92.
14. Glass JI, Lefkowitz EJ, Glass JS, Heiner CR, Chen EY, Cassell GH. The complete sequence of the mucosal pathogen Ureaplasma urealyticum. Nature. 2000;407(6805):757-62.
15. Kokkayil P, Dhawan B. Ureaplasma: current perspectives. Indian J Med Microbiol. 2015; 33(2):205-14.
16. Taylor-Robinson D, Jensen JS. Mycoplasma genitalium: from chrysalis to multicolored butterfly. Clin Microbiol Rev. 2011;24(3):498-514.
17. Horner PJ, Martin DH. Mycoplasma genitalium infection in men. J Infect Dis. 2017;216 (suppl_2):S396-S405.
18. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. Clin Infect Dis. 2015;61(3):418-26.
19. Ross JD, Brown L, Saunders P, Alexander S. Mycoplasma genitalium in asymptomatic patients: implications for screening. Sex Transm Infect. 2009;85(6):436-7.
20. Choe HS, Lee DS, Lee SJ, Hong SH, Park DC, Lee MK, et al. Performance of Anyplex™ II multiplex real-time PCR for the diagnosis of seven sexually transmitted infections: comparison with currently available method. Int J Infect Dis. 2013;17(12):e1134-40.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Factors Associated with Syphilis Infection in Men Who Have Sex with Men In Sexually Transmitted Diseases Clinic, Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai

พจนนารา ธิเชียว

Phonnara Tikiaw

เกสราร ไชยล่อม

Ketsara Chailom

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control Region 1

Chiang Mai

Received: Dec 15, 2022 | Revised: Feb 20, 2023 | Accepted: Mar 2, 2023

บทคัดย่อ

ปัจจุบันพบการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกพิเศษกามโรค เป็นการศึกษาย้อนหลังภาคตัดขวาง จากเวชระเบียนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการรักษาที่คลินิกพิเศษกามโรค เชียงใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์แบบสองทางและแบบถดถอยพหุลอยจิสติก ผลการศึกษา พบว่า จากจำนวนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ศึกษาจำนวน 791 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-34 ปี (78.8%) มีระดับการศึกษาสูงตั้งแต่ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ขึ้นไป (57.0%) มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนในระยะเวลา 3 เดือน (47.8%) ติดเชื้อซิฟิลิส (66.9%) ติดเชื้อเอชไอวี (24.5%) และพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น (24.5%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปวส. มีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสเป็น 2.2 เท่า ของผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปวส.ขึ้นไป (AOR=2.21, 95%CI=1.47-3.33) การใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสเป็น 2.2 เท่า ของผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ (AOR=2.15, 95%CI=1.43-3.23) และการตรวจไม่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น มีการติดเชื้อซิฟิลิสสูงถึง 29.2 เท่า ของผู้ที่ตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น (AOR=29.16, 95%CI=18.30-46.46) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการที่คลินิกกามโรค มีการติดเชื้อสูงมากทั้งเอชไอวี ซิฟิลิส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสคือการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่สม่ำเสมอ ระดับการศึกษาและการไม่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรณรงค์กระตุ้นให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ทุกช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ให้เข้มข้นและมีความทั่วถึงทุกระดับการศึกษา ร่วมกับบริการการตรวจคัดกรองซิฟิลิสทุกรายแม้ไม่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการที่คลินิกกามโรค

Abstract

Currently, syphilis infection is increasing, especially among men who have sex with men (MSM). The purpose of this study was to investigate factors associated with syphilis infection among MSM in a sexually transmitted infections (STIs) clinic. This is a retrospective cross-sectional study. The data was retrieved from medical records of MSM treated at the STIs clinic of ODPC1, Chiang Mai from 2018–2021. Data were analyzed by descriptive statistics, two-way analytical statistics and multiple logistic regression. The results showed there were 791 MSM. Most of them were aged between 15–34 years (78.8%) with a high educational level from diploma (high vocational certificate) or higher (57.0%). It was found that 47.8% reported having more than 1 sexual partner in the past three months. Additionally, 66.9% were found to be infected with syphilis, while 24.5% had HIV, and 24.5% had other sexually transmitted diseases (STDs). Those with an educational level lower than a vocational certificate were found to have 2.2 times higher risk of syphilis infection (AOR=2.21, 95%CI=1.47–3.33). Those who reported irregular use of condom were found to have a 2.2 times higher risk of syphilis infection compared to those who reported regular use of condoms (AOR=2.15, 95%CI=1.43–3.23). Among those who were not diagnosed with other STDs, syphilis infection was 29.2 times higher compared to those who were diagnosed with other STDs (AOR=29.16, 95%CI=18.30–46.46). This study reveals that men who have sex with men who come to the STIs clinic had a very high rate of infections of HIV, syphilis and other sexually transmitted diseases. Factors associated with syphilis infection were irregular use of condoms, lower level of education and not being diagnosed with other STDs. Therefore, it is essential to educate and encourage MSM to use condoms every time and every route of sexual intercourse regardless of educational level together with routine syphilis screening service for all MSMs.

คำสำคัญ

การติดเชื้อซิฟิลิส, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยง

Keywords

syphilis Men who have sex with men
Sexually transmitted diseases Risk factors

บทนำ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* สามารถติดต่อผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์และสัมผัสโดยตรงกับเยื่อเมือกหรือแผลซิฟิลิส โรคซิฟิลิสเป็นโรคที่พบมานานจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁾ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2016 ได้คาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด 376 ล้านคน โดยทั่วโลกพบโรคซิฟิลิส 6 ล้านคน⁽²⁾ จากรายงาน 506 ของกองระบาดวิทยา

กรมควบคุมโรค พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคหนองในและจากสถิติอัตราป่วยโรคซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2562 พบอัตราป่วย 13.69 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มสูงกว่าปี พ.ศ. 2558 ที่พบอัตราป่วย 2.85 ต่อแสนประชากร โดยเพิ่มขึ้นเป็น 4.80 เท่า ในระยะเวลา 5 ปี พบผู้ป่วยสูงที่สุดได้แก่ ช่วงอายุ 15–24 ปี พบสัญชาติไทยมากที่สุดและพบมากในอาชีพรับจ้าง/กรรมกร⁽¹⁾ จากรายงานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุม/ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ก.1) ของคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1 เชียงใหม่ สถิติข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี (2560-2563) พบการติดเชื้อซิฟิลิส 213, 179, 236, และ 175 ราย ตามลำดับ ซึ่งสูงขึ้นเป็น 2 เท่าจากปี พ.ศ. 2558 (99 ราย)⁽³⁾

คลินิกพิเศษกามโรค สคร. 1 เชียงใหม่ ให้บริการคัดกรอง ตรวจ วินิจฉัยรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่บุคคลทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงอาชีพอิสระ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเยาวชน จากข้อมูลของคลินิกกามโรค ปี พ.ศ.2563-2564 มีผู้เข้ารับบริการจำนวน 3,062 และ 2,552 ราย โดยกลุ่มผู้มารับบริการส่วนใหญ่ คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลักที่พบมากที่สุด คือ โรคซิฟิลิส และพบมากในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย⁽³⁾ จากสถานการณ์ในปัจจุบันที่พบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่พบการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้น⁽⁴⁻⁶⁾ ซึ่งคลินิกพิเศษฯ ได้รับผู้ป่วยที่เข้ามารับรักษาโรคซิฟิลิสทั้งที่มารักษาเองรวมถึงจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก และแม้ในหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะทราบถึงสถานการณ์การติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่มากนัก ประกอบกับผู้ป่วยซิฟิลิสบางส่วนเมื่อมีเชื้อซิฟิลิสแต่ไม่มีอาการ ไม่ทราบว่าตนเองเป็นพาหะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน⁽⁷⁾ จึงส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นตามมาเพื่อให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคซิฟิลิสที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะระบาดวิทยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ และให้ข้อเสนอแนะในการควบคุมและลดการติดเชื้อซิฟิลิสในพื้นที่ โดยข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย

นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้เป็นแนวทางส่งเสริมการป้องกัน ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการใช้ถุงยางอนามัย และหาแนวทางแก้ไขปัญหาคาการติดเชื้อของโรคซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

คำนิยาม

การติดเชื้อซิฟิลิส หมายถึง มีประวัติได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี Treponema Pallidum Hemagglutination test (TPHA) พบผล positive และมีผล Rapid Plasma Reagin (RPR) Titer= non-reactive เป็นต้นไป

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น หมายถึง มีประวัติตรวจพบการติดเชื้อหนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน ฝีมะม่วง หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก เริม เชื้อรา จากเวชระเบียนคลินิกพิเศษกามโรค

จำนวนผู้สัมผัส (ภายใน 3 เดือน) หมายถึง จำนวนผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ทั้งทางปาก ทวารหนักหรืออวัยวะเพศกับผู้มารับบริการ ภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่พบในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อซิฟิลิส หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อซิฟิลิสมาก่อน แต่พบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทุกรายที่มารับบริการตรวจที่คลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561-31 ธันวาคม 2564

ประชากรที่ศึกษา คือ เวชระเบียนผู้มารับบริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ ชายรักชาย และสาวประเภทสองที่ได้เข้ามารับบริการในคลินิกพิเศษกามโรค สคร.1 จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 - 31 ธันวาคม 2564

เกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา คือ เวชระเบียนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยในคลินิกพิเศษกามโรค สคร.1 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561- 31 ธันวาคม 2564 และมีข้อมูลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสืบค้นข้อมูลจากเอกสารเวชระเบียนของผู้มารับบริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สัญชาติ
2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ข้อมูลจำนวนผู้สัมผัส (ภายใน 3 เดือน) การใช้ถุงยางอนามัย (ภายใน 3 เดือน) การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น (เป็นโรคร่วมในผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิส)

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของคลินิกพิเศษกามโรค สคร.1
2. คัดกรองข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. เก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้น
4. ตรวจสอบความถูกต้องของแบบบันทึกข้อมูล ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) แบบสองทางโดยวิธีไคสแควร์

(Chi-square test) และวิเคราะห์ตัวแปรแบบถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% โดยนำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่มีค่า p -value < 0.05 เข้าสมการด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter regression)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการในคลินิกพิเศษกามโรค โดยดำเนินการขออนุญาตใช้เวชระเบียนเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อรักษาข้อมูลความลับ และการนำเสนอข้อมูลจะเสนอเป็นข้อมูลภาพรวมเท่านั้น ไม่เจาะจงตัวบุคคล ซึ่งข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาจะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา

ผลการศึกษา

จากจำนวนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งหมด จำนวน 881 ราย เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกการศึกษา พบว่า มีบางส่วนไม่ใช่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และบางรายเป็นเพศหญิงและไม่ทราบประวัติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งหมด 90 ราย จึงมีผู้เข้าเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 791 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทุกคนที่ได้เข้ามารับบริการในคลินิกพิเศษกามโรค สคร.1 เชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561-31 ธันวาคม 2564 จำนวนทั้งสิ้น 791 ราย ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 45.64 จบการศึกษาในระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 57.02 ประกอบอาชีพรับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกร ร้อยละ 36.79 และส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย ร้อยละ 95.32

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มียุขสัณฐานไม่เกิน 1 คน (≤ 1 คน) ร้อยละ 52.21 มีการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 69.91 ไม่มีการติด

เชื้อเอชไอวี ร้อยละ 81.67 มีการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 24.53 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคหนองใน ร้อยละ 66.88 ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นร่วม ร้อยละ 52.58 รองลงมาคือ โรคหูดหงอนไก่ ร้อยละ 29.38 75.47 และมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นร่วม ร้อยละ รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและปัจจัยต่างๆ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการในคลินิกพิเศษกามโรค เชียงใหม่ (N=791)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล		
อายุ		
15 - 24 ปี	361	45.64
25 - 34 ปี	262	33.12
35 - 44 ปี	109	13.78
45 ปีขึ้นไป	59	7.46
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	23	2.91
ประถมศึกษา	16	2.02
มัธยมศึกษา/ปวช.	301	38.05
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	451	57.02
อาชีพ		
รับราชการ/ครู/ทหาร/ตำรวจ/รัฐวิสาหกิจ/บุคลากรสาธารณสุข	45	5.69
รับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกรกรรม	291	36.79
ค้าขาย/ธุรกิจ	79	9.99
นักเรียน/นักศึกษา	276	34.89
ว่างงาน/งานบ้าน	34	4.30
อื่นๆ	66	8.34
สัญชาติ		
ไทย	754	95.32
ต่างชาติ	37	4.68
ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง		
จำนวนผู้สัมผัส (ภายใน 3 เดือน)		
มีผู้สัมผัส ≤ 1 คน	413	52.21
มีผู้สัมผัส > 1 คน	378	47.79
การใช้ถุงยางอนามัย (ภายใน 3 เดือน)		
สม่ำเสมอ	238	30.09
ไม่สม่ำเสมอ	553	69.91
การติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่ติดเชื้อ	646	81.67
ติดเชื้อ	145	18.33

* 1 ราย อาจมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นมากกว่า 1 โรค

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อฟิฟิไลสในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองทางพบว่า ระดับการศึกษาการใช้ถุงยางอนามัย (ภายใน 3 เดือน) การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น

มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อฟิฟิไลสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ อาชีพ สัญชาติ และจำนวนผู้สัมผัส (ภายใน 3 เดือน) ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อฟิฟิไลสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อฟิฟิไลสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อฟิฟิไลสและไม่ติดเชื้อฟิฟิไลส (MSM) (N=791)

ข้อมูล	ติดเชื้อฟิฟิไลส (n=529)		ไม่ติดเชื้อฟิฟิไลส (n=262)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลส่วนบุคคล						
อายุ						
15 - 24 ปี	244	46.12	117	44.66		
25 - 34 ปี	167	31.57	95	36.25	2.14	0.54
35 - 44 ปี	76	14.37	33	12.60		
45 ปีขึ้นไป	42	7.94	17	6.49		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	18	3.40	5	1.91		
ประถมศึกษา	14	2.64	2	0.76	8.90	<0.05
มัธยมศึกษา/ปวช.	212	40.08	89	33.97		
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	285	53.88	166	63.36		
อาชีพ						
รับราชการ/ครู/ทหาร/ตำรวจ/รัฐวิสาหกิจ/บุคลากรสาธารณสุข	28	5.29	17	6.49		
รับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกร	205	38.75	86	32.82	5.60	0.35
ค้าขาย/ธุรกิจ	51	9.64	28	10.69		
นักเรียน/นักศึกษา	185	34.98	91	34.73		
ว่างงาน/งานบ้าน	18	3.40	16	6.11		
อื่นๆ	42	7.94	24	9.16		
สัญชาติ						
ไทย	503	95.09	251	95.80	0.20	0.65
ต่างชาติ	26	4.91	11	4.20		
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง						
จำนวนผู้สัมผัส (ภายใน 3 เดือน)						
มีผู้สัมผัส ≤ 1 คน	265	50.09	148	56.49	2.87	0.09
มีผู้สัมผัส > 1 คน	264	49.91	114	43.51		
การใช้ถุงยางอนามัย (ภายใน 3 เดือน)						
สม่ำเสมอ	134	25.33	104	39.69	17.19	<0.05
ไม่สม่ำเสมอ	395	74.67	158	60.31		

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา การใช้ถุงยางอนามัย (ภายใน 3 เดือน) การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น พบว่า ผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/

ปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสเป็น 2.21 เท่าของผู้ที่จบการศึกษาระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป (AOR=2.21, 95%CI=1.47-3.33) ผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสเป็น 2.15 เท่าของผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ (AOR=2.15, 95%CI=1.43-3.23) และผู้ที่ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น มีการติดเชื้อซิฟิลิสสูงถึง 29.16 เท่า มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น (AOR=29.16, 95%CI=18.30-46.46) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุลอจิสติก

ปัจจัย	OR _{adj}	95 %CI	p-value
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	2.21	1.47-3.33	0.00
ระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	Ref.		
การใช้ถุงยาง			
สม่ำเสมอ	Ref.		
ไม่สม่ำเสมอ	2.15	1.43-3.23	0.00
การติดเชื้อเอชไอวี			
ไม่ติดเชื้อ	Ref.		
ติดเชื้อ	1.34	0.81-2.21	0.26
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น			
มี	Ref.		
ไม่มี	29.16	18.30-46.46	0.00

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของลวิตรา พิธาวุฒิกร⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อซิฟิลิสส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิส โดยผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสเป็น 2.21 เท่าของผู้ที่จบการศึกษาระดับปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishikane และคณะ⁽⁴⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับการติดเชื้อซิฟิลิส อาจเนื่องมาจากบริบทแต่ละ

พื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย ยังมีโรงเรียนหลายแห่งที่มีการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาไม่รอบด้าน⁽⁹⁾ คู่มือการเรียนเพศศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาจนถึงมัธยมศึกษาตอนต้นยังไม่มี การเรียนการสอนเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยให้เรียนรู้ตามระดับชั้น ทั้งนี้ นักเรียนจะได้รับการเรียนเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย⁽¹⁰⁾ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา ไม่เพียงพอ⁽⁷⁾ ร่วมกับมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และมีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ ยอดสง่า และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรค

ซิฟิลิสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส ซึ่งหากมีความรู้ที่ดีก็จะมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิสที่ดีตามมา ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อซิฟิลิสได้มากขึ้น

การใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยพบว่าผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Solomon and Mayer⁽¹²⁾ ที่พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยหลายช่องทางโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นปัจจัยทำให้เกิดซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Feng และคณะ⁽¹³⁾ ที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้ถุงยางอนามัยน้อย ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีส่วนการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์จำนวนมากว่าผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยตลอด แสดงให้เห็นว่าบางส่วนมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์น้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวัฒน์ ยุวมิตร และเมธีรัตน์ มั่นวงศ์⁽¹⁴⁾ ที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำ อีกทั้งการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีรูปแบบที่หลากหลายและมีหลายช่องทาง^(12,15) ประกอบกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน^(5,15,16) ซึ่งหากไม่ใช้ถุงยางอนามัยในทุกช่องทางจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อซิฟิลิสได้เช่นกัน และคนที่ติดเชื้อซิฟิลิสแล้วอาจแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นต่อไป โรคซิฟิลิสเป็นโรคที่สามารถรักษาหายได้ และสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณรอยแผลที่เป็นรอยโรคซิฟิลิส และสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเช่นกัน โดยผู้ที่ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น มีการติดเชื้อซิฟิลิสสูงถึง 29.16 เท่า

มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อาจเนื่องจากกลุ่มที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นมาก่อน เมื่อมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงเข้ามารับการรักษา ซึ่งจะได้รับข้อมูลของโรคและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการป้องกันโรค รวมถึงข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปด้วย ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น มีแนวทางการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อของโรคซิฟิลิสตามมา สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green and Kreuter⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่าปัจจัยนำเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ เมื่อมีการเรียนรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เมื่อมีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันมากยิ่งขึ้น ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่บางรายไม่มีอาการของโรคซิฟิลิสและไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นมาก่อน ซึ่งหากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสหรือมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน⁽⁷⁾ ประกอบกับการที่โรคซิฟิลิสเป็นโรคที่ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือหากมีแผลก็ไม่เจ็บ จึงไม่ไปตรวจ แต่หากเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ส่วนใหญ่จะมีอาการให้ผู้ป่วยรู้ตัว จึงไปขอรับการรักษาที่คลินิกกามโรค จึงมีความต่างจากซิฟิลิสที่มักต้องตรวจเลือดเป็นหลักเท่านั้น เมื่อไม่ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อซิฟิลิสรวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹⁴⁾ จึงทำให้ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ส่งผลให้ขาดความระมัดระวังในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับการไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิสอย่างถูกต้อง จึงทำให้มีโอกาสติดเชื้อซิฟิลิสมากขึ้นตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้มารับบริการ จึงทำให้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลและตัวแปรอื่นๆ ที่อาจจะไม่ครบถ้วน เช่น การใช้สารเสพติด ประวัติการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการใช้ยา ประวัติช่องทางการมี

เพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อซ้ำ ดังนั้นหากจะมีการศึกษาใหม่ควรศึกษาในประเด็นเหล่านี้เพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรมีการเก็บข้อมูลในระบบ secondary data เพื่อให้ครอบคลุมหลายมิติ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ครบถ้วนมากขึ้น

3. แม้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะตรวจไม่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ก็ต้องได้รับการตรวจซีฟิลิสเป็นประจำ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสค้นหาการติดเชื้อซีฟิลิสเพิ่มสูงขึ้น

4. เพื่อให้การควบคุมโรคซีฟิลิสมีประสิทธิภาพองค์กรทุกภาคส่วนควรมีการสนับสนุนให้มีการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอทุกครั้ง แม้จะมีการรับยา PrEP (Pre-exposure prophylaxis) เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแล้วก็ตาม ซึ่งจะช่วยควบคุมการระบาดและการเพิ่มขึ้นของซีฟิลิสในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณดร.นารณธดา ชันธิกุล และ ดร.อังคณา แซ่เจ็ง ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณบุคลากรแพทย์พยาบาล ในคลินิกพิเศษกามโรคฯ ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจในการศึกษาจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Epidemiology. annual epidemiological surveillance report 2019 [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2019 [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/MIX_AESR_2562.pdf (in Thai)
2. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Jun 28]. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf>

3. Sexually Transmitted Diseases Clinic, Office of Disease Prevention and Control Region 1 Chiang Mai. Report on the prevention, control/treatment of sexually transmitted diseases (ก.1) monthly. 2017–2021. Chiang Mai.: Office of Disease Prevention and Control Region 1; 2021 (in Thai)
4. Ishikane M, Arima Y, Itoda I, Yamagishi T, Takahashi T, Matsui T, et al. Case-control study of risk factors for incident syphilis infection among men who have sex with men in Tokyo, Japan. Western Pac Surveill Response J [Internet]. 2019 [cited 2022 May 18];10(4):1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7043094/>
5. Mayer KH. Old pathogen, new challenges: a narrative review of the multilevel drivers of syphilis increasing in American men who have sex with men. Sex Transm Dis [Internet]. 2018 [cited 2022 May 20];45(9):S38–S41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6093307/>
6. Tiyaabut A, Kamollerd S, Bunyen R. Factors associated with sexually transmitted diseases among men who have sex with men in Mueang District, Khon Kaen. KKU Journal for Public Health Research [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 17];13(4):50–9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/download/243374/167036/> (in Thai)
7. Yongcharoenchai C. The return of the syphilis, Increased of Sexually transmitted disease in teenager cause by condom use decrease [Internet]. Bangkok: BBC NEWS Thai; 2019 [cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/health-51888888>

- bbc.com/thai/thailand-48199586 (in Thai)
8. Phithawutthikorn L. Full paper: characteristics of men who have sex with men infected with syphilis in urban STI clinic: Bangkok [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2022 [cited 2023 Feb 9]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=12742&deptcode=das (in Thai)
9. Mahidol University, Ministry of Education, UNICEF. Review of comprehensive sexuality education in Thailand [Internet]. Bangkok: UNICEF for every child; 2016 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/1101/file/20Review20of20Comprehensive20Sexuality20Education20in20Thailand.pdf> (in Thai)
10. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Handbook for integrated sex education and life skills [Internet]. Bangkok: Keawjawjom Printing & Publishing, Suan Sunandha Rajabhat University; 2558 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202011/m_news/30493/189035/file_download/6c8aee39903c2ae29fed1b8d21ba7c.pdf (in Thai)
11. Yodsanga J, Dabsomdet M, Hanjansitthi K, Chaichuay P, Booranakhonkhatri U. Factors related with syphilis prevention behavior of technical students. Thai Journal of Public Health and Health Education [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 2022];1(2):58-74. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/247771> (in Thai)
12. Solomon MM, Mayer KH. Evolution of the syphilis epidemic among men who have sex with men. Sexual health [Internet]. 2014 [cited 2022 May 20];12(2):96-102. Available from: <https://www.publish.csiro.au/sh/SH14173>
13. Feng Y, Wu Z, Detels R, Qin G, Liu L, Wang X, et al. HIV/STD prevalence among MSM in Chengdu, China and associated risk factors for HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2010 [cited 2022 May 17];53(Suppl 1):S74-S80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818821/>
14. Manwong M, Yuwamitr C. Knowledge, attitude, and sexually transmitted disease preventive behaviors among university student men who have sex with men. Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 20];4(1):67-77. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/247425> (in Thai)
15. Longkul J, Promthet S. Condom use among men who have sex with men in Khon Kaen Province. KKU Journal for Public Health Research [Internet]. 2012 [cited 2022 Dec 18];5(2):29-38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/118162> (in Thai)
16. Cai YM, Song YJ, Liu H, Hong FC. Factors associated with syphilis/HIV infection among men who have sex with men in Shenzhen, 2011-2016. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi [Internet]. 2017 [cited 2022 May 20];51(11):994-1000. Available from: <https://europepmc.org/article/med/29136744>
17. Green LW, Kreuter MW. health promotion planning: an educational and ecological approach. Can J Public Health [Internet]. 2001 [cited 2023 Mar 18];92(5):384. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6980150/>

ผลของสารสกัด THC จากกัญชาต่อความเจริญอาหาร ภูมิคุ้มกันชนิด CD4 และปริมาณไวรัสเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

Effects of THC on Appetite, CD4 and HIV Viral Load in People Living with HIV/AIDS

ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล*

Thidaporn Jirawattanapisal*

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค

Division of Tuberculosis, Department of
Disease Control

*Corresponding author e-mail: thidaporn@health.moph.go.th

DOI: 10.14456/taj.2023.5

Received: December 19, 2022 Revised: January 30, 2023 Accepted: February 6, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนองค์ความรู้ด้านวิชาการเรื่องประโยชน์ของสารสกัดจากกัญชา เพื่อศึกษาถึงองค์ความรู้ทางวิชาการในการนำประโยชน์ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้านองค์ความรู้ของกัญชาโดยทั่วไปมีการค้นพบรีเซปเตอร์ที่จำเพาะเจาะจงกับสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoid-specific receptors) และเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid) ต้นกัญชามีส่วนประกอบของสารเคมีส่วนใหญ่เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) องค์ประกอบหลักคือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือทีเอชซี (tetrahydrocannabinol, THC) แคนนาบินอล หรือซีบีเอ็น (cannabinol, CBN) แคนนาบิไดโอด หรือซีบีดี (cannabidiol, CBD) แคนนาบิโครม หรือซีบีซี (cannabichromene, CBC) และ แคนนาบิเจอร์อล หรือซีบีจี (cannabigerol, CBG) การศึกษานี้พบว่า สารกลุ่มแคนนาบินอยด์มีสาร ทีเอชซี (THC) เป็นองค์ประกอบหลักของสารสกัดจากต้นกัญชา สารออกฤทธิ์ของกัญชาในร่างกายผ่านระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids system, ECS) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย และรักษาสมดุลของการควบคุมความอยากอาหาร กระบวนการเผาผลาญในร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษานี้ พบการใช้กัญชาด้วยการสูบและการรับประทานโดรนาบินอล (dronabinol) ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ของสารทีเอชซี (THC) ทางการแพทย์ขึ้นทะเบียนในหลายประเทศเป็นยาที่ใช้ในการรักษาภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) ทำให้เพิ่มความเจริญอาหารในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เพิ่มน้ำหนักตัว ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน อารมณ์ดีขึ้น ไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น และสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4) และชนิดซีดี 8 (CD8) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบการกดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดให้ลดลง

Abstract

This study aimed to review the use of cannabis as a treatment for People Living with HIV/AIDS (PLWHA). Cannabis contains various cannabinoids, such as Tetrahydrocannabinol (THC), Cannabinol (CBN), Cannabidiol (CBD), Cannabichromene (CBC), and Cannabigerol (CBG). The active ingredient of cannabis is part of the endocannabinoids system, which is linked to central nervous system, peripheral nervous system,

appetite, metabolism and immunity. An imbalance in the endocannabinoid system can result in ill-health. Cannabinoids can help to restore balance to this system. This paper reviewed the literature on THC in relation to HIV positive individuals, focusing on its effects on appetite, immune system functioning (CD4), and HIV virus levels. The results of the review indicated that Cannabis could provide benefits for PLWHA. THC extract could improve weight gain and dronabinol (a synthetic THC) could be used to treat anorexia and aid weight gain. THC could also enhance low mood conditions and increase CD4, CD8, and HIV virus levels in PLWHA.

คำสำคัญ

กัญชา, สารสกัดที่เอชซีจากกัญชา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, เม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4, ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด

Keywords

cannabis, THC extract, people living with HIV/AIDS, CD4, HIV viral load

บทนำ

การใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคนั้นเริ่มขึ้นในประเทศจีนเมื่อประมาณ 2,600 ปีก่อนคริสตกาล จักรพรรดิเสินหวังเริ่มให้มีการเพาะปลูกพืชกัญชาเพื่อใช้เป็นยา รักษา⁽¹⁾ มีการค้นพบรีเซปเตอร์ที่จำเพาะเจาะจงกับสารแคนนาบินอยด์ cannabinoid-specific receptors และระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid system) กัญชามีส่วนประกอบของสารเคมีส่วนใหญ่เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) มีองค์ประกอบหลักคือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือทีเอชซี (tetrahydrocannabinol, THC) และสารชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกัน เช่น แคนนาบินอล หรือซีบีเอ็น (cannabinol, CBN) แคนนาบิโดล หรือซีบีดี (cannabidiol, CBD) แคนนาบิโครม หรือซีบีซี (cannabichromene, CBC) แคนนาบิเจอร์อล หรือซีบีจี (cannabigerol, CBG)⁽²⁻⁴⁾ เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีการสังเคราะห์สารที่เป็นอนุพันธ์ของสารทีเอชซี (THC) ขึ้นมาใหม่อีกหลายชนิด รวมถึงการค้นพบกลไกการออกฤทธิ์ของสารในกลุ่มนี้ ทีเอชซี (THC) เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Psychoactive compound) ซึ่งส่วนใหญ่จะจับกับ รีเซปเตอร์แคนนาบินอยด์ (Cannabinoid receptors) 2 กลุ่มหลักคือ CB1 และ CB2⁽²⁻⁴⁾

ด้วยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและผลข้างเคียงของสารจากกัญชา ส่งผลให้ต้องมีการกฎหมายควบคุมโดย

จัดให้กัญชาเป็นวัตถุเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522⁽⁵⁾ มีการกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครอง พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวง เรื่องการขออนุญาตและ การอนุญาตผลิตจำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง และให้มีการเพาะปลูกกัญชาเพื่อสกัดเป็นยารักษาโรคในพื้นที่ ที่รัฐมนตรีกำหนด ภายใต้การควบคุม ดูแล พ.ศ. 2565 มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่กัญชาในส่วนของช่อดอกและเมล็ดของกัญชา ยังจัดว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5⁽⁶⁾ กระทรวงสาธารณสุขประกาศ เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 พ.ศ. 2565⁽⁶⁾ มีการปลดล็อกกัญชา ออกจากยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แล้ว เรียก พืชฝิ่น เห็ดขี้ควาย และ “สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง” ยกเว้น สารสกัด 2 ประเภท คือ (1) สารสกัดที่มีปริมาณสาร เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกิน 0.2 โดยน้ำหนักเฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัด จากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และ (2) สารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ

ระบบกัญชา หรือระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid system, ECS) เป็นหนึ่งในระบบทางสรีรวิทยาของร่างกายที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุม

การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย และรักษาสมดุลการทำงานของระบบต่างๆ เช่น การควบคุมความอยากอาหาร กระบวนการเผาผลาญในร่างกาย การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและการนอนหลับ เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า ถ้าหากระบบของสารกลุ่มเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) ภายในร่างกายมนุษย์เกิดความผิดปกติ อาจนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพของร่างกาย เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple sclerosis) ภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) และโรคลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome) สารหลักที่ได้จากกัญชาที่เอชซี (THC) และ ซีบีดี (CBD) มีคุณสมบัติความชอบไขมัน (lipophilicity) จึงทำให้สามารถถูกดูดซึมผ่านปอด ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่หรือผิวหนัง เข้าสู่กระแสเลือดได้ดี ผลการศึกษาพบว่า การพ่นหรือสูบจะทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วกว่าวิธีการรับประทานยาสามารถดูดซึมผ่านระบบทางเดินหายใจได้ประมาณ 10-35% ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้นภายใน 3-10 นาที การรับประทาน มักจะใช้นิรูปแบบของน้ำมันสำหรับหยด (oromucosal drops) ยารับประทาน ยาสเปรย์ (oromucosal spray) การศึกษาพบว่า วิธีการให้ยานิรูปแบบสเปรย์สำหรับใช้ในช่องปากจะทำให้ยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดและออกฤทธิ์ได้เร็วที่สุด ในขณะที่วิธีการรับประทานจะถูกดูดซึมได้เพียง 5-6% สารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) จะกระจายตัวเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผนังหลอดเลือด เข้าสู่หลอดเลือดจะจับกับ serum binding proteins เช่น lipoproteins และ albumin กระจายตัวไปยังส่วนต่างๆ กระจายไปยังอวัยวะที่มีการไหลเวียนของเลือดสูง เช่น หัวใจ ตับ ปอด และสมองได้ดี สามารถสะสมที่เนื้อเยื่อไขมันสามารถอยู่ในร่างกายได้นานเป็นสัปดาห์ THC จะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับเป็นหลัก^(2,4)

สารที่เอชซี (THC) และซีบีดี (CBD) ถูกขับออกทางอุจจาระและปัสสาวะ รวมถึงเกิด enterohepatic recirculation และ passive reabsorption ทำให้ที่เอชซี (THC) มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) หลายช่วง แต่เมื่อเข้า

สู่สมดุลระหว่างระดับยาในเลือดกับยาที่สะสมในเนื้อเยื่อไขมัน จะมีค่าครึ่งชีวิตที่ยาว (long terminal half-life) ประมาณ 25-36 ชั่วโมง ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน นอกจากนี้ การใช้กัญชากับยาอื่นที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ เช่น rifampicin เป็น CYP inducer จะทำให้ระดับแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ลดลง ในทางตรงกันข้ามหากใช้ร่วมกับยา clarithromycin, ยาม้าเชื้อรากลุ่ม azoles, ยาต้านไวรัสกลุ่ม protease inhibitor ที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากยากกลุ่มนี้เป็น CYP inhibitor จะทำให้ระดับแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) สูงขึ้นและอาจเกิดพิษได้ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะ การมองเห็นไม่ชัดเจน ปากแห้ง วิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คลื่นไส้ มีความผิดปกติของการรับรู้⁽⁷⁾

มีการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทางคลินิก โดย Hazekamp A และ Grotenherman F ศึกษาผลของแคนนาบิส (cannabis) และแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2005 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2009⁽⁸⁾ โดยใช้คำสำคัญ Cannabis, Marijuana, Marihuana, Hashish, Cannabinoids, Tetrahydrocannabinol, Marinol, Nabilone, Canador และ Sativex การศึกษาทางคลินิก รายงานผลต่อการลดปวด และปลายประสาทอักเสบเรื้อรัง กระตุ้นให้มีความเจริญอาหาร ในกลุ่มที่ไม่แข็งแรงได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งและเอดส์ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับสารในกัญชา ได้แก่

แคนนาบิส (cannabis) คือ ส่วนของยอดดอกแห้ง นิยมเรียกว่า Marijuana หรือ Marihuana นำไปใช้สูบ

สารสกัดที่เอชซี (THC) คือ delta-9-tetrahydrocannabinol, ที่เอชซี (THC) สามารถนำมาใช้เป็นยาทางการแพทย์ โดยมีข้อบ่งชี้หลักเป็น palliative care ในการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี เป็นสารสกัดธรรมชาติที่ได้จากต้นกัญชา cannabis plant นอกจากนี้สังเคราะห์เป็นสารประกอบในรูปแบบ cannabinoids ได้แก่

- โดรนابينอล (dronabinol) คือ isomer ของ

ทีเอชซี (THC) มีสารสังเคราะห์ชื่อ Marinol

- แคนนาบิไดโอด (cannabidiol) หรือ ซีบีดี (CBD) เป็นยาแก้คลื่นไส้ ลดการอักเสบ ลดความเครียดจากการเป็น antagonist ของ CB1 receptor และสามารถลดระดับสารทีเอชซี (THC) ในเลือด

- Marinol คือ สารสังเคราะห์โดรนาบินอล (dronabinol) ใช้โดยตรงในการรักษาภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) หรือคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักลดลงของผู้ป่วยเอดส์และมะเร็งที่ไม่สามารถใช้ยารักษาคลื่นไส้อาเจียนได้ผล

- Sativex คือ สารซีบีดี (CBD): สารทีเอชซี (THC) ในอัตราส่วน 1:1 รูปแบบสเปรย์ฉีดในช่องปาก ใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง

มีการศึกษาพบว่า การใช้กัญชาทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นวัดจากความเจริญอาหาร อารมณ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจากการรับประทานอาหารได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ รายงานทางวิชาการพบว่า สาร THC สามารถช่วยเพิ่มความอยากอาหารให้ผู้ป่วยมะเร็งและเอดส์เมื่อมีการทดลองใช้ทางคลินิกเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ การใช้กัญชาด้วยการสูบและการรับประทานโดรนาบินอล (dronabinol) ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ของทีเอชซี (THC) ทางทางแพทย์ขึ้นทะเบียนในหลายประเทศเป็นยาที่ใช้ในการรักษาภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) ทำให้เพิ่มความเจริญอาหารในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เพิ่มน้ำหนักตัว ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน อารมณ์ดีขึ้น ไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น และสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี 4 (CD4) และ ซีดี 8 (CD8) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ และพบว่าสามารถลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด

บทความนี้ เป็นการทบทวนองค์ความรู้ด้านวิชาการเรื่องประโยชน์ของสารสกัดจากกัญชา เพื่อศึกษาองค์ความรู้ทางวิชาการในการนำประโยชน์ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้อง ใช้นิตยสารชีวภาพ (biomarkers) ได้แก่ ความเจริญอาหาร

(appetite) เม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4) การเพิ่มน้ำหนักตัว การลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด เป็นต้น ชีวภาพชีวภาพ (biomarkers) ในการวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น โดยใช้ในระยะสั้น 21-84 วัน

1. การเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงด้านการเจริญอาหาร

การศึกษาของ Abram DI และคณะ⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่สูบกัญชาที่มีสารทีเอชซีขนาด 3.9% กลุ่มที่รับประทาน Dronabinol 2.5 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง เทียบกับกลุ่มควบคุม เป็นเวลา 21 วัน ดูผลต่อปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด และระดับภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4) และ ซีดี 8 (CD8) แสดงค่า Median ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่รายงานผล SD จำนวน 62 คน อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่แล้วและมีปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดคงที่มีปริมาณน้อยกว่า 3 เท่า (0.5 log 10) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโดรนาบินอล (Dronabinol) และกลุ่มที่สูบกัญชามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) ผู้ที่สูบกัญชามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม และผู้ที่รับ โดรนาบินอล (dronabinol) มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3.2 กิโลกรัม

การศึกษาของ Haney M และคณะ⁽¹¹⁾ ให้ยาหลอก (placebo) สารโดรนาบินอล (dronabinol) ขนาด 5 มิลลิกรัม และ 10 มิลลิกรัม และสารทีเอชซี (THC) ขนาด 2% และ 3.9% แต่ละกลุ่ม ให้วันละ 4 ครั้ง 4 วัน (ให้เป็นเวลาทั้งสิ้น 16 วัน 2 ช่วงต่อเนื่องในระหว่างนั้นให้เป็นผู้ป่วยใน และระหว่างสองช่วงนี้ให้แทรกด้วยการเป็นผู้ป่วยนอก 5-10 วัน) รวมเวลา 37-42 วัน จำนวน 10 ราย อายุ 21-50 ปี ผลการศึกษาพบน้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่าผู้ที่สูบกัญชาขนาดสูง 3.9% และผู้ที่ใช้สารโดรนาบินอล (dronabinol) 10 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้กัญชาและโดรนาบินอล (dronabinol) ในขนาดที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ถือว่าเป็นการศึกษาในระยะเวลาที่สั้นและมีจำนวนตัวอย่างน้อย การศึกษาที่คัดเลือกมามีจำนวนตัวอย่างผู้ร่วมโครงการอยู่ในช่วง 5-139 ราย ควรมีการศึกษาในระยะยาว

ประเมินความปลอดภัย การเจ็บป่วย และการเสียชีวิต ในผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่สูบกัญชา สามารถลดภาวะอาการผอมหรือการสูญเสียโปรตีน ในร่างกาย (wasting) ได้ดีกว่าการรับประทาน⁽¹²⁾ แต่ยังไม่มียารายงานว่าสามารถลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด ได้ในผู้ที่สูบกัญชา 21 วัน

การศึกษาแบบ systematic review โดย Lutge EE และคณะ⁽¹³⁾ ในปี 2012 พบว่ามีการศึกษาการให้ กัญชาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 7 เรื่อง จาก 8 เรื่อง โดยมีการใช้กัญชาระยะเวลาสั้นสุด 21 วัน นานสุด 84 วัน มีการศึกษาหนึ่งพบการเพิ่มขึ้นของ น้ำหนักตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 88 ราย ที่วัดผลได้จากจำนวนทั้งหมด 139 ราย โดยใช้โดรนาบินอล (dronabinol) 2.5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนเริ่มยา ต้านไวรัสเอชไอวี สูงขึ้น 2 กิโลกรัม หรือมากกว่าน้ำหนัก ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ยกลุ่มที่ได้รับ โดรนาบินอล (dronabinol) จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.1 กิโลกรัม เมื่อเทียบกับกลุ่ม placebo ที่มีน้ำหนักลดลง 0.4 กิโลกรัม พบการลดอาการชาตามปลายมือปลายเท้า เพิ่มปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4) และซีดี 8 (CD8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ ยาหลอก (placebo) เมื่อใช้ Dronabinol 21 วัน และ พบว่า กัญชาที่มีสารทีเอชซี (THC) 3.95% ลดระดับยา กลุ่ม protease inhibitor ในการศึกษาได้แก่ Nelfinavir และ Indinavir แต่โดรนาบินอล (dronabinol) มีผลลด ระดับแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ Struwe M และคณะ⁽¹⁴⁾ มีผู้ป่วย 5 ราย ไม่สามารถสรุปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยที่รับโดรนาบินอล (dronabinol) มีการเจริญอาหาร มากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) โดยเพิ่มไขมัน 1% ของมวลไขมันทั้งหมดของร่างกายหลังจากได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) หลังจากได้รับยา โดรนาบินอล (dronabinol) 5 สัปดาห์ พบผู้ป่วยบางราย มีอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ปากแห้ง ไม่สบายตัว การศึกษานี้ยังไม่พบขนาดยาที่เหมาะสม ในรูปแบบ

รับประทานได้ และรูปแบบการรับประทานทำให้ออกฤทธิ์ และขับออกจากร่างกายช้า

ขณะที่การศึกษาของ Beal JE และคณะ⁽¹⁵⁾ เป็นการศึกษาการใช้ทีเอชซี (THC) สังเคราะห์ คือ โดรนาบินอล (Dronabinol) ในการรักษาภาวะ AIDS wasting syndrome ระยะสั้น 6 สัปดาห์ และระยะยาว 1 ปี มีผู้ได้รับการประเมินเพื่อเข้าร่วมโครงการจำนวน 404 ราย ในจำนวนนี้ เข้าโครงการ 221 ราย ได้รับ โดรนาบินอล (dronabinol) แคปซูลขนาด 2.5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง 72 ราย และผู้ที่ได้รับยาหลอก (placebo) 67 ราย รายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับ Dronabinol มีความเจริญอาหารเพิ่มขึ้น 37% เมื่อประเมินด้วย visual analogue scale เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) มีความเจริญอาหารเพิ่มขึ้น 17% ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

มีการศึกษา Dronabinol และกัญชา ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและสูบกัญชา วัดอุปสงค์วัด caloric intake และการนอนหลับ แต่ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่ ชัดเจน⁽¹⁶⁾

ภาวะอาการผอมหรือการสูญเสียโปรตีนใน ร่างกาย (wasting) ในผู้ป่วยเอดส์ที่มีน้ำหนักลดลง มากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวมีผลต่อชีวิต US FDA ได้ กำหนดให้ใช้โดรนาบินอล (dronabinol) สำหรับเพิ่ม ความเจริญอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะอาการผอมหรือการ สูญเสียโปรตีนในร่างกาย (wasting)⁽¹⁷⁾ เหตุผล 1 ใน 2 เหตุผลหลักของข้อบ่งชี้ของ Dronabinol สำหรับ US CDC⁽¹⁸⁾ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะอาการผอมหรือการสูญเสียโปรตีนในร่างกาย (wasting) คือ มีน้ำหนักลดลง ต่ำกว่า 10% ของน้ำหนักตัวร่วมกับมีภาวะ ท้องเสีย หรือ มีไข้เกิน 30 วัน ซึ่งภาวะอาการผอมหรือการสูญเสีย โปรตีนในร่างกาย (wasting) คือ การทำงานของระบบ ในร่างกาย 2 ระบบ ได้แก่ cachexia และ starvation

Cachexia เป็นภาวะการบาดเจ็บหรือสูญเสีย เนื้อเยื่อทำให้สูญเสียกล้ามเนื้อ ซึ่งคล้ายกับการภาวะ สุดท่ายในผู้ป่วยมะเร็ง ส่วน starvation เป็นภาวะความ พรั่งของสารอาหารที่พอเพียง ซึ่งส่งผลทำให้น้ำหนักตัว

ลดลง starvation สามารถรักษาด้วยการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ส่วน cachexia ต้องการการรักษาโดยรักษาที่ตัวโรค และการรักษาสมมูลการเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย ผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นจะเกิดภาวะการสูญเสียกล้ามเนื้อ ภูมิคุ้มกันต่ำเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส มีแผลในปากและลำคอ ทำให้รับประทานอาหารลำบาก อาจรวมกับการติดเชื้อในระดับทางเดินอาหารทำให้เกิดอาหารเป็นพิษ ร่างกายลดการดูดซึมสารอาหาร และเกิดภาวะทุพโภชนาการในที่สุด ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยเอดส์จึงเน้นที่การกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเจริญอาหาร

2. การเปลี่ยนแปลงไขมันในร่างกาย (% body fat)

การศึกษาของ Struwe M และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) มีไขมันเพิ่มขึ้น 1.0% เมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) ที่มีไขมันเพิ่มขึ้น 0.6% การศึกษานี้มีผู้ป่วยเพียง 5 ราย จึงไม่สามารถสรุปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การเปลี่ยนแปลงอาหารและพลังงานที่ได้รับ

Haney M และคณะ⁽¹¹⁾ รายงานว่า ผู้ที่สูบกัญชาและผู้ที่ได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) ขนาดสูงมีความถี่ในการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับปริมาณพลังงานที่ได้รับเพิ่มมากขึ้นสำหรับผู้สูบกัญชาและผู้ที่ได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) ขนาดสูงและต่ำ

Haney M และคณะ⁽¹⁹⁾ รายงานว่าผู้ที่ใช้น้ำหนักตัวลดลง จากการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้สูบกัญชา 1.8, 2.9, และ 3.9% ที่เอชซี (THC) หรือได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) 10, 20, 30 มิลลิกรัม จำนวน 30 คน อายุ 21-50 ปี ได้รับพลังงานมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีน้ำหนักปกติไม่มีผลเปลี่ยนแปลงที่มีพลังงานสูงขึ้นถึงแม้จะสูบกัญชา หรือได้รับโดรนาบินอล (dronabinol)

4. การเปลี่ยนแปลงด้านอาการคลื่นไส้อาเจียน (วัดด้วย visual analogue scale)

การศึกษาของ Beal JE และคณะ⁽¹⁵⁾ รายงานว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติเมื่อได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ผลต่อการลดปวดตามระบบประสาท

Abrams DI และคณะ⁽²⁰⁾ คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีค่าการประเมินระดับความเจ็บปวด (pain score) อย่างน้อย 30 mm จาก 100 mm visual analogue scale (VAS) สูบกัญชา 3.56% ที่เอชซี (THC) โดยแบ่งการให้สูบเป็น 4 ช่วง ได้แก่ ระยะผู้ป่วยนอก pre-intensive phase 7 วัน ระยะ ผู้ป่วยในเพื่อ lead in 2 วัน ผู้ป่วยใน intervention phase 5 วัน และผู้ป่วยนอก post-intervention phase 7 วัน การศึกษารายงานผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 13 คนจาก 25 คนมีอาการปวดลดลงต่างกันถึง 30% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) 6 คนจาก 25 (54%) กลุ่มที่ได้รับ intervention และ 24% กลุ่ม placebo) และลดภาวะเส้นประสาทอักเสบเรื้อรัง chronic neuropathy 34% ในกลุ่มที่ได้รับ intervention และ 17% ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo)

6. ผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ต่อยาด้านไวรัสเอชไอวีกลุ่ม Protease Inhibitor

Kosel และคณะ⁽²¹⁾ รายงานว่า ผู้ที่ได้สูบกัญชาลด Cmax ของ Indinavir 14.5% (P=0.074) ลด Cmin ลง 33.7% (P=0.65) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน ลด Cmax และ Cmin ของ Nelfinavir 17.5% (P=0.46) และ Cmin 12.2% (P=0.28) สำหรับผู้ที่ใช้ Dronabinol ไม่มีผลเปลี่ยนแปลง

7. ผลต่อ Viral load และ CD4

Abrams DI และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผู้ที่สูบกัญชา ที่มี 3.95% ที่เอชซี (THC) หรือ โดรนาบินอล (dronabinol) 2.5 มิลลิกรัม capsule เทียบกับ placebo capsule วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เป็นเวลา 21 วัน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีภาวะปกติในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี Indinavir และ Nelfinavir อย่างน้อย 8 สัปดาห์ และมีภาวะที่ลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดได้ (ต่ำกว่า 3 เท่าของ 0.5 log 10)

จำนวน 62 ราย ไม่รับผู้ที่มีปัญหาด้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากรีเออร์หรือมะเร็ง ปัญหาปอด ตั้งครรภ์ ความจำเสื่อม ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือด (hematocrit) ต่ำกว่า 0.25 มีค่า เอนไซม์ตับสูงกว่า 5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ ไม่ใช้ สอร์โมนชนิดแอนแอโบลิก (anabolic) ยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) interleukin 2 หรือสารที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกัน

พบว่า ในผู้ที่สูบกัญชา ผู้ที่ได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) และยาหลอก (placebo) ไม่มีความแตกต่างกันในปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) ในวันที่ 21 โดยที่ผู้ที่สูบกัญชามีปริมาณภูมิคุ้มกันชนิดเม็ดเลือดขาวซีดี 4 (CD4) เพิ่มขึ้น 16 เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) และกลุ่มที่ได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) เพิ่มขึ้น 14 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) เช่นเดียวกันปริมาณภูมิคุ้มกันชนิดเม็ดเลือดขาวซีดี 8 (CD8) เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่สูบกัญชา 20 เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) และกลุ่มที่ได้รับโดรนาบินอล (dronabinol) เพิ่มขึ้น 14 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo)

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบครอบคลุม ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2562 ที่ผ่านมามีการศึกษาการใช้สารสกัดที่เอชซี (THC) จากกัญชา และสารโดรนาบินอล (dronabinol) มีผลต่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านการเพิ่มน้ำหนักและระดับภูมิคุ้มกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบอาการที่ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาวิจัยด้านการใช้สารสกัดจากกัญชาในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ แต่การศึกษาที่ได้ทบทวนนี้ ยังไม่สามารถที่จะสรุปถึงผลของสารสกัดนี้กับผลลัพธ์ที่ทำการศึกษาได้ชัดเจนเนื่องจากมีข้อจำกัด โดยเฉพาะประเด็นของวรรณกรรมและอาสาสมัครที่ศึกษาในแต่ละ

วรรณกรรมมีอยู่อย่างจำกัด จึงเสนอข้อเสนอนี้ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยโดยใช้สารสกัดที่เอชซี (THC) จากกัญชาในการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในด้านการเพิ่มน้ำหนักและระดับภูมิคุ้มกันชนิดซีดี 4 (CD4) และ ซีดี 8 (CD8) อีกทั้งการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมโดยสามารถเทียบเคียงประมาณสารสกัดที่เอชซี (THC) จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศนี้ปรับให้เข้ากับสำหรับคนไทย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และวงการวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Abel EL. Marihuana: the first twelve thousand years. New York: Plenum Press; 1980.
2. Mechoulam R, Hanus LO, Pertwee R, Howlett AC. Early phytocannabinoid chemistry to endo-cannabinoids and beyond. Nat Rev Neurosci. 2014;15(11):757-64.
3. Velasco G, Sanchez C, Guzman M. Towards the use of cannabinoids as antitumour agents. Nat Rev Cancer. 2012;12(6):436-44.
4. Assawamakin A. Endocannabinoids system in human body and apply for clinical treatment. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University; 2019. (In Thai)
5. Narcotic Act, B.E. 2522. Royal Thai Government Gazette Volume 96, Part 63 A (dated 27 April B.E. 2522).
6. Ministry of Public Health. The Notification of Ministry of Public Health, RE: Narcotics under Category 5 of the Narcotics Act B.E. 2565. Royal Thai Government Gazette. Volume 139, Special Part 35 D (dated 9 February B.E. 2565).
7. Apibunyopas Y, Wananukul W. Cannabinoids poisoning. P&D Information Bulletin [Internet].

- 2009 [cite 2020 Nov 28];17(2):3-5. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/poison-center/sites/default/files/public/pdf/bulletin/bul2009/bul2009_No2.pdf. (In Thai)
8. Hazekamp A, Grotenherman F. Review on clinical studies with cannabis and Cannabinoids. *Cannabinoids*. 2010;5(special issue):1-21.
9. Badowski ME, Perez SE. Clinical utility of dronabinol in the treatment of weight loss associated with HIV and AIDS. *HIV AIDS (Auckl)*. 2016;8:37-45.
10. Abrams DI, Hilton JF, Leiser RJ, Shade SB, Elbeik TA, Aweeka FT, et al. Short-term effects of cannabinoids in patients with HIV-1 infection: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Ann Intern Med*. 2003;139(4):258-66.
11. Haney M, Gunderson EW, Rabkin J, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, et al. Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers caloric intake, mood, and sleep. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;45(5):545-54.
12. Foltin RW, Fischman MW, Byrne MF. Effects of smoked marijuana on food intake and body weight of humans living in a residential laboratory. *Appetite*. 1988;11(1):1-14.
13. Lutge EE, Gray A, Siegfried N. The medical use of Cannabis for reducing morbidity and mortality in patients with HIV/AIDS. *Cochrane database syst rev*. 2013;(4):1-35.
14. Struwe M, Kaempfer SH, Geiger CJ, Pavia AT, Plasse TF, Shepard KV, et al. Effect of dronabinol on nutritional status in HIV infection. *Ann Pharmacother*. 1993;27(7-8):827-31.
15. Beal JE, Olson R, Laubenstein L, Morales JO, Bellman P, Yangco B, et al. Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. *J Pain Symptom Manage*. 1995;10(2):89-97.
16. Mechoulam R, Hanu L. The cannabinoids: an overview. Therapeutic implications in vomiting and nausea after cancer chemotherapy, in appetite promotion, in multiple sclerosis and in neuroprotection. *Pain Res Manag*. 2001;6(2):67-73.
17. Unimed Pharmaceuticals. MARINOL® (dronabinol). NDA 18-651/S-021. [cited 2018 Nov 20]. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/018651s021lbl.pdf
18. Centers for Disease Control and Prevention. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR*. 1987;36(Suppl 1):3S-15S.
19. Haney M, Rabkin J, Gunderson E, Foltin RW. Dronabinol and marijuana in HIV (+) marijuana smokers: acute effects on caloric intake and mood. *Psychopharmacology*. 2005;181(1):170-8.
20. Abrams DI, Jay CA, Shade SB, Vizoso H, Reda H, Press S, et al. Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology*. 2007;68(7):515-21.
21. Kosel BW, Aweeka FT, Benowitz NL, Shade SB, Hilton JF, Lizak PS, et al. The effects of cannabinoids on the pharmacokinetics of indinavir and nelfinavir. *AIDS*. 2002;16(4):543-50.