วารสาร
โรคเอดส์
Thai AIDS Journal
ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2559 - พฤษภาคม 2559 ISSN 0857-8575

- ติดตามผลตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี ปีงบประมาณ 2552-2556 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การวิจัยประเมินผลกระบวนการทำงานและการประสานงานของภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพ : งานบริการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
- ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2553-2557
- ผลของบริการปรึกษาตรวจเลือดเอ็ชไอวีต่อทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ในผู้ต้องขังชาย
- ผลการรักษาหนองในในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีด้วย ceftriaxone หรือ ceffixime ของกลุ่มบางรักเพศสัมพันธ์ (รพ.บางรัก) การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี

ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙

สารบัญ

หน้า

ติดตามผลตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี ปีงบประมาณ 2552-2556 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นฤมล เย็นยาชัน, รังษี เจริญวงศ์ระยับ, เบญจวรรณ ระลึก **57**

การวิจัยประเมินผลกระบวนการทำงานและการประสานงานของภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพ : งานบริการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
เฉลิมพล แจ่มจันทร์,กัญญา อภิพรชัยสกุล **69**

ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2553-2557
ภัสสรา จันทนาคร, เริงฤดี วีระวงศ์พรหม **84**

ผลของบริการปรึกษาตรวจเลือดเอ็ชไอวีต่อทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ในผู้ต้องขังชาย
ชลลิสา จริยาเลิศศักดิ์ **95**

ผลการรักษาหนองในในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีด้วย ceftriaxone หรือ ceffixime ของกลุ่มบางรักเพศสัมพันธ์ (รพ.บางรัก) การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี
ปฏิพันธ์ เสริมศักดิ์, นิสิต คงเกริกเกียรติ, นฤมล เย็นยาชัน, ทำเนียบ สังวาลประกายแสง, บุษบา ไทยพิทักษ์พงษ์ **106**

Thai AIDS Journal
Volume 28, Number 2, 2016

Page

HIV Testing Results During Fiscal Years 2009-2013 among Men Who Have Sex with Men (MSM) at Male Health Clinic, Bangrak Sexually Transmitted Infection Section
Naruemon Yenyarsan , Rangsee Charoenwongrayab, Benjawan Raluek **57**

Evaluation Study on Operational Process and Coordination among Civil Societies and the Health Sector : HIV Prevention Services for Migrant Workers
Chalermpol Chamchan, Kanya Apipornchaisakul **69**

The Prevention of Mother-to-Child Transmission Project (PMTCT) of Phichit Province in 2009-2014
Phatsara Chantanakorn, Ruengluedee Weerawongphom **84**

Effect of HIV Voluntary Counseling and Testing on AIDS Stigma among Male Prisoners
Chonlisa Chaliyalertsak **95**

The Treatment of Gonorrhea in Patients Infected with HIV by Ceftriaxone Group or Ceffixime in Bangrak Hospital Retrospective Study Three Years
Padipan Sermsak, Nisit Kongkergkiat, Naruemon Yenyarsan, Tumneab Sungwanprakaisang, Bussaba Thaipitakpong **106**

Editor
Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen
Department of Microbiology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
Tel. : 66-2419-7457
FAX : 66-2419-8406,
E-mail : prasert.thongcharoen@gmail.com

ติดตามผลตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี ปีงบประมาณ 2552-2556 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นฤมล เย็นยาซัน, รังษี เจริญวงศ์ระยับ*, เบญจวรรณ ระลึก พบ.**

Abstract

HIV Testing Results During Fiscal Years 2009-2013 among Men Who Have Sex with Men (MSM) at Male Health Clinic, Bangrak Sexually Transmitted Infection Section

Naruemon Yenyarsan, Rangsee Charoenwongrayab*, Benjawan Raluek**

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

***Introduction** : the study of HIV infection rate in VCT MSM Clinic in Bangrak STIs section of BATS, DDC MOPH Thailand. Aim of studies are:*

1. *Incidence ratio of HIV infection in VCT clinic.*
2. *Prevalence ratio of HIV infection in VCT clinic.*
3. *Risk factor and relative risk ratio of HIV infection.*
4. *Protective factor and relative risk ratio of HIV infection.*

***Method :** Retrospective cohort was conducted during October 2009 to September 2013 in MSM age > 18 years old. One thousand five hundred eighteen HIV negative MSM, including a 3-months window period, were enrolled to analyze ratio, relative risk, preventable risk by Epi info program.*

***Result :** Incidence of HIV infection are 4%. Prevalence of HIV infection are 33.8%. Behavior risk factor, indwelling foreign body in the penis 3 (95%CI, 0.5383-19.8225), blood transfusion 1.5 (95%CI, 0.3835-5.9163), illegal drug use 1.3 (95%CI, 0.4617-3.6263), STD patient 1.9 (95%CI, 1.1919-3.2064). Sexual behavior risk factor, HIV infected partner increase risk for HIV infection by 6.3 (95%CI, 1.7487-22.8909), more than one sexual partner 3.4 (95%CI, 1.6257-7.1207), new sexual partner 3.3 (95%CI, 1.5601-7.0355), no condom use 2.8 (95%CI, 1.2768-5.9361), condom leakage 1.6 (95%CI, 0.2333-10.7455). Protective factor is circumcision, 0.6 (95%CI, 0.0908–4.6828).*

***Conclusion :** Risk factors of HIV infection are behavior and sexual behavior that leading to become infection. Screening STIs and HIV for KAP are very important to prevent spread of HIV infection. Prompt treatment and follow up infected people are needed. VCT, demonstration of condom use, circumcision are intervention to prevent new HIV and STD infection.*

Key Words: HIV, MSM, Bangrak STIs Section
Thai AIDS J 2016; 28 : 57-68

*กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : *เพื่อศึกษา 1) ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอ็ชไอวี 2) อัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวี 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี และ 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมี anti-HIV Negative หลังพ้นระยะตรวจไม่พบเชื้อ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถึง 30 กันยายน 2556 จำนวน 1,518 ข้อมูล จากข้อมูลทั้งหมด 2,559 ข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้ สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Relative risk และ Preventable risk โดยโปรแกรม Epi info*

ผลการวิจัย : *1) ความชุกการติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 33.8 2) อัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ ร้อยละ 4.0, 3) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ ฝังมุก ผ่าเบนซ์ ใส่ห่วงที่อวัยวะเพศ มีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็น 3 เท่า (95%CI, 0.5383-19.8225) ของผู้ที่ไม่มี การได้รับเลือดเพิ่มเป็น 1.5 เท่า (95%CI, 0.3835-5.9163) การใช้สาร/ยาเสพติดเป็น 1.3 เท่า (95%CI, 0.4617-3.6263) ด้านปัจจัยเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จะมีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็น 6.3 เท่า (95%CI, 1.7487-22.8909) ของผู้ที่ไม่มี, ผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนเป็น 3.4 เท่า (95%CI, 1.6257-7.1207) ส่วนผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ 3.3 เท่า (95%CI, 1.5601-7.0355) การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็น 2.8 เท่า (95%CI, 1.2768-5.9361) การมีถุงยางอนามัยแตกรั่วหลุด 1.6 เท่า (95%CI, 0.2333-10.7455) ของผู้ที่ไม่มี, ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (หนองใน โรคซิฟิลิส คลามัยเดีย หนองในเทียม หูดหงอนไก่ และเริมที่อวัยวะเพศ) เป็น 1.9 เท่า (95%CI, 1.1919-3.2064) และ 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ผู้ที่ขริบหนังหุ้มปลายมีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวีน้อยกว่า 0.6 เท่า (95%CI, 0.0908-4.6828) ของผู้ไม่ขริบหนังหุ้มปลาย*

อภิปรายผล : *จากปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางเพศยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี ดังนั้นมาตรการการป้องกันที่สำคัญยังคงเป็นการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้และควรมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงมาตรวจซ้ำทุก 3 เดือนเพื่อย้ำเตือนเรื่องการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงก่อนการติดเชื้อ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้การปรึกษาเพื่อให้เกิดความตระหนักสามารถลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงและสามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้ การสอนสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย การตรวจ คัดกรอง รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการดำเนินการร่วมกับมาตรการใหม่ๆได้แก่ การขริบหนังหุ้มปลาย การกินยาต้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีทั้งก่อนหรือหลังสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure or Post-exposure) และเนื่องจากอุบัติการณ์การติดเชื้อเอ็ชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งพฤติกรรมของประชากรกลุ่มนี้เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ดังนั้นการศึกษาหาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงมีความจำเป็นที่จะต้องทำต่อไป เพื่อให้เกิดการควบคุมปัจจัยต่างๆได้ดีขึ้น*

คำสำคัญ เอ็ชไอวี, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 57-68

ความเป็นมา

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] ในปี 2011 ว่า ในปัจจุบันพบการระบาดของเชื้อเอ็ชไอวีในประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสูงกว่าประชากรทั่วไปมากถึง 19.3 เท่า สำหรับสถานการณ์ติดเชื้อเอ็ชไอวีในประเทศไทยเมื่อพฤศจิกายน 2554 สำนักระบาดวิทยา[2] ได้รายงานว่ามีจำนวผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 376,690 คน เป็นเพศชาย 256,571 คน และเพศหญิง 120,119 คน โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ คือช่วงอายุ 15-59 ปี ถึงร้อยละ 93.95 ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 83.98 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง และจากการศึกษาติดตามชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 1,744 ราย โดยคลินิกชุมชนสีลมในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2550[3] ความชุกการติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 30.8 ในปีพ.ศ.

2550 และพบอุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่สูงถึงร้อยละ 7.7 หากจำแนกตามอายุจะพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มอายุระหว่าง 18–21 ปี สูงถึงร้อยละ 8.8 การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาให้ทราบถึงอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวี ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกสุขภาพชายกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่สูงที่สุด ซึ่งคาดว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงอัตราการติดเชื้อ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนเชิงนโยบายในการป้องกันการระบาดของการติดเชื้อเอ็ชไอวี (Thai AIDS Campaign)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลังติดตาม 5 ปี ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

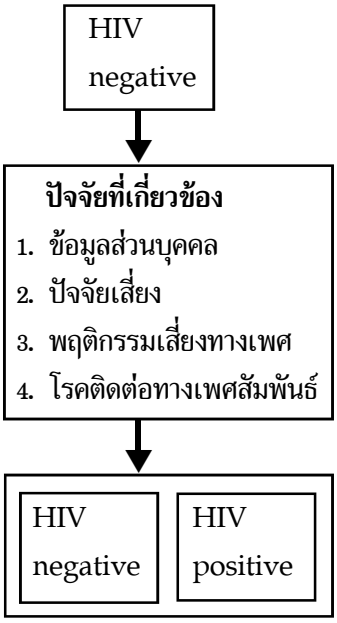
ระเบียบวิธีวิจัย

คลินิกสุขภาพชายเป็นคลินิกให้บริการตรวจ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้บริการเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้รับบริการทุกคนจะได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ได้รับการปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ สอนสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง นัดมาตรวจซ้ำตามแนวทางการดูแลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกรมควบคุมโรค ติดตามผู้สัมผัสโรคมาตรวจหากพบว่าผู้รับบริการป่วย และนัดตรวจเลือดหาการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำอีกครั้งเมื่อครบ 3 เดือน ผู้รับบริการทุกคนที่มารับบริการถือได้ว่ามีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและมีโอกาสติดติดเชื้อเอ็ช–ไอวีได้ ดังนั้นผู้ให้บริการจะเสนอให้ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี ให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด (pre test counseling) ผู้รับบริการจะได้รับความรู้เรื่องเอดส์ มีการประเมินและลดพฤติกรรมเสี่ยง การป้องกันการติดเชื้อเพื่อไม่ให้ติดเชื้อตลอดไป ระยะตรวจไม่พบเชื้อ (window period) และการรักษาหากพบว่าติดเชื้อ การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเซ็นยินยอมตรวจ ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยสมัครใจ ให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือด (post test counseling) ฟังผลเลือดและนัดมาตรวจซ้ำ ทุก 3 เดือน การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีจะเป็นการตรวจแบบนิรนาม ใช้เลขรหัส แทนชื่อ นามสกุล บันทึกข้อมูลของผู้รับบริการในบัตรให้การปรึกษา (VCT card) นำข้อมูลบันทึกลงในฐานข้อมูลทุกวัน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำข้อมูลจากฐานข้อมูลมาติดตามผลตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยกำหนดตัวแปรที่จะศึกษาในฐานข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากบัตรตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดย

สมัครใจ (VCT card) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552–2556 (1 ตุลาคม 2551 ถึง 30 กันยายน 2556) ในคลินิกสุขภาพชาย กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางคลินิก จะบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลทุกครั้งที่ผู้รับบริการมารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยสมัครใจ ผู้วิจัยนำตัวแปรที่จะศึกษาออกจากฐานข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรม Epi info หาความชุก หาอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีหลังติดตาม 5 ปี วิเคราะห์ หาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี และปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี สรุปผลการวิจัยและเผยแพร่

กรอบแนวคิดของการศึกษา



ตัวแปรที่จะศึกษา

เพศชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ชายรักชาย, ชายชอบชาย, Men who have sex with men, MSM)[4] อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทุกอาชีพ มารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยความสมัครใจ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก การได้รับเลือด การใช้สาร และ/หรือ ยาเสพติด การใช้เข็มหรืออุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับบุคคลอื่น การขริบหนังหุ้มปลาย การฉีดสารเพิ่มขนาดอวัยวะเพศ การฝังมุก และ/หรือ ผ่าเบนซ์ และ/หรือ ใส่ห่วงที่อวัยวะเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์และไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยช่องทางใดช่องทางหนึ่ง และ/หรือ ถุงยางอนามัยแตก หรือรั่ว หรือหลุด มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ/หรือมีอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก การมีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ การมีจำนวนคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน (multiple partners) การมีเพศสัมพันธ์กับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน (group sex) และการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี การตรวจพบโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ซิฟิลิส (syphilis) หนองใน (gonorrhea) หนองเทียม (non specific urethritis) หูดที่อวัยวะเพศ/ทวารหนัก (Wart) และเริมที่อวัยวะเพศ/ทวารหนัก (HSV) ผลการตรวจหาการติดเชื้อ ได้แก่ ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี (negative) ไม่สามารถแปลผลได้ (inconclusive) และติดเชื้อเอ็ชไอวี (positive)

เกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลของผู้มารับบริการ (Inclusion criteria)

ข้อมูลระบุเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีที่คลินิกสุขภาพชายปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ถึง 2556 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลตรวจเลือดไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวีและพ้นระยะตรวจไม่พบการติดเชื้อ

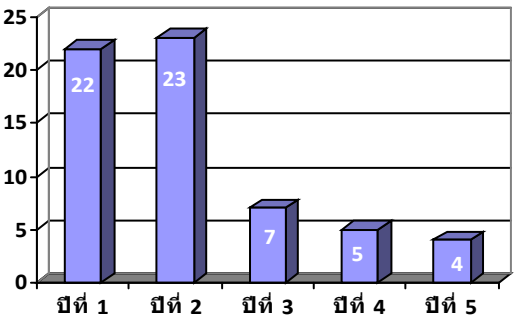
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำหน้าที่คัดเลือกตัวแปรการศึกษาจากฐานข้อมูลของบัตรตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยสมัครใจ (VCT card) ข้อมูลที่มีผลเลือดเอ็ชไอวีไม่ติดเชื้อ และพ้นระยะตรวจไม่

พบเชื้อ สร้างฐานข้อมูลในโปรแกรม Epi info เพื่อเก็บข้อมูลและใช้ประมวลผล นำตัวแปรที่จะศึกษาและจำนวนข้อมูลที่เข้าเกณฑ์ศึกษาออกจากฐานข้อมูลเดิมเข้าฐานข้อมูลโปรแกรม Epi info วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Epi info ได้แก่ สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สัดส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่า Relative risk Preventable risk (1–RR) และสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลของผู้มารับบริการปีงบประมาณ พ.ศ. 2552–2556 จำนวน 2,559 ข้อมูล มีติดเชื้อก่อนมาตรวจ 480 ข้อมูล ตรวจครั้งแรกพบติดเชื้อ 320 ข้อมูล ตรวจครั้งที่สองพบติดเชื้อ 5 ข้อมูล หลังติดตามมา 5 ปี พบติดเชื้อเพิ่มขึ้น 61 ข้อมูล รวมติดเชื้อ 866 ข้อมูล ความชุกของการติดเชื้อเอ็ช–ไอวีคิดเป็นร้อยละ 33.8 มีข้อมูลที่เข้าเกณฑ์ศึกษาในโครงการ 1,518 ข้อมูล (ผลเลือดไม่ติดเชื้อและพ้นระยะตรวจไม่พบเชื้อ) ติดตามผลเลือดนาน 5 ปี จำนวนครั้งที่มาตรวจซ้ำ 1–15 ครั้ง พบติดเชื้อ 61 ข้อมูล ไม่ติดเชื้อ 1,457 ข้อมูล คิดเป็นอัตราการติดเชื้อรายใหม่ร้อยละ 4.0 เริ่มติดเชื้อหลังเข้าโครงการตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงอยู่ใน 2 ปีแรกของการศึกษา อายุของผู้ติดเชื้อรายใหม่ตั้งแต่ 18 ปี ถึง 73 ปี อัตราการติดเชื้อรายใหม่สูงสุดอยู่ในเยาวชนอายุ 18–24 ปี ร้อยละ 5.1 ระดับการศึกษาพบว่า อัตราการติดเชื้อรายใหม่สูงอยู่ในระดับการศึกษาเท่ากับหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 4.7 ส่วนที่ระดับการศึกษาที่น้อยกว่าปริญญาตรีอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 3.6 ส่วนอาชีพของผู้ติดเชื้อรายใหม่พบว่า นักเรียน/นักศึกษา อัตราการติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 6.1 พนักงานบริการทางเพศอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 3.9 อาชีพอื่นๆ อัตราการติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 3.6



แผนภูมิที่ 1. แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จำแนกตามปีที่ศึกษา

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้แก่ การฝังมุก และ/หรือ ผ่าเบนซ์ และ/หรือ ใส่ห่วงที่อวัยวะเพศ จะมีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวีสูงเป็น 3.3 เท่าของผู้ที่ไม่เคยทำ แสดงให้เห็นว่าการฝังมุก และ/หรือ ผ่าเบนซ์ และ/หรือ ใส่ห่วง จะทำให้เกิดบอบช้ำ หรือทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศขณะมีเพศสัมพันธ์และง่ายต่อการรับเชื้อเอ็ชไอวี สำหรับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ที่เคยมีอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก จะมีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวี การใช้สาร และ/หรือ ยาเสพติด มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง สำหรับปัจจัยในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้แก่ การขริบหนังหุ้มปลาย มีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่าผู้ที่ไม่ขริบหนังหุ้มปลาย 0.6 เท่า

สำหรับปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่มีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวี จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเอ็ชไอวีสูงยังคงเป็นปัจจัยเดิม คือปัจจัยการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีโอกาสติดเชื้อสูงถึง 6 เท่าของคู่ที่ไม่ติดเชื้อเอ็ช – ไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รองลงมาได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่หลายคน (Multiple partners) ใกล้เคียงกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ และการมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยช่องทางใดช่องทางหนึ่ง พบว่า มีโอกาสติดเชื้อสูงถึง 3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างติดเชื้อเอ็ชไอวี กับ ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี

ปัจจัยเสี่ยง		ติดเชื้อเอ็ชไอวี	ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี	รวม	RR
เคยป่วย STD หรือเคยมีอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก					1.2396 (0.7034 – 2.1845)
– มี/เคย	จำนวน	25	460	485	
	%	5.2	94.8	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	21	484	505	
	%	4.2	95.8	100.0	
รวม		46	944	990	
%		4.6	95.4	100.0	
สาร และ/หรือ ยาเสพติด					1.2939 (0.4617 – 3.6263)
– มี/เคย	จำนวน	4	56	60	
	%	6.7	93.3	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	22	405	427	
	%	5.2	94.8	100.0	
รวม		26	461	487	
%		5.3	94.7	100.0	
ขริบหนังหุ้มปลาย					0.6522 (0.0908–4.6828)
– มี/เคย	จำนวน	5	41	46	
	%	18.9	89.1	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	1	5	6	
	%	16.7	83.3	100.0	
รวม		6	46	52	
%		11.5	88.5	100.0	
ฝังมุก และ/หรือ ผ่าเบนซ์ และ/หรือ ใส่ห่วงที่อวัยวะเพศ					3.2667 (0.5383 – 19.8225)
– มี/เคย	จำนวน	1	2	3	
	%	33.3	66.7	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	5	44	49	
	%	10.2	89.8	100.0	
รวม		6	46	52	
%		11.5	88.5	100.0	

ทางสถิติ ของคนที่ไม่มีปัจจัยอย่างใดอย่างหนึ่ง สำหรับปัจจัยเสี่ยงทางเพศอื่นๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์และเคยหรือมีถุงยางอนามัยแตกหรือรั่วหรือหลุด การมีหรือเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่เคยหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือ มีอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก การเคย หรือมีถุงยางอนามัยแตก มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้

สำหรับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่ไม่สามารถระบุว่าเพิ่มโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวีในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การได้รับเลือด การใช้เข็มหรืออุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับบุคคลอื่น การฉีดสารเพิ่มขนาดอวัยวะเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน (Group sex) ใช้อวัยวะเพศชาย

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงทางเพศระหว่างติดเชื้อเอ็ชไอวี กับ ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ		ติดเชื้อเอ็ชไอวี	ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี	รวม	RR
คู่เพศสัมพันธ์เคยหรือเป็นโรค STD หรือ มีหรือเคยมีอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศทวารหนัก					0.2874 (0.9283– 2.9981)
– มี/เคย	จำนวน	3	57	60	
	%	5.0	95.0	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	23	404	427	
	%	5.4	94.6	100.0	
รวม		26	461	487	
%		5.3	94.7	100.0	
มีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่					3.3131** (1.5601 – 7.0355)
– มี/เคย	จำนวน	15	127	142	
	%	10.6	89.4	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	11	334	345	
	%	3.2	96.8	100.0	
รวม		26	461	487	
%		5.3	94.7	100.0	
มีจำนวนคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน					3.4023** (1.6257 – 7.1207)
– มี/เคย	จำนวน	12	86	98	
	%	12.2	87.8	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	14	375	389	
	%	3.6	96.4	100.0	
รวม		26	461	487	
%		5.3	94.7	100.0	
มีเพศสัมพันธ์ไม่ใช้ถุงยางอนามัย/ไม่ใช้ถุงยางอนามัยช่องทางใดช่องทางหนึ่ง					2.7531** (1.2768 – 5.9361)
– มี/เคย	จำนวน	16	163	179	
	%	8.9	91.1	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	10	298	308	
	%	3.2	96.8	100.0	
รวม		26	461	487	
%		5.3	94.7	100.0	

ตารางที่ 2. (ต่อ)

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ		ติดเชื้อเอ็ชไอวี	ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี	รวม	RR
เคย หรือมี ถุงยางอนามัยแตก หรือรั่ว หรือหลุด					1.5833 (0.2333 – 10.7455)
– มี/เคย	จำนวน	1	11	12	
	%	8.3	91.7	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	25	450	475	
	%	5.3	94.7	100.0	
รวม		26	461	487	
%		5.3	94.7	100.0	
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี					6.3268** (1.7487–22.8909)
– มี/เคย	จำนวน	8	43	51	
	%	15.7	84.3	100.0	
– ไม่มี/ไม่เคย	จำนวน	3	118	121	
	%	2.5	97.5	100.0	
รวม		11	161	172	
%		6.4	93.6	100.0	

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างติดเชื้อเอ็ชไอวี กับ ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		ติดเชื้อเอ็ชไอวี	ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี	รวม	RR
ซิฟิลิส					1.3270 (0.6677 – 2.6375)
– ป่วย	(จำนวน)	9	128	137	
	%	6.6	93.4	100.0	
– ไม่ป่วย	(จำนวน)	50	960	1010	
	%	5.0	95.0	100.0	
รวม	(จำนวน)	59	1088	1147	
	%	5.1	94.9	100.0	
หนองใน					1.8255 (0.2794 – 11.9283)
– ป่วย	(จำนวน)	1	9	10	
	%	10.0	90.0	100.0	
– ไม่ป่วย	(จำนวน)	55	949	1004	
	%	5.5	94.5	100.0	
รวม	(จำนวน)	56	958	1014	
	%	5.5	94.5	100.0	

ตารางที่ 3. (ต่อ)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		ติดเชื้อเอ็ชไอวี	ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี	รวม	RR
คลามัลเดีย					1.2103 (0.3092 – 4.7379)
– ป่วย	(จำนวน)	2	28	30	
	%	6.7	93.3	100.0	
–ไม่ป่วย	(จำนวน)	52	892	944	
	%	5.5	94.5	100.0	
รวม	(จำนวน)	54	920	974	
	%	5.5	94.5	100.0	
หนองในเทียม					1.0296 (0.5148 – 2.0591)
– ป่วย	(จำนวน)	9	153	162	
	%	5.6	94.4	100.0	
– ไม่ป่วย	(จำนวน)	47	824	871	
	%	5.4	94.6	100.0	
รวม	(จำนวน)	56	977	1033	
	%	5.4	94.6	100.0	
หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก					1.0587 (0.5294 – 2.1172)
–ป่วย	(จำนวน)	9	134	143	
	%	6.3	93.7	100.0	
– ไม่ป่วย	(จำนวน)	45	712	757	
	%	5.9	94.1	100.0	
รวม	(จำนวน)	54	846	900	
	%	6.0	94.0	100.0	
เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก					0.8994 (0.1315 – 6.1502)
– ป่วย	(จำนวน)	1	17	18	
	%	5.6	94.4	100.0	
–ไม่ป่วย	(จำนวน)	53	805	858	
	%	6.2	93.8	100.0	
รวม	(จำนวน)	54	822	876	
	%	6.2	93.8	100.0	
รวม STI6 โรค					1.9549** (1.1919–3.2064)
– ป่วย	(จำนวน)	26	392	418	
	%	6.2	93.8	100.0	
– ไม่ป่วย	(จำนวน)	35	1065	1100	
	%	3.2	96.8	100.0	
รวม	(จำนวน)	61	1457	876	
	%	4.0	96.0	100.0	

สัมผัสกับช่องปาก/ช่องคลอด/ทวารหนักก่อนใช้ถุงยางอนามัย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีข้อมูลน้อยไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้เนื่องเป็นการศึกษาย้อนหลังที่ไม่สามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ที่จะศึกษาได้

ปัจจัยการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่า หากป่วยโรคใดโรคหนึ่ง เช่น โรคหนองใน โรคซิฟิลิส โรคคลามัยเดีย มีแนวโน้มติดเชื้อเอ็ชไอวีมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย แต่หากรวมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกโรคกลับพบว่ามีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวีได้ 1.9 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 33.8 สูงกว่าหลายๆ ประเทศ เช่น ในประเทศบราซิลที่มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 12.4[5] ประเทศอินเดียร้อยละ 12.5[6] ประเทศจีนร้อยละ 7.8[7] สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราความชุกของการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการศึกษาของคลินิกชุมชนสีลมที่มีอัตราความชุก ร้อยละ 30.8[3] สูงกว่าความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวีในภาพรวมของกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2557 ที่มีความชุก ร้อยละ 28.6[8] เนื่องจากการติดเชื้อเอ็ชไอวีทางเพศสัมพันธ์มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าช่องทางอื่น เช่น การติดต่อจากแม่ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีสู่ลูก หรือจากการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งที่มีอาการ หรือยังไม่แสดงอาการสะท้อนถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและหากติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเพิ่มการถ่ายทอด (รับและ/หรือส่งต่อ) เชื้อเอ็ชไอวีสูงถึง 2–9 เท่า[9] ในผู้มารับบริการที่พ้นระยะตรวจไม่พบเชื้อ (หลังเสี่ยงครั้งสุดท้าย 3 เดือน) และตรวจไม่พบเชื้อเอ็ชไอวี เมื่อติดตาม 5 ปี พบว่ามีผู้รับบริการส่วนหนึ่งมีผลการตรวจเลือดพบติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่อัตราร้อยละ 4.0 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของคลินิกชุมชนสีลมที่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่สูงถึงร้อยละ 6[3] แต่สูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ของกรุงเทพมหานคร[10] เหตุผลที่สำคัญคือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจริง ในขณะที่กรุงเทพ–มหานครศึกษาในภาพรวมของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งหมด ระยะเวลาที่พบติดเชื้อหลังมาตรวจครั้งแรกมากกว่า 3 เดือน และพบว่าผลเลือดกลับมาติดเชื้อสูงใน 2 ปีแรกที่ศึกษา เนื่องจากผู้รับบริการบางคนมาตรวจไม่ตรงนัด หรือบางคนขาดการติดต่อไปหลายปี เมื่อผู้รับบริการมาตรวจอีกครั้งพบว่าติดเชื้อแล้วซึ่งการติดเชื้อครั้งนี้อาจติดเชื้อมาก่อนหลายเดือน หรือเป็นปี จึงทำให้การศึกษาอาจคาดเคลื่อนในช่วงเวลาของการตรวจพบการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อรายใหม่สูงสุดอยู่ในเยาวชนอายุ 18–24 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ข้างต้น อาจเนื่องจากในกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีแรงขับทางเพศสูงและมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยน้อยเพียงร้อยละ 50[2] สอดคล้องกับอาชีพที่มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่สูงในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาที่มีอายุอยู่ในช่วงเยาวชน อัตราการติดเชื้อรายใหม่สูงอยู่ในระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีเป็นต้นไปมากกว่าระดับการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี อาจเป็นเพราะในเยาวชนส่วนใหญ่อายุ 19 ปี จะเริ่มเข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มขึ้นยังคงเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลหรือร่องรอยบริเวณอวัยวะเพศซึ่งเชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขณะมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การฝังมุก และ/หรือ ผ่าเบนซ์ และ/หรือใส่ห่วงที่อวัยวะเพศ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการขริบหนังหุ้มปลายเป็นปัจจัยในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่วนการ

กินยาต้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีทั้งก่อนหรือหลังสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure or Post-exposure) ไม่ได้มีการสอบถามในศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากไม่มีการบริการในคลินิก ปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่มีโอกาสติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มมากขึ้น ยังคงเป็นปัจจัยเดิม ได้แก่ ปัจจัยการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี การมีเพศสัมพันธ์กับคู่หลายคน (Multiple partner) การมีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือการไม่ใช้ถุงยางอนามัยช่องทางใดช่องทางหนึ่ง การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม คลามัยเดีย หูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ/ทวารหนัก และเริมที่อวัยวะเพศ/ทวารหนัก โรคใดโรคหนึ่งมีแนวโน้มเพิ่มการติดเชื้อเอ็ชไอวี แต่หากรวม 6 โรคแล้วพบว่ามีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางเพศยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี ดังนั้นมาตรการการป้องกันที่สำคัญยังคงเป็นการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้และควรมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงมาตรวจซ้ำทุก 3 เดือนเพื่อย้ำเตือนเรื่องการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงก่อนการติดเชื้อ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้การปรึกษาเพื่อให้เกิดความตระหนักสามารถลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงและสามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้ การสอนสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย การตรวจ คัดกรอง รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการดำเนินการร่วมกับมาตรการใหม่ๆได้แก่ การขริบหนังหุ้มปลาย การกินยาต้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีทั้งก่อนหรือหลังสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure or Post-exposure) และเนื่องจากอุบัติการณ์การติดเชื้อเอ็ชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งพฤติกรรมของประชากรกลุ่มนี้เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ดังนั้นการศึกษาหาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงมีความจำเป็นที่จะต้องทำต่อไป เพื่อให้เกิดการควบคุมปัจจัยต่างๆ ได้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ที่ให้ข้อเสนอแนะ นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี ที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูล แพทย์หญิงรสพร กิตติเยาวมาลย์ นายแพทย์ณัฐพล งามจริธรรม ที่ให้ข้อเสนอแนะและตรวจสอบงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2011. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย (รายงาน ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2554):1-6
3. Frits van Griensven, Anchalee Varangrat, Wipas Wimonsate, et al. Trends in HIV Prevalence, Estimated HIV Incidence, and Risk Behavior among Men Who Have Sex With Men in Bangkok, Thailand, 2003-2007. J Acquir Immune Defic Syndr 2010; 53: 234-9.
4. UNICEF East Asia and Pacific Regional Office. HIV Counselling Handbook for the Asia-Pacific : A comprehensive guide to: Voluntary counselling and testing, Provider-initiated testing and counseling, Treatment and care counseling. Design and Layout by: Keen Media (Thailand) Co., Ltd. 2009:87-97.

5. Cavalcanti AM, Brito AM, Salustiano DM, et al. Recent HIV infection rates among HIV positive patients seeking voluntary counseling and testing centers in the metropolitan region of Recife – PE, Brazil. Braz J Infect Dis 2012; 16: 157–63.
6. Kumta S, Lurie M, Weitzen S, et al. Bisexuality, sexual risk taking, and HIV prevalence among men who have sex with men accessing voluntary counseling and testing services in Mumbai, India. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010; 53: 227–33.
7. GUO Wei, WU Zun-you, SONG Ai-jun and Katharine Poundstone. Impact of HIV/sexually transmitted infection testing on risky sexual behaviors among men who have sex with men in Langfang, China. Chin Med J 2013; 126: 1257–63.
8. สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. สถานการณ์การติดเชื้อเอ็ชไอวีและผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2553–2557. กรุงเทพมหานคร : ร้านลักษมีนานาภัณฑ์, 2558:14–5
9. World Health Organization. 2001. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization.
10. สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. การคาดประมาณสถานการณ์การแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ในกรุงเทพมหานคร. สำนักอนามัย, 2557:26–33

การวิจัยประเมินผลกระบวนการทำงานและการประสานงานของภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพ : งานบริการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กัญญา อภิพรชัยสกุล**

Abstract

Evaluation Study on Operational Process and Coordination among Civil Societies and the Health Sector : HIV Prevention Services for Migrant Workers

Chalermpol Chamchan, Kanya Apipornchaisakul**

*Institutefor Population and Social Research, Mahidol University

This study is aimed to assess the process of project implementation and coordination among civil Societies and the health sector of the Prevention of HIV/AIDS among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT) Project between 2009-2014. Qualitative research approach, in-depth-interviews and focus group discussions, was employed in data collection. Findings were that the coordination network of NGO with the health and civil society sectors was a key success factor of the project's HIV/AIDS interventions for migrant workers, including improved access to the target population in their communities and worksites, and outreach and referral of MW with risk to diagnosis and treatment services. Key agencies those coordinated closely in the field included the NGO (Project's sub-recipient), Provincial Public Health Office (Project's sub-recipient and agency that hosted the Provincial Coordinating Mechanism) and public health service providers. These agencies worked together to advocate prevention and care, along with civil society, community leaders, employers and worksite owners, law enforcement agency, and local administrative organization. A key facilitating factor was the link with networks outside the Project area, which worked on AIDS or tuberculosis among groups, including MW and other target populations.

Key Words: Process of Implementation, AIDS, HIV, Migrant Worker, Civil Society, PHAMIT
Thai AIDS J 2016; 28 : 69-83

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการทำงานและการประสานงานของภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพภายใต้โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ (โครงการฟ้ามิตร) ระหว่างปีพ.ศ 2552–2557 การศึกษาใช้ระเบียบ

* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่า การเชื่อมประสานการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนกับภาคสุขภาพและภาคประชาสังคมเป็นเงื่อนไขที่สำคัญหนึ่งของความสำเร็จในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายแรงงานข้ามชาติในชุมชนและสถานประกอบการเพื่อการทำงานป้องกันเอ็ชไอวีเชิงรุก รวมถึง การส่งต่อแรงงานที่มีความเสี่ยงเพื่อรับการตรวจและรักษาในพื้นที่ทำงาน หน่วยงานหลักที่มีการประสานการทำงานอย่างใกล้ชิด ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งเป็นหน่วยงานผู้รับทุนของโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นทั้งหน่วยงานผู้รับทุนโครงการและหน่วยงานเจ้าภาพที่ดูแลให้การสนับสนุนความร่วมมือการทำงานของศูนย์ประสานงานด้านเอดส์ในระดับจังหวัด (ศปอจ.)และ สถานพยาบาลผู้ให้บริการทางสุขภาพของรัฐ ภาคประชาสังคมส่วนอื่นๆ ที่มีบทบาทสำคัญประกอบด้วย ผู้นำชุมชน นายจ้างหรือสถานประกอบการ ผู้บังคับใช้กฎหมาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่ที่ทำงานด้านเอดส์หรือวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หรือทำงานด้านเอดส์กับประชากรเสี่ยงกลุ่มอื่นๆ

คำสำคัญ กระบวนการทำงาน, งานเอดส์, เอ็ชไอวี, แรงงานข้ามชาติ, ภาคประชาสังคม, ฟ้ามิตร
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 69–83

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยเป็นประเทศปลายทางที่สำคัญ โดยเฉพาะของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมที่น้อยกว่าประเทศไทย การที่มีแรงงานข้ามชาติเข้ามาเป็นจำนวนมากนั้นมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ต่อประเทศปลายทางหลายด้าน ผลกระทบหนึ่งที่สำคัญ คือ ผลกระทบด้านการให้บริการสุขภาพในประเทศปลายทาง[1,2] ในปี 2545 ประเทศไทยได้ทำความตกลงกับองค์การสหประชาชาติในการจัดทำแผนงานระดับชาติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอ็ชไอวี /เอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ เมียนมา กัมพูชา และลาว ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ที่เข้าถึงได้ยาก และมีความจำเป็นมากที่สุดที่จะต้องได้รับการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีแต่มักประสบความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[3,4]

ด้วยการสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM) งานบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ได้มีการดำเนินงานภายใต้ชื่อโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ (โครงการฟ้ามิตร) หรือ Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT) มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547โครงการฟ้ามิตร–1 ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2547–2551 และโครงการฟ้ามิตร–2 ดำเนินการระหว่าง พ.ศ.2552–2557 ยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญของการดำเนินงานโครงการ คือ การขยายขอบเขตการเข้าถึงและความครอบคลุมในการให้บริการป้องกันเอ็ชไอวีแก่แรงงานข้ามชาติโดยการเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมและกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบ และการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาคประชาสังคมกับภาคสุขภาพของรัฐ รวมถึงผู้ให้บริการซึ่งได้รับการฝึกอบรมและสร้างความรู้สึกร่วมเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของแรงงานข้ามชาติได้

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินกระบวนการทำงานและการประสานงานรวมทั้งการหนุนเสริมเชื่อมโยงกันของภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพของงานบริการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ภายใต้การดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร–2 ซึ่งผลจากการศึกษาเป็นลักษณะของ

ข้อเรียนรู้จากการดำเนินงานที่ผ่านมาและข้อท้าทายที่ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญของการทำงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและการเชื่อมต่อประสานงานการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติต่อไปในอนาคตของประเทศไทย

โครงการฟ้ามิตร–2

ความเป็นมาของโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติหรือโครงการฟ้ามิตร ภายใต้โครงการฟ้ามิตร–1 จนถึง โครงการฟ้ามิตร–2 สำหรับโครงการฟ้ามิตร–2 นั้น ได้รับการออกแบบเพื่อเป็นตัวกระตุ้นการดำเนินงานให้แก่โครงการระดับชาติ ซึ่งจะขยายระบบการให้บริการสุขภาพไปยังกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ที่เข้าถึงได้ยาก และมีความจำเป็นมากที่สุดที่จะต้องได้รับการป้องกันเอ็ชไอวีแต่มักประสบความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้ โครงการจะให้การสนับสนุนเป็นพิเศษแก่องค์กรภาคประชาสังคม เพื่อให้จัดกิจกรรมการป้องกันเอ็ชไอวีในพื้นที่และเพื่อเชื่อมโยงกลุ่มประชากรดังกล่าวไปยังระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่แล้วมีระยะเวลาดำเนินการแบ่งเป็นระยะที่ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552–2554 ระยะที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555–2557 โดยมีมูลนิธิรักษ์ไทยเป็นหน่วยงานผู้รับทุนหลัก (Principal Recipient – PR–Raks Thai) หน่วยงานรับทุนรองที่ดำเนินการในส่วนของโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติประกอบด้วยภาคีเครือข่าย 8 องค์กร คือ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (World Vision Foundation Thailand :WVFT) มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (Foundation for AIDS Rights: FAR) มูลนิธิพัฒนรักษ์ (PattanarakFoundation:PRT) ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล (Stella Maris Seafarers Center:STM) มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDS Network Development Foundation : AIDSNET) มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (MAP Foundation : MAP) สมาคมการพัฒนาเพื่อสังคม (Social Development Association:SDA) รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ คือสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Heath Administration, Ministry of Public Health)[5]

เป้าหมายของโครงการฟ้ามิตร–2 เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วยการให้บริการป้องกันเอ็ชไอวีที่สามารถเข้าถึงได้อย่างกว้างขวางในพื้นที่เป้าหมาย 37 จังหวัดในประเทศไทย แก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งในโครงการคือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา ลาว และกัมพูชา ที่ทำงานในอาชีพหลักๆ ได้แก่ ประมง ประมงต่อเนื่อง โรงงาน ก่อสร้าง อุตสาหกรรมการเกษตร วัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ คือ 1) เพื่อสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันเอ็ชไอวีแบบบูรณาการแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง 2) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการด้านเอ็ชไอวีอย่างเท่าเทียมและยั่งยืนแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และ 3) เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสารสนเทศเชิงยุทธศาสตร์เพื่อใช้ในการปรับปรุงนโยบายและโครงการที่มีต่อกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง[5]

ในการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ข้างต้น โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ที่ 2)ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการขยายบริการยุทธศาสตร์ รวมถึงกิจกรรมการดำเนินงานของโครงการที่สำคัญ ได้แก่ การเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมและกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบ โดยโครงการฟ้ามิตรจะเป็นผู้เชื่อมต่อ

กลุ่มแรงงานข้ามชาติและเครือข่ายแรงงานข้ามชาติไปยังผู้ให้บริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมและสร้างความรู้สึกร่วมเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของแรงงานข้ามชาติและให้บริการอย่างเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้ ทั้งนี้กิจกรรมของโครงการมีการดำเนินการเกี่ยวกับกรอบนโยบายโดยการประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญในระดับสูงเพื่อให้ช่วยสนับสนุนความยั่งยืนของการดำเนินโครงการ นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดการตีตราทางสังคมด้วยการใช้สื่อมวลชนเพื่อการชักจูงใจในทุกระดับ

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งเน้นติดตามและประเมินกระบวนการทำงานและการประสานงานรวมทั้งการหนุนเสริมเชื่อมโยงกันของภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพของงานบริการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ภายใต้การดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร–2 วิธีการศึกษาที่ใช้เป็นในลักษณะการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ หนึ่ง การเก็บข้อมูลในระดับพื้นที่จากหน่วยงานรับทุนรองของโครงการฟ้ามิตร–2 ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) และหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ สอง การเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในส่วนกลาง ได้แก่ กรมควบคุมโรค หน่วยงานรับทุนหลักโครงการฟ้ามิตร–2 (มูลนิธิรักษ์ไทย) และหน่วยงานกำหนดและวางแผนนโยบายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

การเลือกพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดูจากภาพรวมพื้นที่ดำเนินงานโครงการ ฯ ทั้งหมด 37 จังหวัด ทำการเลือกจังหวัดแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 6 จังหวัด โดยมีเกณฑ์ในการเลือก คือ เป็นจังหวัดที่มีหน่วยงานผู้รับทุนรององค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานในพื้นที่ไม่ซ้ำกับจังหวัดพื้นที่อื่นที่จะถูกเลือก เป็นจังหวัดที่เป็น 1 ใน 9 จังหวัดที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้ลงนามเป็นหน่วยงานที่รับทุนรองในเรื่องบริการที่เป็นมิตรจากทางมูลนิธิรักษ์ไทย ซึ่งหากมีพื้นที่เข้าข่ายเกิน 6 จังหวัด เลือกจังหวัดที่มีประมาณการณ์จำนวนแรงงานข้ามชาติสูงกว่า ซึ่งในท้ายที่สุดเลือกได้ จังหวัดสมุทรสาคร ระยอง ตาก หนองคาย ระนอง และสงขลา[6]

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In–depthInterview: IDI) กับผู้รับผิดชอบหลักจากหน่วยงานต่างๆ และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ รวมถึง กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด หน่วยงานที่ลงเก็บข้อมูลแต่ละจังหวัด ประกอบด้วยองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดูแลการดำเนินงานพื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้รับทุนรอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในฐานะหน่วยงานรับทุนรองและตัวแทน ศปอจ. โรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการในพื้นที่ ทำการเก็บข้อมูลกับระดับการบริหารจัดการ และระดับปฏิบัติการ โดยครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับนโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติในจังหวัดและประเทศ ความยั่งยืนของโครงการและข้อเสนอแนะต่างๆ ต่อการดำเนินงาน

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม เป็นในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557–มิถุนายน พ.ศ.2557 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาก่อนเปิดศูนย์รับจดทะเบียนแบบเบ็ดเสร็จสำหรับแรงงานข้ามชาติ (One Stop Service Center: OSSC) ตามประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติ

ตารางที่ 1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระดับ	หน่วยงาน	วิธีเก็บข้อมูล	จำนวน (คน)
ส่วนกลาง	กรมควบคุมโลก, มูลนิธิรักษ์ไทย, สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และสำนักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	IDI	6
พื้นที่จังหวัด	หน่วยงานผู้รับทุนรอง (องค์กรพัฒนาเอกชน)	วิธีเก็บข้อมูล	จำนวน (คน)
	– ผู้ประสานงานจังหวัด	IDI	6
	– เจ้าหน้าที่ภาคสนามไทย	FGD	21
	– เจ้าหน้าที่สนาม/พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.)	FGD	16
	– อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.)	FGD	15
	แรงงานข้ามชาติ	FGD	48
	สำนักงานสาธารณสุข	IDI	7
	โรงพยาบาลจังหวัด (ฝ่ายงานประกัน. ฝ่าย ARV หรือ ควบคุมโลก, ฝ่ายเวชกรรมสังคม)	IDI	18
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, แรงงานจังหวัด, ผู้นำชุมชน, สถานประกอบการ	IDI	11
	รวม		149

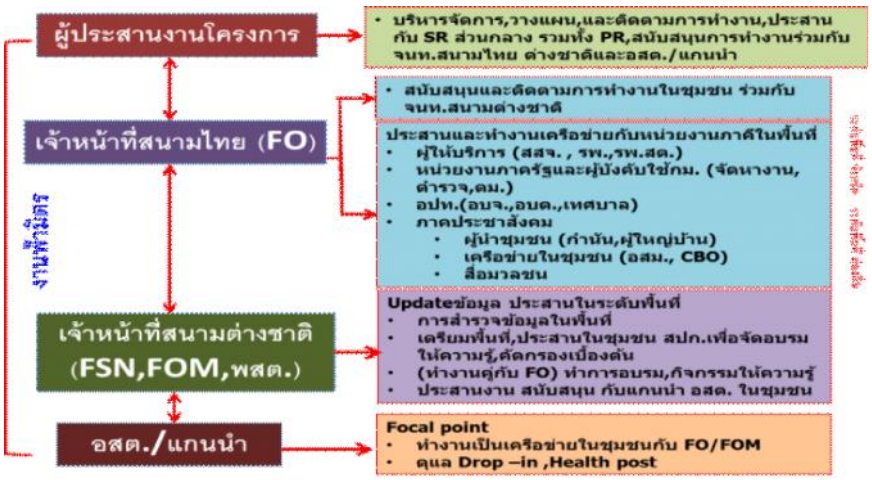
จริยธรรมการวิจัยหมายเลข COA. No. 2014/1-1-15โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[6]

ผลการศึกษา

การนำเสนอข้อค้นพบจากการทำงานและการประสานงานในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ หนึ่ง โครงสร้างการบริหารจัดการและภาพรวมการทำงาน สอง บทบาทของพนักงานและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (พสต. และ อสต.) ในการทำงานและการประสานงาน สาม บทบาทของกลไกศูนย์ประสานงานด้านเอดส์ระดับจังหวัดหรือศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) สี่ บทบาทของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการทางสุขภาพ และห้า บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ในพื้นที่

1. โครงสร้างการบริหารจัดการ และภาพรวมการทำงาน

โครงสร้างการบริหารจัดการภายในหน่วยงานผู้รับทุนรอง ในส่วนองค์กรพัฒนาเอกชน หรือ NGO และบทบาทของเจ้าหน้าที่โครงการในแต่ละตำแหน่งภายใต้โครงการฟ้ามิตร 2 สามารถสรุปได้ดังรูป 1 การดำเนินงานโครงการในแต่ละจังหวัด มีหน่วยงานผู้รับทุนรองที่รับผิดชอบในระดับพื้นที่เป็นผู้ดำเนินงานหลัก ในภาพรวมการบริหารจัดการส่วนของบุคลากร คนทำงานในตำแหน่งต่างๆ ที่สำคัญประกอบด้วย ผู้ประสานงานโครงการ เจ้าหน้าที่สนามคนไทย เจ้าหน้าที่สนามต่างชาติ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือแกนนำการทำงาน



รูปที่ 1. บทบาทของเจ้าหน้าที่โครงการแต่ละตำแหน่งใน SR-NGO โครงการฟ้ามิตร 2

ในชุมชน และเจ้าหน้าที่บัญชีโครงการ โดยในบางพื้นที่ พบว่า มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในงานด้านการติดตามและประเมินผลการทำงาน รวมถึง การจัดจ้างหมอชาวต่างชาติเพื่อสนับสนุนการทำกิจกรรมของโครงการด้วยเช่นกัน

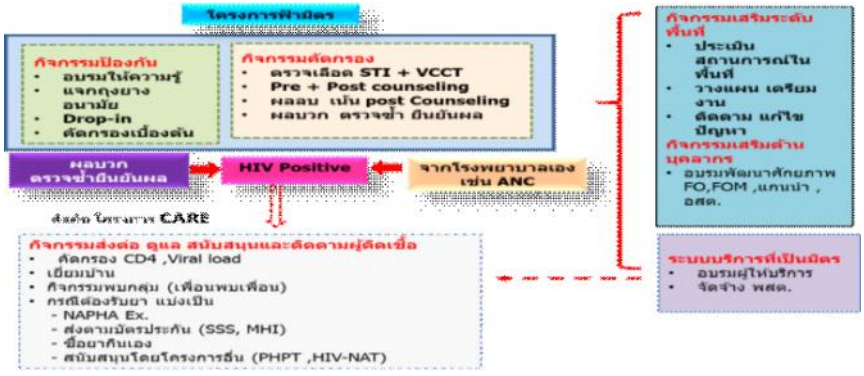
ในการดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร–2 ผู้ประสานงานโครงการ มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการดูแลภาพรวมการทำงาน ประสานและสนับสนุนการทำงาน วางแผนและติดตามผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่โครงการในส่วนต่างๆ เป็นระยะๆ เป็นตัวกลางประสานงานและการทำงานในระดับพื้นที่จังหวัดกับองค์กรหน่วยงานผู้รับทุนรองในส่วนกลาง (และบางครั้ง โดยตรงกับองค์กรผู้รับทุนหลัก) เจ้าหน้าที่สนามคนไทยมีบทบาท สนับสนุนและติดตามการทำงานในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สนามต่างชาติและอสต.หรือแกนนำในชุมชน ประสานและทำงานเชิงเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานภาคีในพื้นที่จังหวัด ซึ่งหลักๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพและหน่วยงานกำกับดูแล (เช่น สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น) หน่วยงานภาครัฐและผู้บังคับใช้กฎหมาย (เช่น จัดการงานจังหวัด ตำรวจ ตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมในพื้นที่การทำงาน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เครือข่ายในชุมชน (กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขคนไทย กลุ่มองค์กรเครือข่ายในชุมชน ทั้งของคนไทย คนต่างชาติหรือทั้งสองกลุ่มเป็นต้น) รวมถึง (ในบางพื้นที่) กับสื่อมวลชน

เจ้าหน้าที่สนามต่างชาติ (Migrant Field Officer: FOM) หรือในชื่อที่เรียกแตกต่างกันในแต่ละองค์กรผู้รับทุนรองเช่น พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) หรือ FSN (Frontline Social Networker) มีบทบาทหลักในการทำงานภาคสนาม สำรวจและอัพเดทข้อมูล สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในพื้นที่ เตรียมพื้นที่ ประสานงานขออนุญาตผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อการลงทำกิจกรรมในชุมชนหรือสถานประกอบการ ทำงานควบคู่กับเจ้าหน้าที่ภาคสนามไทยในกิจกรรมอบรมให้ความรู้การป้องกันเอ็ชไอวีเอดส์การแจกจ่ายถุงยางอนามัยให้กับแรงงานในพื้นที่ โดยเป็นตัวกลางประสานงานสนับสนุนการทำงานของโครงการร่วมกับอสต.หรือแกนนำในชุมชนและสถานประกอบการ ในบางพื้นที่ พสต.อาจถูกมอบหมายให้สนับสนุนการทำงาน

ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพตามสถานพยาบาลของรัฐ เช่น เป็นล่ามช่วยแปลภาษา ติดต่อประสานงานกับแรงงานข้ามชาติในการจัดกิจกรรมในชุมชน ซึ่งจะมี พสต. จำนวนหนึ่งที่จัดจ้างโดยสาธารณสุขจังหวัดหรือ สสจ. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติด้วยเช่นกันส่วน อสต. หรือแกนนำในชุมชนนั้นเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานอยู่ในชุมชนหรือสถานประกอบการที่มีจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือในการทำงาน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่จะได้รับเพียงค่าเดินทางในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ บทบาท อสต. หลักๆ ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมประสาน ทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างโครงการและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เช่นการช่วยประสานเพื่อนแรงงานเข้ารับการอบรมหรือร่วมกิจกรรมของโครงการ แจกถุงยางอนามัย เป็นผู้ดูแลกล่องถุงยางอนามัย ดูแล Drop–in Center หรือ health post ของโครงการที่มีในชุมชน ช่วยคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงก่อนให้กับที่เจ้าหน้าที่ภาคสนาม และ พสต.ก่อนที่จะเข้ามาจัดกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่ นอกจากนั้นในบางพื้นที่ อสต. ยังได้รับการประสานจากหน่วยงานสาธารณสุขและ อสม. ของไทย ในการทำงานเชิงรุกทางสุขภาพกับกลุ่มประชากรข้ามชาติด้วย

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สนามทั้งที่เป็นคนไทยและต่างชาติ จะมีบทบาทในการทำงานประสานกับภาคสุขภาพ สถานพยาบาลและผู้ให้บริการในเรื่องการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจเลือดหาเชื้อโดยสมัครใจ (VCT) และ การออกโมบายเคลื่อนที่ รวมถึง การส่งต่อแรงงานที่พบและยืนยันว่าติดเชื้อเอ็ชไอวีเอดส์จากโครงการฟ้ามิตรสู่งานการดูแลและสนับสนุนโดยประสานกับทั้งภาคสุขภาพและภาคประชาสังคม ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่ต้องทานยาให้เข้าถึงยาต้านไวรัส การดูแลให้คำปรึกษาทั่วไป ติดตามเยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมพบกลุ่มและส่งเสริมการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในการทำงานส่วนนี้ โดยเฉพาะการดูแลและติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ อสต.หรือแกนนำในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีบทบาทการทำงานเชิงสนับสนุนให้กับเจ้าหน้าที่สนามได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมการดำเนินงานภายใต้โครงการฟ้ามิตรและการเชื่อมต่อการทำงานของโครงการกับโครงการดูแลและสนับสนุนแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี (CARE) แสดงได้ดังรูปที่ 2 จากการลงพื้นที่ พบว่า กิจกรรมหลัก (core activities) ของการดำเนินงานโครงการฟ้ามิตรของหน่วยงานผู้รับทุนรอง มุ่งเน้นใน 2 เรื่อง คือ หนึ่ง การปรับ



รูปที่ 2. กิจกรรมการดำเนินงานภายใต้โครงการฟ้ามิตรของหน่วยงานผู้รับทุนรอง

รูปที่ 3. ภาคีการทำงานและการประสานงานในพื้นท

เปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ กิจกรรมที่มีประกอบด้วย การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางสัมพันธ์ เอ็ชไอวี/เอดส์ และเรื่องที่เกี่ยวข้องแก่แรงงานในชุมชนหรือสถานประกอบการ การแจกจ่ายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นโดยไม่คิดมูลค่า การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงและติดต่อสื่อสารกับแรงงานโดยการจัดตั้ง Drop-in Center ในชุมชน รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยงและคัดกรองเบื้องต้นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอ็ชไอวี/เอดส์ ในส่วนที่สอง คือ กิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษา การตรวจเลือดและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตรวจเลือดโดยสมัครใจเพื่อหาเชื้อเอ็ชไอวี พร้อมให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังทราบผลตรวจ

ดังสรุปในรูปที่ 3 การดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร ในกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมถึงการส่งต่อ ดูแล สนับสนุนและติดตามผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี องค์กรหลัก 3 องค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นภาคีทำงานและประสานงานในพื้นที่จังหวัดประกอบด้วย หนึ่ง องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองในพื้นที่ (SR-NGO) สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองในเรื่องระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานเอดส์จังหวัด (ศปอจ. หรือ PCM) และ สถานพยาบาลรวมถึงผู้ให้บริการทางสุขภาพ (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) นอกจากองค์กรทั้งสามนี้ที่เป็นเหมือนเจ้าภาพหลักในการทำงานภาคีที่อื่นๆ มีบทบาทสนับสนุน ประสานงานให้ความร่วมมือในการทำงานในพื้นที่ ยังประกอบด้วย ภาคีการทำงานในภาคประชาสังคม เช่น กลุ่มผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและสื่อมวลชน เป็นต้น ในกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมาย เช่น จัดหางาน ตรวจคนเข้าเมือง ตำรวจ เป็นต้น รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานประสานและสนับสนุนของภาคีเหล่านี้ มีรูปแบบและระดับความเข้มข้นที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ในหลายพื้นที่ พบว่า อปท. เริ่มเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนช่วยสนับสนุนการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ โดยที่ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนผ่านสถานพยาบาลในท้องถิ่นนั้น (เช่น อบต. สนับสนุนงบประมาณให้กับ รพ.สต. หรือ อบจ.สนับสนุน

งบประมาณให้กับโรงพยาบาล) แม้เป้าหมายหลักของอปท.จะยังคงเป็นการสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมการทำงานของสถานพยาบาลให้แก่กลุ่มประชากรไทยเป็นหลัก แต่หลายกิจกรรมก็สามารถรวมกลุ่มแรงงานข้ามชาติเข้าไปและเอื้อให้การทำงานด้านเอดส์ในพื้นที่สามารถทำได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ที่ทำงานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเด็นด้านอื่นๆ (เช่น งานมาลาเรีย งาน TB หรืองานสุขภาพทั่วไป เป็นต้น) หรือ กลุ่มที่ทำงานด้านเอดส์ ในกลุ่มประชากรเสี่ยงอื่นๆ (เช่น กลุ่มหญิงบริการ ชายรักชาย เป็นต้น) เป็นอีกหนึ่งภาคีการทำงานที่พบว่ามีบทบาทในการช่วยเหลือการทำงานและประสานงานร่วมกับ SR–NGO ในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี โดยการประสานงานและความร่วมมือที่เกิดขึ้น เป็นในลักษณะการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันในการลงทำกิจกรรมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในชุมชนและสถานประกอบการ การช่วยเหลือหรือแลกเปลี่ยนกันในบางครั้งด้านบุคลากรที่ลงทำกิจกรรม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ ในพื้นที่

2. บทบาทของพสต. และ อสต. ในการทำงานและการประสานงานระดับพื้นที่

พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว หรือ พสต.ในที่นี้ หมายรวมถึง พสต.ที่ทำงานในสถานพยาบาล (จัดจ้างโดย สสจ.) และ เจ้าหน้าที่ภาคสนามต่างชาติของหน่วยงานผู้รับทุนรององค์กรพัฒนาเอกชน[7,8] ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หรือ อสต. เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ทำงานอยู่ในชุมชนหรือสถานที่ทำงานต่างๆ ที่มีจิตอาสาไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงาน ได้รับเพียงค่าเดินทางในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ[7,8] บทบาท อสต. จะช่วยประสานเพื่อนแรงงานเข้ารับการอบรม หรือเข้าร่วมกิจกรรม เป็นผู้ดูแลกล่องถุงยางอนามัย แจกถุงยางอนามัย

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์กับหน่วยงานผู้รับทุนรอง สาธารณสุขจังหวัด ผู้ให้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลและ รพ.สต. พบว่าทุกหน่วยงานเห็นความสำคัญของบทบาทของ พสต. และ อสต. ที่มีต่อการดำเนินงานโครงการฟ้ามิตรในการทำงานป้องกันเชิงรุก การจัดกิจกรรมให้ความรู้ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แก่แรงงานในชุมชนและสถานประกอบการ รวมถึง การทำงานด้านการประสานงานระหว่าง สถานพยาบาล หน่วยงานรัฐ และ แรงงานข้ามชาติในชุมชนและสถานประกอบการ ในประเด็นนี้ พสต.ถูกมองว่าเป็นตัวประสานความร่วมมือและการส่งผ่านข้อมูลได้ดีกว่า “นายจ้าง” โดยมีบทบาทในการสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจในการลงพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ภาคสนาม และความสบายใจในการมารับบริการของแรงงานข้ามชาติ, อัพเดทข้อมูลและสถานการณ์จากโรงพยาบาลไปยังชุมชนของแรงงานข้ามชาติ เช่นเรื่องนโยบายต่างๆ เรื่องบัตรประกันสุขภาพ และจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติมายังโรงพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่อง การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จากสถานพยาบาลกลับสู่ชุมชน การดูแลติดตามผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ต้องรับยา นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่เป็นล่ามแปลภาษา ผู้อธิบายขั้นตอนวิธีการรักษาในสถานพยาบาลให้กับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามารับบริการเมื่อพสต. และ อสต. ได้รับการอบรม พัฒนาทักษะและประสบการณ์จากการทำงานในช่วงหนึ่ง กลุ่มคนทำงานเหล่านี้ สามารถเป็นแกนหลักในการทำงานให้กับเจ้าหน้าที่ภาคสนามไทยของโครงการได้โดยอิสระ และช่วยเหลืองานต่างๆ ของหน่วยงานผู้รับทุนรองได้มาก

อย่างไรก็ตาม พบว่า บางพื้นที่การทำงานค่อนข้างประสบความยากลำบากในการจัดจ้าง พสต. ด้วยข้อจำกัดในงบประมาณและอัตราค่าตอบแทนที่ไม่ดึงดูด ทำให้การเปลี่ยนคนทำงานที่เป็น พสต.

ในบางพื้นที่มีความถี่ค่อนข้างสูง ซึ่งกระทบต่อความไม่ต่อเนื่องในการทำงาน และความครอบคลุมของการลงทำกิจกรรมอยู่บ้าง อีกข้อกังวล เป็นในเรื่องความต่อเนื่องของการจัดจ้างหลังจบโครงการ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับความชัดเจนของข้อกำหนดการจัดจ้าง นโยบายการส่งเสริมเพื่อให้มีการจัดจ้างจากหน่วยงานส่วนกลาง รวมถึง เรื่องแหล่งงบประมาณในการจัดจ้าง

3. กลไกประสานงานระดับจังหวัด

ในการดำเนินโครงการมีการพัฒนาและจัดตั้งกลไกศูนย์ประสานงานด้านเอดส์ระดับจังหวัดที่เรียกว่าศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) หรือ Provincial Coordinating Mechanism (PCM) ขึ้น เพื่อเป็นกลไกหลักในระดับจังหวัดสำหรับการประสานความร่วมมือและประเด็นเชิงยุทธศาสตร์การทำงานในกลุ่มประชากรเป้าหมาย[9]ได้แก่ เยาวชน ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายรักชาย หญิงบริการ ผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยา และกลุ่มประชากรข้ามชาติ บทบาทของ PCM ตามข้อกำหนด หากสรุปสั้นๆ คือทำหน้าที่ “อำนวย ประสานงาน ติดตาม และขับเคลื่อน” จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า บทบาทที่สำคัญของ ศอปจ.ต่อการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดต่างๆ มีในหลายลักษณะ เป็นทั้งกลไกหลักในการส่งต่อข้อมูลการทำงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน จากทั้งภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชนและภาครัฐ เพื่อการกำหนดวางแผนยุทธศาสตร์งานเอดส์ของระดับจังหวัดร่วมกันเป็นกลไกประสาน สนับสนุนการทำกิจกรรมต่างๆของโครงการ (เช่น กิจกรรมอบรมให้ความรู้ การแจกถุงยางในชุมชนและสถานประกอบการที่มีแรงงานข้ามชาติ) ให้ข้อมูลและปรับทัศนคติกับหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติและการทำงานด้านการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงาน โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมายซึ่งช่วยการทำงานได้เป็นอย่างดีในบางพื้นที่ (แต่ก็ยังไม่ค่อยดีในบางพื้นที่) รวมถึง เป็นเวทีเพื่อใช้สะท้อนปัญหาและประสานในการขอคำแนะนำหรือความร่วมมือในเรื่องการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเพื่อรับการรักษา การสนับสนุน และติดตามดูแล โดยทั่วไป ศปอจ.แต่ละจังหวัดจะมีการจัดประชุมรวมคณะกรรมการจากภาคส่วนต่างๆ ไตรมาสละอย่างน้อยหนึ่งครั้ง หรือปีละ 3–4 ครั้ง นอกจากนี้ ศปอจ.ยังถูกใช้เวทีเพื่อการสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในจังหวัด โดยเฉพาะในกรณีของพื้นที่หรือโครงการที่ค่อนข้างประสบความสำเร็จในการทำงานเพื่อนำไปสู่การขยายผลไปยังพื้นที่หรือโครงการอื่น ในส่วนที่เป็นปัญหาหรือล้มเหลวก็เพื่อหาทางแก้ไขร่วมกัน หรือเรียนรู้ร่วมกันจากปัญหาที่เกิดขึ้น

“...โครงสร้างครอบคลุม แต่บทบาทยังจำกัด...” แม้ ศปอจ.จะมีโครงสร้างการทำงานที่มีหน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆ ของจังหวัดเข้าร่วม หลายจังหวัดสามารถจัดการประชุมหารือร่วมกันระหว่างคณะทำงานได้อย่างต่อเนื่อง แต่บทบาทในเชิงการขับเคลื่อน หรือแม้แต่ประสานความร่วมมือในการแก้ปัญหาร่วมกันก็ยังพบว่าอ่อนแอในหลายจังหวัด คณะทำงานที่มีบทบาทหลักเป็นเพียงเจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองของโครงการ ขณะที่ตัวแทนจากหน่วยงานอื่นๆ ในจังหวัด (รวมถึงตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ส่วนใหญ่ก็ให้ความร่วมมือในการมาประชุม รับฟังปัญหา ออกความคิดเห็น แต่ในเชิงการมีบทบาทสนับสนุน หรือลงไปขับเคลื่อนเองยังมีค่อนข้างน้อย

การทำงานในบางพื้นที่ จุดเน้นยังคงอยู่ที่กลุ่มคนไทย โดยเฉพาะ กลุ่มวัยรุ่น ในขณะที่ ใน

ส่วนของกลุ่มประชากรข้ามชาติบางพื้นที่รายงานว่ายังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร การเข้าร่วมประชุมมีลักษณะเป็นในการมารายงานสถานการณ์และปัญหา แต่ความร่วมมือหรือการสนับสนุนในการช่วยแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในพื้นที่การทำงานยังคงมีน้อย ในหลายพื้นที่ แม้ศปอจ.จะสามารถผลักดันงานเอดส์เข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัดได้แล้ว แต่ก็พบว่ายังไม่ได้ขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและการมีเจ้าภาพหลัก รวมถึง ผู้มีอำนาจในการดำเนินการอาจให้ความสำคัญ หรือ priority ในเชิงความเร่งด่วนกับปัญหาเรื่องอื่นๆ มากกว่างานในด้านเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

นอกจากนี้ ทิศทางการทำงานและการให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการทำงานของศปอจ. ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และตัวบุคคลของผู้เป็นประธานคณะทำงาน) รวมถึง ตัวผู้ประสานงานหลักในหน่วยงานต่างๆ ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ประสานงานที่ สสจ. และโรงพยาบาล เมื่อมีการเปลี่ยนตัวบุคคลในหลายกรณี ก็ทำให้ทิศทางการทำงาน ประสิทธิภาพและความเข้มแข็งของ ศปอจ.ในจังหวัดนั้นเปลี่ยนแปลงไปด้วย การเข้ามามีส่วนร่วมใน ศปอจ. และการขับเคลื่อนงานเอดส์กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติของท้องถิ่น หรือ อปท. พบว่า ในหลายพื้นที่ยังมีค่อนข้างจำกัด สาเหตุหลักมาจากประเด็นในเรื่องการตีความขอบเขตภารกิจของ อปท. ที่ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจว่าครอบคลุมเฉพาะคนไทย ไม่ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ จากการลงพื้นที่ พบว่า ความท้าทายที่สำคัญของการทำงานในลักษณะ ศปอจ. คือ ทำเช่นไรที่จะทำให้หน่วยงานทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมในคณะทำงานมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้น หรือเป็นเจ้าภาพ เพื่อที่ว่าทุกฝ่ายจะเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันอย่างเต็มที่และทำให้เกิดความยั่งยืนของการทำงาน

4. บทบาทของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการทางสุขภาพ

เกี่ยวกับบทบาทหรือความร่วมมือที่โครงการได้รับจากสถานพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพในการดำเนินงาน รูปแบบแรกเป็นความร่วมมือในการจัดกิจกรรมโมบายเคลื่อนที่ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอ็ชไอวีซึ่งเป็นภารกิจหนึ่งของสถานพยาบาลในพื้นที่ด้วยเช่นกัน จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โครงการในหลายพื้นที่ พบว่า แต่ก่อนที่สถานพยาบาลไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อกิจกรรมเชิงรุกในเรื่องการป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ณ ปัจจุบันก็มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือในเรื่องงบประมาณ กำลังคน และความช่วยเหลือเชิงเทคนิคความรู้ของเจ้าหน้าที่รูปแบบถัดมาเป็นความร่วมมือในเรื่องการส่งต่อ ดูแล ติดตามและสนับสนุนผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานข้ามชาติ การประสานงานในเรื่องการเข้าถึงยาต้านฯ ของผู้ติดเชื้อที่ต้องรับประทานยา เรื่องบัตรประกันสุขภาพ การสนับสนุนประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อคนไทยและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ ในสถานพยาบาลหลายแห่ง พบว่ามี การจัดบริการสุขภาพที่เอื้อเฉพาะต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เช่น การจัดให้มีคลินิกแรงงานต่างด้าว (ตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป) กำหนดวันเฉพาะในแต่ละสัปดาห์สำหรับแรงงานข้ามชาติในการรับการดูแลการตั้งครรภ์ (ANC clinic) การรักษาด้วย ARV หรือคลินิกวัณโรค เป็นต้น

นอกจากนี้ ก็มีความร่วมมือในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคทั่วไปในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ที่เกิดขึ้นเป็นภาพชัดเจนส่วนใหญ่ เป็นความร่วมมือในระดับชุมชน ระหว่างเจ้าหน้าที่สนามต่างชาติ (พสต.) และ อสต. ของ

โครงการกับเจ้าหน้าที่ที่รพ.สต. รวมถึง อสม. คนไทยในชุมชน ซึ่งการประสานงานในระดับชุมชนระหว่างเจ้าหน้าที่โครงการฟ้ามิตรกับเจ้าหน้าที่ของระบบการทำงานภาครัฐนี้ ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานของโครงการและงานด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพและทำให้เห็นภาพในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงานภายหลังโครงการเสร็จสิ้นได้

ข้อสังเกตที่พบในหลายพื้นที่ คือ การทำงานร่วมกันระหว่างโครงการและสถานพยาบาลที่เกิดขึ้นได้จะเป็นลักษณะการทำงานที่พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่วนใหญ่ โครงการช่วยเหลือโรงพยาบาลในเรื่อง ล่ามแปลภาษา การช่วยเหลือและประสานงานในการลงชุมชนแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะในงานควบคุมโรค เช่น ไข้เลือดออก และคัดกรองโรคต่างๆ เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลของเจ้าหน้าที่โครงการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เป็นเงื่อนไขปัจจัยสำคัญต่อการเข้ามามีบทบาทของสถานพยาบาลในการประสานงานและให้ความร่วมมือในดำเนินงานการกับโครงการ โดยเฉพาะในเรื่องการคัดกรอง ตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อโดยสมัครใจ การส่งต่อและติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ รวมถึง การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็นของแรงงานข้ามชาติ

การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้ให้บริการที่มีต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีส่วนช่วยให้การประสานงานและการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเป็นไปได้อย่างราบรื่นดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและมีการทำกิจกรรมกับกลุ่มผู้ให้บริการอย่างติดต่อต่อเนื่อง ในบางพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับกลไกการทำงานของ ศปอจ.สามารถเป็นตัวเชื่อมประสานที่มีบทบาทในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานผู้รับทุนรองของโครงการและโรง – พยาบาลหรือสถานพยาบาลในพื้นที่ด้วยเช่นกัน

5. บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

การเชิญ อปท.เข้ามาเป็นคณะทำงานภายใต้กลไก ศปอจ. ในจังหวัด นั้นเป็นวิธีการและกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันมากขึ้นในงานสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งที่ผ่านมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้เข้ามามีบทบาทสนับสนุนในหลายๆ เรื่อง เช่น*การสนับสนุนงบประมาณ บางส่วนในการจัดกิจกรรม* ส่วนใหญ่ยังคงเป็นลักษณะของการต้องขอความช่วยเหลือสนับสนุนผ่านโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ยังไม่ใช่ในลักษณะของการเข้ามาวางแผนและดำเนินกิจกรรมร่วมกัน*การสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพในชุมชน เช่น* ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในบางพื้นที่ ที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง อสม. คนไทย กับ อสต. ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในชุมชน ภายหลังเมื่อโครงการฟ้ามิตรสิ้นสุดลง ในหลายพื้นที่ มีแผนที่จะของบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการศูนย์ต่อไป

สถานประกอบการ

ในหลายพื้นที่ สถานประกอบการเริ่มเห็นประโยชน์และความสำคัญของกิจกรรมโครงการมากขึ้น การสนับสนุนในลักษณะอื่นเริ่มมีมากขึ้น เช่น การสนับสนุนงบประมาณ สถานที่การจัดกิจกรรมและกำลังคนในการทำกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพแก่แรงงานในสถานประกอบการ การส่งพนักงานในโรงงานเข้ามาอบรมเพื่อเป็นแกนนำหรืออาสาสมัครด้านสุขภาพ

หรือ อบรมด้านภาษาเพื่อเป็นล่ามในโรงงานหรือล่ามเพื่อช่วยพนักงานแรงงานข้ามชาติด้วยกันเมื่อไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาล เริ่มมีมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นอีกมุมของภาพสะท้อนที่ทำให้เห็นความยั่งยืนของกิจกรรมเหล่านี้ต่อไป แม้หากโครงการจบลงไปแล้ว

นอกจากนี้ กลุ่มหรือสมาคมผู้ประกอบการในบางพื้นที่ ก็เริ่มมีการจัดจ้างหมอหรือพยาบาลต่างชาติเพื่อให้บริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติในสถานประกอบการ ซึ่งการสนับสนุนในลักษณะต่างๆ เหล่านี้จะยั่งยืนยาวนานหรือไม่ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และมุมมองของตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของสถานประกอบการหรือหัวหน้ากลุ่ม นายกสมาคมฯ เป็นอย่างมาก

ผู้นำชุมชนและผู้บังคับใช้กฎหมาย

ในการส่งทำกิจกรรมภายใต้โครงการแต่ละครั้ง เพื่อให้การทำงานราบรื่นและไม่เกิดปัญหาตามมา เจ้าหน้าที่โครงการจำเป็นต้องประสานงานทำเรื่องขออนุญาตและขอความร่วมมือที่จำเป็นในบางด้านจากผู้นำชุมชนและผู้บังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ (ทั้งในรูปแบบหนังสือขออนุญาตอย่างเป็นทางการ หรือการขอความร่วมมือบางครั้งโดยส่วนตัวหรืออย่างไม่เป็นทางการ) ในส่วนนี้มักจะเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ภาคสนามคนไทยที่จะเป็นตัวกลางหลักในการประสานดูแล ซึ่งจากการลงพื้นที่พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ พบว่า ผู้นำชุมชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือและการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆของโครงการเป็นอย่างดี โดยมีตัวอย่าง ที่นับเป็นความสำเร็จหนึ่งของโครงการที่ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) รวมถึงภาคประชาชนในชุมชน เข้ามามีบทบาทสนับสนุนการจัดตั้ง DiC ในพื้นที่ ทั้งในด้านการเงินและการบริหารจัดการ

ในส่วนของผู้บังคับใช้กฎหมาย ยังพบหลายกรณีที่ไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรหรือเกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ในบริบทการทำงานในพื้นที่ เจ้าหน้าที่โครงการส่วนใหญ่ค่อนข้างเข้าใจว่าผู้บังคับใช้กฎหมายต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เป็นหน้าที่ ซึ่งบางครั้งจะกระทบหรือเป็นอุปสรรคของการทำงานภายใต้โครงการ ที่ผ่านมา ศปอจ. ในจังหวัดก็สามารถเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยจัดการปัญหาและไกล่เกลี่ยประเด็นนี้ได้ แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่นอกจากนี้ ภาคส่วนอื่นๆ ที่ทำงานร่วมกับโครงการก็มี จัดหางานจังหวัด สื่อสารมวลชนในท้องถิ่น ซึ่งสื่อสารมวลชนเป็นกลุ่มหนึ่งที่สามารถมีบทบาทอย่างมากในการสร้างทัศนคติเชิงบวกของคนในพื้นที่ รวมถึงผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มีต่อแรงงานข้ามชาติ ที่ควรต้องให้ความสำคัญ

บทสรุป

เกี่ยวกับกระบวนการทำงานและการประสานงานของโครงการ ตามกรอบแนวคิดการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มุ่งเน้นเรื่องของการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายการทำงานในชุมชนและสถานประกอบการ รวมถึง การเชื่อมประสานการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนกับภาคสุขภาพและภาคประชาสังคมเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จในการทำงานเชิงรุกงานป้องกันเอ็ชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและการส่งต่อแรงงานที่มีความเสี่ยงเพื่อรับการตรวจและรักษา อย่างไรก็ดี การเคลื่อนย้ายเข้าออกของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่เป็นความท้าทายสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าการทำงานป้องกันเอดส์ยังต้องดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง รวมถึง การกำหนดกฎเกณฑ์หรือปรับปรุงข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการจัดจ้างพสต.เพื่อทำงานสุขภาพเชิงรุกหรือทำงานในสถานพยาบาลเป็นเรื่องที่ต้องเร่ง

พิจารณาทำให้ชัดเจน

ในภาพของการประสานงานระดับพื้นที่เพื่อการทำงานเชิงป้องกัน สามหน่วยงานหลักที่ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองของโครงการฟ้ามิตรร่วมกับ สาธารณสุขจังหวัด ดูแลให้การสนับสนุนความร่วมมือการทำงานโดยเป็นเจ้าภาพหลักของศูนย์ประสานงานด้านเอดส์ในระดับจังหวัด (ศปอจ. หรือ PCM) และสถานพยาบาลของรัฐ (โรง–พยาบาล และ รพสต.) ในจังหวัด นอกจากนี้ ภาคส่วนอื่นๆ ที่เข้าร่วม ประกอบด้วย ภาคประชาสังคม ผู้นำชุมชน สถานประกอบการ ผู้บังคับใช้กฎหมาย รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเท่าที่พบในพื้นที่จะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนเรื่องงบประมาณกิจกรรม โดยส่วนใหญ่จะเป็นการสนับสนุนผ่านสถานพยาบาล (โรงพยาบาล และ รพ.สต.) และ สสจ.เป็นหลัก ในหลายพื้นที่ พบว่าปัจจัยเสริมหนึ่งของการทำงานคือ การมีเครือข่ายในพื้นที่อื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานของโครงการ ในหลายๆ เรื่อง เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ ในพื้นที่ที่ทำงานด้านเอดส์หรือวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หรือทำงานด้านเอดส์กับประชากรกลุ่มอื่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ รวมไปถึงเครือข่ายทางสุขภาพระดับชุมชนที่มีในพื้นที่

พสต. ทั้งกลุ่มซึ่งทำหน้าที่เป็นล่ามในสถานพยาบาล และทำงานเชิงรุกในชุมชนหรือสถานประกอบการ เป็นตัวกลางที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างมากในการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาคประชาสังคม ภาคสุขภาพ รวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แต่ประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ ความยากลำบากในการจัดจ้างพสต. ด้วยข้อจำกัดงบประมาณและอัตราค่าตอบแทนไม่ดึงดูด การ turnover ที่ค่อนข้างสูงในบางพื้นที่ซึ่งกระทบต่อความไม่ต่อเนื่องในการทำงาน และประเด็นในเรื่องความต่อเนื่องของการจัดจ้าง พสต. ภายหลังจบโครงการ

ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด หรือ PCM ทำหน้าที่เป็นกลไกประสานการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ได้ดีในเรื่องการส่งต่อข้อมูลการทำงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของเครือข่ายการทำงานในจังหวัด แต่บทบาทในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ รวมถึงผลักดันกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์งานเอดส์กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่นยังมีค่อนข้างน้อย

เกี่ยวกับบทบาทอปท. สถานประกอบการและเครือข่ายอื่นๆ สำหรับ อปท. นั้น บทบาทที่มีเป็นเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ บางส่วนในการจัดกิจกรรมผ่าน โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. สำหรับสถานประกอบการ บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องความร่วมมือในการอนุญาตการทำกิจกรรมกับกลุ่มแรงงาน หรือการเข้ามาประชุมหรือเข้าอบรมในงานต่างที่โครงการจัดขึ้น การสนับสนุนในลักษณะอื่นที่มี เช่น การสนับสนุนงบประมาณ สถานที่การจัดกิจกรรมและกำลังคนในการทำกิจกรรม การส่งพนักงานในโรงงานเข้ามาอบรมเพื่อเป็นแกนนำหรืออาสาสมัครด้านสุขภาพ หรือ อบรมด้านภาษาเพื่อเป็นล่ามในโรงงาน การจัดจ้างแพทย์หรือพยาบาลต่างชาติเพื่อให้บริการสุขภาพในสถานประกอบการ

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นผลการศึกษาส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ACHIEVED กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ภายในโครงการด้านเอดส์รอบ SSF โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ศ.ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ รศ.ดร.สุรีย์พร พันพึ่ง นางสาวศิริพร ยงพานิชกุล นางสมใจ ประมาณพล

ที่ช่วยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทำให้งานเขียนนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณหน่วยงานผู้รับทุนหลัก คือ มูลนิธิรักษ์ไทยและสำนักบริหารโครงการกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นอย่างยิ่งที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยประเมินผลนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตยา อาชวนิจกุล. สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย เอกสารวิชาการฉบับที่ 1 โครงการพัฒนาปรับปรุงฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,2546
2. กฤตยา อาชวนิจกุล. (บรรณาธิการ). คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไหร่? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ? เอกสารวิชาการฉบับที่ 2 โครงการพัฒนาปรับปรุงฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
3. Chamratrithirong A, Boonchalaksi W, Yampeka P. Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT): The Baseline Servey 2004. IPSR Publiccation No.279.Nakhon Phathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2005.
4. Chamratrithirong A, Boonchalaksi W. Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT): The Impact Servey 2008. IPSR Publiccation No.365. NakhonPhathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2009.
5. อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ วาทินี บุญชะลักษี จรัมพร โห้ลำยอง เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ กัญญา อภิพรชัยสกุล. 2555. *การสำรวจข้อมูลพื้นฐานโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร–2) ปี พ.ศ. 2553*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. รายงานการประเมินผลภายนอกฉบับสมบูรณ์ “กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธ์” : *โครงการประเมินผลภายนอกโครงการเอดส์รอบ SSF ปีงบประมาณ 2557*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. สรุปบทเรียนการทำงาน โครงการฟ้ามิตร 2 เฟส 1. *2 ปีการทำงานกับบทเรียนการทำงานสำคัญโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร–2) ภายใต้โคงการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยโครงการส่งเสริมการบูรณาการและการสร้างเครือข่ายเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก โครงการแชมเปี้ยน.*มูลนิธิรักษ์ไทย
8. กัญญา อภิพรชัยสกุล, วาทินี บุญชะลักษี. พนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ : ผู้เข้าถึงการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของแรงงานข้ามชาติ. วารสารโรคเอดส์. 2553; 22 : 184–92.
9. สุรีย์พรพันพึ่ง, อภิชาต จำรัสฤทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุลและสมใจประมาณพล. การวิจัยประเมินบทบาทและความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.). วารสารโรคเอดส์. 2558; 27 : 34–44.

ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2553-2557

ภัสสรา จันทนาคร, เริงฤดี วีระวงศ์พรหม**

Abstract

The Prevention of Mother-to-Child Transmission Project (PMTCT) of Phichit Province in 2009-2014

Phatsara Chantanakorn, Ruengluedee Weerawongphom**

*Phichit Provincial Health Office

Objectives *: To find the results of the management of the Prevention of Mother-to-Child. Transmission Project (PMTCT) of Phichit Province in the fiscal years 2009-2014.*

Procedure *: Descriptive study of epidemiology based on secondary form PMTCT record The purposes: to report the management of the Prevention of Mother-to-Child Transmission Project in nine hospitals and to inform the rates of the mother-to-child HIV transmission of the project-participolicy children of Phichit Province.*

Results : *New pregnant women of Phichit Province tended to reduce. There were 5,587 persons in 2009 and the number was reduced to 4,149 persons in 2014. Every person was investigated for HIV and the HIV infection was reduced at 0.9 percent in 2013. Regarding to pregnancy, pregnant women were also reduced. There were 7,714 persons in 2009 and were reduced to 4,186 persons in 2014. 100 percent of the HIV infected women, who were pregnant between 2009–2011, took only anti-virus medicine AZT. The number of pregnant women taking anti-virus medicine AZT for at least four weeks was 54.2, 77.5 and 5.7 percent respectively. The number of them taking other anti-virus medicine as well as AZT was 25.0, 20.0 and 51.4 in 2013-2014. Every hospital managed the Prevention of Mother-to-Child Transmission Project 2010. As a result, the pregnant women having HIV infection got anti-virus medicine HAART when the symptoms occurred. They got CD4 if they improved. The number of them 68.8 percent in 2013 and the number reduced to 54.5 percent in 2014. CD4 investigation in the pregnant women having HIV infection increased. The number of them was 88.6 percent in 2013 and the number was increased to 100 percent in 2014. In addition, the number of the pregnant women, who were having advice together with their husbands before and after blood tests, was also increased.*

The number of infants born a life of HIV-infected mothers was given AZT was 85.7 percent in 2013 was 91.7 percent in 2014. Most infants born of HIV-infected mother got HIV infection got mixed milk supported by Department of Health, MOPH. After following for five years, it was found that then number of them was 3.8 percent in 2013 and 4.0 percent in 2014 . In order to enhance the proficiency of the management of the Prevention of Mother-to-Child Transmission Project, pregnant HIV-infected

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

women should get better opportunities getting anti-virus medicines, as well as registering with the hospital. Moreover, the service system of the hospitals should work seamlessly together, with a efficiency system of complete data record.

Key Words: PMTCT, Anti-retrovirus, ARV, Phichit Province
Thai AIDS J 2016; 28 : 84-94

บทคัดย่อ

การศึกษา "ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2553–2557" วัตถุประสงค์เพื่อทราบผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก ทราบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก

ผลการศึกษา พบผู้มาฝากครรภ์รายใหม่แนวโน้มลดลง ปี 2553 เท่ากับ 5,587 คน ปี 2557 ลดเหลือ 4,149 คน หญิงที่มาฝากครรภ์รายใหม่ตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวีทุกราย พบติดเชื้อสูงสุดในปี 2556 ร้อยละ 0.9 พบผู้มาคลอดลดลง ปี 2553 จำนวน 7,714 คน ปี 2557 ลดเหลือ 4,186 คน ผู้มาคลอดฝากครรภ์ในปี 2553, 2554 และ 2555 ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับยาต้านไวรัส AZT อย่างเดียว ร้อยละ 100.0 โดยได้ AZT อย่างน้อย 4 สัปดาห์ร้อยละ 54.2, 77.5 และ 5.7 การได้รับยาต้านไวรัสอื่นๆ ร่วมกับ AZT ได้ร้อยละ 25.0, 20.0 และ 51.4 ในปี 2556–2557 โรงพยาบาลทุกแห่งได้ดำเนินการตามนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก พ.ศ.2554 จากการติดตามผล พบหญิงคลอดที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับยาต้านไวรัส สูตร HAART เมื่อมีอาการหรือ CD4 เข้าเกณฑ์การรักษาใน ปี 2556 ร้อยละ 68.8 ปี 2557 ร้อยละ 54.5 การตรวจ CD4 ในหญิงคลอดที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีเพิ่มขึ้นปี 2556 ร้อยละ 88.6 ปี 2557 เพิ่มเป็นร้อยละ 100.0 หญิงคลอดและสามีได้รับการปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือดพร้อมคู่เพิ่มขึ้น

ปี 2553–2555 ทารกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับยา AZT อย่างเดียว 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้น ปี 2553 ได้ร้อยละ 6.8 ปี 2555 เพิ่มเป็นร้อยละ 69.2 ปี 2556 ได้รับ AZT อย่างเดียวร้อยละ 85.7 ปี 2557 เพิ่มเป็นร้อยละ 91.7 ทารกเกิดจากมารดาติดเชื้อส่วนใหญ่ได้รับนมผสมที่กรมอนามัยสนับสนุน จากการติดตามพบเด็กเกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ในปี 2556 และ 2557 ปีละ 1 คน คิดเป็นอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกของจังหวัดพิจิตรเท่ากับร้อยละ 3.8 และร้อยละ 4.0 การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการฝากครรภ์และการรับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์แก่มารดาที่ติดเชื้อ การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้มากขึ้น

คำสำคัญ โครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก, ยาต้านไวรัส, จังหวัดพิจิตร
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 84–94

บทนำ

การติดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอ็ชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกันร้อยละ 25–40 ของเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีจะติดเชื้อเอ็ชไอวีด้วย ในประเทศไทยเริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอ็ชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี 2531 จากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายระดับประเทศให้สถานบริการของรัฐดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาลตั้งแต่ปีพ.ศ.2543 ในปี 2554 ได้ปรับนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยเพิ่มการตรวจ CD4 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีและให้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสม

สถานการณ์การดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกหลังจากมีการปฏิบัติตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง จากรายงานข้อมูล

การประเมินผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2550 พบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกเหลือร้อยละ 2.8 อุปสรรคสำคัญที่อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกในประเทศไทยยังสูงอยู่เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 56 ไม่ได้รับการตรวจ CD4 ในขณะมาฝากครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่ได้รับสูตรยาที่เหมาะสมตามข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข[1]

สำหรับจังหวัดพิจิตรพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2530 ระยะแรกการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ประชากรที่ได้รับผลกระทบคือชายที่ชอบเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศ กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ และได้พบเด็กที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาในปี พ.ศ. 2537 จากระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์ด้วยบัตรรายงาน รง.506/1 ด้านอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรัฐพบสูงสุดในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 2.8 ปีล่าสุด 2556 และ 2557 อัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 0.2 และ 0.8 ขณะที่ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อของประเทศไทย พ.ศ. 2556 และ 2557 ความชุกการติดเชื้อร้อยละ 0.6 และ 0.8 เกินค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งไว้ที่ร้อยละ 0.6 ในปี 2557[2]

การดำเนินงานเพื่อลดอัตราการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยการให้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีจังหวัดพิจิตรเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ตามนโยบายของกรมอนามัย ในโครงการป้องกันการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก (PMTCT)[1] โดยได้ดำเนินโครงการป้องกันการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2547 ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งต้องให้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีทุกคนตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เริ่มให้ยา Nevirapine ชนิดน้ำในเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีทุกราย และได้ดำเนินการตามนโยบายใหม่ของกรมอนามัย พ.ศ.2554 ประกอบด้วยการบริการปรึกษาแบบคู่ การให้ยาต้านไวรัสตามสูตรที่แนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเอ็ชไอวี/เอดส์ รวมทั้งการให้ยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 cells/mm^2 ทุกราย ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินงานตามนโยบายตั้งแต่ ปี 2554[1]

คณะผู้ศึกษาสนใจจะศึกษาผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก (PMTCT) จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553–2557 เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกของจังหวัดพิจิตรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกของจังหวัดพิจิตรปีงบประมาณ พ.ศ. 2553–2557
2. เพื่อศึกษาอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกจังหวัดพิจิตรปี 2553–2557

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive epidemiology) วิเคราะห์ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก อาศัยข้อมูลทุติยภูมิของหญิง**ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และมาคลอด**ที่โรงพยาบาลรัฐ ทุกราย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่หญิง**ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และมาคลอด**ที่โรงพยาบาลรัฐ ที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ

เอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก (PMTCT) ของจังหวัดพิจิตร

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Perinatal HIV Intervention Monitoring System (PHIMS) ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่จัดทำและพัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 –2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป PHIMS **วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติเชิงพรรณ หาค่าจำนวน และร้อยละ**

ผลการศึกษา

1. ด้านการฝากครรภ์และการคลอด

หญิงฝากครรภ์รายใหม่ และผู้มาคลอดของจังหวัดพิจิตรแนวโน้มลดลง จำนวนผู้มาคลอดปี 2553 เท่ากับ 7,714 คน ปี 2557 ลดเหลือ 4,186 คน ส่วนใหญ่ตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 99.7–100.0 พบติดเชื้อเอ็ชไอวีสูงสุดในปี 2556 ร้อยละ 0.8 (ตารางที่ 1, 2)

2. ด้านการรับยาต้านไวรัสของหญิงคลอดฝากครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี และทารกเกิดมีชีพ

ผู้มาคลอดฝากครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 100.0 ทารกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับ AZT อย่างเดียวเพิ่มขึ้นปี 2556 ร้อยละ 85.7 ปี 2557 เพิ่มเป็นร้อยละ 91.7 (ตารางที่ 3, 4)

3. ด้านทารกเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี

เด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวีในปี 2556 ร้อยละ 3.8 (1 คน) ปี 2557 ร้อยละ 4.0 (1 คน) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละผู้มาฝากครรภ์ใหม่ทั้งหมด จำแนกรายโรงพยาบาล จังหวัดพิจิตร

โรงพยาบาล	ผู้มาฝากครรภ์ใหม่ทั้งหมด									
	2553		2554		2555		2556		2557	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
พิจิตร	2,336	41.8	2,332	41.4	2,302	42.0	1,707	41.7	1,819	43.8
ตะพานหิน	1,132	20.3	1,176	20.9	1,238	22.6	961	23.5	916	22.1
บางมูลนาก	460	8.2	469	8.3	574	10.5	657	16.1	661	15.9
โพทะเล	101	1.8	73	1.3	87	1.6	172	4.2	181	4.4
สามง่าม	244	4.4	223	4.0	240	4.3	127	3.1	94	2.3
โพธิ์ประทับช้าง	576	10.3	540	9.6	556	10.1	157	3.8	124	3.0
วังทรายพูน	132	2.4	168	3.0	135	2.4	67	1.6	105	2.5
ทับคล้อ	384	6.9	459	8.2	264	4.8	144	3.5	140	3.4
วชิรบารมี	222	3.9	184	3.3	84	1.5	98	2.4	109	2.6
จ.พิจิตร	5,587	100	5,624	100	5,480	100	4,090	100	4,149	100

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละผู้มาคลอดได้ตรวจเอ็ชไอวี และผลเอ็ชไอวีเป็นบวก จำแนกราย โรงพยาบาล จังหวัดพิจิตร ปี 2553–2557

โรงพยาบาล	ผู้มาคลอดได้ตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี	ปีงบประมาณ									
		2553		2554		2555		2556		2557	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
พิจิตร	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	3,580	–	3,514	–	3,738		1,734	–	1,844	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	3,550	100	3,514	100	3	100	1,734	100	1,841	99.8
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	30	0.8	20	0.6	20	0.5	20	1.5	10	0.5
ตะพานหิน	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	2,140	–	1,974	–	1,974	–	962	–	916	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	2,140	100	1,974	100	1,974	100	962	100	916	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	2	0.8	8	0.4	4	0.2	4	0.4	8	0.9
บางมูลนาก	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	640	–	674	–	757	–	661	–	664	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	640	100	674	100	757	100	661	100	664	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	5	0.8	7	1.0	3	0.4	5	0.8	2	0.3
โพทะเล	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	302	–	254	–	248	–	178	–	182	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	302	100	254	100	248	100	178	100	182	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	4	1.3	3	1.2	3	1.2	3	1.7	2	1.1
สามง่าม	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	147	–	141	–	147	–	128	–	97	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	147	100	141	100	147	100	128	100	97	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	1	0.7	1	0.7	2	1.4	0	0.0	1	1.0
โพธิ์ประทับช้าง	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	376	–	326	–	368	–	157	–	124	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	376	100	326	100	368	100	157	100	124	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	4	1.1	0	0.0	0	0.0	3	1.9	2	1.6
วังทรายพูน	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	90	–	102	–	96	–	68	–	108	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	90	100	102	100	96	100	68	100	108	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	0	0.0	1	1.0	1	1.0	0	0.0	1	0.9
ทับคล้อ	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	181	–	170	–	160	–	150	–	142	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	181	100	170	100	160	100	150	100	142	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	3	1.7	0	0.0	3	1.9	0	0.0	1	0.7
วชิรบารมี	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	129	–	55	–	86	–	99	–	109	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	129	100	55	100	86	100	99	100	109	100
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	0	0.0	1	1.8	1	1.2	0	0.0	1	0.9
จ.พิจิตร	1.จำนวนคลอดทั้งหมด	7,714	–	7,335	–	7,648	–	4,137	–	4,186	–
	2.ได้ตรวจเอ็ชไอวี	7,714	100	7,335	100	7,644	99.9	4,127	99.7	4,183	99.9
	3.ผลเลือดเอ็ชไอวีบวก	49	0.6	42	0.6	40	0.5	35	0.8	28	0.7

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละผู้มาคลอดฝากครรภ์เอ็ชไอวีบวก ได้รับยาต้านไวรัส จำแนกโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้มาคลอดฝากครรภ์ ผลเอ็ชไอวีบวก ได้รับยาต้านไวรัส									
	2553		2554		2555		2556		2557	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
พิจิตร	30	60.0	20	50.0	6	26.1	20	57.1	10	35.7
ตะพานหิน	4	8.0	8	20.0	4	17.4	4	11.4	8	28.6
บางมูลนาก	4	8.0	7	17.5	3	13.0	5	14.3	2	7.1
โพทะเล	2	4.0	3	7.5	3	13.0	3	8.6	2	7.1
สามง่าม	1	2.0	0	0.0	2	8.7	0	0.0	1	3.6
โพธิ์ประทับช้าง	4	8.0	0	0.0	0	0.0	3	8.6	2	7.1
วังทรายพูน	0	0.0	1	2.5	1	4.4	0	0.0	1	3.6
ทับคล้อ	3	6.0	0	0.0	3	13.0	0	0.0	1	3.6
วชิรบารมี	2	4.0	1	2.5	1	4.4	0	0.0	1	3.6
จ.พิจิตร	50	100	40	100	23	100	35	100	28	100

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี เด็กเกิดมีชีพได้รับยาต้านไวรัส

โรงพยาบาล	ข้อมูลเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส	ปีงบประมาณ			
		2556		2557	
		จำนวน	%	จำนวน	%
พิจิตร	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	20	–	10	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	20	100	10	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	16	80.0	8	80.0
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	3	15.0	2	20.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	1	5.0	0	0.0
ตะพานหิน	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	4	–	8	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	4	100	8	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	0	0.0	8	100
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	0	0.0	0	0.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	0	0.0	0	0.0
บางมูลนาก	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	5	–	1	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	5	100	1	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	0	0.0	1	100
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	0	0.0	0	0.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	0	0.0	0	0.0

ตารางที่ 4. (ต่อ)

โรงพยาบาล	ข้อมูลเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส	ปีงบประมาณ			
		2556		2557	
		จำนวน	%	จำนวน	%
โพทะเล	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	3	–	2	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	3	100	2	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	2	66.7	2	100
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	1	33.3	0	0.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	0	0.0	0	0.0
สามง่าม	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	0	–	1	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	0	–	1	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	0	–	1	100
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	0	–	0	0.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่น ๆ	0	–	0	0.0
โพธิ์ประทับช้าง	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	3	–	3	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	3	100	3	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	3	100	3	100
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	0	0.0	0	0.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	0	0.0	0	0.0
วังทรายพูน	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	0	–	1	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	0	–	1	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	0	–	1	100
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	0	–	0	0.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	0	–	0	0.0
ทับคล้อ	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	0	–	0	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	0	–	0	–
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	0	–	0	–
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	0	–	0	–
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	0	–	0	–
วชิรบารมี	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	0	–	1	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	0	–	1	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	0	–	1	100
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	0	–	0	0.0
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	0	–	0	0.0

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี เด็กเกิดมีชีพได้รับยาต้านไวรัส

โรงพยาบาล	ข้อมูลเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส	ปีงบประมาณ			
		2556		2557	
		จำนวน	%	จำนวน	%
จ.พิจิตร	1. เด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งหมด	35	–	24	–
	2. เด็กเกิดมีชีพ	35	100	24	100
	3. เด็กได้รับ AZT อย่างเดียว	30	85.7	22	91.7
	4. เด็กได้รับยาต้านสูตร HAART	4	11.4	2	8.3
	5. เด็กได้รับยาต้านสูตรอื่นๆ	1	2.9	0	0.0

ตารางที่ 5. จำนวนและร้อยละเด็กเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี

โรงพยาบาล	ข้อมูลเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี	ปีงบประมาณ			
		2556		2557	
		N	%	N	%
พิจิตร	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	2		4	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
ตะพานหิน	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	3		4	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	1	33.3	1	25.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	1	100.0	1	100.0
บางมูลนาก	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	0		0	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	–	0	–
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	–	0	–
โพทะเล	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	9		4	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
สามง่าม	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	2		1	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
โพธิ์ประทับช้าง	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	4		2	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0

ตารางที่ 5. (ต่อ)

โรงพยาบาล	ข้อมูลเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวี	ปีงบประมาณ			
		2556		2557	
		N	%	N	%
วังทรายพูน	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	3		0	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	0.0	0	–
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	0.0	0	–
ทับคล้อ	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	3		2	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	0.0	0	0.0
วชิรบารมี	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	0		1	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	0	–	0	0.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	0	–	0	0.0
จ.พิจิตร	1. เด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้ง	26		25	
	2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี	1	3.8	1	4.0
	3. เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอ็ชไอวี	1	100.0	1	100.0

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก (PMTCT) ศึกษาอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก ของจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553–2557 รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลัง ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา วิเคราะห์ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก อาศัยข้อมูลทุติยภูมิของหญิง**ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และมาคลอด**ที่โรงพยาบาลรัฐทุกราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Perinatal HIV Intervention Monitoring System (PHIMS) ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่จัดทำและพัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข **นำเสนอข้อมูลใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาหาค่าจำนวนและร้อยละ** ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

จำนวนหญิงฝากครรภ์รายใหม่และผู้มาคลอดของจังหวัดพิจิตรแนวโน้มลดลง หญิงคลอดส่วนใหญ่ตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ชไอวีร้อยละ 99.7–100.0 พบติดเชื้อเอ็ชไอวีสูงสุดในปี 2556 ร้อยละ 0.8 หญิงคลอดและสามีได้รับการปรึกษาก่อนตรวจเลือดเอ็ชไอวีพร้อมคู่เพิ่มขึ้น สามีหญิงคลอดที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีผลเอ็ชไอวีบวกเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ผู้มาคลอดฝากครรภ์ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 100.0 ผู้มาคลอดได้ตรวจหาเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้น ปี 2557 ได้ร้อยละ 100.0 แนวโน้มทารกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ในปี 2556–2557 ได้รับร้อยละ 100.0

ด้านอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจาก

มารดาสู่ทารกจังหวัดพิจิตร เด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวีในปี 2556 และ 2557 ปีละ 1 คน (ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 4.0)

วิจารณ์

หญิงที่มาฝากครรภ์รายใหม่ของจังหวัดพิจิตรใน 5 ปี ที่ทำการศึกษาได้ตรวจหาการติดเชื้อทุกรายร้อยละ 100.0 และหญิงที่มาคลอดได้ตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 99.7–100.0 นับเป็นความสำเร็จของคลินิกฝากครรภ์ของจังหวัดพิจิตร แต่อัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีในหญิงคลอดที่มาฝากครรภ์ยังไม่ลดลง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีในระดับต่างๆ ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เยาวชนหรือหญิงวัยเจริญพันธุ์ตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ สอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดพิจิตร[3] ณ เดือนมิถุนายน 2556 ที่พบว่านักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.9 (อายุต่ำสุดที่มีเพศสัมพันธ์คือ 9 ปี) อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 14.7 ปี โดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 60.9 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน/คนรัก (เพศหญิง) ร้อยละ 18.2 ส่วนปี 2557 เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 25.1 (อายุต่ำสุด 8 ปี) อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 16.3 ปี ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน/คู่รัก (หญิง) ร้อยละ 75.0 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวแตกต่างกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมประเทศไทย[4] ปี 2556 พบว่านักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 25.9 อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.0 ปี โดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 61.2 ส่วนปี 2557 นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 24.2 อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.3 ปี และใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 65.2 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นประชากรวัยเจริญพันธุ์มีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีอาจนำเชื้อเอ็ชไอวีมาสู่หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงแม่บ้านที่ตั้งครรภ์ได้ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของชาย–หญิงวัยเจริญพันธุ์ของจังหวัดพิจิตร จะต้องร่วมกันแก้ไขต่อไป

ด้านอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกนั้น พบว่าใน 5 ปีที่ติดตามเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีพบเด็กที่มีผล PCR ครบ 2 ครั้งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอ็ชไอวีในปี 2556 และ 2557 ปีละ 1 คน คิดเป็นอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกของจังหวัดพิจิตรเท่ากับร้อยละ 3.8 และ 4.0 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายตัวชี้วัดหลักยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ พ.ศ. 2557–2559 กำหนดร้อยละการติดเชื้อฯของเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอ็ชไอวีไม่เกินร้อยละ 2.5 ในปี 2557[5] นับเป็นปัญหาที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ จะต้องร่วมกันแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นประชาสัมพันธ์ การให้บริการปรึกษาเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงผลดีของการฝากครรภ์ เพื่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสตามนโยบายกรมอนามัย

2. ควรพัฒนาระบบติดตามส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวได้รับการดูแลที่ครบถ้วน เน้นการติดตามเจาะโลหิตทารกเพื่อการดูแลที่ครบถ้วนต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ความชุกและอุบัติการณ์การติด HIV ประเทศไทย พ.ศ. 2557. เอกสารอัดสำเนา
2. กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากแม่สู่ลูกและการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2553.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียน จังหวัดพิจิตร ปี พ.ศ. 2557. เอกสารอัดสำเนา.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. เอกสารอัดสำเนา.
5. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557–2559. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2555

ผลของบริการปรึกษาตรวจเลือดเอ็ชไอวีต่อทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ ในผู้ต้องขังชาย

*ชลลิสา จริยาเลิศศักดิ์**

Abstract

Effect of HIV Voluntary Counseling and Testing on AIDS Stigma among Male Prisoners

*Chonlisa Chaliyalertsak**

***** Chiang Mai Provincial Public Health Office.

A one group pretest/post-test quasi-experimental design was used to evaluate the effect of HIV voluntary counseling and testing (HIV-VCT) on AIDS stigma among male prisoners. A non-randomized 170 male prisoners were recruited. A standardized, 10-point scale questionnaire was developed to measure stigmatizing attitudes and fear-based stigma. Baseline and follow-up data regarding AIDS knowledge (UNGASS questions) and AIDS stigma were collected over a three months period after receiving mobile HIV-VCT as an intervention. Percentage, mean, Paired Sample Sign Test and Spearman Rank Correlation Coefficient were used. Results highlighted that, after intervention, the overall fear-based and attitude-based stigma scores were significantly lower (7.03 to4.22 at p-value<0.01). Factors associated with AIDS stigma were age, educational level and AIDS knowledge. Age was related to stigma both before and after intervention (r = 0.514 p-value<0.01, r = 0.01 p-value<0.01).Education level affected AIDS stigma only before intervention (r=-0.278, p-value<0.01). AIDS knowledge influenced stigma only after intervention especially fear-based stigma(r=-0.159, p-value<0.05). In conclusion, HIV voluntary counseling and testing was associated with lowered levels of AIDS stigma regardless of previous education level,especially among younger age group. Scaling up HIV-VCT coverage in prisoners may help reducing AIDS stigma in the community which may lead to more cooperation in HIV/AIDS activities and services in prisons.

Key Words: VCT, Prisoners, Stigma
Thai AIDS J 2016; 28 : 95-105

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi–experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (One group pretest/post testdesign) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของบริการปรึกษาตรวจเลือดเอ็ชไอวี (HIV Voluntary Counseling & Testing:HIV–VCT) ต่อทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ในผู้ต้องขังชายกลุ่มตัวอย่าง

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ได้แก่ผู้ต้องขังชาย จำนวน 170 คน ทดสอบความรู้และระดับการตีตราต้านเอดส์ด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ก่อนได้รับบริการ HIV–VCT และหลังรับบริการไปแล้ว 3 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ Paired Sample Sign Test และ Spearman Rank Correlation Coefficient

ผลการศึกษาพบว่าก่อนการรับบริการ HIV–VCT กลุ่มตัวอย่างมีระดับการตีตราต้านเอดส์ ค่อนข้างสูงคือ 7.03 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value <0.01) เหลือ 4.22 โดยลดลงทั้งการตีตราจากความกลัวติดเอดส์ และการตีตราจากทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการตีตรา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องเอดส์ โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตีตราทั้งก่อนและหลังรับบริการ ผู้ที่มีอายุมากมีระดับการตีตราสูง (ก่อนรับบริการ r = 0.514 p–value <0.01, หลังรับบริการ r = 0.01 p–value <0.01) การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการตีตรา เฉพาะก่อนรับบริการคือผู้มีการศึกษาสูง มีระดับการตีตราต้านเอดส์ ต่ำ (r = –0.278, p–value <0.01) และความรู้เอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตีตราจากความกลัวติดเอดส์ เฉพาะหลังรับบริการ โดยผู้ที่มีความรู้เอดส์มากจะมีระดับการตีตราเนื่องจากความกลัวต่ำ (r = –0.159, p–value <0.05) โดยสรุป การจัดบริการ HIV–VCT ในเรือนจำ สามารถลดระดับการตีตราต้านเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังที่รับบริการได้ไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใด โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อย หากขยายบริการให้ครอบคลุมมากขึ้น น่าจะส่งผลต่อความร่วมมือในกิจกรรม และบริการด้านเอดส์ในเรือนจำที่ดีขึ้น

คำสำคัญ VCT, ผู้ต้องขัง, การตีตรา, เรือนจำ
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 95–105

บทนำ

โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อมนุษยชาติอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกที่สหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2524 จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เมื่อสิ้นปี 2557 มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีทั่วโลก 36.9 ล้านคน ทั้งนี้อัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีในประชากรโลก เท่ากับ ร้อยละ 0.8 สำหรับประเทศไทย มีการคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี จำนวนสะสม 1,526,028 ราย[1] นอกจากนี้พบข้อมูลว่าความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มชายรักชายตามเมืองใหญ่ๆเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าตกใจ ชายรักชายที่เป็นนักเที่ยวในกรุงเทพฯ ติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 27 ในปี 2548 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.3 ในปี 2553 ในขณะที่ความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวีในประชากรกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น และการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยังคงมีอัตราสูงมาโดยตลอด[2]

ในปัจจุบันประเทศไทยได้ชื่อว่าประสบความสำเร็จในการรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อเอ็ชไอวี มาตรการป้องกันต่างๆประสบความสำเร็จในการลดการติดเชื้อใหม่ได้ถึงร้อยละ 83 ในช่วงปี 2533 ถึง 2546 แต่อย่างไรก็ดี ยังมีอีกหลายกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงโครงการรักษาของรัฐได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แรงงานข้ามชาติและผู้ต้องขังในประเทศไทยตามรายงานมีจำนวนถึง 168,264 คน ซึ่งเกินความสามารถในการรองรับของเรือนจำถึงร้อยละ 50 ข้อมูลเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีของเรือนจำนั้นก็มีน้อยมาก ไม่มีการตรวจอย่างเป็นระบบ และไม่เคยมีการสำรวจสุ่มตัวอย่าง แต่ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ก็บ่งชี้ว่าสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อในหมู่ผู้ต้องขังนั้นมีสูงกว่าประชากรทั่วไปมากถึงร้อยละ 25 ของผู้ต้องขังที่สมัครใจรับการตรวจติดเชื้อเอ็ชไอวี ในขณะที่สัดส่วนการติดเชื้อของประชากรทั่วไปคือ ร้อยละ 1.5 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงสูงสุดในการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีในเรือนจำไทยคือการ

มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันระหว่างผู้ต้องขัง นอกจากนี้ผู้ต้องขังราวสองในสามเป็นผู้กระทำผิดในคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยบางคนเป็นผู้ติดยาเสพติดแบบใช้เข็มทำให้อัตราการติดเชื้อในเรือนจำอยู่ในระดับที่สูง และยังพบอีกว่าการสักร่างกายก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้ออีกประการหนึ่ง[3]

เรือนจำ เป็นสถานที่หนึ่งที่มีทั้งกลุ่มชายรักชาย และผู้ใช้สารเสพติด และนอกจากนี้ในเรือนจำมีสภาพพื้นที่ซึ่งจำกัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคได้ง่ายทั้งโรคเอดส์และวัณโรค จึงต้องมีมาตรการควบคุมและป้องกันที่เหมาะสม โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการคัดกรองวัณโรคตั้งแต่เนิ่นๆ[4]

แม้ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์มีการค้นคว้าวิจัยเพื่อผลิตยาต้านไวรัสเอ็ช-ไอวี สำหรับใช้ต้านเชื้อไวรัสประสบผลสำเร็จส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพแข็งแรงมีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่สำหรับมิติด้านจิตใจ และจิตวิญญาณนั้นนับได้ว่าเป็นมิติที่ได้รับผลกระทบอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่าเป็นโรคร้ายแรงยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้หวาดกลัวต่อความตาย การถูกมองจากสังคมว่าเป็นผู้เลวทราม ประพฤติผิดศีลธรรม จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญพบว่า คนไทยยังมีความกลัว รังเกียจ และกีดกันผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร้อยละ 43.3 ซึ่งสูงกว่าปี 2557 ถึงร้อยละ 14.2 จากข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับเอดส์ยังคงมีอยู่จริงในสังคม กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรค จึงได้กำหนดมาตรการและการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557–2559 คือการเน้นการเสริมสร้างความเข้าใจเรื่องการตีตรา เพื่อป้องกันไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติ[4]

เพื่อการแก้ไขปัญหาเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอดส์ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาระดับการตีตราด้านเอดส์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการตีตราด้านเอดส์รวมทั้งเปรียบเทียบระดับการตีตราด้านเอดส์ก่อนและหลังได้รับบริการปรึกษาตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (One group pre-post design) เพื่อศึกษาระดับของการตีตราด้านเอดส์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการตีตราด้านเอดส์ รวมทั้งเปรียบเทียบระดับของการตีตราด้านเอดส์ ก่อนและหลังได้รับบริการปรึกษาตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย ระหว่างตุลาคม-ธันวาคม 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ต้องขังชายที่ต้องคดีอยู่ในเรือนจำกลางจังหวัดเชียงใหม่ ในเดือนตุลาคม 2557

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ Convenience sampling หาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ W.G.Cochran (1953) ที่มีระดับความเชื่อมั่น ที่ 95%จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คนแต่เพื่อเป็นการป้องกันปัญหากลุ่มตัวอย่างถอนตัวหรือย้ายเรือนจำ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 170 คนและมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusive criteria) คือ

1. สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
2. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารไม่มีความ

พิการทางด้านร่างกาย

3. ไม่เคยผ่านการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีมาก่อน

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ชุดกิจกรรมการจัดบริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยมีกิจกรรม

- กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านเอดส์
- การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายบุคคล (Pretest counseling)
- การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี
- การให้บริการปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายบุคคล (Posttest counseling)

2. แบบสอบถาม ทัศคติการตีตราด้านเอดส์เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self–administered questionnaires) มี 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ความรู้ด้านเอดส์ และทัศนคติการตีตราด้านเอดส์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีความรู้ด้านเอดส์ และ ทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ด้านเอดส์ และทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ ก่อนการได้รับชุดกิจกรรมการจัดบริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี และหลังจากนั้น อีก 1 เดือน ด้วยสถิติ Paired Sample Sign Test ที่ α= 0.5 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการตีตราด้านเอดส์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 170 คน มีอายุระหว่าง 19–59 ปี อายุเฉลี่ย 34.4 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด รองลงมาคือ สมรส ร้อยละ 41.8, 33.5 ตามลำดับ ร้อยละ 73.5 จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อนต้องโทษประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 38.2 อาชีพ ค้าขาย ร้อยละ 21.2 โดยส่วนใหญ่ต้องโทษในคดี ความผิดพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษร้อยละ 71.8 ดังตารางที่ 1

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยผ่านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงขายบริการร้อยละ 13.5 กับผู้ชาย ร้อยละ 2.4 โดยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย 16.7 ปี อายุต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 25 ปี กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น หญิงขายบริการ และผู้ชาย ร้อยละ 69.4, 57.6 และ 20.6 ตามลำดับ โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการมากที่สุด ร้อยละ 57.1 กับผู้ชาย ร้อยละ 31.4 กับหญิงอื่น ร้อยละ 16.1 และกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ภายใน 1 ปี ร้อยละ 41.8 โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ใน 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 15.5 ดังตารางที่ 2

ประสบการณ์การใช้สารเสพติด

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.4 เคยใช้สารเสพติด โดยสารเสพติดที่เคยใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ยาบ้า กัญชา ยาไอซ์ ฝิ่น และยาอี ร้อยละ 95.6, 40.7, 35.6, 11.9 และ 10.4 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 11.2 ใน

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	32	18.8
25 – 29 ปี	33	19.4
30 – 34 ปี	33	19.4
35 – 39 ปี	24	14.1
40 – 44 ปี	17	10.0
45 – 49 ปี	13	7.6
มากกว่า 49 ปี	18	10.6
สถานภาพสมรส		
โสด	71	41.8
สมรส	57	33.5
หย่า/แยก	22	12.9
หม้าย	20	11.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	33	19.4
ประถมศึกษา	49	28.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	25.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20	11.8
ปวช./ปวส.	14	8.2
ปริญญาตรี	11	6.5
อาชีพก่อนต้องโทษ		
เกษตรกรรม	24	14.1
รับจ้าง	65	38.2
พนักงานบริษัท/สำนักงาน	24	14.1
ค้าขาย	36	21.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	2.4
นักศึกษา	8	4.7
ว่างงาน	9	5.3
ต้องโทษคดี		
ความผิดพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ	122	71.8
ความผิดต่อชีวิต	16	9.4
ความผิดเกี่ยวกับเพศ	3	1.8
ความผิดต่อทรัพย์	22	12.9
ความผิดในลักษณะอื่นๆ	7	4.1

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ

พฤติกรรมทางเพศ	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
10 – 14 ปี	26	15.3
15 – 19 ปี	121	71.2
20 – 25 ปี	23	13.5
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
หญิงขายบริการ	23	13.5
แฟนคนรัก	111	65.3
ภรรยา	18	10.6
ผู้ชาย	4	2.4
หญิงอื่น	14	8.2
เคยมีเพศสัมพันธ์กับ		
ผู้ชาย	35	20.6
▪ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	11	31.4
หญิงขายบริการ	98	57.6
▪ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	56	57.1
หญิงอื่น	118	69.4
▪ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	19	16.1
มีเพศสัมพันธ์ ใน 1 ปี ที่ผ่านมา		
ไม่มี	99	58.2
มี	71	41.8
▪ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	11	15.5

จำนวนนี้เคยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 10.5 ดังตารางที่ 3

สำหรับพฤติกรรมที่อาจส่งผลต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีอื่นๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยสักร้อยละ 69.4 โดยเคยสักขณะอยู่ในเรือนจำ ร้อยละ 42.4 เคยฝังมุก ร้อยละ 58.8 โดยฝังมุกขณะอยู่ในเรือนจำ ร้อยละ 71.4 และเคยผ่าเบนซ์ ร้อยละ 10.6 โดยผ่าเบนซ์ขณะอยู่ในเรือนจำ ร้อยละ 83.3 ดังตารางที่ 4

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามความรู้เรื่องโรคเอดส์ จำนวน 6 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องมากที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้ ร้อยละ 85.9 รองลงมาคือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอ็ชไอวีเป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้ ร้อยละ 79.4 ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยุงเป็นพาหนะ ในการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีได้

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

พฤติกรรมใช้สารเสพติด	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด		
ไม่เคย	35	20.6
เคย	135	79.4
■ ยาบ้า	129	95.6
■ ยาอี	14	10.4
■ กัญชา	55	40.7
■ ยาเค	7	5.2
■ ยาไอซ์	48	35.6
■ เฮโรอีน	10	7.4
■ โคเคน	4	3.0
■ ฝิ่น	16	11.9
การใช้สารเสพติดชนิดฉีด		
ไม่เคย	151	88.8
เคย	19	11.2
■ ไม่เคยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น	17	89.5
■ เคยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น	2	10.5

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การสัก ฝังมุก และผ่าเบนซ์

ประสบการณ์	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
การสัก		
ไม่เคย	52	30.6
เคย	118	69.4
■ เคย ก่อนเข้าเรือนจำ	68	57.6
■ เคย ขณะอยู่ในเรือนจำ	50	42.4
การฝังมุก		
ไม่เคย	100	58.8
เคย	70	41.2
■ เคย ก่อนเข้าเรือนจำ	20	28.6
■ เคย ขณะอยู่ในเรือนจำ	50	71.4
การผ่าเบนซ์		
ไม่เคย	152	89.4
เคย	18	10.6
■ เคย ก่อนเข้าเรือนจำ	3	16.7
■ เคย ขณะอยู่ในเรือนจำ	15	83.3

ตารางที่ 5. จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
1. การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ช่วยป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้	146	85.9
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเชื้อเอ็ชไอวี เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีได้	135	79.4
3. ยุงเป็นพาหนะ ในการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีได้	85	50.0
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี สามารถติดเชื้อเชื้อเอ็ชไอวีได้	99	58.2
5. คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเชื้อเอ็ชไอวีได้	112	65.9
6. ในปัจจุบัน มียายับยั้งเชื้อเชื้อเอ็ชไอวี (ยาต้านไวรัส) ได้	123	72.4
7. ตอบถูกต้อง 5 ข้อ (ข้อ 1–5 ตามตัวชี้วัด UNGASS)	47	27.6
8. ตอบถูกต้อง 6 ข้อ	35	20.6

ตารางที่ 6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการตีตราด้านเอดส์ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

การตีตราด้านเอดส์	N	Mean	SD	p-value
เปรียบเทียบระดับการตีตราด้านเอดส์ ที่เกิดจากความกลัว				
ก่อนการทดลอง	170	3.87	2.172	.000*
หลังการทดลอง	170	2.16	1.622	
เปรียบเทียบระดับการตีตราด้านเอดส์ ที่เกิดจากทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเชื้อเอ็ชไอวี				
ก่อนการทดลอง	170	3.16	1.378	.000*
หลังการทดลอง	170	2.06	1.145	
เปรียบเทียบระดับการตีตราด้านเอดส์				
ก่อนการทดลอง	170	7.03	2.994	.000*
หลังการทดลอง	170	4.22	2.128	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ร้อยละ 50.0 ตอบถูกต้อง 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ร้อยละ 27.6 และมีร้อยละ 20.6 ที่ตอบถูกต้องทั้ง 6 ข้อ ดังตารางที่ 5

ระดับการตีตราด้านเอดส์

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการตีตราด้านเอดส์ ก่อนและหลังการได้รับชุดกิจกรรมการจัดบริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ ก่อนการได้รับชุดกิจกรรมการจัดบริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี

ตารางที่ 7. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยมีความสัมพันธ์กับระดับการตีตราด้านเอดส์

ปัจจัย	การตีตราด้านเอดส์	
	r	p-value
อายุ	.514	.000*
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	.001	.989
ระดับการศึกษา	−.278	.000*
คะแนนความรู้เกี่ยวกับเอดส์	−.083	.284

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เท่ากับ 7.03 และหลังจากได้รับชุดกิจกรรมการจัดบริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี ค่าเฉลี่ยทัศนคติการตีตราด้านเอดส์ ลดลงเหลือ 4.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และเมื่อจำแนกระดับการตีตราด้านเอดส์ ที่เกิดจากความกลัวและเกิดจากทัศนคติต่อ ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่า มีค่าเฉลี่ยหลังการได้รับชุดกิจกรรมการจัดบริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 2 ด้าน ($p<0.01$) ดังตารางที่ 6

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตีตราด้านเอดส์

จากการทดสอบการกระจายตัว (Normality test) โดยใช้สถิติ Kolmogorov–Smirnov Test พบว่ามีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ($p<0.05$) จึงได้ทำการหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติของ สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) โดยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการตีตราด้านเอดส์ คือผู้ที่มีอายุมากจะมีระดับการตีตราด้านเอดส์ สูง ($r=0.514$, p–value<0.01) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการตีตราด้านเอดส์ คือผู้มีระดับการศึกษาสูง จะมีระดับการตีตราด้านเอดส์ ต่ำ ($r=-0.278$, p–value<0.01) ดังตารางที่ 7

วิจารณ์/อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ต้องขังมีพฤติกรรมที่มีโอกาสในการติดเชื้อเอ็ชไอวี ค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะด้วยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุยังน้อย (Mean = 16.7 ปี) ซึ่งน้อยกว่าประชากรทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุ 18.2 ปี[5] โดยไม่คำนึงถึงผลที่จะตามมา เนื่องจากสังคมไทยได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมทางตะวันตกทำให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบ และมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรว่าเป็นเรื่องธรรมดา[6] และมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากผู้ต้องขังส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การใช้สารเสพติดมากถึงร้อยละ 79.4 ซึ่งการใช้สารเสพติดทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง จึงละเลยการสวมถุงยางอนามัย[7]

กลุ่มผู้ต้องขังมีคะแนนการตีตราด้านเอดส์ก่อนได้รับบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี เท่ากับ 7.03 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง แต่หลังจากได้รับบริการปรึกษา คะแนนการตีตราด้านเอดส์ ลดลงเหลือ 4.22 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยสามารถลดการตีตราด้านเอดส์ทั้งการตีตราจากความกลัวโรคเอดส์และการตีตราจากทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการ

ตีตราด้านเอดส์ไม่ว่าจะเป็นก่อนหรือหลังรับบริการให้คำปรึกษาได้แก่ อายุ ดังการศึกษาเรื่องการตีตราด้านเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังชายจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า กลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 34 ปี มีการตีตราที่เกิดเนื่องจากความกลัว สูงกว่าผู้มีอายุน้อยกว่า (RR = 1.61, 1.17 < RR < 2.23) (ชลลิสา จริยาเลิศศักดิ์, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 73.5 จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการตีตราด้านเอดส์พบว่า ก่อนรับบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการตีตราด้านเอดส์จากความกลัว คือผู้มีการศึกษาระดับสูงจะมีระดับการตีตราด้านเอดส์จากความกลัวต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการตีตราจากทัศนคติทั้งก่อนและหลังรับบริการเพื่อตรวจหาเอ็ชไอวี ดังเช่นการศึกษาเรื่อง การรับรู้ว่าถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จังหวัดเชียงราย ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้การตีตรา คือกลุ่มที่มีระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป (mean = 2.04) มีการรับรู้ว่าถูกตีตราในการเป็นสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (mean = 1.71) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value=0.027)[8]

การให้คำปรึกษาเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ด้านโรคเอดส์และเป็นกลยุทธ์สำคัญในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[9] และนำไปสู่การลดการตีตรา ดังผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ความรู้เอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านเอดส์ ก่อนรับบริการเพื่อการตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี แต่มีความสัมพันธ์หลังรับบริการ กล่าวคือหลังผ่านกระบวนการจัดกิจกรรมการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เอดส์มากจะลดระดับการตีตราเนื่องจากความกลัวได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เอดส์น้อย

ดังนั้น ชุดกิจกรรมการจัดบริการเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการพัฒนางานด้านการแก้ไขปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอดส์ เพื่อบรรลุเป้าหมาย Getting to Zero ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดประเด็นการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้านเอดส์ ให้บรรจุในยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเรือนจำ
2. พัฒนาหลักสูตรประเด็นเอ็ชไอวี/เอดส์ที่จำเพาะในชุมชนปิด และดำเนินการอบรมแก่กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 34 ปีเนื่องจากคนกลุ่มนี้ยังคงติดภาพการแพร่ระบาดและภาพการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา
3. จัดระบบบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในเรือนจำทั้งในรูปแบบ Standard VCT และ Mobile VCT
4. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเรื่องการตีตราที่ส่งผลต่อการการเลือกปฏิบัติในเรือนจำ, การตีตราตนเอง (self stigma) การตีตราซ้ำซ้อน และประสบการณ์การถูกตีตราเลือกปฏิบัติในผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี รวมทั้งศึกษาระดับการตีตราในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และกำหนดแนวทางการแก้ไขได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. The Thai Working group on HIV/AIDS Projections 2005. (2008).TheAsian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005–2025. Bangkok: Family Health International (FHI) and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand.
2. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. สถานการณ์การระบาดของเอชไอวี/เอดส์ รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รอบปี พ.ศ.2557.กรุงเทพฯ: 2557.
3. Wilson D, Ford N, Ngammee V, Chua A, Kyaw MK. HIV prevention, care, and treatment in two prisons in Thailand. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17593894
4. กรมควบคุมโรค. DDC Poll: การตีตราและกีดกันผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทย. 2556 [สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2556]; แหล่งข้อมูล http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=75515
5. สำนักระบาดวิทยา. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีทหารกองประจำการ พนักงานชายและหญิงในสถานประกอบกิจการประเทศไทยปีพ.ศ. 2556. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.2556.
6. วันทนีย์ วาสกะสิน. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2556.
7. จุฬาลักษณ์ ห้าวหาญ. พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน วัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539.
8. เพ็ญศรี วงษ์พุฒ. ตราบาปในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2556.
9. Hu Q, Xu J, Chu Z, et al. Barriers to Acceptance of Provider–Initiated Testing and Counseling among Men who have sex with men in Shenyang, China: A cross–sectional study. BioMed Research Internationnal2013:280969. PubMed ID: 23936783

ผลการรักษาหนองในในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีด้วย ceftriaxone หรือ ceffixime ของกลุ่มบางรักเพศสัมพันธ์ (รพ.บางรัก) การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี

ปฏิพันธ์ เสริมศักดิ์, นิสิต คงเกริกเกียรติ*, นฤมล เย็นยาซัน*, ทำเนียบ สังวาลประกายแสง*, บุษบา ไทยพิทักษ์พงษ์**

Abstract

The Treatment of Gonorrhea in Patients Infected with HIV by Ceftriaxone Group or Ceffixime in Bangrak Hospital Retrospective Study Three Years

Padipan Sermsak, Nisit Kongkergkiat*, Naruemon Yenyarsan*, Tumneab Sungwanprakaisang*, Bussaba Thaipitakpong**

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

Background: *During the past three years ago. The prevalence of HIV infection infected with gonorrhea in men who have sex with men group (MSM) trended to increase. The people infected with HIV who have low immunity. But the treatment of gonorrhea infections in HIV used general guidelines for patients with gonorrhea.*

Objective: *To study the effect of the drug ceftriaxone or ceffixime treated gonorrhea infections in people with HIV which has been treated followed by the guideline of the treatment of sexually transmitted diseases, Bureau of AIDS TB & STIs, Disease Control Department.*

Methods*: A retrospective study.*

Population: *People infected with HIV, gonorrhea patients who voluntarily. Antibiotics have been completed and were tested for gonorrhea infection. According to imagine the healing effects.*

The statistics used in this research: *Descriptive statistics.*

Results: *During the year 2014-2015; at Bangrak STI clinic there were patients diagnosed of Gonorrhoea with HIV coinfection at the total number of 111 cases. The results of this study could be divideded into 3 separated clinics and demonstrated that; in MSM clinic : 79 cases were found with HIV coinfection age between 17-52 years (median=28.9), in general male clinics 20 case were found with HIV coinfection aged between 17-65 years (median =32.5), and in female clinics 12 cases were found between 17-55 years (median=29.5). These patient with HIV coinfection were treated with ceftriaxone 250 mg intramuscularly single dose or cefixime 400 mg orally single dose.*

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Conclusions: *This study demonstrated that the use of ceftriaxone 250 mg IM single dose or cefixime 400 mg orally single dose with patient of gonorrhea and HIV coinfection is still an effective regimen.*

Key Words: HIV, *Neiseria gonorrhea*, Ceftriaxone, Ceffixime
Thai AIDS J 2016; 28 : 106-114

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ : *ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับการติดเชื้อหนองในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็นผู้มีภูมิต้านทานต่ำกว่าปกติ แต่การรักษาหนองในในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวียังใช้แนวทางการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยหนองในทั่วไป*

วัตถุประสงค์ : *เพื่อศึกษาผลของการใช้ยา ceftriaxone หรือ ceffixime รักษาโรคหนองในในผู้ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งได้รับการรักษาตามแนวทางของการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค*

วิธีการรักษา : *การศึกษาย้อนหลัง*

ประชากรที่ศึกษา : *ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ป่วยด้วยโรคหนองในรักษาด้วยความสมัครใจ ได้รับยาปฏิชีวนะจนครบและได้รับการตรวจเพาะเชื้อหนองใน เพื่อคิดตามผลการรักษา*

สถิติที่ใช้ในการวิจัย : *สถิติเชิงพรรณนา*

ผลการรักษา : *ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เป็นหนองในจำนวน 111 ราย ที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษา ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่คลินิกชายรักชาย 79 ราย มีอายุระหว่าง 17–52 ปี (ค่ามัธยฐาน 28.9 ปี) ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่คลินิกชาย 20 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 17–65 ปี (ค่ามัธยฐาน 32.5 ปี) และผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่คลินิกหญิง 12 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 17–55ปี (ค่ามัธยฐาน 29.5 ปี) ได้รับการรักษาด้วย ceftriaxone 250 mg เข้ากล้ามหรือ ceffixime กินครั้งเดียวจากการติดตามผลรักษา 1 สัปดาห์พบว่าผลการเพาะเชื้อไม่ขึ้น*

สรุปผลการรักษา : *จากการศึกษานี้พบว่าการใช้ยา ceftriaxones 250 mg หรือ ceffixime กินครั้งเดียวในการรักษาหนองในยังมีประสิทธิภาพ*

คำสำคัญ เอ็ชไอวี, หนองใน, เซปไทอะโซน, เซฟฟิซิม
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 106–114

บทนำ

ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและติดเชื้อหนองในร่วมกันมีความชุกสูง :ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบการติดเชื้อเอ็ชไอวี (HIV) และหนองใน (*Niserria gonorrhea*) ของกลุ่มชายรักชาย (men who have sex with men, MSM) ในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1–3] จากการรายงานโดยศูนย์ความร่วมมือไทย–สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) ได้รายงานความชุกของเอ็ชไอวีในประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2548 พบร้อยละ 28.3 นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของหนองในก็พบสูงขึ้นเป็นร้อยละ 40 ในปี 2554[3]

ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีภูมิต้านทานต่ำ

ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็นผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำสามารถติดเชื้อต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ ในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีนั้นมีภาวะบกพร่องของภูมิคุ้มกันเนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ลดจำนวนลง **ในผู้ป่วยโรคหนองในแท้เกิดจากการติดต่อทางการสัมผัสโดยเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* อาการจะขึ้นกับตำแหน่งที่ติดเชื้อ ถ้าติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ**

จะทำให้มีหนองออกมาจากท่อปัสสาวะ ถ้าติดเชื้อที่ปากมดลูกจะมีตกขาวเป็นหนอง ปวดท้องน้อยได้ นอกจากนี้ยังติดที่ทวารหนัก ในลำคอ หรือที่เยื่อบุตา ทำให้เกิดการอักเสบเป็นหนองได้

สำหรับการรักษาโรคหนองในในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ตามคำแนะนำแนวทางการรักษาใช้การรักษาแบบเดียวกับผู้ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี[3–6] ดังนั้นการดูแลรักษาโรคหนองในในกลุ่มนี้จึงควรเฝ้าระวังว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยแค่ไหน และเฝ้าระวังการดื้อยา

สถานการณ์การรักษาโรคหนองในและการดื้อยา

6 พฤษภาคม 2014

รายงานขององค์การอนามัยโลกฉบับใหม่ประกาศว่ายาปฏิชีวนะไม่สามารถรักษาโรคติดเชื้อในบางโรคได้อีกต่อไป จากข้อมูลของ 114 ประเทศทั่วโลก เปิดเผยว่าไม่สามารถใช้ยาปฏิชีวนะได้อีกแล้วในอนาคต เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก ทุกวัย และทุกประเทศ

ดร.เคนจิ ฟุกุดะ (Kenji Fukuda) ผู้ช่วยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่าจากการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โลกกำลังมุ่งไปทิศทางยุคหลังยาปฏิชีวนะ (Post–antibiotic era) ซึ่งเป็นยุคที่การติดเชื้อและอันตรายอื่นๆ ที่เคยรักษาได้มานานหลายทศวรรษนั้นสามารถกลับมาทำร้ายเราได้อีกครั้ง

ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เรามีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น อยู่อย่างสุขภาพดี และได้รับประโยชน์จากการแพทย์สมัยใหม่ ถ้าเราไม่เห็นความสำคัญของการปรับปรุงความพยายามที่จะป้องกันโรคและเปลี่ยนวิธีการสร้าง การกำหนดและการใช้ยาปฏิชีวนะแล้ว โลกก็จะสูญเสียสินค้าสุขภาพและสิ่งที่เกี่ยวข้องก็จะเสียหายไปด้วย

ในรายงาน **“การดื้อยา : รายงานจากการเฝ้าระวังทั่วโลก”** (Antimicrobial resistance: global report on surveillance) ระบุว่าการดื้อยานั้นเกิดในโรคต่างๆ มากมาย แต่ในรายงานจะมุ่งศึกษาการดื้อยาในแบคทีเรียทั่วไป 7 ชนิด เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรคท้องร่วง (Diarrhea) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infections) และโรคหนองใน (Gonorrhoea) ผลที่ได้พบว่ามีการดื้อยาทั้งหมดในทุกภูมิภาคของโลก[7–9]

มีการยืนยันแล้วว่าการรักษาโรคหนองในล้มเหลว จากการดื้อยาในกลุ่มเซฟาโลสปอรินส์รุ่นที่ 3 (Cephalosporins) ในประเทศออสเตรีย ออสเตรเลีย แคนาดา ญี่ปุ่น นอร์เวย์ สโลเวเนีย แอฟริกาใต้ สวีเดน และสหราชอาณาจักร ในทุกๆ วันมีผู้ติดเชื้อโรคหนองในมากกว่าหนึ่งล้านคนทั่วโลก

การดื้อยาทำให้คนมีอาการป่วยนานขึ้น และมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากขึ้นด้วย ตัวอย่างเช่น การดื้อยาเมทิซิลิน (Methicillin) ของคนที่ติดเชื้อสตาฟีโลคอกคัสออเรียส (*Staphylo–coccus aureus*) หรือโรคที่เกิดจากสัตว์สู่คน ประมาณ 64 เปอร์เซ็นต์มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่ดื้อยา การดื้อยายังทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และความเข้มงวดของการดูแลเพิ่มขึ้นด้วย

แนวทางการต่อสู้การดื้อยา

รายงานระบุว่าในหลายประเทศยังมีช่องว่างหรือยังไม่มีการเริ่มติดตามหรือรับฟังปัญหา ซึ่งถือเป็นระบบพื้นฐานที่สุด ในขณะที่บางประเทศมีท่าทีในการแสดงออกที่เห็นความสำคัญของปัญหา ซึ่งแต่ละประเทศล้วนมีความต้องการเฉพาะของตัวเอง

ก้าวย่างที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการป้องกันการติดเชื้อขั้นต้น เช่น การรักษาความสะอาดที่มากขึ้น การได้เข้าถึงน้ำสะอาด การมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ควบคุมการติดเชื้อ และการมีวัคซีนป้องกันโรค องค์การอนามัยโลกกำลังเรียกร้องให้มีการพัฒนาสำหรับโรคใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเครื่องมือที่สามารถให้ผู้เชี่ยวชาญพร้อมสำหรับการเตือนภัยการดื้อยาที่เกิดขึ้นด้วย

รายงานฉบับนี้กระตุ้นให้โลกได้สนใจประเด็นการดื้อยา รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน และการร่วมมือกันจากทั่วโลกเพื่อสู้กับการดื้อยา เพื่อประมาณค่าทางสุขภาพและผลกระทบทางเศรษฐกิจ พร้อมทั้งออกแบบแนวทางการแก้ปัญหาด้วย

จะสู้กับการดื้อยาอย่างไร

ประชาชนสามารถช่วยสู้การดื้อยาโดย

- ใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อแพทย์สั่งเท่านั้น
- ใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องถึงแม้อาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม
- ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะร่วมกับผู้อื่นหรือใช้ยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการสั่งยาครั้งก่อน

เจ้าที่สาธารณสุขและเภสัชกรสามารถช่วยสู้การดื้อยาโดยส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรค

- สั่งยาและจ่ายยาเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการจริงๆ เท่านั้น
- สั่งยาและจ่ายยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องกับโรค

ผู้กำหนดนโยบายสามารถช่วยสู้การดื้อยาโดย

- เพิ่มระยะการสู้และความสามารถในการทดลอง
- ควบคุมและสนับสนุนการใช้ยาที่เหมาะสม

ผู้กำหนดนโยบายและอุตสาหกรรมสามารถช่วยสู้การดื้อยาได้โดย

- ส่งเสริมนวัตกรรมใหม่ๆ การวิจัย และการพัฒนาของเครื่องมือ
- สนับสนุนความร่วมมือและการแบ่งปันข้อมูลระหว่างผู้เกี่ยวข้อง
- รายงานนี้ยังรวมถึงข้อมูลของการดื้อยาของโรคอื่นๆ ซึ่งให้ภาพที่ครอบคลุมที่สุด เช่น โรคเอดส์ (HIV) โรคมาลาเรีย (Malaria) วัณโรค (Tuberculosis) และไข้หวัดใหญ่ (Influenza) จาก 114 ประเทศอีกด้วย

สำหรับแนวทางในการรักษาโรคหนองในทางกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (รพ.บางรัก)ได้ใช้แนวทางในการรักษาของ CDC 2014

Uncomplicated Gonococcal Infections of the Cervix, Urethra, and Rectum

สูตรยาที่แนะนำ

- **Ceftriaxone** 250 mg IM in a single dose

PLUS

- **Azithromycin** 1g orally in a single dose

สูตรยาที่ให้เลือกใช้

If ceftriaxone is not available:

• **Cefixime** 400 mg orally in a single dose

PLUS

• **Azithromycin** 1 g orally in a single dose

Uncomplicated Gonococcal Infections of the Pharynx

สูตรยาที่แนะนำ

• **Ceftriaxone** 250 mg IM in a single dose

PLUS

• **Azithromycin** 1 g orally in a single dose

• **HIV Infection**

• Persons who have gonorrhea and HIV infection should receive the same treatment regimen as those who are HIV negative. For more information, see appropriate treatment sections under Gonoccocal Infections.

Suspected Cephalosporin Treatment Failure

1) persons whose symptoms do not resolve within 3–5 days after appropriate treatment and report no sexual contact during the post–treatment follow–up period

2) persons with a positive test–of–cure (i.e., positive culture ≥72 hours or positive NAAT ≥7 days after receiving recommended treatment) when no sexual contact is reported during the post–treatment follow–up period

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้ยา ceftriaxone หรือ ceffixime รักษาโรคหนองในในผู้ที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งได้รับการรักษาตามแนวทางของการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยค้นหาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.บางรัก ทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหนองในและได้รับการตรวจเชื้อเอ็ชไอวี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556–2558 การค้นหาข้อมูลได้ใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคและการรักษาตามแนวทางของสำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และมาติดตามผลการรักษาโดยการตรวจแกรมและเพาะเชื้อ

หลักเกณฑ์ในการประเมินผลการรักษาหนองใน

หลังการรักษา 1 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการและการเพาะเชื้อ

ผลการรักษา

พบผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เป็นโรคหนองในทั้งสิ้น 111 รายโดยมาจากคลินิกชายรักชาย 73 รายคลินิกชาย 15 รายและคลินิกหญิง 12 ราย ส่วนผู้ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เป็นหนองในในคลินิกชายรักชาย 140 ราย คลินิกชาย 140 ราย คลินิกหญิง 104 ราย

ในผู้ป่วยหนองในที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีกับผู้ป่วยหนองในที่ไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาด้วยยา ceftriaxone 250 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้าม หรือ ได้รับยา cefixime 400 มิลลิกรัม กินครั้งเดียว หลังจากนั้นได้นัดตรวจติดตามผล

ตารางที่ 1. แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เป็นหนองในที่คลินิก

	อายุเฉลี่ย	หนองในติดเชื้อเอ็ชไอวี รักษาด้วย ceftriaxone 250 มิลลิกรัม	หนองในติดเชื้อเอ็ชไอวีรักษาด้วย ceffixime 400 มิลลิกรัม	อายุเฉลี่ย	หนองในไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี รักษาด้วย ceftriaxone 250 มิลลิกรัม	หนองในไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวี รักษาด้วย ceffixime 400 มิลลิกรัม
คลินิกชายรักชาย	23.6(21–29)	60	19	38.0(31–42)	125	15
คลินิกชาย	29.0(19–52)	19	1	28.8(17–53)	135	10
คลินิกหญิง	28.2(17–46)	9	3	32.4(22–33)	94	10

ตารางที่ 2. ตรวจหาความไวต่อยาปี พ.ศ. 2556

วิธีทดสอบ		Disk				MIC			
Antibiotics	**Total**	**S**	**I**	**R**	**Antibiotics**	**Total**	**S**	**I**	**R**
Azithromycin	464	462 (99.6%)	0	2 (0.8%)	Azithromycin	173	173 (100%)	0	0
Spectinomycin	462	462 (100%)	0	0	Spectinomycin	ไม่ทำ			
Cefixime	464	464 (100%)	0	0	Cefixime	249	249 (100%)	0	0
Ceftriazone	464	464 (100%)	0	0	Ceftriazone	250	250 (100%)		
Ciprofloxacine	462	2 (0.4%)	36 (7.8%)	424 (91.8%)	Ciprofloxacine		ไม่ทำ		
Penicillin	464	1 (0.2%)	71 (15.3%)	392 (99.5%)	Penicilin		ไม่ทำ		
Tetracyline	464	41 (8.8%)	50 (10.8%)	373 (80.4%)	Tetracycline	252	15 (5.6%)	18 (7.1%)	220 (87.3%)
Gentamicine			ไม่ทำ		Gentamicine	256	206 (80.5%)	50 (19.5%)	0

ตารางที่ 3. ตรวจหาความไวของยาปี พ.ศ. 2557

	Disk			MIC			
	ทดสอบ	**ผล**	**%**	**ทดสอบ**	**ผล**	**%**	
Azithromycin	497	R = 6	1.2	Azithromycin	S=254	100	
		S = 491	98.8				
	ทดสอบ	**ผล**	**%**				
Spectinomycin	433	S=433	100	Not done			
	ทดสอบ	**ผล**	**%**		**ทดสอบ**	**ผล**	**%**
Cefixime	497	S=497	100	Cefixime	254	S=254	100
	ทดสอบ	**ผล**	**%**		**ทดสอบ**	**ผล**	**%**
Ceftriaxone	497	S=497	100	Ceftriaxone	254	S=254	100
	ทดสอบ	**ผล**	**%**				
		S=3	0.6				
Ciprofloxacine	496	I=42	8.5	Not done			
		R=451	90.9				
	ทำ	**ผล**	**%**				
		S=4	0.8				
Penicillin	497	I=83	16.7	Not done			
		R=410	82.5				
	ทำ	**ผล**	**%**		**ทำ**	**ผล**	**%**
		S=44	9.2			S=21	
Tetracycline	480	I=41	8.5	Tetracycline	362	I=11	
		R=395	82.3			R=330	
					ทำ	**ผล**	**%**
						S=19	46.9
				Gentamicine	254	I=133	52.4
						R=2	0.8

การรักษา 1 สัปดาห์ด้วยการถามอาการและตรวจสิ่งคัดหลั่งเพื่อนำไปเพาะเชื้อ พบว่าหลังรักษาอาการดีขึ้นและทำการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อหนองใน

จากตารางที่ 3 ได้ทำการตรวจหาความไวของยาปฏิชีวนะต่างๆ เพื่อดูว่ายาที่ได้รับการรักษาหนองในมีการดื้อยาตัวไหน พบว่ายา ceftriaxone กับ cefixime ยังมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหนองใน แต่ยาในกลุ่มเพนนิซิลิน กลุ่มเตตร้าไซคลิน และสเปกติโนมัยซิน ดื้อต่อเชื้อหนองใน

สรุปผลและวิจารณ์

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยหนองในทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศยุโรป[4–7] ยังคงแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม ceftriaxones หรือ cefixime ในการรักษาทั้งในคนที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีและไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวีใช้แนวทางเดียวกันในการรักษา ในประเทศไทยตามแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้แนะนำให้รักษาโรคหนองในด้วยกลุ่ม ceftriaxones หรือ cefixime ทั้งในกลุ่มที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีหรือไม่ติดเชื้อเอ็ชไอวีก็ดำเนินการรักษาในแนวทางเดียวกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาผลการรักษาโรคหนองในด้วยยากลุ่ม ceftriaxones หรือ cefixime ทั้งผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและไม่ติดเชื้อเอ็ช–ไอวี พบว่ายังมีประสิทธิภาพดีอยู่และได้ทำการตรวจหาความไวของยาที่รักษาก็ยังมีประสิทธิภาพอยู่ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังต้องเฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้อหนองใน[10–12] เพราะมีบางประเทศเช่นประเทศญี่ปุ่น อังกฤษ ออสเตรเลีย เริ่มพบว่ามีการดื้อยาในกลุ่ม cefpirosporine ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังการดื้อยาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.แนวทางการดูแลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 1: กันยายน 2557; โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
2. [Guideline] Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5. 64 (RR–03) : 1–137. [Medline].
3. CDC (1998). HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases – United States recommendations of the advisory committee on HIV and STD prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 47: 1–24.
4. CDC (2010a). "The Role of STD Detection and Treatment in HIV Prevention – CDC Fact Sheet." Accessed August 2011: http://www.cdc.gov/std/hiv/STDFact–STD–HIV.htm
5. CDC (2010b). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2009. Accessed August 2011: http:// www.cdc.gov/std/stats09/ toc.htm
6. CDC (2011). "Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010." Accessed September 2011: http:// www.cdc.gov/std/treatment/2010/specialpops.htm
7. Bignell C, FitzGerald M. Guideline Development Group; British Association for Sexual Health and HIV UK. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. Int J STD AIDS. 2011; 22 :5417.
8. Wind CM, de Vries HJ, van Dam AP. Determination of in vitro synergy for dual antimicrobial therapy against resistant Neisseria gonorrhoeae using Etest and agar dilution.Int J Antimicrob Agents. 2015; 45 : 305–8.

9. World Health Organization.Gonorrhoeae.[cited 2013 Jul 19]; Available from: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_std/en/index2.html
10. Who Western Pacific Region Gonococcal Antimicrobial Surveillance Program. Surveillance 0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0% 120.0% Ciprofloxacin Penicillin Tetracyclin of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the Who Western Pacific Region 2005.
11. Lawung R, Buatiang A, Jitlawoutipoka T, Rittiroongrad S, Prachayasittkul V. Increasing trend of multiple drug resistance and genomic mobility of Neisseria gonorrhoeae to penicillin and quinolone. Experimental and Clinical Sciences, International Online Journal for Advances in Sciences 2005; 4: 130–40.
12. WHO: Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae 2012; 4.