



กรมควบคุมโรค

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร

ISSN 0857-8575

โรคเอดส์

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

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2561 - พฤษภาคม 2561

- การวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อและการดูแลรักษา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลเชิงรายนะครินทร์
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน:
รายงานผู้ป่วย
- ความชุกของโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศในผู้ป่วยหญิงที่กลุ่มบางรัก
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ 2554 - 2558
- ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันต่อความรู้
ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
ของพนักงานบริการหญิงเมียนมา ปี พ.ศ. 2558
- การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสาร
และสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๑

สารบัญ

	หน้า
การวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อและการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลเชิงรายนประชากรวิเคราะห์ เรื่องฤทธิ์ จินะเสน	57
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยา หลายขนาน: รายงานผู้ป่วย สุภา มาสุก	69
ความชุกของโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ ในผู้ป่วยหญิงที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ 2554 - 2558 งามตา ราชกรม, เบญจวรรณ รัชสีก, จุฑารัตน์ น้าภา	83
ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันต่อความรู้ ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ของพนักงานบริการหญิงเมียนมา ปี พ.ศ. 2558 โสภิตา ตันธนาธิป, นงศ์ลักษณ์ สมจิตต์, ภูโมกษ์ อัมพวา	90
การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสาร และสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทองกร ยืนรังษี, เพลินพิศ พรหมมณี, สิริพร ภัยโยทัย, จุฑารัตน์ ข่างสลัก, กัญญารัตน์ หงส์วรรณันท์	100

Thai AIDS Journal
Volume 30, Number 2, 2018

	Page
Situation of HIV Infection and ARV Treatment in HIV Infection/AIDS Patient Analysis in Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai Province <i>Ruengrit Jinasen</i>	57
Nursing Care for AIDS Patients Co-Infected with Multi-Drug Resistance Tuberculosis: A Case Report <i>Supa Phasuk</i>	69
Prevalence of Genital Wart in Female Patients at Bangrak STI Section, Fiscal Year 2011 – 2015 <i>Ngamta Rajakrom, Benjawan Raluek, Jutarat Nampa</i>	83
Effects of Giving Information by Animation to Knowledge of Preventive Practice for Sexually Transmitted Diseases and AIDS of The Myanmar Female Sex Workers in 2015 <i>Sopista Tuntanatip, Nongluck Somjitt, Phoomok Ampawa</i>	90
The Study on Information Demand and Media for Raising Positive Attitudes Towards People Living with HIV/AIDS <i>Thongkorn Yunnarungsri, Plearnpit Prommali, Siriporn Piyayothai, Jutarat Changsaluk, Kunyarat hongwaranun</i>	100

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

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

ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ	
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	กรมควบคุมโรค
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์กรรรณดี	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑิณี วสันติอุบลโคกการ	กรมควบคุมโรค
	นางสาวทองกร ยันรังษี	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	นายแพทย์วิวัฒน์ วิจารณ์พิทยการ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	นายแพทย์พสุวัฒน์ คงสีล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
	รศ.ดร.สุคนธา คงสีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้จัดการ	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
	ผศ.พญ.พัชกรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร	สำนักวิชาการแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	อาจารย์รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

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

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ E-Journal สืบค้นได้ที่ aidssti.ddc.moph.go.th และสืบค้นต่อที่ E-library

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

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์มีความยินดีรับเรื่อง รับบทความ วิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี ตลอดจน ผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร ฉบับอื่นมาก่อน และวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย และมีบทคัดย่อเป็น ภาษาอังกฤษ

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อ ๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้น ๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้ง วัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์ บนมุมขวาของกระดาษ ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า

รายงานผลการ ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการ ดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความ พื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวม สิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความ วิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับ เรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือ ภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความ และตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่ คำย่อ) พร้อมทั้งอภิธานตัวย่อ และ สังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่าน และผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมี ทุกบทความ ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็น เท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ความยาว ไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อ มีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและ วิเคราะห์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อ เอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของ ปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของ ผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัสดุและ วิธีการศึกษา

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึง แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือ ช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือ วิเคราะห์

วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไป ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผลการ ศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรง ประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกรูปแบบ จะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียน เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

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

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

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษแต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ งามสุด, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางตัวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสาร โรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ

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

ตัวอย่าง

ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หาริณสุด, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมธรรมส์; 2533. หน้า 115-20.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง

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 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

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

ตัวอย่าง

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

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสฟตีดในชุมชน (วิทยานิพนธ์

ปริญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). 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

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/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง

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.cmfwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopsending_887.pdf

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

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุดและแผ่นซีดีถึงสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 88/21 ม.4 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มาที่ กองบรรณาธิการ E-mail : aidsstijournal@gmail.com

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่นซีดี ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MS Word

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 3 ท่าน ร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 20 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ แต่ประการใด ผู้เขียนจะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

161/477-478 ซอยเจริญสุขนิทวงศ์ 27

ถนนเจริญสุขนิทวงศ์ บางขุนศรี

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด วุฒีย่อ (ภาษาไทย)
..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ
3. สถานภาพผู้เขียน
☐ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน)
โปรแกรม คณะ
☐ บุคลากรทางการแพทย์
☐ ผู้บริหาร
☐ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข
☐ บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
4. ขอส่ง
☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง
5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) วุฒีย่อ (ภาษาไทย)
..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
☐ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล
- ☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม ผู้เขียน

(.....)

วันที่/...../.....

ลงนาม อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่/...../.....



การวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อและการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ประจักษ์

เรืองฤทธิ์ จินะเสน *

Abstract

Situation of HIV Infection and ARV Treatment in HIV Infection/AIDS Patient Analysis in Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai Province

Ruengrit Jinasen *

*Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai Province

This is a retrospective study aiming to analyze the situation of HIV infection and ARV treatment in HIV-infected/AIDS patients in Chiangrai Prachanukroh Hospital Chiangrai Province, Thailand by retrieving patient's information from National AIDS Program (NAP) database during fiscal year 2013 (October 2012 - September 2013) to 2017. The analysis showed that the incidence of HIV infection has relatively stable from 1.86% in 2016 to 1.5% in 2017. In addition, it is estimated that HIV - infected/AIDS patients have entered the hospital's service system 6,096. HIV - infected/AIDS patients who have not been on antiretroviral therapy would receive CD4 count testing once a year as the ARV treatment monitoring criteria but only 96.1% of the patients registered in this program received the CD4 count testing. The mortality rate in these patients was 8.1%. Before starting ARV treatment, these patients had CD4 count less than 350 cells/mm³ but higher than the national level. The most commonly used antiretroviral drug regimen was GPO-VIR as their first regimen, until 2017, new HIV - infected/AIDS patients receiving antiretroviral therapy receive Teevir. All patients had a good therapeutic outcome, with a reduction of less than 50 copies/ml. and no more than 8%. The treatment was ineffective, with a viral load greater than 1,000 copies/ml. The mortality rate was reduced to an average of only 1.6%. The rate of antiretroviral resistance was higher from 0.7% to 1.6%. And overall the treatment of people infected with HIV/AIDS to ending the AIDS problem in the country. "Goal 90-90-90" is NA-76-95

In summary, Chiangrai Prachanukroh hospital has a systematically treatment process for HIV/AIDS patients. Currently, more HIV/AIDS patients will have access to ARV treatment possibly due to a more precise policy, the services from the hospital have covered broader area, as indicated by HIVQUAL-T, as well as ARV treatment have been improved. Therefore, people who are risky or suspected of having an infection should consult the physicians as early as possible to get a proper treatment plan.

Keywords: HIV infection, ARV Treatment

บทคัดย่อ

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลเชิงรายนะชานเคราะห์ที่ผ่านมา โดยทบทวนข้อมูลตัวแปรที่สนใจศึกษาจากฐานข้อมูลในระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program: NAP) จากปีงบประมาณ 2556 ถึงปี 2560 พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรมีอัตราค่อนข้างคงที่ จากร้อยละ 1.86 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2560 และพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาล จำนวน 6,096 ราย ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่กินยาต้านไวรัสได้รับการติดตามสถานะภูมิคุ้มกัน โดยการตรวจ CD4 ปีละครั้ง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวได้รับการตรวจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556-2560 ถึงร้อยละ 96.1 ในปี พ.ศ. 2560 และพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัสลดลง จากร้อยละ 12.6 เป็นร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยระดับ CD4 ของผู้ป่วยก่อนรับยาต้านไวรัสมีค่ามัธยฐาน CD4 อยู่ที่ 237 cells/mm³ ซึ่งสูงกว่าของระดับประเทศที่อยู่ 194 cells/mm³ สูตรยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับพบว่า เริ่มด้วยยาสูตรแรก คือ GPO-VIR ทุกรายจนถึงปี พ.ศ. 2560 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสรายใหม่จะได้รับยา Teevir ซึ่งยาทั้ง 2 สูตร ให้ผลการรักษาที่สามารถกดไวรัสลงได้ต่ำกว่า 50 copies/ml. และมีเพียงไม่กี่รายร้อยละ 8 ที่การรักษาไม่ได้ผล โดยมีค่าปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/ml. และพบอัตราการตายลดลงจากร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 1.6 ในปี พ.ศ. 2560 โดยพบอัตราการดื้อยาต้านไวรัส มีแนวโน้มสูงขึ้นจากเฉลี่ยร้อยละ 0.7 เป็นร้อยละ 1.6 และภาพรวมการให้บริการการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ “มุ่งสู่เป้าหมาย 90 - 90 - 90” ได้ NA - 76 - 95

สรุปว่าโรงพยาบาลเชิงรายนะชานเคราะห์มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นระบบ เนื่องจากปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีแนวโน้มในการเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้น ทั้งนี้มาจากนโยบายของรัฐเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น ให้การดูแลรักษาอยู่ในสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง และนโยบายการเริ่มยาต้านไวรัสในทุกระดับ CD4 เป็นต้น มีการปรับปรุงแนวทางการรักษาจากเดิม และได้มีการพัฒนารักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้ง มีการใช้ยาร่วมกันทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้น ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือสงสัยว่าติดเชื้อควรจะไปปรึกษาแพทย์เสียแต่เนิ่น ๆ เพื่อติดตามสถานะภูมิคุ้มกันและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การติดเชื้อเอชไอวี, การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บทนำ

โรคเอดส์ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Anti-Retroviral Therapy; HAART) ซึ่งมีการใช้ยาหลายตัวร่วมกันในการรักษา เพื่อลดการดื้อยาของเชื้อไวรัส และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรค⁽¹⁾ แต่ยังคงเป็น ปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่พบการระบาดไปทุกภาคของประเทศไทย นับตั้งแต่มีการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรก ในปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมาจนถึง 31 ตุลาคม 2557 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนสะสม 481,241 ราย ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนสะสม 335,123 ราย โดยมีผู้ป่วยที่รับยาใหม่จำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 จำนวน 33,837 ราย⁽²⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ต้องได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต เพื่อควบคุมระดับไวรัสในร่างกายให้อยู่ในระดับต่ำ ยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการแบ่งตัว และการเจริญเติบโตของเชื้อเอชไอวี เมื่อเชื้อไม่เพิ่มจำนวน ในขณะที่เชื้อเก่าจะค่อย ๆ ตายไปเอง ภูมิคุ้มกันของร่างกาย (CD4) ก็ไม่ถูกทำลาย จะค่อย ๆ พ้นกลับสู่ระดับปกติ เมื่อภูมิคุ้มกันดีขึ้น ก็ไม่ติดเชื้อฉวยโอกาส ไม่เจ็บไม่ป่วย ร่างกายแข็งแรง ทำงานได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุยืนยาวเหมือนหรือใกล้เคียงกับคนทั่วไป ขณะเดียวกันมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่มีการรักษาที่ล้มเหลว ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ ปฏิกริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกัน ความสม่ำเสมอในการกินยาระดับยาในกระแสเลือด และการดื้อยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการรักษาที่ล้มเหลว การดื้อยา

ต้านไวรัสสามารถเกิดขึ้นได้กับการใช้ยาต้านไวรัสทุกกลุ่ม⁽³⁾ รายงานจากกลุ่มประเทศยุโรป พบอัตราเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงจาก 65.4 เหลือ 3.4 (หน่วยเป็นต่อ 100 person-years ของการติดตาม)⁽⁴⁾ และรายงานการศึกษาจากประเทศบราซิล ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อทุกรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 โดยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 150,000 ราย ได้รับการรักษานั้น พบว่า อัตราเสียชีวิตจากโรคเอดส์และอัตราการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคที่เกี่ยวข้องลดลงอย่างชัดเจน⁽⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาจากสหรัฐอเมริกา พบว่าการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลงเช่นกัน⁽⁶⁾ ซึ่งเป้าหมายสูงสุดสำหรับผู้ที่กินยาต้านไวรัส คือ ให้มีปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อยที่สุดจนตรวจไม่พบ (Undetectable Viral load) และ CD4 สูงที่สุดนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ตลอดจนการป้องกันเชื้อเอชไอวีไม่ให้เกิดการติดเชื้อต้านไวรัส

กระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา และมีการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้น การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทยมีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างถ้วนหน้า และได้ขยายขอบเขตการให้บริการอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา จึงทำให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลรักษาภายใต้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการดูแลในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ รัฐบาลได้จัดให้มีการเข้าถึงยาต้านไวรัสมากขึ้น จึงมีการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างแพร่หลายทำให้เกิดการติดเชื้อต้านไวรัสตามมามากขึ้น⁽⁷⁾ จากข้อมูลก่อนหน้าในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2532 พบการติดเชื้อต้านไวรัสน้อยกว่าร้อยละ 2⁽⁸⁾ ต่อมาหลังจาก

ปี พ.ศ. 2538 พบการติดเชื้อต้านไวรัสสูงขึ้นเป็นร้อยละ 10-16⁽⁹⁾ แม้ว่าผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทยพบว่า สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยเอดส์ลดลง แต่พบว่ามีกรณีเกิดเชื้อดื้อยาต้านไวรัสมากขึ้น ซึ่งการถ่ายทอดสายพันธุ์เชื้อดื้อยาต้านไวรัสจะพบมากในประเทศที่รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ดังนั้นเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ บุคคลที่ให้บริการสุขภาพได้รับบริการที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานที่เหมาะสมกับทรัพยากร ศักยภาพ และสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พึงได้รับ การศึกษาค้นคว้า เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยทบทวนข้อมูลตัวแปรที่สนใจศึกษา จากฐานข้อมูลในระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program: NAP) และข้อมูลของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากปีงบประมาณ 2555 - 2560 ดังนี้

1. จำนวนผู้ที่ตรวจ Anti - HIV ทางห้องปฏิบัติการ

1.1 จำนวนผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ (ที่รายงาน)

1.2 จำนวนผลตรวจที่เป็นบวก

2. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่กินยาด้านไวรัส

2.1 ความครอบคลุมของการตรวจ
ติดตามระดับ CD4

2.2 การขาดการติดตามการรักษา
(ไม่มาติดตามการรักษานานกว่า 180 วัน)

2.3 การเสียชีวิต

3. จำนวนผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสใหม่

3.1 จำนวนผู้เริ่มการรักษาด้วยยาต้าน
ไวรัสใหม่

3.2 ระดับภูมิคุ้มกันขณะเริ่มการรักษา
ด้วยยาต้านไวรัส

3.3 ผลการรักษาด้านการกดปริมาณไวรัส
ในกระแสเลือด

3.4 การเสียชีวิต

4. จำนวนผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสทั้งเก่าและใหม่

4.1 จำนวนผู้ได้รับยาต้านไวรัสทั้งหมด
ประจำปี

4.2 การขาดการติดตามการรักษา
(ไม่มาติดตามการรักษานานกว่า 90 วัน)

4.3 การเสียชีวิต

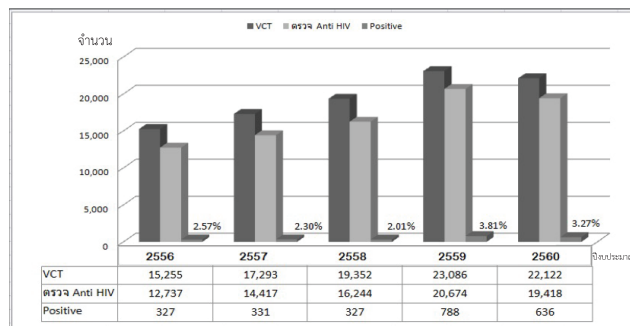
4.4 การดื้อยาต้านไวรัส

4.5 การประเมินการกินยาสม่ำเสมอ

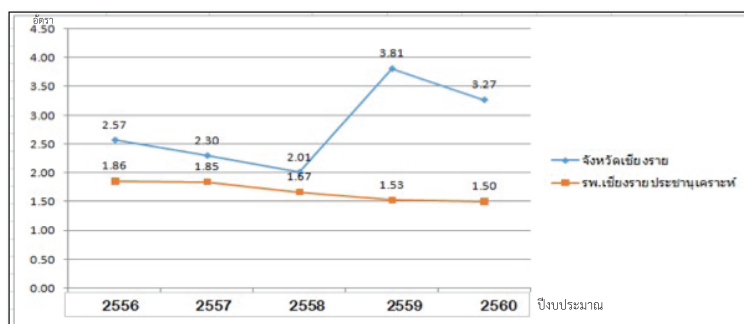
การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
และคุณภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่
ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี
ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 - 2560 พบว่าอัตราการติดเชื้อ
เอชไอวีในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ที่เข้ารับการตรวจเลือด
ในจังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ
2.57 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 3.27 ในปี พ.ศ.
2560 ในขณะที่ประชากรที่มาใช้บริการที่
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ค่อนข้างคงที่
จากร้อยละ 1.86 เป็นร้อยละ 1.50 (รูปที่ 1, 2 และ
ตารางที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงการให้บริการการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากร จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2556 - 2560



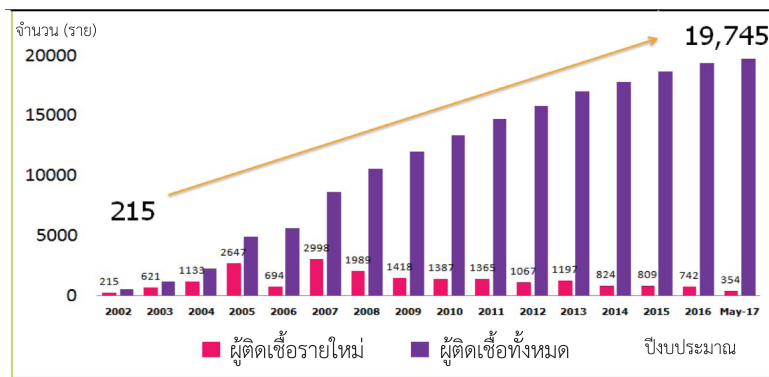
รูปที่ 2 แสดงอัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจเลือด ในจังหวัดเชียงรายและรพ.เชียงรายประชานุเคราะห์
ปี พ.ศ. 2556 - 2560

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนตรวจ Anti-HIV ของรพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ และจำนวนที่ Positive

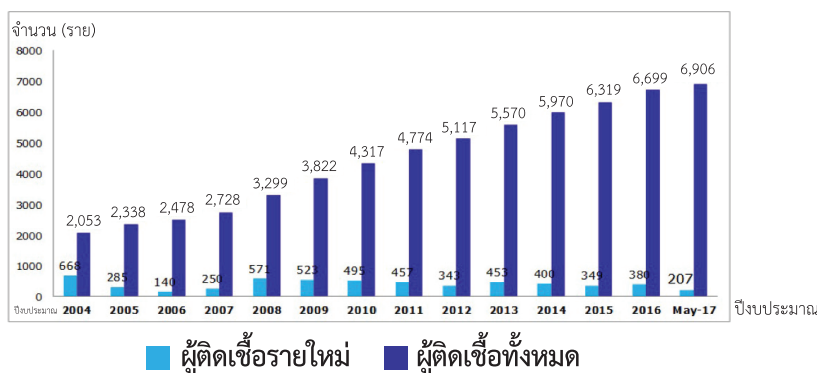
กลุ่มประชากรเสี่ยงที่รับบริการ	2556	2557	2558	2559	2560
ตรวจ Anti-HIV	37,110	37,516	39,623	41,833	46,473
ผล HIV Positive	693	692	695	642	705

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงรายเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมีจำนวน 215 ราย และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2560 เป็น 19,745 ราย และแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ลดลง (รูปที่ 3)

ในขณะที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดเชียงราย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาถึง 6,906 ราย (รูปที่ 4)



รูปที่ 3 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดเชียงรายที่ลงทะเบียนปี พ.ศ. 2545 - 2560



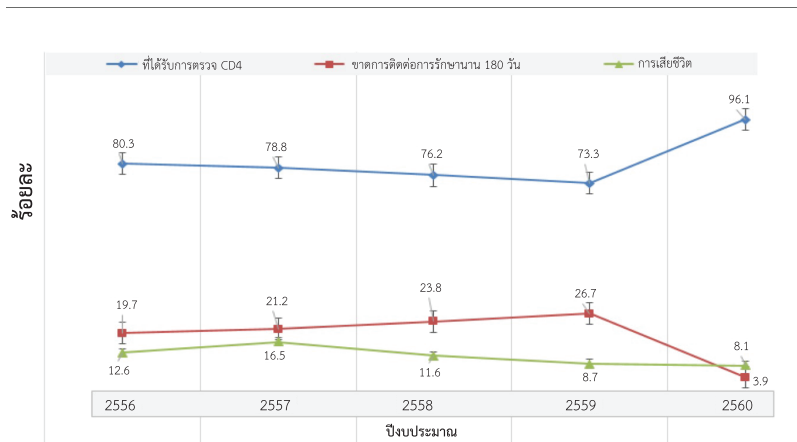
รูปที่ 4 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาที่รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ. 2547 - 2560

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยผู้ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส จะได้รับการตรวจ CD4 ปีละครั้ง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวได้รับการตรวจเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2560 ถึงร้อยละ

96.1 มีการขาดการติดตามในการรักษานานกว่า 180 วัน น้อยลงจากร้อยละ 19.7 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2560 และพบอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 8.1 (รูปที่ 5, ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา และสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส

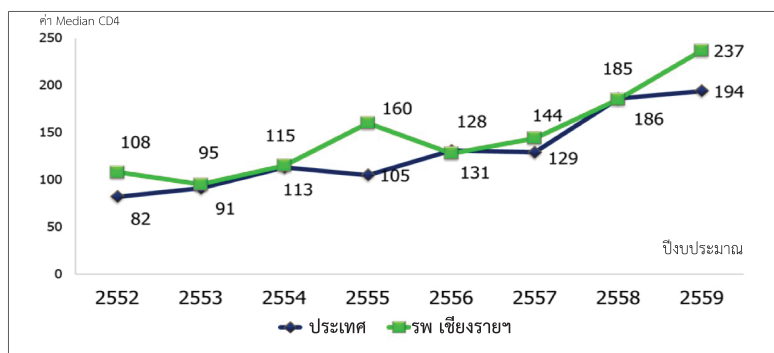
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส	2556	2557	2558	2559	2560
จำนวน (ราย)	315	364	340	404	307
ร้อยละที่ได้รับการตรวจ CD4	80.3	78.8	76.2	73.3	96.1
ร้อยละที่ขาดการติดต่อการรักษานาน 180 วัน	19.7	21.2	23.8	26.7	3.9
ร้อยละของการเสียชีวิต	12.6	16.5	11.6	8.7	8.1



รูปที่ 5 แสดงการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา และสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส

ผลการศึกษาค้นหาบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลเชิงรายนานูเคราะห์ เมื่อเริ่มยาด้านไวรัสพบว่า ค่ามัธยฐานของ CD4 อยู่ที่ 237 cells/mm³ สูงกว่าของระดับประเทศ (รูปที่ 6) สูตรยาด้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับพบว่า เริ่มด้วยยาสูตรแรกคือ GPO-VIR ทุกรายจนถึงปี พ.ศ. 2560 ผู้ติดเชื้อ

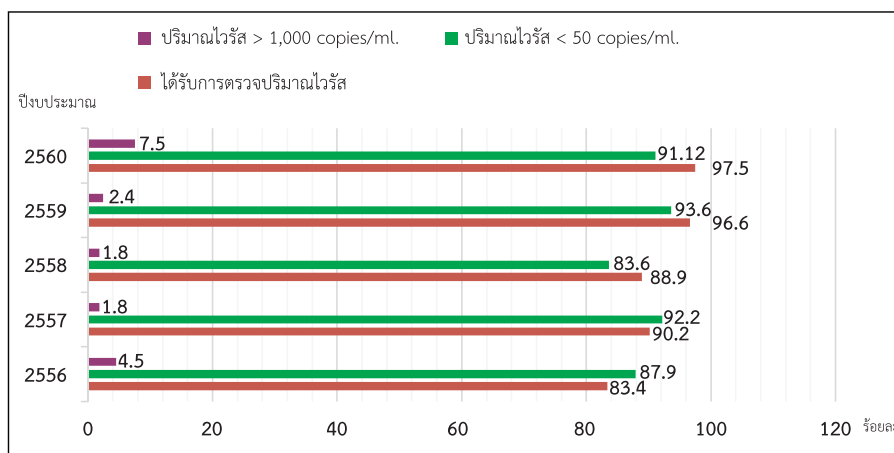
เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสรายใหม่จะได้รับยา Teevir ซึ่งยาทั้ง 2 สูตรให้ผลการรักษาที่ดีสามารถกดไวรัสลงได้ต่ำกว่า 50 copies/ml. และมีเพียงไม่เกินร้อยละ 8 ที่การรักษาไม่ได้ผล โดยมีค่าปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/ml. และพบอัตราการตายน้อยลงเหลือเฉลี่ยเพียงร้อยละ 1.6 (รูปที่ 7 และตารางที่ 3)



รูปที่ 6 แสดงค่า Median CD4 ขณะเริ่มรับยาต้านไวรัส

ตารางที่ 3 แสดงการเข้าถึงการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส

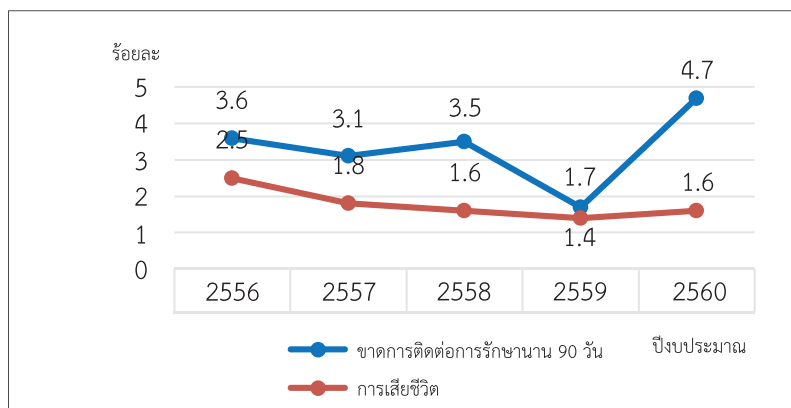
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส	2556	2557	2558	2559	2560
จำนวน (ราย)	3,320	4,161	4,650	4,673	4,865
ร้อยละที่ได้รับการตรวจปริมาณไวรัส	83.4	90.2	88.9	96.6	97.5
ร้อยละที่มีปริมาณไวรัส <50 copies/ml.	87.9	92.2	83.6	93.6	91.12
ร้อยละที่มีปริมาณไวรัส >1,000 copies/ml.	4.5	1.8	1.8	2.4	7.5



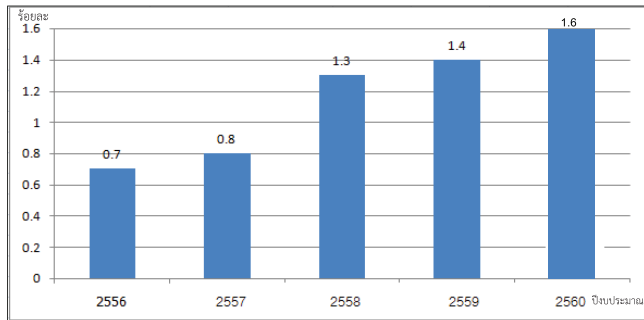
รูปที่ 7 แสดงร้อยละการเข้าถึงการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส

ภาพรวมของการกินยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อกันในปี พ.ศ. 2560 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.7 และ อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงจากเฉลี่ยร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 1.6 (รูปที่ 8) พบอัตราการดื้อยาด้านไวรัสมีแนวโน้มสูงขึ้น

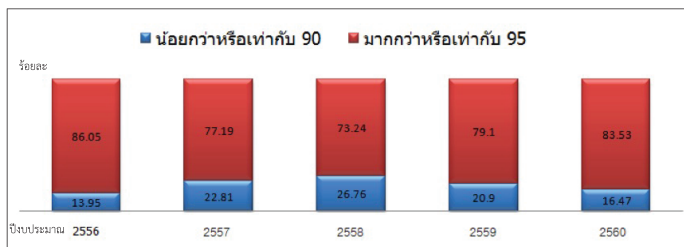
จากเฉลี่ยร้อยละ 0.7 เป็นร้อยละ 1.6 (รูปที่ 9) และพบว่าความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดื้อยาด้านไวรัสมีค่า Adherence ไม่ค่อยดี คือประมาณ ร้อยละ 70 - 80 เท่านั้นที่มี ค่า Adherence มากกว่าร้อยละ 95 (รูปที่ 10)



รูปที่ 8 แสดงร้อยละผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสที่ขาดการติดต่อกัน 90 วัน และเสียชีวิตใน รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ. 2556 - 2560



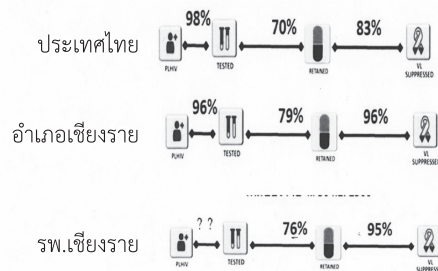
รูปที่ 9 แสดงอัตราตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสในพ.เชิงรายประชาชนเคราะห์
ทั้งหมดที่ยังติดตามการรักษา ปี พ.ศ. 2556 - 2560



รูปที่ 10 แสดงร้อยละความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดื้อยาต้านไวรัส

ภาพรวมการให้บริการการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ “มุ่งสู่เป้าหมาย 90-90-90” คือ สามารถทำให้ร้อยละ 90 ของประชากรที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้รับการตรวจเลือดและรู้สถานะว่าผลเป็นบวก ร้อยละ 90 ของผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และมีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 90 สามารถควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 50 copies/mL พบว่าโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ยังไม่สามารถ

คำนวณร้อยละของผู้ที่คาดว่าติดเชื้อที่ได้รับการตรวจเลือด เนื่องจากยังไม่สามารถประมาณการจำนวนประชากรที่คาดว่าจะติดเชื้อเอชไอวีในระดับอำเภอได้ ในส่วนของการได้รับยาต้านไวรัส พบว่าร้อยละ 76 ของผู้ที่รู้สถานะว่าติดเชื้อเอชไอวี ได้กินยาต้านไวรัส และร้อยละ 95 สามารถควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 50 copies/mL (NA - 76 - 95) ในขณะที่ของประเทศไทยและของจังหวัดเชียงราย เป็น 98-70-83 และ 96-79-96 ตามลำดับ (รูปที่ 11)



รูปที่ 11 แสดงเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ณ กันยายน 2560

วิจารณ์

จากการศึกษาข้อมูลการบริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปีงบประมาณ 2555 - 2560 พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่มีอัตราค่อนข้างคงที่ มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 1.86 เป็นร้อยละ 1.50 แต่ในภาพรวมของจังหวัด พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ในจังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.57 เป็น 3.27 ซึ่งสอดคล้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2559 โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มประชากร ทั้งกลุ่มพนักงานบริการชายและพนักงานบริการหญิงตรงและแฝง โดยในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ พบว่า แนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มชาวประมงลดลงจนถึงปี พ.ศ. 2556 และจากปี พ.ศ. 2557 - 2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วนกลุ่มแรงงานข้ามชาติความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 แนวโน้มอยู่ในระดับทรงตัว กลุ่มพนักงานบริการชาย ปี พ.ศ. 2558 - 2559 ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 24.5 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 14.3 และร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ตามลำดับ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดมีแนวโน้มไม่คงที่ โดยในปี พ.ศ. 2559 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดอยู่ที่ร้อยละ 38.4⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่า ลักษณะการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลง และเริ่มพบความแตกต่างจากอดีตที่ผ่านมามากขึ้น และจากการนำยาต้านไวรัสเอชไอวีและยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมาใช้เพื่อชะลอการป่วยและเสียชีวิต การเฝ้าระวังที่เข้มแข็งมีประสิทธิภาพ และการรณรงค์ของหลาย ๆ ฝ่ายให้รู้เท่าทันเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และรู้ถึงความอันตรายของโรคเอดส์ ทำให้คนในสังคมเกิดการตื่นตัว รวมถึงการรู้จักวิธีป้องกันตัวเองที่มีมากขึ้นของคน

ในสังคมประเทศไทย จึงทำให้แนวโน้มที่จะเห็นผู้ติดเชื้อหน้าใหม่จะค่อย ๆ ลดลงตามปี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงรายเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมีจำนวน 215 ราย แล้วอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงเดือนพฤษภาคม 2560 เป็น 19,745 ราย และแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง ในขณะที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดเชียงราย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสถึง 6,096 ราย ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา โดยผู้ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสจะได้รับการตรวจ CD4 ปีละครั้ง พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวได้รับการตรวจเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2560 ถึงร้อยละ 96.1 มีการขาดการติดตามในการรักษานานกว่า 180 วัน น้อยลงจากร้อยละ 19.7 เป็นร้อยละ 3.9 และพบอัตราการเสียชีวิตลดลงเพียงร้อยละ 8.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้มีการเข้าถึงบริการรักษาได้เร็ว เนื่องจากทางโรงพยาบาลสร้างระบบการแจ้งเตือนผลตรวจเลือดเอชไอวีบวกทันทีที่รู้ผล (Lab Alert) อีกอย่างคือ โรงพยาบาลสามารถตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันตัวเอง จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงมีการขาดนัดและการเสียชีวิตลดลง ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสเมื่อเริ่มยาต้านไวรัส พบว่าค่ามัธยฐานของ CD4 เป็น 237 cells/mm³ ซึ่งสูงกว่าของระดับประเทศ สูตรยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าส่วนใหญ่เริ่มด้วยยาสูตรแรก คือ GPO-VIR ทุกรายจนถึง ปี พ.ศ. 2560 ผู้รับยารายใหม่ทุกรายจะได้รับยา Teevir ซึ่งทั้ง 2 สูตรให้ผลการรักษาที่ดีสามารถกดไวรัสลงได้ต่ำกว่า 50 copies/ml. และมีเพียงไม่เกินร้อยละ 8 ที่การรักษาไม่ได้ผลโดยมีค่าปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/ml. และพบอัตราการตายน้อยลงเหลือเฉลี่ยเพียงร้อยละ 1.6 การที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาโดยเร็ว เป็นผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอัตราการตายน้อยลง และทำให้ค่ารักษาพยาบาล

ในโรงพยาบาลลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ควรระวัง การเกิดเชื้อดื้อยาต้านไวรัสขึ้นในส่วนของ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์นั้น ห้องปฏิบัติการ ได้ปรับปรุงให้มีการรายงานผลการตรวจหาปริมาณเชื้อ ไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ให้เร็วขึ้น เพื่อจะ สามารถเฝ้าระวังการดื้อยาได้รวดเร็วขึ้น ในกลุ่มนี้ พบอัตราการดื้อยาต้านไวรัสมีแนวโน้มสูงขึ้น จากเฉลี่ยร้อยละ 0.7 เป็นร้อยละ 1.6 จึงควรมีการ ติดตามให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กินยาอย่าง สม่าเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการเฝ้าระวังการดื้อยาในกลุ่ม ผู้ที่กินยาต้านไวรัสที่พบว่ามีการดื้อยาร้อยละ 2.0⁽¹¹⁾ จึงเห็นได้ว่าการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยของ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีการบริการ อย่างเป็นระบบ แต่อย่างไรก็ตาม ควรจะต้องปรับระบบ ให้เข้ากับการรักษาที่มีในปัจจุบันทั้งในระบบ Test for Treat และการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเฉียบพลัน มีแนวโน้มที่จะรักษาได้หายขาด และหยุดยาต้านไวรัส ได้ในอนาคต ซึ่งศูนย์วิจัยโรคเอดส์ได้นำเสนอผลการ ศึกษาวิจัยในการประชุมแพทย์และนักวิจัยเกี่ยวกับ โรคเอดส์ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือ “CROI 2013” (The Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections) ณ เมืองแอตแลนตา รัฐจอร์เจีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 3 - 6 มีนาคม 2556 แสดงผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการ รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกให้มีโอกาส หายขาดได้ ภายใต้ความร่วมมือเพื่อการวิจัยระหว่าง ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และฮาวาย⁽¹²⁾ (เชิร์ช: SEARCH) มีการใช้นวัตกรรมใหม่ที่เรียกว่า “ระบบเน็ต” (NAT: Nucleic Acid Amplification Testing) ในการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี ทำให้ ตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้โดยตรง มีความไว และแม่นยำสูง โดยหากสงสัยว่ารับเชื้อเอชไอวีมาเพียงแค่ 5 วันขึ้นไป ก็ตรวจพบได้แล้ว ซึ่งการรู้ผลเร็วภายใน 1-2 วัน และ ได้รับยาทันทีจะช่วยหยุดการแพร่เชื้อไปยังอวัยวะ อื่น ๆ ของร่างกาย โดยยาจะช่วยดักเชื้อไม่ให้ฝังตัว ในเซลล์เพื่อขยายพันธุ์ ทำให้มีแนวโน้มที่จะสามารถ

รักษาได้หายขาด ไม่ต้องกินยาต้านไวรัสต่อเนื่อง ไปตลอดชีวิต โดยเฉพาะหากพบในระยะเริ่มแรกไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังจากรับเชื้อแล้ว และให้กินยาสูตรเบื้องต้น ทันที โดยหลังการเฝ้าติดตามผล พบว่าเชื้อแทบจะ ไม่หลงเหลืออยู่ในร่างกายเลย หรือพบบางส่วนที่ น้อยมาก⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวยัง ไม่สมบูรณ์ แต่ก็สนับสนุนสมมติฐานที่ว่าหากรักษา ได้เร็วก็กอาจช่วยกักกั้นคนไข้ให้กลับคืนมาได้ สอดคล้องกับกรณีที่พบว่า เด็กจากรัฐมิสซิสซิปปี สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัส ตั้งแต่รับเชื้อใหม่ ๆ จนเป็นข่าวโด่งดังไปทั่วโลก⁽¹⁴⁾

การบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อยุติปัญหาเอดส์ในปี 2563 โดย “มุ่งสู่เป้าหมาย 90-90-90” หมายความว่า ประชากรที่คาดว่าติดเชื้อ เอชไอวีร้อยละ 90 ได้รับการตรวจเลือด และทราบว่า ตนเองติดเชื้อ ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และมีผู้ที่ได้รับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ 90 สามารถควบคุมปริมาณไวรัส ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 50 copies/ml. พบว่า โรงพยาบาลสามารถเข้าถึง เป้าหมายได้ NA-76-95 ซึ่งเป้าหมายแรก คือ ประชากรที่คาดว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจเลือด และทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถ คำนวนตัวเลขในขณะนี้ เนื่องจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่สามารถประมาณ การจำนวนผู้ที่คาดว่าติดเชื้อเอชไอวีในระดับอำเภอได้ ส่วนในการเข้าสู่ระบบ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส มี ร้อยละ 76 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายคงต้องมีการพัฒนา ทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ทราบถึงข้อดี ในการกินยาต้านไวรัสโดยเร็วว่าการเริ่มต้นการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่แรกช่วยลดโอกาสการแพร่เชื้อ ไปสู่คนที่ยังไม่ได้ติดเชื้อได้มากถึงร้อยละ 96 และในการ ศึกษาที่ชื่อ PARTNER ที่มีผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งเป็นคู่รัก ร่วมเพศและไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย พบว่า เมื่อมีการ ใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากติดตามไป

เป็นเวลา 3 ปี ยังไม่มีการแพร่เชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นเลย ผลการศึกษาทั้ง 2 งานดังกล่าว บ่งชี้ว่า การเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ระยะแรกมีส่วนช่วยทั้งในแง่ของการรักษาและการป้องกัน^(15,16) ส่วนผู้ที่กินยาต้านไวรัสได้ถึง ร้อยละ 95 ที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 50 copies/ml. ได้ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายแล้ว อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ตัวเลขนี้คงอยู่อย่างยั่งยืน คือ การกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเคร่งครัดเท่านั้น

สรุปโดยรวมโรงพยาบาลเชิงรายประชา นุเคราะห์ มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความล้มเหลวทางการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ ได้แก่ อัตราการตายและการขาดนัดลดลง การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสน้อย อัตราการดื้อยาต้านไวรัสลดน้อยลง ค่ามัธยฐานของ CD4 ในการเริ่มยาต้านไวรัสสูงขึ้น เพราะในปัจจุบันการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีได้รับการพัฒนาไปมากจนทำให้อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคนี้ลดลงเรื่อย ๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีแนวโน้มของการเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายโรคเอดส์มีความชัดเจนมากขึ้น มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชา โดยจะเห็นว่าเมื่อห้องปฏิบัติการได้ดำเนินการแจ้งเตือนผลตรวจ (Lab Alert) คือการรายงานผล HIV Positive ให้กับศูนย์เอดส์ทันที โดยเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 จะพบว่า ร้อยละของการเข้าสู่ระบบการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 73.3 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 96.1 ในปี พ.ศ. 2560 การให้บริการของโรงพยาบาลมีความครอบคลุมมากขึ้น มีการปรับปรุงแนวทางการรักษาจากเดิม คือ แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.

2560 ซึ่งมีการพัฒนาการดูแลรักษาให้มีมาตรฐานมากขึ้น⁽¹⁷⁾ และมีการปรับเปลี่ยนในการเริ่มยาต้านไวรัสในประเทศไทยที่ปรับเปลี่ยนในกรณีผู้ป่วยเดิมให้เริ่มยาต้านไวรัส เมื่อระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cel/mm³ มาเป็นให้เริ่มยาต้านไวรัสทุกระดับ CD4 เป็นต้น⁽¹⁸⁾ และได้มีการพัฒนาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลายตัวร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีการขาดการติดต่อกับการรักษาเกิน 90 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทางโรงพยาบาลต้องวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางจากที่จะให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษา นอกจากนั้น ควรมีการพัฒนาแนวทางให้ผู้ที่คาดว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจเลือดให้เร็วขึ้น เพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาโดยเร็ว ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยาต้านไวรัสที่ระดับ CD4 สูงจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนากระบวนการบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ประสบความสำเร็จจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งด้านผู้ปฏิบัติงานการมีทัศนคติเชิงบวกและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี ทั้งด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละขั้นตอน ด้านการสร้างเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งและยั่งยืน การมีแกนกลางทำงานเป็นทีมด้านมาตรฐานวิชาการ การจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และสามารถนำไปพัฒนางานรวมทั้งการสร้างแรงจูงใจ และความมีคุณค่าของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในส่วนของห้องปฏิบัติการต้องมีการปรับปรุงการทำงาน ให้มีการตรวจวิเคราะห์ Anti - HIV, CD4 และ Viral load ที่ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว เพื่อให้ทีมรักษาได้ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณนายสุรพล เกาะเรียนอุดม
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการศึกษาครั้งนี้
ขอขอบคุณ นางสาวสุภาวดี พงษ์ประภาส ผู้ประสานงาน
ด้านการดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาล

เชียงใหม่ประชาชนเคราะห์ที่ได้รวบรวมข้อมูลสำหรับ
การศึกษานี้ และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติที่ให้ศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล
ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program: NAP)

เอกสารอ้างอิง

1. Tiyou A, Belachew T, Alemseged F, Biadgilign S. Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting of southwest Ethiopia. *AIDS Research and Therapy* 2010 (7), 7: 39.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. “สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558” [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_8790337.pdf.
3. สมนึก สังฆานภาพ. การดื้อยาด้านเอชไอวี หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2551.
4. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, Chiesi A, Miller V, Gargalianos P, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *EuroSIDA Study Group. Lancet* 1998; 352: 1725-30.
5. Santoro-Lopes G, de Pinho AM, Harrison LH and Schechter M. Reduced Risk of Tuberculosis among Brazilian Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection Treated with Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis.* 2002; 34: 543-6.
6. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med*, 1998; 338: 853-860.
7. Calmy A, Pascual and Ford N. HIV drug resistance. *Engl J Med.* 2004; 350: 26: 2720-1.
8. Little SJ, Daar ES, D'Aquila RT, Keiser PH, Connick E, Whitcomb JM, et al. Reduced antiretroviral drug susceptibility among patients with primary HIV infection. *JAMA* 1999; 282: 1142-9.
9. Yerly S, Kaiser L, Race E, Bru JP, Clavel F, Perrin L. Transmission of antiretroviral resistant HIV-1 variants. *Lancet* 1999; 354: 729-733.
10. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพิเศษ: 2560.
11. สุรพล เกาะเรียนอุดม. การเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยาในประเทศไทย 2553. *วารสารควบคุมโรค* 2554; 37(4): 243-252.
12. J Ananworanich, C Vandergeeten, N Chomchey, et al. Early ART Intervention Restricts the Seeding of the HIV Reservoir in Long-lived Central Memory CD4 T Cells. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Atlanta, March 3-6, 2013. Abstract 47.
13. ผู้จัดการ. ข่าวดี! ผู้ป่วยเอดส์ไม่เกิน 4 สัปดาห์ รักษาให้มีสิทธิหาย: ผู้จัดการออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต] 15 มีนาคม 2556 [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2560]; แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/qol/detail/9560000032106>
14. ความหวัง “ผู้ป่วยเอดส์” พบเชื้อไวรัสมายหาขาด. ข่าวสดรายวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2556 ปีที่ 22 ฉบับที่ 8146.
15. Cohen MS, Chen YQ, Mc Cauley M, et al. The HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011; 365(6): 493-505. 7
16. Rodger A, Bruun T, Cambiano V, et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2014. Abstract 153LB.
17. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2560.
18. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการเพื่อรับยาด้านไวรัสในทุกระดับ CD4, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยา หลายขนาน: รายงานผู้ป่วย

สุภา ผาสุก *

Abstract

Nursing Care for AIDS Patients Co-Infected with Multi-Drug Resistance Tuberculosis: A Case Report

Supa Phasuk*

*Khukhan Hospital Khukhan District, Sisaket Province

This case report aimed to present a model of nursing care for AIDS patients co-infected with multi-drug resistance tuberculosis (MDR-TB). It is a report of a 40-year-old woman who was diagnosed with AIDS and MDR-TB, and was found to be resistant to isoniazid and rifampicin. The patient had been followed up by nursing care for 6 months (December 2016 - May 2017). She received holistic nursing care that applied with the Orem's self-care Theory. Six problems were found, which under the five dimensions of wellness including physical, mental, emotional, sociality and spiritual. Afterward, we conducted a comprehensive evaluation of the patient information and planned for complications surveillance that might occur with other patient with similar condition and initial assistance support. We also promote and support perception and understanding on the illness status and continuum of care included the knowledge of the evaluation of the health perception, continuous self-care, adaptation to stress and anxiety, self-care for prevention and management of adverse complication caused by disease or medications used, and prevention of both infection and transmission of MDR-TB. As a result, nursing care of patient was more effective. Symptoms of the patient were improved. The sputum test was negative after treatment for 6 months. The stress symptoms and anxiety disappeared. The patient was more healthy. She understood her health status, planned to continue self-care, adjusted to the changing health behavior pattern follows her health status, and returned to a normal life.

Nursing care for HIV-infected patients with MDR-TB has to a better understand the progress of disease and effective skill in the evaluation of health status of the patient in the first stage of treatment. Nurses in TB-clinic should have knowledge and understanding on how to prevent complications which may arise from the disease and the medication. They should use information from the assessment of the symptoms of the patient for appropriate treatment and continuous care plan. Nurses should also encourage the patients to correctly learn and practise self-care. Moreover, family members and caregivers are important persons to support the assistance of monitoring of medication and continuous care at homes. This is an important key of the success in the nursing care for AIDS patients with MDR-TB.

Keywords: AIDS, Multi-Drug Resistance Tuberculosis (MDR-TB), Nursing care

บทคัดย่อ

การรายงานผู้ป่วยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน กรณีผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตร (Ziduvudine +

Lamivudine) + Efavirenz มีการดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin ทำการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือน (ธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560) โดยผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม โดยประยุกต์ใช้แบบแผนการพยาบาลของโอเร็ม พบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 6 ปัญหา ใน 5 มิติสุขภาพ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากนั้นทำการประเมินอย่างครอบคลุมจากข้อมูลทั้งหมด และนำมาวางแผนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง การปรับตัวต่อความเครียดและความวิตกกังวล การดูแลช่วยเหลือตนเองในการป้องกันและจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากภาวะโรคและยาที่ใช้ในการรักษา การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นจนผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ และได้รับการติดตามผลการตรวจรักษากันจนกระทั่งผลการตรวจเสมหะให้ผลเป็นลบ ไม่มีภาวะวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานจากโรค และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ปัจจุบันผู้ป่วยมีสุขภาพและร่างกายแข็งแรงขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ เข้าใจและวางแผนการดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถปรับสภาพต่อแบบแผนสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

จะเห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโรค ทักษะความชำนาญในการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก การให้การรักษา การป้องกัน และการลดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากภาวะโรคและยาที่ใช้ในการรักษา นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การดูแล รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยครอบคลุมมีส่วนร่วมในการสนับสนุน การช่วยเหลือผู้ป่วย การกำกับการรับประทานยา และการดูแลระดับประครองผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานให้สำเร็จ และสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้

คำสำคัญ: เอดส์, วัณโรคดื้อยาหลายขนาน, การพยาบาล

บทนำ

วัณโรค เป็น 1 ใน 10 สาเหตุการตายของคนทั่วโลก และเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบร้อยละ 13⁽¹⁾ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสจะพัฒนาเป็นวัณโรคร่วมได้มากกว่า 20 - 30 เท่าของคนปกติ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 40 ที่เสียชีวิตจากวัณโรค ซึ่งวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-Drug Resistant Tuberculosis: MDR-TB) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตมากที่สุด เนื่องจากมีผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคและยาต้าน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า มีผู้ป่วยวัณโรคที่อย่างน้อยดื้อยา Rifampicin (Rifampicin Resistant: RR-TB) ทั่วโลก จำนวน 600,000 ราย ในจำนวนนี้มี 490,000 ราย ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และประมาณร้อยละ 6.2 ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย^(2,3)

ในประเทศไทย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสี่ยงต่อการป่วยด้วยการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าคนปกติ 20-37 เท่า⁽⁴⁾ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 18 ใน 22 ของโลกที่มีอัตราป่วยวัณโรคสูงสุด⁽¹⁾ ซึ่งองค์การอนามัยโลก

กำหนดว่าผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตไม่ควรเกินร้อยละ 7 แต่ประเทศไทยกลับพบว่าผู้ติดเชื้อวัณโรคมีอัตราการตายระหว่างรักษา ร้อยละ 7 (ทุก 15 คนเสียชีวิต 1 คน) ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมด้วยมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 13-14 (ทุก 7 คนเสียชีวิต 1 คน)⁽⁵⁾ จากสถิติผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และมีการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วย ร้อยละ 47.65 ร้อยละ 23.40 และร้อยละ 34.04 ตามลำดับ และมีการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคร่วมด้วย ร้อยละ 58.33, ร้อยละ 71.43 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานร่วมด้วย 2 ราย ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาร่วมด้วยนั้น จะต้องได้รับการพยาบาลที่มีการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงสูงมากที่จะมีผลการรักษาวัณโรคล้มเหลว และเสียชีวิตได้ง่ายกว่าผู้ป่วยวัณโรคปกติ เนื่องจากต้อง

รักษาอาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบกพร่อง และการดื้อยาวัณโรคบางตัวที่จำเป็นต่อการรักษา วัณโรค ซึ่งผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อยาได้น้อยกว่าปกติ และมีผลจากอาการข้างเคียงจากยาวัณโรคด้วย อีกทั้งวัณโรคจะมีผลเร่งให้การดำเนินโรคของเอชไอวี ลุกลามสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากเชื้อวัณโรค จะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการกระตุ้นการแบ่งตัวของ เชื้อเอชไอวี ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถใช้ทักษะความชำนาญในการพยาบาล ผู้ป่วยและเฝ้าติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

ในการรายงานผู้ป่วยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายแนวทางและเสนอรูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ที่ประยุกต์ใช้ทักษะความรู้ความสามารถ และความ ขำนาญในการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการ รักษา ทักษะความสามารถในการพยาบาลได้อย่าง ถูกวิธี การประเมินและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่เกิดจากการคุกคามของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น กับผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือการเกิด โรคซ้ำ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการฝึกทักษะ การประเมินสภาวะผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย ที่ถูกต้องให้กับญาติ อันจะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ ทรมานจากโรค และช่วยให้พ้นภาวะวิกฤตที่อาจจะส่งผล ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว มีกำลังใจในการสู้ กับโรคร้ายและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติได้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 40 ปี สถานภาพสมรส หม้าย อาชีพทำนา จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ เมื่อ 2 ปีก่อน ที่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร และวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานร่วมด้วย ที่โรงพยาบาล ชุมชน แพทย์ส่งต่อเพื่อปรับสูตรยา MDR-TB

ที่โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด 2 สัปดาห์ และ โรงพยาบาลชุมชนรับผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล ทั่วไปเพื่อให้การรักษา MDR-TB เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2559 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 29 ธันวาคม 2559 รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาล 15 วัน และติดตามการรับบริการ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน (ธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560)

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก HIV with Pulmonary TB

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย AIDS with Multi-Drug Resistance Tuberculosis

อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการไข้ต่ำ ๆ ไข้มีเสมหะ หายใจ หอบเหนื่อย ทานอาหารไม่ได้ ก่อนมารับการรักษา ที่โรงพยาบาล 2 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย น้ำหนักลด จาก 46 กิโลกรัม เหลือ 38 กิโลกรัม มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ จากการ ประเมินและจากการส่งเสมหะพบ Sputum AFB 3+ แพทย์วินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด เริ่มให้การรักษา โดยให้ยาวัณโรคสูตร 2IRZE/4IR และนัดติดตาม 1 เดือน ส่งตรวจเสมหะย้อมเชื้อ พบว่า มีเชื้อวัณโรค AFB 3+ (Acid fast bacilli) และผลการตรวจ เพาะเลี้ยงเชื้อ พบว่า มีเชื้อวัณโรคขึ้น และการ ทดสอบความไวต่อยาพบว่า มีการดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา หลายขนาน จึงส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อปรับ ยารักษาวัณโรคให้ผู้ป่วยเป็นสูตรยา Kanamycin + Para-aminosalicylic acid (PAS) + Ethionamide + Cycloserine และได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับมารักษา ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

ต่อมา 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ป่วยมีอาการไข้ทุกวัน ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาลชุมชนที่ขึ้นทะเบียนรักษา แพทย์จึงรับเขาเป็นผู้ป่วยใน เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เมื่อ ปี พ.ศ. 2557 ผู้ป่วยมีสุขภาพไม่แข็งแรง เหนื่อย อ่อนเพลีย และไอบ่อย ร่วมกับการมีน้ำหนักลด เบื่ออาหาร จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพฯ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดและตรวจพบว่ามีกรดติดเชื้อเอชไอวี จึงได้รับการรักษา วัณโรคร่วมกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย โดยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตร (Ziduvudine + Lamivudine) + Efavirenz และใช้ยารักษาวัณโรค แนวที่ 1 (First-Line Anti-Tuberculosis Drugs: FLDs) เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยรับประทาน ยารักษาวัณโรคไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และมีการดำเนินโรครุนแรงขึ้น

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ไม่เคยแพ้ยาหรืออาหารใด ๆ มาก่อน

ประวัติการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์จากสามี

พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค ในปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยเคยอาศัยอยู่ร่วมกับญาติที่ป่วยเป็นวัณโรค ในกรุงเทพฯ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สามีเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ เมื่อปี พ.ศ. 2556 แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเจาะเลือด สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ได้แก่ บุตรชาย 2 คน (อายุ 12 ปี และ 9 ปี ตามลำดับ) ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแรงใด ๆ

การประเมินสภาพแรกรับ

วันที่ 15 ธันวาคม 2559 ผู้ป่วยมารับการรักษา ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ป่วยมีอาการ ไข้สูง ไอ หอบเหนื่อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สอบถามรู้เรื่อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital signs) มีอุณหภูมิ 38.6 °C ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/75 mmHg ภาวะโภชนาการ จากตัวชี้วัดดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) 17.96 kg/m² ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ผอม และมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation room air) 94% แพทย์ประเมินอาการเบื้องต้น และให้รับ เข้าเป็นผู้ป่วยใน โดยให้ใส่ท่อออกซิเจนช่วยการ หายใจผู้ป่วย (Oxygen with canular) 3 L/min และให้การดูแลรักษาตามรายละเอียดในตารางที่ 1 ถึง ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	วัน /เดือน/ปี	
		15/12/2559	29/12/2559
1. ผล CBC พบ Hemoglobin ต่ำ	11.3-16.5 g/dl	7.8	10.6
2. ผล Electrolyte พบ Potassium ต่ำ	3.5 – 5.0 mEq/L	3.2	5.3
3. ผล Kidney function พบ			
3.1 BUN ต่ำ	8 – 23 mg/dl	7	5
3.2 Creatinine ต่ำ	0.7 – 1.5 mg/dl	0.6	0.6

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	วัน /เดือน/ปี	
		15/12/2559	29/12/2559
4. Liver Function Test พว			
4.1 ALT มีค่าสูงขึ้น	13-69 U/L	42	116
4.2 AST มีค่าสูงขึ้น	15-46 U/L	68	143
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ			
5.1 ตรวจเสมหะย้อมเชื้อวัณโรค จำนวน 3 วัน พบผิดปกติ	Not Found	15- 17/12/2559	Positive 3+ (ทั้ง 3 วัน)
5.2 Sputum Gram stain พบผิดปกติ	Not Found	22/12/2559	Positive Cocci In single, in pair
5.3 Serum Cryptococcus Ag ปกติ	Negative	15/12/2559	Negative
5.4 HBs-Ag, HCV และ VDRL/RPR ปกติ	Negative	15/12/2559	Negative
5.5 เซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำ	-	15/12/2559	63 cells/ul /4.96%

ผลการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วย

วัณโรคคือยาหลายขนาน

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย 2 คน (อายุ 12 ปี และ 9 ปี ตามลำดับ) โดยผลการตรวจคัดกรอง

ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และการตรวจหาเชื้อวัณโรคพบว่า มีผลปกติ

ตารางที่ 2 แสดงอาการผู้ป่วยและการรักษาขณะรับไว้ดูแล

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	การรักษาของแพทย์
วันที่ 15 ธันวาคม 2559 รับย้ายจากแผนกฉุกเฉิน เวลา 10.37 น.	แรกรับ มีไข้ ไอ หอบ เหนื่อย เพื่อย ปวดศีรษะ วิงเวียน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี 38.6 °C ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 31 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/75 mmHg O ₂ sat. 94%	- ให้ O ₂ Canular ปริมาณ 3 L/min - ให้ 5% D/N/2 1,000 mL (v) 80 mL/hr - Combivir (Zidovudine + Lamivudine) 1 tab. ๑ ทุก 12 hr - EFV (Efavirenz) 600 mg. 1 tab. ๑ OD - Clindamycin 600 mg. (v) ทุก 8 hr - PAS 1,000 mg. 3 tab. ๑ ทุก 12 hr - Ethionamide 250 mg. 1 tab ๑ ทุก 12 hr - Cycloserine 250 mg. 1 tab ๑ ทุก 12 hr - Kanamycin 1 gm dilute in NSS 0.9% (v) drip OD

ตารางที่ 2 แสดงอาการผู้ป่วยและการรักษาขณะรับไว้ดูแล (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	การรักษาของแพทย์
วันที่ 22 ธันวาคม 2559	วันที่ 16 – 21 ธันวาคม 2559 ผู้ป่วยอาการทั่วไปดีขึ้น แต่ เนื่องจากผู้ป่วยมีค่า CD4 63 cells/ul ซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อ การเกิดโรค Cytomegalovirus (CMV) Retinitis แพทย์จึงส่ง ปรึกษาจักษุแพทย์ รพ.ศรีสะเกษ เพื่อตรวจตา ผลการตรวจพบว่า ปกติ ไม่พบโรค CMV Retinitis และหยุดการ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	- ยาต้านไวรัส (Combivir + EFV) - ยารักษาวัณโรค (PAS + Ethionamide + Cycloserine + Kanamycin) - Vitamin B1-6-12 1 tab. ๑ hs. - เปลี่ยนยาป้องกันโรคฉวยโอกาส เป็น Fluconazole 200 mg. 2 tab. ๑ OD
วันที่ 29 ธันวาคม 2559	อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่ปวด ศีรษะ ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์อนุญาต ให้กลับบ้านได้ และนัดมาตรวจ ซ้ำอีก 2 สัปดาห์	แพทย์ให้ยารักษาต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้ - ยาต้านไวรัส (Combivir + EFV) - ยารักษาวัณโรค (PAS + Ethionamide + Cycloserine + Kanamycin) โดยยาฉีด Kanamycin ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน - Vitamin B1-6-12 1 tab. ๑ hs.

ตารางที่ 3 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
1. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการ แลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง	1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน จากระดับ O ₂ sat. Monitor Keep > 95% อัตราและลักษณะ การหายใจอาการหอบเหนื่อย การตรวจสภาพสีผิว ปลายมือ ปลายเท้า ความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ทุก 2 – 4 ชั่วโมง ตามสภาพผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึง และรายงานแพทย์ทราบทันที เมื่อพบภาวะผิดปกติ	1. ผู้ป่วยยังมีการเหนื่อยอยู่บ้าง อาการหายใจหอบเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 22-26 ครั้ง/นาที 2. ผู้ป่วยมีอาการไอเล็กน้อย สามารถขับเสมหะออกได้เอง มากขึ้น ไม่เจ็บหน้าอก 3. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการ แสดงของการขาดออกซิเจน เช่น ปากและหน้าเขียว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว
ข้อสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย หอบ 30 ครั้ง/นาที O ₂ Sat. 92% Room Air 2. ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray) พบ infiltration both lung		

ตารางที่ 3 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
3. ผลตรวจเสมหะย้อมเชื้อพบว่า Sputum AFB 3+ และผลการส่งตรวจเพาะเชื้อเสมหะพบว่า เพาะเชื้อขึ้นได้ และการทดสอบความไวต่อยา พบมีการดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin 4. Hematocrit 27.4%, Hemoglobin 7.8 g/dl	2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดได้ยืดขยายได้เต็มที่ ให้อากาศจากภายนอกเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธี และมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้เพิ่มขึ้น โดยการนั่งโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย สูดลมหายใจเข้าให้เต็มที่ กลั้นหายใจเล็กน้อย และไอติด ๆ กัน 2-3 ครั้ง ขณะที่ไอให้ปิดปากและจมูก เพื่อขับเสมหะออกให้หมด 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 5. ติดตามผล Lab Hematocrit, Hemoglobin และ Chest X-Ray เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย และ Chest X-ray เป็นการประเมินความก้าวหน้าของการรักษา ซึ่งอาจพบฝ้าขาวในปอดลดลงหรือเพิ่มขึ้น	4. วัดระดับค่า O₂ Sat. 95-98% Hematocrit 35%, Hemoglobin 10.6 g/dl
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น จากการติดเชื้อวัณโรคคอตีบ และอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ	1. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยก กรณีไม่มีห้องแยกจัดระยะห่างระหว่างเตียงให้เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมบรรยากาศให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก 2. ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตการไอ ลักษณะของเสมหะ ฟังปอดเพื่อประเมินสภาพ	1. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการดูแล การรับประทานยา การป้องกัน และการแพร่กระจายเชื้อได้ 2. ผลการตรวจเสมหะ เมื่อรักษาครบ ไม่พบเชื้อวัณโรค 3. ผู้ป่วยได้รับยาวัณโรค และยาต้านไวรัส ครบถ้วน ตรงตามเวลา
ข้อสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อวัณโรคคอตีบหลายขนาน และผลตรวจเสมหะพบเชื้อ AFB 3+		

ตารางที่ 3 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
2. ผู้ป่วยไอนาน ๆ ครั้ง มีเสมหะ	3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และผลของการขาดยาทำให้แพร่เชื้อไปสู่ผู้ดูแลและผู้ใกล้ชิด 4. ให้ความรู้ และคำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ 4.1 สอนผู้ป่วยให้ปิดปากเวลาไอหรือจามทุกครั้ง และบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่จัดไว้ให้ 4.2 ผูกผ้าปิดปาก ปิดจมูกเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย และญาติที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วย 4.3 ให้คำแนะนำแก่ญาติในเรื่องการกำจัดการเสมหะ รวมทั้งการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วย 5. แนะนำญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดูแล ทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องใช้ และนำเครื่องนอนของผู้ป่วยออกผึ่งแดดทุกวัน จำกัดผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	
3. ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบายจากการเกิดอาการข้างเคียง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยารักษาวัณโรค และยาต้านไวรัส	1. อธิบายเหตุผลและความสำคัญของการใช้ยา ระยะเวลาที่ให้ยา ผลข้างเคียงของยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 2. ดูแลให้ได้รับยา และสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง สังเกต และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาจเกิดอาการข้างเคียงของยา	1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยารักษาวัณโรค และยาต้านไวรัส 2. ผลการตรวจเลือด การทำงานของตับและไตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อสนับสนุน 1. ผู้ป่วยรับประทานยาค่อนข้างมาก ทั้งยารักษาวัณโรค และยาต้านไวรัส 2. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะรับประทานยา		

ตารางที่ 3 แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและแผนการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
3. ผลการตรวจเลือดหลังได้รับยา 7 วัน ALT 116 U/L, AST 143 U/L	4. สังเกตอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องเสีย โลหิตจาง มีผื่นขึ้น มีพิษต่อไต หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันเพิ่มขึ้น เป็นต้น 5. ติดตามผลเลือด และรายงานแพทย์ เมื่อผลเลือดผิดปกติ	
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และสารอาหารในร่างกาย	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหาร ตามแผนการรักษาดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 5% D/N/2 1,000 mL (V) rate 80 mL / hr 2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น electrolyte เพื่อประเมินภาวะสมดุลสารน้ำและโซเดียม 3. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน ที่รับประทานง่าย รสไม่จัด สะดวก และรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง จัดอาหารเสริมประเภทนม เพื่อชดเชยอาหารมื้อหลัก กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อขับของเสียออกจากร่างกาย พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าอาหารครบ 5 หมู่ แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำไปปฏิบัติต่อบ้าน 4. ดูแลความสะอาดของช่องปากอยู่เสมอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบ้วนปากก่อน และหลังอาหารทุกครั้ง และก่อนนอน เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก	1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้มากขึ้น ไม่มีอาการอาเจียนจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้ 2. ผลการตรวจ Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ Sodium 141 mEq/L, Potassium 4.3 mEq/L (22/12/2559)
ข้อสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 38 kg. BMI = 17.96 kg/m ² 2. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง		

ตารางที่ 3 แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและแผนการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
	5. ประเมินการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย จากการรับประทานอาหาร, จาก BMI และจากการประเมินของนักโภชนาการ ประเมินผลแล้ว ควรจัดอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และอาหารที่มีแคลอรีสูง รวมทั้งวิตามิน เกลือแร่ จากผักและผลไม้ให้รับประทาน	
5. ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีความวิตกกังวล จากการวินิจฉัยโรคต่อการดำรงชีวิต การขาดความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ วิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวต่อเรื่องที่บ้าน	1. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ระยะเวลาในการรับประทานยารักษาวัณโรค และยาต้านไวรัส การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 3. ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q วางแผนและแก้ไขปัญหาคู่ควบกับผู้ป่วย 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยและญาติได้ทำกิจกรรมร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค การติดต่อ การป้องกัน และวิธีการรักษาของแพทย์ เพื่อลดความกลัว และ	1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ความวิตกกังวลน้อยลง พูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงและญาติด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม 2. ผู้ป่วยสนใจ ซักถาม และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน วางแผนแก้ไขปัญหาคู่ควบได้ บอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้มากขึ้น และจากการสังเกตสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
ข้อสนับสนุน		
1. ผู้ป่วยเคยเป็นวัณโรค และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดวัณโรคที่มีเชื้อดื้อยา		
2. ผู้ป่วยต้องกินยารักษาหลายตัว ทั้งยาต้านไวรัส และยารักษาวัณโรค		
3. มีอาการแสดงของภาวะ นอนไม่หลับ และสอบถามว่าจะจะเป็นอะไรรุนแรงหรือไม่ ต้องพักรักษาตัวอีกนานเท่าไร		

ตารางที่ 3 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
	ความวิตกกังวล สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้ 6. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่เชื้อ และการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์ 7. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน โดยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ 8. ส่งเสริมประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรคคนอื่นที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์ มีการยอมรับภาวะเจ็บป่วย และเผชิญต่อปัญหาได้ดี เพื่อเสริมพลังให้เกิดกำลังใจ 9. ช่วยเหลือแนะนำแหล่งสนับสนุนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้ เช่น สิทธิในการรักษา	
6. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ข้อสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมี ความดันโลหิต 150/100 mmHg และปฏิเสธการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2. ผู้ป่วยรับยาต้านเอชไอวีเป็นระยะเวลานาน	1. ประเมินและติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เพื่อประเมินความรุนแรงร่วมกับการหาสาเหตุของการเกิด เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม 2. ประเมินและแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย พุดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง	1. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 139/87 mmHg 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน

ตารางที่ 3 แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและแผนการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
	3. ดูแลแนะนำให้ได้รับยา Amlodipine และ Enalapril ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง และ การสังเกตภาวะข้างเคียงของ การรับประทานยา	
	4. แนะนำเรื่องการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม ลดอาหารเค็ม และลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารที่มีเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว และพวกทอด ผัด น้ำมัน เพราะ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้	

การติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังจากกลับบ้าน

ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ประเมินสภาวะทางด้านจิตใจ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต 2Q, 9Q พบว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ให้การปรึกษาปรับแนวคิดเชิงบวกให้กับผู้ป่วย มีการเสริมพลังและส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคดื้อยาหลายขนานนั้น พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะ ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษา ทักษะความสามารถในการพยาบาลได้อย่างถูกวิธี ทักษะการประเมินและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากการคุกคามของโรค ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือการเกิดโรคซ้ำ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ

ไวรัสโรคดื้อยาหลายขนานร่วมด้วยจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษา และการรักษาก็มีความยุ่งยากกว่าการรักษาโรคปกติใช้เวลารักษานาน ต้นทุนค่ารักษาสูง และมีโอกาสที่ผลการรักษาจะล้มเหลวสูง เนื่องจากมีผลข้างเคียงของยารักษาโรคและยาต้านไวรัส โดยการประเมินสภาพผู้ป่วยจะต้องครอบคลุมลักษณะปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อนำข้อมูลการประเมินที่ได้มาวางแผนแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่เริ่มการรักษา ขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักรักษาตัวที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้าน พยาบาลจะต้องมีการฝึกทักษะการประเมินสภาวะผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องให้กับญาติ อันจะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรค และสามารถช่วยให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น อันจะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตที่อาจจะส่งผลให้เสียชีวิต มีการเตรียมตัวและการดูแลผู้ป่วยก่อนออกจาก

โรงพยาบาล และการรักษาตัวที่บ้านอย่างถูกต้อง การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อผู้ป่วย และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่คนในครอบครัว มีการวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการประสานงานกับทีมสุขภาพในชุมชนและทีมสหวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลในการช่วยเหลือหรือการขอคำปรึกษาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ วิธีการรักษา การรับประทานยาที่ถูกต้อง และประเมินอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจ ยอมรับ และมีการเฝ้าระวังร่วมกันกับทีมพยาบาล มีการเฝ้าระวังประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) ความเครียดวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องโดยญาติ และหากผู้ป่วยอาการผิดปกติ สามารถประสานเจ้าหน้าที่ เพื่อการลงเยี่ยมบ้าน และประเมินการฆ่าตัวตาย (9Q) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทีมพยาบาลจากโรงพยาบาล การสอนเทคนิคการปรับตัวต่อความเครียดและความวิตกกังวล การสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองในการป้องกัน และจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากภาวะโรคและยาที่ใช้ในการรักษา การป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อสู่คนในครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตนเองไร้คุณค่า หรือเป็นภาระครอบครัว และมีกำลังใจในการสู้กับโรคร้าย และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติได้

การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วม คือ วัณโรค ต้อตาหลายขนาน เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลานาน บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ทักษะ และสามารถปฏิบัติการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด อย่างครอบคลุม ทั้งถึง เท่าเทียม มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา เพื่อบรรเทาอาการ

เจ็บป่วยและลดความรุนแรง ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย สามารถวางแผนการดูแลที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ และสอดคล้องกับสภาพปัญหา โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการคุ้มครองถึงสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในตนเองสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข^(6,7) นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการยอมรับในสภาพของการเจ็บป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้น ผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และสามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น^(8,9) และอีกหนึ่งองค์ประกอบของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย นั่นคือ การวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินผลสุขภาพผู้ป่วย ผลการรักษา และการจัดการสภาพแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้ป่วยให้เหมาะสม ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อความต่อเนื่อง และการประสานงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลจะต้องมีการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ครอบคลุมตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค^(3, 10) ดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะในการให้บริการนอกจากจะเน้นไปทางด้านทำให้ความรู้แล้ว ควรมีการเสริมพลังสร้างสุขภาพ Health Empowerment ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว และความ

วิตกกังวลลง สามารถให้ความร่วมมือระหว่างกระบวนการรักษาพยาบาล อันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. โรคเอดส์และวัณโรคมีโอกาสนี้แพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นได้ หากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการปฏิบัติตัวและความตระหนักเรื่องการกินยาของผู้ป่วยที่ต้องกินอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ควรมีความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

3. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

4. มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินสภาพปัญหาให้ครบถ้วน ให้คำแนะนำและการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงจะช่วยแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับผู้ป่วยได้โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

5. จัดทำเอกสารหรือประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์ เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและทัศนคติต่อโรคเอดส์ รู้จักการดูแลสุขภาพ และแก้ไขปัญหาล่วงหน้า ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์ และการเข้าสู่ระบบบริการ

6. ทีมงานผู้ให้การดูแลผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูวิชาการ และการศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ และจัดให้มีการทบทวนกิจกรรมพยาบาลให้มีความชำนาญ และเปลี่ยนแปลงในทางที่สามารถพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลให้ดีขึ้น เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization. 2017. Retrieved April 5, 2018 from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-eng.pdf>.
2. World Health Organization. Multidrug and Extensively Drug-Resistant TB (M/XDR-TB): 2010 Global Report on Surveillance and Response. Geneva: World Health Organization, 2010. Retrieved April 5, 2018 from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf.
3. Sotgiu G, Centis R, D'Ambrosio L, Alffenaar JW, Anger HA, Caminero JA, et al. Efficacy, safety, and tolerability of linezolid containing regimens in treating MDR-TB and XDR-TB: systematic review and meta-analysis. *Eura Respir J* 2012; 40: 1430-42.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรค 10 พฤศจิกายน 2560. 2560.
5. ปราชญ์ บุญยงค์วิโรจน์. สถานการณ์ของวัณโรคไทยและแนวทางแก้ไข. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 2554; 1: 232-5.
6. พร้อมจิตร์ ท่อนบุญเหิม. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวคิดและการประยุกต์. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553.
7. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2558.
8. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ, ชุมพูนุช โสภาราจารย์, ปรีศ กิตติธระศักดิ์. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.
9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2560.
10. ศูนย์บริหารจัดการโรคเอดส์ สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ. คู่มือบริหารจัดการการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในระบบ UC ปี 2550-2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์จำกัด. 2550.

ความชุกของโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ ในผู้ป่วยหญิงที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ 2554 - 2558

งามตา ราชกรม*, เบญจวรรณ ระลึก*, จุฑารัตน์ นามปา*

Abstract

Prevalence of Genital Wart in Female Patients at Bangrak STI Section, Fiscal Year 2011 – 2015

Ngamta Rajakrom*, Benjawan Raluek*, Jutarat Nampa*

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

This study is a case review from the registration database among female cases receiving service at the Bangrak STI section during fiscal year 2011-2015. The objective is to analyze prevalence rate of female cases with genital wart or condyloma acuminata, its frequency on important factors such as condom used behavior and location of the lesions.

It was revealed that, out of 3,722 female cases in the registration database, 484 were patients with genital wart or condyloma acuminata cases, giving a prevalence rate of 13.0%. Most patients (94.9%) were between 15 - 44 years old. Majority (69.0%) were non-commercial sex worker (non-CSW). Among commercial sex worker group, 53.3% used condom while having sex, and among non-CSW, condom use was 17.4%. Of 264 cases, 256 (96.9%) had more than 1 sexual partners at the same period of 3 month time. In average, there were 2.98 lesions in each patient and three most common lesion locations were right labia minora (27.1%), posterior fourchette (24.5%) and left labia minora (16.8%).

Findings from this study help increase awareness among health personnel to provide education for STIs clients and general public to get a better understanding to prevent STIs and genital warts. Condom used is still promoted as it can prevent 50-70 % of genital warts, however; multiple sex partners during the same time should be avoided. Data from this study also supports the decision to provide human papillomavirus vaccination among young female population.

Keywords: wart, risk behavior

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทบทวนย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงปีงบประมาณ 2554 - 2558 เพื่อวิเคราะห์อัตราความชุก การกระจายของปัจจัยที่สำคัญทางด้านพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัย และตำแหน่งที่พบรอยโรคในผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ

ผลการศึกษาพบว่า จากจำนวนผู้ป่วยหญิงทั้งหมด 3,722 ราย พบผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ 484 ราย คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 13.0 ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 94.9) มีอายุอยู่ระหว่าง 15 - 44 ปี และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.0) ไม่ใช่กลุ่มพนักงานบริการ ผู้ป่วยที่มีอาชีพในกลุ่มพนักงานบริการมีประวัติการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 53.3 และกลุ่มที่ไม่ใช่พนักงานบริการมีประวัติการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 17.4 ผู้ป่วย 256 ราย จาก 264 ราย (ร้อยละ 96.9) มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน ในระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยมีรอยโรคเฉลี่ยรายละ 2.98 รอยโรค ตำแหน่งที่พบรอยโรคมากที่สุดตามลำดับ 3 ตำแหน่ง ได้แก่ right labia minora ร้อยละ 27.1 posterior fourchette ร้อยละ 24.5 และ left labia minora ร้อยละ 16.8

ข้อมูลจากการศึกษานี้จะช่วยให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีความตระหนักมากขึ้นที่จะทำให้ผู้รับบริการและผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงประชาชนทั่วไปให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องการป้องกันและมีพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคหูดหงอนไก่ โดยอุ้งยางอนามัย มีส่วนป้องกันการติดเชื้อหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศได้ร้อยละ 50 - 70 นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน ผลจากการศึกษายังเป็นข้อมูลสนับสนุนในการตัดสินใจให้บริการวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาแก่เยาวชนหญิงอีกด้วย

คำสำคัญ: หูดหงอนไก่, พฤติกรรมเสี่ยง

บทนำ

โรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ (Genital wart หรือ Condyloma acuminata) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^(1,2) และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^(3,4,5) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคหูดหงอนไก่ของสำนักกระบาดวิทยา ในปีงบประมาณ 2556 พบผู้ป่วย 2,440 ราย จาก 72 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 3.84 ต่อแสนประชากร โดยพบการติดเชื้อในเพศหญิงมากกว่าเพศชายด้วยสัดส่วนเพศหญิง : เพศชาย เท่ากับ 2.31 : 1 และในปีงบประมาณ 2557 พบผู้ป่วย 3,154 ราย จาก 75 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 4.89 ต่อแสนประชากร โดยพบการติดเชื้อในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นกัน สัดส่วนเพศหญิง : เพศชาย เท่ากับ 1.99 : 1.34 โรคหูดหงอนไก่อมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human papillomavirus: HPV)^(6,7) ซึ่งเป็นไวรัสชนิดหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดโรคในคน ในปัจจุบันพบ HPV มากกว่า 100 สายพันธุ์⁽⁸⁾ โดยสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศเป็นส่วนมาก คือ สายพันธุ์ที่ 6 และ 11⁽⁹⁾ ส่วนสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้แก่ สายพันธุ์ที่ 16 และ 18⁽¹⁰⁾ HPV ยังแบ่งออกเป็น 2 ชนิด⁽¹¹⁾ คือ

1) ชนิดความเสี่ยงสูง หรือชนิดก่อมะเร็ง (High Risk HPV) HPV สายพันธุ์นี้ก่อให้เกิดมะเร็งบริเวณ anogenital ได้แก่ HPV สายพันธุ์ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 และ 82 โดยสายพันธุ์ที่พบว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ สายพันธุ์ 16 และรองลงมา คือ สายพันธุ์ 18

2) ชนิดความเสี่ยงต่ำ (Low Risk HPV) HPV สายพันธุ์ต่าง ๆ ในกลุ่มนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกในระดับต่ำ ส่วนมากพบว่ก่อให้เกิดโรคหูดหงอนไก่บริเวณ anogenital ได้แก่ HPV สายพันธุ์ 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72,

73 และ 81 สายพันธุ์ที่พบบ่อย คือ สายพันธุ์ 6 และสายพันธุ์ 11

โรคหูดหงอนไก่ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่งที่มีช่องทางการติดต่อหรือการแพร่ของโรคคล้ายกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น ๆ แต่เชื้อ HPV สามารถติดต่อกันได้โดยการสัมผัสของผิวหนังกับผิวหนังบริเวณที่มีเชื้ออยู่โดยตรง

กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ให้บริการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา ตลอดจนให้บริการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และมีผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศมารับบริการตรวจรักษาเป็นจำนวนมาก การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HPV จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการติดเชื้อ HPV เป็นสาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่อจำนวนหนึ่งที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ ดังนั้น การศึกษาเพื่อวิเคราะห์หาความชุก และการกระจายของปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการให้ความรู้และความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรคหูดหงอนไก่ จึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสมในกลุ่มประชากรเป้าหมายได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศในผู้ป่วยหญิง ตลอดจนการกระจายของปัจจัยที่สำคัญต่าง ๆ ได้แก่ ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

และตำแหน่งที่พบรอยโรคที่อวัยวะเพศ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ ที่มารับบริการตรวจรักษาที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาทบทวนแบบย้อนหลัง (Cases Review) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้รับบริการหญิงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกหญิง กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ การศึกษาดำเนินการโดยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนในช่วงปีงบประมาณ 2554 – 2558 กำหนดตัวแปรที่จะศึกษาข้อมูลที่มีอยู่แล้วในฐานข้อมูล ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อายุ อาชีพ ประวัติการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคหูดหงอนไก่ และตำแหน่งที่ตรวจพบรอยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความชุกและอัตราความชุกของโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศในผู้ป่วยหญิง โดยวิเคราะห์เป็นภาพรวมระยะ 5 ปี และยังได้วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลตัวแปรที่จัดเก็บ ได้แก่ ช่วงอายุ กลุ่มอาชีพ โดยจำแนกเป็นกลุ่มพนักงานบริการ และไม่ใช่พนักงานบริการ ประวัติการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มอาชีพ ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงตามลักษณะคู่นอนเพศสัมพันธ์ใหม่ หรือมีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนในช่วงเวลาเดียวกันในระยะ 3 เดือน และยังได้วิเคราะห์การกระจายของตำแหน่งรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่ตรวจพบรอยโรคหูดหงอนไกด้วย

การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วินิจฉัยจากอาการแสดงที่ตรวจพบทางคลินิก โดยจะตรวจพบตุ่มนูนยื่นออกมาบริเวณอวัยวะเพศภายนอก ผิวหนังรอบทวาร ฝีเย็บ หรือขาหนีบ โดยผู้ป่วยอาจมีอาการปวด คัน หรือไม่มีอาการก็ได้ ลักษณะของหูด

อาจเป็นตุ่มเดี่ยวหรือเป็นหลาย ๆ ตุ่มเกาะกันเป็นกลุ่มคล้ายกับหงอนไก่ ถ้าหากมีขนาดใหญ่มาก ๆ จะมีลักษณะคล้ายกับดอกกะหล่ำ หูดอวัยวะเพศอาจมีสีชมพูหรือเหมือนสีผิวปกติ การตรวจจะตรวจตำแหน่งซึ่งมักพบรอยโรค ได้แก่ ตำแหน่งที่ปกคลุมด้วยเยื่อผิวหนังชนิด squamous เช่น บริเวณแคม คลิตอริส ปากช่องคลอด ผังช่องคลอด รวมถึงบริเวณส่วนลึกของอวัยวะเพศ เช่น ในท่อน้ำปัสสาวะภายในช่องคลอด ปากมดลูก ทวารหนัก นอกจากนี้เนื่องจากโรคยังสามารถเกิดขึ้นได้ที่บริเวณเยื่อตา โพรงจมูก ช่องปาก และกล่องเสียงในทารกแรกคลอดที่ได้รับเชื้อจากช่องคลอดขณะคลอด การตรวจร่างกายจึงตรวจทุกตำแหน่งที่อาจเกิดหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศได้

สำหรับการวินิจฉัยด้วยการตรวจยืนยันโดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา จะพิจารณาทำวิธีนี้ในรายที่รอยโรคมีลักษณะที่ไม่จำเพาะต่อหูด เช่น มีสีเข้ม แฉก ติดแน่นกับเนื้อเยื่อด้านล่าง⁽¹²⁾ ซึ่งในฐานข้อมูลเวชระเบียนที่ทบทวนครั้งนี้ ใช้ผลการวินิจฉัยทางคลินิก เป็นปัจจัยในการวินิจฉัยโรคหูดหงอนไก่ในการศึกษา

ขั้นตอนการศึกษา และการวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้ศึกษาได้ประชุมวางแผนการศึกษา โดยกำหนดเป็นขั้นตอน ได้แก่ การคัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูลของผู้รับบริการตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา ในการดำเนินการคัดลอกข้อมูลนี้ ผู้ดูแลระบบข้อมูลเวชระเบียนเป็นผู้คัดลอกข้อมูลออกมาให้ผู้ศึกษา โดยไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนของผู้มารับบริการ ได้แก่ เลขที่รับบริการ ชื่อ นามสกุล และที่อยู่ของผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้มารับบริการ หลังจากนั้น ผู้ศึกษาสร้างฐานข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อบันทึกข้อมูลและประมวลผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์อัตราความชุก และการกระจายของปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ อายุ กลุ่มอาชีพ และอาชีพในกลุ่มไม่ใช่พนักงานบริการ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์จำแนกตามกลุ่มอาชีพ พฤติกรรมเสี่ยงตาม

ลักษณะคูเพศสัมพันธ์ใหม่หรือมีคูเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนในช่วงเวลาเดียวกันในระยะ 3 เดือน และตำแหน่งที่พบรอยโรคหูดที่อวัยวะเพศ

ผลการศึกษา

จากฐานข้อมูลเวชระเบียน ผู้เข้ารับบริการ การตรวจรักษาที่คลินิกหญิง กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงปีงบประมาณ 2554 – 2558 มีผู้มารับบริการจำนวนทั้งหมด 3,722 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ จำนวน 484 ราย คิดเป็นอัตราความชุกของโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศในผู้รับบริการหญิง เท่ากับร้อยละ 13

สำหรับการกระจายในด้านช่วงอายุ พบว่า ผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ มีอายุตั้งแต่ 14 - 63 ปี อายุเฉลี่ย 27 ปี ดังข้อมูลในตารางที่ 1 ส่วนข้อมูล ที่เกี่ยวกับกลุ่มอาชีพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 69 ไม่ได้เป็นพนักงานบริการในกลุ่มนี้ ประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 45.2 มีอาชีพรับจ้าง รายละเอียดของข้อมูลการกระจายของอาชีพในกลุ่มผู้ป่วย ปรากฏดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศจำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่า 15 ปี	5	1
15 – 24 ปี	194	40.1
25 – 34 ปี	195	40.3
35 – 44 ปี	70	14.5
45 – 54 ปี	16	3.3
55 – 64 ปี	4	0.8
รวม	484	100

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

กลุ่มอาชีพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กลุ่มพนักงานบริการ	150	31
กลุ่มไม่ใช่พนักงานบริการ	334	69
รวม	484	100

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ กลุ่มไม่ใช่พนักงานบริการ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รับจ้าง	151	45.2
เกษตรกร	0	0
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	21	6.3
รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	2.7
นักเรียน / นักศึกษา	98	29.3
แม่บ้าน	36	10.8
อื่น ๆ	19	5.7
รวม	334	100

ในส่วนของประวัติการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ ให้ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 28.5 ไม่ใช่ ร้อยละ 38.0 และใช้บ้างไม่ใช่บ้าง ร้อยละ 33.5 และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามประวัติการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และตามกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มพนักงานบริการ มีประวัติการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 53.3 ส่วนกลุ่มไม่ใช่พนักงานบริการ มีประวัติการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 17.4 ดังข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ จำแนกตามประวัติการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ และกลุ่มอาชีพ

การใช้ ถุงยาง อนามัย	กลุ่ม พนักงาน บริการ (ราย ร้อยละ)	กลุ่มไม่ใช่ พนักงาน บริการ (ราย ร้อยละ)	รวม (ราย ร้อยละ)
ใช้ถุงยาง อนามัย	80 (53.3)	58 (17.4)	138 (28.5)
ไม่ใช่	27 (18.0)	157 (47.0)	184 (38.0)
ใช้บ้าง ไม่ใช้บ้าง	43 (28.7)	119 (35.6)	162 (33.5)
รวม	150 (100)	334 (100)	484 (100)

สำหรับการกระจายของพฤติกรรมเสี่ยงตามลักษณะคู่นอน มีข้อมูลจากผู้ป่วยรวม 264 ราย โดยพบว่า ในผู้ป่วยที่มีข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่า มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน (3 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 96.9 และมีผู้ป่วย 7 ราย หรือร้อยละ 2.7 ที่แจ้งว่าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ดังข้อมูลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยงตามลักษณะคู่นอน

พฤติกรรมเสี่ยงตาม ลักษณะคู่นอน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่	1	0.4
มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ในช่วงเวลาเดียวกันในระยะ 3 เดือน	256	96.9
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	7	2.7
รวม	264	100

ในส่วนของการวิเคราะห์ตำแหน่งที่ตรวจพบรอยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีรอยโรคมากกว่า 1 ตำแหน่ง สามารถรวบรวมจำนวนรอยโรครวมทั้งหมดที่มีบันทึกไว้ได้ 1,446 รอยโรค ผู้ป่วยมีรอยโรคเฉลี่ยรายละ 2.98 รอยโรค รอยโรคที่พบกระจายอยู่ในหลายตำแหน่ง และตำแหน่งที่พบรอยโรคได้มากที่สุดตามลำดับ 3 ตำแหน่ง ได้แก่ right labia minora ร้อยละ 27.1 posterior fourchette ร้อยละ 24.5 และ left labia minora ร้อยละ 16.8 ดังข้อมูลในตารางที่ 6

ตำแหน่งที่ตรวจพบรอยโรค	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
left labia minora	243	16.8
right labia minora	392	27.1
left labia majora	111	7.7
right labia majora	93	6.4
mons pubis	20	1.4
urethra	68	4.7
clitoris	21	1.5
posterior fourchette	354	24.5
perineum	117	8.1
rectum	27	1.9
รวม	1,446	100

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบความชุกของผู้ป่วยหญิงโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศในผู้มารับบริการหญิงที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะ 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2554 - 2558 เท่ากับ 484 ราย จากผู้มารับบริการตรวจรักษารวม 3,722 ราย คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 13.0 ผู้ป่วยที่พบส่วนมากหรือร้อยละ 94.9 มีอายุในช่วงวัยรุ่นและ

อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และยังพบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพในกลุ่มพนักงานบริการ ซึ่งหมายถึงพนักงานบริการทางเพศ มีเพียงร้อยละ 31.0 โดยที่ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 69.0 เป็นกลุ่มไม่ใช่พนักงานบริการทางเพศในกลุ่มที่ไม่ใช่พนักงานบริการทางเพศนี้ประกอบอาชีพแตกต่างกัน พบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศสามารถเกิดขึ้นได้กับเยาวชน และผู้ที่ประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้หลากหลาย

แม้ว่าการศึกษานี้จะมีข้อจำกัดที่เป็นการศึกษาความชุกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการเฉพาะที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพียงแห่งเดียวเท่านั้น และรูปแบบของการศึกษาไม่ได้ออกแบบมาเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศโดยตรง แต่ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นถึงอัตราความชุกที่พบโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศในผู้ป่วยหญิงได้มากพอสมควร และยังทำให้ทราบถึงการกระจายตามอายุกลุ่มอาชีพ และอาชีพต่าง ๆ รวมถึงตำแหน่งรอยโรคที่พบได้บ่อย นอกจากนี้ ยังชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของปัจจัยเสี่ยงในด้านพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดเชื้อและป่วยเป็นโรคหูดหงอนไก่ในผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งได้แก่การมีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน ปัจจัยด้านพฤติกรรมปัจจัยนี้ มีส่วนเสริมให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อพิสูจน์ถึงปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับคู่นอนเพศสัมพันธ์นี้เพิ่มเติมต่อไป

สำหรับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยนั้น ผลการศึกษานี้ได้ยืนยันองค์ความรู้และผลการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ซึ่งพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยไม่ได้ช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศได้ทั้งหมด เพราะเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้อาจสามารถติดต่อกันได้โดยผิวหนังที่มีเชื้ออยู่มีการสัมผัสกัน ดังนั้น ผู้ติดเชื้อทั้งผู้หญิงและผู้ชายสามารถแพร่เชื้อให้กับคู่นอนเพศสัมพันธ์ได้แม้ว่าจะสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพราะมีส่วนของผิวหนัง ที่มีเชื้อ HPV และอยู่นอกเหนือ

การปกคลุมของถุงยางอนามัย เมื่อสัมผัสกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ก็สามารถแพร่เชื้อให้กันได้ ข้อมูลตำแหน่งรอยโรคที่พบในการศึกษานี้ช่วยยืนยันถึงการตรวจพบรอยโรคที่อยู่ในตำแหน่งที่มีการสัมผัสกันได้ระหว่างคู่นอนเพศสัมพันธ์ เช่น ที่ labia majora, mons pubis และ perineum เป็นต้น

นอกจากนี้โรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศสามารถกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 20 – 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด แม้ว่าจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้วก็ตาม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยและการลุกลามของโรค โดยพบว่าการกลับเป็นซ้ำในช่วงเวลา 2 – 3 เดือนหลังการรักษา เนื่องจากการรักษาทุกวิธีกำจัดได้เฉพาะรอยโรคหรือตุ่มเท่านั้น แต่ไม่สามารถกำจัดเซลล์ที่ติดเชื้อ HPV ออกไปได้ทั้งหมด ทำให้ผู้ที่เคยติดเชื้อแม้ว่าจะไม่มีรอยโรคแล้ว ก็ยังสามารถแพร่เชื้อให้กับคู่นอนเพศสัมพันธ์ได้ และสามารถเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ในตนเองอีกด้วย⁽¹²⁾

ข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้จากการศึกษานี้ ยังแสดงให้เห็นถึงประวัติของผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ใช่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ พบในผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มพนักงานบริการ มากกว่าในกลุ่มพนักงานบริการ ซึ่งพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ไม่มากนัก อาจเกิดจากกลุ่มที่ไม่ใช่พนักงานบริการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก และคิดว่ามีความปลอดภัย หรือเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยแสดงถึงความไม่วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการไม่ใช่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ รวมถึงโรคหูดที่อวัยวะเพศด้วย จึงควรมีการรณรงค์ให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

แพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ให้ความรู้ สามารถให้ความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศแก่ผู้มารับบริการ และผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ โดยส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง แม้จะไม่สามารถป้องกัน

การติดเชื้อโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศได้ทั้งหมด แต่การใช้ถุงยางอนามัยก็ยังช่วยป้องกันเชื้อ HPV ได้ร้อยละ 50 – 70 และด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้มารับบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงประชาชนทั่วไป ควรพิจารณาในพฤติกรรมเสี่ยง ที่เกี่ยวกับคู่นอนเพศสัมพันธ์ โดยลดจำนวนคู่นอนเพศสัมพันธ์ ในช่วงเวลาเดียวกัน

การให้วัคซีน HPV ก็เป็นการป้องกันการติดเชื้อ ได้อีกวิธีหนึ่ง ในปัจจุบันมีการนำวัคซีนที่สามารถ ป้องกันการติดเชื้อ HPV 2 สายพันธุ์ และ 4 สายพันธุ์ มาให้บริการแก่เยาวชนหญิงอายุ 11-12 ปี⁽¹³⁾ แล้ว จึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์และ ความชุกของโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศในผู้ป่วยหญิง

ลงได้บ้าง และช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก ลงได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้เนื่องจากได้รับความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากหลายฝ่าย ขอขอบคุณผู้รับบริการทุกท่านในเรื่องของข้อมูล ที่นำมาศึกษา ขอขอบคุณ นายศักดิ์ชัย เจียรอุฬากุล โปรแกรมเมอร์ ผู้ดูแลระบบฐานข้อมูล ที่ช่วยดึง ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา และสุดท้ายขอขอบพระคุณ อาจารย์ผู้ตรวจสอบ การเขียนรายงานการศึกษาวิจัย ครั้งนี้เป็นอย่างสูง ที่ช่วยกรุณาตรวจสอบ แก่ไขจน การเขียนงานศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Chang GJ, Welton ML. Human Papillomavirus, Condylomata Acuminata, and Anal Neoplasia [Internet]. Clinics in Colon and Rectal Surgery. Thieme Medical Publishers; 2004 [cited 2018 Mar 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780052/>
2. Human Papillomavirus (HPV) Fact Sheet [Internet]. [cited 2015 Oct 03]; Available from: <http://www.hhs.gov/opa/pdfs/hpv-fact-sheet.pdf>
3. สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 Condyloma acuminata [อินเทอร์เน็ต]. สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข; 2556 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1/ds_wk2pdf.php?ds=80&yr=56
4. สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 Condyloma acuminata [อินเทอร์เน็ต]. สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1/ds_wk2pdf.php?ds=80&yr=57
5. เจนจิต ฉายะจินดา. หูดหงอนไก่...ไม่ถึงตายแต่ทำลายความมั่นใจ (ตอนที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; [สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article-detail.asp?id=951>
6. จตุพล ศรีสมบูรณ์. มะเร็งปากมดลูก: Cervical Cancer [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 ก.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=376:cervical-cancer&catid=40&Itemid=482
7. Condyloma Acuminatum [Internet]. DermIS – Condyloma Acuminatum (information on the diagnosis). [cited 2018 Mar 30]. Available from: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/14295/diagnose.htm>
8. พันิดา จันทโสภีพันธ์ และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV และมะเร็งปากมดลูกของนักศึกษาหญิง: ข้อเสนอแนะต่อการสอนเพศศึกษาและนโยบายสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554 [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/viewFile/2725/2426>
9. ความรู้เรื่อง HPV วัคซีน HPV [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://thai-cancer.blogspot.com/>
10. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; [cited 2018 Mar 30]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
11. ภัทรภูมิ โพธิพงษ์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=147>
12. ปวีณา พังสุวรรณ. หูดอวัยวะเพศ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=1311:anogenital-wart&catid=45&Itemid=561
13. ชลธิรัตน์ ศรีเกษตรสรากุล. หูดหงอนไก่ หูดอวัยวะเพศ (Condylomaacuminata) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://haamor.com/th/หูดหงอนไก่/>

ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันต่อความรู้ ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ โรคเอดส์ ของพนักงานบริการหญิงเมียนมา ปี พ.ศ. 2558

โสภิตา ตันธนาธิป*, นงศ์ลักษณ์ สมจิตต์*, ภูมอกษ์ อัมพาวา*

Abstract

Effects of Giving Information by Animation to Knowledge of Preventive Practice for Sexually Transmitted Diseases and AIDS of The Myanmar Female Sex Workers in 2015

Sopista Tuntanatip, Nongluck Somjitt*, Phoomok Ampawa**

*Office of Disease Prevention and Control 12, Songkhla

Sexually Transmitted Diseases (STD) and AIDS is a risk that affects both Thai and foreign female sex workers, especially Myanmar sex workers who are lack of knowledge, and communication between health personnel. Therefore, STD could found 76.67% among Myanmar sex workers. Currently, animation is media applied globally to provide information because this media is easy to understand information from picture and sound. Therefore, the objective of this study is identify to effect of using animation as title "You should know" for sex-health education for Myanmar female sex-workers who lived in Hatyai, Songkhal province between August to October 2015.

Subjects of this study were Myanmar female sex-workers who were older than 18 years. Subject were educated with animation and were tested sex-health knowledge before and after watching animation. Moreover, subjects evaluated the satisfaction the animation by questionnaire that were evaluated from specialist. The questionnaire has 0.8 Cronbach's alpha. Descriptive and paired t-test were used for stratification analysis.

In the results, there were 29 subjects. Mean of age was 37 years with ± 5.95 standard deviation (SD). Most of them were 79.3% not educated while elementary and high school were 10.3%. Average score before media watching were 4.86 ± 1.52 . Average score after media watching were 8.93 ± 0.88 . As the result, the score increased significantly at a level less than 0.001 and paired's t-test was -12.97. The overall average of satisfaction level to this animated media is 4.65 ± 0.47 . Moreover, this animation to apply in general practice of health personnel in 19 offices, 7 provinces of southern Thailand. The overall average of satisfaction level of public health worker to this animation was 4.31 ± 0.67 . Moreover, this media can use in daily practice.

This study shows that effect of education by animation. As a result, participants have increased knowledge of STD prevention. Moreover, health personnel satisfied this animation to education in general practice.

Keywords: Animation, Myanmar sex workers, Sexually Transmitted Diseases (STD), AIDS

บทคัดย่อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มพนักงานบริการหญิงทั้งชาวไทยและต่างด้าว โดยเฉพาะพนักงานบริการเชื้อสายเมียนมา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อัตราการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบได้ร้อยละ 76.67 ในพนักงานบริการเชื้อสายเมียนมา ในปัจจุบันสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง

เนื่องจากมีความง่ายต่อความเข้าใจจากการใช้ภาพและเสียงเป็นสื่อ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ ต้องการทราบถึงผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่อง “อยากบอกเธอ” ต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ของพนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา อายุ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง ได้รับชมสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน จากนั้นทำการทดสอบ และแบบประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน โดยที่แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้วิธี Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.8 แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 29 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.95 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.3 ไม่ได้รับการศึกษา ขณะที่ศึกษาระดับประถมและมัธยมต้น มีสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 10.3 คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนชมสื่อ 4.86 $\pm$ 1.52 ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังชมสื่อ 8.93 $\pm$ 0.88 คะแนน ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.001 และค่าทดสอบ paired t-test เท่ากับ -12.97 นอกจากนี้ความพึงพอใจระดับดี ค่าเฉลี่ยโดยรวมต่อสื่อแอนิเมชันนี้ เท่ากับ 4.65 $\pm$ 0.47 ความพึงพอใจสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน โดยภาพรวมของผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 $\pm$ 0.47 นอกจากนี้ได้นำสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันที่ผลิต นำไปใช้จริงที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 19 แห่ง พบว่า ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 $\pm$ 0.67 และสามารถนำไปใช้ได้จริง

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีผลทำให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขที่นำสื่อไปใช้จริงมีความพึงพอใจ และนำสื่อดังกล่าวไปใช้ให้ข้อมูลในเวชปฏิบัติจริง

คำสำคัญ: แอนิเมชัน, พนักงานบริการเชื้อสายเมียนมา, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, เอดส์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหานำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีมีการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่า 500 ล้านคนทั่วโลก ติดเชื้อ Herpes simplex virus (HSV) 290 ล้านคน ติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) 357 ล้านคน โดยกว่าร้อยละ 25 เกิดจากการติดเชื้อโรค Chlamydia, Gonorrhea, Syphilis และ Trichomoiiasis⁽¹⁾ ในขณะที่ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วโลกที่มีชีวิตอยู่ 36.7 ล้านคน โดยที่ประมาณ 1.8 ล้านคนเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี⁽²⁾ ในส่วนของประเทศไทย จากการศึกษาก่อนของ Asavapiryanont พบว่า ความชุกของ ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับร้อยละ 28.1 โดยเป็น Chlamydial infection ร้อยละ 19.8 Gonococcal infection ร้อยละ 1.7 Hepatitis B ร้อยละ 3.3 Trichomoniasis ร้อยละ 1.1 Herpes simplex ร้อยละ 0.8⁽³⁾ และ Condyloma acuminata ร้อยละ 0.8 นอกจากนี้จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 พบว่า จังหวัดสงขลา เป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของจังหวัด ที่มีอัตรา

ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อแสนประชากร อยู่ที่ร้อยละ 29.47 กลุ่มอาชีพที่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ อาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ ผู้ให้บริการทางเพศ⁽⁴⁾

จังหวัดสงขลา เป็นจังหวัดที่มีบทบาทเป็นศูนย์กลางทางการค้า การคมนาคมขนส่ง มีชื่อเสียงทางด้านการท่องเที่ยวในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งเป็นมูลเหตุจูงใจของผู้หญิง ทั้งหญิงไทยและต่างด้าวที่เดินทางมาเพื่อเข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศ จากการสำรวจผู้เข้ารับบริการหน่วยกามโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อปี 2557 พบว่า ผู้เข้ารับบริการของหน่วยกามโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 เป็นพนักงานบริการหญิง และมีพนักงานบริการหญิง ทั้งตรงและแฝงในเขตอำเภอหาดใหญ่ จำนวน 1,587 คน จากสถานบริการทางเพศ 130 แห่ง และร้อยละ 20 ของผู้รับบริการเป็นผู้หญิง จากประเทศเพื่อนบ้าน คือ เมียนมา กัมพูชา ลาว จีนแผ่นดินใหญ่ พนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมาที่มารับบริการตรวจคัดกรอง และรักษาที่หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีอัตราป่วย

เป็นกามโรคร้อยละ 76.67 และส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽⁵⁾

ข้อจำกัดของการรับบริการด้านสาธารณสุขของพนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา เกิดจากการไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ หรืออาจเกิดการสื่อสารที่ไม่ตรงกันไม่สามารถประเมินความรู้ ความเข้าใจจากบุคลากรได้ ส่งผลให้พนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมาไม่ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง⁽⁶⁾

สื่อวีดิทัศน์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญมากขึ้นทั้งในด้านการเรียนการสอน และการให้ความรู้ต่าง ๆ เนื่องจากใช้เทคนิคภาพเคลื่อนไหวและเสียงจากสื่อทำให้ผู้รับชมง่ายต่อการได้รับข้อมูลและทำความเข้าใจ⁽⁷⁾ สมฤทธิ์ บุญชูดวง ทำการศึกษาถึงทดลองในการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การฝึกหายใจแบบมีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกตัวแบบทั้งตัว พบว่า คะแนนการปฏิบัติการหายใจแบบมีประสิทธิภาพในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001⁽⁸⁾

ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยเห็นว่า สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมต่อการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าใจความรู้การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ให้กับพนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา และสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวสามารถนำไปใช้จริงได้ในสถานบริการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ของพนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ก่อนและหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

2. ศึกษาการใช้ประโยชน์สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันและความพึงพอใจในบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

ขอบเขตการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เก็บข้อมูลจากพนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา ที่คลินิกบริการหน่วยกามโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2558

วัตถุประสงค์รอง เก็บข้อมูลความพึงพอใจจาก บุคลากรทางด้านสาธารณสุขจากสถานบริการสาธารณสุขให้บริการคัดกรอง และตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 19 แห่ง ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ.2559

สมมติฐานของการวิจัย

- สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน เรื่อง “อยากบอกเธอ” ที่ผลิตขึ้น มีผลต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ของพนักงานบริการหญิงเมียนมา จะสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ อย่างถูกต้อง ในกลุ่มเป้าหมาย

- หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับชมสื่อสามารถปฏิบัติตัวป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ได้

- เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ได้

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงทดลอง (Quasi - Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา ที่มารับบริการที่หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2558

วิธีการดำเนินการ

ประชากรตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในวัตถุประสงค์หลัก คือ พนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา ที่ทำงานอยู่ใน

แหล่งบริการทางเพศ ทั้งตรงและแฝงทุกแห่ง ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่ให้ความสมัครใจ ในการให้ข้อมูล จำนวน 29 คน การเก็บข้อมูลทำการ เก็บระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2558 ที่สถานบริการหน่วยกามโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยคณะผู้วิจัย ได้มีกระบวนการขอคำยินยอม โดยทำการแนะนำที่มา และความสำคัญในการศึกษานี้ อธิบายถึงแบบสอบถาม และวิธีตอบแบบสอบถาม จากนั้นมีการลงมือชื่อ ของผู้ที่สมัครใจในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม กรณีที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้ช่วยการ สื่อสารเชื้อสายเมียนมา ที่เข้าใจทั้งภาษาไทย และ ภาษาเมียนมามีส่วนช่วยแปลคำถาม และร่วมตอบ แบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างในวัตถุประสงค์รอง คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข จากสถานบริการ สาธารณสุขให้บริการคัดกรอง และตรวจรักษาโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 19 แห่ง ระหว่าง เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 19 คน โดยคณะผู้วิจัยได้จัดส่งสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันพร้อม แบบสอบถามความพึงพอใจให้กับหน่วยงานดังกล่าว ทำแบบสอบถามหลังชมสื่อ และส่งผลกลับมาทาง คณะผู้วิจัย

การสุ่มตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในการวิจัย มีวิธีดังนี้

1. การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตร การทดสอบแบบ Two Dependent Means ดังสูตร

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

จากการศึกษาของอภิสร่า และอรชร พบค่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.5 และให้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ ยอมรับได้เท่ากับ 0.9⁽¹⁰⁾, ค่า Alpha เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ค่า Z (0.975) = 1.9 และ Beta เท่ากับ 0.2

ค่า Z (0.80) = 0.84 คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 26 คน⁽¹¹⁾

2. ในการเก็บตัวอย่างใช้วิธี เลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของกลุ่ม ที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ สะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล ตามเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์คัดเข้า:

1. พนักงานบริการเชื้อสายเมียนมา เพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. พนักงานบริการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก: พนักงานบริการ เข้าร่วมงานวิจัย ที่ทำแบบวัดความรู้ไม่ครบถ้วนทุกหัวข้อ

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน และแบบทดสอบความรู้ การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ โดยมีขั้นตอนการสร้าง และตรวจสอบ เครื่องมือ ดังนี้

สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน

คณะผู้วิจัยได้ผลิตสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน เรื่อง “อยากบอกเธอ” เป็นแอนิเมชัน 2 มิติ ที่สร้างจาก โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เนื้อหาอ้างอิงจากข้อมูล “เคล็ด (ไม่) ลับ ปึง ๆ ที่หญิงควรรู้” ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยเนื้อหาเป็นลักษณะจำลอง สถานการณ์ทั้งหมด 3 สถานการณ์ร่วมกับการแทรก ความรู้ต่าง ๆ ที่พนักงานบริการมีโอกาสประสบ ปัญหาได้ขณะทำงาน⁽²⁾ สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน มีระยะเวลา ทั้งหมด 10 นาที

สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันถูกประเมินโดย ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน เพื่อวัดค่า

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยประเมินสถานการณ์ ทั้ง 3 สถานการณ์ในสื่อ พบว่า มีค่าความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ Index of Item - Objective (IOC) เท่ากับ 0.8 นอกจากนี้สื่อ วิดีทัศน์แอนิเมชัน ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ด้านสื่อ ในด้านภาพ ด้านเสียง และด้านเทคนิค ก่อนนำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบความรู้การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

1. สร้างแบบทดสอบความรู้ก่อน - หลังชม สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน
2. นำแบบทดสอบความรู้ก่อน - หลังชม สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน ถูกประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน เพื่อวัดค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
3. คณะผู้วิจัยทำการแก้ไขแบบทดสอบ ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 และนำแบบทดสอบฉบับแก้ไข ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประเมินอีกครั้ง พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่า IOC สูงกว่า 0.5
4. ทำการทดสอบแบบทดสอบ กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบการวัดคุณภาพ ความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.8 จากนั้นจึงนำแบบทดสอบดังกล่าวไปทำการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การเปรียบเทียบความรู้ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ของพนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. คณะผู้วิจัยให้ข้อมูล เพื่อขอความยินยอม โดยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการปฏิบัติ ในงานวิจัย โดยมีอาสาสมัครเชื้อชาติเมียนมา ทำหน้าที่เป็นล่ามแปลภาษา กลุ่มตัวอย่างยินยอม เข้างานวิจัย
2. ทำการทดสอบความรู้ก่อนชมสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน โดยแบบทดสอบความรู้เป็นภาษาไทย

ทางคณะผู้วิจัยมีอาสาสมัครเชื้อชาติเมียนมา ทำหน้าที่เป็นล่ามแปลภาษาให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อทำแบบทดสอบ

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยชมสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน
4. ทำการทดสอบความรู้หลังชมสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน
5. ประเมินผลคะแนนความรู้ก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน

การใช้ประโยชน์สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน และความพึงพอใจในบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ส่งสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน เรื่อง “อยากบอกเธอ” และแบบสอบถามความพึงพอใจเผยแพร่ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบงานโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการคัดกรอง และตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 19 แห่ง นำไปใช้
2. บุคลากรจากหน่วยงาน นำสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน ไปใช้จริง และตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยส่งกลับที่หน่วยกานโรคและโรคเอดส์ ที่ 12.1 อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
3. ประเมินผลความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “อยากบอกเธอ” จากหน่วยงานที่นำสื่อไปใช้จริง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังชมวีดิทัศน์ ทดสอบโดยค่าสถิติที่ (Paired t-test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 29 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.95 ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.3 ไม่ได้รับการศึกษา ขณะที่ศึกษาระดับประถม และมัธยมต้น มีสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 10.3

สถานภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 79.3 ของผู้เข้าร่วม มีสถานภาพสมรส อาชีพก่อนหน้าที่จะทำอาชีพ ปัจจุบัน พบว่า ร้อยละ 62.1 มีอาชีพเกษตรกรมาก่อน ขณะที่ร้อยละ 37.9 มีอาชีพรับจ้างมาก่อน ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	N (%)
อายุ	
18-30	3 (10.3)
30-60	26 (89.7)
61 ปีขึ้นไป	0
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	23 (79.3)
ประถมศึกษา	3 (10.3)
มัธยมศึกษา	3 (10.3)
อาชีพก่อนหน้า	
เกษตรกร	18 (62.1)
รับจ้าง	11 (37.9)
ศาสนา	
พุทธ	29 (100)
สถานภาพ	
สมรส	23 (79.3)
โสด	4 (13.8)
หย่า	2 (6.9)

2. ผลการทดสอบความรู้ก่อน - หลังชมสื่อ วิดีทัศน์แอนิเมชัน

คะแนนเฉลี่ยก่อนชมสื่อผู้เข้าร่วมมีค่าเท่ากับ 4.86 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.52 ขณะที่คะแนนเฉลี่ยหลังชมสื่อ 8.93 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.88 และค่าทดสอบ paired t-test เท่ากับ -12.97 หมายถึง ขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ 12.97 แต่เนื่องจากค่า t ติดลบ แสดงถึงคะแนนเฉลี่ยหลังชม วิดีทัศน์แอนิเมชัน

มากกว่าคะแนนก่อนชมวิดีโอทัศน์แอนิเมชัน และเพิ่มนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 แสดงความรู้ก่อนและหลังของพนักงานบริการได้รับข้อมูล ผลการทดสอบก่อนและหลัง ข้อมูลทางสื่อวิดีโอทัศน์แอนิเมชัน

คะแนน	Mean (SD)	t	p
คะแนนก่อนรับชม วิดีทัศน์	4.86 (1.52)	-12.97	<0.001
คะแนนหลังรับชม วิดีทัศน์	8.93 (0.88)		

3. ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยต่อสื่อวิดีโอทัศน์แอนิเมชัน

ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมต่อภาพรวมของวิดีโอทัศน์แอนิเมชันอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยภาพรวมต่อสื่อวิดีโอทัศน์แอนิเมชัน เท่ากับ 4.65 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.47 นอกจากนี้ความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย แสดงในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความพึงพอใจต่อสื่อวิดีโอทัศน์แอนิเมชันของผู้เข้าร่วมวิจัย

ความพึงพอใจของสื่อ วิดีทัศน์แอนิเมชัน	Mean	SD
อธิบายเนื้อหาเข้าใจง่าย	4.51	0.63
เนื้อหาสอดคล้องกับความรู้	4.10	0.67
ภาพสอดคล้องกับความรู้	4.62	0.49
คำอธิบายเนื้อหาชัดเจน	4.55	0.73
รูปสวยงาม	4.62	0.49
การนำเสนอต่อเนื่อง	4.62	0.49
ความชัดเจนของตัวอักษร	4.62	0.49
คำอธิบายคำแนะนำชัดเจน	4.41	0.62
เสียงพากย์ดังฟังชัด	4.48	0.50
ภาพรวมของวิดีโอทัศน์แอนิเมชัน	4.65	0.47

4. การนำสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน และไปใช้ประโยชน์จริง

ตามวัตถุประสงค์รอง คณะผู้วิจัยได้จัดส่งสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันทัศน์เรื่อง “อยากบอกเธอ” พร้อมทั้งแบบสอบถามความพึงพอใจ ให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการคัดกรองและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 19 แห่ง ทำแบบสอบถามหลังชมสื่อ และส่งผลกลับมาทางคณะผู้วิจัย ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 19 คน จากหน่วยงานดังกล่าว

4.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขที่นำวีดิทัศน์แอนิเมชันไปใช้ประโยชน์จริง

บุคลากรสาธารณสุข ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 19 คน เพศชายร้อยละ 10.5 เพศหญิงร้อยละ 89.4 อายุเฉลี่ย 30.15 ± 7.30 ปี วุฒิการศึกษา ร้อยละ 5.2 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 89.6 ปริญญาตรี ร้อยละ 5.2 ปริญญาโท ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.3 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 20.7 อายุเวลาทำงานเฉลี่ย 11.5 ± 8.05 ปี

4.2 ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน ไปใช้ประโยชน์จริง

หน่วยงานที่รับผิดชอบงานโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการคัดกรอง และตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 19 แห่ง ไม่เคยเห็น ไม่เคยได้ยิน และไม่เคยใช้สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันชิ้นนี้มาก่อน และได้ประโยชน์จากสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน เรื่อง “อยากบอกเธอ” สำหรับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริการสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ สำหรับพนักงานบริการหญิงในเรื่องรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันของหน่วยงานบริการสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	SD
1. ความพึงพอใจต่อเนื้อหา		
มีความเป็นปัจจุบัน	4.05	0.70
สอดคล้องตามวัตถุประสงค์	4.42	0.69
เข้าใจง่าย	4.26	0.80
มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	4.05	0.70
ลำดับเนื้อหาต่อเนื่อง	4.00	0.67
ตรงตามความต้องการของท่าน	4.31	0.67
ครบถ้วนตามความต้องการ	4.05	0.70
2. ประโยชน์ที่ได้รับจากสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน		
ประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน	4.22	0.64
ประโยชน์ที่ได้รับในอนาคต	4.31	0.67
3. รูปแบบของผลิตภัณฑ์ (ประเภท/หนังสือ)		
ปกสวยงามน่าสนใจ	4.31	0.74
ความสวยงาม/การออกแบบของผลิตภัณฑ์	4.05	0.70
รูปแบบภาษา/ขนาดตัวอักษร	3.90	0.77
ภาพประกอบสอดคล้องเนื้อหา	4.42	0.69
เสียงพากย์ของผลิตภัณฑ์	4.05	0.70
สีสันทันของผลิตภัณฑ์	4.22	0.64
4. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจในระดับใด	4.31	0.67

โดยสรุปบุคลากรผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน และการนำสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันไปใช้ประโยชน์ โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 4.31 ± 0.67 คะแนน และสามารถนำไปใช้ประกอบการให้ความรู้ได้จริง

อภิปรายผล

กลุ่มพนักงานบริการ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ โดยเฉพาะพนักงานบริการหญิงต่างด้าว จากข้อมูลรายงานประจำปี 2557 ของหน่วยงานโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าพนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมา ที่มารับบริการตรวจคัดกรอง และรักษาที่หน่วยงานโรคมีอัตราป่วยเป็นกามโรคร้อยละ 76.67 แสดงให้เห็นว่าพนักงานบริการกลุ่มนี้ยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ความแตกต่างของภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญในการเผยแพร่ให้ความรู้แม้ที่ผ่านมาทางหน่วยจะมีเอกสารภาษาเมียนมาให้ความรู้ต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์เผยแพร่ให้แก่พนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมาก็ตาม แต่อัตราป่วยเป็นกามโรคแสดงให้เห็นถึงปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข

จากผลการวิจัยนี้ คะแนนของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันนั้น มีประสิทธิผลต่อการเรียนรู้สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา ฐานันท์ เกตุภาค ทำการศึกษาการใช้สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันในการให้ความรู้ และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่ได้ความรู้จากสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ อภิสร่า จังพานิช ทำการวิจัยแบบกึ่งทดลองเรื่องการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย และความพึง

พอใจของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มที่ใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันร่วมกับการสอนตามปกติ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ กันตพร ยอดไชย และคณะ ทำการวิจัยในเรื่องผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ให้ความรู้หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับชมวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001⁽¹⁴⁾ แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสื่อที่มีสิ่งเร้าตามกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งใจมากกว่าสื่ออื่น ๆ เช่น แผ่นพับ หรือการให้คำแนะนำ เพียงอย่างเดียว เป็นต้น⁽¹⁵⁾ สื่อวีดิทัศน์กระตุ้นผ่านอวัยวะรับสัมผัสทางตา และหูของผู้รับชม ส่งผลให้เกิดความสนใจ มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ต่อสิ่งเร้าที่ตาได้เห็น หูยินได้⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ ความสามารถในการจำการเรียนรู้จากภาพและเสียงนั้น ช่วยให้ความทรงจำหลังการเรียนรู้อยู่ได้นานกว่าการพูดหรือการแสดงให้ดูแต่ภาพเพียงอย่างเดียว⁽¹⁷⁾

ความรู้ที่ต้องการสื่อให้แก่พนักงานบริการนั้น เป็นความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ ทักษะปฏิเสธ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้คนแสดงบทบาทสมมตินั้น อาจมีข้อจำกัดในเรื่องความเหมาะสมต่อการนำเสนอเรื่องเพศ สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน จึงเป็นสื่อที่เหมาะสมกับการนำเสนอเรื่องนี้มากกว่า ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยท่านหนึ่งได้มีการแสดงความคิดเห็นว่า สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันที่ได้รับชมนั้น มีความน่าสนใจ และไม่ทำให้รู้สึกเขินอาย เมื่อต้องรับชมในที่สาธารณะ

ส่วนที่เป็นข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ การประเมินความรู้ในงานวิจัยทดสอบทันทีหลังจากชมสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน อาจเป็นการวัดผลได้

ไม่ครอบคลุม เนื่องจากอาจมีอคติ (bias) ในการวัดผลได้ ดังนั้นอาจจำเป็นต้อง มีการทดสอบหลังจากชมสื่อวีดิทัศน์ติดตาม เช่น 1 เดือนหลังชมสื่อวีดิทัศน์ เพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างได้ชัดเจนมากขึ้น⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ สื่อวีดิทัศน์นี้เป็นการสื่อสารทางเดียว ดังนั้น เพื่อให้การเผยแพร่ความรู้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรมีการอธิบาย และตอบคำถามร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชัน เพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานบริการและเจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น

โดยสรุป สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์แก่พนักงานบริการหญิงเชื้อสายเมียนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. สื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันสามารถเพิ่มความรู้ของผู้รับชมได้อย่างมีประสิทธิภาพจริง แต่หากมีการนำเสนอในรูปแบบอื่นเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น การนำภาพเหตุการณ์จริงมาผสมผสาน จะทำให้สื่อมีความสมจริง และน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการนำสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันที่ผลิตขึ้นจากงานวิจัยนี้ นำเสนอในภาษาอื่น เช่น ภาษากัมพูชา ภาษาจีน ภาษาลาว ภาษาอังกฤษ รวมทั้งภาษาไทย เพื่อสามารถนำไปให้ข้อมูลแก่พนักงานบริการ และกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ได้อย่างแพร่หลาย

3. หลังจากจดทะเบียนลิขสิทธิ์ ควรมีการนำสื่อวีดิทัศน์แอนิเมชันที่ผลิตขึ้น เผยแพร่นำเสนอ

ในช่องทางอื่น ๆ ได้ เช่น เผยแพร่ที่สถานบริการของพนักงานได้โดยตรง หน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ และโซเชียลมีเดีย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณ ดร.นพ.สุวิช ธรรมปาโล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา นางสาวงกช เชี่ยวชาญยนต์ และ ดร.ธนัษฐา ดิษฐวรรณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ขอขอบคุณ นางสาวขวัญข้าว สังข์พินธานนท์ อาจารย์ประจำภาควิชาภาษาไทยและภาษาตะวันออก คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณาจารย์คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ จังหวัดสงขลา และนายแพทย์ธารณ ตันธนธิป อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะ ขอขอบคุณ นางสาวสนา ยกสกุล หัวหน้ากลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่ให้กำลังใจ และให้เกียรติเป็นที่ปรึกษาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยนี้สำเร็จไปด้วยความเรียบร้อยได้ โดยการสนับสนุนจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ที่อนุเคราะห์เนื้อหา “เคล็ด (ไม่) ลับ ปิ้ง ๆ ที่หญิงควรรู้” เพื่อนำมาพัฒนาเผยแพร่ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้อง และร่วมทีมในการศึกษาวิจัยของหน่วยงานโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดสงขลา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). STD [cited 2018 May 9] Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
2. World Health Organization. HIV [cited 2018 May 9] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
3. Asavapiryanont S, Chaovarindr U, Kaoien S, Chotigeat U, Kovavisarach E. Prevalence of Sexually Transmitted Infection in Teenage Pregnancy in Rajavithi Hospital, Thailand. J Med Assoc Thai. 2016; 99: S153-60.
4. วัชรพล สีนอ. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2555
5. หน่วยงานโรคและโรคเอดส์ที่ 12.1 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดสงขลา. รายงานประจำปี 2557. สงขลา; 2557

6. ขวัญชีวัน บัวแดง. สุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ.วารสารสังคมศาสตร์; 2551 [เข้าถึงเมื่อ18 ต.ค.2560] แหล่งข้อมูล: journal.soc.cmu.ac.th/issue_upload/24100%201446517210.pdf.
 7. ธรรมศักดิ์ เอื้อรักสกุล. การสร้างภาพยนตร์ 2D อนิเมชั่น How To Make 2D Animation. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มีเดีย อินเทลลิเจนซ์ เทคโนโลยี; 2547.
 8. สมฤทัย บุญชูดวง, วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, อำพรพรณ จันทโรกร, และวิรัตน์ วศินวงศ์. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการฝึกหายใจแบบมีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกตัวแบบทั้งตัว. ศรีนครินทร์เวชสาร 2555; 27(2): 139-6. [เข้าถึงเมื่อ18 ต.ค.2560] แหล่งข้อมูล: www.thaiscience.info/Journals/Article/SRMJ/10836073.pdf
 9. Chow SC, Shao J, Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research. 2nd ed. CRC Press; 2003.
 10. อภิสร จังพานิช, อรชร ศรีไทรล้วน. ผลของการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการณย์ 2558; 22(1): 17-34.
 11. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Med J 2016; 68: 160-170.
 12. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารคำสอนเรื่อง เคล็ด (ไม่) ลับ ปึง ๆ ที่หญิงควรรู้. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2557
 13. ณัฐนันท์ เกตุภาค. ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พยาบาลสาร 2554; 38(3), 99-109.
 14. กันตพร ยอดไชย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี, และวิฑูรย์ สังฆรักษ์. ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์คาราโอเกะให้ความรู้หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 25(6): 531-536.
 15. Lopez EJ. (2005). The art of using visual aids. Nurse Pract. 2005; 30 Suppl Sourcebook: 15-6.
 16. Edna B, Beatriz A, Pep S, Mihaela E, Vicenc F. Video as a new teaching tool to increase student motivation. [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://upcommons.upc.edu/e-prints/bitstream/2117/12717/1/bravo-aman-te.pdf>.
 17. Panagiota NS, Christos N. Evaluating the impact of video-based versus traditional lectures on student learning. Educational Research 2010; 1(8): 304-311.
 18. สุพรรณ พุ้เจริญ. อคติที่พบบ่อยในงานวิจัย. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557; 26(1): 1-4.
-

การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสาร และสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทองกร ยัณรรังษี*, เพลินพิศ พรหมมะลิ*, สิริพร ภัยโยทัย*,
จุฑารัตน์ ช่างสลัก*, กัญญารัตน์ หงส์วรนนท์**

Abstract

The Study on Information Demand and Media for Raising Positive Attitudes Towards People Living with HIV/AIDS

Thongkorn Yunnarungsri*, Plearnpit Prommali*, Siriporn Piyayothai*,
Jutarat Changsaluk*, Kunyarat hongwaranun**

*Bureau of AIDS TB and STIs, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health

** Dhurakij Pundit University

This study is aimed to get a better understanding on people's knowledges and attitudes towards people living with HIV/AIDS (PHA), and to know information demand from media that would raise positive attitudes towards PHA. A paper-based questionnaire or online questionnaire was used to collect data from community-based convenient sampling of 710 subjects in selected provinces in every region of the country. Trained staff of local partner agency in each province was responsible in data collection which was performed in January 2018.

It was revealed that, among all respondent, there were more female than male (ratio between female to male was 1.06:1). Most were at the age of 20-30 years (45.92%), single (54.65%), graduated with bachelor's degree (39.58%), and were government officials/state enterprise officers (20.85%). For the information perception and attitudes towards PHA, most people (88.45%) answered correctly that "we can work together with people living with HIV/AIDS". However, only 17.04% answered correctly on the statement "people who are at risk for HIV infection are female sex workers, persons who practice nightlife, and men who have sex with men". The average score ($\pm$ standard deviation) from all respondent was 7.96 ± 2.65 while the average scores by regions were Northern Region (8.75 ± 2.66), Bangkok and vicinity (8.15 ± 2.74), Southern Region (8.09 ± 2.39), Eastern Region (7.92 ± 2.86) and North-Eastern Region (7.17 ± 2.55) with statistical significant level ($p=0.000$). Among all respondent, 90.99% reported reason to look for information on HIV and AIDS was to prevent themselves from HIV infection. Channel and type of media which highest proportion of respondent (88.73%) reported to get access to information was internet. In this group, 74.84% got access to information from Facebook and 69.14% from Youtube. For the media which was most interested by the respondent, 91.97% reported internet. With regard to acceptance to type of media, majority of the respondent (77.46%) reported internet media as most and utmost acceptance level.

This study indicated that there were still a proportion of people who had misperception and negative attitude towards PHA. To correct this misperception and negative attitude towards PHA, and to promote ending AIDS strategy particularly on the target of zero stigma and discrimination,

appropriate message to disseminate through proper media such as internet to reach the target population should be developed and implemented.

Keywords: media, positive attitudes toward people living with HIV/AIDS

บทคัดย่อ

การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสาร และสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของประชาชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนความต้องการข้อมูลข่าวสารจากสื่อที่ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามกระดาษหรือแบบสอบถามออนไลน์ โดยเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่แต่ละจังหวัด เป็นผู้ลงเก็บข้อมูลจากประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามความสะดวกในชุมชนจากจังหวัดที่กำหนดในภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ จำนวน 710 ราย

ผลการศึกษา พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (อัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย เท่ากับ 1.06:1) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่างช่วง 20 – 30 ปี ร้อยละ 45.92 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.65 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.58 และมีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.85 ในประเด็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามจำนวน 15 ข้อ พบว่าข้อความที่ตอบถูกต้องมากที่สุด (ร้อยละ 88.45) ได้แก่ ข้อความเรื่อง “เราสามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้” ส่วนข้อที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ “คนที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี คือหญิงบริการ คนเที่ยวกลางคืนคนรักเพศเดียวกัน” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 17.04 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของการตอบแบบสอบถาม ได้ถูกต้องจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 7.96 ± 2.65 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนในพื้นที่ต่างๆ ตามลำดับ ได้แก่ ภาคเหนือ (8.75 ± 2.66) กรุงเทพฯ และปริมณฑล (8.15 ± 2.74) ภาคใต้ (8.09 ± 2.39) ภาคตะวันออก (7.92 ± 2.86) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (7.17 ± 2.55) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ผู้ตอบแบบสอบถามให้เหตุผลในการศึกษาข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เพื่อป้องกันตัว (ร้อยละ 90.99) สำหรับประเภทของช่องทางและสื่อที่ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเคยรับรู้ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางที่ทำให้เคยได้รับรู้สูงที่สุด ร้อยละ 88.73 ในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ตอบว่ารับรู้จาก Facebook ร้อยละ 74.84 และ Youtube ร้อยละ 69.14 ในส่วนของความสนใจต่อสื่อเพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความสนใจต่อสื่ออินเทอร์เน็ต สูงที่สุด ร้อยละ 91.97 ซึ่งเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างสนใจสื่อแต่ละประเภท ได้แก่ ประเด็นความเข้าใจง่าย น่าเชื่อถือ อยู่ในกระแส ค้นหาง่าย สะดวกรวดเร็ว และสนุกน่าติดตาม ระดับการยอมรับสื่อพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.46) ให้การยอมรับสื่ออินเทอร์เน็ต ในระดับมากที่สุดร่วมกับระดับมากรวมกัน

การศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นว่า ยังมีประชาชนส่วนหนึ่งในพื้นที่ต่างๆ ที่มีความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการส่งเสริมให้ประชาชนที่ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ ควรพัฒนารูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในประเด็นต่างๆ ที่ประชาชนยังมีความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง โดยใช้สื่ออินเทอร์เน็ต หรือช่องทางอื่นๆ ที่เหมาะสม และเข้าถึงกลุ่มประชากรในพื้นที่ต่างๆ ต่อไป

คำสำคัญ: สื่อ, ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บทนำ

ปัจจุบัน การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ในประเทศไทยลดลงมาก อย่างไรก็ตาม ปัญหาเอดส์ยังคงเป็นความท้าทายด้านสุขภาพและความมั่นคงของสังคมและประเทศ การติดเชื้อส่วนใหญ่ ยังสูงในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการสาวประเภทสอง และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ทั้งนี้ ร้อยละ 90 ของการติดเชื้อรายใหม่ เป็นการรับและ

ถ่ายทอดเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ในขณะที่ประเทศไทยได้แสดงเจตจำนงในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์ ไม่มีการติดยาและเลือกปฏิบัติ โดยกำหนดเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 เพื่อให้การดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์บรรลุเป้าหมายมีความจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือ การสื่อสารสาธารณะเพื่อเสริมสร้าง

ความรู้ในกลุ่มประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มุ่งสู่การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องของผู้คนในสังคมเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ นำสู่การลดการรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ สร้างการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างปกติสุข ด้วยเหตุดังกล่าวรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อที่ใช้กระบวนการสื่อสารร่วมกับแนวทางการตลาดเชิงสังคม จึงสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกกับประชาชนทั่วไป⁽¹⁾ การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อเพื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของผู้รับสารที่เป็นกลุ่มคนทั่วไป จะช่วยเพิ่มความเข้าใจและมุมมองของผู้รับสารต่อการตระหนักรู้โรคที่เกิดขึ้นต่อบุคคลอื่น อันที่จะสามารถดำรงชีวิตในสังคมร่วมกันได้อย่างสมบูรณ์และเห็นพ้องร่วมกันที่จะยอมรับและจัดการ

กับปัญหา⁽²⁾ นำไปสู่เป้าหมายให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจ ที่เพิ่มขึ้น เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ทีมผู้วิจัยจึงได้ดำเนินโครงการศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีเป้าหมายนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบข่าวสารและสื่อที่สามารถกระตุ้นประชาชนให้สนใจ รวมถึงนำแนวคิดการตลาดเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดเนื้อหา และช่องทางการสื่อสารที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับแนวทางการสื่อสารสาธารณะ อันจะส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิด



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของทาร์ยามานะดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

N = จำนวนประชากรที่ทราบค่า (จำนวน

ประชากรทั่วประเทศ = 65,931,550 คน)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ (กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 4% จะใช้ค่า 0.04)

แทนค่าในสูตร $n = 65,931,550 / \{1 + (65,931,550)(0.04)^2\}$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 625 คนและเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อทดแทนกรณีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมทั้งสิ้น 710 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการกระจายแบบลดหลั่นโดยชั้นแรกแบ่งในระดับภูมิภาคชั้นต่อมาตัวอย่างในจังหวัดที่กำหนดให้เป็นตัวแทนในแต่ละภูมิภาค โดยแบ่งประชากรออกเป็นลำดับชั้นต่าง ๆ แบ่งตามจังหวัดในแต่ละภูมิภาค รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในจังหวัดที่เป็นตัวแทนในแต่ละภูมิภาค การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มกราคม 2561

ภูมิภาค	จังหวัดที่เป็นตัวแทน	ประชากร	สัดส่วน	ตัวอย่าง	ปรับตัวอย่าง
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	กรุงเทพมหานคร	5,686,646	82.43	73	70
	นนทบุรี	1,211,924	17.57	15	50
	รวม	6,898,570	100.00	88	120
กลาง	สระบุรี	640,065	69.39	55	60
	ลพบุรี	282,404	30.61	24	50
	รวม	922,469	100.00	79	110
ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา	1,801,753	65.16	136	80
	อุดรธานี	963,484	34.84	72	60
	รวม	2,765,237	100.00	208	140
เหนือ	เชียงใหม่	1,735,762	74.31	85	70
	พิษณุโลก	600,231	25.69	30	50
	รวม	2,335,993	100.00	115	120
ตะวันออก	ชลบุรี	1,483,049	85.16	40	60
	ระยอง	258,358	14.84	7	40
	รวม	1,741,407	100.00	47	100
ใต้	สงขลา	1,417,440	78.24	70	70
	สุราษฎร์ธานี	394,169	21.76	19	50
	รวม	1,811,609	100.00	89	120
จำนวนรวมตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในภูมิภาค และปรับจำนวนตัวอย่าง				626	710

เครื่องมือการจัดเก็บข้อมูลและการเก็บข้อมูล

การออกแบบเครื่องมือแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยได้สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และประเด็นเนื้อหาตามกรอบแนวคิดที่จะศึกษา คือ ความรู้และทัศนคติ และความ ต้องการข้อมูลข่าวสารและสื่อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 การประเมินทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 3 ความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 5 ข้อ และนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา ความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง (Content Validity และ Construct Validity) แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปใช้โดยจัดทำเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบสอบถามที่เป็นกระดาษ และแบบออนไลน์ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ แต่ละจังหวัด ลงเก็บข้อมูลจากประชาชนกลุ่มตัวอย่างในชุมชนจำนวน 710 ราย โดยเก็บตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องการตอบแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ หรือตอบแบบออนไลน์ ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 8 – 25 มกราคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ในการประมวลผลโดยนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้/ทัศนคติ การรับรู้ข้อมูล สื่อที่สนใจ
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way ANOVA)

เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของแต่ละภูมิภาค เรื่องความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าจำนวนตัวอย่างในแต่ละภูมิภาค ที่จัดเก็บได้จริง มีความแตกต่างจากจำนวนตัวอย่าง ดังนี้ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 18.31, ภาคเหนือ จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 15.49, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 19.72, ภาคกลาง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 15.49, ภาคตะวันออก จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 15.49 และภาคใต้ จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 15.49 จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.41 และเพศชาย ร้อยละ 48.59 คิดเป็นอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1.06:1 ระดับช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 – 30 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45.92 รองลงมา 31- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.76 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 54.65 รองลงมาคือ สมรส คิดเป็นร้อยละ 39.72 และหย่า/แยกทาง ร้อยละ 5.63 ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.58 รองลงมา อนุปริญญาตรี/ปวช./ปวส. และมีธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 22.39 และ 17.61 ตามลำดับ สำหรับอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.85 รองลงมา ทำงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 20.70 และ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 19.72 ตามลำดับ

โดยข้อความที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบได้ถูกต้องมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ

ลำดับที่ 1 เราสามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ ผู้ตอบแบบสอบถามตอบ

ว่าใช่ เป็นคำตอบที่ถูก คิดเป็นร้อยละ 88.45

ลำดับที่ 2 การไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าใช่ เป็นคำตอบที่ถูก คิดเป็นร้อยละ 83.94

ลำดับที่ 3 เราสามารถใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าใช่ เป็นคำตอบที่ถูก คิดเป็นร้อยละ 66.48

ส่วนที่ 3 ลำดับของข้อความที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ

ลำดับที่ 13 การที่ยุงกัดผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แล้วมากัดเราไม่ทำให้เราติดเชื้อเอชไอวี ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าใช่ เป็นคำตอบที่ถูก คิดเป็นร้อยละ 32.54

ลำดับที่ 14 เราไม่สามารถกอดจูบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าไม่ใช่ เป็นคำตอบที่ถูก คิดเป็นร้อยละ 23.66

ลำดับที่ 15 คนที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีคือหญิงบริการ คนที่เยวกลางคืน คนรักเพศเดียวกัน ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่าไม่ใช่ เป็นคำตอบที่ถูก คิดเป็นร้อยละ 17.04 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามข้อความที่สอบถาม เชิงบวก (+) และ เชิงลบ (-) และลำดับที่ของข้อความที่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบ ได้อย่างถูกต้องมากน้อยตามลำดับ การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มกราคม 2561

ความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์	ใช่ (n/(%))*	ไม่ใช่ (n/(%))	ไม่แน่ใจ (n/(%))	รวม (n/(%))
1. เราสามารถกินข้าว/ดื่มน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ (+) (ลำดับที่ 6)	400 (56.34)	159 (22.39)	151 (21.27)	710 (100)
2. เราไม่สามารถใช้สบู่อาบน้ำแชมพูยาสีฟันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ (-) (ลำดับที่ 11)	270 (38.03)	272 (38.31)	168 (23.66)	710 (100)
3. เราสามารถใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ (+) (ลำดับที่ 3)	472 (66.48)	117 (16.48)	121 (17.04)	710 (100)
4. เราไม่สามารถว่ายน้ำสระเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ (-) (ลำดับที่ 9)	221 (31.13)	288 (40.56)	201 (28.31)	710 (100)
5. เราสามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ (+) (ลำดับที่ 1)	628 (88.45)	46 (6.48)	36 (5.07)	710 (100)
6. เราไม่สามารถกอดจูบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ (-) (ลำดับที่ 14)	409 (57.61)	168 (23.66)	133 (18.73)	710 (100)
7. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ (+) (ลำดับที่ 4)	435 (61.27)	246 (34.65)	29 (4.08)	710 (100)
8. การที่ยุงกัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วมากัดเราไม่ทำให้เราติดเชื้อเอชไอวี (+) (ลำดับที่ 13)	231 (32.54)	254 (35.77)	225 (31.69)	710 (100)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามข้อความที่สอบถาม เชิงบวก (+) และ เชิงลบ (-) และลำดับที่ของข้อความที่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้อย่างถูกต้องมากน้อยตามลำดับ การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มกราคม 2561 (ต่อ)

ความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์	ใช่ (n/(%))*	ไม่ใช่ (n/(%))	ไม่แน่ใจ (n/(%))	รวม (n/(%))
9. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่ควรมีแฟนเพราะ คู่จะติดเชื้อเอชไอวี (-) (ลำดับที่ 10)	302 (42.54)	281 (39.58)	127 (17.89)	710 (100)
10. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะเป็นผู้ที่อายุไม่ ยืนยาวเพราะเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ (-) (ลำดับที่ 7)	185 (26.06)	348 (49.01)	177 (24.93)	710 (100)
11. เอดส์กับเอชไอวีไม่ใช่สิ่งเดียวกัน (เอชไอวีเป็นเชื้อ ไวรัส/ เอดส์ คือ กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติด เชื้อเอชไอวีและโรคได้กลายจนระบบภูมิคุ้มกัน บกพร่อง) (+) (ลำดับที่ 12)	264 (37.18)	232 (32.68)	214 (30.14)	710 (100)
12. คนที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี คือ หญิงบริการ คนที่เยวกลางคืน คนรักเพศเดียวกัน (-) (ลำดับที่ 15)	533 (75.07)	121 (17.04)	56 (7.89)	710 (100)
13. การไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะมี โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (+) (ลำดับที่ 2)	596 (83.94)	66 (9.30)	48 (6.76)	710 (100)
14. ถ้าเพื่อนสนิทของเราติดเชื้อเอชไอวีเราอาจจะรับ เชื้อเอชไอวีจากการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับเพื่อนสนิทได้ (-) (ลำดับที่ 5)	131 (18.45)	421 (59.30)	158 (22.25)	710 (100)
15. ประเทศไทยมีสิทธิสวัสดิการรักษาด้านยาต้านไวรัส ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีฟรี (+) (ลำดับที่ 8)	292 (41.13)	83 (11.69)	335 (47.18)	710 (100)

หมายเหตุ * (n/(%)) หมายถึง จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละของผลการตอบแบบสอบถาม จำแนกเป็น ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องในภาพรวมระดับทั่วประเทศได้เท่ากับ 7.96 ± 2.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน และเมื่อพิจารณาแต่ละภูมิภาคผลการทดสอบพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยตอบถูกต้องสูงสุดได้ 8.75 ± 2.66 คะแนน รองลงมา กรุงเทพฯ และ

ปริมณฑล 8.15 ± 2.74 คะแนน ภาคใต้ 8.09 ± 2.39 คะแนน และภาคตะวันออก 7.92 ± 2.86 คะแนน ตามลำดับ ภูมิภาคที่ได้คะแนนน้อยสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7.17 ± 2.55 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนที่ตอบถูกและค่าสถิติทดสอบ จำแนกแต่ละภูมิภาคการศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มกราคม 2561

ภูมิภาค	จำนวน	ค่าเฉลี่ยคะแนน $\pm$ SD*	F-test	Sig.
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	130	8.15 $\pm$ 2.74	4.758	0.000
ภาคกลาง	110	7.87 $\pm$ 2.48		
ภาคเหนือ	110	8.75 $\pm$ 2.66		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	140	7.17 $\pm$ 2.55		
ใต้	110	8.09 $\pm$ 2.39		
ตะวันออก	110	7.92 $\pm$ 2.86		
รวม	710	7.96 $\pm$ 2.65		

หมายเหตุ * ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ตอบถูกต้อง $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ในการศึกษาส่วนที่เกี่ยวข้องกับความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า เหตุผลในการศึกษาหาข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เพื่อป้องกันตัว คิดเป็นร้อยละ 90.99 รองลงมา เพื่อให้คำแนะนำแก่คนอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 71.55 และเพื่อดูแลคนที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 60.14 ตามลำดับ

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประเภทของช่องทางและสื่อที่ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเคยรับรู้ข้อมูลติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่าสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางที่ทำให้เคยได้รับรู้ ร้อยละ 88.73 รองลงมา ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อทีวี/วิทยุ ร้อยละ 85.92 เท่ากัน และสื่อบุคคล ร้อยละ 84.65 ซึ่งเมื่อจำแนกสื่อแต่ละชนิดจากช่องทางที่ได้เคยรับรู้ พบว่า

1. สื่ออินเทอร์เน็ต ส่วนใหญ่จะรับรู้จาก Facebook ร้อยละ 74.84 Youtube ร้อยละ 69.14

2. สื่อสิ่งพิมพ์ พบว่า ส่วนใหญ่จะรับรู้จากหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 69.87 และแผ่นพับ ร้อยละ 49.17

3. สื่อทีวี พบว่า ส่วนใหญ่จะรับรู้จากละคร ร้อยละ 81.62 และสารคดี ร้อยละ 45.19

4. สื่อบุคคล พบว่าส่วนใหญ่จะรับรู้จากแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 73.75 และครอบครัว ร้อยละ 50.36

ในส่วนของความสนใจต่อสื่อเพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความสนใจต่อทุกสื่อค่อนข้างสูง โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ต มีความสนใจสูงสุด ร้อยละ 91.97 รองลงมา สื่อทีวี/วิทยุ ร้อยละ 79.15 และสื่อบุคคล ร้อยละ 78.59 ซึ่งเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างสนใจสื่อแต่ละประเภท มีเหตุผลของความสนใจในประเด็นความเข้าใจง่าย น่าเชื่อถือ อยู่ในกระแส ค้นหาง่าย สะดวกรวดเร็ว และสนุกน่าติดตาม ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุช่องทางและสื่อที่ทำให้สนใจศึกษาข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเหตุผลที่สนใจ การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มกราคม 2561

ช่องทางและสื่อที่ทำให้สนใจ	เหตุผลที่สนใจ					
	เข้าใจง่าย (n/(%))*	เชื่อถือได้ (n/(%))	อยู่ใน กระแส (n/(%))	ค้นหา ง่าย (n/(%))	สะดวก รวดเร็ว (n/(%))	สนุกน่า ติดตาม (n/(%))
สื่ออินเทอร์เน็ต (ตอบ 653 คน)	386 (59.11)	116 (17.76)	139 (21.29)	387 (59.26)	380 (58.19)	69 (10.57)
สื่อสิ่งพิมพ์ (ตอบ 520 คน)	285 (43.64)	308 (47.17)	55 (8.42)	88 (13.48)	38 (5.82)	14 (2.14)
สื่อทีวี/วิทยุ (ตอบ 560 คน)	363 (55.59)	237 (36.29)	156 (23.89)	69 (10.57)	142 (21.75)	111 (17.00)
สื่อบุคคล (ตอบ 550 คน)	359 (54.98)	253 (38.74)	69 (10.57)	51 (7.81)	82 (12.56)	42 (6.43)

หมายเหตุ * (n/(%)) หมายถึง จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามเหตุผลที่สนใจ และ ร้อยละต่อผู้ตอบแบบสอบถามช่องทางและสื่อที่ทำให้สนใจ

ผลการศึกษาระดับการยอมรับเพื่อติดตามและศึกษาข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่าทุกสื่อมีระดับการยอมรับที่ ระดับมาก โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ต มีระดับการยอมรับ ระดับมากที่สุดร่วมกับระดับมาก รวมกันร้อยละ 77.46 รองลงมาได้แก่สื่อทีวี/วิทยุ มีระดับการยอมรับมากที่สุดกับระดับมากรวมกันร้อยละ 58.59 และสื่อบุคคลมีระดับการยอมรับมากที่สุดกับระดับมากรวมกันร้อยละ 51.41

ในส่วนของการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการสร้างทัศนคติเชิงบวก และระดับการเกิดทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามสื่อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความเห็นว่าสื่อส่วนใหญ่สามารถสร้างทัศนคติได้ โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ตสามารถสร้างทัศนคติได้ ร้อยละ 93.66 รองลงมา สื่อทีวี/วิทยุ ร้อยละ 92.96 และ สื่อบุคคล ร้อยละ 91.55 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละการสร้างทัศนคติเชิงบวก และระดับการเกิดทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามช่องทางและสื่อ การศึกษาความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มกราคม 2561

ช่องทางและสื่อ	สร้างทัศนคติ		ระดับการเกิดทัศนคติเชิงบวก*					รวม (n(%))	ค่าเฉลี่ย
	ได้ (n(%))#	ไม่ได้ (n(%))	มากที่สุด (n(%))	มาก (n(%))	ปานกลาง (n(%))	น้อย (n(%))	น้อยที่สุด (n(%))		
สื่อ	665	45	256	302	93	11	3	665	4.20
อินเทอร์เน็ต	(93.66)	(6.34)	(38.50)	(45.41)	(13.98)	(1.65)	(0.45)	(100)	
สื่อสิ่งพิมพ์	644	66	139	253	219	26	7	644	3.76
	(90.70)	(9.30)	(21.58)	(39.29)	(34.01)	(4.04)	(1.09)	(100)	
สื่อทีวี/วิทยุ	660	50	195	254	186	21	4	660	3.93
	(92.96)	(7.04)	(29.55)	(38.48)	(28.18)	(3.18)	(0.61)	(100)	
สื่อบุคคล	650	60	180	227	193	44	6	650	3.82
	(91.55)	(8.45)	(27.69)	(34.92)	(29.69)	(6.77)	(0.92)	(100)	

หมายเหตุ * นำเสนอจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับการเกิดทัศนคติเชิงบวก และร้อยละ จากกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามว่า ช่องทางและสื่อสามารถสร้างทัศนคติได้

(n(%)) หมายถึง จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และ ร้อยละ

สรุปและอภิปรายผล

1. การประเมินทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถตอบถูกต้องในสัดส่วนมากที่สุด ในเรื่อง “เราสามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้” รองลงมาเรื่อง “การไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี” และ เรื่อง “เราสามารถใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้” ตามลำดับ

ส่วนข้อความรู้และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถตอบถูกต้องในสัดส่วนมากที่สุด ได้แก่ เรื่อง “คนที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี คือ หญิงบริการ คนที่เยวกลางคืน คนรัก

เพศเดียวกัน” รองลงมาเรื่อง “เราไม่สามารถกอดจูบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้” และเรื่อง “การที่ยุงกัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วมากัดเรา ไม่ทำให้เราติดเชื้อเอชไอวี” ตามลำดับ

2. ความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สนใจศึกษาข้อมูลข่าวสารและสื่อที่มีต่อการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ เพื่อป้องกันตัวเอง รองลงมาเพื่อให้คำแนะนำแก่คนอื่น ๆ ซึ่งสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่ทำให้คนส่วนใหญ่เคยรับรู้ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด โดยติดตามผ่าน Facebook และ Youtube รองลงมา คือ สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อทีวี/วิทยุ ทำให้เคย

รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โดยติดตามผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ แผ่นพับละครและสารคดี ตามลำดับ

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเลือกสื่อที่สนใจศึกษาข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน คือ มีความสนใจเลือกเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตมากที่สุด เพราะเหตุผลเรื่องค้นหาง่ายและสามารถเข้าใจง่าย รองลงมาที่มีความสนใจเลือกเปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์ เพราะเหตุผลเรื่องเชื่อถือได้ เข้าใจง่าย และมีความสนใจเลือกเปิดรับสื่อทีวี/วิทยุ เพราะเหตุผลเรื่องเข้าใจง่ายและเชื่อถือได้ ตามลำดับ

3. ระดับการยอมรับสื่อเพื่อติดตามและศึกษาข้อมูลข่าวสารส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการยอมรับที่ระดับมาก โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ตมีระดับการยอมรับมากที่สุด และสามารถสร้างทัศนคติเชิงบวกได้มากที่สุด รองลงมาสื่อทีวี/วิทยุและสื่อบุคคลตามลำดับ

จากผลการศึกษาข้างต้น มีประเด็นที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป ดังนี้

3.1 ความต้องการรูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการเพื่อศึกษาความต้องการสื่อที่มีผลต่อการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าสื่ออินเทอร์เน็ต มีอิทธิพลส่งผลต่อความสนใจและความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด น่าจะเนื่องด้วยเหตุผลที่ว่าสื่ออินเทอร์เน็ตก่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่มีแนวโน้มจะช่วยขยายความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายและสังคมออนไลน์ สามารถตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารที่มีคุณค่า เพิ่มโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลได้อย่างไร้ขีดจำกัด ทั้งยังสามารถตอบสนองความต้องการด้านความสนุกเพลิดเพลิน รวมถึงการเปิด

โอกาสให้บุคคลแสดงออกได้อย่างเปิดเผยแบบไม่จำเป็นต้องแสดงฐานะทางตัวตนที่แท้จริงและสามารถมีชีวิตส่วนตัวในแบบที่ต้องการได้ด้วยตัวเอง

ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นเหตุผลสำคัญที่สอดคล้องกับความต้องการแสดงออกอย่างอิสระของกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงได้ง่าย รวมไปถึงอิทธิพลของสังคมจากกระแสนิยมคาดหวังให้สื่ออินเทอร์เน็ตเข้ามาช่วยเพิ่มพูนการแสวงหาความรู้ทั้งด้านการศึกษา ด้านการป้องกันดูแลตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บและด้านอื่น ๆ ได้อย่างเปิดกว้าง⁽³⁾

แต่อย่างไรก็ตาม สื่ออินเทอร์เน็ตเปรียบเสมือนดาบสองคมที่อาจส่งผลทั้งเชิงบวกและเชิงลบแก่ผู้รับสารในเรื่องการไม่สามารถควบคุมหรือตรวจสอบข้อเท็จจริงของข้อมูลที่มีการเผยแพร่ได้ เพราะข้อมูลที่ปราศจากการกลั่นกรองเนื้อหาให้ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อเมื่อนำมาใช้อ้างอิง อาจจะทำให้ผู้รับสารได้รับข้อมูลที่ผิดพลาดและสร้างความเสียหายแก่ทัศนคติที่จะส่งผลเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทยได้

สำหรับสื่อสิ่งพิมพ์เป็นสื่ออันดับรองลงมาที่มีอิทธิพลต่อความสนใจและความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกับกลุ่มอาชีพทำงานบ้าน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน และอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เนื่องด้วยเหตุผลที่ว่า สื่อสิ่งพิมพ์เป็นสื่อดั้งเดิมที่ได้รับการยอมรับมาอย่างยาวนาน มีคุณลักษณะสำคัญ คือ เป็นสื่อที่ได้รับความเชื่อถือจากสังคม สามารถนำข่าวสารเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวางและสะดวกในการค้นหา

โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงาน ที่มีค่านิยมในการรับรู้ข้อมูลด้วยรูปแบบการอ่านหนังสือพิมพ์เป็นประจำทุกวัน เพื่อให้ทราบข่าวสารและเท่าทันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกมุมโลก รวมทั้งสามารถติดตามความบันเทิงและปัญหาด้านสุขภาพต่าง ๆ ตามความสนใจของแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะความสนใจของกลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน

ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจที่เริ่มใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพตนเองตามวัยที่เปลี่ยนไปช่วยให้สามารถติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพใหม่ ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง เพราะหนังสือพิมพ์จะนำเสนอข่าวสารล่าสุดทุกประเภท ทั้งข่าวการเมือง เศรษฐกิจ สังคม กีฬาและสุขภาพ เป็นต้น⁽⁶⁾

ด้วยคุณลักษณะสำคัญของสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีความแตกต่างกับสื่อประเภทอื่นๆ ในด้านความน่าเชื่อถือ มีรูปแบบที่สามารถจับต้องได้และมีราคาไม่แพง รวมถึงการเป็นสื่อสาธารณะที่สามารถตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่ชัดเจนและได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ จึงมีอิทธิพลต่อกลุ่มวัยทำงานโดยเฉพาะกลุ่มช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความต้องการเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่มาพร้อมกับอายุที่เพิ่มขึ้น⁽⁷⁾

3.2. ความยอมรับข้อมูลข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การยอมรับข่าวสาร คือ ความคิดเห็นที่เชื่อถือหรือยอมรับต่อข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่งอันเกิดจากความสนใจที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ ระดับการยอมรับจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้รับสารพิจารณาเห็นว่า มีความน่าไว้วางใจมากเพียงพอ รวมถึงผู้รับสารมีแรงจูงใจและมีทัศนคติที่ต้องการจะรับรู้ข่าวสารและตระหนักว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นมีคุณค่าเหมาะสมต่อการประเมินค่า⁽⁴⁾

ซึ่งการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะประชากรกับระดับการยอมรับสื่อที่มีผลต่อการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า สื่ออินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลที่ส่งผลต่อระดับการยอมรับข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด

เหตุผลการยอมรับสื่ออินเทอร์เน็ตมีระดับมากที่สุด เนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถกระตุ้นความสนใจต่อเนื้อหา (Self-Efficacy Message) ได้อย่างชัดเจน ทั้งยังสะดวกและสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตัวเองโดยง่ายต่อผู้รับสารกลุ่มวัยทำงานที่มีความ

สนใจข่าวสาร เรื่องการดูแลป้องกันตนเองที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงคุณสมบัติของสื่ออินเทอร์เน็ตช่วยทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและอยากทราบข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น เพราะเป็นสื่อที่มีความหลากหลายทั้งเนื้อหาและภาษาที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา แต่อาจจะไม่ถึงขั้นเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือชักชวนให้ปฏิบัติตามได้ทันที

สำหรับสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นสื่ออันดับรองลงมาที่มีอิทธิพลส่งผลกระทบต่อระดับการยอมรับข่าวสารและสื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

อนึ่ง ระดับการยอมรับสื่อ ขึ้นอยู่กับความเกี่ยวข้องทางลักษณะประชากรและความสนใจของผู้รับสารสำหรับผู้รับสารกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป มักให้ความสำคัญกับข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ซึ่งถ้าผู้รับสารรู้สึกว่าคุณมีความเกี่ยวข้องกันกับข่าวสารนั้น ๆ ในระดับสูง (High involvement) จึงมีอิทธิพลต่อคนกลุ่มนี้ทำให้มีความรู้สึกใกล้ชิด (Nearness) หรือมีความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ร่วมกับข่าวสารเรื่องนั้น ๆ ส่งผลให้ผู้รับสารสนใจเปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมถึงให้คำแนะนำและดูแลคนที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพราะเป็นสื่อที่ได้รับการยอมรับด้านความเชื่อถือและมีหลักฐานอ้างอิงที่สามารถตรวจสอบได้อย่างชัดเจน

จากเหตุผลดังกล่าวการสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเชิงบวกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อประชาชน โดยกำหนดเลือกสื่อที่สอดคล้องกับรูปแบบความต้องการสื่อของผู้รับสาร ย่อมมีโอกาสที่จะกระตุ้นความสามารถรับรู้ในตน (Self-Efficacy Message) ตามปัจจัยด้านลักษณะประชากรที่แตกต่างกันของผู้รับสาร ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดที่เป็นไปได้ยากต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงลบที่ฝังรากลึกของประชาชนในสังคมไทย ที่ส่งผลให้มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาโดยตลอด

ซึ่งอุปสรรคสำคัญเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล (Internal factors) ประกอบด้วยทัศนคติ (Attitudes) ประสบการณ์ (Experiences) และบรรทัดฐานของ คนใกล้ชิด (Social Norms)⁽⁵⁾ ดังนั้น จึงได้มีการนำ แนวคิดการตลาดเพื่อสังคม (Societal Marketing Concept) เข้ามาใช้ร่วมกับการสื่อสารสุขภาพตาม แนวคิดที่อธิบายว่าการดำเนินงานโดยมุ่งตอบสนอง ความต้องการของผู้บริโภคและผลกำไรสูงสุดของ หน่วยงานไม่ถือเป็นแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสม ต่อสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน จึงทำให้เกิด แนวทางใหม่ของการดำเนินกิจกรรมทางการ ตลาดที่สามารถสร้างผลกระทบทางบวกต่อสังคม โดยรวมได้⁽⁸⁾

กล่าวโดยสรุป หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำเป็น ต้องตระหนักถึงแนวทางการกำหนดรูปแบบการ สื่อสารสาธารณะควบคู่กับแนวคิดการตลาดเพื่อ สังคมที่จะสามารถกระตุ้นกลุ่มเป้าหมายได้ตรงตาม ต้องการ และความสนใจต่อการเปิดรับข่าวสารที่ เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อส่ง ผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชน โดยเฉพาะโอกาสที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติเชิงบวก สามารถลดการตีตราและเลือก ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งยัง สามารถนำความรู้ที่ได้ เพื่อใช้ดูแลป้องกันตนเอง และให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้อื่นได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนารูปแบบข้อมูลข่าวสารและสื่อ ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญเรื่องข้อมูล ทางการแพทย์ ประเด็นสื่อสารที่ชัดเจน การเลือกใช้ ภาษาที่อ่านง่าย สั้น กระชับ ใช้ภาพประกอบ ช่องทาง การสื่อสารที่ตรงกับความต้องการกับกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น การใช้สื่ออินเทอร์เน็ตหรือ สื่ออื่น ๆ ที่เหมาะสมก็จะสามารถกระตุ้นความสนใจ เปิดยอมรับและจดจำต่อข้อมูลข่าวสารที่สื่อสารได้ สำเร็จ ซึ่งการนำแนวคิดการตลาดเพื่อสังคมมาเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบสื่อสารและ กิจกรรมก็จะเป็นการส่งเสริม ให้กลุ่มเป้าหมายเข้า ถึงข้อมูลข่าวสาร เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อันจะเป็นประโยชน์ต่อนโยบายยุติปัญหาเอดส์ เรื่อง ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดย ได้รับความกรุณาอย่างยิ่ง จากคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ผู้ศึกษาขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและ สนับสนุน รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลที่ได้สละเวลาให้ข้อมูล อันเป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Slovic, P., & McGregor, D. J. (1994). The Social Context of Risk Communication. Unpublished manuscript, Eugene, OR.
2. Taghavifard, M. T., Damghani, K. K., & Moghaddam, R. T. (2009). Decision Making Under Uncertainty and Risky Situations.
3. นันทิกา สุนทรไชยกุล. (2550). หน่วยที่ 4 การสื่อสารความเสี่ยงสำหรับงานสาธารณสุข. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
4. J. T. (1981). Attitude and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches. Dubuque, IA: William
5. Bandura, A. (Ed.). (1986). Social Foundations of Thought and Action. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice
6. การตลาดเข้าใจได้ไม่ยัดติ๊ด. เจาะพฤติกรรมผู้บริโภค. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ กุมภาพันธ์ 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.marketting.com/blogspot>.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. เครื่องชี้วัดภาวะทางสังคม. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ กุมภาพันธ์ 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>.
8. paddingtong. แนวคิดการตลาดเพื่อสังคม. 2006 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ กุมภาพันธ์ 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://paddingtong.tbear.blogspot.com/2006/08/societal-marketing-concept-1-2.html>.

