

วารสาร

ไทยเอดส์



ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 - มกราคม 2560 ISSN 0857-8575

- การศึกษาฐานแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบทบาทหน้าที่ด้านกำลังคนในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่ละระดับบริการ
- การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครและพื้นที่เร่งรัด ภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์กลางให้การสนับสนุนสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถานการณ์การติดราและเลือกปฏิบัติผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๕๘
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (AIDS 2016) ครั้งที่ 21 18-22 กรกฎาคม 2559 เดอร์บาน แอฟริกาใต้

- การศึกษาฐานแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบทบาทหน้าที่ด้านกำลังคนในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่ละระดับบริการ
- การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครและพื้นที่เร่งรัด ภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์กลางให้การสนับสนุนสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ ๖ ปี 2558
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (AIDS 2016) ครั้งที่ 21 ๑๘-๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เทอร์บาน แอฟริกาใต้

สารบัญ

หน้า	
การศึกษาฐานรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบทบาทหน้าที่ด้านกำลังคน ในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่ละระดับบริการ	1
พิเศษ จิรวัฒน์ไพบูล	
การประเมินโครงการภารกิจการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษา ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร และพื้นที่เร่งรัด ภายใต้ยุทธศาสตร์ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ภายใต้ การสนับสนุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	10
มนพิษี วสันติอุปโภค agr, สุเมธ องค์วรรณดี, พิษพันธ์ พงษ์สกุล	
สถานการณ์การติดตราและเลือกปฏิบัติผู้อุปถัมภ์ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาล เบทสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๕๘	25
ลานทิพย์ เทราบดัย, อภิญญา เปิ่ymัณนาทรัพย์, ประไพพิศ วิวัฒน์วนิช, ยกฤทธิ์ เสริวภาคิณปีกุล	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และการป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่	37
บรรณสนธิ โปภูก	
บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (AIDS 2016) ครั้งที่ 21 ๑๘-๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เดอร์บาน แอฟริกาใต้	51

Thai AIDS Journal
Volume 29, Number 1, 2016/2017

	Page
Antiretroviral Treatment Service Delivery and Roles of Human Resource for Health in Different Levels of Care <i>Thidaporn Jirawattanapisal</i>	1
Evaluation of Integrating HIV Prevention and Care on MSM Project, Bangkok and Risk Provinces upon National AIDS Plan (2012-2016) to AIDS Zero (in the Supporting of the Office of National Health Security) : A Program Evaluation <i>Montinee Vasantiuppakakorn, Sumet Ongwandee, Pichpun Pongsakul</i>	10
The Stigma and Discrimination against People who Living with HIV in Health Care Facilities, Health Provider Board Region 6, 2015 <i>Lanthip Hearabut, Apinya Piumwattanasup, Prapaipis Wiwatwanich, Yospart Saowapaklimkul</i>	25
The Determinant Factors Affected to Sefe-Sex Practice and Health Promotion to Prevent HIV Infection in Men Having Sex with Men (MSM) in Muang District of Chiang Mai <i>Panthanat Podok</i>	37
Abstracts of the Research Articles Related to Thailand Presented at the 21th International AIDS Conference, 18-22 July 2016 Durban, Africa	51

Editor

Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen
Department of Microbiology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
E-mail : prasert.thongcharoen@gmail.com

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สามารถสุ่ม หน่วยงานภาครีเชื้อชั่ย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล มหาวิทยาลัย ต่างๆ นิสิต นักศึกษา ประชาชนทั่วไป

2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และโรคที่เกี่ยวข้อง และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง

3. เพื่อเป็นสื่อกลาง ในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ทั้งภายในและภายนอกประเทศไทย

คณะที่ปรึกษา นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดา ลุยศิริโรจนกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชัยกุลวงศ์

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี

นายแพทย์นิสิต คงเกริกเกียรติ

แพทย์หญิงมนกินี วัฒต์อุปโภคการ

นางสมจิตต์ ฤกษ์นิมิตร

นางสาวทองกร ยัณังชี

นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน

นางสาวพัฒนา เพราษบารเลง

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มากกลาง

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุลชีววิทยาชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิก : prasert.thongcharoen@gmail.com

ผู้จัดการ นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์/โทรสาร(02)590-3289, 3291, 061-8753030

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิก : sunsanee_smith@yahoo.com

วารสารอิเล็กทรอนิก : E-Journal ลืมคันได้ที่ www.aidssti.ddc.moph.go.th และลืมคันต่อที่ e-library

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

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

คำศัพท์และการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารโรคเด็สยินดีรับเรื่องวิชาความรู้เกี่ยวกับโรคเด็ส และวิชาที่มีความสัมพันธ์กันเพื่อลงพิมพ์โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทยแต่มีบทตัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

เรื่องที่ส่งมาตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบนความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารโรคเด็ส

การส่งต้นฉบับ ให้พิมพ์ดีดหน้าเดียวบนกระดาษสันหนาด 21.6×27.9 ซม.บัน

มุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 2 ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ)

ต้นฉบับไม่ต้องพับและลงทะเบียนส่งทางไปรษณีย์พร้อมทั้งจดหมายกำกับจากผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

ควรสั้นให้ได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไชยต่อห้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาที่ง่าย สัน กะทัดรัดแต่ชัดเจน เพื่อประยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านและผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

การตรวจแก้ไข ถ้าต้องการแก้ไขเอง โปรดแจ้งให้ทราบด้วย มิฉะนั้นคณะกรรมการจะตรวจสอบแก้ไขให้ตามแต่จะเห็นสมควร

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษา) รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลวิจารณ์ผล สรุป และบทตัดย่อ ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย ควรประกอบด้วยบทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และบทตัดย่อ

บทพื้นฐาน ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวมรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทนำ บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

ข้อมูลเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่นานนัก

<p>บทคัดย่อ</p> <p>คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ในอธินายยา ไม่ว่าจะเป็นวิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษาวัดกุณ เป็นประโยชน์บูรณา ความยาวไม่เกิน 150 คำ ใน การเขียนบทคัดย่อ มีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อเอกสาร อ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ</p> <p>เอกสารอ้างอิง</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารได เมื่ออ้างถึงก่อนให้จัดเป็นอันดับหนึ่ง และเรียงตามลำดับไป เอกสารภาษาไทย ให้เรียงลำดับจากชื่อต้นของผู้เขียน ตามด้วยนามสกุล เอกสารภาษาอังกฤษ เรียงลำดับด้วยนามสกุลของผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง ชื่อย่อของสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตาม Index Medicus <p>การอ้างวารสาร เรียงตามลำดับดังนี้</p> <p>ผู้แต่ง. บทความ. ชื่อย่อของวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.</p> <p>ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี 7 คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรกแล้วเดิน et al.</p>	<p>ตัวอย่าง</p> <ol style="list-style-type: none"> Baskett TF, Allen AC, Gray JH, Young DC, Young LM. Fetal biophysical profile and perinatal death. <i>Obstet Gynecol</i> 1987; 70:357-60. Limanonda B, Van Griensven GJ, Chongvatana N, Tirasawat P, Coutinho RA, Auwanit W, et al. Condom use and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in Thailand. <i>Am J Public Health</i> 1994; 84(12):2026-27. <p>การอ้างหนังสือหรือตำรา ให้จัดลำดับดังนี้</p> <p>ผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.</p> <p>ตัวอย่างการอ้างหนังสือหรือตำรา</p> <p>Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Williams obstetrics. 17th ed. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985:976.</p> <p>ตัวอย่างการอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา</p> <p>ผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรพาธิการ. บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.</p> <p>Merril JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. In: Danforth DN, Scott JR, eds. Obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1986:0368-83.</p> <p>สำเนาพิมพ์ (reprint)</p> <p>ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารโรคเดดส์ จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน 20 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)</p>
--	--

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
314-6 ถ.บำรุงเมือง แขวงบ้านบาตร
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10200



การศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ บทบาทหน้าที่ด้านกำลังคนในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ละระดับบริการ

ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล*

Abstract

Antiretroviral Treatment Service Delivery and Roles of Human Resource for Health in Different Levels of Care

*Thidaporn Jirawattanapisal**

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

Background: Thailand launched universal access to Antiretroviral treatment (ART) service in 2003. This has increased demands for services with increasing numbers of People living with the Human Immunodeficiency Virus (PLHIV). This study therefore examined how service providers at all levels of care deliver ART services, and developed a tool to estimate future requirements for those providers.

Method: Two stages of data collection were conducted; fieldwork to collect data on activities and flow of ART services, and time required for each type of service provider.

Results: Three models of ART services were found, across all levels of facility in the public sector operating in high HIV/AIDS prevalence settings,: community-based, doctor-led and mixed-comprehensive.

Conclusions: All models adapted their ART services from the national guidelines by applying HR strategies: task shifting, skill mix and community-based approach, to maintain/increase accessibility and quality of care.

Key Words: Antiretroviral Treatment Service, Human Resource for Health, ART Service, ART Delivery Service, Task Shifting, Skill Mix, Community-Based Approach.

Thai AIDS J 2016/2017; 29 : 1-9

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

บทคัดย่อ

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ประเทศไทยให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในหลักประกันสุขภาพด้านหน้า ซึ่งมีจำนวนความต้องการบริการเพิ่มมากขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ศึกษารูปแบบการให้บริการในแต่ระดับของสถานบริการที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการมากในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

ผลการศึกษาพบการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 รูปแบบ ได้แก่ ชุมชน องค์รวม และตติยภูมิ ซึ่งมีกิจกรรมการให้บริการคล้ายกัน แตกต่างกันที่ความต้องการแพทย์และเวลาที่ใช้ในแต่ละระดับบริการ

ทุกรูปแบบมีการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ด้านการพัฒนากำลังคนคือ task shifting, skill mix และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและคงคุณภาพการรักษา

คำสำคัญ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเอดส์, ยาต้านไวรัสเอชไอวี, รูปแบบการให้บริการ, task shifting, skill mix, การมีส่วนร่วมของชุมชน

การสาร์โโรคเอดส์ 2559/2560; 29 : 1-9

บทนำ

โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาระดับโลกที่ต้องการใช้ทรัพยากรทั้งการเงิน บุคลากรและการบริหารจัดการภายใต้ความร่วมมือของหลายภาคส่วน ใน การจัดการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีมีอุบัติการณ์ระดับโลกลดน้อยลง เป็นร้อยละ 0.8% ตั้งแต่ ปี 2558⁽¹⁾ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลการศึกษาว่าสามารถช่วยยืดอายุผู้ติดเชื้อลดการเจ็บป่วยและการตายได้⁽²⁻⁵⁾ จากรายงานของ UNAIDS⁽¹⁾ พบว่ามีผู้ติดเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 36.9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็ก 2.6 ล้านคน โดยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบทวีปแอฟริกา ในแถบเอเชียและเอเชียแปซิฟิกพบผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 นั้น⁽¹⁾ ในจำนวนนี้เป็นจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทยประมาณ 350,000-400,000 คน⁽⁶⁾ ซึ่งในจำนวนนี้แสดงถึงจำนวนความต้องการการรับบริการการดูแลรักษา การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการบรรจุอยู่ในหลักประกันสุขภาพด้านหน้า ในประเทศไทย⁽⁶⁾ ตั้งแต่ปี 2546 และมีจำนวนผู้ได้รับการดูแลรักษาเกินกว่า 120,000 ราย ในปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา โดยผู้รับการดูแล

รักษามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นที่อัตราการเข้าถึงบริการที่ร้อยละ 76⁽⁷⁾

ในหลายประเทศในระดับโลกได้รับผลกระทบจากการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะประเทศแถบ Sub-Saharan Africa พบว่าการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มภาระงานของผู้ให้บริการในระบบสาธารณสุข ซึ่งมีความจำกัดและขาดแคลนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ตัวอย่างเห็นได้จากรายงานการศึกษาในประเทศ Malawi และประเทศ Mozambique พบการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขในการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรที่มีอยู่มีทักษะไม่พร้อม และมีภาวะความกดดันจากการทำงานค่อนข้างสูง รวมถึงมีการกระจายไปยังสถานบริการต่างๆ ที่ไม่สมดุล ปัญหาเหล่านี้ ส่งผลกระทบในระดับบริการสาธารณสุขโดยรวมเพราะประเทศที่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีสูงมีความต้องการการบริการสูงตามไปด้วย⁽⁸⁻¹⁰⁾

สำหรับประเทศไทย การให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีได้บรรจุอยู่ในระบบการให้บริการของโรงพยาบาลในรูปแบบการให้บริการตามข้อแนะ



นำของแนวทางการให้บริการยาต้านไวรัสระดับชาติ⁽⁴⁾ ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา โดยให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติเข้าได้กับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากสูตรพื้นฐานและให้บริการสูตรดื้อยากรณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าควรได้รับการรักษาด้วยสูตรดื้อยา ภายใต้การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมให้บริการดูแลรักษาควรประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ และผู้ให้การปรึกษา นอกจากนี้ในแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสระดับชาติตั้งกล่าว แนะนำถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถมีบทบาทร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ในหลายๆ กิจกรรม ได้แก่ การร่วมให้ความรู้ด้านการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา การช่วยแนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสมำเสมอให้แก่ผู้ติดเชื้อซึ่งอาจจะใช้ภาษา และการสื่อสารที่เข้าใจได้ง่ายกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมการติดตามผู้ติดเชื้อเพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสมำเสมอ ทำให้สามารถติดตามผู้ติดเชื้อในทั้งชิงรงค์และชิรันได้

การให้บริการยาต้านไวรัสได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการเข้าสู่ระบบเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้รับบริการก็มีอายุยืนยาวขึ้นตลอดจนระบบสาธารณสุขได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบสาธารณสุขหลักฯ ได้แก่ การเปลี่ยนจากสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วทั้งประเทศไทย จนครบทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2554⁽¹¹⁾ ปัจจัยหลักฯ ดังกล่าวนี้ ระยะเวลาผ่านมา เป็นพิเศษ (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน) จึงทำให้เกิดคำถามเพื่อศึกษาวิจัยว่าระบบการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีในปัจจุบันนี้ สามารถดำเนินตามแนวทางการให้บริการยาต้าน

ไวรัสເອົ້າໄວ້ໄດ້ຫົວ້ວ່າໄມ້ແລະມີຽບແບບການໃຫ້ບໍລິການ
ເປັນຍ່າງໄຣ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีในคลินิกการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีในคลินิกการให้บริการยาต้านไวรัสต่อระดับ และกำลังค้นในด้านบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีในคลินิกการให้บริการยาต้านไวรัสในสถานบริการเหล่านั้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในรูปแบบ Cross-sectional study design โดยใช้วิธีการศึกษาแบบเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา Case study โดยทำการเลือกโรงพยาบาลในทุกระดับการให้บริการ ระดับละ 1 แห่ง ได้แก่ ตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยเลือกจากพื้นฐานจำนวนผู้รับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีจำนวนที่มากเป็นหลัก นอกจากนี้ในส่วนของระดับปฐมภูมิได้เลือกโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลล่งเหลริมสุขภาพต่ำบลที่อยู่เขตโรงพยาบาลชุมชนนั้น และสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัวอย่างตัวอย่างไวรัสได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบบันทึกข้อมูลพร้อมกับการสังเกต
ควบคู่ไปกับการการสัมภาษณ์แบบมีแบบแผนและ
การสัมภาษณ์ปลายเปิด โดยประเด็นในการศึกษา
ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 บุคลากรผู้ที่ให้บริการยาด้าน ไวรัสเอ็ชไอวีและกิจกรรมที่ให้บริการ

ส่วนที่ 2 เวลาที่ให้บริการในแต่ละกิจกรรม
ส่วนที่ 3 อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หาย

ໄຟຈາກຮະນາເກາຣດແລ້ວກົມາ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้จัดได้ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น เพื่อทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2555 โดยเก็บข้อมูลในคลินิกการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลประจำวิชาชั้น 3 โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสันป่าตองจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลบ้าน-หัวริน โรงพยาบาลบ้านโรงรัว และโรงพยาบาลบ้านแม่กุ้งหลวง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปด้วยค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูล แบบการกระจายตัวของข้อมูลแบบ Non-parametric test

ผลการศึกษา

การศึกษานี้สามารถเก็บข้อมูลผู้รับบริการ และผู้ให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้วยระบบ One stop service ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้รับการรักษาเป็นศูนย์กลางโดยทีมผู้ให้บริการรวมตัวกันที่ HIV clinic และจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการ โดยการศึกษานี้แบ่งเป็นผู้รับบริการเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ที่ยังไม่เคยรับการรักษาและเริ่มรักษา
2. ผู้ที่รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมาติดตามผลการรักษาที่ HIV clinic ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้หลังจากที่เริ่มการรักษาแล้วจะได้รับการนัดติดตามผลการรักษาทุกๆ 3 เดือน หลังจากผ่านระยะเวลาเริ่มการรักษา ซึ่งจะได้รับการติดตามผลการรักษาในระยะแรกเริ่มนั้น 1 เดือน จนกว่าจะมั่นใจว่าผู้รับการรักษาปรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือเมื่อ尼古ตินาติดตามเพื่อบำบัดรักษาอาการเหล่านั้นได้หลัง

จากนั้นก็จะนัดผู้รับยาตามติดตามผลการรักษาและผลการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุก 2 เดือนและ 3 เดือน ตามลำดับ

3. ผู้รับยาที่มารับการรักษาต่อเนื่องแต่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือต้องต่อยาต้านไวรัสกลุ่มนี้จะได้รับการบริการที่ชับซ้อนมากขึ้น อาจจะต้องมีการเพิ่มยารักษาอาการไม่พึงประสงค์ หรือการปรับสูตรยาต้านไวรัสต่างๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นๆ และมีการนัดมา_rับบริการรักษาเพื่อติดตามผลการรักษาอาการไม่พึงประสงค์หรือการปรับสูตรยาถี่ขึ้นกว่าการนัดปกติทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา

ผลการศึกษานี้จัดแบ่งการบริการและผู้ให้บริการได้เป็น 5 กิจกรรม ได้แก่

1. กิจกรรมการลงทะเบียนและแรกรับ กิจกรรมนี้ทุกสถานบริการมีผู้ให้บริการ คืออาสาสมัครซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือลูกจ้างชั่วคราวของโรงพยาบาลทำหน้าที่รับบัตรนัด และตรวจสอบเอกสารข้อมูลต้านทานทะเบียน และประวัติการรักษาของผู้รับการรักษา ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง เตรียมแฟ้มประวัติและข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ในทีมผู้รักษา

2. กิจกรรมการตรวจวินิจฉัยและตรวจรักษา

กิจกรรมนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละระดับของการให้บริการ ดังนี้

- 2.1 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลชลบุรี เป็นกรณีศึกษาสำหรับการศึกษานี้ พบว่าแพทย์เป็นผู้ให้บริการวินิจฉัยและรักษาโรค แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบแพทย์ทุกราย

- 2.2 โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลจังหวัดประจำวิชาชั้น 3 เป็นกรณีศึกษา พบว่าแพทย์ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เข้ารับ



การรักษาทุกราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษา และต้องการพบแพทย์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ผลการรักษาที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้รับการรักษาที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาrunแรง มีภาวะดื้อต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี หรือมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยาด้วยปัจจัยต่าง ๆ ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการรักษาที่คงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดื้อยา สามารถพบเจ้าหน้าที่ที่แพทย์มอบหมายให้ดูแลแทนได้ (Task shifting) ได้แก่ พยาบาลและเภสัชกรเฉพาะทางที่ได้รับการอบรมและมีประสบการณ์การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อมานานกว่า 10 ปี โดยตัวแทนแพทย์ดังกล่าวจะสามารถวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาตามที่แพทย์เคยจ่ายไว้ในการให้บริการดูแลรักษาครั้งที่ผ่านมา พร้อมทั้งกำหนดวันนัดครั้งถัดไปตามมาตรฐานของหน่วยบริการที่กำหนดไว้ได้

2.3 โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยมีโรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสั่งเสริมสุขภาพดำเนลักษณะ 3 แห่งในเขตสันป่าตอง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านหัวริน โรงพยาบาลบ้านโรงวัว และโรงพยาบาลบ้านแม่กุ้งหลวง เป็นตัวแทนของกรณีศึกษาของการศึกษานี้ พบว่า 医师ที่โรงพยาบาลสันป่าตองทำหน้าที่วินิจฉัยและตรวจรักษาผู้ติดเชื้อรายแรกทุกราย ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีผลการรักษาคงที่ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 医师จะมอบให้พยาบาลในคลินิกเป็นผู้ให้บริการแทนแพทย์ (Task shifting) รวมถึงการสั่งจ่ายยาและนัดผู้รับการรักษาสำหรับวันนัดครั้งต่อไปได้ ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อน 医师จะทำหน้าที่วินิจฉัยและตรวจรักษาเอง รวมถึงผู้ติดเชื้อที่ต้องการพบแพทย์ เช่นเดียวกัน

สำหรับโรงพยาบาลสั่งเสริมสุขภาพดำเนลักษณะ พยาบาลที่โรงพยาบาลจะทำหน้าที่สั่งจ่ายยาตามสูตรที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลสันป่าตองให้

แก่ผู้ติดเชื้อที่มีผลการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ติดเชื้อเหล่านี้ได้ถูกประเมินว่าพร้อมที่จะรับการรักษาที่โรงพยาบาลสั่งเสริมสุขภาพดำเนลักษณะ โดยมีผลการรักษาที่เป็นที่พอใจ มีการปริมาณภูมิคุ้มกันในระดับที่สูงขึ้นและ ไม่มีภาวะดื้อต่อยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ จะยังกลับไปรับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลสันป่าตองทุก 6 เดือน หากมีอาการผิดปกติใดๆ ผู้ติดเชื้อเหล่านี้จะได้กลับไปรับการรักษาโดยพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลสันป่าตองต่อไป

2.4 กิจกรรมการจ่ายยา

หลังจากรับการรักษาแล้วผู้ติดเชื้อมารับยาที่คลินิกที่จัดระบบการจ่ายยาเป็นแบบ one stop service ซึ่งอยู่ในบริเวณในจุดบริการวินิจฉัยและตรวจรักษา ที่จุดจ่ายยาผู้ติดเชื้อจะได้รับยาจากเภสัชกร ที่จัดและตรวจสอบโดยเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พร้อมทั้งขอใบอนุญาติการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสมำเสมอ

2.5 กิจกรรมการให้บริการปรึกษา

พบว่าการให้บริการปรึกษาจากสถานบริการทุกแห่งที่ไปเก็บข้อมูลนี้โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการให้บริการปรึกษา ผู้ให้บริการปรึกษานี้ให้บริการปรึกษาก่อนและหลังตรวจภาวะการติดเชื้อเอชไอวี การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสมำเสมอ และสิทธิการรักษาต่างๆ ของผู้ติดเชื้อ

2.6 การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

ที่มห้องปฏิบัติการได้ให้บริการตรวจวินิจฉัยครบทวงครั้งแรกผู้ติดเชื้อซึ่งรวมการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นที่มีนัด (ตรวจโลหิตวิทยา การทำงานของตับและไต เป็นต้น) และการตรวจภูมิคุ้มกันทุก ๆ 6 เดือน

การศึกษานี้ยังได้เก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ในการบริการ จากการสังเกตเวลาการให้บริการที่คลินิกบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า การให้บริการลง

ทะเบียน ชั้นนำหนักวัดล่วงสูงในจุดรับบัตรนัด ก่อน การซักถามอาการ และตรวจวินิจฉัยใช้เวลาโดยเฉลี่ย 1-2 นาที การซักถามอาการและตรวจรักษาใช้เวลา 4-6 นาที และการจ่ายยาใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที โดยคลินิกยาต้านไวรัสในสถานบริการแต่ละระดับและรูปแบบใช้เวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งโดยรวมใช้เวลาประมาณ 7-9 นาที ($P\text{-Value} \leq 0.05$) ตารางที่ 1 แสดงเวลาในการให้บริการในคลินิกให้บริการยาต้านไวรัสในแต่ละรูปแบบ

อภิปรายผลการศึกษา

รูปแบบการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีตามแนวทางการให้บริการยาต้านไวรัสระดับชาติ แนะนำให้มีการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีในรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมสาขาวิชาชีพ⁽⁷⁾ อย่างน้อยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัช เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ และผู้ให้การปรึกษาร่วมในการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี นอกจากนี้ ในแนวทางการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีได้แนะนำถึงความมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็น

ตารางที่ 1. เวลาที่ให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ต่อครั้งที่นัดผู้ติดเชื้อแต่ละกลุ่มและแต่ละรูปแบบการให้บริการ

กลุ่มผู้ติดเชื้อ แบ่งตามการรักษา	จำนวน ผู้ติดเชื้อ (ราย)	เวลาที่ให้บริการ ในแต่ละรูปแบบการดูแลรักษา (นาที)		
		รูปแบบชุมชน รพ.สันป่าตองและ เครือข่าย	รูปแบบติดภูมิ รพ.ชลบุรี	รูปแบบองค์รวม รพ.ประจำวันคีรีขันธ์
รวม	1,526	307	984	235
มารับการรักษา ต่อเนื่องแบบไม่มี ภาวะแทรกซ้อน	1,374	8.24 \pm 0.18	6.11 \pm 1.97 *	6.09 \pm 0.14*
มารับการรักษา ต่อเนื่องแบบมี ภาวะแทรกซ้อน	122	10.23 \pm 0.60*	11.05 \pm 3.84	12.75 \pm 0.10
รายใหม่เริ่มรักษา	30	9.78 \pm 2.11	11.14 \pm 2.98	13.35 \pm 1.23
เวลาเฉลี่ยในการให้บริการรักษาผู้ติด เชื้อเอชไอวี (นาที) (ลงทะเบียน ตรวจรักษา และจ่ายยา)		8.47 \pm 3.08 [#]	6.54 \pm 2.58 [#]	7.00 \pm 3.39 [#]

Note: * แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} \leq 0.05$)

เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อในรูปแบบการดูแลรักษาเดียวกัน

[#] แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} \leq 0.05$)

เมื่อเทียบระหว่างรูปแบบการรักษาที่แตกต่างกัน



อาสาสมัคร หรือแกนนำผู้ติดเชื้อ ช่วยทำกิจกรรมร่วมกับทีมนบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการต้านไวรัสเอ็ชไอวี ซึ่งพบได้ในทั้ง 3 รูปแบบที่ได้รับการศึกษานี้ ได้แก่ รูปแบบชุมชน (สันป่าตองโนเมเดล) รูปแบบติดภูมิ (ชลบุรีโนเมเดล) และรูปแบบองค์รวมนั้น (ประจวบคีรีขันธ์โนเมเดล) แต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกัน โดยสามารถเปรียบเทียบจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ กิจกรรมและภาระงาน และอัตราการสูญเสียหรือการตึงใจให้ผู้รับการดูแลรักษาคงอยู่ในระบบ

การศึกษาพบว่ารูปแบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในรูปแบบชุมชนโรงพยาบาลสันป่าตอง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ โรงพยาบาลระดับชุมชนขนาดใหญ่ 120 เตียงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการยาต้านไวรัสใน HIV clinic ของโรงพยาบาล โดยแพทย์ถ่ายทอดส่งต่องานการตรวจรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสที่มารับยาต่อเนื่องและไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและไม่มีความประสงค์จะพบแพทย์โดยเฉพาะที่ HIV clinic ของโรงพยาบาลสันป่าตองนี้ โดยแพทย์ส่งหน้าที่และบทบาทในการวินิจฉัยและรักษาให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลและทีม รพ.สันป่าตองได้ถ่ายโอนหน้าที่และบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสที่ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและรับยาต่อเนื่องให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสันป่าตองทุกแห่ง (Task delegation) โดยโรงพยาบาลสันป่าตองทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษา หากผู้ติดเชื้อมีความต้องการพบแพทย์หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์รวมถึงการตรวจเพื่อการวินิจฉัยด้วยการตรวจห้องปฏิบัติการต่างๆ ตามกำหนดเวลาที่ควรดำเนินการตามแนวทางดังนี้

ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพก็จะแจ้งมายัง HIV clinic ของโรงพยาบาลสันป่าตองเพื่อนัดรับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตองต่อไป โดยในการให้บริการยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาด 1 เตียง) นี้ บรรจุรูปแบบการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบสหสาขาวิชาชีพ เช่นเดียวกันกับที่พบในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทีมให้บริการยาต้านไวรัสประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Task shifting) ในการดูแลติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ^(12,13) พับผลการติดตามเชิงบวกโดยอัตราที่ญี่ปุ่นอยู่จากระบบ (ร้อยละ 0.30) สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกราย หรือมีอัตราการหายจากระบบการดูแลรักษาโดยไม่สามารถติดตามได้เป็นศูนย์

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับภาค (ขนาด 825 เตียง) ในบทบาทของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่เน้นมาพับแพท์โดยเฉพาะและเพื่อห่วงการรักษาด้วยเทคโนโลยีและเครื่องมือที่ก้าวล้ำกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในระดับที่ย่อยลงไปผู้ติดเชื้อที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรีได้พบแพทย์ทุกรายทั้งที่มารับยาต่อเนื่องและผู้มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนั้นแพทย์จึงมีบทบาทหลักและสำคัญและการงานหนัก เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในขนาดอื่นๆที่ระดับบริการย่อยลงไป แต่อย่างไรก็ตามด้วยประสบการณ์การทำงานของแพทย์ผู้ให้การรักษาของโรงพยาบาลชลบุรีได้พัฒนารูปแบบบริการถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดเป็นลูกจ้างประจำช่วยจัดเตรียมข้อมูลทั้งหมดได้แก่ ด้านผลการรักษาและผลทางห้องปฏิบัติการให้พร้อมก่อนที่แพทย์จะเริ่มตรวจรักษา เตรียมแฟ้มประวัติเตรียมใบสั่งยาแบบ refill ทุกรายโดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาหากต้องการเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือจัดให้มีการรักษาอาการ

ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่อไป และช่วยจัดทำวันนัดตามวงรอบปกติสำหรับผู้ที่รับยาและไม่มีอาการผิดปกติเป็นทุกๆ 3 เดือน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชลบุรีมีข้อจำกัดด้านการติดตามผู้รับบริการที่สามารถติดตามได้โดยการโทรศัพท์ หากผู้ป่วยไม่มาตามนัดและเตรียมนัดครั้งถัดไปเพื่อให้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งไม่สามารถจัดระบบติดตามผู้มารับการรักษาเชิงรุกไปถึงบ้านหรือชุมชนของผู้มารับการรักษาได้ จึงมีอัตราที่ผู้ป่วยหายใจระบบการดูแลรักษาโดยไม่สามารถติดตามได้ (ร้อยละ 7.38%) สูงกว่ารูปแบบบริการของอีกสองแห่ง

โรงพยาบาลประจำบดีรีชั้นร์มีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อในระดับโรงพยาบาลจังหวัด (ขนาด 300 เตียง) ที่ใช้กลยุทธ์ในการถ่ายทอดงานจากบุคลากรทางการแพทย์อาชีพหนึ่งไปยังอาชีพอื่นๆ (Task-shifting) เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลสันป่าตองโดย HIV clinic ของโรงพยาบาลประจำบดีรีชั้นร์ แพทย์ได้มอบให้เภสัชกรผู้มีความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือมีการรักษาที่ต้องเนื่องและไม่ต้องการพบแพทย์เป็นการเฉพาะนอกจากนี้โรงพยาบาลประจำบดีรีชั้นร์ยังมีการจัดกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มารับการรักษาเป็นกลุ่มเพื่อสะดวกในการรักษาและจัดทำกิจกรรมกลุ่มด้วยความช่วยเหลือของกลุ่มอาสาสมัครที่มาช่วยที่ HIV clinic ของโรงพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลประจำบดีรีชั้นร์ยังจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลรักษาและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อระบบนี้สามารถช่วยทำให้ผู้ติดเชื้อคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยแบบจะไม่มีผู้ที่รับยาหายไปโดยไม่ทราบสาเหตุ

เมื่อเปรียบเทียบเวลาในการให้บริการพบว่าทุกรูปแบบในแต่ละสถานบริการใช้เวลาใน

การให้บริการในกลุ่มผู้ที่มีภาวะการแทรกซ้อนในการรักษาสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มารับบริการรายใหม่และผู้ที่มาติดตามผลการรักษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบริการทั้ง 3 รูปแบบนั้น พบว่าสันป่าตองโนเดล ใช้เวลาในการให้บริการสูงกว่า ประจำบดีรีชั้นร์โนเดล และชลบุรีโนเดลตามลำดับ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าเวลาในการให้บริการซึ่งอยู่กับกิจกรรมที่ต้องให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เช่น หากมีจำนวนกิจกรรมขั้นตอนที่ต้องให้บริการโดยเจ้าหน้าที่มากกว่าก็จะใช้เวลาในการบริการที่มากขึ้น ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้พบรูปแบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 รูปแบบ ในระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเรียกว่า รูปแบบชุมชน (สันป่าตองโนเดล) รูปแบบองค์รวม (ประจำบดีรีชั้นร์โนเดล) และรูปแบบตติยภูมิ (ชลบุรีโนเดล)

การศึกษานี้สรุปได้ว่าทุกรูปแบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีประยุกต์การให้บริการจากคำแนะนำที่กำหนดให้แนวทางการให้บริการยات้านไวรัสเอชไอวีระดับประเทศ โดยใช้กลวิธีทางด้านการบริหารจัดการกำลังคนและระบบสาธารณสุข ได้แก่ Task shifting, skill-mix และการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ไม่ใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาควัสดุ หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารูปแบบการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นกรณีศึกษาโดยเลือกเฉพาะโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้รับบริการสูง สำหรับ



การศึกษาด้ไปควรศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้มารับบริการในระดับอื่นๆ การศึกษานี้วัดประสิทธิภาพของการให้บริการดูแลรักษาโดยการเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ของผู้มารับการดูแลรักษาในแต่ละรูปแบบการบริการ ซึ่งในการศึกษาอื่นๆ หากไม่มีข้อมูลด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือเวลาเป็นเงื่อนไข จึงเห็นควรเปรียบเทียบประสิทธิภาพด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลชลธร โรงพยาบาลประจำวันศรีชันร์ โรงพยาบาลบ้านหัวริน โรงพยาบาลบ้านแม่กุ้งหลวง และโรงพยาบาลบ้านโรงวัว สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค สำนักงานพัฒนาอย่างยั่งยืน กระทรวงประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS factsheet statistic 2015.
2. World Health Organization. HIV treatment access reaches over 1 million in sub-Saharan Africa. Geneva, 2006.
3. Panupak P. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: what can we learn from the existing programmes in Thailand. AIDS, 2004; 18 (Suppl 3) : S33–S38.
4. Chasombat S, Lertpiriyasuwan C, Thanprasertsuk S, et al. The national access to antiretroviral program for PHA (NAPHA) in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2006; 37 : 704–15.
5. Chasombat S, McConnell M, Siangphoe U, et al. National Expansion of Antiretroviral treatment in Thailand, 2000–2007: program scaling-up and patient outcomes. AIDS, 2009; 50 : 506–12.
6. Ministry of Public Health. Ungass Country Progress Report: Thailand, reporting during January 2008–December 2009. Nonthaburi, Thailand: National AIDS Prevention and Alleviation Committee, Ministry of Public Health, Thailand. 2010
7. National Health Security Office. Number of people who have been receiving Antiretroviral drugs in Thai National AIDS programme: June 2011. Nonthaburi, Thailand: National Health Security Office. 2011.
8. World Health Organization. Working together for health. Geneva: World Health Organization. 2006.
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on global AIDS epidemic 2013. [online] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at: http://www.unaids.org/en/media/unaidsscontentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf. 2013.
10. Schneider H, Hlophe H. and van Rensburg D. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tension and prospects. Health Policy and Planning, 2008; 23 : 179–87.
11. Ministry of Public Health. District Hospitals: health promotion policy. [online] Nonthaburi: Bureau of Primary Care Development Coordination, Ministry of Public Health, Thailand. 2010. Available at: <http://phmahidol-blusita.blogspot.com/2010/02/blog-post.html>
12. Klinbuayam V. Shifting tasks of ART services from Sanpatong District Hospital to sub-district hospitals in Sanpatong district. 2012.
13. Thakumta P. Transferring HIV patient to Sub-District Hospitals in Sanpatong district. 2012.

การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพมหานคร และพื้นที่เร่งรัด ภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ปายให้การสนับสนุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มนพนี วัสดันติอุปโภคภาร*, สุเมธ องค์วรรณดี*, พิชพันธ์ พงษ์สกุล*

Abstract

Evaluation of Integrating HIV Prevention and Care on MSM Project, Bangkok and Risk Provinces upon National AIDS Plan (2012-2016) to AIDS Zero (in the Supporting of the Office of National Health Security) : A Program Evaluation

Montinee Vasantiuppapokakorn*, Sumet Ongwandee*, Pichpun Pongsakul*

*Bureau of AIDS TB &STIs, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi.

Background: Estimation from AIDS Epidemic Model (AEM), new HIV-infected were to increased 43,040 cases during 2012-2016 and most of prevalence rate among MSM was forty-one. The objective of this study were determine Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) and evaluation out come and procedure process of MSM from three provinces in Thailand.

Methods: Analyzed and evaluated out come and cost effective of project in the view of a Third Party.

Results: The study analyzed the procedure process which it had invested 5,300,000 baths and ICER of outreach program was 9,000 baths if we analyzed only outreach co-ordinator, ICER was 12,000 baths and next year ICER will decrease to 7,600 baths.

Conclusion: Although this project had high investment but it was so useful. It yield decrement of risk of HIV- infection.

Key Words: MSM (Men who have sex with men), ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio), AIDS Epidemic Model (AEM)
Thai AIDS J 2016/2017; 29 : 10-24

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี



ບທຄດຍອ

ທີ່ມາແລະຄວາມສຳຄັງ: ຈາກການຄາດປະມານຈຳນວນຜູ້ຕິດເຂົ້າ ຮາຍໃໝ່ໃນຮະຫວ່າງ ພ.ສ. 2555–2559 ໂດຍວິທີ AIDS Epidemic Model (AEM) ດາວວ່າຈະມີຜູ້ຕິດເຂົ້າ ຮາຍໃໝ່ເພີ່ມຂຶ້ນລົງ 43,040 ດາວ ໂດຍໃນຈຳນວນນີ້ກຸ່ມໍ່ໜ້າມີເພື່ອສັນພັນຮັບໜ້າ ເປັນກຸ່ມໍ່ທີ່ຈະມີສັດສ່ວນການຕິດເຂົ້າ ຮາຍໃໝ່ສູງທີ່ສຸດລົງຮ້ອຍລະ 41 ແນ່ງໃນຂໍ້ເສັນອໜັກຈາກຮາຍງານກາປະເມີນຂອງໂຄຮກການຮັບການສັນສຸນຈາກກອງທຸນໂລກາ ດືກການປັບແນວຄົດການໃຫ້ບໍລິການເຊີງຮູກ

ວັດຖຸປະສົງສົງ: ເພື່ອວິເຄາະທີ່ຕັ້ງທຸນປະສົງທີ່ພື້ນຖານໂຄຮກການພັດທະນາເຈົ້າໜ້າທີ່ໃຫ້ບໍລິການເຊີງຮູກແລະແກນນຳກຸ່ມໍ່ໜ້າມີເພື່ອສັນພັນຮັບໜ້າ ເພື່ອປະເມີນກະບວນການທຳການແລະຜລດັບພົບຂອງໂຄຮກໃນຈັງທັດທີ່ໄດ້ຮັບການຕັດເລືອກ 3 ຈັງທັດ ທີ່ເຂົ້າວ່າງໂຄຮກບູນການປັບປຸງກັນການຕິດເຂົ້າເອົ້າໂລວີແລະການດູແລວ້າກາໃນກຸ່ມໍ່ໜ້າມີເພື່ອສັນພັນຮັບໜ້າ

ວິເກີຣາສຶກ່າ: ກາວິເຄາະທີ່ປະເມີນຕັ້ງທຸນແລະປະສົງທີ່ພື້ນຖານໂຄຮກການກາຕຶກ່າຕົ້ນທຸນພົດຕອນແພນແບບໄປໜ້າໜ້າ (Prospective) ມຸນມອງທີ່ໃຊ້ໃນການຕຶກ່າຕົ້ນທີ່ຕົ້ນມຸນອັງຜູ້ຈ່າຍເຈີນ (Third Party) ກາວິເຄາະທີ່ປະເມີນຄຸນກາພາວໃນການທຳການ

ປະຈາກແລະກຸ່ມໍ່ຕ້ວຍໜ້າ: ປະຈາກທີ່ໃຊ້ໃນການຕຶກ່າຕົ້ນທຸນໃນຈັງທັດພະເຍາ ຮະດັບໂຄຮກ ໄດ້ແກ່ 1) ເຈົ້າໜ້າທີ່ສໍານັກໂຄຮກເອດສ໏າທີ່ເກີ່ມຂອງບັນໂຄຮກ ຮະດັບປົກບົດ ໄດ້ແກ່ 1) ເຈົ້າໜ້າທີ່ເຊີງຮູກ (Outreach Coordinator) ພາຍໃຕ້ໂຄຮກບູນການກາປັບປຸງກັນການຕິດເຂົ້າເອົ້າໂລວີໃນຈັງທັດພະເຍາ ພຣະນະຄະຫຼວງຍາໂຮງ ແລະຕຽງ 2) ເຈົ້າໜ້າສໍານັກຈານສາຮາຣສຸຂະປະຈັງທັດທີ່ 3 ຈັງທັດ ທີ່ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຂອບໂຄຮກ 3) ເຈົ້າໜ້າທີ່ໂຮງພຍາບາລໃນພື້ນທີ່ ແລະ 4) ເຈົ້າໜ້າທີ່ສໍານັກຈານປັບປຸງກັນຄວນຄຸມໂຄຮກ

ສົດທິທີ່ໃຊ້ໃນການວິຈ້າຍ: ສົດທິເຊີງພຣະນາ

ຜລກາຕຶກ່າ: ກາດດຳເນີນກິຈການຕັ້ງກ່າວໃຫ້ເກີດຕັ້ງທຸນໃນຈັງທັດພະເຍາ 10 ເດືອນປະມານ 5,300,000 ບາທ ອີເຄີດເປັນ 53,000 ຕ່ອງເດືອນຕ່ອງຈັງທັດ ພບວ່າຍົດຮ່ວມທັນທຸນປະສົງທີ່ພື້ນຖານ 9,000 ບາທ ທັນທຶນຕໍ່ກໍານົນເພັະປະສົງທີ່ເກີດຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ໃຫ້ບໍລິການເຊີງຮູກເທົ່ານັ້ນ ດ້ວຍກຸ່ມໍ່ໜ້າຕັ້ງທຸນປະສົງທີ່ພື້ນຖານຈະສູງຂຶ້ນເປັນ 12,000 ບາທ

ອ່າຍ່າງໄຮກ້ຕາມຈະເຫັນວ່າໃນປີ້ຕ່ອງໄປ ຕັ້ງທຸນກາລົງທຸນເຮັ່ນຕົ້ນໂຄຮກໄມ້ມີຄວາມຈຳເປັນ ທຳໄຫ້ດ້ວຍກຸ່ມໍ່ໜ້າຕັ້ງທຸນປະສົງທີ່ພື້ນຖານໂຄຮກ ລດລອງຈາກ 9,000 ບາທ ແລ້ວປະມານ 7,600 ບາທ

ສຽງຜົດກາຕຶກ່າ: ສຽງຜົດໄດ້ຍ່າງໜັດຈິງຈາກກາຕຶກ່າຕົ້ນທີ່ຕື່ອ ໂຄຮກ ນີ້ ອື່ນມັຈະທຳໄຫ້ຕັ້ງທຸນສູງຂຶ້ນ ແຕ່ກີ່ກຳໄຫ້ເກີດຜົດປະໂຍ້ນເພີ່ມຂຶ້ນເປັນກັນ ເພວະອັດການແພວເຂົ້ອລົດລອງ

ຄຳສຳຄັງ ຜ້າຍມີເພື່ອສັນພັນຮັບໜ້າ ກາວິເຄາະທີ່ຕັ້ງທຸນ–ປະສົງທີ່ພື້ນຖານ, ກາດຄາດປະມານການຕິດເຂົ້າເອົ້າໂລວີ ວາງສາຣໂຄເອດສ໌ 2559/2560; 29 : 10–24

ບທນໍາ

ກ່າວ່າສາມທຄວຣທີ່ຜ່ານມາ ປະເທດໄທຢ່ານເປັນປະເທດທີ່ປະສົບຄວາມສຳເຮົາໃນການແກໍໄຂປ່າຍຫາກາແພວຮະບາດຂອງເຂົ້າເອົ້າໂລວີໃນກຸ່ມໍ່ປະຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັບໜ້າ ໂດຍເພັະໃນກຸ່ມໍ່ທີ່ຈະມີສັດສ່ວນການຕິດເຂົ້າ ໄດ້ອ່າຍ່າງເຫັນເປັນຮູບປ່ອຮົມ ອ່າຍ່າງໄຮກ້ຕາມ ຈາກກາຕຶກ່າຕົ້ນທຸນປະສົງທີ່ພື້ນຖານ ພ.ສ. 2555–2559 ໂດຍວິທີ AIDS Epidemic Model (AEM) ດາວວ່າຈະມີຜູ້ຕິດເຂົ້າ ຮາຍໃໝ່ເພີ່ມຂຶ້ນລົງ 43,040 ດາວ ໂດຍໃນຈຳນວນນີ້ກຸ່ມໍ່ໜ້າມີ

ເພື່ອສັນພັນຮັບໜ້າ ເປັນກຸ່ມໍ່ທີ່ຈະມີສັດສ່ວນການຕິດເຂົ້າ ຮາຍໃໝ່ສູງທີ່ສຸດລົງຮ້ອຍລະ 41⁽¹⁾

ທີ່ນີ້ໃນຂໍ້ເສັນອໜັກຈາກຮາຍງານກາປະເມີນຂອງໂຄຮກການຮັບການສັນສຸນຈາກກອງທຸນໂລກາ ດືກການປັບແນວຄົດການໃຫ້ບໍລິການເຊີງຮູກ ທີ່ນອກຈາກສັນສຸນການໃຊ້ຄຸງຍາງອນນັມຍ່ອຍ່າງສົ່ມໍາເສນອເລົ້າ ຄວາລ່າງເສຣີມໃຫ້ໜ້າມີເພື່ອສັນພັນຮັບໜ້າ ຮູ້ສານກາຮົມຕິດເຂົ້າເອົ້າໂລວີຂອງຕົວແອງແລະເຂົ້າຮັບບໍລິການຕຶກການຕິດເຂົ້າເອົ້າໂລວີ ໂດຍຂໍ້າຍຄວາມຄຣອບຄລຸນຂອງການໃຫ້ບໍລິການຕຶກການຕິດເຂົ້າເອົ້າ-

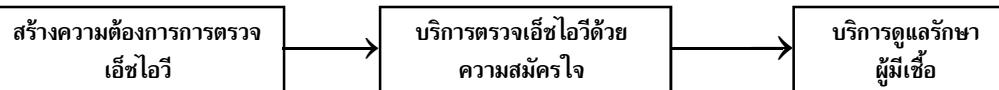
12 การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

ไอวีแบบทราบผลเร็วในประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้ฟังผล และการปรับระบบการส่งต่อเพื่อนำเสนอที่ตรวจพบเชื้อฯ สู่กระบวนการการดูแลรักษาโดยเร็ว โดยต้องได้รับบริการตรวจ CD4 ทุกรายเพื่อประเมินความต้อง

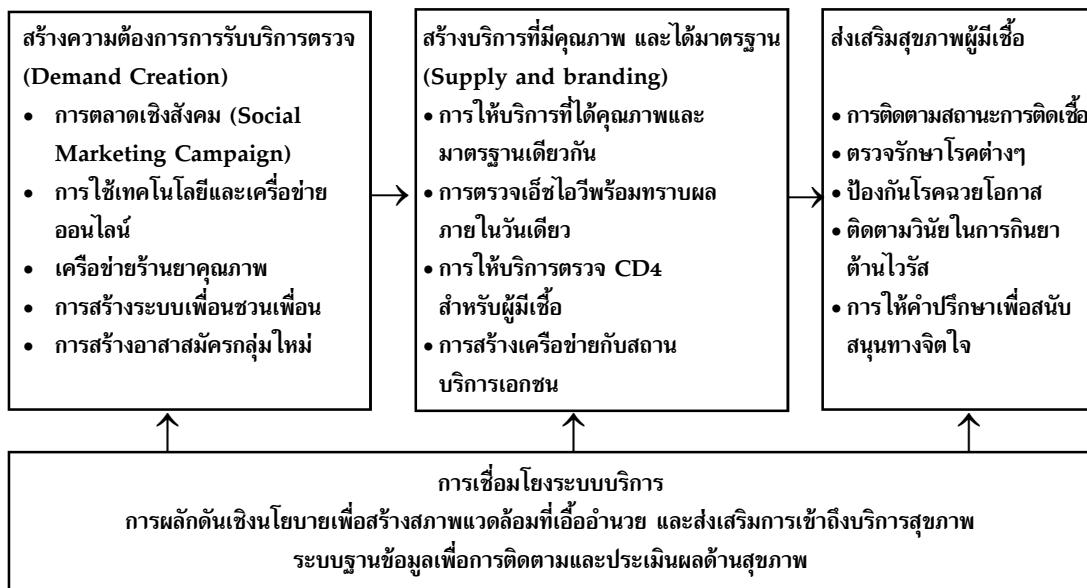
การการดูแลเบื้องต้น นอกจากนี้ รายงานยังได้เสนอให้มีการรณรงค์ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เป็นกิจกรรมต่อเนื่องควบคู่ไปกับการส่งเสริมความต้องการเข้ารับการตรวจในประชากร กลุ่มนี้ (Wolf C, 2012)

กรอบแนวคิดในการดำเนินงานที่เป็นวัตกรรมการบูรณาการการป้องกันและการดูแลรักษาเอชไอวีให้เชื่อมโยงเป็นเนื้องานที่ต่อเนื่อง

เป้าหมาย : เพื่อให้ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อของตนเองและได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ อันจะเป็นส่วนหนึ่งของการลดการติดเชื้อรายใหม่ตามแผนยุทธศาสตร์อดส์ชาติ



- วัตถุประสงค์ :**
- เพิ่มจำนวนผู้ตรวจเอชไอวีและทราบผลการตรวจของกลุ่มเป้าหมาย
 - เพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาในผู้ที่มีเชื้อ
 - เพิ่มจำนวนผู้ตรวจเอชไอวีผลลัพธ์ที่กลับมาตรวจน้ำเงาะ



วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของโครงการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกและแกนนำกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
- เพื่อประเมินกระบวนการทำงานและ

ผลลัพธ์ของโครงการ ในจังหวัดที่ได้รับการตัดเลือก 3 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย



ขอบเขตของการประเมิน

ทำการประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพมหานคร และพื้นที่เร่งรัดภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ โดยวิเคราะห์ใน 3 กิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้บริการ เชิงรุกดำเนินการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ใน 11 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ พระนครศรีอยุธยา พังงา ระยอง หนองคาย ตรัง บุรีรัมย์ พะเยา และอพบุรี
 2. วิเคราะห์โครงการเชิงลึกใน 3 จังหวัด ที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ จังหวัดตรัง พระนครศรีอยุธยา และพะเยา
 3. ศึกษาประเมินรูปแบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach Coordinator) ภายใต้โครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายใน 3 จังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ จังหวัดตรัง พระนครศรีอยุธยา และพะเยา

วิธีการศึกษา

1. การวิเคราะห์ประเมินต้นทุนและประสิทธิผลของโครงการการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนผลตอบแทนแบบไปข้างหน้า (Prospective) มุ่งมองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือมุ่งมองผู้จ่ายเงิน (Third Party)
 2. การวิเคราะห์ประเมินคุณภาพในการทำงาน

รายละเอียดของโครงการ

โครงการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุก และแกนนำกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย โดย

ผู้ที่ทำหน้าที่นี้จะมีลักษณะเหมือนกับ Case Manager ที่เป็นผู้ให้คำปรึกษากับกลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องปัจจัยเสี่ยง การตรวจ และการรักษา สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี กับ ครอบครัวและสังคม จัดหาความต้องการพื้นฐานให้ ตลอดจนให้การดูแลและคำแนะนำส่งต่อในกรณีเกิด Co-morbidity เป็นตัวแทนทึ้งในเรื่องการประสานงานและการดูแลที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง และผู้ติดเชื้อ ในกรณีของประเทศไทยเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกจะมีหน้าที่ในการค้นหากลุ่มผู้ติดเชื้อด้วย

การประเมินการต้นทุนของโครงการ

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิเคราะห์
ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และบัญชีประกอบกัน โดย
ต้นทุนประกอบไปด้วย ค่าตอบแทน ค่าวัสดุ ค่า
เสื่อมราคาของครุภัณฑ์ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และ
เงินเดือนของผู้ให้บริการเชิงรุก

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของโครงการ

จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้คำปรึกษา และไปเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี จากสถานพยาบาลที่มีบริการ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสุขภาพนี้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะถูก 2 ประเด็นสำคัญคือ การเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และการได้รับรู้ข้อมูลมาจากเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุก

ผลการศึกษา

CER = Cost of intervention/
Outcome of intervention โดย CER = Cost
Effectiveness Ratio Outcome of interven-
tion หมายถึง จำนวนคนที่มารับการตรวจและการ
รักษาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุก

การวิเคราะห์ประเมินคุณภาพกระบวนการทำงานของโครงการ

วิธีการศึกษา

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็นระดับนโยบาย ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สำนักโรคเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ ระดับปฏิบัติ ได้แก่ ก) เจ้าหน้าที่เชิงรุก (Outreach Coordinator) ภายใต้โครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดพะเยา พระนครศรีอยุธยา และ ตรัง ข) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด ทั้ง 3 จังหวัด ที่เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ค) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่ และ ง) เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็นระดับนโยบาย ได้แก่ ค即ทำงวิชาการภายใต้โครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (กลุ่มตัวอย่าง) และผู้รับบริการหรือกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่จังหวัดพะเยา พระนครศรีอยุธยา และ ตรัง

1.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.3.1 จำนวนประชากรชายในจังหวัดมากที่สุด เมื่อแบ่งออกเป็นรายภาค

1.3.2 มีเจ้าหน้าที่เชิงรุกจำนวน 3 คน เพื่อสนับสนุนการจัดการอย่างเต็มประสิทธิภาพ

1.3.3 ไม่มีอยู่ในเขต กทม. และปริมณฑล เพราะไม่สามารถวัดผลลัพธ์ได้

1.3.4 กระจายในแต่ละกลุ่มตามข้อมูล สowP. (ดี-ปานกลาง-ต้องปรับปรุง)

1.3.5 มีการส่งข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

1.3.6 มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

2) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบการประเมิน ได้แก่ คู่มือแนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาขาวิชาเกษตรสองระดับชาติ โดยสำนักโรคเอดส์ฯ เอกสารประกอบหลักสูตรการอบรม เรื่อง “คุยยังไงให้ได้เพื่อน” และคู่มือ “แนวทางการพัฒนาระบบการส่งต่อฯ” โดยสำนักโรคเอดส์ฯ และศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) มีเนื้อหาใช้เป็นแนวทางในการประเมิน เช่น เนื้อหาด้านความรู้ที่เจ้าหน้าที่เชิงรุกควรจะมี และรูปแบบระบบของจังหวัดที่ควรจะเป็น ฯลฯ เป็นต้น⁽²⁾

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.2.1 แบบทดสอบวัดระดับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การเข้ารับการตรวจ VCT ลักษณะการค้นหา และการซักชวน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของลิกเกิร์ต (Likert) คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (โดยสามารถเลือกที่ต้องตอบได้ 1 ถึง 5)

2.2.2 แบบประเมิน Context Input Process Product Model (CIPP Model) เป็นแบบสอบถามปลายเปิด โดยการสัมภาษณ์แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน คือ

1) สภาพปัจจุบันในการดำเนินการและปัญหาในการดำเนินการของพื้นที่

2) ปัจจัยนำเข้า

3) กระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นรูปแบบการทำงานของพื้นที่

4) ผลผลิตของกระบวนการทำงาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่



2.2.3 แบบสังเกตพฤติกรรม แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เป็นแบบสังเกตที่มีความสอดคล้องกับกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่เชิงรุก โดยสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายขณะทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งกระบวนการ วิธีการ และสภาพที่เป็นปัญหาของการดำเนินการ

2.2.4 แบบสัมภาษณ์ มีโครงสร้าง และมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้จัดเป็นผู้สัมภาษณ์มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ

2.2.5 แบบบันทึก เป็นแบบบันทึกที่ไม่มีโครงสร้างหรือกำหนดเนื้อหาในการบันทึกไว้ล่วงหน้า โดยผู้จัดจะบันทึกสาระสำคัญในพื้นที่เก็บข้อมูลของผู้จัดกับกลุ่มเป้าหมาย

2.2.6 แบบประเมินคุณภาพในกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่เชิงรุก พัฒนาจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองระดับชาติ โดยสำนักโรคเอดส์ เป็นแบบประเมินคุณภาพชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีระดับการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ดีเยี่ยม ดี และพอใช้หรือต้องปรับปรุง

2.2.7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ ที่มีต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่เชิงรุก เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของลิกิร์ท (Likert) คือ น้อยที่สุดน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้วิธีการ

ทางสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาช่วยในการวิเคราะห์ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาภายใต้กรอบแนวคิด (Framework) ของทฤษฎีโปรแกรม (Program Theory) มีเครื่องมือในการประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model และคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) ของโครงการ เป็นสำคัญ

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล โครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

1. การวิเคราะห์ต้นทุน การวิเคราะห์ต้นทุนในแต่ละเดือนคำนวณจากค่าใช้จ่ายจากการทำกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach Coordinator : OC) ได้แก่ ค่าตอบแทน ค่าวัสดุ ค่าครุภัณฑ์ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และเงินเดือน ซึ่งค่าครุภัณฑ์ในที่นี้คิดจากค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ที่เกิดจากการตัดมูลค่าของครุภัณฑ์โดยคิดค่าเสื่อมราคานิอัตราร้อยละ 5 ต่อปี และนำมาเฉลี่ยเป็นรายเดือน และจึงนำค่าเสื่อมรายเดือนมาคิดเป็นต้นทุน โดยเมื่อนำค่าใช้จ่ายทั้งหมดรวมกันจะได้เป็นต้นทุนทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ โดยผู้รับบริการเป็นผู้ขอรับการตรวจ (Voluntary HIV Conseling and Testing: VCT) จากทุกจังหวัด เพื่อคิดเป็นต้นทุนต่อคน ของแต่ละจังหวัดและภาพรวมของแต่ละเดือนเพื่อให้ทราบถึงความคุ้มค่าของโครงการ การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ โดยผู้รับบริการเป็นผู้ขอรับการตรวจ

16 การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

ตารางที่ 1. รวมต้นทุนส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการทั้งหมด แยกรายจังหวัด

จังหวัด	ค่า		ค่าเสื่อม			เงินเดือน	รวมทั้งหมด
	ตอบแทน (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ครุภัณฑ์ (บาท)	ค่าเดินทาง (บาท)	ค่าที่พัก (บาท)		
พระนครศรีอยุธยา	90,540	409,793	97,669	30,341	—	450,000	1,078,343
อุบลราชธานี	—	75,139	6,637	26,370	—	450,000	558,146
ตรัง	—	106,317	396	215,000	12,800	450,000	784,513
หนองคาย	—	46,655	8,119	10,650	400	420,000	485,824
บุรีรัมย์	600	92,405	5,448	11,700	—	450,000	560,153
เลย	31,400	43,968	8,775	6,720	—	450,000	540,863
ปทุมธานี	2,000	221,680	14,344	5,000	—	150,000	393,024
นนทบุรี	—	19,325	3,581	11,550	200	120,000	154,656
สมุทรปราการ	—	6,575	40	4,584	6,000	135,000	152,199
พังงา	2,800	183,288	3,036	59,150	—	375,000	623,274
รวม	127,340	1,205,145	148,045	381,065	19,400	3,450,000	5,330,995

ตารางที่ 2. แสดงต้นทุนเฉลี่ยและจำนวนผู้มาตรวจจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกเมื่อคำนึงถึงต้นทุนในช่วง เริ่มต้นโครงการ

ลำดับ	เดือน	ต้นทุนเฉลี่ย (c)	ผู้มาตรวจจากเจ้าหน้าที่		C/E
		(บาท/เดือน/ จังหวัด)	ผู้ให้บริการเชิงรุก (E) (คน)/ เดือน/จังหวัด)		
1	มิถุนายน 2557	58,029	5	11,606	
2	กรกฎาคม 2557	105,076	16	6,516	
3	สิงหาคม 2557	62,343	28	2,207	
4	กันยายน 2557	50,541	10	5,169	
5	ตุลาคม 2557	57,152	4	13,608	
6	พฤษจิกายน 2557	58,123	9	6,580	
7	ธันวาคม 2557	62,457	2	34,698	
8	มกราคม 2558	58,929	6	9,822	
9	กุมภาพันธ์ 2558	71,942	14	5,139	
10	มีนาคม 2558	57,570	2	28,785	
ค่าต้นทุน-ประสิทธิผล (C/E)			12,413		



ตารางที่ ๓. แสดงต้นทุนเฉลี่ยและจำนวนผู้มาตรวจจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกหรือเครือข่ายเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกเมื่อคำนึงถึงต้นทุนการร่วมต้นโครงการ

ลำดับ	เดือน	ต้นทุนเฉลี่ย (c) (บาท/เดือน จังหวัด)	ผู้มาตรวจจากเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการเชิงรุกหรือ เครือข่าย (E) (คน/เดือน/ จังหวัด)	C/E
1	มิถุนายน ๒๕๕๗	58,029	5	11,159
2	กรกฎาคม ๒๕๕๗	105,076	16	6,417
3	สิงหาคม ๒๕๕๗	62,343	30	2,113
4	กันยายน ๒๕๕๗	50,541	14	3,639
5	ตุลาคม ๒๕๕๗	57,152	6	9,218
6	พฤษจิกายน ๒๕๕๗	58,123	10	5,717
7	ธันวาคม ๒๕๕๗	62,457	5	12,011
8	มกราคม ๒๕๕๘	58,929	8	7,857
9	กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘	71,942	17	4,150
10	มีนาคม ๒๕๕๘	57,570	2	28,785
ค่าต้นทุน-ประสิทธิผล (C/E)			9,107	

การวิเคราะห์ต้นทุนส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

การศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกกิจกรรมเป็น กิจกรรมที่เกี่ยวข้องและกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้อง ตาม ข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุก ที่เก็บ รวบรวมเป็นระยะเวลา ๑๐ เดือน (มิถุนายน ๒๕๕๗ – มีนาคม ๒๕๕๘)

ผลการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล

จากการวิเคราะห์ต้นทุนและการเก็บ รวบรวมข้อมูลประสิทธิผลทำให้สามารถคำนวณ ต้นทุนเฉลี่ยต่อเดือนต่อจังหวัด และจำนวนผู้มา ตรวจเลือดที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้ บริการเชิงรุกต่อเดือนต่อจังหวัดได้ดังตาราง

ผลการศึกษา

การประเมินโครงการบูรณาการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมี เพศสัมพันธ์กับชาย สรุปผลการประเมินโครงการ บูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแล รักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ด้วยวิธีการ CIPP Model

สรุปผลการประเมินต้านผลผลิตกระบวนการ ของโครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ ชายที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบประเมิน

ผลการประเมินความพึงพอใจในการบริการ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกจากผู้รับบริการ: กรณี ๓ จังหวัด คือ พะเยา พระนครศรีอยุธยา และ ตรัง

1. ผลการประเมินความพึงพอใจจากการบริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach Coordinator) ค่าเฉลี่ยรายข้อ

ความพึงพอใจด้านกระบวนการ/การให้บริการอยู่ในระดับมาก มีค่า x ระหว่าง 3.69–4.27 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) อยู่ในช่วง 0.83–1.08

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับผลการตรวจ Same Day Result อายุงอกต้อง รวดเร็ว ($\bar{x}=4.27$)

รองลงมาคือ ระบบในการตรวจ HIV หรือ VCT มีความเหมาะสม ($\bar{x}=4.27$) การรักษาข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อเข้ารับการตรวจ ($\bar{x}=4.20$) ระบบในการส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจมีความเหมาะสม ($\bar{x}=4.18$) ขั้นตอนวิธีการในกระบวนการค้นหา มี ความเหมาะสม เช่น มาในเวลาที่เหมาะสม สถานที่ที่เหมาะสม เป็นต้น ($\bar{x}=4.15$) การเข้ารับการตรวจมีความเป็นส่วนตัว เช่น สถานที่ การให้คำปรึกษา เป็นต้น ($\bar{x}=4.12$) ในการให้บริการ มีความถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว ($\bar{x}=4.08$) การให้ข้อมูล เอกสาร เพย์พร์ เกี่ยวกับงานการป้องกันการรักษา แก่ท่าน ($\bar{x}=4.06$) ระบบการตรวจ Mobile VCT มีความสะดวก เหมาะสม ($\bar{x}=4.00$) และ การค้นหาเพื่อรับการตรวจในอินเตอร์เน็ตมีความเหมาะสมในการทำงาน เช่น <http://www.adamslove.org> ($\bar{x}=3.69$) ตามลำดับ

2. ผลการประเมินความพึงพอใจจากการบริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach Coordinator) ค่าเฉลี่ยรายข้อ

ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อยู่ในระดับมาก มีค่าระหว่าง 4.11–4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) อยู่ในช่วง 0.71–0.91

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ในการให้บริการ ($\bar{x}=4.50$)

รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่รักษาประโภชน์ ของผู้รับบริการ เช่น รักษาความลับในการเข้ารับการตรวจ ($\bar{x}=4.49$) เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในอัตราลักษณ์ทางเพศของเรา ($\bar{x}=4.41$) เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการป้องกัน การรักษา ได้อย่างเหมาะสม ($\bar{x}=4.33$) เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวก เช่น การพาไปตรวจ HIV หรือ VCT การติดต่อประสานงานให้ เป็นต้น ($\bar{x}=4.26$) และเจ้าหน้าที่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ($\bar{x}=4.11$) ตามลำดับ

3. ผลการประเมินความพึงพอใจจากการบริการของเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุก (outreach coordinator) ค่าเฉลี่ยรายข้อ

ในประเด็น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก มีค่าระหว่าง 3.60–4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.94–1.02

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือท่านคิดว่า จะนำความรู้ที่ได้ไปใช้มาน้อยเพียงใด ($\bar{x}=4.22$),

รองลงมาคือในอนาคต ท่านมีความสนใจในการเข้ารับการตรวจ HIV หากแค่ไหน ($\bar{x}=4.13$), ท่านได้รับความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากน้อยเพียงใด ($\bar{x}=4.04$), ในอนาคต ท่านมีความสนใจในการเข้ารับการตรวจ VCT หากแค่ไหน ($\bar{x}=3.97$) ท่านได้รับความรู้ในการตรวจ HIV หากน้อยเพียงใด ($\bar{x}=3.83$), ท่านมีความเข้าใจในการตรวจ VCT หากน้อยเพียงใด ($\bar{x}=3.60$) ตามลำดับ

ผลการประเมินความรู้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกจากผู้ให้บริการ: กรณี 3 จังหวัด คือ พะเยา พระนครศรีอยุธยา และ ตรัง

1. ชุดความรู้และทักษะพื้นฐานสุขภาพ



ທາງເພດ ການຕິດເຂື້ອເອົ້າໄວ້ແລະ ໂຮດຕິດຕ່ອທາງ
ເພດສັມພັນຮ໌ ມີຄ່າເລື່ອຍະຮ່ວງ 3.43–3.78 ມີສ່ວນ
ເປີຍເບີນມາຕຽນ (S.D.) ອູ່ຮ່ວງ 0.67–0.91
ຂໍ້ທີ່ມີຄ່າເລື່ອຍ່ສູງສຸດຄື່ອ ການປະເມີນຄວາມ
ເສີ່ງໃນການຕິດເຂື້ອເອົ້າໄວ້ ($\bar{x}=3.78$)

ຮອງລົງມາຄື່ອ ສານການຄໍາການຕິດເຂື້ອເອົ້າ-
ໄວ້ໃນກຸ່ມໝາຍມີເພດສັມພັນຮ໌ກັບໝາຍແລະສາວ
ປະເກທສອງ ($\bar{x}=3.74$)

ການຕັ້ງທາງການຕິດເຂື້ອເອົ້າໄວ້ ($\bar{x}=3.69$)
ເຂື້ອເອົ້າໄວ້ແລະເອດດ໌ ($\bar{x}=3.59$) ແລະ ໂຮດຕິດຕ່ອ
ທາງເພດສັມພັນຮ໌ ($\bar{x}=3.43$) ຕາມລຳດັບ

2. ຜຸດຄວາມຮູ້ແລະທັກະະພື້ນຖານການປັບປຸງ
ເປົ້າຢັ້ງຢືນພຸດທິກຣມ ການໃຊ້ຄຸງຢາງອນນັມຍແລະສາວ
ຫລ່ອດື່ນ ມີຄ່າເລື່ອຍະຮ່ວງ 3.40–4.12 ມີສ່ວນເປີຍ
ເບີນມາຕຽນ (S.D.) ອູ່ຮ່ວງ 0.66–0.73

ຂໍ້ທີ່ມີຄ່າເລື່ອຍ່ສູງສຸດຄື່ອ ການໃຊ້ຄຸງ
ຢາງອນນັມຍແລະສາວຫລ່ອດື່ນ ($\bar{x}=4.12$) ຮອງລົງມາ
ຄື່ອ ການປັບປຸງເປົ້າຢັ້ງຢືນພຸດທິກຣມ ($\bar{x}=3.40$) ຕາມ
ລຳດັບ

3. ຜຸດຄວາມຮູ້ແລະທັກະະພື້ນຖານການເຂົ້າ
ລົງກຸ່ມເປົ້າຢາຍ ມີຄ່າເລື່ອຍະຮ່ວງ 3.30–3.98
ມີສ່ວນເປີຍເບີນມາຕຽນ (S.D.) ອູ່ຮ່ວງ 0.65–
0.95

ຂໍ້ທີ່ມີຄ່າເລື່ອຍ່ສູງສຸດຄື່ອ ຄວາມຮູ້ເຮືອງຄູນຍ໌
ບໍລິການທີ່ເປັນມິຕິກັບ MSM/TG ($\bar{x}=3.98$)

ຮອງລົງມາຄື່ອ ການທຳການເຮືອງເພດ ($\bar{x}=$
3.86) ຄວາມຮູ້ເຮືອງສີທີ່ມາກົງໝາຍຕ່າງໆ ($\bar{x}=3.69$)

ການເຂົ້າລົງກຸ່ມເປົ້າຢາຍ ($\bar{x}=3.65$) ການ
ສື່ອສາරອ່າງຍິ່ງມີປະສິທິກາພ ($\bar{x}=3.64$) ປະເທັນ
ເລັກະສຳທຳກຸ່ມເປົ້າຢາຍທີ່ເປັນສາວປະເກທສອງ
($\bar{x}=3.59$)

ຄວາມຮູ້ການຕື່ອຮາແລະການເລື່ອກປົງປັດ
($\bar{x}=3.38$) ແລະການຜົລິຕໍ່ອຮານຮົງປະເກທຕ່າງໆ
($\bar{x}=3.30$) ຕາມລຳດັບ

4. ຜຸດຄວາມຮູ້ແລະທັກະະພື້ນຖານການພັດນາ
ທັກະນິຕິພື້ນຖານສໍາຫຼັບການທຳການກັບບຸຄຄລທີ່ມີຄວາມ
ຫລາກຫລາຍທາງເພດແລະຈາກຍາບຮຣນ ມີຄ່າເລື່ອຍະຮ່ວງ
3.67–3.88 ມີສ່ວນເປີຍເບີນມາຕຽນ (S.D.) ອູ່ຮ່ວງ 0.78–0.87

ຂໍ້ທີ່ມີຄ່າເລື່ອຍ່ສູງສຸດຄື່ອ ຈາກຍາບຮຣນຂອງ
ເຈົ້າໜ້າທີ່ ($\bar{x}=3.88$)

ຮອງລົງມາ ຄື່ອ ການປັບປຸງທັກະນິຕິໃນການ
ທຳການກັບບຸຄຄລທີ່ມີຄວາມຫລາກຫລາຍທາງເພດ ($\bar{x}=$
3.67) ຕາມລຳດັບ

5. ຜຸດຄວາມຮູ້ແລະທັກະະພື້ນຖານການ
ບໍລິການໂຄງການ ມີຄ່າເລື່ອຍະຮ່ວງ 3.83–3.14 ມີສ່ວນ
ເປີຍເບີນມາຕຽນ (S.D.) ອູ່ຮ່ວງ 0.80–1.09

ຂໍ້ທີ່ມີຄ່າເລື່ອຍ່ສູງສຸດຄື່ອ ການບໍລິການຈັດການ
ຄຸງຢາງອນນັມຍແລະສາວຫລ່ອດື່ນ ($\bar{x}=3.83$)

ຮອງລົງມາຄື່ອ ຄວາມຮູ້ເຮືອງແນວທາງກັບ
ກິຈການຫລັກຕາມຄວາມສນໃຈຂອງກຸ່ມເປົ້າຢາຍ
($\bar{x}=3.62$)

ການຕິດຕາມແຜນງານທີ່ກັບຜິດຂອບ ($\bar{x}=3.33$)

ຄວາມຮູ້ເຮືອງວິທີການຕ່າງໆ ໃນການໃຫ້ຄຳແນະ
ນຳທຶນ ($\bar{x}=3.29$)

ການເຂົ້ານາຍານ ($\bar{x}=3.26$)

ຄວາມເຂົ້າໃຈລົງທບາທແລະຄວາມຮັບຜິດ
ຂອບຕ່ວແຜນພັດນາບຸຄຄລກາຣ ($\bar{x}=3.23$) ແລະການ
ປະເມີນຜລັພົກ ພຸດກະທບ ເປົ້າຢາຍ ($\bar{x}=3.14$)
ຕາມລຳດັບ

ຜຸດການປະເມີນຄວາມສາມາດໃນການປົງປັດ
ການຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຊີງຮູກຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
: ກຣີ 3 ຈັງຫວັດ ຄື່ອ ພະເຍາ ພະນະຄວຕີອູ້ຮູຍາ
ແລະຕ່ຽງ

1. ຄວາມສາມາດໃນປົງປັດງານກາດສານ
ຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຊີງຮູກ (Outreach
Coordinator) ມີຄ່າເລື່ອຍະຮ່ວງ 3.46–4.00 ມີສ່ວນ
ເປີຍເບີນມາຕຽນ (S.D.) ອູ່ຮ່ວງ 0.58–0.89

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีท่าทีที่เป็นมิตร กับกลุ่มเป้าหมายทุกคน ยอมรับความแตกต่างของ แต่ละคน ไม่ทำให้รู้สึกถึงการตีตรา ($\bar{x}=4.00$)

รองลงมาคือ สามารถเป็นตัวเชื่อมส่งเสริม การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี โดยการส่งต่อและอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่ม เป้าหมาย ($\bar{x}=3.97$)

มีความน่าไว้วางใจ ได้แก่ การรักษาความ ลับของกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ต้องการเปิดเผยตน ($\bar{x}=3.97$)

มีความน่าเชื่อถือ มีความเป็นมืออาชีพ เช่น ไม่难怪เรื่องงานมาแบบแฟรงในการหาคู่ ($\bar{x}=3.95$)

มีความสามารถในการกระตุ้นให้กลุ่มเป้า หมายให้มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย หักการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งร่วมกับการหล่อลื่น ได้ ($\bar{x}=3.92$)

ถือประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก ได้แก่ ไม่ควรให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจผิดว่าเรามาหา ข้อมูล และไม่ได้พูดคุยกับความจริงใจ ($\bar{x}=3.92$)

สามารถแจกถุงยางอนามัยและสารหล่อล ื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่แจกร้าวหรือกระจุกตัว อย่างพร่าเพื่อ ($\bar{x}=3.92$)

มีทักษะในการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ ในการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ต่างๆ เช่น สามารถเข้าหากลุ่มเป้าหมาย ที่ไม่รู้จักเพื่อให้ข้อมูลได้ สามารถสร้างความคุ้นเคย กับตัวแม่ได้ เป็นต้น ($\bar{x}=3.85$)

เคารพความคิดเห็นของผู้อื่น รับฟังผู้อื่น แม่เข้าอาจจะพูดในสิ่งที่ไม่น่าเชื่อ ไม่มีทัศนคติเชิง ลบ ต่อกลุ่มเป้าหมาย ($\bar{x}=3.79$) และมีการพัฒนา สื่อ เพื่อนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการได้อย่าง สะดวก เช่น นามบัตรสถานที่ให้บริการตรวจรักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ($\bar{x}=3.46$) ตามลำดับ

2. ความสามารถในการสื่อสารเพื่อการส่ง ต่อเข้ารับบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจ มี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.82–4.08 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) อยู่ระหว่าง 0.59–0.90

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้ บริการเชิงรุกสามารถช่วยให้การเข้ารับบริการง่าย ขึ้น โดยการใช้ใบสั่งต่อ พาไปเอง หรือนัดหมาย ($\bar{x}=4.08$)

รองลงมาคือ สามารถสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นการสนทนากับ แล้วเปิดประดีนชวนคุยเรื่อง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ($\bar{x}=4.03$)

เมื่อกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้เรื่องความ เสี่ยง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกสามารถชวนคุยต่อ เรื่องข้อมูลการตรวจ เพื่อปรับทัศนคติต่อการเข้ารับ บริการเรื่องการตรวจเอชไอวีและการตรวจ แบบทราบผลในวันเดียวได้ ($\bar{x}=3.97$) สามารถ ประเมินความเสี่ยง เพื่อเตรียมสร้างความตระหนัก ถึง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี (เสี่ยงมาก เสี่ยงน้อย) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกสามารถ กระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าตัวเองมีโอกาสเสี่ยง มากน้อยต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{x}=3.90$) และ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกสามารถบันทึกความ เสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละครั้งที่พบ จะได้ วางแผนการชวนคุยครั้งต่อไปว่ามีความเสี่ยงอะไร ลดลงหรือเพิ่มขึ้น รับการปรึกษาเพื่อตรวจเอช-ไอ วีหรือยัง ($\bar{x}=3.82$) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ในส่วนของการอภิปรายผลในครั้งนี้ได้ แบ่งส่วนการสรุปและอภิปรายผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน คือ

การอภิปรายผลการวิเคราะห์ทั้นทุนประสิทธิ ผลของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และ



การอภิปรายผลการประเมินกระบวนการดำเนินการของโครงการ ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2557 ถึง มีนาคม 2558 จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านทุนทั้งจากการดำเนินงานของส่วนกลางเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการเริ่มต้น และ

การดำเนินงานของแต่ละจังหวัดเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนของกิจกรรมที่จังหวัดดำเนินการพบว่า จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีการดำเนินกิจกรรมที่ค่อนข้างหลากหลาย โดยมีกิจกรรมที่ให้ความสำคัญหลักๆ คือ กิจกรรมการค้นหากลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมประชาสัมพันธ์ Mobile VCT กิจกรรมการให้คำแนะนำในคลินิกของแต่ละโรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกสังกัด กิจกรรมการเข้าร่วมการประชุมและอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพตนเอง เป็นต้น

การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวทำให้เกิดต้นทุนในช่วงเวลา 10 เดือนประมาณ 5,300,000 บาท หรือคิดเป็น 53,000 ต่อเดือนต่อจังหวัด โดยต้นทุนส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 65 เป็นต้นทุนที่เกิดจากเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุก รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุ และค่าเดินทางตามลำดับ

ในส่วนของต้นทุนค่าวัสดุที่เจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกใช้มากที่สุดก็จะเป็นในส่วนของถุงยางอนามัยซึ่งจากการสัมภาษณ์ก็พบว่าถุงยางอนามัยเป็นสิ่งที่เชื่อมระหว่างเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุก และเครือข่ายได้ดีที่สุด เป็นแรงจูงใจของการพูดปะและความล้มเหลวที่เป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตามการสร้างเครือข่ายไม่ได้เกิดขึ้น เพราะถุงยางอนามัยเท่านั้น ลิ่งที่สำคัญมากกว่าคือมิตรภาพและความไว้ใจที่เจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกสร้างกับเครือข่าย จนเกิดการซักชวนไปตรวจเอชไอวี เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนที่เกี่ยวกับการลงทุน

เริ่มต้นโครงการพบว่าต้นทุนที่ใช้ค่อนข้างสูง คือต้นทุนการอบรมและการไปนิเทศและสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการ

การศึกษาริ้งนี้พบว่าต้นทุนการลงทุนเริ่มต้นโครงการมีค่าประมาณหนึ่งล้านบาท ซึ่งเป็นต้นทุนที่ต้องกระจายไปในจังหวัดที่ร่วมโครงการทั้งหมด ในส่วนของการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนี้ พบว่าตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2557 ถึงมีนาคม 2558 มีจำนวนผู้เข้าไปตรวจเอชไอวีจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกจำนวน 619 ครั้ง ทั้งนี้ ถ้านับรวมทั้งผลการไปตรวจเอชไอวีทั้งจากเจ้าหน้าที่เชิงรุกหรือเครือข่ายเจ้าหน้าที่ เชิงรุกพบว่าโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนี้สามารถทำให้มีการไปตรวจเอชไอวีเพิ่มขึ้น 720 ครั้งในช่วงระยะเวลา 10 เดือน ในจังหวัดพื้นที่ทดลอง 10 จังหวัดทั่วประเทศ

ข้อจำกัดที่สำคัญของการเก็บข้อมูลประสิทธิผลของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คือจำนวนข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ก่อให้เกิดความไม่แน่นอนในตัวเลข 50% (5 จังหวัดจาก 10 จังหวัด) หรือบางเดือนมีข้อมูลส่งมาไม่ถึง 50% เช่น เดือนมกราคม กุมภาพันธ์ และมีนาคม ที่มีจังหวัดที่ตอบมาจำนวน 4, 3 และ 1 จังหวัด ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลในแต่ละเดือนที่ไม่มีความสมบูรณ์ตั้งกล่าว ทำให้การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลที่จะทำการอภิปรายต่อไป เป็นการวิเคราะห์ในหน่วยต่อเดือนต่อจังหวัด

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล โดยต้นทุนประกอบไปด้วยต้นทุนการลงทุนเริ่มต้นดำเนินการ และต้นทุนการทำกิจกรรมแต่ละจังหวัด และประสิทธิผลประกอบไปด้วยผลการไปตรวจเอชไอวีจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุก และเครือข่ายของผู้ให้บริการเชิงรุก พ布ว่าอัตราส่วนต้น

ทุนประลิทธิผลมีค่าประมาณ 9,000 บาท และจำนวนการไปตรวจเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยทำให้เกิดต้นทุนเพิ่มขึ้น เพื่อดำเนินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 9,000 บาท ทั้งนี้ค่าดำเนินเงินพำนะประลิทธิผลที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกเท่านั้น ค่าต้นทุนประลิทธิผลจะสูงขึ้นเป็น 12,000 บาท

อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าในปัจจุบันการลงทุนเริ่มต้นโครงการไม่มีความจำเป็น ทำให้ค่าต้นทุนประลิทธิผลของโครงการลดลงจาก 9,000 บาท เหลือประมาณ 7,600 บาท ซึ่งทางสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมควบคุมโรคได้พิจารณาแล้วว่า โครงการฯ นี้มีความคุ้มค่าควรจะดำเนินการต่อหรือไม่ ทั้งนี้สิ่งที่สรุปผลได้อย่างชัดเจนจากการศึกษาครั้งนี้คือ โครงการนี้ถึงแม้จะทำให้ต้นทุนสูงขึ้น แต่ก็ทำให้เกิดผลประโยชน์เพิ่มขึ้นมาก ก่อน เพราะอัตราการแพร่เชื้อลดลง โดยมีหลักฐานจาก Meta-analysis บ่งชี้ว่าการที่ผู้ติดเชื้อรู้สถานการณ์ติดเชื้อฯ และสามารถลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อไปผู้อื่นได้⁽³⁾

นอกจากนี้จากบทความที่เป็นการบททวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนประลิทธิผลของมาตรการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเภทต่างๆ ในประเทศไทย ได้ให้ข้อสรุปว่าการวิเคราะห์ต้นทุนประลิทธิผลของการตรวจเอชไอวี ให้ผลการศึกษาที่แสดงถึงความคุ้มค่าของการมีมาตรการเกื้อบุกงานศึกษา⁽⁴⁾

จากการศึกษาต่างประเทศพบว่าการวิเคราะห์ต้นทุนประลิทธิผลของโครงการหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเอชไอวี จะวิเคราะห์ในรูปแบบต้นทุน porrality (Cost per QALYs saved) และต้นทุนต่อจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีที่ป้องกันได้ (Cost per HIV infection averted)⁽⁴⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้

นำประสิทธิผลการศึกษาครั้งนี้มาวิเคราะห์ต่อเป็นจำนวนกรณีที่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้จากข้อมูลสรุปแผนการดำเนินงานรายจังหวัด โครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ณ วันที่ 31 มีนาคม 2558 พบร่วมสัดส่วนของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ต่อจำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงสูงและได้รับบริการการตรวจเอชไอวี มีค่าเท่ากับ 11.1% ทำให้สามารถคำนวณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถป้องกันได้โดยนำจำนวนการไปตรวจเอชไอวีที่เป็นผลจากการซักจุงของเจ้าหน้าที่เชิงรุกหรือเครือข่ายเจ้าหน้าที่เชิงรุกที่มีค่าเท่ากับ 11.3 คนต่อจังหวัดต่อเดือนโดยเฉลี่ย มาคูณกับ 11.1% ทำให้ทราบถึงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ตัวเพิ่มขึ้นจำนวน 1.26 คนต่อจังหวัดต่อเดือนโดยเฉลี่ย จากการสำรวจข้อมูล 4 จังหวัดซึ่งเป็นตัวแทนแต่ละภาคของประเทศไทย กล่าวคือ จังหวัดพะเยา ตรัง บุรีรัมย์ และอยุธยา พบร่วมโดยเฉลี่ยแล้วกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีคุณอนจำนวน 23 คน โดยแต่ละคนจะมีจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 12 ครั้งต่อคน และมีการใช้ถุงยางอนามัยประมาณ 75% และจากการศึกษาของ Sweat (2000) แนะนำว่าประสิทธิผลของถุงยางอนามัยมีค่าเท่ากับ 95% ทำให้สามารถคำนวณจำนวนการติดเชื้อที่ป้องกันได้ว่ามีค่าเท่ากับ 20 คนต่อเดือนต่อจังหวัดโดยเฉลี่ย ($1.26 \text{ คน} \times 23 \text{ คน} \times 75\% \times 95\%$) ซึ่งถ้านำมาวิเคราะห์เป็นค่าต้นทุนประลิทธิผลจะมีค่าเท่ากับ 3,134 บาท เมื่อเริ่มโครงการในปีแรกซึ่งจำเป็นต้องมีต้นทุนการลงทุนเริ่มต้น และมีค่าเท่ากับ 2,647 บาทในปีถัดไป (ไม่รวมต้นทุนการลงทุนเริ่มต้นโครงการ)⁽⁵⁾

แม้ว่าการอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการวิเคราะห์เบื้องต้นเท่านั้น แต่จะเห็นว่าเมื่อพิจารณาถึงจำนวนการติดเชื้อที่ป้องกันได้ ทำให้



ພບວ່າຄ່າຕັ້ນຖຸນພລຕອບແຫນມີຄ່ານ້ອຍກວ່າຕັ້ນຖຸນກາຮັກຢາຕລອດຊີວິຫຼາຍຂອງຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕິດເຊື້ອເອົ້າໂລວີ ທີ່ນຳນົ່ງ
ຊື້ໃດໃນເບື້ອງຕັ້ນວ່າໂຄຮກນຸ່າມກາຮັກປຶກກັນກາຮັກຕິດ
ເຊື້ອເອົ້າໂລວີ ມີຄວາມຄຸ້ມຄ່າ (ຈາກຄໍາແນະນຳຂອງ Centers for Diseases Control and Prevention ໄທເຫັນຄ່າທີ່ໄດ້ຈາກກາຮັກວິເຄຣະທີ່ຕັ້ນຖຸນ
ປະລິທິພລ ໃນການທີ່ປະລິທິພລເປັນຈຳນວນກາຮັກຕິດເຊື້ອທີ່ປັບກັນໄດ້ ກັບຕັ້ນຖຸນກາຮັກຢາຕລອດຊີວິຫຼາຍ
ຂອງຜູ້ຕິດເຊື້ອ ຄ້າຄ່າຕັ້ນຖຸນປະລິທິພລມີຄ່ານ້ອຍກວ່າ
ແປລ່ວມາຕາມການນັ້ນມີຄວາມຄຸ້ມຄ່າ ແຕ່ຄ້າມາກກວ່າ
ໝາຍຄື່ນມາຕາມການນັ້ນໄມ້ມີຄວາມຄຸ້ມຄ່າ⁽⁶⁾

ແນວວ່າຄ່າຕັ້ນຖຸນປະລິທິພລ ໂດຍປະລິທິພລ
ຂອງໂຄຮກຄືຈຳນວນກາຮັກວິເຄຣະໂລວີທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ
ຈະເປັນເປົ້າມາຍໍາລັກຂອງໂຄຮກມາຕາມກາຮັກປຶກກັນ
ກາຮັກຕິດເຊື້ອໂລວີນີ້ ອ່າຍ່າໄວ້ກົດຈະເຫັນວ່າການ
ທີ່ມີເຈົ້າໜ້າທີ່ໄທບໍລິກາຮັກເຊີງຮຸກໃນພື້ນທີ່ ໄນໄດ້ສັງ
ຜົດຕ່າງໆຈຳນວນກາຮັກວິເຄຣະໂລວີທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນເທົ່ານັ້ນ
ຍັງໃຫ້ເກີດຜົດທາງຕຽບຍ່ອຍອື່ນໆ ໃນຮະດັບກ່ອນເປັນ
ປະລິທິພລປາຍທາງ ເຊັ່ນ ການມີເຄື່ອງຂ່າຍ ຕັ້ງແມ່
ຫຼື້ວ່າແກນນຳ ຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ໄທບໍລິກາຮັກຮຸກ ຊື່ເຄື່ອງ
ຂ່າຍ ຕັ້ງແມ່ຫຼື້ວ່າຕົວນຳດັກລ່າວນີ້ ທີ່ໃຫ້ເກີດກາຮັກຍ່າຍ
ຜລທີ່ໃນເຮືອງການເພີ່ມແພວ່າຄວາມຮູ້ ກາຮັກຈຸງການໄປ
ກາຮັກວິເຄຣະໂລວີ ແລະກາຮັກຈຸງ ໄຈໃຫ້ຊັ້ນຍາງອນາມັຍ
ເມື່ອມີເປົ້າມັນພັນອື່ນເພີ່ມຂຶ້ນອີກດ້ວຍ

ຈາກກາຮັກເກີດຮັບຮົມຂອງໂຄຮກວິຈັຍ
ພບວ່າ ຕລອດໜັງຮະຍະເວລາ 10 ເດືອນຂອງການມີ
ໂຄຮກນຸ່າມກາຮັກປຶກກັນກາຮັກຕິດເຊື້ອເອົ້າໂລວີ
ເຈົ້າໜ້າທີ່ໄທບໍລິກາຮັກຮຸກສາມາຮັກສ້າງຕັ້ງແມ່ຫຼື້ວ່າ
ແກນນຳ ໄດ້ມາກເສີ່ງກວ່າ 3,000 ດາວ ແລະມີເຄື່ອງຂ່າຍ
ທີ່ເປັນບຸຄລ໌ທີ່ໄປມາກຄື່ນ 35,000 ດາວ ເຄື່ອງຂ່າຍທີ່
ເປັນກຸ່ມ່າຍມີເປົ້າມັນພັນອື່ນໄດ້ຕ່າງໆ ປະມານ 5,000 ດາວ
ທີ່ຈົດເປັນພົບພົມທີ່ສຳຄັນຂອງໂຄຮກນຸ່າມກາຮັກ

ກາຮັກປຶກກັນກາຮັກຕິດເຊື້ອເອົ້າໂລວີຢ່າງມາກ ເພະ
ຈຳນວນແກນນຳແລະເຄື່ອງຂ່າຍທີ່ມາກຂຶ້ນຈາກໂຄຮກ
ນີ້ ຈະໄປສູ່ກາຮັກໃຊ້ຄຸນຍາງອນາມັຍທີ່ມາກຂຶ້ນ ຢ້ອມແມ່
ກະທົ່ງຈະນຳໄປສູ່ກາຮັກທີ່ມາກເລີ່ມເລີ່ມຂອງກາຮັກຕິດເຊື້ອ
ໃນກຸ່ມ່າຍມີເປົ້າມັນພັນອື່ນກັບຍາລດລົງ ຕລອດ
ຈົນທີ່ໄທຄ່າຄຸນຍາກຂອງກາຮັກຕິດເຊື້ອເອົ້າໂລວີລດລົງ
ໃນຮະຍາວິກີດຕ້ວຍກາຮັກວິຈັດນີ້ເຕີມໄປດ້ວຍຂອ້າ
ຈຳດົມການຍາໂດຍເພີ່ມໃຫ້ໃນລັກນຸ່າມ ສຳຄັນໄດ້ໃນ
ກາຮັກວິເຄຣະໂລວີນີ້ເປັນລັກນຸ່າມ self-report
ໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ໄທບໍລິກາຮັກເຊີງຮຸກອື່ນແຕ່ລະຈັງຫວັດ
ແລະດ້ວຍຄວາມທີ່ກາຮັກເກີດຂໍ້ມູນລົດຕັ້ນຖຸນເປັນສິ່ງທີ່
ເຈົ້າໜ້າທີ່ໄມ້ຄຸນເດຍ ແນວ່າຈະມີກາຮັກຮົມ ແລະກາຮັກ
ຈັດຫາຜູ້ໃຫ້ຄໍາແນະນຳສ່ວນຕົວແກ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ທີ່ໄທ
ບໍລິກາຮັກເຊີງຮຸກ ແຕ່ຂໍ້ມູນໃນໜ່າງສາມເດືອນແຮກກີ່ຍັງມີ
ຄວາມໄໝຄຸກຕ້ອງແລະສົມບູຮລົດຄ່ອນໜ້າງເຍອະ

ນອກຈາກຄວາມຄຸກຕ້ອງຂໍ້ມູນ ປະເທັນ
ກາຮັກເກີດຮັບຮົມຂໍ້ມູນໄດ້ໄໝຄົນຄ້ວນກີ່ເປັນອີກ
ປະເທັນໜີ້ ທີ່ລື້ອເປັນຂໍ້ຈຳກັດທີ່ສຳຄັນຂອງກາຮັກ
ວິຈັດນີ້ ໂດຍເພີ່ມໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ປັບປຸງປະລິທິພລຫັກ
ຂອງໂຄຮກ ມີຄວາມໄໝຄົນຄ້ວນຄ່ອນໜ້າງມາກ
ຈະເຫັນວ່າທາງໂຄຮກໄມ້ສາມາຮັກເກີດຂໍ້ມູນໄດ້ຄົນ
ທຸກຈັງຫວັດໃນແຕ່ລະເດືອນ ໂດຍບາງເດືອນມີຈັງຫວັດ
ສິ່ງຂໍ້ມູນມາເພີ່ມຈັງຫວັດເດືອນມີ ກາຮັກວິເຄຣະໂລວີນີ້
ຈະເຫັນວ່າທາງໂຄຮກໄມ້ໄດ້ຄຸກນັບເປັນປະລິທິພລຂອງກາຮັກ
ດໍາເນີນໂຄຮກໃນຈັງຫວັດ ດ້ວຍຂໍ້ຈຳກັດກາຮັກເກີດ
ຂໍ້ມູນດັກລ່າວຈຶ່ງເປັນໄປໄດ້ວ່າຈຳນວນປະລິທິພລທີ່
ໂຄຮກວິຈັດນີ້ຈັດເກີດຈະນ້ອຍກວ່າຄວາມເປັນຈິງ

24 การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงำนบูรณาการ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ปัจจุบันเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
 2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหราชอาณาจักร ด้านสาธารณสุข.หลักสูตรคุณยังไง ให้ได้เพื่อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2557.
 3. Sullivan PS, Carballo-Diego A, Coates T, et al. Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *The Lancet* 2012; 380 : 388–99.
 4. Huang Y-LA, Lasry A, Hutchinson AB, Sansom SL. A Systematic Review on Cost Effectiveness of HIV Prevention Interventions in the United States. *Applied Health Economics and Health Policy* 2014; 13 : 149–56.
 5. Sweat M, Gregorich S, Sangiwa G, et al. Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *The Lancet* 2000; 356 : 113–21.
 6. Prevention CfDCa. HIV Cost-effectiveness: Centers for Disease Control and Prevention; 2009 [cited 2016 Jan 2]. Available from : <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/ongoing/costeffectiveness/>
-



ສານກາຮ່ານໍກາຮົມຕື່ມາແລະເລືອກປົງບັດຜູ້ຢ່າງວ່າມກັບເຊື້ອເຂົ້າໄວ້ ໃນສານພຍານາລ ເບຕສຸຂພາພທີ 6 ປີ 2558

ລານທີພຍ່ ແຮຣາບຕ່າຍ*, ອົງຈູນ ເປີຍມວັນນາທັກພຍ່*,
ປະໄພພິຄ ວິວັນນໍວານິ້ນ*, ຍົກກ້າວ ເສາວກາຄລິມປຸກູລ*

Abstract

**The Stigma and Discrimination against People who Living with HIV in Health Care Facilities,
Health Provider Board Region 6, 2015**

Lanthip Hearabut*, Apinya Piumwattanasup*.
Prapaipis Wiwatwanich*, Yospart Saowapaklimkul*

*Office of Disease Prevention and Control 6, Chonburi

This descriptive cross-sectional study aims to examine the situation of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Health Provider Board Region 6. During February to August 2015, a total of 1,433 People who Living with HIV(PLHIVs) and 1,608 health care facility staff participated voluntarily in this study. Survey tool was professionally developed by National AIDS Management Center (NAMC), using the descriptive statistics, frequencies and percentages. The study found that 18.78% of staff confirmed they sometimes saw their colleagues treated PLHIV or suspect of PLHIV reluctantly. 14.24% of staff said they sometimes saw health care providers treated PLHIV or suspected of PLHIV poorer than other patients. Staff also intensely concerned about getting HIV from their services such as venipuncture, bandaging, and touching PLHIV's clothing. The other side, the ratio of male and female PLHIV was approximately 53.73:39.98, average age (in years) was 43.3, and they knew their HIV status before around 8.5 years. During last year, 9.21% of PLHIV used to ignore or be late for their doctor appointment, resulted of seeing by their co-workers since their workplace was near the health care facility. Self-stigma among PLHIV was discovered in this study, 11.90% of them feel ashamed because of getting HIV, 5.77% worried about a staring or gossiping from health care providers and 18.66% feel guilt because of getting HIV. The situation showed a having of stigma and discrimination against PLHIV in health care facilities, which could obstruct HIV/AIDS problem-solving management. For HIV/AIDS understanding, the study suggested that should use health promotion, health supporting and health activity, which reached to reduce stigma and discrimination.

Key Words: Stigmatization, Discrimination, People who living with HIV infection
Thai AIDS J 2016/2017; 29 : 25-36

*ສໍານັກງານປ້ອງກັນຄວບຄຸມໂຮດທີ 6 ຂລບູຮີ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การติดตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพจำนวน 1,433 คน และกลุ่มผู้ป่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 1,608 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์–สิงหาคม ๒๕๕๘ โดยใช้เครื่องมือ ชี้กรุงพัฒนาจากศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา พบร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการสุขภาพ เดຍเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่อยู่สงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในบางครั้ง ร้อยละ 18.78 และเดຍเห็นเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้ผู้ที่อยู่สงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีตัวอย่างภาพถ่ายก่าว่าดูป่วยทั่วไปในบางครั้ง ร้อยละ 14.24 โดยมีความกังวลมากกว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการได้แก่ เจ้าเลือด การทำแผล และจากการหยิบจับเลือดผ้าของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนข้อมูลด้านผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบร่วมกับเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ย ๘.๕ ปี ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เดຍหลีกเลี่ยงการไปหรือไปล่าช้าในกรุงเทพฯ เพื่อนร่วมงานอาจเดินทางลงเรือแม่น้ำและพบว่ามีการติดต่อทางน้ำของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ รัฐสัมภាយที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.90 รัฐสัมภាយที่จะถูกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพจ้องมองหรือนินทา ร้อยละ 5.77 รัฐสัมภាយที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 18.66 สถานการณ์นี้นั่นเองที่มีการติดตราและเลือกปฏิบัติผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อการจัดการแก้ไขปัญหาด้านเอชไอวี/เอดส์ จึงควรมีกระบวนการส่งเสริม สนับสนุน กิจกรรมในการสร้างความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การลดการติดตราและเลือกปฏิบัติ

คำสำคัญ การติดตรา, การเลือกปฏิบัติ, ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
การสารโรคเอดส์ ๒๕๕๙/๒๕๖๐; ๒๙ : ๒๕-๓๖

บทนำ

กว่า ๓๐ ปีที่ประเทศไทยมีบทเรียนประสบการณ์ และพัฒนาการในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามเอดส์ที่ยังคงเป็นความท้าทายด้านสุขภาพและความมั่นคงของสังคมของประเทศไทยและทั่วโลก ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ประมาณการจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย ๔๔,๑๕๔ คน เป็นผู้ใหญ่ ๔๓๘,๖๒๙ คนและเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ๗,๕๒๕ คน คาดประมาณผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ๗,๖๙๕ คน และเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด ๑๐๔ คนหรืออาจกล่าวได้ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณวันละ ๒๒ คน การระบาดของเอชไอวีของประเทศไทยผ่านช่องการระบาดสูงสุด โดยที่การติดเชื้อเอชไอวีราย

ใหม่โดยรวมลดลง การติดเชื้อเอชไอวียังคงสูงอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, พนักงานบริการชาย, พนักงานบริการหญิง, สาวประเภทสอง, ผู้ใช้ยาตัวயิธีนีดและประชากรที่มีภาวะประจำบทาง ได้แก่ คุชของประชากรหลักและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ประชากรข้ามชาติ และผู้ต้องขัง ทั้งนี้ ร้อยละ ๙๐ ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เกิดจากการรับและถ่ายทอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน รองลงมาเกิดจากการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย ส่วนการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลงอย่างมาก^(๑) โดยยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙^(๒) กำหนดวิสัยทัศน์สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ ๓ ประการ ประกอบด้วย ๑) เป้าหมายไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีราย



ใหม่ 2) เป้าหมายไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากอเดส์ และ 3) เป้าหมายไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้มีการสำรวจข้อมูลผลการสำรวจด้านตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพจำนวน 2 จังหวัด ปี 2557 ของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาอเดส์แห่งชาติ สถานการณ์ด้านการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการ พบร่วมบุคลากรสุขภาพมากกว่าร้อยละ 60 กล่าวการติดเชื้อจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยอเดส์ (จังหวัด A ร้อยละ 63 และจังหวัด B ร้อยละ 68) มีการป้องกันตัวเกินจำเป็นเมื่อเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 50 (ร้อยละ 48 และ 55) มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 80 (ร้อยละ 86 และ 90) ระดับการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการให้บริการจากการสังเกตพบมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ (ร้อยละ 17 และ 28) และพบการเลือกปฏิบัติต่อห趸งูตึ้งครรภ์อยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง (ร้อยละ 93 และ 92) สถานการณ์ด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีพบว่าเคยถูกละเมิดสิทธิพื้นฐาน (ร้อยละ 26 และ 34) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหลีกเลี่ยงที่จะรับบริการสุขภาพใกล้บ้าน ทั้งกลุ่มประชาชนหลัก (ร้อยละ 17 และ 38) และประชาชนทั่วไป (ร้อยละ 4 และ 34)⁽³⁾

แสดงว่าปัญหาเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ และสภาวะแวดล้อมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การละเมิดสิทธิมนุษยชน และความไม่เท่าเทียมทางเพศ ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการแก้ไขปัญหาด้านเอชไอวี/เอดส์ ดังนี้เป้าหมายโดยรวมของการศึกษาครั้งนี้ คือ การสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ เพื่อใช้ในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งการจัดการบริการสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นเป้าหมายเบื้องต้น

ของการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี

ວັດຖຸປະສົງຄໍ

เพื่อศึกษาสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

วิธีการวิจัย

การสำรวจสถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1) ใช้การลัมภายาล์ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ กลุ่มที่ 2) ใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และ ยะลา ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2558 โดยอ้างอิงใช้เครื่องมือในการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ของการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งถูกพัฒนาจากศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ โดยทำผ่าน¹ โปรแกรม Redcap

ກລຸ່ມຕົວຍ່າງ

1. ประชารกรที่ศึกษา

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

การศึกษานี้จะเก็บข้อมูลหัวใจและเพศชายทุกกลุ่มอายุด้วยการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลในผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ ๒ กลุ่ม คือ ๑) ผู้ที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีโดยตรง ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกยานานาโรลาร์ส เอชไอวี (ARV) เป็นต้น และ ๒) ผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยตรง ได้แก่ผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นๆ ในสถานพยาบาล เช่น ห้องป่วยใน เป็นต้น

2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การศึกษานี้จะเก็บข้อมูลในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหัวใจและเพศชาย รวมถึงผู้ได้รับการผ่าตัดแปลงเพศ (สาวประเภทสอง) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า ๑๘ ปีขึ้นไปที่รับบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ภายนอกในจังหวัด

การคำนวณและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

- การจัดทำบัญชีรายชื่อสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจรวมทั้งระบุจำนวนของบุคลากรทางด้านการแพทย์ กับบุคลากรสนับสนุนด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

- ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการสำหรับการสำรวจ การตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของจังหวัดหนึ่ง จะคำนวณโดยใช้สูตรนี้^(๔)

$$n = \frac{Z^*Z(P(1-P))}{D^2}$$

โดย:

$Z = 1.96$ (ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

$P =$ ความชุกของการตีตราและการเลือกปฏิบัติจากภาคตะครันหรือจากการศึกษาอื่น

D = ขอบเขตของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (อย่างน้อย 10%)

กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ

- ความชุกของการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์จากการศึกษา นำร่องฯ โครงการพัฒนาเครื่องมือเพื่อติดตามเฝ้าระวังการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ให้บริการสุขภาพ: การศึกษาในหน่วยบริการสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 65.6

กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- ความชุกของการตีตราและการเลือกปฏิบัติจากการศึกษา โครงการพัฒนาเครื่องมือเพื่อติดตามเฝ้าระวังการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ให้บริการสุขภาพ: การศึกษาในหน่วยบริการสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยผลการสำรวจนำร่อง ดังกล่าวพบว่า ๓๐% ของผู้ให้สัมภาษณ์รายงานว่าพวกเขามีประสบการณ์ของการถูกกลั่นเมิดลิขิตมนุษยชน

ผลการศึกษา

ผลการสำรวจผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖

ข้อมูลทั่วไปคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม

ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๘ จังหวัด คือจังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น ๑,๖๐๘ ราย พบว่า ร้อยละ ๕๑.๐๖ เป็นบุคลากรระดับวิชาชีพ



ໄດ້ແກ່ ພຍາບາລ ຮ້ອຍລະ 39.30 ແກສັກ ຮ້ອຍລະ 5.47
ບຸຄລາກຮັບສັນນຸ່ມບັນດາ ຮ້ອຍລະ 18.59
ໄດ້ແກ່ ຜູ້ຂ່າຍເຫຼືອຜູ້ປ່າຍ ຮ້ອຍລະ 8.83 ເຈົ້າໜ້າທີ່
ເວົ້າເປັນ ຮ້ອຍລະ 3.42 ບຸຄລາກຮັບສັນນຸ່ມທົ່ວໄປ

ຮ້ອຍລະ 5.91 ໄດ້ແກ່ ພັກງານທຳຄວາມສະອາດ ຮ້ອຍລະ
2.49 ພັກງານເກີບເຈີນ ຮ້ອຍລະ 1.62 ແລະ ຕຳແໜ່ງ
ອື່ນາ ຮ້ອຍລະ 24.19 ຮາຍລະເອີຍດັ່ງຕາງໆທີ່ 1

**ຕາງໆທີ່ 1. ຈຳນວນແລະ ຮ້ອຍລະຂອງຜູ້ປົງປົງບັດງານສຸຂພາພທີ່ຕອບແບບສອບຄາມໃນພື້ນທີ່ເບີຕຸສຸຂພາພທີ່ 6
(n=1608 ຮາຍ)**

ຄຸນລັກສະນະຜູ້ປົງປົງບັດງານສຸຂພາພ	ຈຳນວນ	ຮ້ອຍລະ
ບຸຄລາກຮະດັບວິชาชີພ	821	51.06
– ແພທຍໍ	40	2.49
– ທັນຕແພທຍໍ	26	1.62
– ແກສັກ	88	5.47
– ພຍາບາລ	632	39.30
– ນັກເຕັກນິກາຣແພທຍໍ /ຫ້ອງປົງປົງບັດກາຣ	35	2.18
ບຸຄລາກຮັບສັນນຸ່ມບັນດາ ຮ້ອຍລະ	299	18.59
– ຜູ້ຂ່າຍພຍາບາລ	31	1.93
– ຜູ້ຂ່າຍທັນຕແພທຍໍ	12	0.75
– ເຈົ້າໜ້າທີ່ເວົ້າເປັນ	55	3.42
– ພັກງານເປັລ	42	2.61
– ຜູ້ຂ່າຍເຫຼືອຜູ້ປ່າຍ	142	8.83
– ເຈົ້າໜ້າທີ່ໄທສຸກຶກ່າ	7	0.44
– ເຈົ້າໜ້າທີ່ໄທຄຳປົກກ່າ	6	0.37
– ເຈົ້າໜ້າທີ່ຄູນຍ່ອງຄ່ຽວມ/ ຈິຕອາສາ/ແກນນຳຜູ້ອູ້ຮ່ວມກັບເຊື້ອເອັ້ນໄວ້	4	0.25
ບຸຄລາກຮັບສັນນຸ່ມທົ່ວໄປ	95	5.91
– ພັກງານເກີບເຈີນ	26	1.62
– ພັກງານຕ້ອນຮັບ	9	0.56
– ເຈົ້າໜ້າທີ່ລັ້ງຄມລັ້ງເຄຣະທີ່	10	0.62
– ພັກງານເລີ່ມຝາກາຫຼືຜູ້ປ່າຍ	10	0.62
– ພັກງານທຳຄວາມສະອາດ	40	2.49
ອື່ນາ	389	24.19
ໄຟຮະບູ	4	0.25

ด้านความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจาก การให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพส่วนใหญ่ มีความกังวล มาก ว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการเจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 8.07 จากการทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 7.49 และจากการหยอดจับเลือดผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 1.92 รายละเอียดดังตารางที่ 2

การสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่าง การให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ มีการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ เคยเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในบางครั้ง ร้อยละ 18.78 เคยเห็นเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีด้วยคุณภาพด้อย

กว่าผู้ป่วยทั่วไปในบางครั้ง ร้อยละ 14.24 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ผลการสำรวจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖

คุณลักษณะทั่วไปของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน 8 จังหวัด คือจังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ที่เข้าร่วมการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 1,433 ราย พบร้าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี มีอายุโดยเฉลี่ย 43.3 ปี จำนวนปีที่ได้รับบริการตามสถานที่ให้บริการโดยเฉลี่ย 10.9 ปี และระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ย 8.5 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 4

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ให้สัมภาษณ์ เป็นผู้หญิงร้อยละ 53.73 ผู้ชายร้อยละ 39.98 ส่วนใหญ่มีลิธิบัตรประจำบ้านสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/บัตรสามสิบบาท) ร้อยละ 97.1 ปัจจุบันกำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ ร้อยละ 97.14 รายละเอียดดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 2. ความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวล ว่าจะติดเชื้อเอชไอวี	ไม่กังวล	กังวล	กังวล มาก	ไม่ตอบ	ไม่เคยมี เหตุการณ์
	บ้าง	พอสมควร			เล็กน้อย
หยอดจับเลือดผ้าหรือข้าวของ เครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับ เชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	820 (56.32 %)	465 (31.94 %)	138 (9.48 %)	28 (1.92 %)	5 (0.34 %)
ทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	447 (35.62 %)	450 (35.86 %)	255 (20.32 %)	94 (7.49 %)	9 (0.72 %)
เจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	423 (34.81 %)	431 (35.47 %)	253 (20.82 %)	98 (8.07 %)	10 (0.82 %)



ตารางที่ 3. การสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเหตุการณ์ที่ประสบในสถานพยาบาลแห่งนี้	ไม่เคยเห็น	เห็นบางครั้ง	เห็นบ่อยครั้ง	เห็นเป็น	ไม่ตอบ
					ประจำ
เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	1,278 (79.48 %)	302 (18.78 %)	13 (0.81 %)	10 (0.62 %)	5 (0.31 %)
เจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไป	1,340 (83.33 %)	229 (14.24 %)	23 (1.43 %)	9 (0.56 %)	7 (0.44 %)

ตารางที่ 4. คุณลักษณะที่ว่าไปของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

คุณลักษณะ	จำนวน (ปี)
อายุโดยเฉลี่ย	43.3
จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ได้รับบริการตามสถานที่ให้บริการ	10.9
จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี	8.5

ตารางที่ 5. คุณลักษณะที่ว่าไปของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

คุณลักษณะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศภาวะ (สามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)		
ผู้ชาย	573	39.98
ผู้หญิง	770	53.73
สาประเกทสอง	28	1.95
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	56	3.90
เลสเบียน	2	0.14
ผู้มีเพศสัมพันธ์ที่กับผู้หญิงและกับผู้ชาย	32	2.23
พนักงานบริการ (ทางเพศ)	13	0.91
ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด	12	0.84
แรงงานข้ามชาติ	7	0.49
ไม่ตอบ	1	0.07

ตารางที่ ๖. จำนวนและร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเดสที่หลักเลี้ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการช้าในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ($n=1,433$ คน)

ข้อมูลที่ให้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยหลักเลี้ยงการไป (หรือไปล่าช้า) รับบริการสุขภาพด้านเอชไอวี หรือบริการสุขภาพทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	1,301	90.79
เคยหลักเลี้ยงการไป (หรือไปล่าช้า) รับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีหรือบริการสุขภาพทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	132	9.21
สาเหตุเกี่ยวข้องกับการติดตรา (กรณีที่ตอบเคยหลักเลี้ยง)		
กลัวผลเลือดเปิดเผย($n= 51$)		
- กลัวว่าจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี	14	27.45
- ฉันมีคนรู้จักหรือมีญาติทำงานอยู่ที่นี่	18	35.29
- อายุใกล้ที่ทำงานของฉันดังนั้นเพื่อนร่วมงานอาจเห็นฉัน	19	37.25
คุณภาพการให้บริการ($n=15$)		
- บริการไม่เป็นมิตร	0	0
- เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดีกับฉันเพราะเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	2	13.33
- ฉันต้องพยายามกว่าผู้ป่วยคนอื่น ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย	5	33.33
- เจ้าหน้าที่หลักเลี้ยงการจับเนื้อต้องตัวฉัน	2	13.33
- เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีสองชั้นเวลามาให้บริการฉัน	0	0
- เจ้าหน้าที่ชอบจ้องมองฉันหรือนินทาฉัน	1	6.66
- ฉันเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน	5	33.33
สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดตรา($n= 66$)		
- อายุใกล้เกินไปเดินทางไม่สะดวกไม่มีรถไป	30	45.45
- ฉันไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ค่าบริการแพง	3	4.55
- การบริการมีคุณภาพต่ำกว่าจะเป็นการดูแล / การตรวจ / การรักษา / ยาที่ใช้ / การวินิจฉัยโรค / ความรู้ / การปฏิบัติงาน / ประสบการณ์ ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากสถานการณ์ติดเชื้อ/ความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในความรู้ ทางการแพทย์	10	15.15
- ฉันไม่ได้ป่วยหนักไม่จำเป็นต้องรับการรักษาฉันรักษาตัวเองได้	23	34.84



ตารางที่ 7. การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยตัดสินใจ ไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ไม่ตอบ
รู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	170 (11.90 %)	1,255 (87.89 %)	5 (0.35 %)	1 (0.07 %)
รู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ จ้องมองหรือนินทา	82 (5.77 %)	1,337 (94.02 %)	11 (0.77 %)	2 (0.14 %)
รู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	264 (18.66 %)	1,141 (80.64 %)	18 (1.27 %)	6 (0.42 %)

**ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การถูกตีตราและ
การถูกเลือกปฏิบัติ**

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เคยหลีกเลี่ยงการไป (หรือไปล่าชา) รับบริการในสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 9.21 ในกรณีที่ต้องเคยหลีกเลี่ยง สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตราคือ ความกลัว (จำนวน 51 คน) เนื่องจากสถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ที่ทำงานกลัวว่าเพื่อนร่วมงานอาจเห็นตนเองร้อยละ 37.25 ด้านคุณภาพการให้บริการ (จำนวน 15 คน) เนื่องจากต้องดูຍາຍາກกว่าผู้ป่วยคนอื่น ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย ร้อยละ 33.33 เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน ร้อยละ 33.33 และสาเหตุที่หลีกเลี่ยง ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตีตรา (จำนวน 66 คน) เนื่องจากอยู่ใกล้กันเดินทางไม่สะดวกไม่มีรถไป ร้อยละ 45.45 รายละเฉดดังตารางที่ 6

ส่วนที่ 3 การตีตราตนเอง

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเองเนื่องจากรู้สึก

อายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.90 รู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพจ้องมองหรือนินทา ร้อยละ 5.77 รู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 18.66 รายละเฉดดังตารางที่ 7

อภิปรายผล

การสำรวจสถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์–ลิงหาคม 2558 ดังนี้

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 จังหวัด ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 1,608 ราย พบร้า ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพเคยเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในบางครั้ง ร้อยละ 18.78 เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้บริการ

แก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไป ในบางครั้ง ร้อยละ 14.24 ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ มีความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจเล็กน้อย ที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 14.99 โดยส่วนใหญ่ มีความกังวลมาก ว่า จะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการเจ้าหน้าที่ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 8.07 จากการทำผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 7.49 และจากการหยินจังเสื่อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 1.92 ซึ่งพฤติกรรมการตีตราในลักษณะนี้ เกิดจากความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างการทำงานปกติประจำวัน สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลผลการสำรวจด้านตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพจำนวน 2 จังหวัด ปี 2557 ของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ แห่งชาติ สถานการณ์ด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการ พบว่าบุคลากรสุขภาพมากกว่าร้อยละ ๗๐ กล่าวการติดเชื้อจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีการป้องกันด้วยเกินจำเป็นเมื่อเกี่ยวข้องกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ ๕๐ มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ ๘๐^(๓) แสดงถึงยังคงมีการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยไม่ได้มาตรฐานในสถานพยาบาล ดังนั้นควรพิจารณาให้มีการดำเนินการเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ด้วยเพื่อเป็นการสร้างความรู้และความเข้าใจให้มากขึ้น

กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ ที่เข้าร่วมการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 1,433 ราย พบว่า ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ให้สัมภาษณ์เป็นผู้หญิงร้อยละ ๕๓.๗๓ ผู้ชายร้อยละ ๓๙.๙๘ มีอายุโดยเฉลี่ย ๔๓.๓ ปี จำนวน

ปีที่ไปรับบริการตามสถานที่ให้บริการโดยเฉลี่ย ๑๐.๙ ปี และระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ย ๘.๕ ปี

ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอช-ไอวีที่เคยหลีกเลี่ยงการไป (หรือไปล่าช้า) รับบริการในสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ ๙.๒๑ ในกรณีที่ตอบ เคยหลีกเลี่ยง สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา คือ ความกลัว (จำนวน ๕๑ คน) เนื่องจากสถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ที่ทำงานกลัวว่าเพื่อนร่วมงานอาจเห็น ตนเอง ร้อยละ ๓๗.๒๕ ด้านคุณภาพการให้บริการ (จำนวน ๑๕ คน) เนื่องจากต้องอยู่นานกว่าผู้ป่วยคนอื่น ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย ร้อยละ ๓๓.๓๓ เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน ร้อยละ ๓๓.๓๓ และสาเหตุที่หลีกเลี่ยง ที่ไม่เกี่ยวข้อง กับการตีตรา (จำนวน ๖๖ คน) เนื่องจากอยู่ไกลเกินไปเดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถไป ร้อยละ ๔๕.๔๕

แสดงให้เห็นว่า ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหลีกเลี่ยงการไปสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากความกลัว ซึ่งอาจมีคนเห็นตนเองไปรับบริการสุขภาพ ส่วนในด้านการได้รับบริการจากสถานบริการสุขภาพ ต้องอยู่นานกว่าผู้ป่วยคนอื่น ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย และเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน สอดคล้องกับดัชนีชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๓ ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกับกิจกรรมของชุมชน ตกเป็นเป้าหมายของการชุบชิบ นินทา เคยถูกกระทำการความรุนแรงตั้งแต่กระทบกระแทก ข่มขู่ ไปจนถึงทำร้ายร่างกาย ถูกปฏิเสธไม่รับเข้าทำงาน และที่สำคัญคือ ถูกปฏิเสธไม่รักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือถูกปฏิบัติแตกต่างจากคนทั่วไป เช่น เปลี่ยนบัตรคิวไม่ให้บริการในคิวต้นๆ หรือจัดบริการแยกต่างหากให้โดยอ้างว่าจะให้การดูแลเป็นพิเศษ และโดยการ



ສັນການຜົນເຂົ້າໃຈໃນຜູ້ຕິດເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ 233 ຮາຍພບວ່າ ກວ່າຮ້ອຍລະ 26.18 ເຄຍຄຸກປົງເສດຖາກຈຳງານດ້ວຍ ເຫດຜູ້ຕິດເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ແລະຮ້ອຍລະ 32.19 ເຄຍສູງເສີຍງານແລະຮາຍໄດ້ເນື່ອງຈາກຕິດເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ແລະກວ່າຮ້ອຍລະ 47.21 ເຄຍຄຸກລະເມີດລິທີໃນຈຸນະທີ່ເປັນຜູ້ຕິດເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ເປັນຕົ້ນ⁽⁵⁾

ປະເທັນການຕື່ຕຣາຕານເອງ ພບວ່າໃນໜັງ 1 ປີທີ່ຜ່ານມາຜູ້ຍຸ່ງຮ່ວມກັນເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ເຄຍຕັດລິນໄຈໄມ່ ໄປສຕານບົກການສຸຂພາພ/ໂຮງພຢາບາລເນື່ອຈາກການ ຕື່ຕຣາຕານເອງເນື່ອງຈາກຮູ້ສຶກຍາຍທີ່ຕ້າວເອງຕິດເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ຮ້ອຍລະ 11.90 ຮູ້ສຶກລວ່າຈະຄຸກເຈົ້າໜ້າທີ່ຜູ້ໃຫ້ ບົກການສຸຂພາພຈົ່ງມອງທີ່ອີນິນທາ ຮ້ອຍລະ 5.77 ຮູ້ສຶກ ພົດທີ່ຕ້າວເອງຕິດເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ຮ້ອຍລະ 18.66 ໃນການ ຕື່ຕຣາຕານເອງທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນກຸລຸ່ມຜູ້ທີ່ຍຸ່ງຮ່ວມກັນເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ຊື່ໜ້າຍື່ນຈາກລາເຫດຖື່ກໍເຫັນສຳນະຕິດເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ສິ່ງເຫຼຸ່ນໜີ່ສັ່ງຜູ້ໃຫ້ໄດ້ຮັບການຮັກຍາທີ່ລ່າຍ້າ ແລະຈາກທຳໄຫ້ເລື່ອໝືວີຕາງໂຮງໝວຍໂຄກສ ໂຮງ ມະເຮັງໄດ້ ດັ່ງນັ້ນ “ການຕື່ຕຣາ” ນັ້ນທຳໄຫ້ເກີດ “ການ ເລືອກປົງບັດ” ຊື່ເບີຍບໍລັມໜີ່ອນທີ່ເທິກັບເປັນ “ການ ລະເມີດລິທີມນຸ່ມຍັນ” ແລະສາມາດເກີດໄດ້ທີ່ໃນ ທຸນະນຸມ ບ້ານ ສຕານທີ່ທຳງານ ຮວມທີ່ໃນສຕານບົກການ ສຸຂພາພເປັນປ່າຍທີ່ສັ່ງຜູ້ໃຫ້ກັບການຕິດຕາມການ ຄຸນພາພໍໃຫ້ແລະຕັດຕິກົດຕົກລົງການ ຢັ້ງກັນທີ່ມີຄວາມເປັນມຸນຸ່ມຍັນຂອງຜູ້ຍຸ່ງຮ່ວມກັນເຂົ້ອເອົ້າໄວ້/ຜູ້ປ່າຍເອດສ ທີ່ສຳເນົາເຫັນວ່າຈະມາຈາກ ການທີ່ສັ່ງຄົມຫາດຄວາມຮູ້ຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ຄຸກຕ້ອງໃນເຮືອງ ເອົ້າໄວ້ທີ່ເອດສແລະຫາດຄວາມຕະຫຼາດໃນເຮືອງ ສິທີມນຸ່ມຍັນແລະຕັດຕິກົດຕົກລົງການ ເສັມອການແລະເທົ່າເຖິ່ນໃນປະກາຊາທຸກກຸລຸ່ມ

ການຕິດຕາມເຝົ້າຮ້າງການຕື່ຕຣາແລະການ ເລືອກປົງບັດເກີຍກັບເຂົ້ອເອົ້າໄວ້/ເອດສໃນສຕານບົກການ ສຸຂພາພ ຈະທຳໄດ້ໂດຍການສຳວັດໃນກຸລຸ່ມຜູ້ໃຫ້ບົກການ ສຸຂພາພໃນສຕານບົກການສຸຂພາພ/ໂຮງພຢາບາລ ການ ສຳວັດນີ້ຈະຊ່າຍໃຫ້ກະທຽວສາຮາຮັນສຸຂ ສຳນັກງານ ສາຮາຮັນສຸຂຈັງຫວັດ ໄປຈົນລົງຜູ້ບົກການໂຮງພຢາບາລ

ສຸຂພາພ/ໂຮງພຢາບາລດ້າງາ ມີຄວາມເຂົ້າໃຈມາກີ່ນີ້ວ່າ ຜູ້ໃຫ້ບົກການສຸຂພາພມີຄວາມຮູ້ ຄວາມຮູ້ສຶກທີ່ກົດຕິກົດຕົກລົງການ ໂດຍຢ່າງໄຕ່ຕ່ອເອົ້າໄວ້/ເອດສ ຕ່ອຜູ້ຍຸ່ງຮ່ວມກັນເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ – ໄວ້ ທີ່ນີ້ຜ່ານອອກສຳວັດໃນຮະດັບຈັງຫວັດນີ້ ສາມາດໃຊ້ເປັນ:

- ຂອມລູ່ພື້ນຖານສໍາຫັກການຕິດຕາມການ ດຳເນີນງານເພື່ອລົດການຕື່ຕຣາແລະການເລືອກປົງບັດ ເກີຍກັບເຂົ້ອເອົ້າໄວ້/ເອດສໃນຈັງຫວັດນີ້
- ເຄື່ອງນູ້ໃນການຕິດຕາມວັດຮະດັບຂອງ ການຕື່ຕຣາແລະການເລືອກປົງບັດເກີຍກັບເຂົ້ອເອົ້າໄວ້/ເອດສ ໃນຮະດັບຈັງຫວັດໄດ້ຢ່າງຕ່ອງເນື່ອງໃນຮະຍະຍາ

ບັນດາໂນແນະເຂົ້າໃຈໂຍບາຍ

ກາຈັດການເຂົ້າໃຈຢູ່ທີ່ສາທາລະນະລັດ ເພື່ອການປຳອັນກັນ ແລະແກ້ໄຂປ່າຍທາໂຮງເອດສແບບບູຮຸນການແລະອົງດີ ຮ່ວມທັງການຮັກສູ່ ປາກເກອຂນ ແລະປະຈານ ໂດຍ ນໍາແຜນທີ່ການເດີນຢູ່ທີ່ສາທາລະນະລັດໄປໃຫ້ໃນການວິເຄາະໜ້າ ໂດຍມີເປົ້າໝາຍລົດຜູ້ຕິດເຂົ້ອຮ່າຍໃໝ່ ລົດການເສີ່ງຫຼັກ ແລະລົດການຕື່ຕຣາແລະເລືອກປົງບັດ ທີ່ນີ້ສຳເນົາການ ສັນບສຸນກຳໄກຂັບເຄີ່ມປະກາດການປະຕິບັດສິທີມນຸ່ມຍັນທີ່ ເກີຍກັບເຂົ້ອເອົ້າໄວ້/ເອດສ ຕວເນັ້ນບທາກເຊີງຮຸກ ໄດ້ແກ່ ການຮັບຮັງກົດຕິກົດຕົກລົງການ ສິທີມນຸ່ມຍັນ ສິທີມຕ້ານເອດສ

ບັນດາໂນແນະເຂົ້າໃຈປົງປົງບັດ

ສຕານບົກການສຸຂພາພຄວາກການອບຮັມພື້ນຖານ ຄວາມຮູ້ເຮືອງເຂົ້ອເອົ້າໄວ້/ເອດສ,ເຮືອງ Universal Precaution/ຫລັກການປົງປົງບັດຂອງ Universal precaution ເພື່ອສຳວັດຄວາມເຂົ້ອມໍໃຫ້ກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ ແລະທຳຄວາມເຂົ້າໃຈໂຍບາຍທີ່ເກີຍກັບການຕື່ຕຣາແລະ ເລືອກປົງປົງບັດໃນສຕານພຢາບາລຮ່ວມທັງຈັດກະບວນການ ທຳຄວາມເຂົ້າໃຈເຮືອງກູດຕັກມີກົດຕັກມີ ເກີຍກັບຜູ້ເກີຍກັບເຂົ້ອເອົ້າໄວ້ ແລະຜູ້ດູແລ ຈັດໃໝ່ກະບວນ ການເສີ່ງຫຼັກຄຸນຄ່າໃນຕົນເອງໃຫ້ກັບຜູ້ຕິດເຂົ້ອ ແລະ

การจัดรูปแบบบริการแบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์ชัย ดร.นารีรัตน์ ผุดผ่องพรพิพพ์ เชิญเงิน

และเจ้าหน้าที่ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ชาติ เจ้าหน้าที่งานเอดส์ระดับจังหวัด โรงพยาบาลแกนนำ อาสาสมัครชุมชนผู้ติดเชื้อเขตสุภาพที่ ๖ เจ้าหน้าที่ในกลุ่มโรคเอดส์ วันโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อรัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ๒๕๕๕.
- คณะกรรมการแห่งชาติวัดด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕–๒๕๕๙. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ; ๒๕๕๕.
- สุเมธ องค์วรรณดี ทวีทรัพย์ ศิริประภาติริ และ อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย. แผนงานการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการเพิ่มประสิทธิภาพแผนปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จัดที่ โรงแรมริชمونด์ สไตลิช คอนเวนชั่น ไฮเก็ล จังหวัดนนทบุรี ๑๓-๑๕ มิถุนายน๒๕๖๐ โดยกองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.เข้าถึงได้จาก <http://plan.ddc.moph.go.th/meetingplan/index.html>.
- นารีรัตน์ ผุดผ่อง, ภูษิต ประคงสาย, สุรัณณ์ จิรยาเดศตักษ์, เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์ชัย, อันอิค้า วงศ์ราñeี, ชลลิตา จิรยาเดศตักษ์ และคณะ. คู่มือการสำรวจตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๘.
- เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย. โครงการศึกษาดัชนีชี้วัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อสนับสนุนการรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชน, เชียงใหม่: ตารางแผนการพิมพ์. ๒๕๕๓.



ປ່ຽນແປງ ທີ່ມີອີກອີເພດຕ່ອພາຍໃຕ້ການສ່ວນເຫຼືອ ແລະ ດຳເນີນ ການປັ້ງປຸງ ໂຮງໂຄເອດສ് ໃນກາລຸ່ມໜາຍທີ່ມີຄວາມສັມພັນຮັກບ້າຍ ຈຳເກອເນື້ອງ ຈັງຫວັດເຊີ່ງໃໝ່

ພຣະນັກ ໂພງ*

Abstract

The Determinant Factors Affected to Safe-Sex Practice and Health Promotion to Prevent HIV Infection in Men having Sex with Men (MSM) in Muang District of Chiang Mai

Panthanat Podok*

*The Office of Prevention and Disease Control Region 1st, Chiang Mai.

A cross-sectional survey was conducted to determine factors affected to safe-sex practice and health promotion to prevent HIV infection among 250 selected samples of men having sex with men (MSM) in Muang District of Chiang Mai during June to July 2016. A set of self-administered questionnaire was developed through intensive reviewing by behavioral scientists and validated with the coefficient of reliability at $r = 0.91$. The statistical packages used for data analysis included Multiple Regression Analysis and Linear Structural Relationship model.

The results revealed that most of MSM disclosed their psychosocial characteristics to the public. Most of them reported ever had oral and/or anal sexual practice. The top-five of meeting points were educational center, dormitory accommodation, entertaining bars (e.g. gay, gogo, host, etc), sauna/massage/spa and karaoke bars. Their social network mostly are temporary escorts. Top-five reasons of not using condom when having sex were trust, urgent situation and not able to find condom, getting drunk, partner rejection and unsatisfied feeling with using condom. HIV/AIDS knowledge and awareness, accessibility to prevention and condom supply, and receiving social support were significantly related to safe sex practice ($p < .05$). Receiving social support and accessibility to condom strongly affected to the behavioral change on increasing safe-sex and health promotion practices for HIV prevention ($p < .05$).

In conclusion, having HIV/AIDS knowledge and awareness with accessibility to prevention services and condom, and receiving social support were significantly related to safe sex practice. Furthermore, the factors strongly affected to the increasing safe-sex behaviors were receiving social support and accessibility to condom. We recommended to implement the health promotion campaign to increase knowledge and skills on HIV prevention and safe sex practices, as well as increase portal

*ສໍານັກປັ້ງປຸງກັນຄວບຄຸມໂຮງທີ່ 1 ເຊີ່ງໃໝ່

for HIV knowledge and condom access. In addition, capacity building of health providers on friendly services without gender inequalities, stigma and discrimination to sustainably promotion the accessibility of HIV prevention and condom supply.

Key Words: Men having sex with Men, HIV/AIDS Knowledge, Safe-Sex Practice
Thai AIDS J 2016/2017; 29 : 37-50

บทคัดย่อ

การศึกษาด้วยวิธีแบบเชิงสำรวจแบบตัวต่อตัว วิธีแบบเชิงสำรวจแบบตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 250 คน ดำเนินงานระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม 2559 และใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ต่อร้าชื่นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมร่วมกับการทดสอบความเชื่อมั่นได้ต่ำสัมประสิทธิ์แล้วฟ้า ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.91 สถิติที่ใช้เคราะห์ข้อมูลคือ การวิเคราะห์แบบทดสอบพหุคุณ (Multiple Regression Analysis) และการวิเคราะห์ด้วยโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear Structural Relationship model)

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลักษณะชีวสังคมของกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีการเปิดเผยสถานะเพื่อวิจัย รายรักชายของตนeng กับสถานะที่ไม่เปิดเผย แต่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับช่องทางปากและทวารหนักเป็นส่วนใหญ่สถานที่นัดพบรวมตัวมากที่สุดใน 5 อันดับแรกคือสถานศึกษา หอพัก บาร์เกย์/บาร์โภโกโก้/ไฮสบาร์ หวาน่า/มาสชาส/นวดสปาและคาราโอเกะ ส่วนใหญ่มีเครื่องเขียนและปาก เป็นเครื่องดื่มและทางานอนมั้ยไม่ได้ เพราะไม่ได้เตรียมไว้ เมามะไม่ได้สติ คุ้นเคยปฏิเสธไม่่อยากใช้ และใช้แล้วความสุขลดลง พบว่าความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน/ถุงยางอนามัย การเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกัน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกัน มีอิทธิพลในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ ในเชิงบางระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สรุป ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน/ถุงยางอนามัย การเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกันและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย และการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย สำหรับเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การเสริมสร้างศักยภาพการใช้อุปกรณ์ป้องกัน/ถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้เกิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลบริการที่หลากหลายและครอบคลุม รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเชื่อใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการให้บริการตามเพศภาวะอย่างเช้าใจและเป็นมิตร สำหรับกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศที่ดีและมีการป้องกันโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ ชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย, ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ
วารสารโรคเอดส์ 2559/2560; 29 : 37-50

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 30 ปี นับตั้งแต่ได้รับการรายงานครั้งแรกของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยมีสถานะที่ลักษณะของการติดเชื้อเอชไอวี

จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 84.79⁽¹⁾ สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็น



ประชากรกลุ่มแรกที่มีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย และเป็นกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดใน 3 เดือนแรก ก่อนที่จะมีการนับการระบาดของโรคในประชากรกลุ่มนี้⁽²⁾ ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ได้มีการสำรวจความชุกการติดเชื้อเอชไอวีพบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2551-2555 มีกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 364, 423, 553, 678 และ 827 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.75, 2.25, 3.03, 3.92 และ 4.99 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มดังกล่าวของระดับประเทศ คิดเป็นร้อยละ 7.10⁽³⁾ เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ (Key Affected Populations : KAPs) ได้จำแนกให้กับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Who Have Sex with Men: MSM) เป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ และได้รับผลกระทบมากที่สุดในการติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 41.00 ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด โดยมีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มไม่ลดลง โดยเฉพาะในเมืองใหญ่และเมืองท่องเที่ยวสำคัญของประเทศไทย คือ กรุงเทพ เชียงใหม่ และภูเก็ต⁽⁴⁾ สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ ถือเป็นหนึ่งในเมืองท่องเที่ยวสำคัญ และเป็น 1 ใน 31 จังหวัดพื้นที่เป้าหมายของประเทศไทย เป็นศูนย์กลางของการท่องเที่ยว การศึกษา การคมนาคม และศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ ที่สำคัญของประเทศไทย จึงส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรเข้ามาในเขตอำเภอเมืองเป็นจำนวนมาก ในด้านประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถ

คาดประมาณจำนวนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้จำนวน 9,199 คน ทั้งนี้คาดประมาณจากร้อยละ 3.00 ของจำนวนประชากรชายวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-49 ปี ในปี พ.ศ. 2556 ที่มีจำนวน 306,633 คน⁽⁵⁾ สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงใหม่ พบร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 23.00 ซึ่งสูงกว่าอัตราการติดเชื้อภาพรวมของประเทศไทย (ร้อยละ 8.00) และหากคาดประมาณอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จากการจำนวนประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีราว 2,546 ราย (คำนวณจากร้อยละ 23.00 จากจำนวนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) อีกทั้งมีการรายงานว่าพบการใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 86.00 และความครอบคลุมการให้การปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพียง ร้อยละ 47.00⁽⁶⁾ การที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นไปได้ว่าสาเหตุเกิดจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และมีการเข้าถึงระบบบริการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวีน้อย จึงทำให้มีความเลี้ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงมาก⁽⁷⁾ อนึ่งวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ที่ได้ผลดีที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีหลายการศึกษาพบว่าระดับการใช้ถุงยางอนามัยยังอยู่ในระดับต่ำ ลั่งผลให้มีผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ในระดับสูง⁽⁸⁾ และการที่จะให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนั้น จำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยที่กำหนดการเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลวิธีที่เสริมเพื่อให้มีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ที่ได้ผลดีคือการให้ความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกัน การประเมินถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะนำไปสู่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศที่ดี เหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ได้ สำหรับประเทศไทยยังไม่ พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว พบ เพียงการศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจอัตราการใช้ ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เท่านั้น⁽²⁾ และด้านการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทาง เพศและการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มี ความสัมพันธ์กับชายยังมีน้อยผู้ศึกษาจึงสนใจที่ จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่ง เสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษารึนี้เป็นสิ่งจำเป็น เพราะผลการศึกษาจะแสดงถึงปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการ ป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็น กลุ่มที่เข้าถึงและจัดบริการให้ได้ยาก อัน จะส่งผลต่อการวางแผนสนับสนุนการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมเพื่อลดเสี่ยงสุขภาพทางเพศและ การป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับ ชายได้อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดอัตราการติดเชื้อ เอชไอวีรายใหม่จากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชาย ที่มีความสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นประชากรหลักที่ได้ รับผลกระทบจากโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรค เอดส์ ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการ ป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับ ชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) ผู้ศึกษาได้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรม (PRECEDE Framework) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรค เอดส์ ในกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นชาย ที่มีความสัมพันธ์กับชาย ที่มารับบริการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและบริการตรวจเลือด หาเชื้อเอชไอวี ที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท (องค์ กรแคร์แมท: Caremat) เชียงใหม่ และศูนย์ บริการสุขภาพเอ็มพลัส (มูลนิธิเอ็มพลัส: M-plus foundation) เชียงใหม่ ในช่วงเดือนมิถุนายน– กันยายน 2559 จำนวน 250 คน เนื่องจากทั้งสอง แห่งเป็นหน่วยงานภาคประชาสังคมที่มุ่งทำงานกับ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดย ตรง และมีกลุ่มชายที่มีความสัมพันธ์กับชายเข้ามา รับบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะทำให้ได้จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่เพียงพอจะเป็นตัวแทนของกลุ่มชาย ที่มีความสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่⁽³⁾ จากประชากรชายวัยเจริญพันธ์ อายุ 18–49 ปี อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบร่วมมีชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประมาณ 9,000 คน) เครื่อง มือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ชนิดตอบด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้าน



พฤติกรรมและการทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลfa ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.91 สถิติที่ใช้เคราะห์ข้อมูลคือ การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคุณ (Multiple Regression Analysis) และการวิเคราะห์ด้วยโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear Structural Relationship model)

ผลการศึกษา

ด้านลักษณะชีวะสังคมประกอบด้วยประเกทกลุ่มย่อยชายที่มีความสัมพันธ์กับชาย อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่พักอาศัยด้วย อาชีพ สถานภาพการมีคู่ ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์กับคู่ และช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ สถานที่นัดพบรวมตัว การเปิดเผยสถานะเพศวิถีชายรักชายของตนเอง การเป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคมเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่สมำ่เสมอ พบร่วม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป (MSM) คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาเป็นสาวประเภท 2 (TG) และพนักงานบริการชาย (MSW) คิดเป็นร้อยละ 22.40 และ 4.40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี (ร้อยละ 38.80) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 21 ปี และอายุ 26 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.60 และ 25.60 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมปลาย/ปวช. (ร้อยละ 58.00) รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 29.20) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 49.20) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 17.20) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 10.80) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่มีคู่/แฟน (ร้อยละ 42.00) รองลงมาเคยมีแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว (ร้อยละ 26.00) ซึ่งใกล้เคียงกับมีคู่/แฟนอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 22.00) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับ

ผู้ชาย (ร้อยละ 84.40) รองลงมา มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (ร้อยละ 14.80) รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มีช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางปากและทางหนัก (ร้อยละ 82.80) รองลงมาเป็นช่องทางเฉพาะทางทางหนัก (ร้อยละ 8.40) สถานที่นัดพบรวมตัวมากที่สุด 5 อันดับ คือ สถานศึกษา หอพัก บาร์เกย์/บาร์อะโกร์/โภสบาร์ ชาวนา/มาสชาส/นวดสปา และคาราโอเกะ คิดเป็นร้อยละ 10.74, 10.46, 9.90, 9.11 และ 8.87 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เปิดเผยสถานภาพของตนเอง (ร้อยละ 81.20) สถานะเพศวิถีชายรักชายของตนเองส่วนใหญ่เปิดเผยกับสาธารณะทั่วไป (ร้อยละ 60.40) รองลงมาคือกับเพื่อนสนิทที่ไว้ใจ (ร้อยละ 42.80) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเครือข่ายทางสังคมที่เป็นเพื่อนเที่ยวเพื่อนกัน (ร้อยละ 38.65) รองลงมาเพื่อนในที่ทำงาน/สถานศึกษา และเพื่อนในโลกออนไลน์ (ร้อยละ 32.50 และ 20.19 ตามลำดับ) เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่สมำ่เสมอเรียนคำตอบ 5 อันดับแรกคือ ไว้ใจซึ่งกันและกัน เป็นเรื่องด่วนมากหากลุ่มยางอนามัยไม่ได้ เพราะไม่ได้ เตรียมไว้ เมาไม่ได้สติ คุณอนปฏิเสธไม่อยากใช้ และใช้แล้วความสุขลดลง คิดเป็นร้อยละ 19.75, 18.24, 14.47, 9.69 และ 9.43 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ด้านความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (7 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 68.80 รองลงมาระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) ร้อยละ 21.20 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน/ถุงยางอนามัย ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 54.61) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.96) และเมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์รายข้อพบว่าส่วนใหญ่ตอบถูกในข้อคำถามว่าการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมี

**ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่สม่ำเสมอ
(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบต่อคน)**

เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่สม่ำเสมอ	จำนวนคำตอบ	ร้อยละ
ไว้ใจซึ่งกันและกัน	157	19.75
เป็นเรื่องด่วนมาก หาถุงยางอนามัยไม่ได้ เพราะไม่ได้เตรียมไว้	145	18.24
มาไม่ได้สัก	115	14.47
คุณอนปฎิเสธไม่อยากใช้	77	9.69
ใช้แล้วความสุขลดลง	75	9.43

ตารางที่ 2. แสดงข้อมูลทดสอบความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์เบย์รายข้อ

ข้อคำถาม	ผิด		ถูก		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้	11	4.40	239	95.60	250	100.00
การมีคุณอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีและไม่มีคุณอนอื่นลดความเสี่ยง	29	11.60	221	88.40	250	100.00
คนที่ดูแลสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอาจมีเชื้อเอชไอวีได้	85	34.00	165	66.00	250	100.00
โรคเอดส์เป็นแล้วรักษาให้หายขาดได้	76	30.40	174	69.60	250	100.00
โรคเอดส์สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน	76	30.40	174	69.60	250	100.00

เพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ (ร้อยละ 95.60) และการมีคุณอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีและไม่มีคุณอนอื่นลดความเสี่ยง (ร้อยละ 88.40) และมีการตอบผิดในข้อคำถามว่าคนที่ดูแลสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอาจมีเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 34.00) โรคเอดส์เป็นแล้วรักษาให้หายขาดได้และโรคเอดส์สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน (ร้อยละ 30.40) เมื่อพิจารณาข้อคำถามในมาตรวัดรายข้อของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นไปได้ทุกครั้ง เรียงลำดับสัดส่วนมากที่สุดในคำตอบ 3 อันดับต่อรูสีกันแน่ใจว่าสามารถใช้ถุงยางอนามัยใหม่ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคุณอน (ร้อยละ 26.40) รูสีกันแน่ใจว่าจะสามารถพกถุงยางอนามัยติดตัวไว้ใช้ในยามที่ต้องการได้ (ร้อยละ 26.00) และรูสีกันแน่ใจว่าจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคุณอน (ร้อยละ 25.20) (ตารางที่ 2-3)



**ตารางที่ 3. แสดงข้อมูล ระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและการใช้อุปกรณ์ป้องกัน/
ถุงยางอนามัย**

ข้อคำถาม	เป็นไปไม่ได้เลย		แบบเป็นไปไม่ได้		ไม่แน่ใจ		เป็นไปได้บ่อยๆ		เป็นไปได้ทุกครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท่านรู้สึกแน่ใจว่า: จะสามารถพกถุงยาง อนามัยติดตัวไว้ใช้ในยาม ที่ต้องการได้	12	4.80	23	9.20	47	18.80	103	41.20	65	26.00
ท่านรู้สึกแน่ใจว่าจะ ^{จะ} ใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ กับคุณนอน	11	4.40	17	6.80	58	23.20	101	40.40	63	25.20
ท่านรู้สึกแน่ใจว่าฉันสามารถ ^{จะ} ใช้ถุงยางอนามัยใหม่ ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ กับคุณนอน	11	4.40	22	8.80	54	21.60	97	38.80	66	26.40

ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกันพบว่า ส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.20) รองลงมา rate มาก (ร้อยละ 42.80) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า มีการเข้าถึงข้อมูลด้านการใช้บริการเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของตนเองเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อระดับปานกลาง ร้อยละ 48.00 การมีข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจใช้บริการและดูแลตนเองระดับปานกลางร้อยละ 46.80 มีการเข้าถึงการรักษาเชิงคลินิกอย่างทันท่วงทีหากติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระดับปานกลางร้อยละ 44.40 และมีการใช้บริการง่ายและสะดวกจากระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขระดับปานกลางร้อยละ 42.00 สำหรับการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติส่วนใหญ่ได้รับการตีตราและเลือกปฏิบัติ เพราะเพศวิถีเป็นชายรักชายใน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.00) เมื่อพิจารณาข้อมูลจากข้อคำถามรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคำตอบระดับการถูกปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือการสอบถามข้อมูลที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลรักษา (ร้อยละ 40.00) ให้ความน่ากังวลกว่าผู้รับบริการท่านอื่นๆ (ร้อยละ 34.40) มองด้วยสายตาเชิงตำหนิ รับรู้ได้ถึงการรังเกียจ (ร้อยละ 31.60) และสนใจด้วยเสียงดังเสียงดีในทำนองประจานเยาเยี้ยงให้อับอาย (ร้อยละ 30.80) (ตารางที่ 4-5)

ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบร่วมส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.60) รองลงมา rate มาก (ร้อยละ 44.98) เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า มีสัดส่วนคำตอบที่ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้งคือมีคนสำคัญชี้ช่องน้ำเป็นคนที่สามารถแบ่งบันความสุขและความทุกข์ได้ร้อยละ 33.60 สามารถปรึกษาปัญหา

ตารางที่ 4. แสดงข้อมูล ระดับการเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกันเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์

ข้อคำถาม	น้อยที่สุด		น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้บริการเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของตนเองเพื่อเฝ้าระวัง	6	2.40	20	8.00	120	48.00	68	27.20	36	14.40
การติดเชื้อ										
การเข้าถึงการรักษาเชิงคลินิกอย่างทันท่วงทีหากติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	5	2.00	18	7.20	111	44.40	71	28.40	45	18.00
การใช้บริการง่ายและสะดวกจากระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุข	5	2.00	20	8.00	105	42.00	88	35.20	32	12.80
การมีข้อมูลที่เพียงพอใน การตัดสินใจใช้บริการ และดูแลตนเอง	1	0.40	14	5.60	117	46.80	77	30.80	41	16.40

ต่างๆ กับครอบครัวได้ร้อยละ 33.60 มีเพื่อนๆ ที่สามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้ร้อยละ 34.80 ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแกนนำร้อยละ 34.40 (ตารางที่ 6)

ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และการป้องกันโรคเอดส์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ในระดับมาก (ร้อยละ 100.00) เมื่อพิจารณาข้อคำถามแยกตามลักษณะพฤติกรรมการจัดการความเครียด การจัดการกับอารมณ์ความต้องการทางเพศ การใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงใช้บริการสุขภาพเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์พบว่าการจัดการความเครียดโดยอยู่

กับตนเองทบทวนตนเองและลิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 28.00 การพูดคุยกับเพื่อนหรือคนที่สนิทไว้ใจประจำ ร้อยละ 24.40 การจัดการกับอารมณ์ความต้องการทางเพศ พบร่วมกับอารมณ์หรือความต้องการทางเพศท่านจัดการด้วยวิธี สำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.40 และเมื่อมีอารมณ์หรือความต้องการทางเพศจัดการด้วยใช้สื่อกระตุ้นอารมณ์ เช่น ภาพ อวัยวะเพศชาย ดูคลิปการมีเพศสัมพันธ์เป็นบางครั้ง ร้อยละ 39.20 การใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์พบว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกช่องทางในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก เป็นบางครั้ง ร้อยละ 33.20 ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ประจำที่เป็นแฟนหรือคู่รักปอยครั้ง ร้อยละ 31.60 การเข้าถึงใช้บริการสุขภาพเกี่ยวกับเอชไอวี/



ตารางที่ 5. แสดงข้อมูลระดับการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเพราะเพศวิชาชีวกรรยาข้อคำาน

ข้อคำาน	ไม่เคยเลย		นานๆครั้ง		บางครั้ง		บ่อยครั้ง		ประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มองด้วยสายตาเชิงตำหนิ รับรู้ได้ถึงการรังเกียจ	85	34.00	53	21.20	79	31.60	28	11.20	5	2.00
สนใจกับท่านด้วยเลียง ดังเสียงสีในทำนอง ประจานเยาเยี้ยให้ท่าน อับอาย	78	31.20	57	22.80	77	30.80	29	11.60	9	3.60
สอบทานข้อมูล ที่ไม่เกี่ยว กับการดูแลรักษา	45	18.00	42	16.80	100	40.00	51	20.40	12	4.80
ให้ค่อนนานกว่าผู้รับ บริการท่านอื่นๆ	59	23.60	56	22.40	86	34.40	42	16.80	7	2.80

**ตารางที่ 6. แสดงข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อแกนนำและเจ้าหน้าที่สาธารณะสุข
(จำนวน 250 คน)**

ข้อคำาน	ไม่เคยเลย		นานๆครั้ง		บางครั้ง		บ่อยครั้ง		ประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท่านมีคุณสำคัญซึ่งคนนั้นเป็น คนที่ท่านสามารถแบ่งบัน	9	3.60	24	9.60	91	36.40	84	33.60	42	16.80
ความสุข และความทุกข์ได้ ท่านได้รับคำแนะนำในการ ดูแลสุขภาพตนเองจาก เจ้าหน้าที่สาธารณะสุขหรือ แกนนำ	9	3.60	25	10.00	81	32.40	86	34.40	49	19.60
ท่านสามารถปรึกษาปัญหา ต่างๆกับครอบครัวได้	6	2.40	22	8.80	97	38.80	84	33.60	41	16.40
ท่านมีเพื่อนๆที่สามารถ แบ่งปันความสุขและ ความทุกข์ได้	5	2.00	23	9.20	90	36.00	87	34.80	45	18.00

ตารางที่ 7. แสดงข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายข้อ

ข้อคำถาม	ไม่เคยเลย		นานๆครั้ง		บางครั้ง		บ่อยครั้ง		ประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการกับความเครียดของตัวเอง										
การอยู่กับตนเองทบทวนตนเองและลิ่งที่เกิดขึ้น	10	4.00	48	19.20	71	28.40	51	20.40	70	28.00
พูดคุยกับเพื่อน หรือคนที่สนิทไว้ใจ	8	3.20	30	12.00	94	37.60	57	22.80	61	24.40
การจัดการกับอารมณ์และความต้องการทางเพศของตนเอง										
เมื่อมีอารมณ์หรือความต้องการทางเพศท่านจัดการด้วยวิธี	30	12.00	46	18.40	101	40.40	52	20.80	21	8.40
สำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง										
เมื่อมีอารมณ์หรือความต้องการทางเพศท่านจัดการด้วยใช้สื่อกระตุ้นอารมณ์ เช่น กាល 欲望; เพศชายนดูคลิปฯ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัยทุกช่องทาง ในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก	19	7.60	47	18.80	98	39.20	65	26.00	21	8.40
ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่รักที่เป็นแฟนหรือคู่รัก	19	7.60	47	18.80	69	27.60	79	31.60	36	14.40
การใช้และเข้าถึงบริการสุขภาพท่านใช้บริการ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลฯ	10	4.00	18	7.20	77	30.80	75	30.00	70	28.00
ท่านใช้บริการปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ หรือกังวล										
ท่านใช้บริการปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ หรือกังวล เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่ฯ	9	3.60	27	10.80	82	32.80	79	31.60	53	21.20



ເອດສ්ථන වා 1. ໃໃບ ບົກລົງ ດ້ວຍ ດັບເອົ້າ
- ໄອວີ/ເອດສ ແລະ ໂຮມ ຕິດຕໍ່ອ່າງເປົ້າ ເສັ້ນພັນຈຳ ຈາກ
ເຈົ້າ ທີ່ຂອງ ສາທ ພາບາລ ເຄື່ອງ ຂ່າຍ ແກນ ນຳ
2. ທ່ານ ໃໃບ ບົກລົງ ເມື່ອ ໄນ ດ້ວຍ ໄຈ ດັບເອົ້າ
3. ທ່ານ ໃໃບ ບົກລົງ ເມື່ອ ໄນ ດ້ວຍ ໄຈ ດັບເອົ້າ
ເກື່ອງ ດັບເອົ້າ ໄອວີ/ເອດສ ແລະ ໂຮມ ຕິດຕໍ່ອ່າງເປົ້າ
ເສັ້ນພັນຈຳ ຈາກ ເຈົ້າ ທີ່ຂອງ ສາທ ພາບາລ ເຄື່ອງ ຂ່າຍ
ແກນ ນຳ ສ່ວນ ໄກສູງ ປົບຕິບ ດັກ ອົງ

ຕາງໆ ທີ່ 8. ແສດ ຂໍ້ມູນ ລາວ ວິເຄຣະ ທີ່ຄວາມ ສັນພັນ ອົງ ຕັ້ງ ແປກ ດັກ ດັກ ດັກ ດັກ

ຕັ້ງ ແປກ	ຄວາມ ຮູ້ ເກື່ອງ ດັບເອົ້າ / ເອດສ	ຮະດັບ ການ ຮັບ ຖຸ				
		ຄວາມ ສາມາດ	ຂອງ ດັບ ແກ	ການ ເຂົ້າ ຄື່ງ	ການ ອູກ ຕື່ຕາ	ການ ສັນ ສັນ
	ປັບ ດັກ	ປັບ ດັກ ແລະ ດັກ	ຂໍ້ມູນ	ແລະ ເລືອກ	ທາງ ສັງ ຄມ	ສັງ ເລີມ ສຸຂ ພາບ
		ປັບ ດັກ / ດັກ	ປັບ ດັກ	ປັບ ດັກ	ປັບ ດັກ	ປັບ ດັກ
		ອນ ມັຍ	ອນ ມັຍ	ອນ ມັຍ	ອນ ມັຍ	ອນ ມັຍ
- ຄວາມ ຮູ້ ເກື່ອງ ດັບເອົ້າ	0.412**	0.276**	-0.211**	0.270**	0.433**	
- ຮະດັບ ການ ຮັບ ຖຸ		0.365**	0.032**	0.332**	0.466**	
ຄວາມ ສາມາດ						
ຂອງ ດັບ ແກ						
ການ ເຂົ້າ ຄື່ງ			-0.059	0.696**	0.536**	
ຂໍ້ມູນ ດັບ ແກ						
- ການ ອູກ ຕື່ຕາ				-0.121	-0.050	
ແລະ ເລືອກ						
ປັບ ດັກ						
ການ ສັນ ສັນ					0.657**	
ທາງ ສັງ ຄມ						

**P Value ≤0.01 *P Value ≤0.05

ຕາງໆ ທີ່ 9. ແສດ ຕັ້ງ ແປກ ທີ່ມີ ຄວາມ ສັນພັນ ອົງ ດັກ ດັກ ດັກ ດັກ ດັກ

ຕັ້ງ ແປກ ອືສະ	ສັນພັນ ອົງ ດັກ ດັກ ດັກ		
	(B)	(Beta)	(Sig T)
ດ້າ ດັກ	29.311		
ການ ສັນ ສັນ	0.651	0.551	0.00
ການ ເຂົ້າ ຄື່ງ ການ ເຂົ້າ ຄື່ງ ຂໍ້ມູນ ດັບ ແກ	0.194	0.153	0.021
ອຸປະກ ດັກ			

ตารางที่ 10. แสดงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์

ตัวแปรอิสระ	ความสัมพันธ์ (R)	สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R ²)	สัมประสิทธิ์ ตัดสินใจเพิ่ม	ความน่าจะเป็น (Sig F)
- การสนับสนุนทางสังคม	0.657	0.432	0.430	0.00
- การเข้าถึงการเข้าถึง ข้อมูลบริการ และ อุปกรณ์ป้องกัน	0.666	0.12	0.440	0.00

การตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล เครือข่ายแก่นนำ 5. ท่านใช้บริการ อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่นจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล เครือข่ายแก่นนำ ส่วนใหญ่ปฏิบัติบอยครั้ง (ตารางที่ 7)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .433$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ($Pvalue = .000$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกันถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .466$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ($Pvalue = .000$) การเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .536$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ($P value = .000$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความล้มเหลวเชิงบวกในระดับสูง ($r = .657$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .01 ($P value = .000$) ส่วนการตีตราและถูกเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามในระดับปานกลาง ($r = -.050$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

($Pvalue = .434$) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกันสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ ได้ประมาณร้อยละ 43.00 ($R^2=.432$) และร้อยละ 12.43 ($R^2_{เพิ่ม} = .012$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 8-10)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ชาวยที่มีความสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ปฏิกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ในระดับดี เมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะทางพฤติกรรมซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 4 มิติ ได้แก่ การจัดการความเครียด การใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนการจัดการกับอารมณ์ความต้องการทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง การเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกัน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์



ປົກກັນ ເປັນປັຈຍີ່ມີອົທືພລຕ່ອພຖືກຮມກາຮລ່ງ
ເສຣີມສຸກພາທາງເພີຂແລກກາຮປົກກັນໂຮຄເດສີໃນ
ເຊີງບາກ ອຍ່າງມີນັຍສຳຄັງທາງສົດີ

ຫຼັບເສັນອະນະຈາກກາຮສົດີ

1. ກາຮພັດນາກຮບນທັນເຮືອງເພີກວາງ
ເພົວົງ ແລກສຸກພາທາງເພີຂ ຂອງຄົນທຳການໃນຮະບນ
ສຸກພາທີ່ປະກອບດ້ວຍທີ່ຮະບບບຣິກາຣ ທີ່ມສໍາວິຊາເພີ
ຮະບບຄ່ານິຍມຄວາມເຂົ້ອ ແລກປະປາສັກຄມ ທີ່ຕ້ອງ
ທຳຄວາມເຂົ້າໃຈວ່າ ສັກຄມເປັນຜູ້ກຳທັນແລກສ້າງ
ບຣທັດຈຸານຕາມຄ່ານິຍມແລກຄວາມເຂົ້ອ ເຮືອງເພີ
ກວາງ ເພົວົງ ແລກສຸກພາທາງເພີ ຄວາມເປັນຫຼຸງ
ແລກເປັນໝາຍ ຜຶ່ງເປັນເພີສຣີ່ທີ່ແສດງເພີກວາງ
(gender) ອັດລັກໝົດທາງເພີ ເປັນ 3 ແບນ ອື່ອຮັກ
ຕ່າງເພີ ຮັກສອງເພີແລກຮັກເພີເດີວັກນ (Hetero-
sexual, Bisexual, Homosexual) ຜຶ່ງມີຄວາມ
ເກື່ຽນນີ້ອັນກັບຮູບແບບພຖືກຮມ ກາຮມີເພີສັນພັນ
ທີ່ເຂົ້ອມໂຍງໄປລົງສຸກພາທາງເພີ ຜຶ່ງໃນກາຈັດ
ບຣິກາຣສຸກພາທາງເພີຜູ້ປົກປັບໃນທຸກຮະດັບຄວາມໄດ້
ຮັກພັດນາກຮບນທັນດັງກລ່າວໃນຂ້າງຕັນ ມີ
ຄວາມເຂົ້າໃຈ ລົດຄວາມມີຄົດແລກເຂົ້າໃຈຕລອດຈນ
ຢືດມັນໃນສັກດີຕີໃນຄວາມເປັນມຸນຸຍ ນຳໄປສູກຮອກ
ແບບກິຈກຽມກາຮຈັດບຣິກາຣສຸກພາທາງເພີ ກາຮ
ປັນເປົ່າຍັນພຖືກຮມ ທັກກາຮສື່ອສາຮຄວາມເສີຍ
ເຝົາຮ່ວງ ປະເມີນຄວາມເສີຍແລກກາຮປົກກັນດູແລ
ຮັກມາໂຮຄເດສີໃຫ້ເຂົ້າຄື່ງກຸ່ມເປົ້າໝາຍ

2. ກາຮສ້າງພັງຈຳນາຈໃຫ້ກັບກຸ່ມເຄື່ອ
ຂ່າຍທາງສັກຄມຂອງກຸ່ມໝາຍຮັກໝາຍໃໝ່ສັກຍາພາກໃນ
ຕົນເອງກລ່າວຄື່ອ ມີຄວາມສາມາດ ມີທັກະລະແລກ
ປະສບກຮມໃນກາຮຈັດກາຮກັບປໍ່ມາໂດຍອູ່ບນໍ້ນ
ຈຸານຂອງກາຮເຄາພໃນສັກດີຕີ ຄວາມເທົ່າເທິ່ມກັນຂອງ
ມຸນຸຍ ໂດຍຝ່ານກຸ່ມຫຼືເຄື່ອຂ່າຍທາງສັກຄມຂອງກຸ່ມ
ໝາຍຮັກໝາຍ ສ້າງກາຮຍອນຮັບສປາປໍ່ມາທີ່ເພື່ອ
ກັບກຸ່ມເປົ້າໝາຍສັກນະບົບກາຮຂອງຮູ້ ໂດຍຈັດ
ກຮບນກາຮກັບກຸ່ມເປົ້າໝາຍໂດຍຕຽງ ຫຼືກາຮໃໝ່
ເຕັກໂນໂລຢີກາຮສື່ອສາຮອນໄລ່ນ ໃນກາຮສື່ອສາຮຄວາມ
ເສີຍຄວາມສຳຄັງແລກຄວາມຈຳປັ້ນໃນກາຮເຂົ້າຄືກາຮ
ໃໝ່ອຸປະກຣມປົກກັນ/ຄຸງຍາງອນນັຍ ກາຮປະເມີນຄວາມ
ເສີຍຂອງຕານເອງ ກາຮຕຽບຕັດກຮອງ ແລກກາຮ
ພື້ນພູໃຫ້ເກີດປະສິທິພລ ສ່າງຄົວກາຮປົກກັນແລກ
ກາຮຕັດເຂົ້ອເອົ້າໂລວີ

ທີ່ໃນຮະດັບບຸດຄລໄດ້ແກ່ກຸ່ມເປົ້າໝາຍທີ່ປະກາງທີ່
ອາຈຕີຕຣາຕະນເອງແລກຄູກຕີຕຣາຫຼືຫວາດຮະແວງ
ກາຮຄູກຕີຕຣາຈາກຄນອບຂ້າງ ທີ່ມີສາມາຊີກໃນໜຸ່ມໜຸ່ນ
ຈົນເກີດຄວາມອ່ອນແວໃໝ່ຄວາມກລ້າທີ່ຈະເປົ່າຍແປ່ງ
ຈົນສູ່ລົງກວາທີ່ປົກຕິ ກາຮໃຊ້ກິຈກຽມເປັນເຄື່ອນນູ້ໃນ
ກາຮທຳມາເພື່ອສ້າງຄວາມເຂົ້າໃຈກັບຄວາມຄົດຄວາມ
ຮູ້ສົກຂອງກຸ່ມທີ່ມີວິຊີ່ວິວິດປະກາງ ກາຮປັບເປົ່າຍ
ຄ່ານິຍມແລກວັດນອຮມເຮືອງເພີທີ່ສົງເສຣີກາຮ
ຈັດກາຮເຮືອງເພີລົດຄວາມປະກາງ ສ້າງໂອກສົດີທີ່
ເອົ້ວຕ່ອກສື່ອສາຮຄວາມເສີຍ ກາຮປະເມີນຄວາມເສີຍ
ຕົນເອງ ກາຮຮູ້ສັນກາຮກົດຕິດເຂົ້ອແລກກາຮເຂົ້າຮັບ
ກາຮຮັກໝາຍຍ່າງຮວດເຮົາ ໄດ້ຕາມມາຕຣຈຸານຫັກປະກັນ
ສຸກພາທ ລົດກາຮຕັດເຂົ້ອຮາຍໃໝ່ ກາຮເຈັບປ່ວຍ ກາຮ
ຕາຍ ກາຮເສີ່ວິວິດ ກາຮຕີຕຣາແລກຄູກເລືອກປົງປັບຕິ ເພື່ອ
ໃໝ່ຄວາມມັນຄົງໃນຫຼົງທີ່ຍື່ນຍາ

3. ກາຮຈັດໂປຣແກຣມເພື່ອສົງເສຣີມພຖື –
ກຮມສຸກພາທາງເພີທີ່ດີໃນກຸ່ມໝາຍຮັກໝາຍ ຜ່ານ
ກລິກກຸ່ມເຄື່ອຂ່າຍທາງສັກຄມຂອງກຸ່ມໝາຍຮັກໝາຍ
ໂດຍໃຫ້ສອດຄລັງກັບບຣິກາຣ ວິວິຫຼືວິດ ທັ້ງເວລາ ສັນ
ທີ່ ຕາມວິວິຫຼືວິດກຸ່ມຢ່ອຍທີ່ນີ້ກາຮຈັດໂປຣແກຣມ ຄວາມ
ມີຄວາມຄອບຄລຸມສາຮທີ່ສຳຄັງຄື່ອ ຂົ້ນມູນຄວາມຮູ້ ກາຮ
ເຂົ້າຄື່ງຂົ້ນມູນບຣິກາຣ ກາຮສ້າງທັກະລະດຳນາຈກາຮຕ່ວ່າ
ຮອງຮ່ວ່າງຈຸ່ນໃນກາຮໃໝ່ອຸປະກຣມປົກກັນຄຸງຍາງອນນັຍ
ແລກກາຮສັນສຸນທາງສັກຄມຜ່ານເຄື່ອຂ່າຍສັກຄມແກນ
ນຳຂອງໝາຍຮັກໝາຍທີ່ຄູກພັດນາແລກເຕີມຄວາມພຣ້ອມ
ໃຫ້ເຂົ້ອມໂຍງກັບເຄື່ອຂ່າຍສັກນະບົບກາຮຂອງຮູ້ ໂດຍຈັດ
ກຮບນກາຮກັບກຸ່ມເປົ້າໝາຍໂດຍຕຽງ ຫຼືກາຮໃໝ່
ເຕັກໂນໂລຢີກາຮສື່ອສາຮອນໄລ່ນ ໃນກາຮສື່ອສາຮຄວາມ
ເສີຍຄວາມສຳຄັງແລກຄວາມຈຳປັ້ນໃນກາຮເຂົ້າຄືກາຮ
ໃໝ່ອຸປະກຣມປົກກັນ/ຄຸງຍາງອນນັຍ ກາຮປະເມີນຄວາມ
ເສີຍຂອງຕານເອງ ກາຮຕຽບຕັດກຮອງ ແລກກາຮ
ພື້ນພູໃຫ້ເກີດປະສິທິພລ ສ່າງຄົວກາຮປົກກັນແລກ
ກາຮຕັດເຂົ້ອເອົ້າໂລວີ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอบคุณผู้จัดการศูนย์สุขภาพ
แคร์แมท (องค์กรแคร์แมท: Caremat) เชียงใหม่
และผู้อำนวยการศูนย์บริการสุขภาพเอ็มพลัส (มูลนิธิ

เอ็มพลัส : M-plus foundation) เชียงใหม่ และ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีได้เดียร์ลิง ที่สนับสนุนและเป็น
กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- สำนักระบบทดิษยา. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ 2557 พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
- จิรภัทร หลงกุล. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์)
ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
- กีรติกานต์ กลัดสวัสดิ์. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. สำนักระบบทดิษยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอชไอวี รอบปี 2555 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : หกหนึ่งเจ็ด จำกัด; 2555.
- FHI 360.org [homepage on the Internet] : The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005–2025 [updated 2013 Jan 21] Available from: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/document/The%20Asian-epidemic-model-projections-hivaids-thailand-2005-2025.pdf>
- Searo.who.int [homepage on the Internet]: Regional Workshop on Strategic Information of HIV, STI and Hepatitis Meeting report Bangkok, Thailand, 12–14 October 2015 [updated 2015] Available from:<http://www.searo.who.int/entity/hiv/publications/sea-hiv-aids-198.pdf>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศ
สัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองประเทศไทย 2556 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : หกหนึ่งเจ็ด จำกัด ; 2556.
- Ncbi.nlm.nih.gov [homepage on the Internet]: Trends in condom use and risk behaviors after sexual exposure to HIV. a seven-year observational study,2014 [updated 2014 Mar 15]Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25157477>
- Unaids.org [homepage on the Internet]: AIDS epidemic update. [updated 2014 Apr 1] Available from:http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf.



**บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย
การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (AIDS 2016) ครั้งที่ 21
18-22 กรกฎาคม 2559
เดอร์บาน แอฟริกาใต้**

- Track A : Basic and Translational Research
Track B : Track B - Clinical Research
Track C : Track C - Epidemiology and Prevention Research
Track D : Track D - Social and Political Research, Law, Policy and Human Rights
Track E : Track E - Implementation Research, Economics, Systems and Synergies with other Health and Development Sectors

Track A : Basic and Translational Research

Acute and early infection

1. TUPEA021 Acute HIV-1 infection in men who have sex with men attending the clinic for voluntary counseling and testing services in Bangkok, Thailand

W. Leelawiwat¹, B. Raengsakulrach¹, T. Holtz^{1,2}, C. Ungsedhapand¹, W. Chonwattana¹, S. Pattanasin¹, A. Sriporn¹, P. Wasinrapee¹, M. Curlin³, E. Dunne^{1,2}

¹Thailand Ministry of Public Health-U.S. Centers for Disease Control and Prevention Collaboration, Nonthaburi, Thailand, ²Division of HIV/AIDS Prevention, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States, ³Oregon Health and Sciences University, Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Portland, United States Presenting author email: wannal@cdc.gov

Background: Detection of acute HIV-1 infection (AHI) is critical for early HIV treatment and prevention. We identified AHI in men who have sex with men (MSM), and in transgender women (TGW), attending the Silom Community Clinic (SCC) for voluntary counseling and testing (VCT) services in Bangkok, Thailand and assessed associated risk factors.

Methods: The SCC offers voluntary HIV-1 counseling and rapid serologic testing for MSM and TGW. We used an HIV-1 rapid test (Determine) to screen for HIV. Positive results were confirmed by two additional rapid tests (DoubleCheck, SD Bioline). Persons with negative rapid tests were screened for AHI using a pooled HIV-1 nucleic acid amplification test (NAAT, Aptima). AHI in those with a NAAT-positive result was confirmed by viral load (Roche) or fourth-generation enzyme immunoassay (EIA, Abbott). AHI was defined as being anti-HIV-1 antibody negative with the presence of HIV-1 RNA or p24 antigen. We describe behavioral and laboratory factors for persons with AHI.

Results: From June 2009 to November 2015, 9,167 persons made 21,773 visits to VCT services. Overall, 8,747/9,167 (95%) assented to HIV testing; the prevalence of HIV-1 infection by rapid tests was 32.8% (95% CI 31.9-33.8). Among 5,874 persons with negative rapid tests, we performed NAAT testing in 5,806 (98.8%), and detected AHI in 68 (1.1%, 95% CI 0.9-1.4).

Persons with AHI had a median age of 27 years (IQR 23-32), and 62% were aged 17-29 years. Characteristics of persons with AHI included recent unprotected anal sex (n=63, 93%), history of a sexually transmitted disease (n=28, 41%), hepatitis immunity (hepatitis B surface antibody, n=27, 40%, hepatitis A, n=16, 24%), and any AHI symptoms (n=19, 28%). However, 72% of persons with AHI did not report any AHI symptoms.

Conclusions: We detected AHI in 1.1% of MSM and TGW who initially tested HIV negative at SCC VCT. Incorporating screening for HIV-1 NAAT and p24 in persons reporting risk exposure or factors linked with AHI leads to detection of acute infection as resources allow, and increases the possibility of early treatment and prevention of HIV transmission.

Novel assays of HIV infection

2. WEPEA027 Multisite evaluation of the BD FACSPrestoTM CD4 counter

M. Thakar¹, F. Angira², K. Pattanapanyasat³, A.H.B. Wu⁴, M. O’Gorman⁵, H. Zeng⁶, C. Qu⁷, B. Mahajan¹, K. Sukapirom³, E. Shea⁴, R. Ribadia⁵, D. Chen⁶, Y. Hao⁶, Y. Gong⁷, M. De Arruda Indig⁸, S. Graminske⁸, B. Lu⁹, I. Omana-Zapata¹⁰, C. Zeh¹¹

¹National AIDS Research Institute, Serology and Immunology Department, Pune, India, ²Kenya Medical Research Institute/ US CDC Research and Public Health Collaboration, Kisumu, Kenya, ³Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, ⁴San Francisco General Hospital & Trauma Center, Laboratory Medicine, Clinical Chemistry Laboratory, San Francisco, United States, ⁵Children’s Hospital Los Angeles, and The Keck School of Medicine, University of Southern California, Laboratory Medicine, Los Angeles, United States, ⁶Ditan Hospital, Beijing, China, ⁷Peking University First Hospital, Beijing, China, ⁸Blood Center of Wisconsin, Milwaukee, United States, ⁹BD Biosciences, Biostatistics, San Jose, United States, ¹⁰BD Biosciences, Medical Affairs, San Jose, United States, ¹¹US Centers for Disease Control and Prevention (CDC-Kenya), Kisumu, Kenya Presenting author email: imelda-omana-zapata@bd.com

Background: The BD FACSPrestoTM CD4 Counter is designed for resource-limited settings to improve HIV/AIDS patient care. The portable system features include onboard quality control and single-use disposable cartridges. It reports absolute CD4, %CD4, and hemoglobin (Hb) results from 2-3 drops of blood (capillary or venous) within 22 minutes with 10-sample/hour throughput. We conducted an evaluation at eight clinical sites in five countries: Kenya, India, Thailand, China, and USA, to evaluate performance for establishing claims.

Methods: Method comparison was conducted using capillary and venous samples from HIV-infected patients and uninfected individuals with and without concomitant medical conditions. For comparison, venous samples were tested using the BD FACSCaliburTM system with BD TritestTM CD3/4/45 reagent, BD TrucountTM tubes, and BD MultisetTM software for CD4 and %CD4, and the Sysmex® KX-21N for Hb concentration. Controls were used for multisite reproducibility testing.

Results: Enrollment included venous (N=795) and capillary (N=691) specimens (1.27 male/female ratio), including 57 from subjects 2-11 years old, 68 between 12-21, and 592 subjects 22 years and older. The data was pooled for analysis. Venous and capillary samples were analyzed independently. CD4 (N=716) Deming regression results in venous and capillary samples are shown. Deming regression gave slopes within 1.00-1.05 with $R^2 \geq 0.96$ for %CD4 (N=716), and within 0.99-1.06 with $R^2 \geq 0.89$ for Hb (N=720). The overall agreement at 200



CD4 cells/ μ L clinical cutoff in venous blood (N=85) was $\geq 98.5\%$, and $\geq 97.7\%$ in capillary blood (n=67). Multisite reproducibility had total precision (%CV/%SD) for CD4 < 5.32, %CD4 < 0.59, and Hb < 2.83.

Conclusions: The BD FACSPresto provides accurate clinical results for CD4, %CD4, and Hb from capillary or venous samples, and ease of use for monitoring of CD4 and enabling treatment access. This product was CE Marked (IVD Directive 98/79/EC) and WHO prequalified (2014), and received FDA clearance (2015).

Systems biology approaches to HIV infection

3. THPEA023 Association of the chemokine stromal-derived factor-1 (SDF-1) genetic polymorphism with transaminitis in HIV-infected Thais who are on combined antiretroviral therapy

T. Chiraunyanann^{1,2}, K. Changsri³, W. Sretapanya⁴, K. Yuenyongchaiwai⁵, C. Akekawatchai³

¹Bureau of AIDS, TB & STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand, ²Graduate Program in Medical Technology, Faculty of Allied Health Sciences, Thammasat University, Pathumthani, Thailand, ³Faculty of Allied Health Sciences, Thammasat University, Department of Medical Technology, Pathumthani, Thailand, ⁴Nakhon Nayok Hospital, Nakhon Nayok, Thailand, ⁵Faculty of Allied Health Sciences, Thammasat University, Department of Physical, Pathumthani, Thailand

Background: Liver disease has emerged as one of the major causes of death in HIV-infected patients who are on combined antiretroviral therapy (ART). The chemokine stromal-derived factor-1 (SDF-1) has an important role in homing of immune cells to the liver and an increase of SDF-1 levels has been demonstrated to be associated with acute and chronic liver injury. This study was aimed to determine frequency of SDF-1 gene polymorphism and its association with transaminitis in HIV-infected patients on combined ART.

Methods: A single-center cross-sectional study was conducted from October 11, 2011 to 2013 in Thai HIV-infected patients. Combination ART was received by 71.4% of the patients, median duration; 39 (16-55) months. They were examined for transaminitis defined as increased levels from the upper normal limits of aspartate aminotransferase (AST) and/or alanine aminotransferase (ALT), hepatitis B or C coinfection and distribution of SDF-1 gene polymorphisms, a G to A transition at position 801 in 3'UTR region, in the patients by tetra-primer polymerase chain reaction. Logistic regression analyses were performed to determined risks for transaminitis in the studied group.

Results: Of 164 HIV patients, rate of transaminitis was 28% and prevalence of hepatitis B virus (HBV) coinfection, hepatitis C virus (HCV) coinfection and HBV/HCV triple infection were 9.1%, 8.3% and 0.8% respectively. Genotype frequencies of AA, GA and GG in the studied group were 6.5%, 36.1%, 57.1% respectively. Chi-square test demonstrates a significant association between AA/GA genotypes and transaminitis ($p=0.014$). In univariate logistic regression analysis, presented that AA/GA genotypes are significant risk factors of transaminitis (crude odd ratio; 95%CI; pvalue: 2.5; 1.2-5.3; $p=0.015$), together with male gender (crude odd ratio; 95%CI; p-value: 3.7; 1.6-8.4; $p=0.002$) and hepatitis C virus (HCV) coinfection (crude odd ratio; 95%CI; p-value: 12.2; 2.4-61.5; $p=0.002$). However, multivariate analysis indicated

only coinfection with hepatitis C virus (HCV) as a significant risk of transaminitis in this studied group (adjusted odd ratio; 95%CI; p-value: 22.2; 2.5-199.1; p<0.006).

Conclusions: The SDF-1 3'A polymorphism is an independent risk for transaminitis, potentially leading to severity of liver disease in Thai HIV-infected patients who are on long-term treatment of combination ART.

Track B : Track B - Clinical Research

1. TUPEB071 Time since diagnosis to ART initiation in Indonesia: implications for care linkages

A. Rahadi^{1,2}, L. Nevendorff³, Y. Wirastra⁴, F. Gorilla⁵, A. Wardana¹

¹Indonesia AIDS Coalition, Jakarta, Indonesia, ²University of Melbourne, Centre for Health Policy, Melbourne, Australia, ³Alma Jaya Catholic University, Centre for HIV Research, Jakarta, Indonesia,

⁴Asian Network of People Who Use Drugs, Bangkok, Thailand, ⁵GWL-INA, Jakarta, Indonesia Presenting author email: arie.rahadi@gmail.com

Background: This study examined the trend in time intervals between diagnosis to ART initiation in the periods leading up to the test-and-treat ART regime in application since 2013. We estimated the time taken to initiation by risk group, gender, and across diagnosis time.

Methods: Dataset was a Community Access to Treatment, Care and Support (CATS) study in 7 provinces of Indonesia, comprising 1,655 HIV+ surveyed participants. We used data from 1,098 on-ART participants, or 89% of the total in this category. Finite mixture models were used to differentiate distributions based on the length of time to ART initiation. These two distributions were labeled ‘slow’ and ‘swift’, respectively. Our final model comprised risk groups, gender identity, age (and age-squared), year of initiation, whether symptoms were present at diagnosis (yes/no), and selfreported initial CD4 count.

Results: We included participants initiating ART from as earliest as year 2001. The ‘swift’ initiation group had a mean length of time to initiation of 4.78 months, whereas the comparable figure for the ‘slow’ initiation group was 25.37 months. People who inject drugs had the longest time to initiation in both groups. By gender, transgenders on average took an extra 3.27 months (95% CI: 2.42-4.12) to initiation compared to males. Each calendar year added less than one month to initiation time but this was highly significant for both ‘slow’ and ‘swift’ groups (p< 0.001). Older age was associated with more timely initiation.

Conclusions: Being symptomatic at diagnosis was an indication of deferred ART initiation, yet shortens time to initiation for those in the ‘slow’ group. People who inject drugs, younger age groups, and transgenders were at an increased risk of late ART initiation.

2. TUPEB110 Poor immune response despite virologically suppressive antiretroviral therapy (ART) in children in the European Pregnancy and Paediatric HIV Cohort Collaboration (EPPICC) in EuroCoord

I.J. Collins¹, E. Chappell¹, L. Ene², G. Jourdain^{3,4,5}, A. Riordan⁶, H.J. Scherpbier⁷, J. Warszawski⁸, C. Giaquinto^{9,10}, D.M. Gibb¹, on behalf of the European Pregnancy and Paediatric HIV Cohort Collaboration (EPPICC) in EuroCoord

¹MRC Clinical Trials Unit at UCL, Institute of Clinical Trials & Methodology, London, United Kingdom,

²Dr. Victor Babes Hospital for Infectious and Tropical Diseases, Bucharest, Romania, ³UMI 174-PHPT,

Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, ⁴Institut de Recherche pour le Développement, Paris,

France, ⁵Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, United States, ⁶Alder Hey Children's

NHS Foundation Trust, Liverpool, United Kingdom, ⁷Emma Children's Hospital, Academic Medical

Center, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands, ⁸CESP, INSERM U 1018, Paris, France,

⁹University of Padua, Padua, Italy, ¹⁰PENTA Foundation, Padua, Italy Presenting author email:

jeannie.collins@ucl.ac.uk

Background: There are scarce data on poor immune response (PIR) despite viral suppression (VS) on ART in children. We assessed PIR prevalence, associated factors and clinical outcomes in EPPICC.

Methods: Children aged <18-years at ART start, with ≥1 year follow-up, ≥1 viral load (VL) and CD4 measurements were eligible. VS was defined as VL ≤400 copies/mL within 12-months of ART initiation (<18-months for infants) and sustained VL ≤400 c/mL for ≥1 year (allowing unconfirmed rebound <10,000 c/mL). PIR was defined as WHO ‘advanced’ or ‘severe’ immunological stage (CD4% <30 for age <12-months, CD4% <25 for 12-35 months, CD4% <20 for 35-59 months; CD4% <15 or CD4 <350 cells/mm³ for ≥5-years). Follow-up was censored at confirmed VL >400c/mL, unconfirmed VL ≥10,000c/mL or VL measurements gap of ≥15-months. Factors associated with PIR were explored using logistic regression. Rates of clinical events (death/CDC C) during VS were calculated by time-updated WHO immunological stage.

Results: Of 3,510 children starting ART, 2210(63%) had VS for ≥1 year: 47% male, 92% perinatally-infected. At ART initiation, median[IQR] age was 6.3yrs[2.1,10.4], CD4% 16% [8,24], 15% and 55% were WHO advanced and severe immunological stage, respectively. PIR was observed in 13%(248/1863), 7%(102/1437) and 4%(50/1155) of patients at 1-, 2- and 3-years of sustained VS. PIR was strongly associated with older age and worse immunological stage at ART start (Table). Among patients with VS for ≥1-year, there were 4 deaths and 50 CDC C events (2 and 15 among PIRs, respectively). The rate of clinical events was 1.94(95% CI 1.20, 3.12) per 100 person-years among PIRs versus 0.39(0.27,0.56) among responders (WHO immunogical stage “none”), p< 0.0001.

Conclusions: PIR despite VS was relatively rare in children but was associated with significantly increased risk of AIDS/death as compared to immune-responders. Predictors of PIR include older age and lower CD4 at ART start, supporting recommendations for immediate ART in all children. Risk Factors aOR (95% CI) p Mode of HIV infection Perinatal 1.0 0.016 Other 1.9 (1.1-3.1) Age at ART initiation, (years) =1 year]

3. WEPDB01 Living with HIV: Long-Term Effects WEPDB0101 Deferred antiretroviral therapy is associated with lower estimated glomerular filtration rate in HIV-positive individuals with high CD4 counts

A. Mocroft¹, A.C. Achra², M. Ross³, L. Ryom⁴, A. Avihingsanon⁵, E. Bakowska⁶, W. Belloso⁷, A. Clarke⁸, H. Furrer⁹, G. Lucas¹⁰, M. Ristola¹¹, M.S. Rassool¹², J. Ross¹³, C. Somboonwit¹⁴, C. Wyatt³, *On behalf of the INSIGHT and START Study Group*

¹University College London, London, United Kingdom, ²University of New South Wales, Sydney, Australia,

³Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, United States, ⁴University of Copenhagen,

Copenhagen, Denmark, ⁵Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, ⁶Wojewodzki Szpital Zakazny,

Warsaw, Poland, ⁷Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, ⁸Royal Sussex County

Hospital, Brighton, United Kingdom, ⁹Bern University Hospital and University of Bern, Bern, Switzerland,

¹⁰Johns Hopkins University of Medicine, Baltimore, United States, ¹¹Helsinki University Central Hospital,

Helsinki, Finland, ¹²University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa, ¹³University Hospitals

Birmingham NHS Foundation Trust, Birmingham, United Kingdom, ¹⁴University of South Florida,

Tampa, United States Presenting author email: a.mocroft@ucl.ac.uk

Background: The impact of antiretroviral therapy (ART) on renal function in HIVpositive persons with high CD4 is largely unknown. We evaluated changes in estimated glomerular filtration rate (eGFR) among participants randomised to immediate or deferred ART within the INSIGHT START trial.

Methods: eGFR was calculated from locally measured creatinine using MDRD and CKD-EPI at months 4, 8, 12 and annually. Participants with baseline and >1 follow-up eGFR were included. We analysed change in eGFR at each visit from baseline using random effects models.

Results: 4629 of 4685 START participants (99%) were included; characteristics were balanced between the immediate (n=2294) and deferred ART arms (n=2335). In both arms, median baseline CD4 was 651/mm³ and eGFR (CKD-EPI) 111 ml/min/1.73m². Mean follow-up was 2.6 years. ART was initiated in 2271 participants (99.0%) in the immediate and 1126 (48.2%) in the deferred arm, accounting for 94% and 28% of follow-up time, respectively. 89% of initial regimens in both arms included TDF. In the primary randomized comparison those in the deferred arm had a lower eGFR over follow-up (Table) with no evidence that the eGFR slope was different comparing the immediate and deferred arms ($p>0.2$). The lower mean eGFR in the deferred arm remained significant in secondary analyses (Table). In a model adjusted for time and baseline eGFR, the mean change in eGFR (CKD-EPI) in the deferred versus immediate arm in those of non-black and black race was 0.23 (95%CI: -0.42, 0.87) and -2.43 (95% CI: -3.42, -1.43; $p<0.0001$ test for interaction) respectively.

[Table. Mean change in eGFR by randomisation arm in INSIGHT START trial]

Outcome	Model 1* Deferred arm (vs. immediate arm) (95% CI), P	Adjusted Model 2** Deferred arm (vs. immediate arm) (95% CI), P	Adjusted Model 3*** Deferred arm (vs. immediate arm) (95% CI), P
eGFR-CKD-EPI	-0.56 (-1.11 to -0.003), 0.049	-1.85 (-2.50 to -1.21), <0.001	-1.72 (-2.34 to -1.11), <0.001
eGFR-MDRD	-1.26 (-2.14 to -0.38), 0.005	-3.43 (-4.51 to -2.35), <0.001	1 -3.21 (-4.25 to -2.17), <0.001

* Model 1: adjusted for baseline eGFR and years since randomization

** Model 2: additionally adjusted for current receipt of TDF and boosted PI

*** Model 3: Model 2 + additionally adjusted for age, gender, race, region of enrolment, time since HIV diagnosis, use of injecting drugs, CD4, viral load, proteinuria, body mass index, hepatitis B/C, diabetes, hypertension, dyslipidemia, cardiovascular disease, smoking status, ACE inhibitors or NSAIDS, all measured at randomisation.

Conclusions: Deferring ART initiation in patients with high CD4 led to a small but significantly lower eGFR compared to those starting immediately, and was most pronounced in those of black race. These results suggest asymptomatic HIV infection may promote kidney disease despite preserved immune function.

4. THPDB0106 Treatment cascade of HIV-infected infants in the Thailand National Programme: how close are we to the 90-90-90 target?

T. Puthanakit^{1,2}, P. Kosalaraksa³, W. Petdachai, R. Hansudewechakul⁵, T. Borkird, R. Lolekha⁷, H. Thaisri⁸, T. Samleerat⁹, S. Boonsuk¹⁰, S. Ongwandee¹¹, on behalf of the ACC Working Group

¹Chulalongkorn University, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Bangkok, Thailand, ² Thai Red Cross AIDS Research Centre, HIV-NAT, Bangkok, Thailand, ³ Srinagarind Hospital, Department of Pediatrics, Khon Kaen, Thailand, ⁴Phrachomklao Hospital, Department of Pediatrics, Petchaburi, Thailand, ⁵Chiangrai Prachanukroh Hospital, Department of Pediatrics, Chiangrai, Thailand, ⁶Hat Yai Hospital, Department of Pediatrics, Hat Yai, Thailand, ⁷Thailand Ministry of Public Health-U.S. CDC Collaboration (TUC), Global AIDS Program (GAP), Nonthaburi, Thailand, ⁸Ministry of Public Health, Department of Medical Sciences, Nonthaburi, Thailand, ⁹Chiang Mai University, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai, Thailand, ¹⁰Ministry of Public Health, Department of Health, Nonthaburi, Thailand, ¹¹Ministry of Public Health, Bureau of AIDS, TB and STIs, Nonthaburi, Thailand Presenting author email: thanyawee.p@hivnat.org

Background: UNAIDS has set 90-90-90 targets for diagnosis, treatment and viral suppression in HIV-infected children by 2020. The Thailand Global AIDS Response Program estimated 4,869 HIV-infected pregnant women and 102 new perinatal HIV-infected children in 2014. We describe the coverage of early infant diagnosis and treatment cascades of perinatally HIV-infected infants in the National Program.

Methods: The national AIDS program provides HIV DNA PCR testing for all HIV-exposed infants and antiretroviral therapy (ART) is provided, free of charge, regardless of CD4 count. Viral load testing is performed at 6 and 12 months after ART initiation. We analyzed national

data collected on HIV-infected infants by the Active Case Management Network and the HIV DNA PCR database of 15 laboratories. The coverage of infant diagnosis will be calculated against estimated data from 2014.

Results: From August 2014-December 2015, 21,415 HIV DNA PCR tests were performed. Of these, 101 HIV-infected infants were identified, accounting for 70% of the estimated number of newly infected infants per year. ART was initiated in 83 infants (82%); 74 (89%) received the lopinavir/r-based regimen. The median age at ART initiation was 2.5 months (IQR 1.2-4.2). In 55% of infants, ART was initiated the same day that blood was drawn for confirmatory HIV DNA PCR. The median (IQR) CD4 cell count was 2251(1554-3057) cell/mm³ and the HIV-RNA prior to ART was 5.5(3.6-6.4) log₁₀ copies/ml. The overall mortality rate was 14% (9 infants died prior to and 5 infants died after ART initiation) and median age at death was 4.4 months (IQR 2.4-6.2), with pneumonia being the commonest cause of death. Of these 15 deaths, 11 (73%) did not receive neonatal antiretroviral prophylaxis. The proportion of infants on ART with HIV RNA < 400 copies/ml were (23/47) 49% (95% CI: 34-64) at 6 months and (11/18) 61% (95% CI: 36-83) at 12 months.

Conclusions: 70% of HIV-infected infants diagnosed, 82% began treatment, and 61% achieved virological suppression. A high mortality rate was noted, particularly among HIV-infected infants not included in the cascade care. Additional work is needed to prevent HIV-associated infant mortality and improve virological suppression among infants on ART.