

วารสารโรคเอดส์ THAI AIDS JOURNAL

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Volume 36 No. 3 September-December 2024

- 121 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ HIV ของผู้ติดเชื้อ HIV วัณโรคใหญ่
ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา
- 135 การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ HIV ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
แบบบูรณาการ จังหวัดยโสธร
- 149 ผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ความตั้งใจ และการรับรู้ประสิทธิภาพ
ของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในวัยรุ่นนการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
ในเขตอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา
- 162 ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์รายวันรายสัปดาห์ที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566
- 173 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มีภาวะตับอักเสบจากยาต้านโรค
ในสถาบันบำราศนราดูร





กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 ก.ย. - ธ.ค. 2567

สารบัญ

หน้า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา กฤษณา หวังมุขกลาง, วิมลรัตน์ บุญเสถียร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์	121
การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบบูรณาการ จังหวัดยโสธร ธีระพงษ์ แก้วภมร, แมน แสงภักดี, ธนอม นามวงศ์	135
ผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมความตั้งใจ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในวัยรุ่น การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ในเขตอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ, นันทิยา ไชยนิ่ง, สารภี รัตนพันธ์, มูฮัมหมัดชัยรี ปือราเฮง	149
ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค ของประเทศไทย ปี 2566 รุ่งโรจน์ ไชยงค์, ธีรศักดิ์ ชักนำ	162
การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดร่วมโรคเอดส์ ที่มีภาวะตับอักเสบจากยาต้านไวรัสในสถาบันบำราศนราดูร นัชชา แสงวัชรสุนทร	173

Thai AIDS Journal

Vol. 36 No. 3 Sep - Dec 2024

Contents

Page

Factors affecting antiretroviral therapy adherence among adults living with HIV in a secondary-level hospital, Nakhon Ratchasima Province Krisana Wangmukklang, Wimonrut Boonsatean, Nam-oy Pakdevong	121
Development of integrated prevention strategies for HIV, hepatitis, and STIs (HHS) in Yasothon Province Theerapong Kaewpamorn, Man Saengpak, Thanom Namwong	135
Effects of an HIV/AIDS prevention program on knowledge, attitudes, behavioral intentions, and perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behaviors among adolescents in non-formal education, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province Ampaiwan Boonkaewwan, Nantiya Khoynueng, Sarapee Rattanaphan, Muhammadsairee Bueraheng	149
Epidemiological characteristics of mpox cases among foreign nationals reported in Thailand's disease surveillance system, 2023 Rungrot Jaiyong, Teerasak Chuxnum	162
Comparative case study of nursing care for patients with tuberculosis and HIV co-infection with hepatic complications from tuberculosis at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute Natcha Sangwacharasontone	173

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

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

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์กรวัฒนดี	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันตอุโปภาคาร	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รศ.ดร.สุนธรา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มนรัตน์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
	ผศ.ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	นักวิชาการอิสระ
	นางนันทวัน ยันตะดิลก	นักวิชาการอิสระ
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
สำนักงานผู้จัดการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	
	อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4	
	เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราตร 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 Vasantiupapokakorn	Department of Disease Control
	Parichart Chantcharas	Department of Disease Control
	Dr. Siriphan Saengaroorn	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
	Akechitra Sukkul	The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)
	Asst. Prof. Sakchai Dettrairat	Academician
	Sombat Thanprasertsuk	Academician
	Taweasap Siraprapasiri	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

วารสารโรคเอดส์ยินดีต้อนรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. ประเภทของบทความที่เผยแพร่โดยวารสารโรคเอดส์

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

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

1.3 บทความพินิจ (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) วิเคราะห์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้า

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

1.6 บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความที่เสนอเนื้อหาทางวิชาการในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยที่บทความนั้นๆ ไม่ใช่รายงานการวิจัย หรือประเภทอื่นๆ ตามหัวข้อ 1.1-1.5 ข้างต้น

2. การเตรียมต้นฉบับ

วารสารโรคเอดส์รับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาไทยควรใช้คำยืมตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน หากมีการใช้ตัวย่อควรใช้คำที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรกในข้อความหลัก

2.1 ชื่อเรื่อง ระบุชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรสั้นได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

2.2 ชื่อผู้เขียน ระบุชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมข้อมูลสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญของแต่ละคน และใส่หมายเลข

ด้วยยกต่อท้าย ชื่อ-สกุล เชื่อมโยงกับข้อมูลสังกัดหน่วยงานของแต่ละคน (กรณีข้อมูลสังกัดหน่วยงานของแต่ละคนแตกต่างกัน) พร้อมทั้งระบุอีเมลติดต่อและใส่เครื่องหมายดอกจันในรูปแบบตัวยกลงนามสกุลของผู้เขียนที่เป็นผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author)

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

2.4 คำสำคัญ ระบุคำที่เป็นคำสำคัญของเนื้อหาไม่ต่ำกว่า 3 คำ ครอบคลุมชื่อเรื่องที่ศึกษา เหมาะสมสำหรับนำไปใช้เป็นคำค้นหาข้อมูล ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของบทนำ

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล จำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา การอนุญาตจากผู้ที่ได้รับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ระบุรูปแบบการศึกษาวิจัย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษา วิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์อย่างชัดเจน

2.8 วิจารณ์ อธิบายผลการศึกษา วิจัย ว่าเป็นไปตามตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย และระบุข้อเสนอแนะที่นำผลไปใช้ประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.9 สรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการศึกษาให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

2.10 กิตติกรรมประกาศ ไม่ควรยาวเกินไป และควรขออนุญาตจากผู้ที่ตนประสงค์จะขอบคุณ ก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ หากสามารถกระทำได้

2.11 เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขอยู่ในวงเล็บและยกขึ้นบนในลंबरรทัด 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) ผู้แต่งให้ใส่ชื่อสกุล และเว้น 1 ระยะ ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้นและชื่อกลางติดกันโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายคั่น เช่น Mary Beth Hamel เขียนเป็น Hamel MB เป็นต้น

- 4) ตัดคำนำหน้าของผู้แต่งที่มียศหรือตำแหน่งทางวิชาการ รวมทั้งชื่อปริญญา ออก
- 5) หากเป็นการอ้างอิงจากวารสารภาษาอังกฤษ ให้ระบุเป็นชื่อย่อวารสารตามรูปแบบของ Index Medicus
- 6) หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นภาษาอังกฤษ และระบุ “(in Thai)” ท้ายรายการเอกสารอ้างอิงนั้น
- 7) เลขหน้า ให้ใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และไม่ลงเลขซ้ำสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 115-119 เขียนเป็น 115-9 เป็นต้น

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 : กรณีวารสารที่มีหมายเลขหน้าขึ้นต้นด้วยหน้าทีหนึ่งทุกครั้งเมื่อขึ้นฉบับใหม่ 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 (กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์)

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, Lampinkas 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_squeezedrisinghltcarecosts_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/>

(กรณีไม่ทราบชื่อผู้แต่งและชื่อบรรณาธิการ)

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) หัวข้อให้ใช้ขนาดอักษร 18 พอยต์ ตัวอักษรทึบ ส่วนเนื้อหาให้ใช้ตัวอักษรขนาด 16 พอยต์
- 3) การใช้ทศนิยม สามารถใช้ทศนิยมหนึ่งหรือสองตำแหน่ง และใช้ให้เหมือนกันทั้งเอกสาร
- 4) ระบุข้อมูลแหล่งอ้างอิงทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ
- 5) ภาพประกอบต้องเป็นภาพที่มีความคมชัดสูง
- 6) แผนภูมิแบบตารางต้องสร้างขึ้นใหม่ในโปรแกรม MS-Word ไม่ควรใช้เป็นตารางที่เป็นรูปภาพ
- 7) หากมีการแสดงอักษรย่อ ต้องมีการแสดงคำเต็มก่อน ทั้งในบทคัดย่อ และในเนื้อความหลัก
- 8) หากมีการใช้เครื่องหมายวงเล็บเพื่อขยายหรืออธิบายความพร้อมระบุอักษรย่อ ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างคำเต็มและอักษรย่อ เช่น องค์การอนามัยโลก (World health organization, WHO) เป็นต้น

4.2 การส่ง

- 1) ส่งบทความที่จัดเตรียมรูปแบบตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่วารสารกำหนด เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ผ่านระบบ 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 e-mail ยืนยันการส่งต้นฉบับ จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการส่งต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งเข้ามาในระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน ประเมินก่อนตีพิมพ์บทความ

5.2 วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาบทความผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ว่า ตอบรับให้ตีพิมพ์ แก้ไขก่อนตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการตีพิมพ์บทความในวารสารโรคเอดส์

5.3 เรื่องที่ผ่านการพิจารณาและตอบรับให้ตีพิมพ์ วารสารโรคเอดส์จะแจ้งและเผยแพร่ไฟล์บทความในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้เขียนและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถดาวน์โหลดได้จากกระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ (รายฉบับ)

อ้างอิง

Patrias K. Citing medicine: The NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [updated 2015 Oct 2; cited 2022 Nov 1]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

วารสารโรคเอดส์ (Thai AIDS Journal) ได้รับการเผยแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และใช้เป็นเวทีในการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่สนใจ นักวิชาการ และผู้ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การเผยแพร่บทความขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารโรคเอดส์ และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่เผยแพร่ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น จะดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้พิมพ์บทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้นๆ
2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ สมควรเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์
3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้พิมพ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้พิมพ์
4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้พิมพ์
6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยตัวตนของผู้พิมพ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของวารสารโรคเอดส์อย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารโรคเอดส์ รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ
9. ทำการชี้แจง การแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขอภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้พิมพ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่นๆ หลังจากที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์แล้ว
2. ผู้พิมพ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. ชื่อคณะผู้พิมพ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิดการออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ และได้อ่านและรับรองต้นฉบับบทความสุดท้ายก่อนส่งไปตีพิมพ์

4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์ เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
5. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง
6. ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารโรคเอดส์ จะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น)
7. ในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
8. ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่ต้นประสงค์จะขอบคุณ ก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ หากสามารถกระทำได้

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์ หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารโรคเอดส์ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ต้นประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่ามีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องดำเนินการแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารโรคเอดส์กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

ความรับผิดชอบ

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และการวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

Factors affecting antiretroviral therapy adherence among adults living with HIV in a secondary-level hospital, Nakhon Ratchasima Province

กฤษณา หวังมุขกลาง

Krisana Wangmukklang

วิมลรัตน์ บุญเสถียร*

Wimonrut Boonsatean

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์

Nam-oy Pakdevong

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

School of Nursing, Rangsit University

*Corresponding author e-mail: wimonrut.b@rsu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2024.11

Received: May 9, 2024 Revised: August 13, 2024 Accepted: August 26, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ ในคลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 173 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 โดยใช้ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา (2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ (5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI=1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงโลจิสติกแบบไบนารี ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เคยล้มและเคยรับประทานยาผิดเวลา (ร้อยละ 62.43 และ 67.63 ตามลำดับ) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา 1-3 ปี (adj. OR=6.44) ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง (adj. OR=6.43) มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส (adj. OR=2.71) และความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง (adj. OR=4.02) โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 36.1 (Nagelkerke $R^2=0.361$) ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการมีระบบการประเมินอาการข้างเคียงและการรับรู้ความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัส ระบบการติดตามข้อมูลความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อวางแผนทางหรือพัฒนาโครงการในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษา 1-3 ปี

Abstract

This predictive correlational study aimed to investigate factors influencing antiretroviral therapy adherence among adults living with HIV at an outpatient antiretroviral clinic in a secondary-level hospital, Nakhon Ratchasima Province. A purposive sampling method was used to select 173 adults living with HIV. Data collection began in July 2023 using questionnaires as follows: (1) personal and treatment-related information, (2) side effects of antiretroviral therapy, (3) beliefs about medication adherence, (4) Health Literacy Scale: HLS-14 (Thai version) and (5) the antiretroviral adherence index. The content validity index (CVI) of 1.00 was verified by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regression. The research findings revealed that the majority of individuals with HIV had experienced forgetting to take their medication (62.43%) and occasional non-adherence to the prescribed schedule (67.63%). The factors significantly associated with adherence among adults living with HIV ($p < .05$) included a treatment duration of 1–3 years (adj. OR=6.44), a history of discontinuous treatment (adj. OR=6.43), experiencing side effects from antiretroviral drugs (adj. OR=2.71), and low to moderate levels of beliefs in the specific-necessity of medication (adj. OR=4.02). Together these factors explained 36.1% of the variances in adherence (Nagelkerke $R^2=0.361$). These findings underscore the importance of implementing systems to assess side effects and beliefs about the necessity of antiretroviral therapy, as well as monitoring treatment continuity. Such systems could inform the development of interventions to promote consistent and sustained antiretroviral adherence particularly among individuals in the 1–3-year treatment duration group.

คำสำคัญ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ใหญ่,
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

Keywords

HIV-infected individuals, adults,
antiretroviral therapy adherence

บทนำ

ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มักเป็นกลุ่มเยาวชนและวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 39 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.3 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1.2 ล้านคนมีอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 561,578 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,230 คน โดยร้อยละ 99.41 (จำนวน 9,176 คน) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽²⁾ สาเหตุของการติดเชื้อดังกล่าวมาจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้ป้องกัน ร้อยละ 96 และมาจากใช้สารเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 4⁽²⁾ การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบโดยตรง

ต่อผู้ติดเชื้อ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง เกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาส และอาจรุนแรงจนเสียชีวิต รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และงบประมาณของประเทศที่ใช้ในการดูแลรักษา

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา⁽³⁾ ได้กำหนดกลยุทธ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (the HIV care continuum) หรือที่รู้จักในประเทศไทยคือ HIV treatment cascade เพื่อหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรค โดยมีลำดับขั้นของการดูแล ดังนี้ (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะของการติดเชื้อและได้รับการวินิจฉัย (2) เข้าสู่งการรักษากายใน 1 เดือนภายหลังทราบผลการ

ติดเชื้อเอชไอวี (3) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (4) การคงอยู่ในการรักษา และ (5) ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสและสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ⁽³⁾ ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมาย 95-95-95 โดย 95 ที่ 1 หมายถึงร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อ 95 ที่ 2 หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสและคงอยู่ในการรักษา และ 95 ที่ 3 หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสกดไวรัสได้สำเร็จ ผลการดำเนินงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบว่า การรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปตามเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 95) แต่การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 84 และการกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 87⁽²⁾ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ปริสุทโธ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง ร้อยละ 85 สามารถกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 80⁽²⁾ ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายโดยเฉพาะเป้าหมาย 95 ที่ 2 และ 3 ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาและการกดไวรัสสำเร็จ แม้การรับประทานยาต้านไวรัสมีความสำคัญอย่างมากในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากยาช่วยยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกาย ลดการทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดทีเซลล์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จะมีระดับของเชื้อไวรัสในร่างกายลดลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถตรวจพบได้⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสดี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) เพียงร้อยละ 59.5⁽⁵⁾ สอดคล้องกับข้อมูลของพื้นที่ศึกษาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสดี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) ร้อยละ 80.48 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้⁽²⁾ แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีความพยายามในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสแต่ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนยังมีการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอซึ่งส่งผลต่อการกดไวรัสสำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรม

คาดว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีการศึกษาปัจจัยตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 5 ด้าน⁽⁶⁾ ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ (health system factors) ได้แก่ การจัดบริการ สิทธิการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับบุคลากรสาธารณสุข⁽⁶⁾ (2) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social & economic factors) ได้แก่ เศรษฐฐานะ⁽⁶⁾ การมีผู้ดูแล⁽⁷⁾ (3) ปัจจัยด้านการรักษา (therapy-related factors) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา⁽⁸⁾ สูตรยาที่ใช้ในการรักษา⁽⁶⁾ อาการข้างเคียงจากยา⁽⁶⁻⁹⁾ ประวัติการรักษาต่อเนื่อง^(10,11) (4) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patients-related factors) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การเปิดเผยการติดเชื้อ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อ^(7,9,12) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ^(13,14) และ (5) ปัจจัยเกี่ยวกับโรค (condition-related factors) ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับโรค⁽⁷⁾ ซึ่งการศึกษาคครั้งนี้มุ่งเน้นที่ปัจจัยที่พบบ่อยในพื้นที่ศึกษาและเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2 ปัจจัย ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา⁽⁸⁾ อาการข้างเคียงจากยา⁽⁶⁻⁹⁾ และประวัติการรักษา^(10,11) โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาการรักษาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป เกิดอาการข้างเคียง และมีประวัติการรักษาต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และ (2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา^(7,9,12) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ^(13,14) พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เชื่อว่าการรับประทานยาต้านไวรัสมีความจำเป็น จะมีแนวโน้มรับประทานยาสม่ำเสมอ ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ จะรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

จากสถานการณ์ปัญหาทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่ศึกษา ร่วมกับการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีผู้ใหญ่มาก และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของความเชื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ นำไปสู่การกดไวรัสได้สำเร็จและการมีภาวะสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลหลวงพ่อดูน ประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่สามารถเข้าถึง (accessible population) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (unspecified human immunodeficiency virus disease, HIV) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)⁽¹⁵⁾ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหลวงพ่อดูน ประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรเข้าถึงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อดูน ประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี (2) รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 6 เดือนขึ้นไป (3) เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ (4) ยินดีและ

สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ทดสอบทางสถิติด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Binary logistic regression) คำนวณค่า odds ratio = 3.08 จากงานวิจัยของ Achappa และคณะ(16) กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ค่าอำนาจการทดสอบ 95% distribution ค่า x เป็น binomial (กลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ) และค่า x parm (π) = 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 173 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วน (Quota sampling) กลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอเป็น 2 ต่อ 1⁽¹⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอจำนวน 115 คน และกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอจำนวน 58 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา พัฒนาโดยผู้วิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) = 1.00 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะเวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการเปิดเผยการติดเชื้อ และ (2) ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม สุนทรยา และจำนวนมียาที่ได้รับต่อวัน ในส่วนของการรักษา หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาตามนัดหมายของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้มารับการรักษาต่อเนื่อง (loss to follow-up) โดยมีประวัติไม่มารับการรักษาตามนัดมากกว่า 90 วัน นับจากการรับประทานยาครั้งสุดท้าย จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการ

รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พัฒนาโดยผู้วิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = 0.82 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ (1) การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เลือกตอบ 1 คำตอบ คือ เกิดหรือไม่เกิด (2) ความถี่ในการเกิดอาการข้างเคียงจากยา (3) ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยา โดยประเมินตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและให้คะแนนความรุนแรงจาก 0-10 คะแนน และ (4) การแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา

3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาฉบับภาษาไทย ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษพัฒนาโดย Home และคณะ⁽¹⁷⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนา และคณะ⁽¹⁸⁾ ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (comparative fit index) = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.80 ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ รวม 10 ข้อ ได้แก่ (1) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific-necessity) จำนวน 5 ข้อ และ (2) ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific-concern) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนนระหว่าง 5-25 คะแนน การแปลผลแบ่งความเชื่อเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5-14 คือ ระดับต่ำ คะแนน 15-19 คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 20-25 คือ ระดับสูง

4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย ต้นฉบับภาษาอังกฤษพัฒนาโดย Suku และคณะ⁽¹⁹⁾ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยวิมลรัตน์ บุญเสถียรและอรทัย เจริญพิทยะสกุล⁽²⁰⁾ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.71 ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ชั้น ได้แก่ (1) ชั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ (2) ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative health literacy) เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และ (3) ชั้นวิจารณ์ญาณ

(critical health literacy) เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็มของชั้นพื้นฐานและชั้นวิจารณ์ญาณ มีค่าระหว่าง 4-20 คะแนน การแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 4-11 คือ ระดับต่ำ คะแนน 12-15 คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 16-20 คือ ระดับสูง แบบสอบถามชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ มีค่าระหว่าง 5-25 คะแนน การแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5-14 คือ ระดับต่ำ คะแนน 15-19 คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 20-25 คือ ระดับสูง

5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ฉบับภาษาไทย ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษพัฒนาโดย Mannheimer และคณะ⁽²¹⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยชนิกา ศรีราช และคณะ⁽⁸⁾ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.79 ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ (1) การรับประทานยาต้านไวรัสติดเวลา คะแนนเต็ม 4 คะแนน หากไม่เคยรับประทานยาติดเวลาได้ 4 คะแนน หากเคยรับประทานยาติดเวลาก่อนหรือหลังไม่เกิน 2 ชั่วโมงได้ 3 คะแนน หากเคยรับประทานยาติดเวลาก่อนหรือหลังมากกว่า 2 ชั่วโมงได้ 2 คะแนน (2) จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ลืมรับประทานยา คะแนนเต็ม 6 คะแนน ค่าคะแนนจะลดลงตามจำนวนวัน ได้แก่ 6 คะแนน คือ ไม่เคยลืมหรือเคยลืมรับประทานยา 1 วัน 5 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 2 วัน 4 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 3 วัน 3 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 4 วัน 2 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 5 วัน 1 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 6 วัน และ 0 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 7 วัน และ (3) ระยะเวลาเป็นวันจากครั้งสุดท้ายที่ลืมรับประทานยาจนถึงวันที่มาตรวจ คะแนนเต็ม 6 คะแนน ได้แก่ 6 คะแนน คือ ไม่เคยลืมรับประทานยาเลย 5 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้ายมากกว่า 90 วัน 4 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้ายมากกว่า 30-90 วันที่ผ่านมา 3 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย

15-30 วันที่ผ่านมา 2 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย 8-14 วันที่ผ่านมา และ 1 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย 1-7 วันที่ผ่านมา การแปลผลคะแนนรวม 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และน้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสมัครใจและผ่านกระบวนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ แล้วจึงเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และเปิดโอกาสให้ซักถามจนปราศจากข้อสงสัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การสัมภาษณ์ดำเนินการในห้องปิดที่เป็นส่วนตัวในคลินิกยาต้านไวรัสของพื้นที่ศึกษา ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที ในส่วนของผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ส่วนกลุ่มที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะใช้ข้อมูลจากแบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในการดูแลรักษาต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลบรรยาย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

3) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยขั้นแรกวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระยะเวลาในการรักษา

ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยจัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) จากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression analysis)

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA. No. RSUERB2023-093 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2566 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ จำนวน 173 ราย เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 46.24 ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 43.34 ปี (SD=10.45) ไม่มีคู่สมรส ร้อยละ 57.23 มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.60 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 93.64 มีผู้ดูแล ร้อยละ 92.49 และไม่เปิดเผยสถานะของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 63.58

2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ เคยรับประทานยาผิดเวลาร้อยละ 52.17 และ 98.28 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่รับประทานยาผิดเวลาก่อนหรือหลังน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 73.33 และไม่เคยลืมรับประทานยา ร้อยละ 56.52 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่รับประทานยาผิดเวลาก่อนหรือหลังมากกว่า

2 ชั่วโมง ร้อยละ 73.68 และทั้งหมดเคยสัมผัสรับประทานยาต้านไวรัส

3. ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการดูแลรักษา พบว่า ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยา มีความสัมพันธ์กับความ

สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1 ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลรักษากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ chi-square ($n=173$)

ปัจจัยด้านการดูแลรักษา	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		X ²	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (ปี)				
1-3	11 (9.57)	20 (34.48)	18.001	<.001
4-5	11 (9.57)	4 (6.89)		
6 -9	19 (16.52)	11 (18.97)		
≥10	74 (64.35)	23 (39.66)		
ประวัติการรักษา				
รักษาต่อเนื่อง	106 (92.17)	36 (62.07)	23.757	<.001
รักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา	9 (7.83)	22 (37.93)		
อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา				
ไม่มี	99 (86.09)	40 (68.97)	7.157	.007
มี	16 (13.91)	18 (31.03)		

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ chi-square ($n=173$)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		X ²	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา				
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific-necessity)				
ระดับสูง	101 (87.83)	37 (63.79)	13.799	<.001
ระดับต่ำถึงปานกลาง	14 (12.17)	21 (36.21)		
ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific-concern)				
ระดับสูง	20 (17.39)	11 (18.97)	0.065	.799
ระดับต่ำถึงปานกลาง	95 (82.61)	47 (81.03)		
ความรู้				
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม				
ระดับสูง	43 (37.39)	23 (39.66)	0.084	.772
ระดับต่ำถึงปานกลาง	72 (62.61)	35 (60.34)		

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ chi-square (n=173)(ต่อ)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		X ²	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ขั้นพื้นฐาน (functional health literacy)				
ระดับสูง	54 (46.96)	32 (55.17)	1.041	.308
ระดับต่ำถึงปานกลาง	61 (53.04)	26 (44.83)		
ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative health literacy)				
ระดับสูง	56 (48.70)	22 (37.93)	1.804	.179
ระดับต่ำถึงปานกลาง	59 (51.30)	36 (62.07)		
ขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)				
ระดับสูง	98 (85.22)	49 (84.48)	0.016	.898
ระดับต่ำถึงปานกลาง	17 (14.78)	9 (15.52)		

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่พบว่า 4 ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ (1) ระยะเวลาในการรักษา พบว่า ในกลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 10 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี เป็น 6.44 เท่า (95% CI; 2.43-17.06) (2) ประวัติการรักษาต่อเนื่อง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็น 6.43 เท่า (95% CI; 2.48-16.71) (3) อาการข้างเคียงจากยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากยา เป็น 2.71 เท่า (95% CI; 1.11-6.63) และ (4) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็น

ต่อการรับประทานยาในระดับสูง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็น 4.02 เท่า (95% CI; 1.63 - 9.90) ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัย สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้ ร้อยละ 36.1 (Nagelkerke $R^2=0.361$, $p<.05$) ดังตารางที่ 3

แบบจำลองถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการศึกษา มีความเหมาะสม (Homer & Lemeshow test $X^2=3.45$, $p=.63$) โดยสามารถสร้างสมการถดถอยโลจิสติก ได้ดังนี้ $\text{Log(odds)} = -2.080 + 1.863$ (ระยะเวลาในการรักษา 1-3ปี) + 1.861 (ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง) + 0.996 (เกิดอาการข้างเคียงจากยา) + 1.391 (ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นระดับต่ำถึงปานกลาง)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกชนิดไบนารีของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
วัยผู้ใหญ่ (n=173)

ปัจจัย	n	B	S.E.	Wald	adj. OR	95% CI	p-value
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี							
≥10 ปีขึ้นไป ^R	97	-	-	-	-	-	-
6-9 ปี	30	0.365	0.535	0.466	1.441	0.505 - 4.107	.495
4-5 ปี	15	0.492	0.699	0.495	1.635	0.416 - 6.438	.482
1-3 ปี	31	1.863	0.497	14.051	6.441	2.432 - 17.058	<.001
ประวัติการรักษา							
รักษาต่อเนื่อง ^R	142	-	-	-	-	-	-
ไม่ต่อเนื่อง	31	1.861	0.487	14.590	6.431	2.475 - 16.713	<.001
อาการข้างเคียงจากยา							
ไม่เกิด ^R	139	-	-	-	-	-	-
เกิด	34	0.996	0.457	4.742	2.707	1.105 - 6.632	.029
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (Specific-Necessity)							
ระดับสูง ^R	138	-	-	-	-	-	-
ระดับต่ำถึงปานกลาง	35	1.391	0.460	9.153	4.019	1.632 - 9.895	.002

Homer & Lemeshow test: $X^2_{df=5} = 3.453$, $p = .631$; constant = -2.080; Nagelkerke $R^2 = .361$; R=reference group

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 36.1

ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 10 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี 6.44 เท่า (95% CI; 2.43-17.06) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิก ศรียา และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาต่ำกว่า 10 ปี จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการรักษา 10 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มากขึ้น จะมีโอกาสพบบุคลากรทางการแพทย์และได้รับทราบถึง ความก้าวหน้าของโรค ได้รับคำแนะนำและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานต่อเนื่อง ระยะเวลา รักษาที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความคุ้นเคย และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคลากร กล้าที่จะสื่อสารปัญหาของการรับประทานมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาที่สั้นกว่า⁽²²⁾ นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษาที่มากกว่า มีผลต่อการสั่งสมประสบการณ์และการปรับตัวต่อโรคและการรักษาที่ได้รับส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเพียงพอต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องจนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต⁽²³⁾

ประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง 6.43 เท่า (95% CI; 2.48-16.71) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bantie และคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษาจะรับประทานยาต้านไวรัส

ไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรักษาต่อเนื่อง อาจช่วยปลูกฝังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ส่งผลต่อการปฏิบัติตามสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ โดยระบบการรักษาและวัฒนธรรมของประเทศไทยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะเชื่อฟังและทำตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสดังกล่าวจะได้รับการสื่อสารข้อมูลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากยา 2.71 เท่า (95% CI; 1.11–6.63) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการเกิดอาการข้างเคียงเป็นสาเหตุหลักของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ⁽⁸⁾ อาการข้างเคียงจากยาเป็นผลที่เกิดจากการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัส โดยร้อยละ 74.48 ทำให้เกิดอาการของระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal symptoms) ที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน⁽²⁴⁾ ในทางกลับกันการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในระบบทางเดินอาหารถูกทำลาย เมื่อผู้ติดเชื้อรับประทานยาต้านไวรัสจะทำให้เกิดความไวต่อปฏิกิริยาจากยาจึงทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงอาจส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน ดังการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ มีร้อยละของความถี่และความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการข้างเคียงจากยาบ่อยและอาการมีความรุนแรงโดยไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้ ส่งผลต่อความทนต่ออาการที่เกิดขึ้น และเกิดเป็นความท้อแท้เบื่อหน่ายในการ

รับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ⁽⁸⁾

ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับสูง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง 4.02 เท่า (95% CI; 1.63–9.90) การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาครอบคลุมการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา⁽¹⁸⁾ ซึ่งในปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเพียงการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเพียงวิธีเดียว การสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้อาการ และผลที่จะตามมาจากความเจ็บป่วยอาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษายาวนาน จะมีโอกาสรับรู้อาการและความเจ็บป่วยของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์และจากประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ถึงประสิทธิภาพและความจำเป็นของการรับประทานยา ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับแนวคิดของ Home และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้และให้คุณค่ากับอาการเจ็บป่วยและผลสืบเนื่องของความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรง จะมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้และให้คุณค่ากับอาการเจ็บป่วยและผลสืบเนื่องของความเจ็บป่วยน้อย^(18,25) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสมีความจำเป็นและามีประสิทธิภาพในการรักษา ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ^(25,26)

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาในการศึกษานี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 82.61) ซึ่งในการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเริ่มยาต้านไวรัส นอกจากนี้ การมาตามนัดทุกครั้ง บุคลากรทางการแพทย์จะสื่อสารเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาและผลจากการรักษา กระบวนการดังกล่าวอาจช่วยลดความกังวลต่อการรับประทานยาได้ นอกจากนี้ การที่พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีในระยะต้นมีการดำเนินไปอย่างช้าๆ ผู้ติดเชื้อจึงมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยและเป็นเรื้อรัง อาการที่พบบ่อย เช่น ไข้ ท้องเสีย ซึ่งสามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้ด้วยตนเองโดยใช้ยาสามัญประจำบ้านที่เข้าถึงได้ง่ายจากหลายช่องทาง เช่น ร้านสะดวกซื้อ ร้านขายยา โดยไม่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล แม้ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน แต่ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁽²⁷⁾ ซึ่งศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาไม่สามารถอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้

ความรู้ด้านสุขภาพ ในการศึกษาคั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์และไม่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งกลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 62.61 และ 60.34 ตามลำดับ) อาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับใกล้เคียงกัน เข้ารับการรักษาจากสถานบริการ

สุขภาพแห่งเดียวกัน ได้รับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพคล้ายกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา นอกจากนี้ในคลินิกได้จัดให้มีแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นจิตอาสาให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการรับบริการ ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและกล้าสอบถามข้อมูลต่างๆ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นความจำเป็นในการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์⁽²⁸⁾ และไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้^(12,29) อย่างไรก็ตามความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการคงอยู่ในการรักษา (retention) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้^(28,29)

ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้อาศัยในชุมชนชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาจึงสามารถนำไปอ้างอิงในประชากรที่อาศัยในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษาได้เท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษาคั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพคล้ายกัน ภาวะความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจึงยังไม่ชัดเจนเพียงพอ รวมทั้งไม่ได้ศึกษาเหตุผลด้านของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายการเดินทาง บุคคลที่พามารับบริการ รวมถึงการติดตามและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น

สรุป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เคยรับประทานยาต้านไวรัสผิดเวลา เคยลืมรับประทานยา และปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยา และความเชื่อเฉพาะด้าน

การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทายา ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ที่มีระยะเวลาการรักษา 10 ปีขึ้นไป มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และรับรู้ความจำเป็นในการรับประทายาระดับสูงจะมีโอกาสในการรับประทายาต้านไวรัสสม่ำเสมอสูงกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีระบบการประเมินอาการข้างเคียงและการรับรู้ความจำเป็นในการรับประทายาของผู้ติดเชื้อ และระบบการติดตามข้อมูลความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อวางแผนทางหรือพัฒนาโครงการในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมมารับประทายาต้านไวรัสสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษา 1-3 ปี

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม/แนวทางการส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี และกลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทายาต้านไวรัส ให้สามารถรับประทายาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษา มีอาการข้างเคียงจากการรับประทายาต้านไวรัส และไม่รับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบประเมินข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อให้รับรู้ถึงปัญหาตั้งแต่ระยะแรก จัดระบบการติดตามอย่างใกล้ชิด และจัดบริการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเป็นรายบุคคลในคลินิกหรือผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมมารับประทายาสม่ำเสมอ และสามารถจัดการอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เช่น การตีความแอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ควรศึกษาในพื้นที่อื่นเกี่ยวกับผลของความเชื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทย

มีจำนวนจำกัด รวมทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะเหตุผลด้านผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส เช่น ระยะทางค่าใช้จ่ายการเดินทาง บุคคลที่พามาใช้บริการ รวมถึงการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอดส์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ครอบครัวและกัลยาณมิตรที่ให้การสนับสนุนและขอขอบคุณแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. HIV statistics, globally and by WHO region 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jul 23]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2022 Division of AIDS and STIs. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding the HIV care continuum. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
4. Conway B. The role of adherence to antiretroviral therapy in the management of HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;45(Suppl 1):14-8.
5. Ponboobpha A, Maneesriwongul W, Sa-nongdej W. Relationships between selected factors and

- adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(3):314-22. (in Thai)
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
 7. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2019;8(1):112.
 8. Srirach C, Boonshuyar C, Pacheun O. Health behaviors and adherence to antiretroviral drug among people living with human immunodeficiency virus. *Journal of Nursing Siam University*. 2018;19(37):39-55. (in Thai)
 9. Kioko MT, Pertet AM. Factors contributing to antiretroviral drug adherence among adults living with HIV or AIDS in a Kenyan rural community. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9(1):1-7.
 10. Bantie B, Seid A, Kerebeh G, Alebel A, Dessie G. Loss to follow-up in “test and treat era” and its predictors among HIV-positive adults receiving ART in Northwest Ethiopia: Institution-based cohort study. *Front Public Health*. 2022;10: 876430.
 11. Telayneh AT, Tesfa M, Woyraw W, Temesgen H, Alamirew NM, Haile D, et al. Time to lost to follow-up and its predictors among adult patients receiving antiretroviral therapy retrospective follow-up study Amhara Northwest Ethiopia. *Sci Rep*. 2022;12(1):2916.
 12. Fazeli PL, Woods SP, Gakumo CA, Mugavero MJ, Vance DE. Critical and not functional, health literacy is associated with missed HIV clinic visits in adults and older adults living with HIV in the Deep South. *AIDS Care*. 2020;32(6):694-700.
 13. Stonbraker S, Smaldone A, Luft H, Cushman LF, Nadal LL, Halpern M, et al. Associations between health literacy HIV-related knowledge and information behavior among persons living with HIV in the Dominican Republic. *Public Health Nurs*. 2018;35(3):166-75.
 14. Sianturi EI, Perwitasari DA, Soltief SN, Islam A, Geboers B, Taxis K. Health literacy of people living with HIV in a rural area in Indonesia: a cross-sectional study. *Health Soc Care Community*. 2020;29(1):127-34.
 15. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
 16. Achappa B, Madi D, Bhaskaran U, Ramapuram JT, Rao S, Mahalingam S. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *N Am J Med Sci*. 2013;5(3):220-3.
 17. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the developments and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*. 1999;14(1):1-24.
 18. Leaungsomnapa Y, Leaungsomnapa S, Promproh S, Thasirasawad P, Keawchaum R, Suworawatanakul W. Confirmatory factor analysis of beliefs about medicine questionnaire in Thai Version. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2014;31(4):297-310. (in Thai)
 19. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med*. 2013;18(5):407-15.

20. Boonsatean W, Reantippayasakul A. The association of health literacy with self-management in people with type 2 diabetes living in communities Pathum Thani province. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2021;14(1):198-212. (in Thai)
21. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clin Infect Dis*. 2002;34(8):1115-21.
22. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson IB. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern med*. 2004;19(11):1096-103.
23. Chaiyasit Y, Boonyaleepan S. Health behaviors of HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy more than 10 Years [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. 121 p. (in Thai)
24. Santos ASC, Silveira EA, Falco MO. Gastrointestinal symptoms in HIV-infected patients: female sex and smoking as risk factors in an outpatient cohort in Brazil. *PLoS One*. 2016;11(10) : e0164774.
25. Horne R, Cooper V, Gellaitry G, Date HL, Fisher M. Patients' perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence the utility of the necessity-concerns framework. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;45(3):334-41.
26. Phillips LA, Diefenbach MA, Kronish IM, Negron RM, Horowitz CR. The necessity-concerns framework: a multidimensional theory benefits from multidimensional analysis. *Ann Behav Med*. 2014;48(1):7-16.
27. Leaungsonnapa Y, Promproh S, Leaungsonnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2013;30(2):146-57. (in Thai)
28. Anderson AN, Haardorfer R, Holstad MM, Nguyen MLT, Waldrop-Valverde D. Predictors of disparities in retention in care among African Americans living with HIV. *AIDS Care*. 2021;33(1):54-62.
29. Kumkrong C. Relationships of health literacy and knowledge about antiretroviral therapy to medication adherence among people living with HIV. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2015;21(2) :211-28. (in Thai)
30. Chanklin U, Markmee P. Factors influencing self-disclosure of HIV status among persons living with HIV and AIDS in a lower north province. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2022;29(1):41-53. (in Thai)

การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบบูรณาการ จังหวัดยโสธร

Development of integrated prevention strategies for HIV, hepatitis, and STIs (HHS) in Yasothon Province

ธีระพงษ์ แก้วอมร¹แมน แสงภักดี²ถนอม นามวงศ์^{3*}Theerapong Kaewpamorn¹Man Saengpak²Thanom Namwong^{3*}¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี¹ Ubon Ratchathani Provincial Health Office² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร² Yasothon Provincial Health Office³ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี³ Sirindhorn College of Public Health,
Ubon Ratchathani

*Corresponding author e-mail: tanom2006@yahoo.com

DOI: 10.14456/taj.2024.12

Received: September 16, 2024 Revised: November 8, 2024 Accepted: November 13, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติการ (3) การสังเกตการณ์ และ (4) การสะท้อนผล ตัวอย่างเป็นกลุ่มประชากรหลักและเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์การดำเนินงาน มี 7 องค์ประกอบ โดยใช้ 5 กลไกหลักในการขับเคลื่อน ผลจากการนำกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่พบว่า กลุ่มประชากรหลักเข้าถึงการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อเข้าสู่การรักษาและได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม และมีความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสามารถทำได้ดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย เป็นโอกาสพัฒนาในลำดับต่อไป โดยเน้นประเด็นการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ และการจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

Abstract

This action research aimed to develop strategies for preventing HIV, hepatitis, and sexually transmitted infections (STIs). The research consisted of four stages: (1) planning, (2) action, (3) observation, and (4) reflection. The sample consisted of key populations and stakeholders in Yasothon Province. The study identified that the strategy comprises seven components driven by five main mechanisms. The implementation of the strategy revealed that key populations had increased access to screening. Infected individuals were referred for treatment and received higher-quality care. Stakeholders actively participated and expressed

satisfaction with the developed strategy. However, while progress toward the 95-95-95 targets set by the Ministry of Public Health has improved, it remains below the goal. This presents an opportunity for further development, with a focus on reducing stigma and discrimination related to HIV/AIDS and delivering services tailored to the context of key populations.

คำสำคัญ

เอชไอวี, ตับอักเสบ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
กลยุทธ์การป้องกันโรคแบบบูรณาการ

Keywords

HIV, hepatitis, STIs,
integrated prevention strategies

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS) โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (hepatitis B and C) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections, STIs) ทั้ง 3 โรครวมกันเป็นภัยคุกคามที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมายต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย กรมควบคุมโรคคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม 520,345 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,485 คน/ปี และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 9,322 ราย/ปี⁽¹⁾ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564-2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 29.2 และ 31.7 ตามลำดับ⁽²⁾ ส่วนสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B) ภาพรวมระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2563-2564 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 9.71 และ 6.74 ตามลำดับ⁽³⁾

จังหวัดยโสธรเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว ข้อมูล ณ วันที่ 7 เมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2,240 คน เสียชีวิตแล้ว 61 คน ยังมีชีวิตอยู่ 2,179 คน⁽⁴⁾ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ปี พ.ศ. 2564-2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 26.7 และ 29.0 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ด้านโรคไวรัสตับอักเสบบี การศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2563 พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนทั่วไป ร้อยละ 3.9⁽⁶⁾ ส่วนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี การศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการติดเชื้อไวรัส

ตับอักเสบบี ซี ในพนักงานคัดแยกขยะ ร้อยละ 3.1⁽⁷⁾ จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนว่าปัญหาเอชไอวี/เอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง และส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อที่จะยุติปัญหาเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจริงจัง มีแผนและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติฉบับล่าสุด ได้แก่ แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2566-2569 ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 มีกรอบการดำเนินงาน 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุม (2) ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิภาพเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืน (3) พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพ รอบด้านและยั่งยืน (4) ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิเพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ (5) เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบการลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ และ (6) ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ^(8,9) นอกจากนี้ ยังมียุทธศาสตร์ด้าน

อุ้งยางอนามัย (พ.ศ. 2563-2573) ที่เน้นการส่งเสริมให้การใช้ถุงยางอนามัยของประชาชน⁽¹⁰⁾ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565-2573 มีอยู่ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รายใหม่ (2) ส่งเสริมการเข้าถึงความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี (3) ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (4) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และ (5) พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ ร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566-2573 มีอยู่ 4 มาตรการ ได้แก่ (1) เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย (2) พัฒนาระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีคุณภาพ เป็นมิตร ครอบคลุม ทัวถึง และเท่าเทียม (3) พัฒนาศักยภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และ (4) สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำกลยุทธ์ภาคส่วนสุขภาพระดับโลก ภายใต้โครงการบูรณาการด้านเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับโลก ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2565-2573 มีเป้าหมายร่วมกันในการกำจัดทั้ง 3 โรค (HIV-Hepatitis-STIs, HHS) กลยุทธ์ใหม่นี้เสนอวิสัยทัศน์ร่วมกันในการยุติการระบาด และส่งเสริมการครอบคลุมด้านสุขภาพถ้วนหน้า การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความมั่นคงด้านสุขภาพ ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะโรคเพื่อยุติโรคเอดส์ การแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในปี พ.ศ. 2673 มีกรอบแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าหมาย 5 กลยุทธ์

ได้แก่ (1) การจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง (2) เพิ่มประสิทธิภาพของระบบและความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ (3) พัฒนาระบบข้อมูลและขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้ข้อมูล (4) สร้างพลังและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคม และ (5) ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในการดำเนินงาน ทั้งนี้ ในการดำเนินงานแต่ละโรคมีกลยุทธ์และแนวทางย่อยๆ ในการดำเนินงานอีกเป็นจำนวนมาก⁽¹³⁾

บริบทการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดยโสธร ที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่และองค์กรภาคประชาสังคม กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัดที่สำคัญ คือ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์จังหวัด ได้ปรับลดบทบาทลงอย่างเห็นได้ชัดเจนในช่วง 10 ปีให้หลัง ทำให้การขับเคลื่อนและการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ลดลงและไม่ต่อเนื่อง ส่งผลกระทบถึงเป้าหมายการดำเนินเพื่อยุติปัญหาเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่ ได้แก่ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงหรือไม่ถึงเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อบางส่วนไม่เข้าสู่การรักษา โดยข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2564 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนแต่ยังไม่ได้กินยา ร้อยละ 15.2, 18.0 และ 8.3 ตามลำดับ และมีผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีสามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/mm³ เพียงร้อยละ 43.6, 37.9 และ 51.7 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ถึงแม้้องค์การอนามัยโลกและประเทศไทยจะมีกลยุทธ์การดำเนินงานที่ชัดเจน และกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ขยายผลไปสู่การปฏิบัติในแต่ละจังหวัด แต่การที่จะดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายในการกำจัดทั้ง 3 โรค ถือเป็นความท้าทายสำหรับผู้บริหารและคนทำงานในพื้นที่ เพราะแต่ละโรคมีกลยุทธ์และเป้าหมายการดำเนินงานที่แตกต่างกัน บางกลยุทธ์อาจคล้ายกันและมีเป้าหมายการดำเนินงาน ในกลุ่มประชากรเดียวกัน นอกจากนี้ การนำกลยุทธ์ต่างๆ

ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ยังไม่มีรูปแบบและกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน ประกอบกับกลยุทธ์หรือแนวทางเดิมที่มีอยู่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งอาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ กลยุทธ์การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบกับกลุ่มเป้าหมายหลักมีวิถีชีวิตที่ซับซ้อนและเข้าถึงค่อนข้างยาก บางกลุ่มมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และทัศนคติเรื่องการติตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและความหลากหลายทางเพศที่ยังคงมีอยู่ในสังคมไทย

จากสภาพปัญหาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดยโสธรขึ้น เพื่อพัฒนากลยุทธ์ขึ้นมาใหม่ โดยการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อกำจัดทั้ง 3 โรค เป็นหนึ่งเดียว ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ เกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้ง 3 โรค และการบูรณาการของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้กับพื้นที่อื่นๆ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดยโสธร ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - เดือนพฤศจิกายน 2566

1. กระบวนการวิจัย ประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹⁴⁾ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การวางแผน (planning) เพื่อสำรวจสภาพปัญหา บริบทดำเนินงาน และวางแผนพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน โดยการทบทวนเอกสารฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565

2) การปฏิบัติการ (action) ถ่ายทอดกลยุทธ์

การดำเนินงานสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติด้วยการจัดระบบบริการเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565

3) การสังเกตการณ์ (observing) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้วยการออกเยี่ยมติดตามในพื้นที่ ประเมินผลการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและการดูแลรักษาในระบบฐานข้อมูล HIV info HUB⁽⁴⁾ รวมทั้งสำรวจการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565 - เดือนตุลาคม 2566

4) การสะท้อนผล (reflecting) สรุปผลคืนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถอดบทเรียนให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมกับรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2566

2. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มประชากรหลักทุกคนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดยโสธร และกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน HHS

ตัวอย่าง มีอยู่ 3 ส่วน ได้แก่

1) ตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อสำรวจปัญหา บริบทการดำเนินงาน และวางแผนพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 9 อำเภอ อำเภอละ 12 คน ได้แก่ (1) แพทย์อายุรกรรมในโรงพยาบาล 1 คน (2) เภสัชกรที่ทำหน้าที่จ่ายยารักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาล 1 คน (3) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคในโรงพยาบาล 1 คน (4) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาล 1 คน (5) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน (6) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 คน (7) เครือข่าย ศูนย์องค์รวม (เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี) 2 คน (8) ตัวแทนกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ 2 คน และ (9) ตัวแทนกลุ่มพนักงานบริการในพื้นที่ 2 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาแล้วอย่างน้อย 3 ปี ข) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วย หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่างๆ

2) ตัวอย่างสำหรับนำกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นกลุ่มประชากรหลักทุกคนในพื้นที่จังหวัดยโสธร ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มเยาวชน พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง ประชาชนในชุมชน เด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

3) ตัวอย่างสำหรับประเมินผลการดำเนินงาน และความพึงพอใจ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 159 คน ประกอบด้วย (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 6 คน (2) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ทั้ง 9 แห่ง แห่งละ 2 คน (3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทั้ง 9 อำเภอ อำเภอละ 2 คน และ (4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 117 แห่ง แห่งละ 1 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (ก) มีส่วนร่วมกับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง และ (ข) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และกำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ (ก) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ (ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่างๆ

3. เครื่องมือที่ใช้และคุณสมบัติของเครื่องมือ มีอยู่ 3 ส่วน ได้แก่

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม หรือสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการพัฒนากลยุทธ์ พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 6 ข้อ ได้แก่ (1) สภาพปัญหาการแพร่ระบาดของโรค (2) บริการด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่ผ่านมา (3) สาเหตุการเข้าถึงระบบบริการ (4) จุดเด่น จุดด้อยของรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา

(5) กระบวนการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหลักเข้าถึงระบบบริการ และ (6) ข้อเสนอแนะในการพัฒนากลยุทธ์

2) แบบเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน HHS พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 3 ส่วน รวม 13 ข้อ (1) จำนวนกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่ (2) ผลการดำเนินการเข้าถึงบริการของ HHS และ (3) ผลการเข้าถึงบริการ 95-95-95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 2 ส่วน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 10 ข้อ และ (2) ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น 11 ข้อ

การประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ (1) ทำการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือตามข้อ 2)-3) ด้วยการหาค่า CVI (content validity index) โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ได้ค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83-1 และ (2) หาค่าความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (internal reliability) เครื่องมือตามข้อ 3) ด้วยการนำไป try out แล้ววิเคราะห์หาค่าแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เท่ากับ 0.95 ส่วนความพึงพอใจ เท่ากับ 0.98

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน HHS ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย (1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจ นำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best⁽¹⁵⁾ เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง และ (2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบสัดส่วนผลการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมายหลักก่อนการพัฒนากลยุทธ์ คือ ข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และหลังการพัฒนากลยุทธ์

คือ ข้อมูลในปัจุบันประมาณ พ.ศ. 2566 โดยใช้สถิติ Z-test

5. จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6580 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2565

ผลการศึกษา

1. ขั้ววางแผน

1.1 สภาพปัญหาและบริบทดำเนินงาน ปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่ จังหวัดยโสธร ยังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โรคที่พบ อัตราการติดเชื้อค่อนข้างสูง คือ ซิฟิลิส ตับอักเสบบี และ บี ตามลำดับ การติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และผู้ต้องขังรายใหม่ เป็นตัวแทนที่สะท้อนถึงขนาด ปัญหาที่มีอยู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไป การติดเชื้อดังกล่าว สะท้อนถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กลุ่มเสี่ยง เข้าไม่ถึงระบบการตรวจรักษา ไม่รู้สถานการณ์ติดเชื้อ ขาดโอกาสในการรักษา เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้ กินยาถึง ร้อยละ 8.3 และผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้าน เอชไอวีสามารถกดไวรัสได้เพียง ร้อยละ 51.7 การตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวียังคงมีอยู่ ทำให้ เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าสู่การรักษา การดำเนินงาน ที่ผ่านมา มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่การแปลง นโยบายไปสู่การปฏิบัติยังขาดรูปแบบที่มีความชัดเจน ขาดกลไกขับเคลื่อนและการบูรณาการการทำงานร่วมกัน อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ระบบสารสนเทศด้าน HHS มีค่อนข้างครบถ้วนและหลากหลาย แต่การใช้ประโยชน์ หรือส่งต่อข้อมูลให้กับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างน้อย

1.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนากลยุทธ์ การดำเนินงาน ควรมีการเร่งรัดการส่งเสริมความรู้ การเข้าถึงถุงยางอนามัย การตรวจคัดกรอง และมีระบบ ส่งต่อเข้าสู่การรักษา พัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรอง เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มเยาวชน และกลุ่มเสี่ยงสูงอื่นๆ เพิ่มช่องทางการ

ส่งต่อเพื่อการรักษาในคลินิกการตรวจรักษาเฉพาะโรค สนับสนุนให้มีจุดบริการเพื่อส่งเสริมให้เข้าถึงบริการ ในระดับพื้นที่/ชุมชน และยกระดับการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

1.3 การวางแผนพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน

จากข้อมูลข้างต้นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้ ประชุมระดมความคิดเห็น นำไปสู่การวางแผนกลยุทธ์ การดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ กลยุทธ์การ ดำเนินงาน และกำหนดกลไกในการขับเคลื่อนกลยุทธ์

1) กลยุทธ์การดำเนินงาน มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ Reach – Recruit – Test – Treat – Prevention – Retain (RRTTPR) ทั้งการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ (2) เร่งรัดยุติการ ตีตราและเลือกปฏิบัติจาก HHS โดยบูรณาการการดำเนินงาน ร่วมกับคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด (3) ส่งเสริมความรู้รอบรู้ HHS และส่งเสริมการเข้าถึง อุปกรณ์ป้องกัน ทั้งยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (pre-exposure prophylaxis, PrEP) และถุงยางอนามัย ในกลุ่มเสี่ยงสูง (4) ยกระดับมาตรฐานคลินิก HHS เพื่อ การรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ (5) บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และ (6) พัฒนาระบบฐานข้อมูล

2) กลไกหลักในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กรรมการ ซึ่งเป็นคณะทำงาน ในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ ได้แก่ รพ.สต., สสอ., โรงพยาบาล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิ ระดับจังหวัด, เครือข่ายภาคประชาสังคม, ชุมชน และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (2) กองทุน เป็นแหล่งงบประมาณในการดำเนินงาน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น, งบท้องถิ่น, จาก CUP (contracted unit of primary care), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 อุบลราชธานี, จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทาง- เพศสัมพันธ์ (3) อุปกรณ์ เป็นการเตรียมอุปกรณ์และ เวชภัณฑ์ยาให้พร้อมและเพียงพอ ได้แก่ ชุดตรวจ คัดกรองเบื้องต้น (rapid test), ถุงยางอนามัย และการ

บริหารยา (4) การจัดการ ได้แก่ การเตรียมแนวทางหรือสร้างระบบการดำเนินงานให้มีความชัดเจน (protocol/CPG) การกำกับติดตาม (monitoring) อย่างเข้มข้น การบริหารงานด้วยข้อมูล (data-driven) การเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง (empowerment) และการสร้างนวัตกรรมหรือพัฒนางานด้วยการวิจัย (R2R) (5) การหนุนเสริมจากหน่วยงานระดับเขตและกรมควบคุมโรค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร. 10) จังหวัดอุบลราชธานี สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกองระบาดวิทยา และ (6) บูรณาการแบบมีส่วนร่วม (involvement & integrate) จากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

2. ชั้นปฏิบัติการ

ได้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ให้สามารถจัดบริการและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม จากนั้นถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในพื้นที่โดยใช้กลไกหลักที่เป็นคณะกรรมการ และใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ระดับจังหวัด เป็นกลไกในขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน และมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยข้อมูล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นฝ่ายเลขานุการ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อเชื่อมโยงนโยบายหรือยุทธศาสตร์ระดับชาติ สู่กลยุทธ์การดำเนินงานระดับพื้นที่ และเชื่อมโยงการทำงานของคณะทำงานระดับต่างๆ และมีทีมหนุนเสริมจากระดับเขต คือ สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี และ สคร.10 อุบลราชธานี คอยเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน รวมทั้ง กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนด้านวิชาการและจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

3. ชั้นสังเกตการณ์ นำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน

3.1 ผลการจัดระบบบริการ

1) ยกระดับการให้บริการของคลินิกในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยโรงพยาบาลทุกแห่ง

เข้าร่วมประเมินตนเองในระบบออนไลน์ เพื่อวิเคราะห์ GAP และสาเหตุของการดำเนินงานในคลินิก จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้โดยยึดผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่ต้องรับการประเมินจาก สคร.10 อุบลราชธานี และผ่านการประเมินทั้ง 2 แห่ง

2) เพิ่มศักยภาพของคลินิกเอชไอวี/เอดส์สำหรับให้บริการยา PrEP ในพื้นที่จังหวัดยโสธร มีโรงพยาบาล 7 แห่งเข้าร่วมโครงการ จากทั้งหมด 9 โรงพยาบาล

3) เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มเยาวชนทหารกองประจำการ กลุ่มพนักงานบริการ โดยบูรณาการการดำเนินงานประจำปี ร่วมกับกองระบาดวิทยากรมควบคุมโรค

4) เฝ้าระวังการติดเชื้อหรือตรวจคัดกรองเชิงรุก ได้แก่ เฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยชุดตรวจ rapid test จัดบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาด้วยชุดตรวจ rapid test ซึ่งดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการตรวจคัดกรองและการให้คำปรึกษา

5) ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จากเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. และส่งต่อให้เข้ารับการตรวจยืนยันในโรงพยาบาล

6) ตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับโครงการราชทัณฑ์ปันสุข

7) ตรวจคัดกรองเชิงรุกและการส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ RRTTPR ในกลุ่มพนักงานบริการในสถานบันเทิง และกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

8) รณรงค์สร้างกระแสอย่างต่อเนื่องในวันสำคัญต่างๆ ได้แก่ วันเอดส์โลก วันแห่งความรัก วันตับอักเสบบีโลก วันลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ทั้งการจัดกิจกรรมเชิงรุกและการรณรงค์ผ่านสื่อออนไลน์ตามช่องทางต่างๆ เช่น เพจ เฟซบุ๊ก กลุ่มไลน์ และ สื่อสารมวลชนในพื้นที่

9) จัดกิจกรรมการสร้างความรู้รอบรู้ เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน นักร้องในโรงเรียนมัธยม จำนวน 4 แห่ง

10) ส่งเสริมการจัดบริการด้านเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในชุมชนนักร้องในพื้นที่ต้นแบบ ชื่อว่า “บ้านฮักฮัก” ณ บ้านหนองขุม อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน บริการให้คำปรึกษา แจกถุงยางอนามัย การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น

11) ส่งเสริมการดำเนินงานยุติการติตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์ ครอบคลุมในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนทุกแห่ง ในพื้นที่จังหวัดยโสธร

12) ส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย 100% (condom 100%) โดยทุกสถานบริการจัดให้มีบริการถุงยางอนามัยผ่านแอปเปิ้ลแท็บเล็ต รวมทั้ง สนับสนุนถุงยางอนามัยสำหรับป้องกันโรค และการรณรงค์ทั่วไปอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ ยังเกิดอำเภอต้นแบบของการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คือ อำเภอป่าต้ว และอำเภอมหาชนะชัย

13) เร่งรัดลดการติตราและเลือกปฏิบัติ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการกลไกคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด ในการรณรงค์เพื่อลดการติตรา และจัดให้มีช่องทางรับเรื่องราวร้องทุกข์หากมีการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ พร้อมทั้งมีระบบเข้าดำเนินการปรับปรุงแก้ไขหากมีเรื่องราวร้องเรียน

14) บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่ายทหาร โรงเรียน และเครือข่ายผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และภาคประชาสังคมอื่นๆ ทั้งการป้องกัน การสร้างความรอบรู้ในโรงเรียน

การส่งเสริมให้เข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ตรวจรักษา และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบ

15) การเยี่ยมเสริมพลังและการติดตามการดำเนินงานด้วยระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

3.2 การเข้าถึงระบบบริการ ปิงปประมาณ พ.ศ. 2566

1) ผลการติดตามเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปิงปประมาณ พ.ศ. 2566 จังหวัดยโสธรมีเป้าหมายในการดำเนินงาน 80 ราย สามารถติดตามเด็กมารับการตรวจ ได้ 145 ราย (ร้อยละ 181.3) พบเด็กที่ติดเชื้อจากแม่ 1 ราย (ร้อยละ 0.7)

2) ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับโครงการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป้าหมาย 3,000 คน สามารถดำเนินการได้ 3,000 คน (ร้อยละ 100) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 34 ราย (ร้อยละ 1.1) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี 39 ราย (ร้อยละ 1.3)

3) ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งยังมีชีวิตอยู่ 2,179 ราย ตรวจคัดกรองได้ ร้อยละ 88.3

4) ผลการตรวจเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มผู้ต้องขัง จากผู้ต้องขังรายใหม่ 996 ราย ได้รับการตรวจ 558 ราย (ร้อยละ 56.0) ติดเชื้อเอชไอวี 8 ราย (ร้อยละ 1.4) ติดเชื้อซิฟิลิส 19 ราย (ร้อยละ 3.4) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี 16 ราย (ร้อยละ 2.9)

5) ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และ พนักงานบริการ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 554 ราย ติดเชื้อเอชไอวี 6 ราย (ร้อยละ 1.1) ติดเชื้อซิฟิลิส 16 ราย (ร้อยละ 2.9) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี 6 ราย (ร้อยละ 1.1) ส่วนกลุ่มพนักงานบริการ 67 ราย ไม่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีติดเชื้อซิฟิลิส 2 ราย (ร้อยละ 3.0) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี 1 ราย (ร้อยละ 1.5)

6) ผลการตรวจเอชไอวีและซิฟิลิสในกลุ่มเยาวชน 1,630 ราย ติดเชื้อเอชไอวี 2 ราย (ร้อยละ 0.1) ติดเชื้อซิฟิลิส 4 ราย (ร้อยละ 0.2)

ทั้งนี้ สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วพบการติดเชื้อทุกรายได้รับการส่งต่อเพื่อทำการตรวจยืนยันและเข้าระบบการรักษา

7) ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อได้รับ

การวินิจฉัย (1st 95) ร้อยละ 108.1 ปัจจุบันได้รับยาต้านไวรัส (2nd 95) ร้อยละ 81.8 กตไวรัสสำเร็จ (3rd 95) ร้อยละ 81.5 เมื่อเปรียบเทียบกับผลงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย (1st 95) และสามารถกตไวรัสสำเร็จ (3rd 95) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่การได้รับยาด้านไวรัส (2nd 95) เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95

ตัวแปร	ปีงบประมาณ พ.ศ.		Proportions diff	95% CI	p-value
	2565 n (%)	2566 n (%)			
คาดประมาณผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่	2,240	2,209			
ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย (1 st 95)	2,301 (102.7)	2,388 (108.1)	5.4	1.1, 9.7	0.014
ได้รับยาด้านไวรัส (2 nd 95)	1,873 (81.4)	1,954 (81.8)	0.4	-1.8, 2.6	0.724
กตไวรัสสำเร็จ (3 rd 95)	1,416 (75.6)	1,593 (81.5)	6.2	3.6, 8.8	<0.001

8) อัตราการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีผู้มารับการตรวจ 7,126 ราย ติดเชื้อ 91 ราย (ร้อยละ 1.3) ส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้มารับการตรวจเอชไอวี 9,135 ราย ติดเชื้อ 111 ราย (ร้อยละ 1.2)

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล
ผลการสำรวจการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ระดับมาก ร้อยละ 75.5 และมีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 80.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น (n=159)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกลยุทธ์		
น้อย	4	2.5
ปานกลาง	35	22.0
มาก	120	75.5
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน		
น้อย	4	2.5
ปานกลาง	27	17.0
มาก	128	80.5

จากนั้นได้คืนข้อมูล และรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ กลยุทธ์และกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน HHS จังหวัดยโสธร หลังจากที่ได้ปรับปรุงแล้ว รายละเอียดดังนี้

1) กลยุทธ์การดำเนินงาน มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) เร่งรัดยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติจาก HHS โดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (2) ส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ RRTTPR ทั้งจัดบริการ

เชิงรุกและเชิงรับ (3) ส่งเสริมความรอบรู้ HHS และส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ทั้งยา PrEP และถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยงสูง (4) ยกระดับมาตรฐานคลินิก HHS โดยมีคลินิกเฉพาะโรคและมีทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญให้บริการ เพื่อการรักษา ที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ (5) ยกระดับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษา (6) บูรณาการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และ (7) การบริหารงานด้วยข้อมูลและการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

2) กลไกหลักในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ มี 5 กลไก ได้แก่ (1) กรรมการ ซึ่งเป็นคณะทำงานในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด, เครือข่ายภาคประชาสังคม, ชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (2) กองทุน เป็นแหล่งประมาณในการดำเนินงาน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น, งบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, จาก CUP, สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (3) อุปกรณ์ เป็นการเตรียมอุปกรณ์

และเวชภัณฑ์ยาให้พร้อมและเพียงพอ ได้แก่ ชุดตรวจ rapid test, ถุงยางอนามัย, การบริหารยา (4) การจัดการ ได้แก่ การเตรียมแนวทางหรือสร้างระบบการดำเนินงานให้มีความชัดเจน (protocol/CPG) การเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง (empowerment) การสร้างนวัตกรรมหรือพัฒนางานด้วยการวิจัย (R2R) และ (5) การหนุนเสริมจากหน่วยงานระดับเขตและกรมควบคุมโรค ได้แก่ สคร.10 อุบลราชธานี, สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ กองระบาดวิทยา

มีเป้าหมาย 9 อย่าง คือ (1) เพิ่มความรอบรู้ (2) เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย (3) กลุ่มประชากรหลักได้รับการตรวจคัดกรอง (4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย (5) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส (6) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกิดไวรัสสำเร็จ (7) ลดผู้ติดเชื้อ HHS รายใหม่ (8) ลดการเสียชีวิตจาก HHS และ (9) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจาก HHS

ทั้งนี้ อาจเรียกโดยรวมว่า กลยุทธ์การดำเนินงาน 7 องค์ประกอบ ขับเคลื่อนด้วย 5 กลไกหลัก เพื่อเป้าหมาย 9 อย่าง หรือ “7x5x9” ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อยุติปัญหา HHS จังหวัดยโสธร

Yasothon 7x5x9 ยุติ HHS



วิจารณ์

การศึกษานี้ แบ่งการวิจารณ์ออกเป็น 2 ประเด็น คือ (1) การพัฒนาและการขับเคลื่อนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และ (2) ประสิทธิภาพของกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น รายละเอียดดังนี้

1) การพัฒนาและการขับเคลื่อนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ กลยุทธ์การดำเนินงาน HHS ที่มี 7 องค์ประกอบพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จากการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์และแนวทางแก้ไขที่ตกผลึกจากการคิดร่วมกันของทุกภาคส่วน มาเป็นกรอบในการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และประชาชนหรือชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกลยุทธ์ในการดำเนินงานนั้น สุดท้ายการดำเนินงานจะมีความยั่งยืน⁽¹⁶⁾ การวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้เห็นขนาดของปัญหาที่ชัดเจน นำไปกำหนดกลยุทธ์ได้ตรงกับเป้าหมาย สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานของไทยและองค์การอนามัยโลก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith DK และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกันเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของ Marin-Navarrete และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีในประเทศเม็กซิโกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กลยุทธ์การดำเนินงานนี้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ เพื่อบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานที่มีการบูรณาการเพื่อดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาทั้ง 3 โรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rich KM และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลโดยบูรณาการร่วมกันทั้งการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และยังมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2563-2573⁽⁹⁾ ยุทธศาสตร์ด้านฉวยอนามัย พ.ศ. 2563-2573⁽¹⁰⁾ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565-2573⁽¹¹⁾ และยุทธศาสตร์กำจัด HHS ของ

องค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ แต่อาจแตกต่างกันในรายละเอียด เพื่อให้กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการขับเคลื่อนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ใช้กลไกหลายระดับ ทั้งในระดับจังหวัดและในระดับพื้นที่ที่มาจากหลายหน่วยงานเพื่อบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน โดยเฉพาะการเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้เข้ามามีบทบาทในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานงานหลัก เชื่อมโยงยุทธศาสตร์ระดับชาติสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ และเป็นกลไกสำคัญในการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ในระดับจังหวัด ด้านงบประมาณได้รับการสนับสนุนจากหลายแหล่งและเพียงพอ ทั้งบที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในการให้บริการ HHS และงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคจากงบกองทุน สปสช. ตำบล จาก CUP จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จาก สคร.10 อุบลราชธานี, การสนับสนุนจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และงบจากภาคประชาสังคมด้านอุปกรณ์ มีการบริหารจัดการเพื่อให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน ทั้งการจัดซื้อเองในพื้นที่ และการขอสนับสนุนจากหน่วยงานระดับเขต และจากส่วนกลาง ได้แก่ ชุดตรวจ rapid test และฉวยอนามัย โดยมีการสร้างแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งระบบการตรวจคัดกรอง การส่งต่อเข้าสู่การรักษา และการกำกับติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยนำกลยุทธ์การบริหารงานด้วยข้อมูลและการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือ data-driven มาเป็นเครื่องมือ การมีกลไกในการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม ทำให้การขับเคลื่อนหรือการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลกและของประเทศอาจไม่ได้รับรู้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ การขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จนั้นอาจต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เน้นการมีส่วนร่วม และคำนึงถึงบริบทของพื้นที่^(20,21)

กลยุทธ์และกลไกการขับเคลื่อนกลยุทธ์จากการศึกษานี้ ยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการจัดการระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ (Six Building Blocks Plus)⁽²²⁾ ทั้งการจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทหรือสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย การเตรียมทีมหรือบุคลากรเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานการบริหารงาน และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยข้อมูล การจัดระบบบริการทั้งการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ การจัดการด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมในพื้นที่ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคประชาสังคมในพื้นที่

3) ประสิทธิผลของกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น

จากการนำกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงาน HHS เข้าถึงการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อเข้าสู่การรักษา และได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูง ผลการดำเนินงานนี้สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพ ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (access) เพิ่มความครอบคลุม (coverage) บริการมีคุณภาพและความปลอดภัย (quality and safety) ซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดี (healthy) และมีความยั่งยืน (sustainable) และมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายเพื่อกำจัด 3 โรค ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2673 ปัจจุบันแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพยิ่งขึ้น การเพิ่มขีดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในการตรวจรักษากลุ่มเสี่ยง และการจ่ายเงินชดเชยจากการให้บริการตรวจคัดกรองให้แก่โรงพยาบาลและ รพ.สต. โดยตรง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายต่างๆ การรณรงค์สร้างกระแส และการจัดกิจกรรมลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลไกการขับเคลื่อนที่

เข้มแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของประจักษ์ เทิกขุนทด⁽²³⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลสองดาว และการศึกษาของดวงกมล วัตราดุลย และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พัฒนารูปแบบเครือข่ายแกนนำจิตอาสาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สำหรับวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตเมือง ที่มีการดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย และส่งผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพ

ทั้งนี้ ประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดี คือ การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้งการติดตามเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนในชุมชน การตรวจเอชไอวี ชิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มผู้ต้องขัง และการตรวจเอชไอวีและชิฟิลิสในกลุ่มเยาวชน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 จะทำผลงานได้ดีขึ้น แต่การได้รับยาต้านไวรัสและกดไวรัสสำเร็จ ยังต่ำกว่าเป้าหมาย กว่าร้อยละ 10 ถือเป็นโอกาสพัฒนาในลำดับถัดไป โดยต้องเน้นเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ HHS และการจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ด้านข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลายและมีกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่ม อาจทำให้การติดตามประเมินผลไม่สามารถลงลึกในรายละเอียดได้ครบทุกกลุ่ม เช่น ยังขาดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้ถุงยางอนามัย สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมทั้งสาเหตุการไม่เข้าสู่งานรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ กลยุทธ์การดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความจำเพาะกับบริบท สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่น ผู้ที่จะนำกลยุทธ์นี้ไปใช้ต่อควรขยายผล ควรคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ควรมีการทดลองใช้หรือมีการขยายผลกลยุทธ์ HHS นี้ ในจังหวัดอื่นๆ โดยต้องคำนึงถึงบริบท

ความต้องการ และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

2) ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งในแง่ของประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดำเนินงาน

3) ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกประเด็นตามกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้ถุงยางอนามัย สถานการณ์การติดยาและเลือกปฏิบัติ รวมทั้ง ศึกษาสาเหตุการไม่เข้าสู่การรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดยโสธร สดร.10 อุบลราชธานี, สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกองระบาดวิทยา ที่สนับสนุนการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. HIV Info HUB. Fact sheet: the HIV situation in Thailand in 2021 [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/report.php> (in Thai)
2. HIV Info HUB. Epidemic [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php> (in Thai)
3. AIDS Surveillance System. The hepatitis B situation in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2022 [cited 2022 Oct 12]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/ (in Thai)
4. HIV Info HUB. The HIV/AIDS situation in Yasothon Province [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/province.php> (in Thai)
5. AIDS surveillance system. The results of behavioral surveillance related to HIV infection among men who have sex with men (MSM) [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2022 [cited 2022 Nov 20]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=bbs
6. Namwong T. Development of a model for hepatitis B prevention and surveillance in communities, Yasothon Province [doctoral's thesis]. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2020. 181 p.
7. Thanapathomsinchai P, Duangkaew J, Namwong T. Model development for hepatitis B and C prevention among waste sorting employees in Local Government Organization, Yasothon province. Dis Control J. 2021;47(3):531-41.
8. National AIDS Committee. Thailand national operational plan to end AIDS 2023-2026. Bangkok: NC Concept; 2023.
9. National AIDS Committee. Thailand national strategy to end AIDS 2017 - 2030. Bangkok: NC Concept; 2017.
10. Division of AIDS and STIs, Department of Disease control. Condom strategy (2020-2030) under Thailand national strategy to end AIDS 2017 - 2030. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2020.

- 11.Division of AIDS and STIs, Department of Disease control. Thailand national strategies to eliminate viral hepatitis 2022 - 2030. Samut Prakan: S.B.K. Printing; 2023.
- 12.Division of AIDS and STIs, Department of Disease control. Action plan for the prevention and control of sexually transmitted diseases, 2023 - 2030. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2023.
- 13.World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
- 14.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
- 15.Best JW. Research in education. 3rd ed. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
- 16.Noisommit S, Kantiya C. Public participation in public policy. The Journal of Research and Academics. 2019;2(1):101-16. (in Thai)
- 17.Smith DK, Henny KD, Weidle PJ. The evidence base for initial intervention strategies for ending the HIV epidemic in the U.S. Am J Prev Med. 2021;61(5):s1-s5.
- 18.Marin-Navarrete R, Magis-Rodriguez C, Villalobos-Gallegos L, Villafuerte-Garcia A, Perez-Lopez A, Ruiz-Herrera K, et al. Development of an evidence-based model of rapid testing, counseling and referral patients with HIV, HVC and other STDs in Mexican addiction treatment centers. Salud Ment. 2019;42(4):191-201.
- 19.Rich KM, Bia J, Altice FL, Feinberg J. Integrated models of care for individuals with opioid use disorder: how do we prevent HIV and HCV? Curr HIV/AIDS Rep. 2018;15(3):266-75.
- 20.Tongsiri S, Saensak S, Ploylearmsang C, Phrom-sattayaport V, Klangkan S. Theories and concepts of public health policy implementation research: call for systematic action to achieve efficient implementation strategies. Health Systems Research Journal. 2018;12(1):7-26. (in Thai)
- 21.Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. Adm Policy Ment Health [Internet]. 2009;36(1):24-34. [cited 2022 Nov 6]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- 22.World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
- 23.Herkkhuntod P. Development of care model for people living with HIV and AIDS in Song Dao Hospital. Thai AIDS Journal. 2021;33(3):151-64. (in Thai)
- 24.Watradul D, Lerwitworapong W, Khasemophas D, Kanggerruer K. Developing a model of volunteer spirit of the peer group in preventing HIV/AIDS for the youths in academic institutions in the city. Journal of The Polic Nurses. 2020;12(2):368-79. (in Thai)

**ผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมความตั้งใจ
และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันการเอชไอวี/เอดส์
ในวัยรุ่นนการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยในเขตอำเภอฉวาง
จังหวัดนครราชสีมา**

Effects of an HIV/AIDS prevention program on knowledge, attitudes, behavioral intentions, and perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behaviors among adolescents in non-formal education, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province

อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ¹

นันทิยา ไชยนิ่ง^{2*}

สารภี รัตนพันธ์¹

มุฮัมมัดชัยรี บือราเฮง³

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

นครราชสีมา

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยาเขตปัตตานี

³สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฉวาง

นครราชสีมา

Ampaiwan Boonkaewwan¹

Nantiya Khoynueng^{2*}

Sarapee Rattanaphan¹

Muhammadsairee Bueraheng³

¹Chawang Crown Prince Hospital,

Nakhon Si Thammarat Province

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University,

Pattani Campus

³Chawang District Public Health Office,

Nakhon Si Thammarat Province

*Corresponding author e-mail: nantiya17@hotmail.com

DOI: 10.14456/taj.2024.13

Received: October 15, 2024 Revised: November 14, 2024 Accepted: November 29, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังซ้ำ วัดดูประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง HIV/AIDS ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันการเอชไอวี/เอดส์ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ในวัยรุ่นนการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยในเขตอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น คำนวณกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในประชากรสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกันโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.2 ได้จำนวน 220 คน โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับวัยรุ่นจำนวน 30 คน ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เรื่องเอชไอวีเอดส์ ใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรม

การป้องกันเชื้อเอชไอวีเอดส์ แบบสอบถามพฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และแบบสอบถามการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80, 0.80 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ทศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ระยะเวลาหลังการทดลอง (วันที่4) และระยะติดตามผล (วันที่15) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ นำไปสู่ความตั้งใจและรับรู้ในการป้องกันตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

A quasi-experimental one-group pre-post-test repeated measures design was used to compare the mean score of knowledge, attitude, behavioral intentions, and perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behavior during the pre-intervention, post-intervention, and follow-up period among adolescents in non-formal education, Chawang district, Nakhon Si Thammarat province. Stratified random sampling was used in this study. The sample size, calculated using G*power version 3.2 to compare the means of two dependent groups based on the inclusion criteria, was approximately 220 participants. Three experts validated the program. The reliability of the instruments was tested with thirty adolescents. The HIV knowledge questionnaire was evaluated using the Kuder-Richardson (KR-20) method, yielding a reliability coefficient of 0.81. The attitudes toward HIV/AIDS preventive behaviors scale, the behavioral intentions for HIV/AIDS prevention questionnaire, and the perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behaviors scale were assessed using Cronbach's alpha, yielding readability coefficients of 0.80 0.80 and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance. The findings revealed that the mean scores of HIV knowledge, attitudes toward HIV/AIDS prevention, behavioral intentions for HIV/AIDS prevention, and perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behaviors were significantly higher at the post-intervention phase (Day4) and the follow-up period (Day 15) compared to the pre-intervention phase, with statistical significance at the 0.01 level. The results of this study demonstrated that HIV/AIDS prevention programs can enhance knowledge and understanding of HIV/AIDS prevention, leading to increased intentions and perceived preventive behaviors to reduce the risk of HIV infection.

คำสำคัญ

โปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์,
พฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์,
วัยรุ่นนศึกษาในระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

Keywords

HIV/AIDS prevention program,
HIV/AIDS preventive behaviors,
adolescents in non-formal education

บทนำ

ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สะสมปี 2565 ประมาณ 561,578 คน⁽¹⁾ และมีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,230 คน ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อรายใหม่ เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี จำนวน 4,379 คน และการติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 50 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน⁽²⁾ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปีงบประมาณ 2567 ในเขตสุขภาพที่ 11 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 32,924 ราย พบผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 1,458 ราย⁽³⁾ และจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีชีวิตสูงสุด คือ จังหวัดนครศรีธรรมราช⁽¹⁾

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมและมารับบริการ ตั้งแต่ปี 2564-2566 จำนวน 8,665, 8,815 และ 8,888 ราย ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นเหตุให้พบอัตราการติดเชื้อสูงคิดเป็นร้อยละ 94.0, 92.3 และ 96.0 ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากรายงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีผู้มารับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาและคลินิกเอชไอวี/เอดส์ เป็นวัยรุ่น ช่วงอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่นๆ ที่สำคัญ พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เป็นวัยรุ่น ตั้งแต่ปี 2564-2566 เป็นจำนวน 15, 19 และ 20 ราย ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการสร้างโปรแกรมเพื่อป้องกันเอชไอวีสำหรับวัยรุ่นนั้นมีจำนวนมาก เช่น โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์โดยแกนนำเยาวชนในเด็กวัยรุ่นไทยตอนต้น⁽⁶⁾ หรือมูลนิธิแพथทูเฮลท์ (Path2Health)⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่สนับสนุนเกี่ยวกับการเรียนรู้และพฤติกรรมป้องกันทางเพศในวัยรุ่น นอกจากนี้ พบการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ต่อความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมความตั้งใจ และการรับรู้ประสิทธิภาพ

ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น⁽⁸⁾ โดยตัวโปรแกรมสร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎี theory of planned behavior (TPB) ของ Ajzen⁽⁹⁾ โดยตัวโปรแกรมมีการให้ความรู้ และพัฒนาการทักษะต่างๆ เช่น ทักษะปฏิเสธ การเจรจาต่อรอง และทักษะการใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ทัศนคติ ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁸⁾

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าทฤษฎีส่วนใหญ่เน้นวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษา ไม่ครอบคลุมวัยรุ่นที่ศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งพบจำนวนการเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สถิติในปี 2564-2566 เป็นจำนวน 25, 36 และ 41 รายตามลำดับ⁽⁵⁾ จากการให้คำปรึกษาก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่เพียงพอ โดยเฉพาะวัยรุ่นเข้าใจว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหรือการหลังภายนอกไม่สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ นอกจากนี้การมีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ เช่น รสนิยมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์แบบพิสดาร การฝึมมูกหรือการฉีดเพิ่มขนาดอวัยวะเพศเพื่อเพิ่มความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ หรือแม้แต่ทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์แบบ one night stand เป็นต้น⁽¹⁰⁾ เมื่อศึกษาและทบทวนเกี่ยวกับหลักสูตรการเรียนการสอนรายวิชาเพศศึกษา พบว่า การสอนเพศศึกษา ยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่สอนแบบภาพรวม เนื่องจากครูผู้สอนต้องรับผิดชอบสอนในหลายรายวิชาตามที่หลักสูตรกำหนด ส่งผลให้ไม่สามารถสอนวิชาเกี่ยวกับโรคและเพศศึกษาได้ครอบคลุม⁽¹¹⁾

ปัญหาดังกล่าวข้างต้น งานเอดส์/เอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง เล็งเห็นความสำคัญ จึงปรับปรุงโปรแกรมการป้องกัน เอดส์/เอชไอวี ของกฐิธา ต่อสุวรรณ และอัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ⁽⁸⁾ มาปรับใช้ในวัยรุ่นนการศึกษาณกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ร่วมกับใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎี TPB⁽⁸⁾ ซึ่งทฤษฎีได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรม (behavior) ที่ถูกแสดงออกมานั้นเป็น ผลมาจากความตั้งใจ (intention) ซึ่งมีปัจจัย 3 ประการที่มีอิทธิพลต่อการก่อให้เกิดความตั้งใจ ได้แก่ทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) บรรทัดฐานทางสังคม (subjective norm) และการรับรู้ประสิทธิภาพในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง HIV/AIDS ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันเอดส์/เอชไอวี พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอดส์/เอชไอวี การรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรม การป้องกันเอดส์/เอชไอวี ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เพื่อเสริมสร้างและปลูกฝังความตั้งใจเชิงพฤติกรรมและการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมในการป้องกันเอดส์/เอชไอวี เพื่อให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ได้เรียนรู้ในการป้องกันตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังซ้ำ (quasi-experimental one group pre post-test repeated measures design) ประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) กลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นมีอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอนาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 450 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.2 โดยกำหนด power=0.80, alpha=0.05, effect

size=0.20⁽¹²⁾ ป้องกัน dropout 10% ของประชากร ได้จำนวน 220 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) คำนวณโดยใช้สัดส่วน (proportion) แยกตามการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จำนวน 10 ตำบล จากนั้นทำการจับสลากแต่ละตำบลเพื่อเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติคัดเข้าดังนี้ (1) วัยรุ่นมีอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ศึกษาในระบบการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอนาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (2) ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทย (3) ยินยอมเข้าโครงการวิจัยจนจบตามกระบวนการ (4) วัยรุ่นที่มีอายุ 15-17 ปีต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง

1. เครื่องมือวิจัย

ประกอบไปด้วย 2 ส่วน

1.1 เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือโปรแกรมการป้องกันเอดส์/เอชไอวี ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้ เพื่อสร้างเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับเอดส์/เอชไอวี ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย เพศศึกษา ความรู้เกี่ยวกับเอดส์/เอชไอวี การแพร่กระจายของเชื้อเอดส์/เอชไอวี และวิธีการป้องกัน กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับทัศนคติ (attitude) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย การเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การเข้าถึงถุงยางอนามัย การใช้ถุงยางอนามัย การเลือกถุงยางอนามัย และสถานการณ์ การป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยง และบรรทัดฐานทางสังคม (subjective norms) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยการสนับสนุนบรรทัดฐานทางสังคมทั่วไป แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงถุงยางอนามัย และบุคคลที่อยู่เคียงข้างเมื่อวัยรุ่นเผชิญปัญหา กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะใช้เวลา 5 ชั่วโมง ประกอบด้วย การรับรู้ประสิทธิภาพในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) ทักษะการสนทนากับคู่นอน ในการป้องกันตนเองเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การเข้าถึงถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อเอดส์/เอชไอวีกรณีมีความเสี่ยง รวมทั้งการฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัย

ก่อนการสอดใส่ขณะมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ประสิทธิภาพในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) ประกอบด้วย ทักษะการสนทนากับคู่นอนในการป้องกันตนเองเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การเข้าถึงถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อเอชไอวีกรณีมีความเสี่ยง รวมทั้งการฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัยก่อนการสอดใส่ขณะมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ขออนุญาตใช้เครื่องมือซึ่งผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับตามหลักวิธีวิจัยของอัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ⁽¹⁰⁾ ได้แก่

1) แบบบันทึกส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ การศึกษา ศาสนา ประวัติการมีแฟน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกัน และประวัติการมีความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) แบบสอบถามความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์
แบบสอบถามความรู้เรื่องเอชไอวี (HIV-KQ18) เพื่อวัดความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี การแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ โดยคำตอบที่ถูกต้องให้คะแนนเป็น 1 และข้อไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบให้คะแนนเป็น 0 คะแนน รวม 18 คะแนน โดยช่วงคะแนน 15-18 คะแนน แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์เพียงพอ คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ไม่เพียงพอ มีค่า CVI และ reliability เท่ากับ 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรม การป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติ ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อคำถามมีการประเมินทัศนคติ 3 ระดับของความรู้สึก ประกอบด้วย ตีมากถึงแย่มาก, เลวร้ายมากถึงดีมาก และน่ายินดีมากถึงไม่น่ายินดีเลย โดยแต่ละข้อจะมีระดับความรู้สึกโดย

ระบุคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคะแนน 1 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติเชิงลบ และคะแนน 5 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวก คะแนนรวมทั้งหมด คือ 120 คะแนน โดยคะแนนในช่วง 96-120 คะแนน สะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับดี คะแนนน้อยกว่า 96 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่ามีทัศนคติต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ในระดับต่ำ มีค่า CVI และ reliability เท่ากับ 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ

4) แบบสอบถามพฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ เป็นแบบสอบถามประเมินพฤติกรรม การป้องกันเอชไอวี/เอดส์ โดยแบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ประกอบด้วย ระดับ 1 คือ ตั้งใจมาก ระดับ 2 คือ ค่อนข้างตั้งใจ ระดับ 3 คือ ไม่แน่ใจ ระดับ 4 คือ ไม่ค่อยตั้งใจ ระดับ 5 คือ ไม่ตั้งใจเลย โดยคะแนนรวมในช่วง 8-16 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าความน่าจะเป็นเกี่ยวกับพฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ดี คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 17-40 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าความน่าจะเป็นเกี่ยวกับพฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ในระดับต่ำ มีค่า CVI และ reliability เท่ากับ 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ

5) แบบสอบถามการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรม การป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ประเมินการรับรู้พฤติกรรม การป้องกันเอชไอวี/เอดส์ โดยแบบสอบถามได้สมมุติสถานการณ์ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามต้องตัดสินใจตามสถานการณ์นั้น โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 24 ข้อ แบ่ง 4 โดเมน ดังนี้ การสนทนาทางเพศที่ปลอดภัย (10 ข้อ) การเข้าถึงถุงยางอนามัย (6 ข้อ) การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (6 ข้อ) และการตรวจเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (2 ข้อ) โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คะแนนรวมในช่วง 24-36 คะแนน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการรับรู้ของพฤติกรรม การป้องกันเอชไอวีที่ดี คะแนนรวมอยู่ในช่วง 37-120 คะแนน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการรับรู้ของพฤติกรรม การป้องกันเอชไอวีระดับต่ำ

มีค่า CVI และ reliability เท่ากับ 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures analysis of variance) ใช้วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ทศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระยะก่อน ระยะหลังก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล และการทดสอบเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni's test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบรายคู่ ระหว่างระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม (วันที่ 15) และระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) กับระยะติดตาม (วันที่ 15)

3. การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง มกราคม 2567 ประกอบไปด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) ดังต่อไปนี้

3.1 ระยะก่อนการทดลอง เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข-จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สังกัดอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัย และหลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจะดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ดังนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพอธิบายขั้นตอนการทำกิจกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้น เริ่มการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบสอบถามพฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และแบบสอบถามการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งผ่านการอบรมและทำความเข้าใจขั้นตอนต่างๆ จากผู้วิจัย มีหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง

3.2 ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์จากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 กิจกรรม โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน รวม 13 ชั่วโมง

3.3 ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4)

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ วันที่ 4 กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินโดยแบบสอบถามความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบสอบถามพฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และแบบสอบถามการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3.4 ระยะติดตามผล (วันที่ 15)

ระยะการติดตามวันที่ 15 หลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินโดยแบบสอบถามความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบสอบถามพฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และแบบสอบถามการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4. การรับรองจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช หมายเลข NSTPH 058/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เพศหญิง 115 คน (ร้อยละ 52.3) เพศชาย 79 คน (ร้อยละ 35.9) เพศทางเลือก 26 (ร้อยละ 11.8) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 18.41 ปี ($SD=2.305$) อายุน้อยสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 24 ปี ทุกคน นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 45.5) รองลงมา คือ เกษตรกร (ร้อยละ 27.3) ส่วนใหญ่มีสถานะโสด (ร้อยละ 54.5) รองลงมา มีสถานภาพคู่แบบไม่สมรส (ร้อยละ 28.2) ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ 135 คน (ร้อยละ 61.4) มีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่กับแฟน 108 คน (ร้อยละ 80.0) และมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 27 คน (ร้อยละ 20.0) การมีเพศสัมพันธ์กับแฟนส่วนใหญ่ไม่ใช่อุปกรณ์ป้องกัน โดยเลือกใช้วิธีการหลังภายนอก (ร้อยละ 100) ส่วนการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เลือกใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 60.0) รองลงมา ใช้วิธีหลังภายนอก (ร้อยละ 40.0) กลุ่มตัวอย่างเคยมีความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 133 คน (ร้อยละ 60.5) และปฏิเสธการมีความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 87 คน (ร้อยละ 39.5) ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ด้านเอชไอวีเอดส์จากอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 54.5) รองลงมา จากเพื่อน (ร้อยละ 28.2)

2. ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อนการทดลอง ($Mean=6.67$, $SD=1.406$) ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) ($Mean=12.59$, $SD=1.380$) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) ($Mean=16.99$, $SD=1.102$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{2, 438}=3686.483$, $p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

3. พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อนการทดลอง ($Mean=22.06$, $SD=6.099$) ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) ($Mean=29.21$, $SD=3.099$) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) ($Mean=36.37$, $SD=3.237$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{2, 438}=780.793$, $p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

4. ทศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อนการทดลอง ($Mean=45.69$, $SD=13.376$) ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) ($Mean=87.40$, $SD=11.777$) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) ($Mean=112.22$, $SD=7.934$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{2, 438}=2396.021$, $p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

5. การรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง ($Mean=43.18$, $SD=11.170$) ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) ($Mean=86.03$, $SD=11.732$) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) ($Mean=113.47$, $SD=7.553$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{2, 438}=2726.014$, $p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ (n=220)

ตัวแปร	ระยะก่อนการทดลอง		แปลผล	ระยะหลังการทดลอง(วันที่ 4)		แปลผล	ระยะติดตามผล (วันที่ 15)		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD	
ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์	6.67	1.406	ความรู้ไม่เพียงพอ	12.59	1.380	ความรู้เพียงพอ	16.99	1.102	ความรู้เพียงพอ
ความตั้งใจในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี/เอดส์	22.06	6.099	ความตั้งใจระดับต่ำ	29.21	3.099	ความตั้งใจระดับดี	36.37	3.237	ความตั้งใจระดับดี
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์	45.69	13.376	ทัศนคติระดับต่ำ	87.40	11.777	ทัศนคติระดับดี	112.22	7.934	ทัศนคติระดับดี
ประสิทธิภาพการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี/เอดส์	43.18	11.170	ประสิทธิภาพการรับรู้ระดับต่ำ	86.03	11.732	ประสิทธิภาพการรับรู้ระดับดี	113.47	7.553	ประสิทธิภาพการรับรู้ระดับดี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA, within-subjects effect) ของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์โดยรวม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) (n=220)

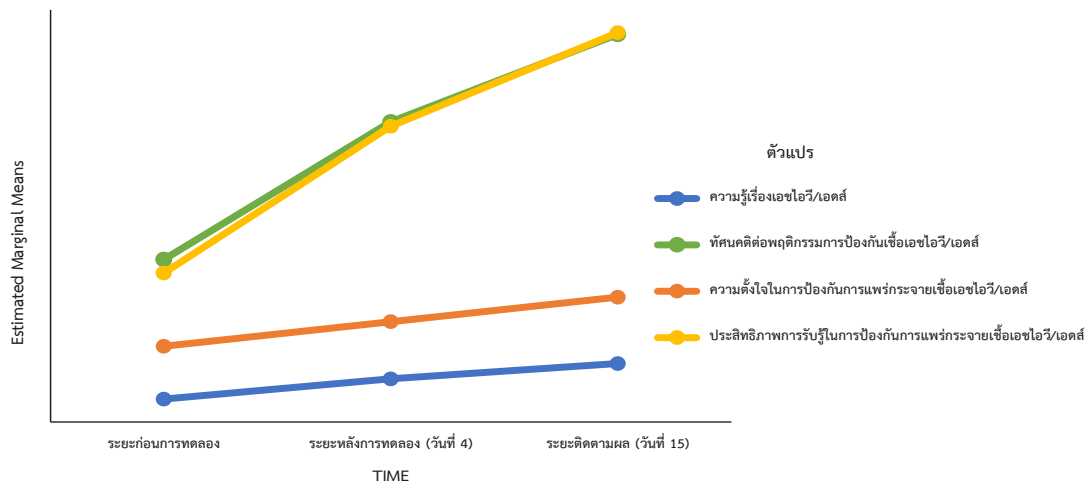
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์					
ผลระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15)	11848.776	2	5924.388	3686.483	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	703.891	438	1.607		
พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์					
ผลระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15)	23899.294	2	11949.647	780.793	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	6703.373	438	28.857		
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์					
ผลระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15)	480124.548	2	240062.274	2396.021	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	43884.118	438	100.192		
การรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์					
ผลระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15)	547596.991	2	273798.495	2726.014	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	43992.342	438	100.439		

จากตารางที่ 2 พบว่า มีอิทธิพลทางตรงระหว่าง ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบการทดสอบเป็นราย
ระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คู่ด้วยวิธี Bonferromi's test ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา (multiple comparisons: Bonferromi) ระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) ของความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการ
ป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ทศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการ
ป้องกันเอชไอวี/เอดส์ (n=220)

ช่วงเวลา	Mean difference	p-value
ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์		
ระยะก่อนทดลอง - ระยะหลังทดลอง (วันที่ 4)	5.891	0.05
ระยะก่อนทดลอง - ระยะติดตามผล (วันที่ 15)	10.345	0.05
ระยะหลังทดลอง (วันที่ 4) - ระยะติดตามผล (วันที่ 15)	4.455	0.05
พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์		
ก่อนทดลอง * หลังทดลอง (วันที่ 4)	7.650	0.05
ก่อนทดลอง * ติดตามผล (วันที่ 15)	14.736	0.05
หลังทดลอง (วันที่ 4) * ติดตามผล (วันที่ 15)	7.086	0.05
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์		
ก่อนทดลอง * หลังทดลอง (วันที่ 4)	40.086	0.05
ก่อนทดลอง * ติดตามผล (วันที่ 15)	65.523	0.05
หลังทดลอง (วันที่ 4) * ติดตามผล (วันที่ 15)	25.436	0.05
การรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์		
ก่อนทดลอง * หลังทดลอง (วันที่ 4)	42.714	0.05
ก่อนทดลอง * ติดตามผล (วันที่ 15)	69.991	0.05
หลังทดลอง (วันที่ 4) * ติดตามผล (วันที่ 15)	27.277	0.05

ภาพที่ 1 Plot graph แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (วันที่ 4) และระยะติดตามผล (วันที่ 15) ของความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ทศนคติต่อพฤติกรรม
การป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์



วิจารณ์

คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในระยะทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

เนื่องจากกิจกรรมเน้นกระบวนการให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น เรียนรู้ผ่านสื่อ แสดงบทบาทสมมุติ มีสาคิตย้อนกลับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวัยรุ่นส่วนใหญ่มีงานทำ มีสถานภาพคูแบบไม่สมรส และเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีประสบการณ์การใช้ชีวิตมากกว่าวัยรุ่นทั่วไปในระบบการศึกษาปกติ ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมและการคิดวิเคราะห์ผ่านประสบการณ์ตรง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Smith⁽¹³⁾ แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ที่ยั่งยืนของมนุษย์ ต้องผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง สรุปการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญ เปิดโอกาสให้มีการแบ่งปันและรับฟังความคิดเห็น นอกจากนี้มีการฝึกทักษะผ่านสถานการณ์จำลอง ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจผ่านบทบาทสมมุติ นอกจากนี้ Smith⁽¹³⁾ กล่าวว่า การเรียนรู้ที่ได้ผลดีที่สุดนั้น ต้องให้ผู้เรียนมีความรู้สึกว่าการเรียนนั้นมีประโยชน์ เนื้อหามีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ และสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเรียนรู้ที่ได้ประโยชน์ คือการที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้ได้ลงมือกระทำ หรือฝึกลงมือทำด้วยตนเอง นอกเหนือจากการบอกกล่าว ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้เป็นอย่างดี⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นที่ชอบแสดงความคิดของตนเอง ชอบการมีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่มเพื่อน การสรุปประเด็นจากความคิดของตนเอง ซึ่งส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นมีการเรียนรู้และทำความเข้าใจสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมเพื่อการสะท้อนคิดเป็นวิธีการหนึ่ง

ที่ทำให้บุคคล ได้มีเวลาพิจารณา อารมณ์ ความรู้สึก สอดคล้องการเรียนรู้แบบเชิงจิตตปัญญาศึกษา (contemplative education) นั่นคือ การพัฒนาหรือการทำกิจกรรมจากภายใน (soft side) ที่นำไปสู่การสำรวจใคร่ครวญ หรือการเรียนรู้ สะท้อนคิดผ่านประสบการณ์ นำไปสู่การปรับทัศนคติของบุคคล⁽¹⁶⁾

การสร้างทัศนคติทางบวก และการรับรู้พฤติกรรมความเสี่ยงของตนเอง นำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงเอชไอวี/เอดส์ ท้ายที่สุดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องในการลดความเสี่ยงทางเพศแบบยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีบุญญา เจริญศิริ⁽¹⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกโรงเรียนพบว่า เจตคติที่ดีสามารถทำนายพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ($p < 0.05$) คล้ายคลึงกับผลการศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เช่น โปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารกองประจำการผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)⁽¹⁹⁾ มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ สุขสถาพร จันทมาศ และคณะ⁽²⁰⁾ ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความตั้งใจในการป้องกันโรคเอดส์ ในนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิควิชาชีพ ประเทศลาว โดยมีการใช้กิจกรรมกลุ่ม ระดมสมอง การวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ จากการกำหนดสถานการณ์สมมติ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการวิจัยของกริธา ต่อสุวรรณ และอัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ⁽⁸⁾ โดยศึกษาโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์สำหรับวัยรุ่นตอนต้น เขตอำเภอนางรอง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการสอนวัยรุ่นโดยใช้สื่อผ่านหนังสือ และการ์ตูนแอนิเมชัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นปัจจุบัน ร่วมกับกระบวนการระดมความคิดเห็นจากกลุ่มเพื่อน โดย มีการแบ่งกลุ่ม คิดวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น ร่วมกับการสาธิตย้อนกลับ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ทักษะต่อพฤติกรรม การป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจ และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรม การป้องกันเอชไอวี/เอดส์ หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.01$)

จะเห็นได้ว่า จากกิจกรรมดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาคิดวิเคราะห์ กลับมาทบทวนตัวเอง ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น จึงนำไปสู่กระบวนการปรับทัศนคติหรือความรู้สึกภายใน ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นการมุ่งเน้นค้นข้อมูลในเรื่อง ความรู้ ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยง และวิธีการป้องกัน เป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมในการแสดงออกและสามารถเลือกวิธีการป้องกันตนเองที่เหมาะสม หากบุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง

ชัดเจน มีความเข้าใจ ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่ดี ท้ายที่สุดนำไปสู่การแสดงออกที่ถูกต้องเหมาะสม⁽²¹⁾ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการบูรณาการหลายรูปแบบในการพัฒนาโปรแกรมและการดำเนินกิจกรรมในวัยรุ่น การปรับใช้สื่อให้สอดคล้องกับบริบท และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการคิดวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น สาธิตย้อนกลับ จึงจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาแบบวัดซ้ำในวัยรุ่น การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งตารางเรียนไม่คงที่ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการนัดกลุ่มเพื่อวัดซ้ำ ดังนั้น ต้องอาศัยครูในการนัดกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการขยายผลโปรแกรมนี้ไปยังวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ ทั้งอยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว หรือติดตามผลเป็นช่วงเวลา ในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงทนของพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สคร.11 นครศรีธรรมราช ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการวิจัยในวัยรุ่น ขอขอบคุณครู ผู้ปกครอง ที่อนุญาตในการเก็บรวบรวมวิจัย และนักเรียนผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Office of Disease Prevention and Control 11 Nakhon Si Thammarat. World AIDS day campaign 1 Dec 2023 let communities lead [Internet]. 2023 [2023 Oct 7]. Available from: https://ddc.moph.go.th/odpc11/news.php?news=38924&deptcode=odpc11&news_views=4335 (in Thai)

2. Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control. The Department of Disease Control invites all sectors to join the campaign for World AIDS Day on December 1, 2023, to work together towards ending AIDS [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 30]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38929&deptcode=brc&news_views=197 (in Thai)
3. Office of Disease Prevention and Control 11 Nakhon Si Thammarat. Info dpc.11 volume 24 issue 1 [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 24]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1647020241204044604.pdf> (in Thai)
4. HIV info HUB. Service unit-based access to prevention and care services [internet]. 2024 [cited 2024 Oct 24]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/service_area.php (in Thai)
5. Data center of Chawang Crown Prince Hospital. Outpatient visit data. Nakhon Si Thammarat: Chawang Crown Prince Hospital; 2023. (in Thai)
6. Fongkaew W, Settheekul S, Fongkaew K, Surapagdee N. Effectiveness of a youth-led educational program on sexual and reproductive health for Thai early adolescents. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* [Internet]. 2011 [cited 2024 Oct 11];15(2):81-96. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6516> (in Thai)
7. Path2health Foundation. Innovations learning for a health society [Internet]. Bangkok: Path2health Foundation; 2020. Available from: <https://www.Path2health.or.th>
8. Torsuwan K, Boonkaewwan A. Effects of HIV/AIDS prevention program on knowledge, attitude, behavioral intention, and perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behavior among early adolescents in high school, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province. *Christian University Journal* [Internet]. 2021 [cited 2021 March 17];27(2):77-93. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/243113> (in Thai)
9. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process* [Internet]. 1991[cited 2024 Oct 22];50(2):179-211. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S074959789190020T?via%3Dihub>
10. Boonkaewwan A. Effects of nurse's support for the adolescent-led HIV/AIDS sexual transmission prevention program using a social network on behavioral intention for HIV/AIDS prevention and perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behavior among adolescents with HIV/AIDS [Doctoral Dissertation in Nursing]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018. 235 p.
11. Department of Learning Encouragement, Ministry of Education. Non-formal education curriculum at the basic education level, B.E. 2551. Revised edition. Bangkok: Department of Learning Encouragement, Ministry of Education; 2023. (in Thai)
12. Polit FD, Hungler PB. *Nursing Research: Principle and Method*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
13. Smith RM. *Learning how to learn: applied theory for adults*. Chicago: Follett Publishing Company; 1982.
14. Cherrington DJ. *The management of human re-*

- sources. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1995.
15. Stephenson R, Simon C, Finneran C. Community factors shaping early age at first sex among adolescents in Burkina Faso, Ghana, Malawi, and Uganda. *J Health Popul Nutr*. 2014;32(2):161-75.
 16. Raktaengam H. Self and others (make it a point): narration from an artist's field story therapy. Bangkok: Mahidol University; 2022. (in Thai)
 17. Charoensiri S. Factors/sexually transmitted infection preventive behaviors/male students in non-formal education [Master Dissertation in Nursing]. Chonburi: Burapha University; 2017. 173 p. (in Thai)
 18. Sirited P, Thongmark W, Kotmongkon D, Wandondaeng R, Thong-o J, Khruapheng M. Effect of health beliefs modification program on adolescent sexually transmitted disease prevention behaviors in Phetchaburi province. *Public Health Policy and Laws Journal* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 20];7(2):309-26. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/250900 (in Thai)
 19. Paorohit W, Suksaen N, Pinkaew S, Watcharasit R. The effect of sexually transmitted diseases prevention program on knowledge, attitude, and perceived severity of sexually transmitted diseases among conscripts, medical company, royal Thai air force. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 4];34(1):58-71. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/262763> (in Thai)
 20. Chanthamath S, Wongkongdech R, Intarat N. Behavioral intervention for HIV/AIDS prevention program among students in Khammouane Technical- Vocational College, Lao People's Democratic Republic. *UBRU Journal for Public Health Research* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 4];7(2):174-84. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/171109> (in Thai)
 21. Zimbardo PG, Ebbesen EB. Experimental modification of the relationship between effort, attitude, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1970;16(2):207-13.

ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรชาวต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค ของประเทศไทย ปี 2566

Epidemiological characteristics of mpox cases among foreign nationals reported in Thailand's disease surveillance system, 2023

รุ่งโรจน์ ไยยงค์^{1*}ธีรศักดิ์ ชักน้า²¹กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค²กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคRungrot Jaiyong^{1*}Teerasak Chuxnum²¹Division of Epidemiology,

Department of Disease Control

²Division of Communicable Diseases,

Department of Disease Control

*Corresponding author e-mail: 6501201010@nmu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2024.14

Received: October 7, 2024 Revised: December 2, 2024 Accepted: December 4, 2024

บทคัดย่อ

โรคฝีดาษวานร (mpox) กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากการระบาดแพร่จากนอกทวีปแอฟริกาไปยังยุโรปและอเมริกาเหนือ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคนี้นี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2565 เพื่อยกระดับการควบคุมโรคและปกป้องกลุ่มเปราะบาง การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและการเสนอแนวทางเฝ้าระวังโรค ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 มีการรายงานทั้งสิ้น 79 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีรสนิยมทางเพศรักเพศเดียวกัน ประเทศที่รายงานเหตุการณ์เข้ามามากที่สุดคือประเทศจีน ส่วนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สัญชาติจีนและเมียนมาร์ อาศัยและทำงานในประเทศไทย รสนิยมทางเพศเป็นรักเพศเดียวกัน โดยใช้ถุงยางอนามัย ระยะฟักตัวเฉลี่ยอยู่ที่ 7 วัน จังหวัดที่มีผู้ป่วยรายงานสูงสุดคือกรุงเทพมหานคร แนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่สำคัญคือ จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศควรดำเนินการตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคฝีดาษวานรที่เกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึงพัฒนากลไกด้านการประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศในการรายงาน ติดตาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยที่มีการรายงานกลับมายังประเทศไทย การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก การติดต่อ วิธีการรักษา และสร้างความตระหนักรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง แพทย์และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างเชี่ยวชาญ เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่ระบาด และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

Monkeypox (mpox) has emerged as a global public health issue, with outbreaks spreading from Africa to Europe and North America. On July 23, 2022, the World Health Organization declared it a

Public Health Emergency of International Concern to enhance disease control and protect vulnerable groups. This study examines epidemiological characteristics and proposes guidelines for surveillance. In 2023, Thailand Disease Surveillance System recorded 79 cases, all in males with a median age of 36, primarily in the 30–39 age group, and predominantly homosexual. China reported the highest number of cases. According to Thailand's Department of Disease Control, most patients were Chinese and Myanmar nationals living and working in Thailand, who reported using condoms. The average incubation period was 7 days, with Bangkok recording the highest number of cases. Key surveillance and control measures include adhering to the International Health Regulations for prevention and control, establishing mechanisms for international cooperation in reporting and tracking cases, and sharing patient data. Increasing knowledge about clinical symptoms, transmission, and treatment is essential, as is reducing raise awareness to reduce risky behaviors. Physicians and STI clinics should receive adequate training for rapid diagnosis and treatment to minimize transmission and improve access to healthcare services.

คำสำคัญ

โรคฝีดาษวานร, ระบาดวิทยา, ระบบเฝ้าระวังโรค, กฎอนามัยระหว่างประเทศ

Keywords

mpox, epidemiology, disease surveillance system, International Health Regulations

บทนำ

โรคฝีดาษวานร (mpox) เป็นโรคที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดมีการขยายวงกว้าง ไม่เฉพาะในประเทศแถบทวีปแอฟริกาตะวันตกและแอฟริกา⁽¹⁾ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ได้พบการรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรทั้งในประเทศที่ไม่ได้เป็นโรคประจำถิ่น และในหลายประเทศที่เป็นโรคประจำถิ่น โดยผู้ป่วยยืนยันส่วนใหญ่มีประวัติการเดินทางไปยังประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือที่ไม่ใช่ประเทศที่เป็นโรคประจำถิ่น เป็นครั้งแรกที่พบการรายงานการระบาดของโรคฝีดาษวานรจำนวนมากพร้อมกันในประเทศที่ไม่ได้เป็นโรคประจำถิ่น และในวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคฝีดาษวานรเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) เพื่อยกระดับการประสานงานความร่วมมือ รวมทั้งการเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ และช่วยลดการแพร่ระบาด จัดการกับผู้ป่วย และปกป้องประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างเหมาะสม⁽²⁾

สถานการณ์ทั่วโลก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 พบผู้ติดเชื้อยืนยันจำนวน 92,783 ราย เสียชีวิตจำนวน 171 ราย ใน 116 ประเทศทั่วโลก ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา โดยประเทศที่รายงานผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา จำนวน 31,070 ราย บราซิล จำนวน 10,967 ราย สเปน จำนวน 7,684 ราย ฝรั่งเศส จำนวน 4,164 ราย และโคลัมเบีย จำนวน 4,090 ราย⁽³⁾ ในประเทศไทย (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 – 15 มีนาคม 2567) พบผู้ติดเชื้อยืนยันรวม 750 ราย ผู้เสียชีวิต 10 ราย เป็นสัญชาติไทย 675 ราย ชาวต่างชาติ 71 ราย โดยมีแนวโน้มการระบาดที่เพิ่มขึ้น ในระยะแรกพบผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ก่อนที่จะแพร่กระจายไปยังจังหวัดอื่น ๆ⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับการเฝ้าระวังจากศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคเป็นศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเสริมการประสานงานและความร่วมมือในการเตรียมและตอบสนองต่อสถานการณ์ทั้งในด้านการเฝ้าระวังโรค การป้องกัน และการดูแล

รักษา⁽⁵⁾ การดำเนินงานนี้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005, IHR 2005) ซึ่งกำหนดให้แต่ละประเทศต้องแต่งตั้งจุดประสานงานกฎอนามัยระดับประเทศเพื่อทำหน้าที่ติดต่อกับจุดประสานงานกฎอนามัยขององค์การอนามัยโลกในนามของประเทศ และรายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปยังภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กองระบาดวิทยา โดยกรมควบคุมโรค ดำเนินงานนี้พร้อมทั้งได้แต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อเป็นกลไกในการประสานงานร่วมกัน เพื่อปฏิบัติตามภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

กรมควบคุมโรค มีระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ตามแนวทาง 2 ช่องทาง โดยผ่านโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค และผ่านจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ตามแนวทางที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของโรคเอดส์ตามแนวทาง และเสนอแนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เพื่อให้ข้อมูลมีประโยชน์ต่อหน่วยงานในการวางแผนกำหนดมาตรการการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและการแพร่กระจายของโรคเอดส์ตามแนวทาง ในประชาชนและนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย จำนวน 2 ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด และฐานข้อมูลจากจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค

2. ประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ตามแนวทาง

ชาวต่างชาติ ที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

สร้างตารางการเก็บรวบรวมข้อมูล (template) โดยบันทึกข้อมูลด้านประชากร (demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ รสนิยมทางเพศ สัญชาติ อาชีพ จังหวัด ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการทางคลินิก การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี การใช้ยาต้านไวรัส HIV ที่อยู่ในประเทศไทย และระยะเวลาพักตัวเฉลี่ย หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละตัวแปร

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ตามแนวทาง

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องได้ ในการจำแนกผู้ป่วยตามสถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ข้อมูลรายละเอียดโรคประจำตัวในฐานข้อมูลทุติยภูมิที่มีการรายงานเท่านั้น มิได้ใช้ข้อมูลในเอกสารการรายงานผลการตรวจเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการซึ่งมีการระบุตัวตนของผู้ป่วย ผู้ศึกษาดำเนินการภายใต้สิทธิ์ในการรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย โดยปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล และนำเสนอเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์การป้องกัน เฝ้าระวังและควบคุมโรคเท่านั้น

ผลการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ตามแนวทางชาวต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 วิเคราะห์ข้อมูลจาก 2 ฐาน ได้แก่ ข้อมูลรายงานผู้ป่วยจากจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ และข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ตามแนวทางจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (event-based surveillance) กรมควบคุมโรค ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายชาวต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย

ข้อมูลรายงานในปี 2566 มีการรายงานทั้งสิ้น 79 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีรสนิยมทางเพศรักเพศเดียวกัน 68 ราย (ร้อยละ 86.08) ผู้ป่วยมีผลการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี 27 ราย (ร้อยละ 34.18) โดยประเทศที่รายงานเหตุการณ์เข้ามามากที่สุด คือ ประเทศจีน 31 ราย (ร้อยละ 39.24) ดังตารางที่ 1

2. ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายในนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางกลับจากประเทศไทย และรายงานจากจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ

ข้อมูลรายงานพบผู้ป่วยเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 100) เป็นสัญชาติเกาหลีสูงสุด 6 ราย (ร้อยละ 35.29) รองลงมา คือ สิงคโปร์และจีน สัญชาติละ 4 ราย (ร้อยละ 22.22) ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี (อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 59 ปี) ผู้ป่วยมีรสนิยมทางเพศเป็นรักเพศเดียวกัน 11 ราย (ร้อยละ 64.71) และพบการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี 6 ราย (ร้อยละ 33.33) ดังตารางที่ 1

การรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายผ่านจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2566 พบว่าประเทศที่มีการรายงานสูงสุด คือ สาธารณรัฐเกาหลี (เกาหลีใต้) 6 ราย (ร้อยละ 35.29) รองลงมา คือ สิงคโปร์ 4 ราย (ร้อยละ 29.41) และไต้หวัน 3 ราย (ร้อยละ 17.65) โดยในการรายงานข้อมูล รัฐบาลจะต้องแจ้งเหตุผ่านทางจุดประสานงานกฏอนามัยระดับชาติ ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากวันที่ยืนยันพบเชื้อจนถึงวันรายงานกลับมายังจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ ซึ่งจากข้อมูลความล่าช้าของการรายงานผู้ป่วยพบว่า ช่วงที่มีการรายงานล่าช้าคือ 1-3 วัน (ร้อยละ 55.56) โดยมีค่ามัธยฐาน 5 วัน (ระยะเวลาสั้นสุด 1 วัน ระยะเวลายาวสุด 17 วัน)

3. ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (event-based surveillance) กรมควบคุมโรค

ข้อมูลรายงานพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย 62 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (ค่ามัธยฐานอายุ 33 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี) เป็นสัญชาติจีนและเมียนมาร์ สัญชาติละ 13 ราย ดังตาราง 1 ส่วนใหญ่อาศัยในประเทศไทยเนื่องจากทำงานในประเทศ 30 ราย (ร้อยละ 50) มีรสนิยมทางเพศเป็นรักเพศเดียวกัน 57 ราย (ร้อยละ 91.94) จากการรายงานพบว่า ระยะเวลาฟักตัวของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน 8 วัน (ระยะเวลาสั้นสุด 1 วัน ระยะเวลายาวสุด 12 วัน) ดังตารางที่ 2

เมื่อจำแนกตามประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแหล่งรังโรค พบว่า จังหวัดขณะป่วยที่ได้รับรายงานมากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 40 ราย (ร้อยละ 64.52) รองลงมา คือ จังหวัดภูเก็ต 7 ราย (ร้อยละ 11.29) และจังหวัดชลบุรี 5 ราย (ร้อยละ 8.06) ตามลำดับ ดังภาพที่ 1 และพบว่าในช่วงระยะเวลา 21 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ประวัติมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 91.90) ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ 30 ราย (ร้อยละ 50) ดังตารางที่ 2 และมีการให้ประวัติการเดินทางไปต่างประเทศใน 21 วันก่อนป่วย 9 ราย (ร้อยละ 14.5) โดยมาจากประเทศมาเลเซีย 2 ราย (ร้อยละ 3.21) ประเทศจีนและประเทศอิตาลี ประเทศละ 1 ราย (ร้อยละ 1.61)

อาการแสดงทางคลินิกที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผื่น 57 ราย (ร้อยละ 91.94) รองลงมา คือ ไข้ 45 ราย (ร้อยละ 72.58) และต่อมน้ำเหลืองโต 39 ราย (ร้อยละ 62.90) ตามลำดับ ดังภาพที่ 2 ตำแหน่งที่ผื่นขึ้นส่วนใหญ่อยู่บริเวณแขน 36 ราย (ร้อยละ 22.32) โดยลักษณะผื่น/ตุ่มที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผื่น/ตุ่มนูนแดง 33 ราย (ร้อยละ 20.46) รองลงมา คือ ตุ่มหนอง 30 ราย (ร้อยละ 18.60) และตุ่มน้ำใส 19 ราย (ร้อยละ 11.78) ตามลำดับ โดยตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองโตที่พบมากที่สุดเกิดขึ้นบริเวณขาหนีบ 24 ราย (ร้อยละ 14.88)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติของจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่าง ประเทศ และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ปี 2566
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จุดประสานงานกฏอนามัย ระหว่างประเทศ (n=17)	ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (n=62)	รวม (n=79)
เพศ			
ชาย	17 (100.00)	62 (100.00)	79 (100.00)
อายุ (ปี)			
20-29	3 (35.48)	22 (35.48)	25 (31.65)
30-39	10 (40.32)	25 (40.32)	35 (44.30)
40-49	2 (14.52)	9 (14.52)	11 (13.92)
50-59	2 (6.45)	4 (6.45)	6 (7.59)
60 ปีขึ้นไป	-	2 (3.23)	2 (2.53)
	ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี อายุน้อยสุด 29 ปี อายุสูงสุด 59 ปี	ค่ามัธยฐาน 33 ปี อายุน้อยสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี	ค่ามัธยฐาน 34 ปี อายุน้อยสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี
รสนิยมทางเพศ			
รักเพศเดียวกัน (Homosexual)	11 (64.71)	57 (91.94)	68 (86.08)
รักต่างเพศ (Heterosexual)	2 (11.76)	5 (8.06)	7 (8.86)
ไม่ระบุ	4 (23.53)	-	4 (5.06)
การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี			
ติดเชื้อเอชไอวี	5 (35.29)	22 (35.48)	27 (34.18)
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	0 (0.0)	21 (33.87)	21 (26.58)
ไม่ระบุ	12 (64.71)	19 (30.65)	31 (39.24)
สัญชาติ			
จีน	4 (23.53)	13 (20.97)	31 (39.24)
เมียนมาร์	-	13 (20.97)	13 (16.46)
ลาว	1 (5.88)	7 (11.23)	8 (10.13)
ออสเตรเลีย	-	4 (6.45)	4 (5.06)
อเมริกา	-	4 (6.45)	4 (5.06)
สิงคโปร์	4 (23.53)	-	4 (5.06)
ฟิลิปปินส์	1 (5.88)	3 (4.84)	4 (5.06)
อิตาลี	-	2 (3.23)	2 (2.53)
ญี่ปุ่น	-	2 (3.23)	2 (2.53)
กัมพูชา	-	2 (3.23)	2 (2.53)
รัสเซีย	-	2 (3.23)	2 (2.53)
บราซิล	-	2 (3.23)	2 (2.53)
มาเลเซีย	1 (5.88)	-	1 (1.27)
สวิตเซอร์แลนด์	-	1 (1.61)	1 (1.27)
ซาอุดีอาระเบีย	-	1 (1.61)	1 (1.27)
ฟินแลนด์	-	1 (1.61)	1 (1.27)
อินโดนีเซีย	-	1 (1.61)	1 (1.27)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติของจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่าง ประเทศ และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ปี 2566
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	จุดประสานงานกฏอนามัย ระหว่างประเทศ(n=17)	ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (n=62)	รวม (n=79)
สเปน	-	1 (1.61)	1 (1.27)
เวียดนาม	-	1 (1.61)	1 (1.27)
สหรัฐอเมริกา	-	1 (1.61)	1 (1.27)
เกาหลีใต้	6 (35.29)	1 (1.61)	7 (8.86)

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ปี 2566

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
โรคซิฟิลิส	4	6.45
โรคเอดส์	22	35.48
ไม่ระบุ	36	58.06
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ใน 21 วัน		
มีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย	57	91.90
มีเพศสัมพันธ์กับเพศหญิง	5	8.10
การใช้ถุงยางอนามัย		
ใช้	31	50.00
ไม่ใช้	23	37.10
ไม่ระบุ	8	12.90
เหตุผลที่อยู่ในประเทศไทย		
ทำงาน	31	50.00
ท่องเที่ยว/พักผ่อน	11	17.74
ศึกษาต่อ	1	1.61
ไม่ระบุ	19	30.65
ระยะเวลาพักตัวเฉลี่ย¹		
ค่ามัธยฐาน 8 วัน		
ระยะเวลาสั้นสุด 1 วัน ระยะเวลายาวสุด 12 วัน		

¹ระยะพักตัวเฉลี่ยคำนวณจากผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเดียว ในระยะเวลา 21 วันก่อนเริ่มมีอาการ

วิจารณ์

การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 ไม่มีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีประวัติการเดินทางระหว่างประเทศในช่วงหนึ่งเดือน และเกิดการแพร่ระบาดกระจายไปหลายจังหวัดในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย

ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 มีการรายงานทั้งสิ้น 79 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 40.32) มีรสนิยมทางเพศรักเพศเดียวกัน ร้อยละ 86.08 ซึ่งคล้ายกับการระบาดในต่างประเทศ เช่น จีน⁽⁵⁾ เนเธอร์แลนด์⁽⁶⁾ อิตาลี⁽⁷⁾ และสเปน⁽⁸⁾ โดยประเทศที่รายงานเหตุการณ์เข้ามามากที่สุด คือ ประเทศจีน ร้อยละ 39.24 และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 34.18 มีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งโดยปกติสัดส่วนนี้จะอยู่ในช่วงร้อยละ 21 ถึง 47 ในประเทศที่มีการระบาดของโรค⁽⁶⁻⁹⁾ แต่ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจะทำให้บุคคลมีความเสี่ยงในการติดโรคเอดส์หรือไม่⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติที่มีการติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตมากกว่า^(11,12)

การมีเพศสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดเป็นช่องทางหลักของการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคเอดส์ชาวต่างชาติในปี 2565^(8,13,14) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษานี้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย มีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 21 วันก่อนเกิดโรค และบริเวณที่มีผื่นขึ้นมากที่สุด คือ บริเวณแขน บริเวณอวัยวะเพศ/รอบทวารหนัก ที่สำคัญกว่านั้น ผู้ป่วยที่มีการตรวจพบและเข้ารับการรักษา รวมถึงการติดตามผู้สัมผัสอย่างใกล้ชิด เป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยระยะฟักตัวเฉลี่ยอยู่ที่ 8 วัน โดยทั่วไปคือ 7-10 วัน ในช่วงการระบาด

ของโรคในปี 2565⁽⁸⁻¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในทวีปยุโรป ที่แสดงให้เห็นว่าระยะฟักตัวเฉลี่ยในการแพร่ระบาดของโรคปี 2565 อยู่ระหว่าง 8 ถึง 9 วัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการป่วยภายใน 4-11 วัน หลังจากสัมผัสโรค⁽¹¹⁾ โดยระยะฟักตัวมีระยะเวลาที่สั้นกว่าก่อนมีการแพร่ระบาดในปี 2565 ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสโดยตรงผ่านการติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹⁰⁾ จากรายงานแนวโน้มการระบาดทั่วโลกของโรคเอดส์ชาวต่างชาติ วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 มีรายงานผู้ป่วยเป็นผู้หญิงทั้งหมด 3,057 ราย และสภาพแวดล้อมที่สัมผัสเชื้อบ่งชี้ที่สุด คือการอยู่ร่วมบ้าน (ร้อยละ 45) และวิธีการแพร่เชื้อที่พบบ่งชี้ที่สุดสำหรับผู้ป่วยหญิง คือการมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 51)⁽¹⁸⁾ ผู้ป่วยจากการระบาดทั่วโลกส่วนใหญ่มักเกิดผื่นขึ้นบริเวณรอบปากและทวารหนักและอวัยวะเพศมากกว่าที่จะเกิดที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย^(8,19) สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังมีความยากที่จะระบุและติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของผู้สัมผัสที่ชัดเจนได้ เนื่องจากผู้ป่วยไปสัมผัสกับบุคคลที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนโดยไม่ระบุตัวตน ซึ่งทำให้เกิดการกระจายและการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างมากขึ้นและรวดเร็ว การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตามแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อกรณีโรคเอดส์ชาวต่างชาติให้ลดโอกาสการแพร่กระจายโรค และลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

ผลของการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเอดส์ชาวต่างชาติในประเทศไทย ประการแรก จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศควรดำเนินการตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ชาวต่างชาติที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และพัฒนากลไกด้านการประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศในการรายงาน ติดตาม และแลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้ป่วยที่มีการรายงานกลับมายังประเทศไทย เนื่องจากประเทศที่รายงานข้อมูลส่วนใหญ่มีความล่าช้าในการรายงานทำให้มีโอกาสในการแพร่กระจายโรค ประการ

ที่สอง การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคฝีดาษวานรรวมถึงมาตรการที่สำคัญสำหรับกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการทางคลินิก วิธีการติดต่อของโรค วิธีการรักษา สร้างความตระหนักรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคฝีดาษวานรประการที่สาม เนื่องจากผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี การมีคลินิกให้คำปรึกษา และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี รวมถึงคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพและเฝ้าระวังเป็นกรณีพิเศษสำหรับกลุ่มประชากรนี้โดยแพทย์ผู้วินิจฉัยจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคฝีดาษวานร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการรักษาโรคในระยะเริ่มต้น⁽⁵⁾

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ได้แก่ ลักษณะการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่ไม่สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรคได้ และการขาดข้อมูลในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนอาจมีการขาดการรายงานโรคเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง ส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งในขณะนี้การระบาดของโรคฝีดาษวานรในประเทศไทยอาจจะสงบลง แต่สถานการณ์โลกยังคงดำเนินการต่อ ทำให้กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย เฝ้าระวังสถานการณ์โรคฝีดาษวานรในทวีปแอฟริกาภายหลังที่องค์การอนามัยโลกเตรียมพิจารณาประกาศยกระดับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เพื่อประโยชน์การวางแผน กำหนดมาตรการ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค และการแพร่กระจายของโรคฝีดาษวานร ในประชาชนและนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชากรเสี่ยงเป็นเรื่องที่จำเป็น ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความ

สำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค โดยดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและมีความครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งในพื้นที่ที่เคยพบการระบาดและยังไม่เคยพบการระบาด เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิผล ดังนี้

1. รายงานข้อมูลโรคระหว่างจุดประสานงาน ภูมิภาคมายะระหว่างประเทศ รวมถึงการประสานขอข้อมูลเพิ่มเติมกับประเทศต้นทางทันทีภายหลังจากการตรวจพบเชื้อ เพื่อจำกัดวงจรของการแพร่ระบาดและกระจายเชื้อในผู้ป่วย

2. ส่งเสริมให้ความรู้กับสถานพยาบาลที่มีชาวต่างชาติเข้ามารับบริการ ให้มีการจัดทำสื่อสองภาษา เช่น ภาษาไทย-ภาษาจีน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ เป็นต้น สำหรับประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำที่สามารถสื่อสารกับชาวต่างชาติได้อย่างเข้าใจ

3. ติดตามข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้มีความครอบคลุมในการรายงาน และเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังโรคในสถานพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ฐิติพงษ์ ยิ่งยง ที่อนุเคราะห์การใช้ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ และนายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ และนางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ ในการให้คำแนะนำและคำปรึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค เจ้าหน้าที่ทีมเครือข่ายสุขภาพ เจ้าหน้าที่ทีมสอบสวนโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรคทุกท่าน ที่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรค และรายงานเหตุการณ์อย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ศึกษามีข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการวิเคราะห์คุณลักษณะทางระบาดวิทยาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO recommends new name for monkeypox disease [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited

- 2023 May 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-11-2022-who-recommends-new-name-for-monkeypox-disease>
2. World Health Organization. WHO Director-General declares the ongoing monkeypox outbreak a public health emergency of international concern [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>
 3. World Health Organization. Multi-country outbreak of mpox, external situation report#31-22 December 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report-31---22-december-2023>
 4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of smallpox infectious disease (mpox) 2024 [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php> (in Thai)
 5. Zong Y, Yang Y, Kong D, Xu J, Liang Z, Shi F, et al. Epidemiology and characteristics of identified early mpox cases in Guangdong Province. *Biosaf Health*. 2023;5(6):321-5.
 6. van Ewijk CE, Miura F, van Rijckevorsel G, de Vries HJ, Welkers MR, van den Berg OE, et al. Mpox outbreak in the Netherlands, 2022: public health response, characteristics of the first 1,000 cases and protection of the first-generation smallpox vaccine. *Euro Surveill*. [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 28];28(12):2200772. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.12.2200772>
 7. Candela C, Raccagni AR, Bruzzesi E, Bertoni C, Rizzo A, Gagliardi G, et al. Human monkeypox experience in a tertiary level hospital in Milan, Italy, between May and October 2022: epidemiological features and clinical characteristics. *Viruses* [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 25];15(3):667. Available from: <https://www.mdpi.com/1999-4915/15/3/667>
 8. Tarin-Vicente EJ, Alemany A, Agud-Dios M, Ubals M, Suner C, Anton A, et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *Lancet* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 28];400(10353):661-9. Available from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01436-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01436-2/fulltext)
 9. Philpott D, Hughes CM, Alroy KA, Kerins JL, Pavlick J, Asbel L, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of monkeypox cases—United States, May 17–July 22, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 12];71(32):1018-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7132e3>
 10. Mitja O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, et al. Monkeypox. *Lancet* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 13];401(10370):60-74. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02075-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02075-X/fulltext)
 11. Mitja O, Alemany A, Marks M, Lezama Mora JI, Rodriguez-Aldama JC, Torres Silva MS, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. *Lancet* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 14];401(10380):939-49. Available

- from: [https://www.thelancet.com/journals/lan-cet/article/PIIS0140-6736\(23\)00273-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lan-cet/article/PIIS0140-6736(23)00273-8/fulltext)
12. Triana-Gonzalez S, Roman-Lopez C, Mauss S, Cano-Diaz AL, Mata-Marin JA, Perez-Barra-gan E, et al. Risk factors for mortality and clinical presentation of monkeypox. *AIDS* [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 30];37(13):1979-85. Available from: https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/2023/11010/risk_factors_for_mortality_and_clinical.8.aspx
 13. Liang C, Qian J, Liu L. Biological characteristics, biosafety prevention and control strategies for the 2022 multi-country outbreak of monkeypox. *Biosaf Health* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 13];4(6):376-85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bsheal.2022.11.001>
 14. Wang Y, Leng P, Zhou H. Global transmission of monkeypox virus-a potential threat under the COVID-19 pandemic. *Front Immunol* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 10];5(14):1174223. Available from: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1174223>
 15. Suarez Rodriguez B, Guzman Herrador BR, Diaz Franco A, Sanchez-Seco Farinas MP, Del Amo Valero J, Aginagalde Llorente AH, et al. Epidemiologic features and control measures during monkeypox outbreak, Spain, June 2022. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 15];28(9):1847-51. Available from: https://www.cdc.gov/eid/article/28/9/22-1051_article
 16. Miura F, van Ewijk CE, Backer JA, Xiridou M, Franz E, Op de Coul E, et al. Estimated incubation period for monkeypox cases confirmed in the Netherlands. *Euro Surveill* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 30];27(24):2200448. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.24.2200448>
 17. McFarland SE, Marcus U, Hemmers L, Miura F, Inigo Martinez J, Martínez FM, et al. Estimated incubation period distributions of mpox using cases from two international European festivals and outbreaks in a club in Berlin, May to June 2022. *Euro Surveill*. [Internet]. 2022 [cited 2023 May 5];28(27):2200806. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.27.2200806>
 18. World Health Organization. 2022-24 Mpox (monkeypox) outbreak: global trends [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jul 20]. Available from: https://world-healthorg.shinyapps.io/mpx_global/
 19. Catala A, Clavo-Escribano P, Riera-Monroig J, Martin-Ezquerro G, Fernandez-Gonzalez P, Revelles-Penas L, et al. Monkeypox outbreak in Spain: clinical and epidemiological findings in a prospective cross-sectional study of 185 cases. *Br J Dermatol* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 8];187(5):765-72. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjd.21790>
 20. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Ministry of Public Health is closely monitoring the monkeypox situation in Africa as the WHO prepares to consider declaring an international public health emergency [Internet]. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Aug 9]. Available from: <https://pr.moph.go.th/online/index/news/301573online/index/event> (in Thai)

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ ที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรคในสถาบันบำราศนราดูร

Comparative case study of nursing care for patients with tuberculosis and HIV co-infection with hepatic complications from tuberculosis at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

นัชชา แสงวัชรสุนทร

Natcha Sangwacharasontone

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,

Department of Disease Control

Corresponding author e-mail: natcha228@hotmail.com

DOI: 10.14456/taj.2024.15

Received: June 28, 2024 Revised: September 27, 2024 Accepted: October 29, 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรคในสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งจะเป็นแนวทางให้การพยาบาลสำหรับบุคลากรที่สนใจ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ข้อ มาใช้ในการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ร่วมกับการวางแผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม รวมถึงการบริหารจัดการรายกรณีของพยาบาลคลินิกวัณโรค ดังนี้ (1) การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (2) การกำกับติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (3) ประเมินอาการและติดตามผลอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ (4) การดูแลภาวะโภชนาการ (5) การให้ความรู้เรื่องโรคการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องที่บ้าน (6) การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านมารับการคัดกรองวัณโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเกิดภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงแตกต่างกัน มีการติดตามการทำงานของตับเป็นระยะ เมื่อพบผลการทำงานของตับผิดปกติแล้วมีการแก้ไขทันที ด้วยสูตรยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรวมถึงการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีที่ผู้ป่วยทนต่อยารักษาวัณโรคได้ ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี ทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง ร่วมกันดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ มีความสำคัญมากที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้ และคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This study examined the nursing care of pulmonary tuberculosis patients co-infected with AIDS who develop drug-induced hepatitis caused by tuberculosis medications at the Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. It served as a guideline for nursing personnel, employing Gordon's 11 functional health patterns for assessment and diagnosis, along with Orem's theory for nursing care planning and case management by tuberculosis clinic nurses. The focus areas included: (1) controlling and preventing tuberculosis transmission, (2) ensuring consistent medication adherence, (3) monitoring and managing medication side effects,

(4) addressing nutritional status, (5) educating patients on disease prevention, infection control, and proper self-care at home, and (6) screening household contacts for tuberculosis. In the case studies of two patients, both developed drug-induced hepatitis within the first two weeks of treatment, though with varying severity. Liver function was monitored regularly, with immediate corrective actions taken upon detecting abnormalities. This involved adjusting the medication regimen and administering tolerable antiviral drugs, enabling the patients to regain a good quality of life. The strong multidisciplinary team provided comprehensive care, empowering patients and their families with the knowledge and skills needed for self-management and consistent treatment adherence.

คำสำคัญ

การพยาบาล, วัณโรค, แบบแผนสุขภาพ

Keyword

nursing care, tuberculosis, health plan

บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าปี 2565 ทั่วโลกมีอุบัติการณ์วัณโรค 133 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 10.6 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 1.3 ล้านคน และประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection, LTBI)⁽¹⁾ ส่วนประเทศไทย คาดประมาณมีอุบัติการณ์วัณโรค 155 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 111,000 คน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 14,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (drug resistance TB, DR-TB) จำนวน 2,700 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 9,200 ราย จากการรวบรวมผลการดำเนินงานวัณโรคจากหน่วยบริการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ข้อมูล วันที่ 15 ธันวาคม 2566) จำนวน 1,204 แห่ง พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทย และไม่ใช่คนไทยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มดังกล่าวมีเชื้อเอชไอวีจำนวน 5,467 ราย (ร้อยละ 8.2)⁽²⁾

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีโอกาสเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าปกติ 20-30 เท่า และเมื่อเป็นแล้ว ก็อาจจะมีอาการรุนแรงของโรคมากกว่าคนปกติได้ ปัจจุบันเราพบเชื้อวัณโรคของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มดื้อยา มากกว่าคนทั่วไป⁽³⁾ เนื่องจากยังมีความชุกของวัณโรคค่อนข้างสูง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจึงสามารถพบวัณโรคได้

ในทุกระยะ⁽³⁾ วัณโรคเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดวัณโรค ดังนั้น วัณโรคและเอชไอวีจึงมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้การป่วยวัณโรคลุกลามขึ้น ทั้งในผู้ได้รับเชื้อวัณโรคในช่วงแรกและผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง (หรือวัณโรคระยะแฝง)⁽⁴⁾

สูตรยาสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เชื้อไวต่อยา (new patient regimen with drug susceptible) ที่ยังไม่เคยรักษาหรือเคยรักษาไม่เกิน 1 เดือนด้วยสูตรยา 2HRZE/HR⁽⁵⁾ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรคมีความสำคัญมาก ถ้าได้รับการดูแลจัดการล่าช้าและไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยารักษาวัณโรคไม่สม่ำเสมอเป็นผลให้การรักษาวัณโรคไม่สำเร็จ เกิดภาวะเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาได้ หากให้การป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้งที่ สามารถช่วยป้องกันภาวะทุพพลภาพและลดโอกาสการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากภาวะดื้อยาได้⁽⁵⁾ ดังนั้นก่อนเริ่มรักษาวัณโรคให้พิจารณาเจาะเลือดดูการทำงานของตับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดตับอักเสบ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ดื่มสุราเป็นประจำ มีประวัติเคยเป็นโรคตับหรือมีเชื้อไวรัสตับอักเสบ การติดเชื้อเอชไอวี มีภาวะทุพโภชนาการ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น กรณีที่มีอาการสงสัยตับอักเสบ เช่น คลื่นไส้อาเจียน กินไม่ได้ ตาเหลือง ท้องอืดแน่นท้อง

ตรวจ AST/ALT และ total bilirubin ทุก 1-2 สัปดาห์ ภายในเดือนแรก หลังจากนั้นพิจารณาตามความเหมาะสม⁽⁶⁾ ภาวะพิษต่อตับ (hepatotoxicity) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ จากยารักษาวัณโรคแบบขั้นรุนแรง ที่สามารถพบได้และมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2.00-28.05 ทั้งนี้ยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 ที่สามารถทำให้เกิดภาวะพิษต่อตับได้ ได้แก่ ยา isoniazid, rifampicin, และ pyrazinamide โดยอุบัติการณ์เกิดพิษต่อตับจากยาทั้งสามชนิดนี้ ร้อยละ 1.7-4.0, 1.5-6.3 และ 1.1-5.0 ตามลำดับ⁽⁷⁾

คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ สถาบัน-บาราศณราตุร ให้บริการผู้ป่วยสงสัยวัณโรคและได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคจากผู้ป่วยในสถาบันฯ และรับรักษาจากนอกสถาบันฯ จากสถิติปี 2562-2566 พบผู้ป่วยวัณโรคลดลง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบกับทางสถาบันฯ มีคำสั่งให้ปิดบริการผู้ป่วยโรคทั่วไปเพื่อเปิดบริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตามพันธกิจหลัก จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคลดลง ปี2562-2566 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคทั้งหมดจำนวน 118, 125, 51, 52, 81 ราย ตามลำดับ และมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 43.22), 52 ราย (ร้อยละ 41.60), 13 ราย (ร้อยละ 25.50), 27 ราย (ร้อยละ 51.92) และ 29 ราย (ร้อยละ 35.80) ตามลำดับ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 80.85, 84.44, 76.92, 92.31 และ 70.37 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายอยู่ที่ร้อยละ 6.38, 4.44, 7.69, 3.84 และ 7.41 ตามลำดับ อัตราการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ร้อยละ 98.03, 98.11, 100, 100 และ 96 ตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มี

ภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคแม้มีจำนวนน้อยแต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญความเครียดตั้งแต่เริ่มต้นทราบผลการติดเชื้อ มีความวิตกกังวลและรู้สึกลัวการป่วยเป็นวัณโรคร่วมกับติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่าอับอาย ในขณะที่เดียวกันยังเกิดภาวะตับอักเสบจากยาซ้ำอีก การให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การดูแลตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ควบคู่ไปกับการให้พยาบาลที่คอยดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในส่วนที่จัดการตนเองไม่ได้ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจากสาเหตุดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคในสถาบัน-บาราศณราตุร ในผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงรุนแรงแตกต่างกัน เพื่อวางแผนการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลได้สอดคล้องต่อความต้องการของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากร และพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไปโดยกรณีศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบาราศณราตุร รหัสโครงการ NO17h/67_Exempt เรียบร้อยแล้ว

กรณีศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคที่มีอาการและอาการแสดงรุนแรงแตกต่างกัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	56 ปี	51 ปี
สถานภาพสมรส	แยกทางกัน	คู่
วุฒิการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ปริญญาตรี
ที่อยู่	เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร	อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี
อาชีพ	รับจ้าง	รับราชการ
สิทธิการรักษา	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง
วันที่รับไวดูแล	31 ตุลาคม 2565	20 กันยายน 2566
วันที่จำหน่ายออกจาก การดูแล	5 กันยายน 2566	อยู่ระหว่างการรักษา

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อที่เหมือนกัน ช่วงอายุใกล้เคียงกัน มีข้อแตกต่างได้แก่ สถานภาพสมรส ได้แก่ เป็นเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร วุฒิการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา

ตารางที่ 2 การเจ็บป่วย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่นำมา โรงพยาบาล	รับ Refer จากโรงพยาบาลไอเอ็มเอช ธนบุรี เนื่องจาก มี hepatitis จากยารักษาวัณโรค แรกรับ น้ำหนัก 45 กิโลกรัม อุนหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 147/107 มิลลิเมตรปรอท On O ₂ canular 3 LPM	มีใบส่งตัวจากสถาบันโรคทรวงอกเนื่องจาก ตรวจพบผล anti-HIV positive หลังรักษา วัณโรค แรกรับ น้ำหนัก 57.8 กิโลกรัม อุนหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/70 มิลลิเมตรปรอท
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ทราบผลติดเชื้อเอชไอวีปี 2564 ตรวจซ้ำที่ สภากาชาดไทย 7 ก.ย. 2565 เริ่มยาต้านไวรัส เอชไอวี 9 ก.ย. 2565 ที่ ร.พ.บางมด CD4=43 ก่อนไปรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ร.พ.ไอเอ็มเอช ธนบุรี มีอาการไอเรื้อรังตรวจพบ PTB+แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่ 20-31 ต.ค. 2566 เริ่มรักษาวัณโรคด้วยสูตรยา HRZE มี hepatitis แพทย์หยุดยาต้านไวรัสเอชไอวีและ ยา rifampicin ก่อนส่งมารักษาต่อ การวินิจฉัย เบื้องต้น B24, hyponatremia, hypoosmolality	มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะขาวขุ่น น้ำหนักลด เจ็บหน้าอกเป็นๆหายๆ ประมาณ 1 เดือน ก่อนไปพบแพทย์ที่สถาบันโรคทรวงอก เริ่มยารักษาวัณโรคหลังทานยารักษาวัณโรค 1 สัปดาห์พบการทำงานของตับสูง หยุดยา pyrazinamide ตรวจพบติดเชื้อเอชไอวี จึง refer มาสถาบันบำราศฯ
โรคประจำตัว	ติดเชื้อเอชไอวีปี 2564	ติดเชื้อเอชไอวี กันยายน ปี 2566
การเจ็บป่วยในอดีต	ปี 2565 ป่วยด้วยโรค pneumocystis pneumonia (PCP)	ปฏิเสธการเจ็บป่วยหรือผ่าตัดใด ๆ
ประวัติการแพ้ยา/สารต่าง ๆ	ปฏิเสธการแพ้ยา/สารต่าง ๆ	ปฏิเสธการแพ้ยา/สารต่าง ๆ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Sputum AFB: 3+ Sputum culture TB: MTB Sens ต่อยา Sputum line probe assay (LPA): MTB Sens H, R	Sputum AFB: 1+ Sputum culture TB: MTB Sens ต่อยา

ตารางที่ 2 การเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
ผลอ่านเอกซเรย์ปอด	CXR: infiltrations in both lungs	CXR: TB in both lungs
ผลการตรวจภูมิคุ้มกัน	CD4=43 (5%)	CD4=160 (10%)
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี	[TLD]TDF300+3TC300+DTG50	[TLD]TDF300+3TC300+DTG50
การให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	Fluconazole Co-trimoxazole 480 mg	Co-trimoxazole 480 mg
การวินิจฉัยของของแพทย์	pulmonary TB smear+	pulmonary TB smear+
การรักษาโรคทางเดินโรค	H300, Z1000, E800, R450	H300, Z1500, E1000, R600
ผลตรวจการทำงานของตับก่อนเริ่มยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัสเอชไอวี	ไม่พบข้อมูลการตรวจก่อนเริ่มรักษาในประวัติที่ส่งมา	AST/SGOT 121 H U/L (0-32) ALT/SGPT 87 H U/L (0-33) ผลตรวจหลังรักษาวัณโรค 1 สัปดาห์ แต่ไม่พบข้อมูลการตรวจก่อนเริ่มรักษาในประวัติที่ส่งมา
ผลตรวจการทำงานของตับหลังเริ่มยารักษาวัณโรค	AST/SGOT 254 H U/L (0-32) ALT/SGPT 131 H U/L (0-33)	AST/SGOT 250 H U/L (0-32) ALT/SGPT 252 H U/L (0-33)
ปรับยารักษาวัณโรค	H300, Z1000, E800, L750	H300, R600, E1000, L750
ผลการรักษาวัณโรค	รักษาหายใช้เวลา 12 เดือน	กำลังรักษาเดือนที่ 7

จากตารางที่ 2 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ถูกส่งมารับการรักษาต่อเนื่องที่สถาบันบำราศฯ ด้วยอาการแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลไอเอ็มเอช ธนบุรี ตั้งแต่วันที่ 20-31 ต.ค. 2566 ก่อน refer มา admit ต่อที่สถาบันฯ เนื่องจากมี hepatitis ร่วมกับมีภาวะ hyponatremia, hypoosmolality มีประวัติทราบผลติดเชื้อเอชไอวีปี 2564 ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา ต่อมาปี 2565 ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ได้รับการรักษาและเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ส่งตัวมาเนื่องจากทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี หลังรักษาวัณโรค 1 สัปดาห์ ยังไม่เริ่มรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลตรวจการทำงานของตับพบค่า AST/SGOT และ ALT/SGPT สูงในระดับใกล้เคียงกัน มีการปรับสูตรยาต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 แพทย์หยุดยา rifampicin ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 แพทย์หยุดยา pyrazinamide โดยแพทย์เพิ่ม levofloxacin ทั้ง 2 รายเหมือนกัน

จากการประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁽⁸⁾ 11 แบบแผน ซึ่งเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของ

ผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย พบปัญหาทั้งหมด 4 แบบแผนคือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 โภชนาการและเมตาบอลิซึม แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย และแบบแผนที่ 10 ความเครียดและการเผชิญความเครียด ส่วนแบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และแบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อไม่พบปัญหาใดๆ จึงกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายกรณีตามปัญหาที่พบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือกำหนดวิธีการพยาบาล ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการรุนแรงต่างกันชัดเจน จึงให้การพยาบาลแตกต่างกัน การรักษาตามอาการ และ

ให้การดูแลตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษา รายที่ 1	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษา รายที่ 2
1. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB - ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรคความดันลบ (airborne infection isolation room, AIIR) - ให้การพยาบาลตามหลัก airborne precaution - แนะนำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมาคัดกรองวัณโรค	1. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB - ดูแลให้ได้รับการตรวจจากแพทย์ตามลำดับคิว - แนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน - แนะนำมาพบแพทย์ตามนัด วิธีไปติดต่อในแต่ละจุด โดยยื่นใบนัดที่ประทับตรา “ช่องทางด่วน” ให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อรับบริการทันที
การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ครอบครัวและผู้ดูแลไม่ติดเชื้อจากผู้ป่วย	การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชนได้ ครอบครัวและผู้ดูแลไม่ติดเชื้อจากผู้ป่วย
2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อวัณโรค - ประเมินอาการภาวะพร่องออกซิเจน วัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดร้อยละ O2 sat 95-100% หากพบอาการเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน หายใจลำบากร่วมกับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 94% รายงานแพทย์ - จัดกิจกรรมบนเตียงและจัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้ ปอดขยายตัวและดูแลให้ได้รับออกซิเจน 5 LPM (keep SpO2 >94%)	2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อวัณโรค - ประเมินอาการชักประวัติ วัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด หากพบอาการหายใจถี่ขึ้น หายใจลำบาก ร่วมกับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95% รายงานแพทย์ - แนะนำเวลานอนให้นอนศีรษะสูงเพื่อปอดขยายตัวเต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ
การประเมินผล ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ออกซิเจนในกระแสเลือด >97-100%	การประเมินผล ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้ง/นาที ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ออกซิเจนในกระแสเลือด >97-100%
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงพิษต่อตับจากการใช้ยารักษาวัณโรค - ประเมินอาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายช่องปากและฟัน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม - ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายเสริมอาหารเสริมโปรตีน (1:1) 200cc ต่อมื้อ ยังรับประทานไม่ได้ ใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหารและยา - ดูแลให้ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา	3. ไม่สุขสบายเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงพิษต่อตับจากการใช้ยารักษาวัณโรค - ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพิ่มเติม เช่น ตา ตัวเหลือง ตับม้ามโต เป็นต้น - อธิบายชนิดของยา บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง หากขาดยาอาจก่อให้เกิดการดื้อยาส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น ปวดท้อง ผื่นผิวหนัง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษาครั้งที่ 1	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษาครั้งที่ 2
- แนะนำดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากๆ เพื่อช่วยลดการใช้พลังงาน ช่วยลดอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย	- แนะนำงดดื่มเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์ ยาสมุนไพรต่างๆ ที่อาจจะมีผลต่อการทำงานของตับได้ - แนะนำอาการที่ควรรีบไปพบแพทย์ ได้แก่ ผื่นขึ้นเหลือง หายใจลำบาก เป็นต้น - แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกรดไขมันชนิด โอเมกา-3 เช่น เนื้อปลา น้ำมันถั่วเหลือง ผักผลไม้ งดไขมันอิ่มตัว เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน - แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อช่วยลดพลังงานและลดอาการอ่อนเพลีย
การประเมินผล มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นพักๆ งดรับประทานอาหารและงดอาหารทางสายยางเว้นยา 1 วันก่อนอาการดีขึ้น เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้เองหลังรักษา 3 สัปดาห์	การประเมินผล ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้
4. เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน - ดูแลให้ 50% MgSo4 8 ml+5% D/W 100 ml IV drip ใน 4 ชั่วโมง วันละครั้ง เป็นเวลา 3 วัน - ดูแลให้ได้รับ Potassium chloride elixir 30 cc 1 ครั้ง - ดูแลให้ได้รับ 5% D/NSS 1000 cc IV drip 100 cc ใน 8 ชั่วโมง - ประเมินอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน - ติดตามค่าเกลือแร่ในเลือด (electrolyte) การประเมินผล ค่า electrolyte ปกติ ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียนลดลง	
5. มีภาวะช็อค มีอาการอ่อนเพลีย Hct 27% - ประเมินอาการ อาการแสดงไม่มีประวัติอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด - ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาจำนวน 1 Unit - ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการหลังได้รับเลือด การประเมินผล อาการอ่อนเพลียลดลง ผลตรวจเลือด Hct 32%	
6. มีความจำเป็นในการต้องเตรียมความพร้อมเพื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเอชไอวี - ประเมินความพร้อมในการรับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างรอบด้าน เช่น ต้องตรงเวลาในการรับประทานยาในทุกๆ วัน - ให้คำปรึกษา อธิบาย และเสริมสร้างแรงจูงใจในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม การประเมินผล - ดูแลให้ยา TLD 1 tab เวลา 20.00 น. - ให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้าน รวมถึงช่องทางการติดต่อหากพบอาการผิดปกติ เช่น ทางโทรศัพท์ และ LINE official	4. มีความจำเป็นในการต้องเตรียมความพร้อมเพื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเอชไอวี - ดูแล TLD เวลา 8.00 น. และ Dolutegravir 20.00 น. - แนะนำช่องทางการติดต่อหากพบอาการผิดปกติ เช่น ทางโทรศัพท์ และ LINE official

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินผล รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ตรงตามเวลา ไม่ขาดยา ไม่มีอาการข้างเคียงใดๆ	การประเมินผล รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ตรงตามเวลา ไม่ขาดยา ไม่มีอาการข้างเคียงใดๆ
7. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย - สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยพร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ - ประเมินความวิตกกังวล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น - ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย - ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	5. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย - แฉงอาการผู้ป่วยให้ครอบครัวทราบเป็นระยะๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม
การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยน้อยลงและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยน้อยลงและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
8. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค - สร้างสัมพันธ์ภาพและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและบอกถึง ความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ - ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย - รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ภาวะคับข้องใจของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้กำลังใจและชี้แนะการปฏิบัติตัว - แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการรักษา การตามนัด	6. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค - วางแผนการควบคุมโรคและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การรับประทานยาและยา อาการข้างเคียงของยา การพักผ่อน การให้ความร่วมมือในการรักษา - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าที่ยังมีการหายใจเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รักษาอาการเหนื่อยจะดีขึ้น
การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถบอกกลไกการเกิดโรค การแพร่กระจายเชื้อ แผนการรักษาและวิธีปฏิบัติตัวขณะป่วยได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถบอกกลไกการเกิดของโรค การกระจายเชื้อ แผนการรักษาและวิธีปฏิบัติตัวขณะป่วยได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

วิจารณ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ น้ำหนักลด ผลทางรังสีวิทยาที่ปอดพบมีพยาธิสภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบผลบวกของ AFB และ line probe assay (LPA) รวมถึงเพาะเชื้อวัณโรคขึ้นทางเสมหะ จึงได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดและรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐาน (2HRZE

/4HR)⁽⁵⁾ กรณีศึกษารายที่ 1 ปี 2564 ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา กันยายน 2565 ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ มีค่า CD4=43 (5%) รับประทาน fluconazole ร่วมกับยาต้านไวรัสเอดส์ ตุลาคม 2565 ป่วยด้วยโรควัณโรคแพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน รับประทานยาวัณโรคเพิ่ม การรับประทานยาหลายตัวพร้อมกัน อาจเกิดการปฏิกริยาระหว่างยา ทำให้การทำงานของตับมีภาระเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดตับอักเสบ

รุนแรงขึ้น แม้ว่า แพทย์เลือกหยุดยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ คาดว่าจะเป็นสาเหตุแล้วก็ตาม ประกอบกับผู้ป่วยมี น้ำหนักตัวน้อยทำให้ไม่สามารถทนต่อยาได้ ต่อมาได้ หยุดยา rifampicin เพิ่มแต่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเกิดภาวะ hyponatremia, hypoosmolality จึงส่งตัวมารักษาต่อเนื่อง ในแผนกผู้ป่วยใน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ทราบผลการ ติดเชื้อเอชไอวีขณะป่วยเป็นโรค CD4=160 (10%) น้ำหนัก 57.8 กิโลกรัม เมื่อเกิดอาการตับอักเสบแพทย์ ได้หยุดยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุทันที ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ไม่รุนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติจึงได้รับการดูแลแบบ ผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เกิดภาวะตับอักเสบในช่วง 2 สัปดาห์แรก กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์เลือกปรับ ยารักษาโรคโดยการ off rifampicin และให้ levofloxacin ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์เลือก off pyrazinamide และให้ levofloxacin เพิ่มเหมือนกัน หลังรักษา โรคได้ 1 เดือนมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 รับประทานต้าน ไวรัสเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาเริ่มยาด้านไวรัส เอชไอวีทุกรายเมื่อผู้ป่วยพร้อมและสามารถทนต่อยา รักษาโรคได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมเริ่มภายใน 2 สัปดาห์อย่างช้าไม่เกิน 4 สัปดาห์⁽¹⁰⁾ จากอาการและ อาการแสดงที่รุนแรงต่างกันชัดเจน กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก รับประทานอาหารเองไม่ได้ เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ชีต อ่อนเพลีย และช่วยตัวเองได้น้อย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการ คลื่นไส้อาเจียนบางครั้ง อ่อนเพลียแต่ยังสามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ จึงนำไปสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ข้อ มีความเหมือนกัน 6 ข้อ และมีความแตกต่างกัน 2 ข้อ จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนและแตกต่างกันพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการเจ็บป่วยทั้งทาง ร่างกายและจิตใจที่ต้องการความช่วยเหลือต่างกัน ทฤษฎี ของโอเร็มได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถ ของบุคคลและความต้องการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมี ความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้ จะอยู่ ในภาวะต้องการความช่วยเหลือการพยาบาล การช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคล สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต

สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ⁽⁹⁾ การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มีภาวะตับอักเสบ จากยารักษาโรคมีความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านที่ ถูกต้องจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ การให้ ความรู้เรื่องโรค เน้นการมีวินัยในการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การพักผ่อน อย่างเพียงพอ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายได้ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ให้คำแนะนำ คอยเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาแล้ว พยาบาลยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาเสนอแนวทางให้ผู้ป่วยเลือก ประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การเคารพสิทธิ์ของ ผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และคง สถานะการรักษาต่อเนื่อง ความรู้ ทักษะ และทักษะ ในวิชาชีพพยาบาลทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึกช่วยให้ดูแล และให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ถูกต้องแม้ว่า โรคสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ต้องรับประทานยาต้านไวรัส เอชไอวีต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ความท้าทายคือทำอย่างไร ให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการรักษาตลอดไป

สรุป

การวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและให้การ พยาบาลที่เหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ทำให้โรครักษาหายได้แม้จะเกิดภาวะตับอักเสบ จากยารักษาโรค แม้ว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการ รุนแรงกว่าและมีความล่าช้าในการรับยาด้านไวรัส เอชไอวีตั้งแต่ครั้งแรกที่ทราบผล จนทำให้เกิดการติดเชื้อ ฉวยโอกาสอื่นร่วมด้วยก็ตาม แต่สุดท้ายคือผู้ป่วยหาย จากการป่วยเป็นโรค และคงอยู่ในระบบรักษา รับประทานไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 กำลังรักษาอยู่ถึงปัจจุบันมาตามนัดต่อเนื่องสุขภาพ แข็งแรงดี

ข้อเสนอแนะ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมโรคเอดส์ควรมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลโดยพยาบาลเป็นผู้ประสานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ให้ได้รับการแก้ไข มีแนวปฏิบัติการพยาบาลรวมถึงมีการฟื้นฟูสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ สร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังอำนาจครอบครัวช่วยดูแลเพื่อป้องกันการเบื่อหน่ายในการรักษา มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคทุกรายให้มาคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ และการจัดบริการเชิงรุกให้กลุ่มเสี่ยง ตรวจเลือดเร็ว รู้ผลเร็ว และรักษาเร็ว เพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การบริการที่เป็นมิตรเน้นเรื่องเคารพสิทธิ และรักษาความลับผู้ป่วย การประเมินความเครียด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อช่วยในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Apr 6]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>
2. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. Situation and operations of tuberculosis in Thailand, 2024 [Internet]. Bangkok: Division of Tuberculosis, Department of Disease Control; 2024 [cited 2024 Apr 6]. Available from: [https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคในป\(1\).pdf](https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคในป(1).pdf) (in Thai)
3. Chierakul N. AIDS and tuberculosis [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2010 [cited 2024 Apr 6]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirira-jonline2021/Article_files/348_1.pdf (in Thai)
4. Thasnaphasen S. HIV infection situation in tuberculosis patients in Thailand [Internet]. Non-thaburi: Department of Disease Control; 2022 [cited 2024 Apr 9]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณ.pdf> (in Thai)
5. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. Guidelines for tuberculosis control in Thailand. Bangkok: Graphic and Design Typography Office; 2021. (in Thai)
6. Wiangwong I. Nursing care of pulmonary tuberculosis patients with hepatitis caused by tuberculosis drugs. Journal of Health and Environmental Education [Internet]. 2023;8(4):522-7 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269458> (in Thai)
7. Thongfak W. Nursing care for pulmonary tuberculosis patients with hepatotoxicity from tuberculosis treatment [Internet]. Nakhon Pathom: Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology; 2023 [cited 2024 Apr 9]. Available from: <https://sci.rmutsb.ac.th/2023/12/23/การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค/> (in Thai)
8. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.
9. Thaweeapun W. Orem's self-care theory [Internet]. Buriram: Buriram Rajabhat University [cited 2024

- Apr 9]. Available from: <http://blog.bru.ac.th/wp-content/uploads/bp-attachments/46521/Orem-theory-wiangping.pdf> (in Thai)
10. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022. (in Thai)