



กรมควบคุมโรค
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร

E-ISSN 2651-0987

โรคเอดส์

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

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2563- พฤษภาคม 2563

- ความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ในปี พ.ศ. 2555-2561
- แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการขับเคลื่อนงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์
จังหวัดกำแพงเพชร
- ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง





กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 ก.พ. 2563 - พ.ค. 2563

วารสารโรคเอดส์

สารบัญ

หน้า

ความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ N. gonorrhoeae ในปี พ.ศ. 2555-2561 ปริศนา บัวสกุล พงศธร แสงประเสริฐ รสพร กิตติเยวามาลย์	42
แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการขับเคลื่อนงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ จังหวัดกำแพงเพชร ชัยทัต ปัทมม รัตรี โพธิ์ระวัช สายรุ่ง จันทรประสาท น้ำทิพย์ ชูชัย	54
ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง นันทพงศ์ พงศ์สุวรรณ	68



Thai AIDS Journal

Volume 32 No. 2 February 2020 – May 2020

Page

ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITIES IN *N. GONORRHOEAE* IN 2012 -2018 **42**

Prisana Buasaku Pongsathorn Sangprasert Rossaphorn Kittiyaowamarn

**BEST PRACTICES ON DRIVING THE WORK TOWARDS ENDING AIDS
IN KAMPHAENGPHET PROVINCE** **54**

Chaithat Patum Ratree Phorawat Sairung Chantaraprasat Namthip Chuchai

**FACTORS AFFECTING ADMISSION TO ANTIRETROVIRAL THERAPY
IN HIV-INFECTED PEOPLE REW AIDS PATIENTS TRANG HOSPITAL** **68**

Nantapong Pongsuwan

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

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

บรรณาธิการ	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	กรมควบคุมโรค
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์กรธรณี	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลัย	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุบลโกศลกร	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.ลิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	นายแพทย์พัลลภ คังสี	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
	รศ.ดร.สุคนธา คงสี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มนรัตน์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ตุลิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	นักวิชาการอิสระ
	ผศ.พญ.พัชกรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษา	สำนักวิชาการแพทย์ศาสตร์ ปมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้จัดการ	ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามีคัคคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	นายแพทย์ศรายุทธ อุตตมางคพงศ์	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สำนักงานผู้จัดการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	
	อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4	
	เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราดูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	
ผู้ออกแบบปก	โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291	
	นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง	
	นางสาวผกามาศ แต่งคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291 โทรศัพท์มือถือ 08 1788 3573	
ผู้ประสานงาน	E-mail: aidsstijournal@gmail.com	

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

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

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ มีความยินดีรับเรื่อง/บทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยบทความฯ ที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และวารสารวิชาที่เกี่ยวข้องต้องมีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงเผยแพร่ โดยสนับสนุนให้บทความฯ ในรูปแบบภาษาไทยและมีบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ทั้งนี้ ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของคณะกรรมการหรือของวารสารโรคเอดส์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อบทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำให้การศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์ บนमुखวของกระดาษใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่นำเสนอที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไชยต่อท้ายชื่อ และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านแล้วผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ ในการเขียนบทคัดย่อ มีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวม ข้อมูลวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผล การศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัย ครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียง ต่อตามลำดับแต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสาร อ้างอิงไม่ถูก แบบ จะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3.รูปแบบการเขียนวารสาร (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสารปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร (volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

- 1) Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.
- 2) Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
- 3) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษแต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

- 1) ธีระ งามสุด, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเอดส์ระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากวงต่างของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเอดส์ 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.
- 2) จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.
- 3) ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพ็ญทรัพย์ อีสีประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนอง ทางผิวหนังด้วยวิธีสีกัดผิวหนังกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์ เวชสาร 2545;46:649-57.
- 4) จริญญา เลิศอรชยมนิ, เอมอร รักขมณี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณี วร กิจโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุมะเร็ง 2545;85:1288-95.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

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

ตัวอย่าง

- 1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.
- 2) Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- 3) Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- 4) Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.
- 5) สมภพ เรืองตระกูล. อาการปวด: โรคทางจิตเวชและการรักษา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
- 6) พลภัทร โรจน์นครินทร์. โรคเลือดออกง่ายและหลอดเลือดอุดตันในเขตร้อน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- 7) จันทร์เพ็ญ สุวรรณ, อภิญญา เพียรพิจารณา, รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2553.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

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

ตัวอย่าง

- 1) ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัยบุญนาท, ตระหนักจิต หะริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงคน; 2533. หน้า 115-20.
- 2) รุจิเรศ ธนรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. ใน: สุปรานี เสนาดีสัย, วรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฑาทอง; 2551. หน้า 677-97.
- 3) วิทยา เลิศวิริยะกุล. การให้การะงับความรู้สึกผู้สูงอายุ. ใน: วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ขาญชญาณนท์, ศศิกานต์ นิมาวนรัชต์, ธิตา เอื้อกฤดาภิการ, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555. หน้า 247-70.
- 4) วราลักษณ์ ยมะสมิต. อาการคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์. ใน: วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 7-16.
- 5) ปิยวรรณ เชียงไกรเวช. การบาดเจ็บในหญิงตั้งครรภ์. ใน: ปิยวรรณ เชียงไกรเวช, มณฑิรา ตัณฑนุช, นครชัย เผื่อนปฐม, บรรณาธิการ. การบาดเจ็บในเด็ก. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556. หน้า 247-57.
- 6) เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฎ์, ประอร ขวลิตดำรง, พิกพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.
- 7) Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205-31.
- 8) Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125-51.
- 9) Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131-49.
- 10) Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง

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

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

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

ตัวอย่าง

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

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

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

4) Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-9

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

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

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง

- 1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>
- 2) Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
- 3) สุภามาต ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียเชื้อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชกิจแพทยเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557];20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
- 4) Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, Rekatte HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus [Internet]. 2006 [cited 2014 Sep 15];20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/foc.2006.20.2.2>
- 5) Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon-where there's a wiggle, there's a way. J Pathol [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง

- 1) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>
- 2) ศุภศิลป์ สุนทรธรรมา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitamins.html
- 3) Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>
- 4) Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>
- 5) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

4.การส่งต้นฉบับ

- 4.1 รูปแบบไฟล์ต้นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ ขนาด A4 แบบอักษร TH SarabunPSK ส่วนหัวข้อ ขนาด 18 pt. ส่วนเนื้อหา ขนาด 16 pt.
- 4.2 กราฟ/ตารางแสดงผล แสดงชัดเจน (ตัวหนา) มีการชี้หัวตารางแสดงผล ในกรณีที่ตารางแสดงผลต้องขึ้นหน้าถัดไป
- 4.3 รูปภาพประกอบ มีความละเอียด คมชัด สามารถปรับขยายได้
- 4.4 การส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์มาที่ระบบรับ – ส่งบทความฯ เพื่อพิจารณาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ผ่านเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ Peer Reviewers 1-3 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยต้องผ่านการอนุมัติให้เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ จาก Peer Reviewers 2 ใน 3 ท่าน

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

ความรับผิดชอบ

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ในปี พ.ศ. 2555-2561ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITIES IN *N. GONORRHOEAE*

IN 2012 -2018

ปริศนา บัวสกุล*

Prisana Buasakul*

พงศธร แสงประเสริฐ*

Pongsathorn Sangprasert*

รศพร กิตติเยวามารย์*

Rossaphorn Kittiyaowamarn*

*กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

Received: 21/01/2020

Accepted: 20/03/2020

บทคัดย่อ

เชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* (*N. Gonorrhoeae*) เป็นสาเหตุของโรคหนองใน ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุด อีกทั้งยังเป็นเชื้อโรคที่ดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการรักษา และเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้อนี้ ผลการทดสอบในปี พ.ศ. 2555-2561 ต่อยาปฏิชีวนะ 8 ชนิด ทั้งวิธี Disk diffusion และ E-test สามารถจำแนกการดื้อยาได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พบการดื้อยาต่อเนื่อง ได้แก่ ยา penicillin tetracycline และ ciprofloxacin ทั้ง 3 ชนิดมีผลของการดื้อยามากกว่า ร้อยละ 90 กลุ่มที่ 2 เริ่มพบการดื้อหรือมีความไวต่อยาลดลง ได้แก่ ยา azithromycin และ gentamicin และกลุ่มที่ 3 ยังไม่พบการดื้อหรือมีความไวลดลงแต่อย่างใด ได้แก่ ยา spectinomycin (เป็นยาที่ไม่ใช้ในประเทศไทย) ยา ceftriaxone และยา cefixime

สำหรับยา azithromycin และยา gentamicin เป็นยาทางเลือกในการรักษาโรคหนองใน โดยยา azithromycin ใช้เป็นยาที่รักษาคู่กับยากลุ่ม cepharosporin พบว่าเชื้อมีค่า MIC50 และ MIC90 เพิ่มขึ้น 1 dilution ในปี พ.ศ. 2561 เมื่อเทียบกับปีที่เริ่มใช้รักษาในปีพ.ศ. 2557 และพบเชื้อ 1 ตัวอย่าง ที่ให้ค่าความไวต่อยาลดลง ในปี พ.ศ. 2560 สำหรับยา gentamicin ถึงแม้จะไม่พบการดื้อยา แต่พบเชื้อที่ให้ค่า Intermediate มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนยาในกลุ่มที่ 3 ยา ceftriaxone และ ยา cefixime ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษา ยังไม่พบเชื้อที่มีความไวต่อยาทั้ง 2 ตัวลดลง แต่ค่า MIC เริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะเชื้อที่มีค่า MIC ≥ 0.032 $\mu\text{g/ml}$ ซึ่งมีรายงานว่า เป็นค่าที่พบกลายพันธุ์ของยีน penA ดังนั้นการเฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้อหนองในจึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย

Abstract

Gonorrhoea is the most commonly reported sexually transmitted infections (STIs) caused by *Neisseria gonorrhoeae* (*N. Gonorrhoeae*) bacteria. Antibiotic resistance *N. Gonorrhoeae*, which is difficult to treat, has been a global public health problem. Bangrak Sexual Transmitted Infections Cluster is responsible for *N. gonorrhoeae* antimicrobial resistance surveillance. The antimicrobial resistance surveillance data from 2012 to 2018 of 8 antibiotics using Disk diffusion and E-test could classify *N. gonorrhoeae* antimicrobial

resistance into 3 groups. The first group was *N. gonorrhoeae* resistance to penicillin, tetracycline and ciprofloxacin (> 90%). The second group was *N. gonorrhoeae* susceptibility to azithromycin and gentamicin started to decline. The third group was *N. gonorrhoeae* susceptible to spectinomycin, ceftriaxone and cefixime.

Azithromycin and gentamicin were alternative regimens for gonorrhea treatment. Azithromycin was used to treat in combination with cephalosporin. We found the MIC50 and MIC90 was increasing 1 dilution in 2018 compared to prior results of resistance survey when this drug was initially used in 2014. We found one sample of *N. gonorrhoeae* had decreased in its susceptibility in 2017. Although gentamycin resistance was not found in this study but trend of intermediate resistance was increasing. For the third group, spectinomycin was not used in Thailand while ceftriaxone and cefixime were standard regimen for gonorrhea treatment. The resistance to both drugs was not found in this study but the MIC trend was observed to be increasing. Especially, the isolates with MIC $\geq 0.032 \mu\text{g/ml}$ have been reported to have penA gene mutation. Therefore, antimicrobial resistance surveillance for *N. gonorrhea* system should be continuously implemented and expand to cover more areas in Thailand.

คำสำคัญ:

เชื้อหนองใน, โรคหนองใน,
การดื้อยา, การเฝ้าระวัง

Keywords:

Neisseria gonorrhoeae, gonorrhea, antimicrobial
resistance, surveillance

บทนำ

เชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) เป็นสาเหตุของโรคหนองในซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก จากข้อมูลรายงานของสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าโรคหนองในมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ที่มีอัตราป่วย 10.58 ต่อแสนประชากร เป็น 15.13 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561 พบสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:0.18 ส่วนกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ 15-24 ปี (60.48%) 25-34 ปี (19.60%) และ 35-44 ปี (8.27%)⁽¹⁾

การดื้อยาของเชื้อหนองในมีรายงานในหลายประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มที่จะพบการดื้อยาเพิ่มสูงขึ้น โดยมีการรายงานการดื้อยา ceftriaxone ครั้งแรกในประเทศไทยในปี⁽²⁾ ซึ่งยา ceftriaxone เป็นยาหลักในการรักษาโรคหนองใน นอกจากนี้ยังมีรายงานการพบเชื้อหนองในที่ดื้อยา cefixime และ azithromycin

รวมไปถึงยาทางเลือกอื่นๆ ในการรักษาหนองในหลายชนิดที่ประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย และยังพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีประวัติการได้รับเชื้อจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽³⁾ จึงมีโอกาสเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะพบเชื้อหนองในดื้อยาคิดเหล่านี้ได้ในอนาคตอันใกล้

สำหรับในประเทศไทย กลุ่มบางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยาต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546⁽⁴⁾ โดยร่วมกับห้องปฏิบัติการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทำให้มีข้อมูลการเฝ้าระวัง ที่เป็นภาพรวมของทั้งประเทศ ผลจากการทดสอบ ประเทศไทยยังไม่พบการดื้อยา ในกลุ่ม cephalosporin ทั้ง cefixime และ ceftriaxone รวมทั้ง azithromycin⁽⁵⁾

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการทบทวนผลการทดสอบค้นหาการดื้อยาของเชื้อหนองในระหว่าง ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2561 เพื่อแสดงแนวโน้มของผลการทดสอบ

หาความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่เพาะเลี้ยงได้ ที่กลุ่มบางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี พ.ศ. 2555 ถึง 2561 จำนวน 485, 461, 497, 666, 708, 443 และ 426 ตัวอย่างตามลำดับ โดยเป็นสิ่งที่ส่งตรวจที่เพาะได้จาก เพศชายและเพศหญิง และจำแนกตามแหล่งของตัวอย่าง (ตารางที่ 1) และตัวอย่างที่เพาะเลี้ยงได้ นำไปทำการ ทดสอบเพื่อหาความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะด้วย แผ่นทดสอบยาปฏิชีวนะชนิด Disk diffusion และชนิด E-test และสามารถจำแนกจำนวนตัวอย่างตามชนิดยา ที่ทำการทดสอบและวิธีการทดสอบได้ (ตารางที่ 2)

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็น เชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่เพาะเลี้ยงได้จากผู้รับบริการ

ที่กลุ่มบางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี พ.ศ. 2555 ถึง 2561 จำนวน 485, 461, 497, 666, 708, 443 และ 426 ตัวอย่างตามลำดับ โดยเป็นสิ่งที่ส่งตรวจที่เพาะได้จาก เพศชายและเพศหญิง และจำแนกตามแหล่งของตัวอย่าง (ตารางที่ 1) และตัวอย่างที่เพาะเลี้ยงได้ นำไปทำการ ทดสอบเพื่อหาความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะด้วย แผ่นทดสอบยาปฏิชีวนะชนิด Disk diffusion และชนิด E-test และสามารถจำแนกจำนวนตัวอย่างตามชนิดยา ที่ทำการทดสอบและวิธีการทดสอบได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1: จำนวนเชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่เพาะเลี้ยงได้ที่กลุ่มบางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามเพศของผู้รับบริการ และแหล่งของตัวอย่าง ปี พ.ศ. 2555-2561

	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
เพศ							
- ชาย	389	382	400	534	588	385	339
- หญิง	96	79	97	132	120	58	87
แหล่งของตัวอย่าง							
- Urethra	391	347	347	512	584	380	351
- Endocervix	77	68	84	100	88	46	54
- Vagina/Neovagina	0	1	0	0	0	0	12
- Pharynx	4	5	11	16	11	3	5
- rectum	13	39	54	38	25	13	4
- Abscess	0	1	1	0	0	1	0
- Eye	0	0	0	0	0	0	1

แผ่นทดสอบยาปฏิชีวนะ

แผ่นทดสอบยาปฏิชีวนะชนิด Disk diffusion (Oxoid, United Kingdom) เป็นการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะจำนวน 6 ชนิด ได้แก่ penicillin (10 units), ciprofloxacin (5 µg), spectinomycin (100 µg), tetracycline (30 µg), ceftriaxone (30 µg) และ cefixime (5 µg)

แผ่นทดสอบยาปฏิชีวนะ ชนิด E-test (Etest,

BioMerieux, France) เป็นการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ จำนวน 6 ชนิด ได้แก่ ceftriaxone (02 - 32 µg/ml), cefixime (0.016 - 256 µg/ml), ciprofloxacin (02 - 32 µg/ml), tetracycline (0.016 - 256 µg/ml), azithromycin (0.016 - 256 µg/ml) และ gentamicin (0.016 - 256 µg/ml)

ตารางที่ 2: จำนวนเชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่ทำการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะตามชนิดของยาและวิธีการทดสอบ (Disk diffusion test และ E-test) กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2555 - 2561

Antibiotic	Method	ปี พ.ศ.						
		2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
Tetracycline	Disk*	485	461	480	665	705	443	105
	E-test	278	245	358	664	705	443	426
Ciprofloxacin	Disk	485	461	496	590	199	155	134
	E-test	0	0	0	70	498	278	292
Ceftriaxone	Disk	184	217	246	30	11	14	176
	E-test	299	244	251	636	697	428	348
Cefixime	Disk	184	217	246	260	100	61	176
	E-test	299	244	251	406	608	382	339
Penicillin	Disk	485	461	497	666	707	443	425
Spectinomycin	Disk	485	461	425	664	707	439	426
Gentamicin	E-test	177	241	0	401	608	381	416
Azithromycin	E-test	260	169	251	397	609	382	417

อาหารเลี้ยงเชื้อ

อาหารเลี้ยงเชื้อแข็ง Chocolate agar (GC agar base and Hemoglobin powder, Oxoid, United Kingdom) ที่มีส่วนผสมของสารเสริมการเจริญเติบโต (1% define growth supplement; Bangrak enrichment⁽⁶⁾) สำหรับเพาะเลี้ยงเชื้อ

อาหารเลี้ยงเชื้อแข็ง GC agar base (GC agar base, Oxoid, United Kingdom) ที่มีส่วนผสมของสารเสริมการเจริญเติบโต (1% define growth supplement; Bangrak enrichment⁽⁶⁾) สำหรับทดสอบ ความไวต่อยาปฏิชีวนะ

อาหารเลี้ยงเชื้อเหลว Mueller Hinton Broth; MHB (Oxoid, United Kingdom) สำหรับเตรียมความเข้มข้นของเชื้อในการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ การทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ

เพาะเลี้ยงเชื้อ *N. gonorrhoeae* บนอาหารเลี้ยงเชื้อแข็ง Chocolate ที่อุณหภูมิประมาณ 35 องศาเซลเซียส ที่มีความชื้นและมีก๊าซ CO₂ 5% เป็นเวลา 18-24 ชั่วโมง ละลายเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อเหลว MHB โดยวิธี Direct colony suspension method จากนั้นปรับ

ความเข้มข้นให้ได้เท่ากับ 0.5 McFarland standard เกลี่ยเชื้อลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อแข็ง GC agar base วางแผ่นทดสอบนำเพลทเข้าตู้อบที่อุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส ที่มีความชื้นและมีก๊าซ CO₂ 5% เป็นเวลา 20-24 ชั่วโมง อ่านผลและแปลผลโดยเทียบกับตารางมาตรฐาน CLSI⁽⁷⁾ ยกเว้น Gentamicin อ้างอิงจากรายงานของ Chisholm SA และคณะ (2010)⁽⁸⁾

การวิเคราะห์และการคำนวณ

- ทำการวิเคราะห์ผลการทดสอบโดยการเปรียบเทียบและแปลผลตามตารางมาตรฐานของ CLSI⁽⁷⁾ (susceptible, intermediate และ resistance)

- ทำการวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของค่า Inhibition zone ในการทดสอบด้วยวิธี disk diffusion และความเปลี่ยนแปลงของค่า MIC (Minimal inhibitory concentration) ในการทดสอบด้วยวิธี E-test

- คำนวณหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อร้อยละ 50 (MIC₅₀) และค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อร้อยละ 90 (MIC₉₀)

ผลการศึกษา

ผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด ของเชื้อ *N. gonorrhoeae* พบผลดังนี้

Penicillin ผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี Disk diffusion พบเชื้อที่มีความไวต่อยา ร้อยละ 0.22-0.79 ในปี พ.ศ. 2556-2558 และ 2560 โดยไม่พบเลยในปี พ.ศ. 2555, 2559 และ 2561 พบการดื้อยาที่เป็นสายพันธุ์ Penicillinase-producing *N. gonorrhoeae* (PPNG) ร้อยละ 79.23 - 84.82 และเป็นสายพันธุ์ Chromosomally-mediated resistant *N. gonorrhoeae* (CMRNG) ร้อยละ 0.20 - 1.65 ยกเว้นใน ปี พ.ศ. 2558 ที่ไม่พบเลย โดยพบเชื้อที่ให้ผลความไวระยะ Intermediate ร้อยละ 14.43 - 19.07

Spectinomycin ผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี Disk diffusion พบเชื้อที่มีความไวต่อยาร้อยละ 100 ยกเว้นในปี พ.ศ. 2561 ที่พบเชื้อที่มีความไวต่อยาร้อยละ 99.77 และพบเชื้อที่ให้ผลความไวระยะ Intermediate ร้อยละ 0.23

Ciprofloxacin ผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี Disk diffusion ปี พ.ศ. 2555-2558 และด้วยวิธี Disk diffusion และ E-test ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบเชื้อที่มีความไวต่อยาร้อยละ 0.43 - 2.83 พบเชื้อที่ดื้อยาร้อยละ 87.42-96.14 และพบเชื้อที่

ให้ผลความไวระยะ Intermediate ร้อยละ 1.65 - 11.55 Tetracycline ทำการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี Disk diffusion และ E-test โดยใช้ค่าของทั้ง 2 วิธี พบเชื้อที่มีความไวต่อยาร้อยละ 4.74 - 10.51 พบการดื้อยาที่เป็นสายพันธุ์ Tetracycline-Resistant (TetR) ร้อยละ 9.26 - 56.40 และเป็นสายพันธุ์ High level Tetracycline-Resistant *N. gonorrhoeae* (TRNG) ร้อยละ 25.21 - 71.33 พบเชื้อที่ให้ผลความไวระยะ Intermediate ร้อยละ 2.55 - 14.67

Gentamicin ทำการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี E-test ยกเว้นปี พ.ศ. 2557 ไม่มีการทดสอบ พบเชื้อที่มีความไวต่อยาร้อยละ 55.42 - 94.35 พบเชื้อที่ให้ผลความไวระยะ Intermediate ร้อยละ 5.65 - 44.58 ยังไม่พบเชื้อที่ให้ผลดื้อยา

Azithromycin ทำการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี E-test พบเชื้อที่มีความไวต่อยาร้อยละ 100 ยกเว้นในปี พ.ศ. 2560 เชื้อที่มีความไวต่อยาร้อยละ 99.74 และพบเชื้อที่ให้ผลความไวต่อยาลดลง (Decrease susceptible; DS) ร้อยละ 0.26

Ceftriaxone และ Cefixime ทำการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี Disk diffusion และ E-test พบเชื้อที่มีความไวต่อยา ร้อยละ 100

ตารางที่ 3: แสดงจำนวนและร้อยละของการทดสอบหาความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ *N. gonorrhoeae* กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2555-2561

	2555		2556		2557		2558		2559		2560		2561		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Penicillin	Susceptible	0	0	1	0.22	4	0.79	4	0.60	0	0	1	0.23	0	0
	Intermediate	70	14.43	67	14.53	79	15.90	108	16.22	135	19.07	84	18.96	63	14.79
	PPNG*	407	83.92	391	84.82	413	83.10	554	83.18	571	80.65	351	79.23	359	84.27
	CMRNG**	8	1.65	2	0.43	1	0.20	0	0	2	0.28	7	1.58	4	0.94
Spectinomycin	Susceptible	485	100	461	100	425	100	664	100	707	100	439	100	425	99.77
	Intermediate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.23
	Resistance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ciprofloxacin	Susceptible	5	1.03	2	0.43	3	0.60	10	1.51	19	2.76	8	1.81	12	2.83
	Intermediate	56	11.55	36	7.81	43	8.67	37	5.60	29	4.20	9	2.05	7	1.65
	Resistance	424	87.42	423	91.76	450	90.73	614	92.89	642	93.04	423	96.14	405	95.52
Tetracycline	Susceptible	42	8.68	41	8.89	52	10.51	70	10.51	53	7.50	21	4.74	31	7.26
	Intermediate	47	9.71	50	10.85	41	8.28	17	2.55	64	9.05	65	14.67	25	5.86
	TetR***	273	56.40	199	43.17	162	32.73	282	42.34	104	14.71	41	9.26	77	18.03
	TRNG®	122	25.21	171	37.09	240	48.48	297	44.60	486	68.74	316	71.33	294	68.85
Gentamicin	Susceptible	167	94.35	203	84.23	0	0	298	74.31	399	65.62	260	68.24	230	55.42
	Intermediate	10	5.65	38	15.77	0	0	103	25.69	209	34.38	121	31.76	185	44.58
	Resistance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Azithromycin	Susceptible	260	100	169	100	251	100	397	100	609	100	380	99.74	417	100
	DS*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.26	0	0
Ceftriaxone	Susceptible	483	100	461	100	497	100	666	100	708	100	442	100	425	100
	DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cefixime	Susceptible	483	100	461	100	497	100	666	100	708	100	443	100	425	100
	DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ * PPNG = Penicillinase producing *N. Gonorrhoeae*, ** CMRNG = Chromosomally-mediated Resistant *N. gonorrhoeae*,

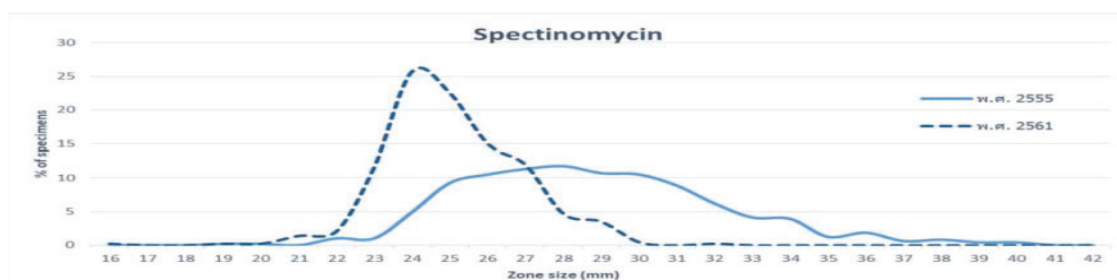
*** TetR = Tetracycline Resistant, @TRNG = High-level tetracycline-resistant *N. gonorrhoeae*, #DS = Decrease susceptible

ผลการเฝ้าระวังระดับความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ *N. gonorrhoeae*

Spectinomycin พบว่าเชื้อ *N. gonorrhoeae* ยังไม่พบการดื้อยา spectinomycin แต่มีความเปลี่ยนแปลงของค่า zone size เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างปี พ.ศ. 2555

และ 2561 จะพบว่ามีกระจายของค่า zone size แคบลง โดยในปี พ.ศ. 2555 การกระจายอยู่ระหว่าง 21 mm ถึง 41 mm ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 การกระจายแคบลงมาอยู่ที่ระหว่าง 20 mm ถึง 30 mm (แผนภูมิที่ 1)

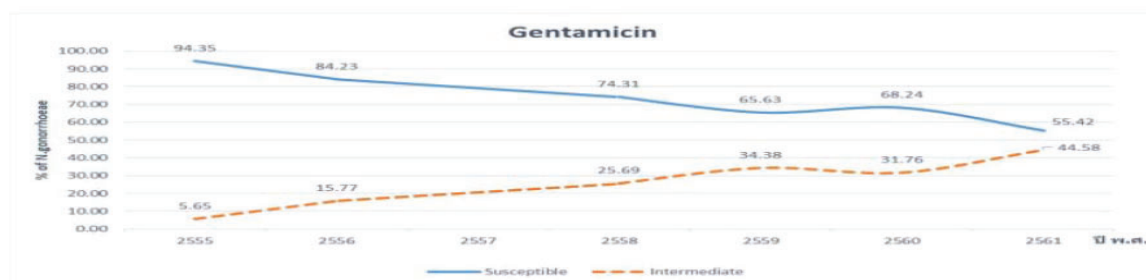
แผนภูมิที่ 1: แสดงร้อยละของเชื้อ *N. gonorrhoeae* กับความกว้างของ zone size (mm) ของยา spectinomycin เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2561



Gentamicin ยังไม่พบเชื้อที่ให้ผลดื้อยา แต่พบว่าเชื้อมีแนวโน้มที่ให้ค่า intermediate เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (แผนภูมิที่ 2) โดยพบว่าร้อยละของเชื้อที่ให้

ผล intermediate ในปี พ.ศ. 2555 พบเพียงร้อยละ 5.65 จากนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2561 พบสูงถึงร้อยละ 44.58

แผนภูมิที่ 2: ร้อยละผลการทดสอบความไวต่อยา gentamicin ของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ปี พ.ศ. 2555-2561



Azithromycin ทำการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี E-test พบว่าในปี พ.ศ. 2555 - 2559 และ 2561 ไม่พบเชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่ให้ผล Non-wild type ในปี พ.ศ. 2560 พบเชื้อ 1 ตัวอย่าง ที่ให้ผลโดยให้ค่า MIC อยู่ที่ 2 µg/ml เมื่อทำการคำนวณหาค่า

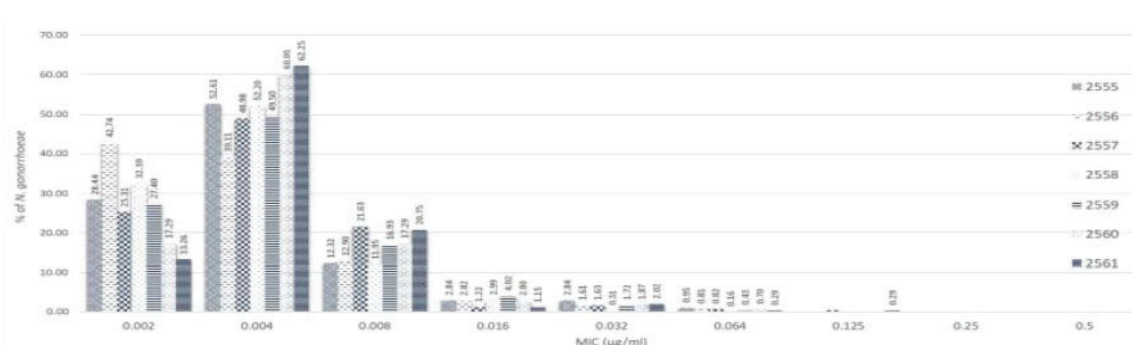
MIC50 และ MIC90 พบว่ามีแนวโน้มปรับสูงขึ้น 1 dilution จากปี พ.ศ. 2557 MIC50 เท่ากับ 0.047 µg/ml เป็น 0.094 µg/ml ในปี พ.ศ. 2561 และ MIC90 เท่ากับ 0.125 µg/ml ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 0.25 µg/ml ในปี พ.ศ. 2561 (แผนภูมิที่ 3)

แผนภูมิที่ 3: แสดงค่า MIC50 และ MIC90 ของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ต่อยา azithromycin
เปรียบเทียบระหว่าง ปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2561

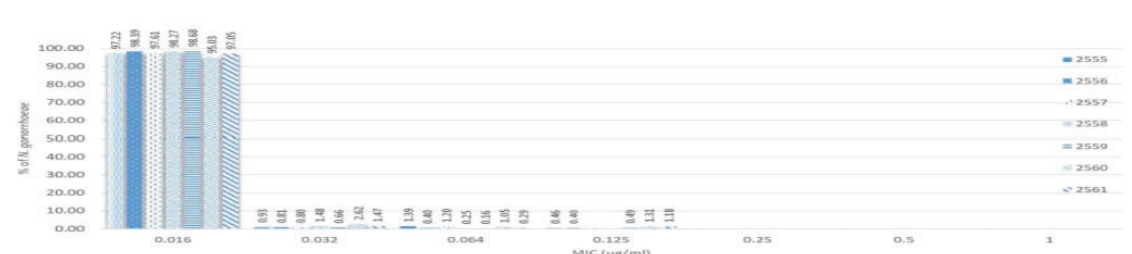


Ceftriaxone และ Cefixime ยังไม่พบเชื้อที่ให้ค่าความไวต่อยาลดลง (decrease susceptible) แต่มีการพบค่า MIC เพิ่มขึ้น โดยค่า MIC อยู่ที่ 0.125 µg/ml ซึ่งยา ceftriaxone เริ่มพบเชื้อตัวอย่างที่ให้ค่า MIC 0.125 µg/ml ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1 ตัวอย่าง (แผนภูมิที่ 4) และยา cefixime พบเชื้อตัวอย่างที่ให้ค่า MIC 0.125 µg/ml ในปี พ.ศ. 2556 - 2557 และ 2559-2561 (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 4: แสดงร้อยละของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ตามผลการทดสอบหาความไวต่อยา Ceftriaxone
จำแนกตามระดับค่า MIC ในปี พ.ศ. 2555 - 2561



แผนภูมิที่ 5: แสดงร้อยละของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ตามผลการทดสอบหาความไวต่อยา Cefixime
จำแนกตามระดับค่า MIC ในปี พ.ศ. 2555 -2561



อภิปรายและสรุป

จากผลการทดสอบสามารถจำแนกเชื้อ *N. gonorrhoeae* ตามสภาวะการดื้อยาปฏิชีวนะออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยาปฏิชีวนะที่พบการดื้อยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ penicillin tetracycline และ ciprofloxacin กลุ่มที่ 2 ยาปฏิชีวนะที่เริ่มพบการดื้อหรือมีความไวต่อยาลดลง ได้แก่ azithromycin และ gentamicin และกลุ่มที่ 3 ยาปฏิชีวนะที่ยังไม่พบการดื้อหรือมีความไวลดลง ได้แก่ spectinomycin ceftriaxone และ cefixime

ปัญหาการดื้อยาของเชื้อ *N. gonorrhoeae* เป็นปัญหาระดับโลก จากรายงานของ WHO Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (WHO GASP)⁽⁹⁾ ในปี พ.ศ. 2557 จาก 77 ประเทศที่รายงานผลการเฝ้าระวังความไวเชื้อ *N. gonorrhoeae* ต่อยากลุ่ม cephalosporin ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาพบว่า 51 ประเทศ มีรายงานเชื้อที่มีความไวต่อยาลดลงคิดเป็น ร้อยละ 66 อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มที่ยังไม่มีรายงาน

ยา ceftriaxone ถูกกำหนดเป็นยาทางเลือกในการรักษาโรคหนองใน ในปี พ.ศ. 2538 ในคู่มือเวชปฏิบัติ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹⁰⁾ โดยยากลุ่ม fluoroquinolone เป็นยาหลักในการรักษาโรคหนองใน และจากการเฝ้าระวังการดื้อยาพบเชื้อที่ดื้อต่อยากลุ่ม fluoroquinolone โดยเฉพาะยา ciprofloxacin ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 พบการดื้อยาอยู่ที่ร้อยละ 95.07 จึงได้ปรับแนวทางการรักษาโรคหนองในโดยให้ยา ceftriaxone เป็นยาหลักในการรักษาครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2546 ตามมาตรฐานการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2546⁽¹¹⁾ โดยใช้ ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว เรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. 2561 จากปัญหาที่เชื้อ *N. gonorrhoeae* มีรายงานการพบเชื้อที่มีความไวต่อยาลดลงทั่วโลก และจากรายงานการเฝ้าระวังของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่เริ่มใช้เป็นยาหลักในการรักษาโรคหนองใน ถึงแม้จะยังไม่พบเชื้อสายพันธุ์ที่มีความไวต่อยาลดลง แต่พบว่ามีเพิ่มขึ้นของ

ค่า MIC ของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ต่อยากลุ่ม cephalosporin โดยเฉพาะ ceftriaxone ที่พบค่า MIC 0.125 µg/ml ในปี พ.ศ. 2561 และจากการศึกษาของ Unemo M. และคณะ (2012)⁽¹²⁾ และ Peterson S. และคณะ (2015)⁽¹³⁾ พบว่าเชื้อที่มีค่า MIC ≥ 0.032 µg/ml จะพบกลายพันธุ์ของยีนบนโครโมโซม กลไกที่พบเกิดจาก mosaic และ non mosaic ของยีน penA ทำให้มีผลต่อการสร้าง PBP2 (penicillin binding protein-2) ซึ่งเป็นเป้าหมายในการจับของยา เมื่อนำผลการทดสอบของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาทำการวิเคราะห์ พบว่าเชื้อที่ให้ค่า MIC ≥ 0.032 µg/ml ต่อยา cefixime มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ที่พบ ร้อยละ 0.86 เป็น 2.71 ในปี พ.ศ. 2560 และเชื้อที่ให้ค่า MIC ≥ 0.032 µg/ml ต่อยา ceftriaxone มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2558 ที่พบ ร้อยละ 0.60 เป็นร้อยละ 2.03 ในปี 2560 จึงนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาโรคหนองในด้วยยา ceftriaxone จาก 250 mg เป็น 500 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว โดยกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นหน่วยงานนำร่อง ในปี พ.ศ. 2561 จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการรักษา ค่า MIC ที่ ≥ 0.032 µg/ml ของยา ceftriaxone และ cefixime มีแนวโน้มลดลง มาอยู่ที่ ร้อยละ 1.64 และ 1.88 ตามลำดับ จากนั้นนำผลมาทำการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาโรคหนองในของกรมควบคุมโรคปี พ.ศ. 2562⁽¹⁴⁾

ยา azithromycin ถูกกำหนดเป็นยารักษาหนองในเทียม ในมาตรฐานการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2546 โดยให้ 1 g ครั้งเดียว และกำหนดเป็นยาทางเลือกในการรักษาโรคหนองใน ในกรณีแพ้ยา กลุ่ม cephalosporin ในแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558⁽¹⁵⁾ โดยให้ขนาด 2 g กินครั้งเดียว จากแผนภูมิที่ 4 แสดงให้เห็นว่า จากการเฝ้าระวังการดื้อยาพบมีการเปลี่ยนแปลงค่า MIC50 และ MIC90 เมื่อมีการแนะนำให้ใช้ยา azithromycin มาใช้เป็นทางเลือกในการรักษา และพบเริ่มสายพันธุ์ที่ดื้อต่อยา azithromycin 1 ตัวอย่าง ค่า MIC อยู่ที่ 2 µg/ml ในปี พ.ศ. 2560 นอกจากประเทศไทยแล้วยังมีอีกหลาย

ประเทศ ที่มีรายงานการดื้อยา azithromycin ในระดับสูงค่า MIC $\geq 256 \mu\text{g/ml}$ (high level azithromycin resistance)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

ยา gentamicin มีรายงานการใช้รักษาโรคหนองในในประเทศมาลาวี เมื่อประมาณ 20 ปี⁽¹⁸⁾ ที่ผ่านมาสำหรับในประเทศไทย ไม่มีการแนะนำในการรักษาโรคหนองใน ในการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางชันสูตรได้เริ่มดำเนินการทดสอบความไวของเชื้อ *N. gonorrhoeae* ต่อยา gentamicin ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เรื่อยมา ในการแปลผลการทดสอบความไวต่อยา gentamicin ยังไม่มีการแปลผลตามมาตรฐาน CLSI จึงจำเป็นต้องอ้างอิงจากรายงานของ Chisholm SA และคณะ (2010)⁽⁸⁾ ผลการทดสอบยังไม่พบเชื้อที่ให้ผล resistance แต่พบว่าเชื้อมีแนวโน้มที่ให้ค่า intermediate เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยพบว่าร้อยละของเชื้อที่ให้ผล intermediate ในปี พ.ศ. 2555 พบเพียงร้อยละ 5.65 จากนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2561 พบสูงถึงร้อยละ 44.58 ซึ่งสอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังของสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2017 พบว่า เชื้อร้อยละ 66.7-75.3 ให้ค่า MIC อยู่ที่ $8 \mu\text{g/ml}$ ตามรายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของ US-CDC⁽¹⁹⁾

ยา Spectinomycin เคยถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคหนองใน และได้มีการถอนทะเบียนตำรับยานี้ในประเทศไทยเป็นเวลาหลายปี จึงไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็นยารักษาโรคหนองในในประเทศไทยในปัจจุบัน ทำให้ค่าความไวของยา spectinomycin ยังคงสูงอยู่ และไม่เกิดการดื้อยาขึ้น ปัจจุบันกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดำเนินการขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาให้ยา spectinomycin ขึ้นทะเบียนเป็นยาการค้า

การเฝ้าระวังการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อ *N. gonorrhoeae* มีความสำคัญมาก ข้อมูลจะถูกนำไปพิจารณา เพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อค้นหาการรักษาโรคหนองในชนิดใหม่ในอนาคต ในส่วนของกรมควบคุมโรค

นอกจากกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังมีเครือข่ายการเฝ้าระวังได้แก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่เป็นตัวแทนในแต่ละภูมิภาค ซึ่งจะทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานภาพรวมของประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาทุกท่านที่ได้ดำเนินการทดสอบหาความไวต่อยาปฏิชีวนะ คุณปิยนุช โนจา คุณมาลัย สิริทรัพย์อนันต์ คุณบุษบา ไทยพิทักษ์พงษ์ ขอขอบคุณ รศ.ดร.รัตนาลาวัง ที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางชันสูตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านจุลชีววิทยา และขอขอบคุณคุณสมชัย หลกภิชาติ สำหรับคำแนะนำในการเขียนรายงานฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ohnishi M, Saika T, Hoshina S, Iwasaku K, Nakayama SI, Watanabe H, Kitawaki J. Ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae*, Japan. *Emerging Infectious Diseases*. 2011 Jan 1;17(1):148-50.
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506: Gonorrhea 2561. Available at: www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d38_5261.pdf
3. David W Eyre, Nicholas D Sanderson, Emily Lord, Natasha Regisford Reimmer, Kevin Chau, Leanne Barker, et al. Gonorrhoea treatment failure caused by a *Neisseria gonorrhoeae* strain with combined ceftriaxone and highlevel azithromycin resistance, England, February 2018. *Euro Surveill*. 2018;23(27):pii=1800323. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.27.1800323>

4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการดำเนินงาน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; ธันวาคม 2555:75
5. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (National Antimicrobial Resistance Surveillance, Thailand: NARST) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. ผลการทดสอบความไวต่อยาของเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ปี 2012-2016 Available at: http://narst.dmsc.moph.go.th/data/MIC-Neisseria_gonorrhoeae%202012-2016.pdf
6. อังคณา เจริญวัฒน์โชคชัย, สมชัย หลกภิชาติ. คู่มือการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทางห้องชันสูตร กรมควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; พฤศจิกายน 2553.
7. CLSI. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing. 29th ed. CLSI supplement M100 Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2019.
8. Chisholm SA, Quaye N, Cole MJ, Fredlund H, Hoffmann S, Jensen JS, Van De Laar MJ, Unemo M, Ison CA. An evaluation of gentamicin susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Europe. *Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2010 Dec 14;66(3):592-5.
9. Wi T, Lahra M, Ndowa F, Bala M, Dillon J-A, Ramon-Pardo P. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: Global surveillance and a call for international collaborative action. *PLoS Med*. 2017;14(7):e1002344
10. อนุพงศ์ ชิตวรากร, อภิชาติ ศิวาการ, พงษ์ศักดิ์ ชัยศิษฐ์วัฒนา และชนวนทอง ธนสุกาญจน์. คู่มือเวชปฏิบัติ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร; 2538.
11. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2546. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2546.
12. Unemo M, Golparian D, Nicholas R, Ohnishi M, Galloway A, Sednaoui P. High-level cefixime- and ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in France: novel penA mosaic allele in a successful international clone causes treatment failure. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 2012; 56(3):1273-80.
13. Peterson S, Martin I, Demczuk W, Bharat A, Hoang L, Wylie J, et al. Molecular assay for detection of genetic markers associated with decreased susceptibility to cephalosporins in *Neisseria gonorrhoeae*. *Journal of clinical microbiology*. 2015;53(7):2042-8.
14. รสพร กิตติเยวามาลย์, ศุภโชค คงเทียน. แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ. 2562. กรมควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; พฤษภาคม 2562.
15. นิลิต คงเกริกเกียรติ, อังคณา เจริญวัฒน์โชคชัย และ เอกชัย แดงสะอาด. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 กรมควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; กันยายน 2558.
16. Unemo M, Golparian D, Hellmark B. First three *Neisseria gonorrhoeae* isolates with high-level resistance to azithromycin in Sweden: a threat to currently available dual-antimicrobial regimens for treatment of gonorrhea? *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 2014;58(1):624-5.

17. Patricia G. Galarza, Belén Alcalá, Celia Salcedo, Liliana Fernández Canigia, Luis Buscemi, Irene Pagano, et al. Emergence of high level azithromycin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* strain isolated in Argentina. Sexually Transmitted Diseases. 2009 Dec 1;36(12): 787-788
18. Unemo M, Shafer WM. Antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: origin, evolution, and lessons learned for the future. Annals of the New York Academy of Sciences. 2011;1230(1):E19-E28.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการขับเคลื่อนงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ จังหวัดกำแพงเพชร

BEST PRACTICES ON DRIVING THE WORK TOWARDS ENDING AIDS

IN KAMPHAENGPHET PROVINCE

ชัยทัต ปัทม*

Chaithat Patum *

ราตรี โพธิ์ระวัช**

Ratree Phorawat **

สายรุ้ง จันทระประสา***

Sairung Chantaraprasat ***

น้ำทิพย์ ชูชัย****

Namthip Chuchai ****

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

* Kamphaeng Phet Provincial Health Office

** มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

**Kamphaeng Phet Rajabhat University

***เครือข่ายชายรักชาย เขต 3 นครสวรรค์

***MSM Network Region 3 Nakhon Sawan

****เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เขต 3

****AIDS NGO Network Region 3

นครสวรรค์

Nakhon Sawan

Received: 22/04/2020

Accepted: 27/05/2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการขับเคลื่อนงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปบทเรียนและสังเคราะห์แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการขับเคลื่อนงานยุติปัญหาเอดส์ จังหวัดกำแพงเพชร และนำเสนอแนวทางในการขับเคลื่อนงานยุติปัญหาเอดส์ในระยะต่อไป พื้นที่เป้าหมายดำเนินการสรุปบทเรียน ได้แก่ อำเภอคลองขลุง อำเภอเบ็ญสอ และอำเภอทรายทองวัฒนาจังหวัดกำแพงเพชร วิธีการในการถอดบทเรียนใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และการเล่าเรื่อง คณะผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลและดำเนินงานอื่น ๆ ในระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2562 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

จากการขับเคลื่อนงานยุติปัญหาเอดส์ ใน 3 อำเภอนำร่อง พบว่ามีระบบการทำงานเป็นทีมที่ดี มีการบูรณาการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ภาคีเครือข่ายมีความสัมพันธ์ที่ดี และมีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องจากทีมประเมินผลโครงการยุติปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด และการประเมินผลจากส่วนกลาง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ได้แก่ คณะทำงานยุติปัญหาเอดส์ระดับจังหวัดควรขยายความครอบคลุมการอบรมลดการตีตราในตนเองและชุมชนโดยให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีจิตอาสาเป็นวิทยากรให้ความรู้กับผู้ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการ จัดกิจกรรมการประชุมของคณาจารย์ด้านเอดส์ระดับจังหวัดต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จัดตั้งสร้างสื่อคอมพิวเตอร์ Web Page, Facebook, Line โดยมีผู้รับผิดชอบงานเอดส์และพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง การสร้าง QR Code เพื่อเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลจุดติดต่อของหน่วยงาน ข้อมูลแกนนำของหน่วยงานในชุมชนพร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลอย่างง่ายดาย โดยกระจาย QR Code ให้เข้าถึงจุดรวมตัวของวัยรุ่นในชุมชนพร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลวิชาการด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อสื่อสารกับประชาชน ให้ทันสมัย ต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

ให้มีศักยภาพและสนับสนุนให้มีการรับรองชมรมให้ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อชมรมจะได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ต่อเนื่องทุกปี

Abstract

Research on best practices on driving the work towards ending AIDS in Kamphaengphet province was conducted with an objective to summarize lessons and synthesize best practices to further drive the works towards ending AIDS. Target areas to review the work against HIV/AIDS were Khlong Khlung, Bueng Samakkhi and Sai Thong Watthana District, Kamphaengphet province. Method which was used to take the lessons was focus group discussion and story-telling. Data were collected and other activities were performed during June–August 2019. Data were analyzed using content analysis methods. The study results can be summarized as follows

Data from driving the works towards ending AIDS problem in 3 districts illustrated a good teamwork system via integration of the works executed by network partners both at the district and provincial levels. Network partners have had good relationships and shown their commitment on the work. There have been follow-up and evaluation activities performed on a continuously basis from the evaluation team of the AIDS ending project and evaluation from the central office.

Recommendations from the research included for the Provincial AIDS Ending Task Force to scale up the coverage of the training on self-stigma reduction and in the community by assigning volunteered HIV-infected leader to educate HIV-infected persons who have not yet entered the service system. Meetings among for AIDS workers at provincial level should be organized at least 2 times a year. It is also recommended to establish computer media such as Web Page, Facebook, Line with AIDS-work responsible persons and nurses providing advice continuously through such media. QR code should be created to improve access to information on knowledge about AIDS and Sexually Transmitted Infections (STIs), information on condom service point, information on condom leader with phone number for contact within the community in order to increase accessibility to condom. QR code should be displayed at gathering points of teenagers in the community. Technical data on AIDS and STIs which will be used to communicate with people should be updated continuously. AIDS work responsible persons from the hospital and district public health offices should develop non-governmental organization on AIDS to increase potentiality and to be legally registered in order to be able to receive financial support for the operation from the local government organization continuously every year.

คำสำคัญ

แนวทางการปฏิบัติที่ดี, การขับเคลื่อนงาน, ยุติปัญหาเอดส์

Keywords

Best practices, Driving the work, Ending AIDS

บทนำ

ประเทศไทยมีประสบการณ์และพัฒนาการในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์มานานกว่า 30 ปี โดยประสบความสำเร็จทั้งในด้านการป้องกันที่สามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากเอชไอวี โดยใช้การณรงค์จัดการป้องกันการติดเชื้อด้วยโครงการต่างๆ และมาตรการในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลและสงเคราะห์ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ แต่ก็ยังมีความท้าทายสำคัญ ในการดำเนินงานสำหรับประชากรบางกลุ่มที่ยังพบว่ายังมีการติดเชื้อสูง และเผชิญปัญหาการรังเกียจกีดกันและการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการพัฒนาสังคมโดยรวม⁽¹⁾

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 426,999 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต จำนวน 16,122 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 6,304 คน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักที่กำหนดนโยบาย และมาตรการต่างๆ เพื่อยุติเอดส์ ตลอดจนผลักดันส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ในทุกระดับ มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 ซึ่งมีเป้าหมายและมาตรการต่างๆ สอดคล้องกับพันธสัญญาสหประชาชาติที่ประเทศไทยได้ให้ความเห็นชอบ ทั้งเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) และปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวี ในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016) ที่จะหยุดยั้งการระบาดของเอชไอวีไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุข⁽²⁾

ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2554 ผู้นำระดับประเทศทั่วโลกได้ให้คำมั่นสัญญาที่จะแก้ไขปัญหาเอดส์ และได้กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันในการ “สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์” ประกอบด้วย ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์

และไม่มีการตีตราเลือกปฏิบัติ รวมทั้งได้กำหนดเป้าหมาย “การยุติปัญหาเอดส์ ไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)” โครงการโรคเอดส์ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศเหล่านั้นรับผิดชอบดังกล่าวมาดำเนินการ โดยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ (พ.ศ. 2560 - 2573) มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ (1) ลดจำนวนการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย (2) ลดจำนวนการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ (3) ลดการรังเกียจและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี และเพศภาวะร้อยละ 90 แผนดังกล่าว โดยกำหนดการดำเนินการเป็น 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้⁽¹⁾

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่มีอยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูงให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับภาพลักษณ์ เสริมสร้างความเข้มแข็ง ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาวะแวดล้อม รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกันเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี และเพศภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

เพื่อให้งานยุติปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัด เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานประกอบด้วย 10 มาตรการโดยมุ่งหวังให้แต่ละจังหวัดนำเอาทุกมาตรการไปปรับใช้ตามสถานการณ์และความเหมาะสมของท้องถิ่น มาตรการทั้ง 10 ประการ ได้แก่

มาตรการที่ 1 กลไกการประสานงานการยุติปัญหาเอดส์

มาตรการที่ 2 การรณรงค์สื่อสารเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ประชาชน

มาตรการที่ 3 การส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Reach Recruit Test Treat Retain) การใช้ยาป้องกันและรักษา และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อในผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคม ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และควบคุมไวรัสสำเร็จตามเป้าหมาย ปี 2563 ร้อยละ 90:90:90

มาตรการที่ 4 การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

มาตรการที่ 5 การดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

มาตรการที่ 6 การจัดการยุติปัญหาเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพ

มาตรการที่ 7 การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มาตรการที่ 8 การบูรณาการงานยุติปัญหาเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

มาตรการที่ 9 การกำกับ ติดตาม ประเมินผล และนวัตกรรม

มาตรการที่ 10 การพัฒนาบุคลากร

โดยมีจังหวัดนำร่องเข้าร่วมโครงการยุติปัญหาเอดส์ 2 จังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดกำแพงเพชร โดยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560

จังหวัดกำแพงเพชรมีผลการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 - 2561) ดังนี้ มีการแต่งตั้งคณะทำงานยุติปัญหาเอดส์ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ซึ่งอำเภอที่เข้าร่วมโครงการในปีที่ผ่านมา ได้แก่ อำเภอคลองขลุง อำเภอทรายทองวัฒนา และอำเภอบึงสามัคคี เพื่อดำเนินตามภารกิจ 10 มาตรการประชุมชี้แจงแนวทางดำเนินงานผู้รับผิดชอบงานเอดส์และงานวันโรครวมถึงให้มีการใช้ข้อมูลร่วมกัน มีการรณรงค์สื่อสารเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ประชาชน อสม. กลุ่มผู้ต้องขัง และการอบรมหลักสูตรลดการตีตรา เพื่อปรับทัศนคติให้กับบุคลากรสาธารณสุข (ครู ก.) ข้าราชการและลูกจ้าง 2 รุ่น มีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การใช้ยาป้องกันและรักษา และการป้องกัน การถ่ายทอดเชื้อในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งเสริมการเข้าถึง และการใช้ถุงยางอนามัย ถุงอนามัยสตรี และสารหล่อลื่นสร้าง Mr./Miss. Condoms จัดทำกล่องใส่ถุงยางอนามัยประจำจุดบริการถุงยางอนามัย เช่น ในห้องน้ำ ดำเนินการ 28 ตำบล มีการสร้างแกนนำการดำเนินงานป้องกันวันโรคในเรือนจำ

การอบรมสื่อมวลชนเพื่อนำความรู้การป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านวิทยุกระจายเสียง หอกระจายข่าว จัดประชุมเวทีพัฒนา Key message และรูปแบบการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจใหม่ในเรื่องเอชไอวีกับสื่อท้องถิ่นเพื่อผลิตสื่อประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันเอดส์ โดยผ่านใน Line กลุ่มสื่อมวลชนในโรงเรียน มหาวิทยาลัย ในชุมชน และจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญในวันเอดส์โลก เพื่อสร้างกระแสสังคม การจัดกิจกรรมเลิฟพลัสในกลุ่มเยาวชนเพื่อรณรงค์ให้ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ กิจกรรม VCT กลุ่มนักเรียน กศน.ดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนโดยประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง นักเรียน กศน. (การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย) ให้เห็นความสำคัญการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ และปรับพฤติกรรมให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีการพัฒนาบุคลากร เช่น อบรมวิทยากร

ลดการติดยาในตนเอง ระดับอำเภอให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมแกนนำเพื่อลดปัญหาการติดยาให้กับ อสม. 15 ตำบลนำร่อง จัดอบรมแกนนำเยาวชนในโรงเรียน จัดอบรมนักเรียน วัยเรียน วัยใส ห่วงใยสุขภาพป้องกันเอดส์ จัดอบรมวิทยากรหลักเพศวิถีศึกษา (Master Trainer) ครูผู้สอนเพศวิถีศึกษา พัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้นำชุมชน ให้มีความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศเอดส์ กับบุตรหลาน มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการประชุมติดตามแนวทางการดำเนินงาน และให้แต่ละอำเภอพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเชื่อมต่อโรงพยาบาลชุมชน และกิจกรรมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำปี

สำหรับการดำเนินโครงการในปีที่ 2 พ.ศ. 2562 มีการขยายผลการดำเนินงานสู่อีก 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอคลองลาน พรานกระต่าย ปางศิลาทอง และโกสัมพีนคร โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพ และความเข้มแข็งของหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานร่วมกัน ตามแนวทาง “มาตรการหลักในการยุติปัญหาเอดส์ ในระดับจังหวัด” ที่จะนำไปสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวี ลดการตาย และลดการติดยาจากปัญหาเอดส์ของจังหวัด ให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของประเทศโดยดำเนินการ 5 มาตรการหลัก

มาตรการที่ 1 กลไกการประสานงานการยุติปัญหาเอดส์

มาตรการที่ 4 การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

มาตรการที่ 5 การดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

มาตรการที่ 7 การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มาตรการที่ 8 การบูรณาการงานยุติปัญหาเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับงานด้านอื่น ๆ

เพื่อให้เกิดการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้บทเรียนและการปฏิบัติจริงที่เป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่อันจะนำมาสู่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิงวิชาการ และพัฒนาแนวทางในการพัฒนาการขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร คณะผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการถอดบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้จากพื้นที่ที่ดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ในระดับพื้นที่ ที่ประสบความสำเร็จและปรากฏเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน จำนวน 3 พื้นที่ ได้แก่ อำเภอคลองขลุง อำเภอทรายทองวัฒนา อำเภอบึงสามัคคี เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องใช้ประกอบการพิจารณาปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานยุติปัญหาเอดส์ที่เหมาะสมต่อไป

กรอบการถอดบทเรียน

เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงกระบวนการการดำเนินงานการขับเคลื่อนงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ จังหวัดกำแพงเพชร คณะผู้ศึกษากำหนดกรอบการถอดบทเรียนซึ่งประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ นิยามศัพท์ กิจกรรมที่ได้ดำเนินงานในพื้นที่ รูปธรรม และความสำเร็จ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปบทเรียนและสังเคราะห์แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการขับเคลื่อนงานยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร

2. เพื่อนำเสนอแนวทางในการขับเคลื่อนงานยุติปัญหาเอดส์ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. กำหนดพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ อำเภอคลองขลุง อำเภอบึงสามัคคี และอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานด้านการ

ศึกษา เช่น โรงเรียน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 41 เป็นต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระทำงานด้านเอดส์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และประชาชนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. เทคนิคการดำเนินการ วิธีการในการถอดบทเรียน ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการเล่าเรื่อง (Story-telling)

3. ระยะเวลา ระยะเวลาในการดำเนินงานอยู่ในระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2562

4. กระบวนการขั้นตอน

4.1 คณะผู้ศึกษา ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่ และประชุมกลุ่มย่อยระดมสมอง (Brain storming) คัดเลือกพื้นที่ ที่ดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ที่ประสบความสำเร็จ

4.2 กำหนดและเตรียมกลุ่มผู้ร่วมประชุมกลุ่ม โดยติดต่อผ่านผู้ประสานงานหลักของแต่ละพื้นที่ อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา ตลอดจนขั้นตอนต่างๆ ของการศึกษาและเวลาที่ต้องใช้โดยประมาณ และขอความร่วมมือประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เข้าร่วมประชุมกลุ่ม นัดวัน เวลา สถานที่ ก่อนวันประชุมกลุ่มติดต่อยืนยันการนัดหมาย เพื่อให้ผู้ร่วมประชุมกลุ่มได้เตรียมข้อมูลและความคิดสำหรับการประชุมกลุ่ม

4.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านบริบทของพื้นที่ แนวคิดในการดำเนินงาน กระบวนการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ บทเรียน และข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม ในลักษณะการพูดคุยสนทนา ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยดำเนินการตามองค์ประกอบสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ประการ คือ (1) การจัดระเบียบข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลเป็นระเบียบพร้อมที่จะแสดงและนำเสนออย่างเป็นระบบได้

โดยดำเนินการในทุกขั้นตอนของการวิจัย (2) การแสดงข้อมูล เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกัน และ (3) การสร้างข้อมูล และการตีความหมายของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล ด้วยวิธีที่ผสมผสานทั้งการวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction) จากการตีความข้อมูลจากสิ่งที่เป็นรูปธรรม และการวิเคราะห์แบบจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูลตามความเหมาะสมของข้อมูล เป็นการสรุปเพื่อจัดทำคำอธิบายเชิงทฤษฎีจากหลักฐานและข้อค้นพบที่ได้รับร่วมกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากเอกสารต่างๆ นำมาจัดกลุ่มความหมาย หาแบบแผนวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของแบบแผนต่างๆ

การตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็น (Validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของคณะผู้ศึกษาเกี่ยวกับความจริงระดับต่างๆ กับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกันหรือไม่ โดยใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยดำเนินการคืนข้อมูลให้กับแหล่งข้อมูล ในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนเสนอผลการศึกษาลงฉบับสมบูรณ์

ผลการถอดบทเรียน

ผลการถอดบทเรียน การยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร ทั้ง 3 พื้นที่ มีดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติที่ดีในการยุติปัญหาเอดส์อำเภอคลองขลุง

1.1 เป้าหมาย สามารถลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นศูนย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2561

1.2 นิยามศัพท์ การตีตราและเลือกปฏิบัติ หมายถึง เรื่องร้องเรียนการตีตรา เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 ที่ผ่านเข้ามาในศูนย์ดำรงธรรม ร้องเรียนผ่านสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดกำแพงเพชร หรือร้องเรียนผ่านเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี

1.3 กระบวนการ

- กลุ่มเป้าหมายในการถอดบทเรียน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และโรงพยาบาล คลองขลุง แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี แกนนำ อสม. ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เขต 2

- การประมวลเนื้อหาที่เก็บรวบรวมได้ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ และการสนทนากลุ่ม สังเคราะห์เป็นบทเรียนและองค์ความรู้เพื่อร่วมจัดทำ รายงานการถอดบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้

- นำเสนอผลการถอดบทเรียนเบื้องต้น ต่อผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

- ปรับปรุงและจัดทำรายงานการถอดบทเรียนและสังเคราะห์ความรู้ฉบับสมบูรณ์

จากการเก็บข้อมูลอำเภอคลองขลุง จะเห็นได้ว่า นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ระดับอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ในโรงพยาบาล คลองขลุง มีการประสานงานที่ดี คือการวางแผนการทำงานร่วมกัน เช่น การสำรวจแหล่งบริการทางเพศ การให้ความรู้ในการป้องกันเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายรักชาย (MSM) พนักงานบริการ สามารถทำงานได้ตามเป้าหมายของกรมควบคุมโรค สามารถ Reach Recruit ในกลุ่มประชากรหลักได้ครอบคลุม ร้อยละ 90.9 แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสามารถในการทำงานเชิงรุกในชุมชน และงานเชิงรับในคลินิก ยาต้านไวรัส ได้เป็นอย่างดี สามารถประสานงานระหว่าง ทีมหมอพี่เลี้ยงและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ช่วยแนะนำให้ ความรู้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ แนะนำเรื่องยา ต้านไวรัสที่ถูกวิธี มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อ เอชไอวี แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถประสานงาน กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี จะเห็นได้ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ ป้องกันเอดส์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องมา 5 ปี

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลงานเข้าประกวด องค์กรท่งไย ใส่ใจแก้ไขปัญหาเอดส์ ผู้บริหารให้ความสำคัญ ในการป้องกันโรคเอดส์ มีการจัดตั้งจุดบริการ ฅยงอนามัยใน อบต. คลองขลุง ในห้องน้ำทุทชั้น เพื่อให้ประชาชนและเยาวชนที่มอดต่อราชการสามารถ ฅยถึงฅยงอนามัยได้ง่าย เมื่อฅยงอนามัยหมด ฅยหน้าทิจาก อบต. คลองขลุง สามารถติดต่อขอรับ ฅยงอนามัยจากโรงพยาบาลคลองขลุง องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในอำเภอคลองขลุงสนับสนุนเบี้ยยังชีพให้กับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ร่วมกับ อสม. ในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงาน บูรณาการร่วมกันในการดำเนินงานโครงการประกวด องค์กรท่งไย ใส่ใจแก้ไขปัญหาเอดส์ ส่งผลให้ราชการ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและมีความเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การบูรณาการระหว่างคลินิกยาต้านไวรัส กับคลินิกยาเสพติดโดยได้จัดกิจกรรมให้คำปรึกษา รายกลุ่มให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช่ยาเสพติดชนิดฉีดและ ชนิดอื่น ๆ และผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มชายรักชายให้ ฅยมารับบริการคำปรึกษาเพื่อลดการใช้สารเสพติดและ สามารถฅยมาขอรับอุปกรณ์ เช่น เข็ม ไซริงค์ สะอาดได้

1.4 ผลลัพธ์ที่ปรากฏจริง

- ไม่มีปัญหาการร้องเรียนการตีตรา เลือทปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559- 2561 ที่ผ่านเข้ามาในศูนย์ดำรงธรรม ร้องเรียนผ่าน สำนัทงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร หรือร้องเรียน ผ่านเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ MSM พนักงานบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. สามารถทำงานได้ตามเป้าหมายของกรมควบคุมโรค สามารถ Reach Recruit ให้ประชากรหลักเข้าถึงบริการ ฅยรุก ปี พ.ศ. 2561 ได้ผลงานร้อยละ 89 เป้าหมาย กำหนด ร้อยละ 87 และปี พ.ศ. 2562 ได้ผลงาน ร้อยละ 90.9

- การบริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลักได้รับการป้องกัน โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายได้รับการบริการข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น (สำหรับ MSM และพนักงานบริการทางเพศ (SW)) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิก สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัย
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเปิดเผยตัว

และเป็นกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เป็น อสม. และเป็นผู้นำชุมชนได้

- ผลการสำรวจการติดตามและการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2561 หลังการอบรมหลักสูตรลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ จังหวัดกำแพงเพชร หลังอบรมระยะเวลา 3 เดือน ได้ติดตามผลตามแบบประเมินการติดตามและการเลือกปฏิบัติในชุมชนของกรมควบคุมโรค ผ่านตามเกณฑ์ (เกณฑ์กรมควบคุมโรค กำหนดไว้ ข้อ 3 และข้อ 5 < ร้อยละ 24) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: แสดงผลการสำรวจการติดตามและเลือกปฏิบัติในชุมชน อำเภอคลองขลุง ปี พ.ศ. 2561 (n =282)

คำถาม	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	ใช่ (ร้อยละ)	ไม่ใช่ (ร้อยละ)	ใช่ (ร้อยละ)	ไม่ใช่ (ร้อยละ)
1. คนส่วนใหญ่หลังจะไปตรวจหา HIV เนื่องจากกังวลว่าคนรอบข้างจะรู้ ถ้าตนเองติดเชื้อ	82.3	17.7	65.2	34.8
2. คนที่ติดเชื้อ HIV มักจะถูกรังเกียจหรือถูกเหยียดหยามจากคนรอบข้าง	72.9	27.1	41.5	58.5
3. เด็กที่ติดเชื้อ HIV ไม่สมควรจะเรียนร่วมกับเด็กนักเรียนทั่วไป	21.4	78.6	7.1	92.9
4. มีความรู้สึกกลัวหรือไม่ว่า อาจติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ได้ถ้าไปสัมผัสกับน้ำลายของผู้ติดเชื้อ	44.6	55.4	6.4	93.6
5. รู้สึกรังเกียจที่จะซื้ออาหารสดหรืออาหารประกอบจากผู้ขายหรือผู้ประกอบการที่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV	40.3	59.7	5.3	94.7

1.5 ปัจจัยเงื่อนไขเชิงบวก

การทำงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับอำเภอ ระดับตำบล และ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการประสานงานแบบไม่เป็นทางการ คือ การเรียนรู้ร่วมกัน รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันทำงานในลักษณะเครือข่ายและเป็นเพื่อน มีระบบการทำงานเป็นทีมที่ดี มีการบูรณาการทำงานร่วมกันผู้บริหาร ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญในการป้องกันเอดส์ และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้ลดปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และในกลุ่มประชากรหลัก

1.6 ปัจจัยเงื่อนไขเชิงลบ

อำเภอคลองขลุงมีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่ทำให้ประชากรมีการเคลื่อนไหวจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงานในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งชาวต่างชาติ เช่น พม่า ลาว ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จะต้องทำงานเชิงรุกในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานที่มากขึ้นเนื่องจากเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากและมีปัญหาเรื่องการสื่อสารกันในการณรงค์ป้องกันเอดส์

1.7 บทเรียน

สถานประกอบการคาราโอเกะในพื้นที่พบว่า มีพนักงานบริการในร้านมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเอดส์และ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้เข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว รวมทั้งผู้สัมผัสโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีการย้ายถิ่นของผู้รับบริการ

ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลอำเภอ สามารถส่งเชื่อมโยงข้อมูล และมีการประสานงานให้ อสม. และแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ สามารถเข้าถึงตามผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเข้าถึงพนักงานบริการในสถานประกอบการ คาราโอเกะ และแรงงานต่างด้าวได้มากขึ้น ต่อเนื่องทุก 3 เดือนแล้ว จะช่วยให้สามารถติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันการก่อนที่ผู้ป่วยจะเคลื่อนย้ายไปทำงานในจังหวัดอื่น และนำถุงยางอนามัยเข้าสนับสนุนให้สถานประกอบการได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จะทำให้การดูแลสุขภาพของพนักงานแบบองค์รวมได้ดีขึ้น ช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติใน กลุ่มประชากรหลัก

1.8 ข้อเสนอแนะที่เจาะจงและปฏิบัติได้ (Specific Actionable Recommendations: SARs)

การพัฒนาศักยภาพให้ อสม. และแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีโอกาสทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในเชิงรับในคลินิกยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและงานเชิงรุกในชุมชน จะส่งผลให้ อสม. และแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการบูรณาการร่วมกันระหว่าง อสม. แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและทีมสหวิชาชีพ มีการส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถ Reach Recruit Test Treat Retain ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เข้าถึงบริการได้รวดเร็วตามเป้าหมาย 90:90:90 ช่วยลดปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายรักชาย พนักงานบริการ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

2. แนวทางปฏิบัติที่ดีในการยุติปัญหาเอดส์อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

2.1 เป้าหมายในการดำเนินงาน ลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์

2.2 นิยามศัพท์ หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทั้งชาวไทย และต่างด้าว ที่มารับบริการ

ฝากครรภ์ที่หน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

2.3 กระบวนการ

2.3.1 หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับบริการฝากครรภ์ เมื่อตรวจเลือดแล้วพบเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัส ตามแนวทางของกรมอนามัย หากตรวจพบซิฟิลิส หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะส่งไปให้คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อรับรักษาตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค

2.3.2 หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลจะให้การรักษาโดยให้ยาต้านไวรัสทุกราย โดยไม่คิดค่าบริการ

2.3.3 การสร้างแกนนำวัยรุ่น/มิสเตอร์คอนดอมให้ทำหน้าที่ในเรื่องของการกระจายถุงยาง แจกสารหล่อลื่น ในกลุ่มเยาวชน ในลักษณะของเพื่อนช่วยเพื่อน

2.3.4 การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในเรื่องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านหลายช่องทาง เช่น Facebook, Line, สถานีวิทยุคลื่น 88.75 MHz

2.3.5 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดตั้งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันเอดส์ ในแผน 5 ปี

2.3.6 โรงพยาบาลบึงสามัคคีมีการจัดตั้งกองทุนถุงยางอนามัย โดยการกระจายถุงยางอนามัยชนิดหยอดเหรียญ 10 บาท จำนวน 11 เครื่อง ครอบคลุมทุกตำบล

2.3.7 มีการบูรณาการการทำงาน การป้องกันเอดส์กับกลุ่มงานอื่นๆ ที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ได้แก่ งานวัยรุ่น เช่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มยาเสพติด

2.4 ผลลัพธ์ที่ปรากฏจริง

ผล KPI เป้าหมาย อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดกำแพงเพชร ลดลงจากค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี พ.ศ. 2558 - 2560) (คือร้อยละ 0.58)

ผลที่เกิดขึ้น ในปี 2561 พบอัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ ในจังหวัดกำแพงเพชร เท่ากับ ร้อยละ 0.13 ผลงานของอำเภอเบ็ญตาคีปี 2561 ไม่มีการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละเป็น 0) จากข้อมูลโปรแกรมรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Perinatal HIV Intervention Monitoring System : PHIMS)

2.5 ปัจจัย/เงื่อนไข เชิงบวก

1) ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล มีการทำงานบูรณาการร่วมกันในหน่วยงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ (ANC) งานวัยรุ่น กับ ผู้ประสานงานเอชไอวี (HIV CO) และการบูรณาการกับต่างหน่วยงาน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ในการทำงานเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่นเพื่อให้ความรู้การป้องกันเอดส์ ในนักเรียนระดับชั้น ป.5 -ป.6 และระดับมัธยมศึกษาชั้น ม.1 - ม.6

2) มีชมรมที่จัดตั้งโดยวัยรุ่นที่มีจิตอาสา ดำเนินการประชาสัมพันธ์การป้องกันเอดส์ การกระจายถุงยางอนามัย และการให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่

3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแผนระยะยาว 5 ปี และมีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุน

4) มีการทำงานร่วมกันจากหลายฝ่ายและหลายหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ในการทำงานเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่น พนักงานบริการ

5) มีการจัดตั้งกองทุนถุงยางอนามัยโดยผู้รับผิดชอบงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของโรงพยาบาล กระจายตู้ถุงยางอนามัยชนิดหยอดเหรียญอัตโนมัติ ลงในชุมชนจำนวน 11 ตู้

2.6 ปัจจัย/เงื่อนไข เชิงลบ

1) การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ท้องไม่พร้อม ส่วนใหญ่เป็นสื่อแบบเก่า เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น ซึ่งมีไว้

ในหน่วยงานสาธารณสุข ทำให้กลุ่มวัยรุ่นเข้าไม่ถึงและไม่ทันสมัย ทำให้ไม่เกิดความต้องการอยากอ่านหรือเรียนรู้

2) ในครอบครัวและชุมชน ส่วนใหญ่ชาวบ้านไม่มีการพูดคุยกับลูกหลานหรือเด็กในปกครองเรื่องเพศ ถุงยางอนามัย และการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และท้องไม่พร้อม เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอและมีทัศนคติเชิงลบต่อเรื่องเพศและถุงยางอนามัย

2.7 บทเรียน

1) ในเรื่องการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ผู้รับผิดชอบงานเอดส์และงานคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาลควรสนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการเรื่องโรคให้แก่นักประชาสัมพันธ์ของสถานศึกษา ผู้สื่อข่าวท้องถิ่น และชมรมจิตอาสาเพื่อจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์และควรมีหลายช่องทาง และเป็นรูปแบบใหม่ๆ เช่น ทาง Social media และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะทำให้กลุ่มวัยรุ่นสนใจและเข้าถึงความรู้นั้นได้สะดวกและง่ายขึ้น

2) ถ้ามีการอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครองของวัยรุ่นและนักเรียนแล้ว จะทำให้การพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัวเป็นเรื่องง่าย รวมทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง จะมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องเอดส์และเพศ

2.8 ข้อเสนอแนะที่เจาะจงและปฏิบัติได้ (SARs)

1) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล จัดตั้งและสร้าง Facebook, Line โดยมีผู้รับผิดชอบงานเอดส์และพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาใน Facebook, Line รวมทั้งการให้ข้อมูลเรื่องโรคและยา การป้องกันโรค มีการสร้างคิวอาร์โค้ด (QR code) เพื่อเข้าถึง Facebook, Line ติดประกาศประชาสัมพันธ์ QR code ให้เข้าถึงพื้นที่ที่การวัยรุ่นรวมตัวในชุมชน เช่น สนามกีฬา ร้านค้า ในตลาดและชุมชน ฯลฯ

2) ศึกษาวิเคราะห์และผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศ การป้องกันเอชไอวีให้กับพ่อ แม่ ผู้ปกครองของวัยรุ่นและนักเรียนให้ต่อเนื่องโดยประสานงานกับโรงเรียนหรือผู้นำชุมชนในการหากกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าอบรม และควรจัดอบรมสร้างครูแกนนำในการเป็นวิทยากรเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศ การป้องกันโรคและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในพื้นที่ จะได้มีการอบรมต่อเนื่องจนครอบคลุมทุกครัวเรือนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาเหล่านี้

3. แนวทางปฏิบัติที่ดีในการยุติปัญหาเอดส์ อำเภอทรายทองวัฒนาจังหวัดกำแพงเพชร

3.1 เป้าหมาย อัตราการขาดการติดตามการรักษาผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่เกินร้อยละ 3

3.2 นิยามศัพท์

การขาดการติดตามการรักษาผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จากโรงพยาบาลแต่ไม่มาตามแพทย์นัดโดยนับจากวันที่กำหนดนัดไว้ในใบนัดของโรงพยาบาลไปอีก 30 วัน

3.3 กระบวนการ

1) โรงพยาบาลมีการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐาน และมีแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นอาสาสมัครในการเข้ามีส่วนร่วมในการทำงาน การดูแลรักษา และให้คำปรึกษาด้านการกินยาต้านไวรัสเอดส์และการปฏิบัติตัว

2) แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการจัดกิจกรรมพบกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเอง การกินยาต่อเนื่อง และประโยชน์ของการเข้ารับบริการในการรับยาต้านไวรัสเอดส์

3) แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยที่ขาดยาไม่มาตามนัด

3.4 ผลลัพธ์ที่ปรากฏจริง

จากเป้าหมายเชิงปริมาณ โดยกำหนดอัตราการขาดการติดตามการรักษาผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่เกิน ร้อยละ 3 ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2561

พบว่า อัตราการขาดการติดตามการรักษาผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ระดับจังหวัด เท่ากับร้อยละ 1.7 (ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์, NAP web report)⁽³⁾ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้แสดงว่า ผู้ป่วยเอชไอวีมีการดูแลตนเองและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างดี ในส่วนของอำเภอทรายทองวัฒนา มีผลงานติดตามการรักษาผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้ ร้อยละ 100

3.5. ปัจจัยเงื่อนไขเชิงบวก

1) โรงพยาบาลให้บริการแบบสหวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบงานทำงานนี้มานาน มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลสุขภาพและให้คำปรึกษากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2) แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับงบประมาณสนับสนุนในการพบกลุ่มและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ กรมควบคุมโรค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) มีกองทุนสำหรับผู้ยากไร้ (ชื่อกองทุนสร้างบุญ คนทรายทองไม่ทิ้งกัน) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยากจน ในการซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นในการดำรงชีพ

4) แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการพบกลุ่ม เยี่ยมบ้าน และพูดคุยเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นชาวบ้านเหมือนกันเข้าใจกัน เนื่องจากใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

3.6 ปัจจัย/เงื่อนไข เชิงลบ

1) ในชุมชนยังพบมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง

2) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี หลายคนไม่เข้ามารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล เนื่องจากยากจนและกังวลเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีจะไม่นับเป็นความลับ

3.7 บทเรียน

1) ถ้ามีการขยายผลให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นจิตอาสา พูดคุยในเรื่องการลดการตีตราในตนเองและประโยชน์ของการรับบริการยาต้านไวรัส

เอดส์ตั้งแต่เนิ่น ๆ กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยตนเอง และผู้ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ติดเชื้อเหล่านั้นเข้าใจได้ง่าย มีความรู้สึกของการมีคุณค่าในตัวเอง และเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลตามที่แนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีแนะนำ

2) ถ้านายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นแกนหลักในการจัดทำโครงการเพื่อกองทุนสร้างบุญ คนทรายทองไม่ทิ้งกัน โดยมีคณะกรรมการทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมดำเนินงาน ขยายการดำเนินการ ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอและทำต่อเนื่อง จะทำให้มีเงินกองทุนในการช่วยเหลือผู้ยากไร้และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่อเนื่องไปตลอด

3.8 ข้อเสนอแนะที่เจาะจงและปฏิบัติได้ (SARs)

1) คณะทำงานยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชรควรขยายความครอบคลุมเรื่องการอบรมลดการตีตราในตนเองและชุมชน โดยให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นจิตอาสาเป็นวิทยากรร่วมพูดคุยในเรื่องการลดการตีตราในตนเองและประโยชน์ของการรับบริการ ยาต้านไวรัสเอดส์ตั้งแต่เนิ่น ๆ กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยตนเองและผู้ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง

2) คณะกรรมการกองทุนสร้างบุญ คนทรายทองไม่ทิ้งกัน ควรกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับการช่วยเหลือสงเคราะห์ และประเภทของการช่วยเหลือสงเคราะห์ รวมทั้งการหาแนวทางในการระดมทุนอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

จากข้อเสนอแนะที่เจาะจงและปฏิบัติได้ (Specific Actionable Recommendations): SARs ในการดำเนินงานทั้ง 3 อำเภอ มีความแตกต่างกันเนื่องจากมีบริบทในการทำงานที่ต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง “การจัดเหตุปัจจัย” ซึ่งปรากฏชัดอยู่ในศาสตร์ระบาดวิทยา (Epidemiology) ที่มีนิยามหมายถึง “ศาสตร์ที่ศึกษาการกระจายและเหตุปัจจัย

กำหนดโรค และสถานะสุขภาพของประชากร” ทำให้นักการสาธารณสุขสามารถใช้ระเบียบวิธีต่างๆ ในศาสตร์ด้านนี้ ค้นหาเหตุปัจจัยเพื่อกำจัดหรือลดปัจจัยเหล่านี้เพื่อลดปัญหาสุขภาพลง

องค์การอนามัยโลกผลักดันให้ยกประเด็นเหตุปัจจัยทางสังคมของสุขภาพ (Social determinants of Health- SDH) เพื่อขับเคลื่อนองค์กรต่างๆ ในระดับโลก และแต่ละประเทศเพื่อให้ภาคส่วนอื่นๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสุขภาพ (Health public policy) และยังกำหนดให้การดำเนินงานในทุกแผนงานขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ พ.ศ.2557 ถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2563) (ค.ศ. 2014-2020) ต้องเน้นหนักเรื่อง SDH องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของ SDH ว่าเป็น “ความซับซ้อนที่ซ้อนทับกันระหว่างโครงสร้างทางสังคมและระบบเศรษฐกิจเป็นตัวการสำคัญที่ก่อความไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรมทางสุขภาพขึ้น โครงสร้างทางสังคมและระบบเศรษฐกิจเหล่านี้ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางสังคม กายภาพ บริการทางสุขภาพ ความสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งล้วนเป็นเหตุปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวกำหนดการกระจายทรัพยากรงบประมาณ และอำนาจผ่านกลไกในระดับโลก ประเทศชาติ ลงสู่ชุมชนท้องถิ่นและส่งผลต่อสถานะทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในที่สุด” และสอดคล้องกับแนวคิดการการวิเคราะห้ภาคี (Partners) และเครือข่าย (Network)

การปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงและการสร้างพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและสังคมอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในแต่ละพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง หัวใจสำคัญของการยุติปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ คือ การปรับกลวิธีให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละรุ่นที่หมุนเวียนเปลี่ยนกันเข้ามาตลอดเวลา และการดำเนินงานต้องมุ่งให้เกิดความยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่ถักทอกันของภาคี (partner) คือกลุ่มของบุคคล หรือกลุ่มของหน่วยงาน องค์กรที่มีพันธกิจร่วมกันในการดำเนินงาน intervention เกี่ยวข้องกับการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือจัดบริการ

ทางสุขภาพและสังคมให้กับกลุ่มเป้าหมายของแต่ละโครงการในระดับพื้นที่ชุมชนชายงาน (Network) คือ ความผูกพัน (Engagement) ในระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ หรือกลุ่มองค์กร หน่วยงาน ซึ่งมีพันธกิจ รับผิดชอบต่อกิจกรรมเป้าหมายอยู่แล้วในแต่ละพื้นที่ชุมชน และต้องมีส่วนร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ สมรรถนะ การทำงานของผู้รับผิดชอบ และวางแผนดำเนินงาน ติดตามกำกับภารกิจ และประเมินผล เพื่อพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมที่จัดให้กับกลุ่มเป้าหมายด้วยกัน ภายใต้การ จัดระเบียบโครงสร้างของชายงานอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾

สรุปบทเรียนในการขับเคลื่อนงานยุติปัญหาเอดส์ จังหวัดกำแพงเพชร

จากการนำเสนอการขับเคลื่อนงานยุติปัญหาเอดส์ ใน 3 พื้นที่ โดยความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัย ทั้งภายในและภายนอกองค์กรหลายประการด้วยกัน ซึ่งเงื่อนไขปัจจัยเหล่านี้จะเป็นบทเรียนที่สำคัญของ จังหวัดกำแพงเพชร องค์กรภาคส่วนอื่นๆ อาจนำไป ประยุกต์ใช้เพื่อการขับเคลื่อนงานงานยุติปัญหาเอดส์ ต่อไป ดังนี้

1. คณะทำงานยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร ขยายความครอบคลุมเรื่องการอบรมลดการตีตรา ในตนเองและชุมชนโดยให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นจิตอาสาเป็นวิทยากรร่วมพูดคุยในเรื่องการลด การตีตราในตนเอง และประโยชน์ของการรับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ตั้งแต่เนิ่นๆ กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยตนเองและผู้ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการของ โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. คณะทำงานยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร จัดกิจกรรมการประชุมระหว่างคนทำงานด้านเอดส์ระดับ จังหวัดต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยหมุนเวียนกัน เป็นเจ้าภาพกับหน่วยงานองค์กรอื่นๆ ที่มีความพร้อม

3. ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ จังหวัดกำแพงเพชร จัดตั้งสร้าง Page, Facebook, Line โดยมีผู้รับผิดชอบงานเอดส์ และพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลเรื่องโรค ยา การป้องกันเอดส์ มีการสร้าง

QR Code เพื่อเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลจุดติดตั้งถุงยางอนามัย ข้อมูล Mr. condom พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ในชุมชน เพื่อให้เยาวชนได้เข้าถึงถุงยางอนามัย โดยกระจาย QR Code ให้เข้าถึงจุดการรวมตัวของวัยรุ่นในชุมชน เช่น หน้าร้านค้าในชุมชนที่วัยรุ่นมารวมตัวกัน พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลวิชาการด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ทันสมัย ต่อเนื่อง

4. ผู้รับผิดชอบงานเอดส์โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาองค์กร พัฒนาเอกชนด้านเอดส์ให้มีศักยภาพและสนับสนุนให้มีการรับรองชมรมให้ถูกตามกฎหมาย เพื่อให้องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ จะได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมควบคุมโรค ได้ต่อเนื่องทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาพรพรณ อุ่นอบ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้เมตตาให้ความรู้ เรื่องการถอดบทเรียนอย่างเต็มกำลังความสามารถและ คณะทำงาน Thai Health Academy ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ที่ได้จัดอบรมหลักสูตร การถอดบทเรียน เครื่องมือสำคัญการจัดการความรู้ ทำให้คณะผู้วิจัยโครงการยุติปัญหาเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร ได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้ และได้นำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติจริงในพื้นที่ และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์. สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์

- พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพมหานคร: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2560.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2559.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม ที่ 2 การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพฯ : หจก.แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. เกล็ดวิชาช่วยพัฒนาปุมประสิทธิผลโครงการเอดส์. นนทบุรี: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด; 2557.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง

FACTORS AFFECTING ADMISSION TO ANTIRETROVIRAL THERAPY
IN HIV-INFECTED PEOPLE NEW AIDS PATIENTS TRANG HOSPITAL

นันทพงศ์ พงศ์สุวรรณ*

Nantapong Pongsuwan *

*โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

* Trang Hospital, Trang Province,

กระทรวงสาธารณสุข

Ministry of Public Health

Received: 12/05/2020

Accepted: 29/05/2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ตั้งแต่ตรวจพบการติดเชื้อจนถึงได้รับยาต้านไวรัส เพื่อการรักษา รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Program: NAP) และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตรังระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560-30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 82 ราย ข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานประกอบด้วย Independent sample T-test, One-way ANOVA สหสัมพันธ์เพียร์สัน

พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.3) อายุเฉลี่ย 40.19 ± 10.92 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.1) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 65.9) อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองตรัง (ร้อยละ 43.9) เป็นผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 64.6) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้แก่ การมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาตั้งแต่ตรวจพบการติดเชื้อจนถึงได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ค่ามัธยฐาน 48 และ 21 วัน ตามลำดับ) ($p < 0.01$) นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยเม็ดเลือดขาว CD4 ในผู้ที่ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสูงกว่าผู้ที่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (336.79 ± 198.95 และ 175.93 ± 109.68 cells/ μ L ตามลำดับ) ($p < 0.01$)

สาเหตุที่เป็นไปได้ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้รับยาต้านไวรัสล่าช้า น่าจะเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อต้องได้รับการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมาก่อน โดยเฉพาะวัณโรค จึงควรต้องดำเนินการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนให้เร็วขึ้น

Abstract

The purpose of this study was to review data from new HIV infected and AIDS patients who came to initiate their first anti-retroviral treatment at Trang hospital and to study factor affecting time to receive ART which referred to duration from HIV diagnosis to receiving anti-retroviral therapy (ART). Data were retrieved from database of the National AIDS Program (NAP) which data on the provision of ART services

for HIV infected persons and AIDS patients were kept, and from medical record of the patients, Trang Hospital. Data were completed for analysis in 82 cases and they were cases between 1 October 2017 to 30 September 2018. Descriptive and inferential statistics including independent sample t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation were used in the analysis.

The study showed that majority of HIV cases and AIDS patients were male (68.3%) and married (67.1%) with an average age of 40.19 ± 10.92 years old. 65.9% of the subjects' occupation was employee and 43.9% lived in Muang district of Trang province. 64.6% was under universal coverage health insurance program. It was found that factor affecting time to receive ART was symptoms of opportunistic infection (OI). Cases without OI symptom received ART quicker than the one with OI symptoms (21 and 48 days respectively) ($p < 0.01$). We also found that CD4 cell counts of the patients without OI symptom was higher than those with OI symptoms (336.79 ± 198.95 and 175.93 ± 109.68 cells/ μ L respectively) ($p < 0.01$).

It is likely that the cause of the delayness in receiving ART among HIV infected persons and AIDS patients with OI symptoms was due to time needed to treat OI especially the treatment for tuberculosis. Therefore, it is recommended to find HIV infected persons and AIDS patients to start ART treatments as early as possible.

คำสำคัญ:

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ยาต้านไวรัส

Key words:

HIV infected person, AIDS patient, anti-retroviral therapy

บทนำ

การระบาดของเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ในประเทศไทย มีรายงานครั้งแรกในกลุ่มชายรักรัชาย ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และต่อมาได้มีการระบาดเข้าสู่กลุ่มประชากรต่าง ๆ รวมถึงกลุ่มประชากรทั่วไป ในระยะแรกการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้การดูแลรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากองค์ความรู้ไม่ได้มีการกระจายสู่ผู้ที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง ทั้งยังขาดความพร้อมของเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย และยาที่ใช้ในการรักษามีขีดจำกัด รวมถึงวิธีการจัดการที่แตกต่างกันตามแต่ความชำนาญของสถานบริการ

ในปัจจุบันการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง

จาก “โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ” ซึ่งได้ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯ มีโอกาสเข้าถึงยาต้านเอชไอวีอย่างครอบคลุม และต่อมาได้มีการขยายขอบเขตการให้บริการ โดยนับเป็นส่วนหนึ่งภายใต้สิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงกองทุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมทั้งประเทศ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ฉบับแรกใน พ.ศ. 2535 และฉบับที่มี

ผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขด้านเอชไอวีของประเทศไทยมากที่สุด คือ ฉบับ พ.ศ. 2545 ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของ “ยุคยาต้าน” ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกับการที่ประเทศไทยสามารถผลิตยาต้านเอชไอวี 3 ชนิด ในเม็ดเดียวได้ และราคาถูกลงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อฯ สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้เพิ่มขึ้น และแนวทางในฉบับต่อมาเป็นการเริ่มมุ่งสู่เป้าหมายในการยุติเอชไอวีของประเทศ คือ ฉบับ พ.ศ. 2557 โดยมีสาระสำคัญ คือ การเริ่มยาต้านเอชไอวีที่ทุกระดับของเม็ดเลือดขาว CD4 หรือการรักษาทันทีเมื่อตรวจพบการติดเชื้อ ซึ่งเป็นการผสมผสานการรักษาและป้องกันเพื่อประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความครอบคลุมถึงประโยชน์ของการใช้ผลของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเพื่อการป้องกันและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่คู่สมรส⁽¹⁾

เป้าหมายของการจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ การช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการให้บริการการดูแลรักษาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง (Comprehensive and continuum care) โดยครอบคลุมการดูแลทางด้านการแพทย์ การพยาบาล จิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิทธิ โดยการให้บริการทั้งหมดดังกล่าวเกิดจากการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพของผู้ให้บริการและการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อฯ รวมถึงการดูแลโดยผู้ติดเชื้อฯ และชุมชนเอง สำหรับการดูแลด้านการแพทย์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องที่นอกเหนือไปจากบริการด้านยาต้านไวรัสและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หมายถึง การให้บริการอื่น ๆ เช่น การตรวจติดตามระดับ CD4 ในผู้ที่ยังไม่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัส การตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามระยะของโรคโดยการตรวจระดับ CD4 เป็นการตรวจพื้นฐานสำคัญเพื่อวางแผนการรักษาตามระยะการดำเนินโรครวมไปถึงการรับยาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเมื่อมีอาการหรือมีระดับ CD4 น้อยกว่า 100 cells/ μ L มีอัตราเสียชีวิตสูงมากกว่า 5-7 เท่า

จากการเริ่มที่ระดับ CD4 200-350 cells/ μ L⁽²⁾

จังหวัดตรังรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2533 จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์สะสมจำนวน 4,779 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 1,667 ราย (ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยทั้งหมด)⁽³⁾ ในส่วนของโรงพยาบาลตรัง มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2533 และเริ่มมีการให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2546 ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัสทั้งหมด จำนวน 2,133 ราย รับยาต้านไวรัส 1,516 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีผู้ขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัสจำนวน 112 ราย ด้วยเหตุที่การรักษายาต้านไวรัสเอดส์เป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับความเร็วของการได้รับยาต้านไวรัส ความครบถ้วน และความต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้รับประทานยาโดยเร็ว ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ แต่จังหวัดตรังยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระยะเวลาดังแต่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจนถึงได้รับยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ จากข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวส่งผลให้ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานเป็นผู้ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลศูนย์ตรัง มีความสนใจศึกษาข้อมูลในเรื่องระยะเวลา นับจากวันที่ให้การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจนถึงวันที่ได้รับยาต้านไวรัส ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระยะยาว ตลอดจนพัฒนาประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่ได้
รับยาต้านไวรัส ซึ่งหมายถึงระยะเวลาตั้งแต่ การวินิจฉัย
การติดเชื้อเอชไอวีจนถึงได้รับยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
อาชีพ ภูมิสำเนา สิทธิในการเข้ารับการรักษา ค่า CD4
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด และอาการของโรค
ติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ตัวแปรตาม คือ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส
ตั้งแต่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจนถึงได้รับยา
ต้านไวรัส หมายถึง วันที่ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี จนถึงวันที่ที่
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อ
การรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาแบบตัดขวาง
(Cross-sectional study) ด้วยการทบทวนข้อมูลใน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่เริ่มรับประธา
นยาต้านไวรัส จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลตรัง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560
-30 กันยายน พ.ศ. 2561 (ปีงบประมาณ พ.ศ.2561)
ทำการศึกษาทั้งเชิงพรรณนา (Descriptive study) และ
เชิงวิเคราะห์ (Analytical study)⁽⁴⁾ ข้อมูลที่ทำการศึกษา
คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์รายใหม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส
อาชีพ ภูมิสำเนา สิทธิในการเข้ารับการรักษา

2. ข้อมูลการตรวจวินิจฉัย ประกอบด้วย วันที่
ตรวจพบว่ามีอาการติดเชื้อเอชไอวีและวันที่ได้รับยา
ต้านไวรัสเพื่อการรักษา ค่า CD4 ปริมาณเชื้อเอชไอวีใน

กระแสเลือด และอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้
หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลตรัง
ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 -30 กันยายน พ.ศ. 2561
(ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561) ซึ่งพบมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
ในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 112 คน แต่ตรวจสอบข้อมูล
แล้วพบว่ามีเพียง 82 คน ที่มีข้อมูลครบถ้วน ดังนั้น
กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล โดยศึกษาและอ้างอิงจากเอกสาร แนวคิด
ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือดังกล่าว
ออกแบบเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2
ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ
สมรส อาชีพ ภูมิสำเนา สิทธิในการเข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจวินิจฉัยโรค วันที่ตรวจพบ
การติดเชื้อเอชไอวีและวันที่เข้าได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการ
รักษา ค่า CD4 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด และ
อาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้
นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างขึ้นไปปรึกษา
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ทางด้านภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content
validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ
เสนอแนะดำเนินการนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา
อีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความเที่ยงตรงตาม
เนื้อหาแล้ว จึงนำไปใช้ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Program: NAP) ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตรัง บันทึกข้อมูลดังกล่าวลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นทำการตรวจสอบ ความครบถ้วนข้อมูลที่รวบรวมได้ ทำการรวมกลุ่มข้อมูล และตรวจสอบการกระจายของข้อมูล เมื่อเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้วจึงนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ บันทึกเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของ ข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. การตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูล CD4 และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (จำนวนวันจาก วันที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีกับวันที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส) ว่ามีการกระจายตัวแบบปกติหรือไม่ ด้วยวิธีทดสอบโคลโมกอร์อฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test, KS) ก่อนการนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าค่า CD4 มีการกระจายตัวแบบปกติ แต่ข้อมูลระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ($p < 0.05$) จึงทำการแปลงข้อมูลด้วยสมการ $\log(x)^{(5)}$ และตรวจสอบการกระจายข้อมูลอีกครั้งว่ามีการกระจาย ตัวแบบปกติหรือไม่ พบว่าหลังจากการแปลงข้อมูลระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วส่งผลให้ข้อมูลมีการกระจาย ตัวแบบปกติ ($p > 0.05$)

2. คณะผู้วิจัยได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มาวิเคราะห์สำหรับอธิบาย ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ในปัจจัยตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพภูมิลำเนา สิทธิในการเข้ารับการรักษา

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด อาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ค่า CD4 และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส

3. คณะผู้วิจัยได้ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่า CD4 และค่า ลอการิทึม ของระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส การวิเคราะห์ ทั้ง 2 ส่วน ใช้สถิติ Independent sample t-test จำแนก ตามเพศ อาชีพ สิทธิในการเข้ารับการรักษา ปริมาณเชื้อ เอชไอวีในกระแสเลือด และอาการของโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส การวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรสและ ภูมิลำเนา นอกจากนี้ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สห สัมพันธ์ (Pearson correlation) ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับ ยาต้านไวรัสกับค่า CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณา รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาของ โรงพยาบาลตรัง ลงวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.3) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 40.19 ± 10.92 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี และอายุน้อยที่สุด 12 ปี สถานภาพ สมรส (ร้อยละ 67.1) ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 65.9) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ ที่อำเภอเมืองตรัง (ร้อยละ 43.9) รองลงมาอาศัยอยู่ อำเภออื่นในจังหวัดตรัง (ร้อยละ 35.4) ประกอบด้วย ห้วยยอด กันตัง ปะเหลียน สิเกา หาดสำราญ นาโยง ย่านตาขาว และวังวิเศษ และจังหวัดอื่นๆ พบร้อยละ 20.7 ได้แก่ อุดรดิตถ์ อุดรธานี กาญจนบุรี กรุงเทพมหานคร เพชรบุรี ชุมพร สุราษฎร์ธานี

นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา พัทลุง และสงขลา และสิทธิในการเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งที่ร่วมและไม่ร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท (ร้อยละ 64.6) และเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษายาต้านไวรัสหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 35.4) ส่วนใหญ่มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด <40 copies/ml (ร้อยละ 84.2) และไม่มีอาการโรคติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (ร้อยละ 74.4) (ตารางที่ 1)

ค่า CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลตรังปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มีค่าเฉลี่ย 309.33 ± 195.91 cells/ μ L และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรังปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีค่ามัธยฐาน 24.5 วัน ค่าเฉลี่ย 42.82 ± 59.92 วัน

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

อาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีผลต่อค่า CD4 และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีค่า CD4 สูงกว่าผู้ที่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (336.79 ± 198.95 และ 175.93 ± 109.68 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2) และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเร็วกว่ากลุ่มที่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (21 และ 48 วัน ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ค่าเฉลี่ย CD4 และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลตรังปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา อาชีพ สิทธิในการเข้ารับการรักษา ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p > 0.05$) และพบว่าระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่มีความสัมพันธ์กับค่า CD4 ($\text{correlation} = 0.203$, $p > 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1: จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
โรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	56	68.3
	หญิง	26	31.7
อายุ (ปี)	< 36	27	32.9
	36 - 45	30	36.6
	> 45	25	30.5
$\bar{X} = 40.19$, $SD = 10.92$			
สถานภาพสมรส	สมรส	55	67.1
	หม้าย	5	6.51
	โสด	22	26.8
อาชีพ	รับจ้าง	54	65.9
	อื่นๆ	28	34.1
ภูมิลำเนา	อำเภอเมืองตรัง	36	43.9
	อำเภออื่นในจังหวัดตรัง	29	35.4
	จังหวัดอื่น ๆ	17	20.7
สิทธิในการเข้ารับการรักษา	ประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	29	35.4
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งที่ร่วม และไม่ร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท	53	64.6
ปริมาณเชื้อเอชไอวีใน กระแสเลือด	< 40 copies/ml	69	84.1
	≥ 40 copies/ml	13	15.8
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ไม่มีอาการ	68	82.9
	มีอาการ	14	17.1

ตารางที่ 2: การเปรียบเทียบค่า CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
โรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ในข้อมูลทั่วไป ของผู้ติดเชื้อ

ข้อมูลทั่วไป	CD4 (cells/ μ L)		
	จำนวน (ราย)	ค่าเฉลี่ย	SD
เพศ	T-test = 1.071 ^{ns} , p = 0.287		
ชาย	56	293.55	193.66
หญิง	26	343.31	200.22
อายุ (ปี)	F value = 0.909 ^{ns} , p = 0.407		
< 36	36	333.8	215.0
36 - 45	29	323.7	186.6
>45	17	265.7	185.6
สถานภาพสมรส	F value = 0.170 ^{ns} , p = 0.170		
สมรส	55	315.6	199.8
หม้าย	5	263.6	170.6
โสด	22	303.9	197.8
อาชีพ	T-test = 1.366 ^{ns} , p = 0.176		
รับจ้าง	54	288.17	179.77
อื่นๆ	28	350.14	221.53
ภูมิลำเนา	F value = 1.393 ^{ns} , p = 0.254		
อำเภอเมืองตรัง	36	269.22	161.66
อำเภออื่นในจังหวัดตรัง	29	334.86	216.47
จังหวัดอื่นๆ	17	350.71	220.26
สิทธิในการเข้ารับการรักษา	T-test = 0.403 ^{ns} , p = 0.693		
ประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	29	321.17	202.84
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งที่ร่วม และไม่ร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท	53	302.85	193.67
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแส เลือด	T-test = 0.002 ^{ns} , p = 0.998		
<40 copies/ml	69	309.348	184.39
$\geq$ 40 copies/ml	13	309.23	230.98
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	T-test = 4.237 ^{**} , p = 0.000		
มีอาการ	14	175.93	109.68
ไม่มีอาการ	68	336.79	198.95
รวม	82	309.33	195.91

หมายเหตุ: ^{ns} ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p>0.05)

^{**} มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.01)

ตารางที่ 3: เปรียบเทียบระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการรักษาด้วย
ยาต้านไวรัส โรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ในข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ

ข้อมูลทั่วไป	ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (วัน)		
	ค่าเฉลี่ย	SD	มัธยฐาน
เพศ	T-test = 0.130 ^{ns} , p = 0.897		
ชาย	46.55	69.68	23.50
หญิง	34.77	29.17	26.50
อายุ (ปี)	F value = 1.475 ^{ns} , p = 0.235		
< 36	42.6	74.3	26.0
36 - 45	35.4	32.2	22.0
>45	52.0	68.7	42.0
สถานภาพสมรส	F value = 1.961 ^{ns} , p = 0.148		
สมรส	55	49.1	23.0
หม้าย	5	49.0	49.0
โสด	22	25.6	25.5
อาชีพ	T-test = 0.907 ^{ns} , p = 0.367		
รับจ้าง	42.00	51.55	24.50
อื่นๆ	44.39	74.50	24.00
ภูมิลำเนา	F value = 0.242 ^{ns} , p = 0.786		
อำเภอเมืองตรัง	49.83	83.76	21.00
อำเภออื่นในจังหวัดตรัง	38.07	29.05	26.00
จังหวัดอื่น ๆ	36.06	33.91	26.00
สิทธิในการเข้ารับการรักษา	T-test = 1.855 ^{ns} , p = 0.067		
ประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	26.03	20.07	21.00
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งที่ร่วม และไม่ร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท	52.00	71.64	27.00
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแส เลือด	F value = 0.146 ^{ns} , p = 0.864		
<40 copies/ml	34.88	29.38	24.50
≥40 copies/ml	33.08	31.94	21.00
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	T-test = 2.812 ^{**} , p = 0.006		
มีอาการ	73.43	85.23	48.00
ไม่มีอาการ	36.51	51.91	21.00
รวม	42.82	59.92	24.5

หมายเหตุ: ^{ns} ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p>0.05)

** มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง (p<0.01)

ตารางที่ 4: ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสกับค่า CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ปัจจัยที่ศึกษา	ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส		แปลผล
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value (2-tailed)	
CD4	0.203	0.067	ไม่มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้รับยาต้านไวรัสช้ากว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (48 วัน และ 21 วัน ตามลำดับ) โดยสาเหตุที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้รับยาต้านไวรัสล่าช้าน่าจะเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้น ๆ ก่อน จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนใหญ่เป็นวัณโรค จึงส่งผลให้ต้องได้รับการรักษาวัณโรคก่อนรับยาต้านไวรัส สอดคล้องกับ พิมพิใจ ศาหลสิทธิ์⁽⁶⁾ ที่รายงานการศึกษาการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง ระยะเวลาที่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต้นการรักษาถึง 10 เดือน (อุบัติการณ์=160.7/100 คน/ปี) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสด้านข้อมูลด้านการรักษาและข้อมูลทางประชากรของผู้ป่วยพบว่า การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระยะของการติดเชื้อในผู้ป่วย ($p < 0.01$) และระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ($p < 0.01$)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีค่า CD4 สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ($p < 0.01$) เกิดจากการมีระดับ CD4 ต่ำลงส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกัน

ลดลงทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย จากการศึกษาของ เบญจวรรณ นันทิยะกุล⁽⁷⁾ ที่รายงานการศึกษาเรื่องผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี-1 ที่ระดับ CD4 ระหว่าง 200-250 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ที่รายงานการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการที่มีระดับ CD4 ระหว่าง 200-250 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการเริ่มการรักษาในกลุ่มที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในแง่ของโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเสียชีวิต

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ในโรงพยาบาลตรัง มีความแตกต่างจากการศึกษาในที่อื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตามลักษณะทางสังคมที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะที่ตั้งของพื้นที่ เช่น ข้อมูลของผู้ติดเชื้อในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งตั้งอยู่ในเขตฝั่งทะเลอันดามัน ที่ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 57.8) อายุเฉลี่ย 40.66 ± 8.73 ปี⁽⁸⁾ แต่ต่างจากผู้ป่วยในอำเภอละแม ซึ่งตั้งอยู่ในฝั่งอ่าวไทยที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.5) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 42.1) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 67.6)⁽⁹⁾ โดยเฉพาะอาชีพที่เห็นได้เด่นชัดคือผู้ติดเชื้อในจังหวัดตรังส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงาน และพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

เอดส์รายใหม่ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็วอันจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต้องดำเนินการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนให้เร็วขึ้น โดยใช้แนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อนนำพากินยาต้านไวรัสได้รวดเร็ว ด้วยกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทำงานเป็นจิตอาสาของแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้ร่วมดำเนินการ
2. ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ควรคำนึงถึงปัจจัยลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยเองซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและปัจจัยด้านการรักษา
3. ควรดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่เข้ารับการรักษาเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเพิ่มเติม เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นต้น และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบเพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการจัดการโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงจิรพรรณ อารยะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานวิจัยนี้ นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม นายแพทย์เลิศวุฒิ บัวเลิศ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญคลินิกยาต้านไวรัส ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก ARV เจ้าหน้าที่เวรระเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกท่าน ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ธงชัย นิตริฐสุวรรณ และนายจรรรงค์ ลีสุพงษ์ ที่ให้คำปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2560.
2. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2553.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. สถานการณ์โรคเอดส์ จ.ตรัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 - 31 สิงหาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [ตรัง]: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง; 2562. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ม.ค. 2563]. จาก: <http://www.tro.moph.go.th/index2.php>.
4. อารีรัตน์ นิรันดร์สิทธิรัชต์. รูปแบบการวิจัยและการออกแบบการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. [เชียงใหม่]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558. [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 เม.ย. 2563]. จาก: <http://www.zrolsoft.com/lpnhresearch/images/Newsflash/1Research Design.pdf>.
5. Zar, J.H.. Biostatistical Analysis 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1999.
6. พิมพ์ ศาสิทธิ์. การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.



7. เบญจวรรณ นันทิยะกุล. ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี - 1 ที่ระดับซีดี4 ระหว่าง 200-250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับซีดี4 น้อยกว่า 200 และมากกว่า 250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
8. เหมือนแพร บุญล้อม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2562; 33: 427-440.
9. สุกมาส วังมี. การเกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิกในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2562; 33: 89-402.