



- ประเมินผลโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง
- การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ภายหลังเข้ารับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี
- พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ของกรุงเทพมหานครในรอบ 5 ปี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยสำหรับการป้องกันโรคเอดส์ ของชายขายบริการในจังหวัดเชียงใหม่
- การเปรียบเทียบความพึงพอใจและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังใช้ทฤษฎีใหม่ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จังหวัดกำแพงเพชร ปี 2553

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารท้องถิ่นส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่าง ๆ นิสิต นักศึกษา และประชาชนทั่วไป

2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง

3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

คณะบรรณาธิการ

นายแพทย์สุเมธ องค์กรธรณี	นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี
แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	นายแพทย์สมยศ กิตติมั่นคง
แพทย์หญิงชวีรัตน์ เลิศพิริยสุวัฒน์	นางวินิดา ขวนางกูร
นายจิระวัฒน์ อุปรรัตน์	รองศาสตราจารย์ ดร.สุดา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลศิริ	นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

ผู้จัดการ นายแพทย์สุเมธ องค์กรธรณี

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุฬชีวิตวิทยาชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ (02) 866-2574-75, (02) 419-7457
โทรสาร (02) 419-8406
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : siptc@mahidol.ac.th

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ (02) 590-3289,3291
โทรสาร (02) 590-3289
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : sunsanee_smith@yahoo.com



ประเมินผลโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและ ดูแลรักษาเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง

เครือทิพย์ จันทรธานีวัฒน์*, ภัทรชราณี ชนะแก้ว*,
ธีรตล อุดม**, อำนวย ทาริยะอินทร์**

Abstract

A Formative Assessment to Develop HIV/STD Prevention and Care Program for Young Prisoners at the Central Correctional Institution for Young Offenders, Pathumthani

Kruatip Jantarathaneewat*, Patsaraneee Chanakaew*,
Theeradol Udon**, Aumnaul Thariyain**

*Bureau of AIDS TB and STIs DDC MOPH.

**Central Correctional Institution for Young Offenders, Pathumthani.

Since 2007 the Bureau of AIDS, TB, and STIs, Thailand's Ministry of Public Health has conducted the **project** "Increasing Access to HIV Prevention and Care in the Correctional Settings". The Bureau has conducted a baseline survey among male prisoners in the Correctional Institution for Young Offenders on HIV risk behavior and gaps in HIV related services in correctional setting. The results showed that there were needs for HIV prevention program in prison as most prisoners were engaged in HIV risk behavior while HIV intervention program in prisons were restricted and segregated. The assessment data was used to design intervention package such as, HIV orientation and sensitization for prison guards, training for trainers, peer educator development, peer education, condom distribution, developing peer educator corner in each residential facility, educational material development, and promoting linkage between prison and local hospital. After two-year implementation, the project collected data on HIV risk behavior among 600 prisoners again to assess the intervention effect.

Objective: To explore risk behavior and factors contributing to HIV infection and sexually transmitted diseases among prison inmates and to evaluate the intervention effect.

Methods: Six hundred male prisoners were randomly selected, proportional to each compound size, and invited to participate in this survey (with the prevalence rate of 5 to 3.3, using 95 percent confidence interval). The participants were asked to fill in electronic questionnaires in hand-held computers. The 70 questions with skip pattern explored demographic information, prison history, STI knowledge, HIV risk behaviors, and experience with health services and HIV peer education activities.

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**ทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง, ปทุมธานี

2 ประเมินผลโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง

Results: The majority of participants were at 25 years of age, with the median age at 24 years. Most were married (77%), with primary school education (42%), living in the central region (36 %), working as day labors before incarceration (57%), and imprisoned for the first time (73%), and charged on narcotic drug abuse (59 %). These participants were significantly different from participants in the baseline survey. Proportion of participants in the post evaluation survey who scored above the mean score on STI knowledge was 61%, as significantly higher compared to 46% percent of such group in the baseline survey ($P=0.000$). Furthermore, participants in the post intervention survey were less likely to engage in HIV risk behaviors as compared to baseline-survey participants, such as, anal sex with men, condom use, condom access, sharing tattoo equipment, and penile modification. Most participating prisoners were satisfied with the project and more than 80% were aware of the activities, peer educators, and having been exposed with peer education messages, peer education corners, and agreed that the project should continue.

Recommendation and lessons learned: The key factors to the intervention success include commitment and involvement of prison guards and prisoners, and the use of peer educators developed from prisoner volunteered.

Key Words: Peer Educator, Prevention and Health Promotional Service, Effective Referral and Care System, Access to HIV Prevention and Care
Thai AIDS J 2011/2012; 24 : 1-8

บทคัดย่อ

ความสำคัญ โครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขัง ได้ดำเนินการในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงกิจกรรมป้องกันเอชไอวีและบริการตรวจเอชไอวี/การดูแลรักษาสุขภาพได้มากขึ้น โครงการทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ต้องขังเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมและบริการเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์และบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพัฒนาผู้คุมจากเจ้าหน้าที่เรือนจำที่เคยผ่านการอบรมให้ความรู้และปรับทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์มาแล้ว เป็นวิทยากร จากนั้นวิทยากรผู้คุมจะเป็นผู้พัฒนาแกนนำอาสาสมัครด้านเอดส์ให้สามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ บริการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจแก่เพื่อนผู้ต้องขัง โดยการสอนเป็นกลุ่ม พูดคุยแบบตัวต่อตัว และจัดตั้งมุมแกนนำภายในแดนกักขัง นอกจากนี้ โครงการยังได้พัฒนาบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจ รวมทั้งระบบการเชื่อมต่อบริการระหว่างเรือนจำกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หลังจากดำเนินโครงการได้ 2 ปี มีการเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมของผู้ต้องขังอีกครั้งเพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมป้องกันเอชไอวีและพัฒนาาระบบบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจ จากผู้ต้องขังจำนวน 600 คน

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเอื้อต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนผู้ต้องขังในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง เพื่อประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิธีการศึกษา ประชากรผู้ต้องขังที่ศึกษา จำนวน 600 คน สุ่มเลือกในแต่ละพื้นที่ต้องขังทั้ง 5 เขตแดน ตามสัดส่วนจำนวนผู้ต้องขังในแต่ละแดน ใช้อัตราสุ่มร้อยละ 5-3.3 โดยใช้ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ผ่านกระบวนการยินยอมการให้ข้อมูลลงชื่อกำกับในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ และจะทำแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์มือถือ ซึ่งมีคำถามทั้งสิ้น 70 ข้อ มีรูปแบบการข้ามข้อ (skip pattern) เพื่อป้องกันความผิดพลาดของการลงข้อมูล โดยข้อคำถามทั้ง 70 ข้อประกอบด้วย ข้อมูลเชิงประชากร ประวัติการต้องโทษ ความรู้และอาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการใช้บริการด้านสุขภาพ และการเข้าถึงกิจกรรมแกนนำอาสาสมัครด้านเอดส์

ผลการศึกษา พบว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 ปี (ค่าอายุมัธยฐาน 24 ปี) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 77) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 36) มีอาชีพก่อนต้องโทษเป็นผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 57) ส่วนใหญ่จำคุกเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 73) ต้องโทษคดีเกี่ยวกับพบบ.ยาเสพติด (ร้อยละ 59) ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่าอาสาสมัครผู้ต้องขังกลุ่มนี้มีความแตกต่างกับอาสาสมัครจากการสำรวจก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาทิ มีอายุมากกว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง สัดส่วนผู้ต้องขังที่มีคะแนนความรู้มากกว่าค่าเฉลี่ย จากการประเมินหลังดำเนิน



โครงการสูงถึงร้อยละ 61 เมื่อเทียบกับสัดส่วนผู้ต้องขังที่มีความรู้มากกว่าค่าเฉลี่ยจากการประเมินก่อนเริ่มโครงการ (ร้อยละ 46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) พบแนวโน้มน่าดีขึ้นสำหรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยเทียบกับผลการสำรวจก่อนเริ่มโครงการ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในเรือนจำ การใช้ถุงยาง การเข้าถึงถุงยางอนามัยในเรือนจำ, การใช้อุปกรณ์เข็มฉีกร่วมกัน การตกแต่งตัดแปลงอวัยวะเพศ สำหรับความพึงพอใจต่อโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง ได้ดำเนินการในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง ผู้ต้องขังมากกว่าร้อยละ 80 รายงานว่าเคยได้ยินชื่อโครงการ เคยรู้จักแกนนำอาสาสมัคร เคยได้รับความรู้จากอาสาสมัคร เคยมาใช้บริการที่มุมแกนนำ และแสดงความคิดเห็นว่าโครงการนี้ควรดำเนินการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้ต้องขัง ควรสร้างการมีส่วนร่วม ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง
2. พัฒนาอาสาสมัครแกนนำให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

คำสำคัญ แกนนำอาสาสมัคร, บริการป้องกัน ส่งเสริม, ระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อที่ดี, การเข้าถึงบริการป้องกัน
วารสารโรคเอดส์ 2554/2555; 24 : 1-8

บทนำ

ประชากรผู้ต้องขังเป็นกลุ่มประชากรที่อาจเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี เนื่องจากต้องอาศัยอยู่อย่างแออัดในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ และไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจได้เหมือนประชากรทั่วไป⁽¹⁾ ทุกวันนี้มีชายผู้ต้องขังประมาณ 190,000 คน ในเรือนจำและทัณฑสถาน 142 แห่งทั่วประเทศไทย แต่ละเดือนมีผู้ต้องขังประมาณ 8,000 คน ที่พ้นโทษและได้รับการปล่อยตัว และอีกมากกว่า 8,000 คน ที่เข้ารับโทษจำคุก⁽²⁾ ดังนั้น ผู้ต้องขังที่ได้รับเชื้อก่อนจำคุกสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้ต้องขังรายอื่นได้ไม่ยาก และผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ ไม่ว่าจะติดจากนอกหรือในทัณฑสถาน ก็สามารถกลับไปแพร่กระจายเชื้อให้กับชุมชนได้เมื่อพ้นโทษแล้ว⁽³⁾

ทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง จังหวัดปทุมธานี เป็นสถานที่สำหรับควบคุมผู้ต้องขังชายวัย 18 ปีขึ้นไป ปัจจุบันมีผู้ต้องขังประมาณ 4,000 คน ซึ่งอยู่ในวัยที่พร้อมจะลองใช้ยาเสพติดและมีพฤติกรรมทางเพศ กอปรกับอยู่ในสภาพแวดล้อมที่จำกัด ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมาก⁽⁴⁾ มีงานวิจัยในทัณฑสถานจำนวนไม่น้อย ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สาร

เสพติดชนิดฉีด และการติดเชื้อเอชไอวีในทัณฑสถาน⁽⁵⁾ ทั้งนี้ ยังมีงานวิจัยที่พบการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพศเดียวกัน และการถูกล่วงละเมิดทางเพศในระหว่างต้องขังด้วย⁽⁶⁾

เพื่อตอบสนองต่อความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเอชไอวี สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับกรมราชทัณฑ์และโครงการเอดส์โลกประเทศไทยและภาคพื้นเอเชีย (GAP) ได้ร่วมกันสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ต้องขังขึ้น ในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง ในปี พ.ศ. 2550 โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบขนาดของปัญหา ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งช่องว่างของระบบการดูแลรักษา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนากิจกรรมป้องกันและปรับปรุงกิจกรรมป้องกันโรคและระบบการดูแลรักษาของทัณฑสถานให้ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษาถูกแปลผลและนำมาพัฒนารูปแบบการทำงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาต้านเอชไอวี/เอดส์สำหรับผู้ต้องขัง ซึ่งมีการขยายโครงการออกไปในเรือนจำ 5 แห่ง (PR5) โดยบูรณาการภาคการป้องกันและภาคการดูแลรักษา โครงการนี้มีกิจกรรมหลัก อาทิ การพัฒนาวิทยากรผู้คุมจากเจ้าหน้าที่เรือนจำที่เคยผ่านการอบรมให้

ความรู้และปรับทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์มาแล้ว จากนั้นวิทยากรผู้คุมจะเป็นผู้พัฒนาแกนนำอาสาสมัครด้านเอดส์จากผู้ต้องขังที่สมัครใจทำกิจกรรม ซึ่งแกนนำเหล่านี้จะมีหน้าที่ให้ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์และสนับสนุนการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจแก่เพื่อนผู้ต้องขังผ่านการอบรมกลุ่มใหญ่ การพูดคุยแบบตัวต่อตัว และมุมแกนนำภายในแดนกักขัง นอกจากนี้ โครงการฯยังได้พัฒนาบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจภายในคลินิกเรือนจำ รวมทั้งระบบการเชื่อมต่อบริการระหว่างคลินิกเรือนจำกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

หลังจากดำเนินงานเป็นเวลา 2 ปี คณะทำงานจึงทำการเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงผู้ต้องขังอีกครั้งเพื่อประเมินว่าหลังจากได้รับกิจกรรมจากโครงการผู้ต้องขังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ โดยใช้แบบสอบถามอิลิคโทรนิกในคอมพิวเตอร์มือถือ ซึ่งมีความคล้ายคลึงแบบสอบถามอิลิคโทรนิกที่ใช้ในการสำรวจข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโครงการ แต่จะมีคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่านกิจกรรมโครงการประเภทต่างๆ และความพึงพอใจในบริการ/กิจกรรมเหล่านั้นด้วย

กลวิธีการเก็บข้อมูล

คณะทำงานใช้ โปรแกรม Epi Info version 6 คำนวนหากลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการสำรวจอัตราชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้อัตราชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 4 จากการศึกษาในอดีตกับนักเรียนอาชีวศึกษาที่เคยมีประสบการณ์ทางเพศอายุ 18-21 ปี ในเชียงราย เมื่อคำนวณกับจำนวนผู้ต้องขังจำนวน 4,000 คน (ที่อัตราชุกร้อยละ 5-3.3 โดยใช้ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95) จะไดขนาดตัวอย่างสำหรับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโดย

รวมผู้ที่อาจปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการประมาณร้อยละ 10 จำนวนทั้งสิ้น 600 คน โดยการสุ่มเลือกผู้ต้องขังในแต่ละพื้นที่ต้องขังทั้ง 5 เขตแดน ตามสัดส่วนจำนวนผู้ต้องขังในแต่ละแดน

คณะทำงานจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้เข้าพูดคุยกับผู้ต้องขังที่ถูกสุ่มชื่อ เพื่อสอบถามความยินยอมในการให้ข้อมูล ผู้ต้องขังที่ยินยอมให้ข้อมูลจะลงชื่อกำกับในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ และจะทำแบบสอบถามอิลิคโทรนิกในคอมพิวเตอร์มือถือ ซึ่งมีความคำถามทั้งสิ้น 70 ข้อ โดยมีรูปแบบการข้ามข้อ (skip pattern) เพื่อป้องกันความผิดพลาดของการลงข้อมูล โดยข้อคำถามทั้ง 70 ข้อประกอบด้วย ข้อมูลเชิงประชากร ประวัติการต้องโทษ ความรู้และอาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการใช้บริการด้านสุขภาพ และการเข้าถึงกิจกรรมแกนนำอาสาสมัครด้านเอดส์

ผู้ต้องขังบางส่วนที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลได้ปฏิเสธตั้งแต่กระบวนการเข้าพูดคุย โดยไม่มีการบันทึกชื่อนามสกุล และไม่มีเจ้าหน้าที่จากเรือนจำรับรู้ การเก็บข้อมูลนี้ใช้รหัสเฉพาะ (unique identifier) ในการระบุตัวอาสาสมัคร ฐานข้อมูลวิจัยจะไม่มีการเก็บชื่อหรือตัวแปรที่สามารถบ่งระบุกลับไปยังตัวอาสาสมัครได้ กระบวนการเก็บข้อมูลทั้งหมดทำโดยเจ้าหน้าที่วิจัยจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีเจ้าหน้าที่เรือนจำเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อป้องกันแรงกดดันที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ต้องขัง

หลังจากกระบวนการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ได้ถูกถ่ายโอนเข้ายังฐานข้อมูลใหญ่ โดยไม่ต้องมีการบันทึกข้อมูลด้วยเจ้าหน้าที่ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการสำรวจต่อไป



ผลการวิเคราะห์

การสำรวจผู้ต้องขังจำนวน 600 คน (จากผู้ต้องขังทั้งหมดประมาณ 4,700 คน) หลังดำเนินโครงการพบว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 ปี (ค่าอายุมัธยฐาน 24 ปี) สถานภาพโสด (ร้อยละ 77) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42) ภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 36) อาชีพก่อนต้องโทษเป็นผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 57) ส่วนใหญ่จำคุกเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 73) ต้องโทษคดีเกี่ยวกับรบ.ยาเสพติด (ร้อยละ 59) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าอาสาสมัครผู้ต้องขังกลุ่มนี้มีความแตกต่างกับอาสาสมัครจากการสำรวจก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อาทิ มีอายุมากกว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) มีอาชีพก่อนต้องโทษเป็นผู้ใช้แรงงาน จำคุกเป็นครั้งแรก และส่วนใหญ่ถูกตัดสินด้วยความผิดรบ.ยาเสพติด

ผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การประเมินความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบวก่อนดำเนินการโครงการค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คือ 2.07 ภายหลังการดำเนินการโครงการค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มเป็น 2.53 ซึ่งสัดส่วนผู้ต้องขังที่มีคะแนนความรู้มากกว่าค่าเฉลี่ย จากการประเมินหลังดำเนินการโครงการสูงถึง

ตารางที่ 1. ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขัง ในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง

ข้อมูลเชิงประชากรและประวัติการจำคุก	N= 584	N=600	P value
	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	
1. อายุ (ปี)			0.000
19-24	75.3	66.3	
25 ปีขึ้นไป	24.7	33.7	
อายุมัธยฐาน	23 years	24 years	
2. สถานภาพสมรส			0.000
โสด	76.5	85.4	
อื่นๆ	23.5	14.6	
3. ระดับการศึกษา			0.42
ประถมศึกษา	42.8	42.2	
อื่นๆ	57.2	57.8	
4. สถานที่เกิด			
กรุงเทพมหานคร	41.3	28.7	0.000
ภาคกลาง	31.8	36.0	0.74
5. อาชีพก่อนต้องโทษ			0.004
ผู้ใช้แรงงาน	49.1	57.0	
อื่นๆ	50.9	43.0	
6. จำคุกครั้งแรก	64.6	73.3	0.001
7. ความผิดรบ.ยาเสพติด	49.0	58.5	0.001

6 ประเมินผลโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง

ตารางที่ 2. พฤติกรรมเสี่ยงและตัวแปรชีวิตจากการสำรวจก่อนเริ่มโครงการและผลการสำรวจหลังดำเนินโครงการ

	N= 584 ก่อน (ร้อยละ)	N=600 หลัง(ร้อยละ)	P value
คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ STI	2.07	2.53	
ผู้ต้องขังที่ได้คะแนน STI ความเกินค่าเฉลี่ย	46.4	60.7	0.000
การสักร่างกายระหว่างจำคุก	84.2	73.3	0.000
การใช้อุปกรณ์สักร่วมกับผู้ต้องขังอื่น	78.9	65.7	0.000
การตกแต่งหรือดัดแปลงอวัยวะเพศระหว่างจำคุก	28.4	19.7	0.000
การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชายระหว่างจำคุก	14.9	11.5	0.05
การใช้ถุงยางอนามัยเกือบทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	13.8	43.5	0.000
การเข้าถึงถุงยางอนามัยในเรือนจำ	17.2	62.3	0.000

ตารางที่ 3. ทศนคติของผู้ต้องขังที่มีต่อกิจกรรมโครงการและระบบบริการดูแลรักษา

กิจกรรม	จำนวน N=600	ร้อยละ
เคยตรวจเอชไอวีก่อนเข้าเรือนจำ	113	18.8
เป็นการตรวจอย่างสมัครใจ	106	93.8
ทราบผลตรวจ	92	81.4
เห็นด้วยกับบริการตรวจเอชไอวีในเรือนจำ	556	92.7
เคยตรวจเอชไอวีที่คลินิกเรือนจำ	37	6.2
พึงพอใจกับบริการตรวจเอชไอวีที่คลินิกเรือนจำ	31	83.8
เคยได้ยินชื่อโครงการ	481	80.2
เคยรู้จักแกนนำอาสาสมัคร	488	81.3
เคยได้รับความรู้จากอาสาสมัคร	535	89.2
เคยมาใช้บริการที่มุมแกนนำ	535	89.2

ร้อยละ 61 เมื่อเทียบกับสัดส่วนผู้ต้องขังที่มีความรู้มากกว่าค่าเฉลี่ยจากการประเมินก่อนเริ่มโครงการ (ร้อยละ 46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) นอกจากนี้ ผู้ต้องขังบางส่วนรายงานว่ามีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาทิ เคยมีฝี/ปวดบวมบริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ 17) เคยมีฝี/ปวดบวมที่ทวารหนัก (ร้อยละ 4) เคยมีหนองไหลออกจาก

ท่อปัสสาวะ (ร้อยละ 3) และเคยมีหนองไหลออกจากทวารหนัก (ร้อยละ 1)

พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ต้องขังต่อการรับเชื้อเอชไอวีระหว่างจำคุก ได้แก่ การใช้ใบมีดโกนร่วมกัน (ร้อยละ 73) การสักร่างกายและใช้เข็มสักร่วมกัน (ร้อยละ 66) การฝังมุกหรือดัดแปลงอวัยวะเพศ (ร้อยละ 20) สำหรับพฤติกรรมทางเพศพบว่า มีเพศ



สัมพันธ์กับเพศเดียวกันทางทวารหนักระหว่างต้องโทษ (ร้อยละ 12) โดยในกลุ่มนี้มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเกือบทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักอยู่ที่ร้อยละ 44

พฤติกรรมเสี่ยงในเรือนจำที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลสำรวจก่อนดำเนินโครงการกับผลสำรวจหลังดำเนินโครงการ ได้แก่ การใช้เข็มฉีกร่วมกัน (จากร้อยละ 79 เหลือร้อยละ 66) การฝังมุกและตัดแปลงอวัยวะเพศ (จากร้อยละ 28 เหลือร้อยละ 20) อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ระหว่างต้องโทษเพิ่มขึ้นจากอัตราก่อนดำเนินโครงการ (จากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 44) ($p < 0.01$) ผู้ต้องขังบางส่วนรายงานว่าเคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ระหว่างจำคุก (ร้อยละ 1.5) และบางส่วนรายงานว่าเคยบังคับผู้อื่นให้มีเพศสัมพันธ์กับตน (ร้อยละ 2.5) ผู้ต้องขังที่มีเพศสัมพันธ์ในเรือนจำส่วนใหญ่รายงานว่าสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่าย มากขึ้นเมื่อเทียบกับผลสำรวจก่อนเริ่มโครงการ (จากร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$)

ผู้ต้องขังร้อยละ 19 รายงานว่าเคยตรวจเอชไอวีก่อนเข้าเรือนจำ ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจ (ร้อยละ 93) และทราบผลตรวจ (ร้อยละ 81) สำหรับความรู้สึกต่อบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจเรือนจำ ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) เห็นด้วยกับบริการนี้ และมีผู้ต้องขังร้อยละ 6 ที่เคยใช้บริการนี้แล้วและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) รายงานว่าพึงพอใจในบริการนี้ สำหรับคุณภาพของบริการด้านสุขภาพทั่วไป ณ คลินิกของเรือนจำ ผู้ต้องขังร้อยละ 47 ที่เคยมาใช้บริการตรวจรักษาสุขภาพทั่วไปรายงานว่า มีอาการดีขึ้นหลังรับบริการ (ร้อยละ 95) โดยร้อยละ 82 รายงานว่าพึงพอใจในบริการของ

คลินิกเรือนจำ

สำหรับกิจกรรมโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เคยได้ยินและทราบเกี่ยวกับโครงการนี้ และรู้จักแกนนำอาสาสมัครต้านเอดส์ (ร้อยละ 81) ซึ่งแกนนำอาสาสมัครต้านเอดส์สามารถเข้าถึงและให้ความรู้เรื่องเอชไอวีเอดส์แก่เพื่อนผู้ต้องขังได้มากถึงร้อยละ 89 นอกจากนี้แกนนำอาสาสมัครต้านเอดส์แล้ว ผู้ต้องขังเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97) ทราบว่ามีมุมแกนนำอาสาสมัครต้านเอดส์ในแดนของตน และเกือบครึ่ง (ร้อยละ 49) เคยใช้บริการรับความรู้/คำปรึกษา ณ มุมแกนนำ ผลการสำรวจพบว่าผู้ต้องขังเกือบทั้งหมดรู้สึกว่าการนำอาสาสมัครต้านเอดส์มีประโยชน์ต่อผู้ต้องขังในเรือนจำ (ร้อยละ 88), โครงการนี้มีประโยชน์ (ร้อยละ 93) ช่วยให้ผู้ต้องขังได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างสะดวกมากขึ้น (ร้อยละ 82), ช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ต้องขังดีขึ้น (ร้อยละ 83), และร้อยละ 96 รู้สึกอยากให้โครงการนี้ดำเนินการต่อไป

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของโครงการและกิจกรรมโครงการด้วยวิธี multiple regression พบความสัมพันธ์ระหว่างการเคยไปใช้บริการที่มุมแกนนำและการมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตามตัวแปรผลลัพธ์อื่นๆ ของโครงการ อาทิ การใช้เข็มฉีกร่วมกัน การตัดแปลงอวัยวะเพศ การใช้อุปกรณ์ตัดแปลงอวัยวะเพศร่วมกัน การใช้ถุงยางอนามัย การเข้าถึงถุงยางอนามัย และการไปใช้บริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจที่คลินิกเรือนจำ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกิจกรรมโครงการ เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี multiple regression

อภิปราย/สรุป

ผลการสำรวจพบว่าผู้ต้องขังมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง เมื่อเทียบกับผลสำรวจก่อนเริ่มโครงการ อาทิกการใช้เข็มร่วมกัน การตกแต่งอวัยวะเพศ เช่น ผิงมุก ผ่าเบนซ์ มีความรู้เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น มีพัฒนาการพฤติกรรมพึงประสงค์ดีขึ้น อาทิ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ใส่ใจตนเองเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยง ยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยและพยายามเข้าถึงแหล่งบริการถุงยางอนามัย การมีมุมแกนนำอาสาสมัครในแดนและมีแกนนำคอยทำหน้าที่ให้บริการความรู้ และบริการถุงยางอนามัย พร้อมทั้งบริการเป็นที่ปรึกษา จะช่วยให้ผู้ต้องขังที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เข้าถึงบริการได้สะดวก ลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากการป่วย และสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบข้อมูลเชิงประชากร พบว่าอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอยู่พอสมควร อาทิ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพก่อนจำคุก และประเภทคดีที่จำคุก เนื่องจากการกำหนดกลุ่มประชากรก่อนเริ่มดำเนินโครงการจะใช้กลุ่มประชากรที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี หลังดำเนินโครงการจะไม่มีจำกัดอายุประชากร

ข้อจำกัด

- o การวิเคราะห์นี้เป็นการวิเคราะห์เบื้องต้นเท่านั้น
- o ระยะเวลาในการดำเนินโครงการอาจจะยังสั้นไป ไม่เพียงพอที่จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจกรรมโครงการ
- o จำนวนผู้ต้องขังที่รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักยังอยู่ในอัตราต่ำ ทำให้ยากในการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้ถุงยางอนามัยและกิจกรรมโครงการโครงการอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้ต้องขัง ควรสร้างการมีส่วนร่วม พัฒนาผู้คุมและผู้ต้องขังเพื่อทำหน้าที่เป็นแกนนำอาสาสมัคร และควรมีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง
2. ขยายผลการพัฒนาต่อยอดอาสาสมัครแกนนำให้สามารถทำหน้าที่ได้เสมือน อาสาสมัครสาธารณสุข ให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่เพื่อนผู้ต้องขังภายในเรือนจำ

เอกสารอ้างอิง

1. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. BMC Infect Dis 2003;3(1):25.
2. Department of Corrections, Ministry of Justice, Thailand. Prisons and Correctional Institutions Statistic as of September 31, 2009.
3. AIDS Cluster, Bureau of AIDS, TB and STTs, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, Thailand. HIV/AIDS and STI Situation 2007. Available at : www.aids-thai.org/aidsenglish/situation_01.html (accessed November 5, 2005).
4. Green J, Strang J, Hetherington J, et al. Same-sex sexual activity of male prisoners in England and Wales. Int J STD AIDS 2003;14(4):253-7.
5. Dolan KA, Bijl M, White B. HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. Int J Equity Health 2004;3:7. Available at : <http://www.equityhealthj.com/content/3/1/7> (accessed March 3, 2005).
6. Beyrer C, Jittiwutikarn J, Teokul W, et al. V. Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand. AIDS Behav 2003;7(2):153-161.



การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ภายหลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี

ศันสนีย์ สมิตะเกษตริณ*, สุธิดา วรโชติธนน*,
ชญานา ไตรวิชัยสกุล*, วาสนา นิมวรพันธุ์*,
กฤตยา โยธาประเสริฐ*, จิตรา อ่อนน้อม*

Abstract

Antiretroviral Care and Treatment Service for PLWHA under National Health Security Program, Thailand for 2 Years

Sunsanee Smitakestrin M.Sc.*, Suthida Worachotthanan M.Sc.*, Chayapa Trivichhakun M.A.*,
Wasna Nimvorapan M.A.*, Kittaya Yothaprasert M.A.*, Chitra Onnom B.Sc.*

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

This research was to investigate anti-retroviral (ARV) care and treatment of people living with HIV/AIDS (PLWHA) after being integrated into national health security program for 2 years on health care providers' perspectives including accessibility to ARV, care and treatment, laboratory investigation, counseling on ARV, data recording and reporting system, referral system and follow-up.

Participants comprised of physicians, nurses, pharmacists, counselors, laboratory technicians, data recording personnel and HIV/AIDS coordinators of 44 public hospitals of Ministry of Public Health and provincial health offices in 4 provinces participating in ARV project. Selected provinces were Petchaboon, Surin, Supanburi and Suratthani. They were selected based on number of patients and hospital size. In addition, 4 hospitals were randomly selected for collecting qualitative data. Quantitative data were collected using self-administered questionnaire and qualitative data by in-depth interview using interview guideline. Descriptive statistic was applied and described as percent. Content analysis was performed for qualitative data.

Result. *Of 44 health care facilities, majority was community hospital (87.5%) and had ARV clinic (92.5%) opened twice a month. There were 50 clients on average in each time. Health care providers were multi-disciplinary including physician, nurse, pharmacist, counselor, laboratory technician, data recording personnel and HIV/AIDS coordinator. Majority of coordinators was nurse who was in-charge of management as well as counseling, recording and referring case. Majority was female except physician which three of four were male. There was one personnel in each professional*

* สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

except counselors that there were 2. All health care providers shared task on health education to HIV/AIDS patient. Besides, some also provided counseling service. More than half had confidence at fair level to perform counseling which was corresponding with around half having 1-5 years experiences on HIV/AIDS service. Regarding training, HIV/AIDS coordinators and counselors mostly attended training course during 2008-2009. Meanwhile, only one-third of laboratory technicians were trained.

Ninety percents of health care facilities had ARV adherence assessment systematically. Pill count (72.5%) was mostly used followed by interview (60%). Follow-up cases were either by health care provider team (77.5%) or HIV peer group (67.5%) or both. For laboratory investigation, majority (80%) sent the specimens to other health care facilities.

Ninety percent of health care facilities had established HIV peer group or holistic care center. Of the total health care facilities, 85% had HIV peer group or holistic care center participating in providing services. Counseling (65%) was major role of the HIV peer group or holistic care center. For referring, 57.5% of health care facilities referred cases according to types of health care insurance followed by side effects (37.5%) and changing drug formula (35%). For service coverage, the least service coverage was anti-HIV test (67.5%) whereas the highest was CBC and SGPT test (97.5%).

Comparing outcome of ARV care and treatment before and after integrated into national health security program, positive sides were reported on quality of service according to guideline and management in particular service coverage and policy and budgeting support. In addition, there were 106 ARV clients on average in each health care facility with little changes on numbers of new HIV/AIDS patients, whereas numbers of ARV clients were increased. Trend on increased drug resistant cases was also observed.

Regarding health care providers' perspective, they agreed to integrate ARV into national health security program even though there were increased registered HIV/AIDS patients. Majority of them were pleased to provide services. Subsequently, work loads of all professionals were reportedly increased in particular HIV/AIDS coordinator. Improvements were reported on systematic consultation of specialist and replacing NAPHA recording program with national AIDS program (NAP). However, both NAPHA program and NAP program were run in some health care facilities as the former was still very helpful for appointment and follow-up cases.

In conclusion, majority of the health care providers agreed that ARV care and treatment should be integrated into national health security program in addition to observe that there were changes of management system as well as services operated according to guideline increasingly. However, the most important consequence was increased ARV clients which resulted in increased work load, in particular, data recording. It is suggested that data recording program and data utilization at local and national level should be improved.

Key words : National Health Security, ARV Care and Treatment
Thai AIDS J 2011/2012; 24 : 9-22

บทคัดย่อ

ที่มา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสหลังเข้ารับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี ในส่วนของผู้ให้บริการตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึงยาต้านไวรัส การดูแลรักษาผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัส ข้อมูลผู้ป่วยและระบบรายงาน การส่งต่อ และการติดตามการรักษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ดูแล/บันทึกข้อมูล และผู้ประสานงานเอดส์ของโรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 44 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการให้บริการยาต้านไวรัส ใน 4 จังหวัดที่เป็นตัวแทนภาคละหนึ่งจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจับสลากเลือกโรงพยาบาล 4 แห่ง จาก 4 ภาคเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามชนิดกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา



ผลการวิจัย จากข้อมูลโรงพยาบาลจำนวน 44 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีโครงสร้างการบริการยาต้านไวรัสในรูปแบบคลินิกเฉพาะร้อยละ 92.5 โดยเปิดให้บริการจำนวน 2 ครั้งต่อเดือน มีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยครั้งละ 50 คน ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัช ผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและผู้ประสานงานเอดส์ ผู้ประสานงานเอดส์ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลนอกจากทำหน้าที่ด้านบริหารจัดการแล้วยังทำหน้าที่ให้คำปรึกษา บันทึกข้อมูลรวมถึงประสานส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยกเว้นแพทย์ที่สามในสี่เป็นเพศชาย สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้รับผิดชอบงานเอดส์แต่ละวิชาชีพเฉลี่ย 1 คน ยกเว้นผู้ให้คำปรึกษาที่มีจำนวนเฉลี่ย 2 คน บทบาทร่วมของสหวิชาชีพ คือ การให้คำแนะนำและความรู้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้ บุคลากรบางส่วนต้องให้คำปรึกษาด้วย โดยกว่าครึ่งหนึ่งมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์การทำงานที่บุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี ในส่วนของการเข้ารับอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ พบว่า ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษาได้รับการอบรมในรอบปี 2551-2552 มากที่สุด ส่วนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการนั้นได้รับการอบรมฯ เพียงประมาณหนึ่งในสาม

ด้านการประเมินการกักกันยาต้านไวรัส สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีการประเมินการกักกันยาต้านไวรัสอย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการนับเม็ดยา (ร้อยละ 72.5) รองลงมาเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์ (ร้อยละ 60) ส่วนการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มาตามนัด มีทั้งโดยทีมโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.5) และกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 67.5) โดยบางส่วนเป็นการติดตามร่วมกัน ด้านการบริการทางห้องปฏิบัติการนั้น สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ส่งตัวอย่างไปบริการตรวจวิเคราะห์ที่หน่วยงานอื่น ส่วนรูปแบบการสนับสนุนบริการ พบว่า สถานพยาบาลร้อยละ 90 มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือศูนย์องค์รวม โดยร้อยละ 85 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือศูนย์องค์รวมมีส่วนร่วมในการให้บริการ ทั้งนี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือศูนย์องค์รวมมีบทบาทหลัก คือ การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 65) ในส่วนการส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสตามสิทธิการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมาเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 37.5) และเปลี่ยนสูตรยา (ร้อยละ 35) โดยจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเฉลี่ย 1 คน ความครอบคลุมการให้บริการยาต้านไวรัส พบว่า บริการที่มีความครอบคลุมน้อยที่สุด (ร้อยละ 67.5) คือ การตรวจ anti-HIV ทุกราย ในขณะที่สถานพยาบาลร้อยละ 97.5 ให้บริการตรวจ CBC และ SGPT ทุกราย

ผลการให้บริการยาต้านไวรัสเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีผลในเชิงบวกด้านคุณภาพการให้บริการตามแนวทางการรักษาและด้านบริหารจัดการ โดยเฉพาะความครอบคลุมการให้บริการ การสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณ ในด้านสถานการณ์โรคเอดส์ พบว่า สถานบริการส่วนใหญ่มีผู้รับบริการยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ย 106 คน โดยอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ของสถานบริการส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่พบอัตราผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่ม นอกจากนี้ มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีการติดยา ด้านความคิดเห็นของบุคลากร พบว่า เห็นด้วยกับการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของบริการยาต้านไวรัส แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่บุคลากรส่วนใหญ่มีความยินดีให้บริการผู้ป่วย(ในระดับมากถึงปานกลาง) สำหรับภาระการให้บริการ (work load) พบว่า เพิ่มขึ้นในทุกสายวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ประสานงานเอดส์ สำหรับสิ่งที่ได้รับการปรับปรุงพัฒนา ได้แก่ การกำหนดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ การใช้โปรแกรม National AIDS Program (NAP) ในการบันทึกข้อมูลแทนโปรแกรม NAPHA เดิม ซึ่งบางพื้นที่ยังใช้ทั้ง 2 โปรแกรม เนื่องจากเห็นว่า โปรแกรมเดิมนั้นยังมีประโยชน์ในการนัดและติดตามคนไข้

สรุป บุคลากรส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่า การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสควรเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเห็นการเปลี่ยนแปลงของระบบบริหารจัดการ อีกทั้งทำให้การบริการเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่สำคัญคือ จำนวนผู้รับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการบันทึกข้อมูล **ข้อเสนอแนะ** ควรมีการแก้ไขวิธีการบันทึกข้อมูลที่ยังเป็นปัญหา การใช้ประโยชน์จากข้อมูลและรายงานให้มากที่สุดทั้งส่วนกลางและพื้นที่

คำสำคัญ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยคาดว่าในปีพ.ศ.2553 จะมีการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยประมาณ 1,138,020 ราย⁽¹⁾ ปัจจุบันแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่จะเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องการการดูแลรักษายังคงมีปริมาณมากขึ้นทุกปี คาดว่าในปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จำนวน 499,324 ราย⁽¹⁾ และประมาณ 257,493 ราย⁽²⁾ เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายเจ็บป่วยทำให้ทำงานไม่ได้ ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาการสูญเสียแรงงานที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ที่ตามมา เช่น ปัญหาเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเป็นต้น จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันวิทยาการการรักษาได้ก้าวหน้าขึ้นมาก ได้มีการคิดค้นผลิตภัณฑ์ยาเอดส์ ซึ่งได้ช่วยชะลอชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบกับในปี พ.ศ.2543 รัฐบาลปัจจุบันได้ปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะในเรื่องการมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รัฐบาลได้ประกาศนโยบายที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อด้วยยาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอันเนื่องมาจากโรคเอดส์และยาต้านไวรัส โดยให้อยู่ในประเภทและขอบเขตบริการ

สาธารณสุขชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยที่ได้เข้ารับระบบโดยสมบูรณ์ตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2550 ซึ่งได้ดำเนินการให้บริการมาเป็นระยะเวลาพอสมควร

และจากรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการนี้สะสมมาจนถึงปัจจุบันในเดือนสิงหาคม 2552 มีจำนวน 168,231 คน ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยา ณ ปัจจุบัน มีจำนวน 134,644 คน และผู้ป่วยรายใหม่ในเดือนสิงหาคม 2552 มีจำนวน 3,077 คน⁽³⁾ โดยใช้งบประมาณ (สปสช.) ในปี 2552 ในการให้บริการ (ค่ายาต้านไวรัสและอื่นๆ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา) จำนวน 2,895.6 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาระบบบริการ จำนวน 88.1 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 2,983.8 ล้านบาท⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องติดตามผลการให้บริการฯ หลังเข้ารับระบบประกันสุขภาพ โดยที่สมควรจะพิจารณาถึงคุณภาพการให้บริการ ปัญหา อุปสรรค ความไม่สะดวกในการให้บริการ จึงดำเนินการศึกษาการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายหลังเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาประเด็นด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้การปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัส (การรับยา/เริ่มยา) การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเข้าถึงยา การให้การปรึกษาเพื่อติดตามการกินยา (รวมทั้งการประเมินการกินยา การเยี่ยมบ้าน) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเก็บข้อมูลผู้ป่วยและระบบรายงาน การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา เพื่อนำข้อคิดเห็นต่างๆ เกี่ยวกับการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส มาปรับปรุงระบบบริการดูแล รักษาฯ และนำเสนอผู้บริหาร เป็นแนวทาง



กำหนดนโยบาย รวมทั้งเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาต้านไวรัสได้รับทราบปัญหาในการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในด้านต่างๆ หลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสหลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาบุคลากรผู้ให้บริการด้านการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดูแลด้านการประสานงานในด้านเอดส์กับโรงพยาบาลและผู้ดูแลข้อมูล รายงานด้านเอดส์ โดยกำหนด ดังนี้

1. โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสทุกระดับ ทุกโรง ใน 4 จังหวัด จาก 4 ภาค ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ สุรินทร์ สุพรรณบุรี และสุราษฎร์ธานี สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยจะเก็บข้อมูลจากบุคลากร 6 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษา 2. แพทย์ 3. เภสัชกร 4. พยาบาล 5. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 6. ผู้ดูแลข้อมูล จัดทำรายงาน รวม 282 ราย

ส่วนข้อมูลเชิงลึกจะเลือก 1 โรงพยาบาล จากแต่ละภาค ให้มีโรงพยาบาลทุกระดับ รวมเป็น 4 โรงพยาบาล รวม 40 ราย

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 แห่ง จาก 4 จังหวัดข้างต้น (เก็บข้อมูลเฉพาะเชิง

คุณภาพ)

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ให้บริการด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานเอดส์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยที่กำหนดคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่จะลงไปเก็บข้อมูล โดยเลือกผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

- จากโรงพยาบาล แยกเป็นบุคลากร 9 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ประสานงานเอดส์ ผู้ให้คำปรึกษา 2. แพทย์ 3. เภสัชกร 4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 5. พยาบาล 6. ผู้ดูแลข้อมูล จัดทำรายงาน 7. พี่เลี้ยงชมรมผู้ติดเชื้อ (ส่วนใหญ่เป็นคนเดียวกับผู้ประสานงานในโรงพยาบาลชุมชน) 8. ผู้บริหาร (ผอ.รพ.) 9. อาสาสมัครจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่ NGO ที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 8-9 ราย รวม 32 ราย

- จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ ผู้ประสานงานเอดส์ ผู้ดูแลข้อมูล รายงาน รวม 8 ราย รวมทั้งสิ้น 40 ราย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1. แบบสอบถามข้อมูลการจัดบริการของบุคลากรสาธารณสุข 6 ชุด
- 2. แนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. จัดทำโครงร่างการวิจัย ค้นหนังสืออ้างอิงทฤษฎี/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอขออนุมัติกรมควบคุมโรคเพื่อดำเนินการโครงการ และเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรคด้วย เพื่อพิจารณาในแง่จริยธรรมการวิจัย

2. ประชุมผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ นักวิจัย

เพื่อพิจารณาประเด็นการศึกษา กำหนดกรอบ รายละเอียดตัวแปรที่ใช้ในแบบสอบถามข้อมูลการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วย 6 ชุด สำหรับแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ดูแล/บันทึกข้อมูล รวมทั้งผู้ประสานยาต้านไวรัส ได้แบบสอบถาม 6 ชุดสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และกำหนดประเด็นแนวคำถามเชิงลึกสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แก่ไขโครร่างวิจัยก่อนนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรรมควบคุมโรค

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามข้อมูลการให้บริการด้านการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส โดยที่จะถามเกี่ยวกับการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ต่างๆ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ประกอบการอธิบายประเด็นต่างๆ โดยใช้แนวคำถามเชิงลึก และเนื่องจากเครื่องมือที่จะใช้วัดเป็นหัวใจของการวิจัยจึงขออนุมัติจัดจ้างผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวคำถามเชิงลึกสำหรับสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม นำมาปรับ แก้ไข

3. เลือกจังหวัดที่จะเก็บข้อมูล 4 จังหวัด จาก 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยกำหนดลักษณะ/เกณฑ์การเลือก ดังนี้ เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยเอดส์มาก/ เป็นจังหวัดที่ไม่ถูกเลือกในการศึกษามากแล้ว/เป็นจังหวัดที่มี รพ.หลายขนาดหลากหลาย เช่น มีรพช.ก็มีทั้ง 30, 60 และ 90 เตียง/ให้มีจังหวัดที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ศูนย์องค์รวม และ NGO เข้าไปเสริมในการดำเนินงาน/ไม่เป็นจังหวัดที่สมบูรณ์พร้อม เผชิญรับสถานการณ์มาแล้วทุกรูปแบบ/ ยึดหยุ่นตัวสูง เช่น เชียงราย ราชบุรี ซึ่งได้จังหวัด

เพชรบูรณ์ สุพรรณบุรี สุรินทร์ และสุราษฎร์ธานี นำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จาก บุคลากร 6 ด้านทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับใน 4 จังหวัด การเลือกจังหวัดที่ศึกษา 4 จังหวัดจะเป็นตัวแทนของ 4 ภาค ในแง่วัฒนธรรม ธรรมชาติการทำงาน (nature) ของคนแต่ละภาค จะดูในภาพรวมของประเทศ และในแต่ละจังหวัดจะเก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาลทุกขนาดในจังหวัดนั้น เก็บข้อมูลเป็น unit ของหน่วยงาน จะทำให้เห็นภาพได้ชัดเจน และดีกว่าแต่จะไม่เอามาเปรียบเทียบในแต่ละภาค

4. สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ สุ่มจังหวัด โดยจับสลากเลือกโรงพยาบาลจาก 4 จังหวัดข้างต้น โดยให้ได้รพ.ทุกระดับ จำนวน 4 รพ. ซึ่งได้

1. รพ.เจ้าพระยาอภัยมราช จ.สุพรรณบุรี (รพศ.)
2. รพ.เพชรบูรณ์ (รพ.ท)
3. รพ.สังขะ (รพช.60)
4. รพ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี (รพช.30) โดยเมื่อได้รายชื่อ รพ. 4 แห่งแล้ว ได้ประสานกับผู้ประสานงานด้านเอดส์ ทั้ง 2 จุดที่ดูแลเรื่องยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลและงานเอดส์ของจังหวัด ขออนุญาตเข้าศึกษาและเก็บข้อมูล ขอความช่วยเหลือให้ประสานกับคนที่จะให้สัมภาษณ์

5. ประชุมทีมเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ชี้แจงการเก็บข้อมูล ทบทวนตามแนวคำถาม ออกเก็บข้อมูล อนึ่ง เพื่อให้การสัมภาษณ์ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง น่าเชื่อถือ ทางทีมวิจัยจะจัดให้มีการอบรมทีมงานสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจในตัวเครื่องมือ และมีทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทักษะการสังเกต การบันทึกข้อมูล ก่อนที่จะลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจริง ใช้แนวคำถามเชิงลึกเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ บุคลากร 6 ด้านทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาล 4 แห่งใน 4 จังหวัด และบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



6. นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ แปลผลข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาแยก จัดกลุ่มเป็นประเด็นๆ อภิปรายร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ อภิปรายเป็นประเด็น สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยแบบสอบถามจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ความแปรปรวน ความถี่ ร้อยละ จำแนกตามตัวแปรทุกตัว

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ รวมทั้งการสังเกต จะนำมาจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ประเภท โดยใช้เกณฑ์บางอย่างตามคุณลักษณะที่ข้อมูลนั้นมีอยู่ร่วมกันเป็นตัวจำแนก การจำแนกชนิดในเหตุการณ์ เช่น การใช้สิทธิการรักษา การเข้าโครงการ/การรับยาตามเกณฑ์ที่กำหนด การให้บริการตามสายวิชาชีพ การจัดกิจกรรม บทบาทกลุ่มผู้ติดเชื้อในแต่ละรพ. การเปรียบเทียบข้อมูลเช่น ลักษณะการจัดบริการ บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในแต่ละสายวิชาชีพในรพ.ระดับต่างๆ วิเคราะห์ส่วนประกอบ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา

จากการสำรวจโดยการส่งแบบสอบถาม 6 ชุดสำหรับบุคลากร 6 สายวิชาชีพไปที่โรงพยาบาลทุกระดับใน 4 จังหวัด รวม 55 แห่ง ได้รับแบบสอบถามกลับมาจาก 44 โรงพยาบาล จากบุคลากร 282 คนเป็นผู้ให้คำปรึกษามากที่สุด 74 คน (ร้อยละ 26.2) ส่วนวิชาชีพอื่น มีจำนวนกลุ่มละ 40-44 คน พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีโครงสร้างการดำเนินงานบริการยาต้านไวรัสในรูปแบบคลินิก

ตารางที่ 1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างบุคลากร จำแนกตามวิชาชีพ และบทบาทหน้าที่

วิชาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์	43	15.2
เภสัชกร	44	15.6
ผู้ประสานงานเอดส์	40	14.2
ผู้ให้คำปรึกษา	74	26.2
บุคลากรห้องปฏิบัติการ	41	14.5
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	40	14.2
รวม	282	100

เฉพาะ (ร้อยละ 92.5) จำนวนครั้งการให้บริการเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน มีผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ยครั้งละ 50 คน โดยบุคลากรสหวิชาชีพ (ดังตารางที่ 1) ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัช ผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและผู้ประสานงานเอดส์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบด้านการจัดการ ทั้งนี้ สถานบริการหลายแห่งผู้ประสานงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาล จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ร่วมด้วยนอกเหนือจากการประสานส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยกเว้นแพทย์ที่สามในสี่เป็นเพศชาย สถานพยาบาลส่วนใหญ่จะมีผู้รับผิดชอบงานเอดส์แต่ละวิชาชีพเฉลี่ย 1 คน ยกเว้นผู้ให้คำปรึกษาที่มีจำนวนเฉลี่ย 2 คนต่อสถานพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นพยาบาลและผู้ให้คำปรึกษามีจำนวนมากกว่าวิชาชีพอื่น บทบาทที่เป็นบทบาทร่วมของสหวิชาชีพ คือ การให้คำแนะนำและความรู้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ บางส่วนต้องให้คำปรึกษาด้วย โดยกว่าครึ่งหนึ่งมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาในระดับปานกลาง สอดคล้องกับประสบการณ์การทำงานที่

บุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งที่มีประสบการณ์ทำงานระยะ 1-5 ปี อย่างไรก็ตามประมาณหนึ่งในสิบของบุคลากรมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ในส่วนของการอบรมพบว่า ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษาได้รับการอบรมฯ ในรอบปี 2551-2552 ที่ผ่านมามากที่สุด ส่วนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการนั้นได้รับ

การอบรมฯ เพียงประมาณหนึ่งในสามเท่านั้น **สถานบริการกลุ่มตัวอย่าง** ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีขนาด 10-30 เตียง (ร้อยละ 37.5) และ 60-90 เตียง (ร้อยละ 40) มีฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ยมีจำนวน 106 รายต่อแห่ง (ดังตารางที่ 2) และมี

ตารางที่ 2. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการยาต้านไวรัส

	มัธยฐาน	Q1-Q3 (min-max)
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV สะสม	106	60-192
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV ปี 2550	50	13-114
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV ปี 2551	74	19-135
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV ปี 2552 (จนถึงปัจจุบัน)	73	13-155
จำนวนผู้รับยา ARV รายใหม่ ปี 2550	18	5.7-39.8
จำนวนผู้รับยา ARV รายใหม่ ปี 2551	18	9-37
จำนวนผู้รับยา ARV รายใหม่ ปี 2552 (จนถึงปัจจุบัน)	8	4-24
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV และต้องถอนตัวออก (ตาย/แพ้ยา) ปี 2550	2	0-6
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัส และต้องถอนตัวออก (ตาย/แพ้ยา) ปี 2551	3	1-7
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัส และต้องถอนตัวออก (ตาย/แพ้ยา) ปี 2552 (จนถึงปัจจุบัน)	1	0-3
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่ต้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา ปี 2550	0	0-2
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่ต้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา ปี 2551	1.5	0-4
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่ต้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา ปี 2552	1	0-2
จำนวนผู้ป่วยถึงเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางฯ แต่ไม่ได้รับยา	0	0-2
การครองเตียงของผู้ป่วยเอดส์ (คนต่อเดือน)	1	0-2
ระยะเวลาการรักษา (วัน)	6	0-14
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสิทธิ	67	21-141
พรบ.หลักประกันสุขภาพ (ข้อมูลปี 2552)		(0-386)
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตาม	1	0-2
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (ข้อมูลปี 2552)		(0-52)
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสิทธิพรบ.	0	0-8
ประกันสังคม (ข้อมูลปี 2552)		(0-174)
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสิทธิอื่นๆ	0	0-1
		(0-8)



แนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2550 มีมีฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านเกล็ด 50 คน ส่วนปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 74 คน และปี 2552 (นับถึงปัจจุบัน) เป็น 73 ราย ทั้งนี้ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่รับบริการยาต้านไวรัส ปี 2550, 2551 เกล็ด จำนวน 18 รายต่อแห่ง โดยในปี 2552 มีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสรายใหม่ 8 ราย (นับถึงปัจจุบัน) มีมีฐานผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสต้องหยุดยาปี 2550-2552 อยู่ในช่วง 1-3 ราย และผู้ป่วยต้องยาต้องเปลี่ยนสูตรยา ช่วง 0-1.5 คน ด้านสิทธิในการรักษา ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในสิทธิหลักประกันสุขภาพ มีจำนวนมากที่สุด โดยมีมีฐานเท่ากับ 67 คน โดยมีผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิราชการจำนวนน้อย อย่างไรก็ตามพบว่า จำนวนผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม มีการกระจายตัวค่อนข้างสูง (0 -174 ราย) ซึ่งเป็นไปตามการลงทะเบียนเลือกใช้สิทธิตามความสมัครใจ

ด้านการประเมินการกินยาต้านไวรัส สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีการประเมินการกินยาต้านไวรัส อย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธี

การนับเม็ดยา (ร้อยละ 72.5) รองลงมาเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์ (ร้อยละ 60) ส่วนการติดตามการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มาตามนัด มีทั้งโดยทีมโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.5) และกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 67.5) โดยมีบางส่วนเป็นการติดตามร่วมกัน ในด้านการบริการทางห้องปฏิบัติการสถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80, 87.5) ส่งตัวอย่างไปรับการตรวจวิเคราะห์ที่หน่วยงานอื่นส่วนใหญ่ มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวม (ร้อยละ 90) และมีส่วนร่วมในการให้บริการ (ร้อยละ 85) โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในรูปกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 77.8) โดยมีบทบาทหน้าที่หลัก คือ การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 65) ในส่วนการส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสตามสิทธิการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมาเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 37.5) และเปลี่ยนสูตรยา (ร้อยละ 35) โดยจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเฉลี่ย 1 คน (ดังตารางที่ 3) ความครอบคลุมการให้บริการยาต้าน

ตารางที่ 3. ข้อมูลการจัดบริการยาต้านไวรัส

	โรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
รพ. ที่ให้บริการเป็นคลินิกเฉพาะ	37	92.5
ความถี่การให้บริการคลินิกเฉพาะ(ครั้งต่อเดือน)	2	1-4
จำนวนผู้ป่วยรับบริการในแต่ละครั้ง	50	26-70
จำนวน รพ. ที่มีระบบการประเมินการกินยาต้านไวรัส	36	90
จำนวน รพ. ที่ใช้วิธีการประเมินการกินยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
⊕ นับเม็ดยา	29	72.5
⊕ Visual Analog Scale (VAS)	9	22.5
⊕ ตารางการกินยา	9	22.5
⊕ แบบสัมภาษณ์	24	60
⊕ สมุดบันทึกการกินยา	19	47.5

ตารางที่ 3. (ต่อ)

	โรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน รพ.ที่มีระบบการติดตามผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อที่ไม่มาตามนัด (ติดตามการรักษา follow up) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
⊕ ไม่มี	1	2.5
⊕ มี โดยทีมโรงพยาบาล	31	77.5
⊕ มี โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อ	27	67.5
⊕ อื่นๆ	7	17.5
การดำเนินงานด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยเอดส์ภายในโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดย้อนและตรวจหาระดับภูมิต้านทาน CD4 รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ	5	12.5
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดย้อนและตรวจหา viral load, drug resistance รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ	1	2.5
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อนส่งตรวจ CD4 โดยประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	35	87.5
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อนส่งตรวจ viral load, drug resistance โดยประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	32	80
รพ.ที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวม	36	90
จำนวน รพ.ดำเนินงานเอดส์แบบ		
⊕ ศูนย์องค์รวม	8	22.2
⊕ กลุ่มผู้ติดเชื้อ	28	77.8
จำนวนรพ.ที่มีสมาชิกศูนย์องค์รวมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		
⊕ 4-50 คน	10	34.5
⊕ 51-100 คน	10	34.5
⊕ 101-500 คน	9	31
จำนวน รพ. ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมให้บริการของโรงพยาบาล	34	85
จำนวน รพ.จำแนกตามบริการที่ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วม		
⊕ การจัดกลุ่มให้การปรึกษา	26	65
⊕ การให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล	4	10
⊕ การเยี่ยมบ้าน	6	15
⊕ การส่งเสริมอาชีพ	1	2.5
⊕ เป็นวิทยากรให้ความรู้	1	2.5
⊕ อื่นๆ	1	2.5



ตารางที่ 3. (ต่อ)

	โรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน รพ. ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีส่วนช่วยในการทำงานให้บริการดูแลด้าน ARV รักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม		
⊕ มาก	18	45
⊕ ปานกลาง	15	37.5
⊕ น้อย	6	15
⊕ ไม่เลย	1	2.5
จำนวน รพ.ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนสูตรยาในรอบ 6 เดือน	14	35
จำนวน รพ.ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาเพื่อช่วยรักษาในรอบ 6 เดือน	15	37.5
จำนวน รพ.ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อรับบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัสในรอบ 6 เดือน	6	15
จำนวน รพ.ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อรับบริการยาต้านไวรัสตามสิทธิบัตรในรอบ 6 เดือน	23	57.5
จำนวน รพ.ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการอื่นๆในรอบ 6 เดือน	4	10
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนสูตรยาในรอบ 6 เดือน	5	12.5
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาเพื่อช่วยรักษาในรอบ 6 เดือน	5	12.5
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัสในรอบ 6 เดือน	6	15
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการยาต้านไวรัสตามสิทธิบัตรในรอบ 6 เดือน	24	60
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการอื่นๆ ในรอบ 6 เดือน	4	10

ไวรัส พบว่าที่มีความครอบคลุมน้อยที่สุด (ร้อยละ 67.5) คือการตรวจ anti-HIV ทุกราย ในขณะที่สถานพยาบาลเกือบทุกแห่งมีความครอบคลุมการให้บริการตรวจ CBC และ SGPT ทุกราย (ร้อยละ 97.5)

การเปลี่ยนแปลงการให้บริการยาต้าน

ไวรัสที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ พบว่ามีผลในเชิงบวกทั้งด้านคุณภาพและการให้บริการตามแนวทางการรักษา ในขณะที่ปัญหาเรื่องการให้บริการยาต้านไวรัสไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ผลการเปลี่ยนแปลงด้านบริหารจัดการก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกัน

ตารางที่ 4. การเปลี่ยนแปลงหลังการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้ารับบริการประกันสุขภาพ

	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)					
		เพิ่ม/บวก			ลดความรู้สึกลบ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
นโยบาย	10 (25)	15 (37.5)	13 (32.5)	0 (0)	1 (2.5)	4 (10)	3 (3.5)
โครงสร้างบริหาร	9 (22.5)	8 (20)	16 (40)	1 (2.5)	1 (2.5)	5 (12.5)	5 (12.5)
บุคลากร	13 (32.5)	4 (10)	2 (12)	3 (12.5)	2 (5)	4 (10)	6 (15)
สถานที่	13 (32.5)	1 (2.5)	15 (37.5)	3 (12.5)	3 (7.5)	2 (5)	5 (12.5)
งบประมาณ	3 (7.5)	15 (37.5)	20 (50)	1 (2.5)	4 (10)	2 (5)	0 (0)
ความรู้สึกรู้สึกให้บริการ	9 (22.5)	8 (20)	16.0 (40)	3 (7.5)	0 (0)	4 (10)	4 (10)
ความรู้สึกรู้สึกรับบริการ	8 (20)	14 (35)	14 (35)	2 (5)	0 (0)	4 (10)	3 (7.5)
จำนวนผู้มารับบริการ	4 (10)	19 (47.5)	13 (32.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	4 (10)
ความครอบคลุมการให้บริการ	2 (5)	15 (37.5)	18 (45)	1 (2.5)	0 (0)	4 (10)	4 (10)
ขั้นตอนการให้บริการ	7 (17.5)	7 (17.5)	17 (42.5)	2 (5)	2 (5)	6 (15)	3 (7.5)

ตารางที่ 5. เปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสหลังจากก่อนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

	จำนวน					
	ลดลง	ร้อยละ	เหมือนเดิม	ร้อยละ	เพิ่มขึ้น	ร้อยละ
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	15	37.5	16	40	0	0
จำนวนผู้ป่วย (รับยาARV)	6	15	7	17.5	24	60
ภาระการให้บริการ	2	5	9	22.5	28	70
การส่งตัวอย่างเลือด	15	37.5	13	32.5	9	22.5
น้ำยา วัสดุวิทยาศาสตร์ (เพียงพอ)	13	32.5	15	37.5	7	17.5
จำนวนบุคลากร	14	35	15	37.5	4	10



ตารางที่ 6. ความพึงพอใจ และความเข้าใจของผู้ประสานต่อการให้บริการฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	จำนวนคน (ร้อยละ)					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่เลย
ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ดูแลและรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยภาพรวม	4 (10)	19 (47.5)	16 (40)	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)
ความเข้าใจระบบการให้บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2 (5)	25 (62.5)	12 (30)	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)

สุขภาพของบริการยาต้านไวรัส พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกต่อระบบบริการ โดยเฉพาะในประเด็นจำนวนผู้มารับบริการ ความครอบคลุมการให้บริการ นโยบาย งบประมาณ (ดังตารางที่ 4)

ผลการเปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ พบว่าจำนวนผู้ป่วย(รับยา) เพิ่มขึ้น (60%) ภาระการให้บริการ เพิ่มขึ้น (70%) (ตารางที่ 5) ความพึงพอใจและความเข้าใจของผู้ประสานต่อการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 6)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเอดส์ รพ. ที่ผู้ป่วยถึงเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางฯ แต่ไม่ได้รับยา ร้อยละ 47.5 จำนวน รพ. ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีข้อจำกัด ต้องปรับการทำงาน ร้อยละ 90 จำนวน รพ.ที่มีปัญหาการติดต่อประสานงานภายในทีมการรักษา ARV ในรอบเดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหาหลายๆ ครั้ง ร้อยละ 65 จำนวน รพ.ที่มีปัญหาการติดต่อประสานงานภายนอกในรอบเดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหาหลายๆ ครั้ง

ร้อยละ 55 จำนวน รพ.ที่พบทบทวนผู้ประสานงานฯ ต้องประสานหรือทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือเกี่ยวกับงานยา ARV ร้อยละ 82.5 จำนวน รพ.ที่มีปัญหาการประสานงาน หรือการสื่อสารกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในการปฏิบัติ งานด้านยา ARV ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหาหลายๆ ครั้ง ร้อยละ 42.5 ความลำบากใจหรือยุ่งยากในการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส มีบ้างบางครั้ง ร้อยละ 35 รองลงมา นานๆ ครั้ง ร้อยละ 30

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ในด้านสถานการณ์โรคเอดส์ สถานบริการส่วนใหญ่มีผู้รับบริการยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ย 106 คน โดยอัตราเพิ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยรายใหม่ของสถานบริการส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะพบอัตราเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัส นอกจากนี้ยังมีรายงานแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีการดื้อยา ความคิดเห็นของบุคลากรเห็นด้วยกับการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของบริการยาต้านไวรัส แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นแต่บุคลากรส่วนใหญ่มีความยินดีที่จะให้บริการ

ผู้ป่วย (ในระดับมากถึงปานกลาง) ภาระในการให้บริการ (work load) พบในทุกสายวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ประสานงาน มีสิ่งที่ได้รับการปรับปรุงพัฒนา ได้แก่ การกำหนดตัวแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา (consult) ที่ทำอย่างเป็นระบบ การใช้โปรแกรม NAP ในการบันทึกข้อมูล แทนโปรแกรม NAPHA เดิม ซึ่งบางพื้นที่ยังใช้ทั้ง 2 โปรแกรม เนื่องจากเห็นว่า โปรแกรมเดิมยังมีประโยชน์ในการนัด และติดตามคนไข้

สรุป

บุคลากรส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่า ควรเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ และเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับระบบด้านบริหารจัดการ อีกทั้งทำให้การบริการเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติมากขึ้นภายหลังจากการเข้าสู่ระบบบริการ อย่างไรก็ตาม บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า เกิดผลกระทบที่สำคัญ คือ การเพิ่มจำนวนผู้รับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มภาระงาน ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ระหว่างการปรับระบบงานเพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานบริการที่เพิ่มขึ้น ภาระด้านระบบบันทึกข้อมูลที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการแก้ไขเรื่องการบริหารข้อมูลที่ยังเป็นปัญหาอยู่ การใช้ข้อมูล รายงานที่เป็นประโยชน์ให้มากที่สุดทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่ด้วย และการแก้ปัญหาความเบื้อหน่าย ท้อแท้ของบุคลากร เช่น การสร้างบรรยากาศในการทำงาน การเพิ่มบุคลากร การสับเปลี่ยนโยกย้ายหน้าที่ของบุคลากร และทำกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ขอขอบคุณทีมผู้ให้บริการในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกท่านจากโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์ สุรินทร์ สุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี บุคลากรจาก สสจ. ที่กรุณาให้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม และผู้บริหารฯ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Asian Epidemic Model(AEM). Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025, 2005.
2. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคเอดส์ (เดือนสิงหาคม 2552), 2552.
3. สรุปผลโครงการการเข้าถึงบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ 2549. (เอกสารอัดสำเนา)
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กองทุน HIV-AIDS, กองทุนบริการสุขภาพผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2552 . (Online). Available : http://budget51.nhso.go.th/Fund_52-UC_1_3.aspx . 2552.



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศของกรุงเทพมหานครในรอบ 5 ปี

บังอร เทพเทียน*, สุพัตรา ศรีวณิชชากร*,
ปรีดา ตาสี*, สมศักดิ์ วงศ์वास*

Abstract

Behavior Related to HIV Infection among Female Sex Workers in Bangkok, 2002 - 2009

Bang-on Thepthien*, Supattra Srivanichakron*,
Parinda Tasse*, Somsak Wongsawass*

*ASEAN Institute for Health Development.

Purpose: To examine behavioral trends related to contacting HIV/AIDS among female sex workers in Bangkok, Thailand.

Methods: Surveys of 2,006 female commercial sex workers in Bangkok, Thailand, were conducted between 2002 and 2009 to examine sexual behavioral and substance use, using a self-completed questionnaire. In the 2002, 2003 and 2005 surveys, only female sex workers in workplaces were recruited, but in 2007 and 2009 freelance female sex workers working outside sex establishments were recruited as well.

Results: The results show that in the past five years, the majority of female sex workers had had sex for the first time with a lover rather than with a husband and the rate of condom use was 32-48%. The proportion of those using condoms the last sexual encounter was double that for the first act of sexual intercourse. Last year, sex workers were less likely to always use condoms when having sex with a lover or husband than they were with other men. However, the prospects for women in the sex trade seem encouraging; the rate for condom use with regular customers was more than 95%. Knowledge about AIDS and in 2009 had increased and was likely to increase even more, but awareness of the blood test for HIV infection had decreased.

Conclusion: Female sex workers in Bangkok have a high prevalence of HIV. Therefore, preventing HIV transmission from this population to the general population is important. Condom use with regular partners is low among female commercial sex workers. Intervention efforts to increase condom use with regular sexual partners are needed.

Key Words: Surveillance, HIV/AIDS Knowledge, Behavioral, Female Sex Worker, HIV/AIDS
Thai AIDS J 2011/2012; 24 : 23-36

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการสำรวจคือเพื่อทราบแนวโน้มของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร การสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มหญิงบริการทางเพศในกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เริ่มสำรวจตั้งแต่ปี 2545 โดยทำการสำรวจในทุกๆ 2 ปี มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 2,006 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ในรอบ 5 ปีหญิงบริการทางเพศมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่อริที่ไม่ใช่สามีในปัจจุบัน เป็นส่วนใหญ่และใช้ถุงยางอนามัยอยู่ระหว่างร้อยละ 32-48 เมื่อเปรียบเทียบการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดนั้น มีสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าครั้งแรกประมาณ 1 เท่า พฤติกรรมของการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนประเภทต่างๆ ในแต่ละรอบปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อริ/สามีน้อยกว่าคู่นอนที่เป็นผู้ชายที่รู้จักกันคุ้นเคย และแยกอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่ดีที่หญิงบริการทางเพศมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับแขกอย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความตระหนักพบว่าในรอบปี 2552 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนประมาณ 1 เท่าตัวแต่ความตระหนักโดยการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีกลับมีแนวโน้มลดลง

กลุ่มหญิงบริการทางเพศในกรุงเทพมหานคร มีความสุขของการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูง ดังนั้นการรณรงค์ให้มีการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการสุ่ประชากรทั่วไป อย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนั้นผลการสำรวจพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งของหญิงบริการทางเพศกับบุคคลที่เป็นคู่อริ/สามี ยังมีสัดส่วนที่น้อยอยู่ ดังนั้นแนวนโยบายจึงควรเพิ่มการรณรงค์ให้หญิงบริการทางเพศใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่เพศสัมพันธ์ทุกคนให้มากขึ้น

คำสำคัญ การเฝ้าระวัง, ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์, พฤติกรรม, หญิงบริการทางเพศ, เอชไอวี/เอดส์
วารสารโรคเอดส์ 2554/2555; 24 : 23-36

บทนำ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ที่ประเทศไทยได้พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายแรก จึงได้มีความพยายามพัฒนาระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์ปัญหาเอดส์ได้อย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง และทันเวลา ดังนั้นการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญชิ้นหนึ่ง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือติดตามสถานการณ์ด้านพฤติกรรมในประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ⁽¹⁾

ปี พ.ศ. 2545 ทางกองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ร่วมกับสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการเฝ้าระวังพฤติกรรมกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยการติดตามแนวโน้มของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ เช่น ประวัติของการมี

เพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกสิ่งของตอบแทน การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ เป็นต้น

หญิงบริการทางเพศเป็นประชากรที่เฝ้าระวังที่สำคัญมากกลุ่มหนึ่ง พฤติกรรมของหญิงบริการทางเพศเป็นการสะท้อนภาพที่ดีของพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มผู้ชายทั่วไป การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ เป็นการศึกษาติดตามพฤติกรรมในทุก ๆ ปี ซึ่งผลการสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มหญิงบริการทางเพศจะเป็นประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ของปัญหา และสามารถช่วยในการคาดการณ์แนวโน้มพฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึง



ตารางที่ 1. จำนวนสถานบริการและจำนวนผู้ให้บริการทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545–2551

ข้อมูล	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
สถานบริการ	2,059	1,993	21,63	2,195	2,129	2,781	2,697
ผู้ให้บริการทางเพศ	25,116	23,096	18,689	16,554	15,423	22,388	22,063
– ชาย	1,621	1,175	1,761	909	1,522	3,167	2,662
– หญิง	23,495	21,921	16,924	15,645	13,901	19,221	19,401

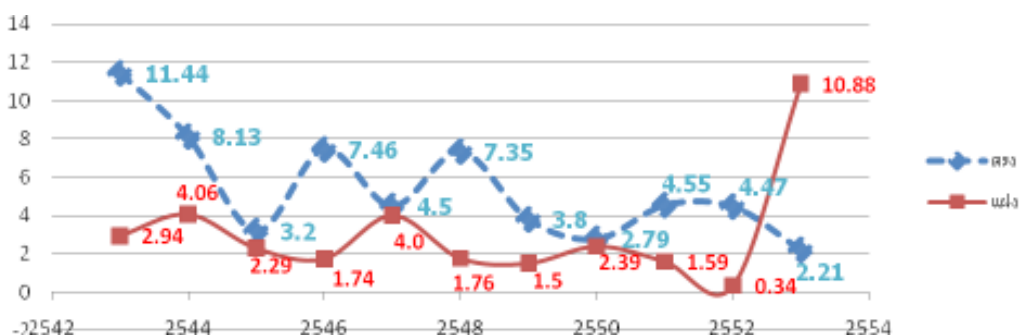
ที่มา : กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผลของโครงการควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหาเอดส์ในกรุงเทพมหานครได้

ผลการสำรวจข้อมูลผู้ให้บริการทางเพศและสถานบริการในกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2551 พบว่า จำนวนสถานบริการจำนวน 2,697 แห่ง มีผู้ให้บริการทางเพศทั้งหมด 22,063 ราย เป็นเพศชาย 2,662 ราย และหญิง 19,401 ราย (ร้อยละ 87.9) จำนวนของผู้หญิงที่ให้บริการทางเพศจะมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545–2549 แต่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในพ.ศ. 2550 และปี 2552 ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนของสถานบริการที่มีจำนวน

เพิ่มขึ้นมาจากปี พ.ศ. 2549 จำนวน 589 แห่ง ทั้งนี้ ในเขตคลองเตย เขตบางรักเป็นเขตที่มีจำนวนสถานบริการมากที่สุด รองลงมาคือ เขตจตุจักร เขตวัฒนา และดอนเมืองตามลำดับ⁽²⁾

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศตรงและแฝงของกองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี 2543 พบว่าหญิงบริการทางเพศตรงมีการติดเชื้อเอชไอวีในสัดส่วนที่สูงกว่าหญิงบริการทางเพศแฝงยกเว้นในรอบปี 2553 สำหรับในปี 2553 หญิงบริการทางเพศแฝงมีการติดเชื้อเอชไอวีมีสัดส่วนที่สูงเกือบเท่ากับหญิงบริการทางเพศตรงในปี 2543 ส่วนหญิง



ที่มา : กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กราฟที่ 1 ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศตรงและแฝง

บริการทางเพศตรงมีแนวโน้มลดลงมากกว่า 3 เท่าตัวในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา⁽²⁾

จากรายงานของ UNAIDS ประจำปี พ.ศ. 2552 ได้รายงานว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ลดลงเนื่องจากการเข้าถึงยา ARV มากขึ้น ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะมีจำนวนลดลง แต่ในภาพรวมจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังคงสูงอยู่ และยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอยู่เช่นกัน^(3,4)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ
2. เพื่อติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้และการตระหนักเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ
3. เพื่อติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ

วิธีการศึกษา

การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการใช้วิธีการสำรวจซ้ำเป็นวิธีการในการเฝ้าระวัง ในระยะแรกของการเฝ้าระวังได้ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศในประชากรกลุ่มหญิงบริการทางเพศทุกๆ ปี (พ.ศ. 2545–2546) หลังจากนั้นได้ทำการเฝ้าระวังพฤติกรรม ในประชากรกลุ่มหญิงบริการทางเพศในทุก 2 ปี (พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2552)

พื้นที่เฝ้าระวังหลักจะอยู่ในเขตบางรัก เขตคลองเตย เขตวัฒนา เขตสัมพันธวงศ์ เขตห้วยขวาง และเขตจตุจักร ซึ่งเป็นพื้นที่ชั้นในของกรุงเทพ-

มหานครที่มีสถานบริการและหญิงบริการทางเพศจำนวนมากที่สุด โดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มหญิงบริการทางเพศในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน ของทุกปี คำจำกัดความของประเภทแหล่งบริการหมายถึงลักษณะการให้บริการ โดยเปิดเผยแก่สาธารณะ แบ่งเป็น 24 ประเภท

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ฝ่ายกามโรค กองควบคุมโรคเอดส์ กรุงเทพมหานคร เจ้าของสถานประกอบการ และสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยดำเนินการ เก็บข้อมูลในขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ ขึ้นจากสูตร $n = Z^2P/(1-P)/D^2$ โดยค่า Z เป็นค่ามาตรฐานที่กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96 ค่า P เป็นค่าสัดส่วนของประชากรที่มีพฤติกรรมที่ต้องการเฝ้าระวัง และค่า D คือ ช่วงกว้างของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้โดยมีหน่วยวัดเช่นเดียวกับค่า P

แบบแผนการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) ในปี พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546 ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง (Purposing technique) กับกลุ่มหญิงบริการที่ทำงานในสถานบริการทางเพศที่เจ้าของสถานบริการยินยอมให้ข้อมูล ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และมีอายุระหว่าง 15–29 ปี เท่านั้น ส่วนในปี พ.ศ. 2548 ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหญิงบริการทางเพศทุกรายโดยไม่มีกำหนดอายุ สำหรับปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างของหญิงบริการทางเพศออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มหญิงบริการทางเพศที่ทำงานในสถานประกอบการ กับกลุ่มหญิงบริการที่เป็นอิสระโดยไม่กำหนดอายุ

การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี อาศัยการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered



Questionnaire) โดยผู้ตอบไม่ต้องระบุชื่อ สถานที่ หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่จะใช้เพื่อระบุตัวบุคคลได้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ตอบแบบสอบถามว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พนักงานสัมภาษณ์ เป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงให้คำแนะนำก่อนการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองยกเว้นแต่ว่าจะมีการขอให้เจ้าหน้าที่ช่วยลงข้อมูลให้ในแบบสอบถาม อย่างไรก็ตามเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบข้อมูลอย่างคร่าวๆ เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี นั้นเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ในด้านประชากรของหญิงบริการทางเพศ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัดของ United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) จำนวน 5 ข้อ และเพิ่มคำถามความรู้ด้านอื่น ๆ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ทางเพศ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา กับคู่นอนหรือแขกประเภทต่างๆ และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับประวัติการมีอาการผิดปกติที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติตนรวมทั้งการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ส่วนที่ 5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องตอบคำถามในทุกข้อคำถาม จึงต้องมีตัวเลือกที่

เหมาะสมให้ผู้ตอบได้เลือกตอบได้ในทุกข้อ

แบบสอบถามที่ตอบครบเรียบร้อยแล้ว จะถูกนำมาตรวจทานอีกครั้งและให้รหัสกับแบบสอบถามทุกข้อในทุกฉบับ แล้วบันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกรวบรวมข้อมูลอีกรอบหนึ่งโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2552 ได้พยายามรวบรวมข้อมูลของหญิงบริการทางเพศที่สังกัดในสถานประกอบการ กับกลุ่มหญิงบริการทางเพศที่เป็นอิสระ แต่เนื่องจากสถานบริการทางเพศมีการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปจากเดิมมาก ทำให้การสำรวจข้อมูลจากบุคคลภายนอกที่ไม่คุ้นเคยกับสถานบริการ และพื้นที่มาก่อนเป็นไปได้ยากลำบาก จึงต้องอาศัยบุคคลที่คุ้นเคยกับพื้นที่ หรือทำงานกับกลุ่มหญิงบริการทางเพศมาก่อน จึงจะทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามความเป็นจริงมากขึ้น แต่ถึงอย่างไรก็ต้องมีความระมัดระวังมากขึ้นเพราะการตอบแบบสอบถามทำอะไรจะให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ความยากลำบากอีกประการหนึ่ง คือ เวลาของการทำงานจะอยู่ในช่วงกลางคืน พนักงานสัมภาษณ์ที่เป็นผู้หญิงจึงไม่สามารถทำงานในช่วงเวลาที่ตึกজনเกินไปนัก

สิ่งที่ยากลำบากในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มหญิงบริการทางเพศที่เป็นอิสระที่เดินหาลูกค้าตามถนน และสวนสาธารณะต่างๆ รอบกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยากมาก จะไม่เปิดเผยตัว มีเวลา และสถานที่ทำงานที่ไม่แน่นอน พนักงานสัมภาษณ์จึงต้องมีประสบการณ์กับการทำงานในพื้นที่ และบุคคลกลุ่มนี้มาพอสมควร เพราะถ้าไม่มีประสบการณ์มาบ้างแล้ว เพียงแค่แยก

ผู้หญิงที่อยู่บนถนน และสวนสาธารณะว่าใครคือผู้ชายบริการทางเพศได้แล้วก็ยากที่จะได้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามความเป็นจริง

ความต้องการ และครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากหญิงบริการทางเพศในแต่ละบุคคลให้มีครบถ้วน 100% เป็นไปได้ค่อนข้างยาก เพราะในบางครั้งหญิงบริการจะต้องไปทำงานเมื่อถูกเรียกใช้บริการ จึงไม่สามารถตอบคำถามได้ครบถ้วนในทุกคำถาม หรือในบางครั้ง สถานที่ในการตอบแบบสอบถามไม่เอื้ออำนวย เช่น มีแสงสว่างน้อย ทำให้อ่านข้อความในแบบสอบถามไม่ชัดเจน หรือมีผู้คนพลุกพล่านทำให้ผู้ตอบไม่มีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม หรือหญิงบริการจะต้องคอยหา/เรียกลูกค้าจึงไม่ค่อยใส่ใจกับการตอบแบบสอบถามมากนัก อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีปัญหา และอุปสรรคในวิธีการดำเนินงาน และเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มหญิงบริการทางเพศค่อนข้างมาก แต่ก็ได้มีการประสานงานเพื่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนในกรุงเทพมหานครที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีประสบการณ์การทำงานกับกลุ่มหญิงบริการทางเพศมาทำงานร่วมกันได้เป็นอย่างดี ข้อมูลส่วนใหญ่จะเข้าถึงเฉพาะกลุ่มหญิงบริการที่มีการขายบริการที่เป็นหลักแหล่ง มีสังกัดชัดเจนและเจ้าของสถานประกอบการให้ความร่วมมือ

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

1. ข้อมูลทั่วไป

การเปรียบเทียบแนวโน้มของกลุ่มหญิงบริการในรอบปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2552 นี้มีข้อจำกัดที่แตกต่างจากปี พ.ศ. 2545, 2546 และปี 2548 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหญิงบริการทางเพศในรอบปี 2550 และปี 2552 เป็นผู้ให้บริการทางเพศในสถานบริการกับหญิงบริการอิสระ (ไม่สังกัดสถาน

บริการ) ซึ่งในรายละเอียดค่อนข้างมีความแตกต่างกันมาก แต่การนำเสนอจะไม่แยกประเภทของหญิงบริการทางเพศได้เนื่องจากข้อมูลในปี 2545, 2546 กับปี 2548 ไม่สามารถแยกประเภทได้เช่นในปี 2550 และปี พ.ศ. 2552 จะเสนอในภาพรวมของหญิงบริการทางเพศทั้งหมด⁽⁵⁻⁹⁾

จำนวนของหญิงบริการในปี พ.ศ. 2545 กับปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนในปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550 ได้มีการสุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นสำหรับปี 2552 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 รายแต่เป็นการเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มที่ขายบริการทางเพศในปัจจุบันทั้งหมด ในรอบ 5 ปีมีหญิงบริการที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 2,006 ราย

อายุของหญิงบริการทางเพศโดยเฉลี่ยแล้วในปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 31 ปี ส่วนในปี พ.ศ. 2550 มีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 34 ปี และในปี พ.ศ. 2552 มีอายุเฉลี่ย 33 ปี จะเห็นได้ว่าหญิงบริการทางเพศในรอบ 3 ปี มีอายุโดยเฉลี่ยมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ส่วนในปี พ.ศ. 2545 กับปี พ.ศ. 2546 ได้มีการกำหนดช่วงอายุของหญิงบริการไว้ที่อายุ 15 -29 ปีเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีอายุเฉลี่ยที่ต่ำกว่าในปี พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 และปี 2552 ค่อนข้างมาก แต่ถ้าคิดเฉพาะในกลุ่มหญิงบริการทางเพศในสถานบริการจะมีอายุเฉลี่ยเท่ากับปี พ.ศ. 2548 คืออายุ 31 ปี เนื่องจากอายุเฉลี่ยของหญิงบริการทางเพศที่เป็นอิสระค่อนข้างสูงมากที่สุดคือมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38 ปี (ปี 2548, 2550 และปี 2552 ไม่จำกัดอายุและแยกประเภทหญิงบริการที่สังกัดสถานบริการและไม่สังกัดสถานบริการ)

ภูมิสำเนาเกิดของหญิงบริการในรอบปี พ.ศ. 2548 จนถึงปี พ.ศ. 2552 มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ผู้หญิงบริการทางเพศส่วนใหญ่มีภูมิสำเนาเกิดจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2545 กับปี พ.ศ. 2546



มีระยะเวลาเฉลี่ยในการประกอบอาชีพบริการทางเพศน้อยกว่าหญิงบริการในปี พ.ศ. 2548, 2550 กับปี พ.ศ. 2552 ค่อนข้างชัดเจนทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากันจึงมีผลต่อระยะเวลาที่ได้ประกอบอาชีพบริการทางเพศด้วย

รายได้ต่อเดือนโดยประมาณแล้วมีส่วนที่ใกล้เคียงกัน (Median = 10,000 บาทต่อเดือน)

แต่รายได้ที่ต่ำสุด และสูงสุดจะมีความแตกต่างกันมาก ในปี พ.ศ. 2548 จะมีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 1,000บาท และรายได้สูงสุดต่อเดือน 150,000 บาท ส่วนในปี พ.ศ. 2550 มีรายได้ต่ำสุด 600 บาท สูงสุดเท่ากับ 60,000 บาท สำหรับปี พ.ศ. 2552 มีรายได้ต่ำสุด 800 บาท/เดือน และรายได้สูงสุด 100,000บาทมากกว่าครึ่งหนึ่งของหญิงบริการทางเพศในปี พ.ศ. 2545 กับปี พ.ศ. 2550 มีการศึกษาในระดับประถม

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงบริการที่ได้สำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2552

ข้อมูลทั่วไป	2545	2546	2548	2550	2552
จำนวนของตัวอย่าง	346	359	501	500	300
อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23±3.64	173.2	31±5.7	34.2±10.1	32.6±9.4
น้อยที่สุด (ปี)	15	17	18	15	15
มากที่สุด (ปี)	29	29	57	64	61
ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพบริการ	2.35±2.5	3.54±1.58	4.3±6.07	5±4.971	10.8±10.51
น้อยที่สุด (เดือน)	1	1	1	1	1
มากที่สุด (ปี)	14	16	30	30	53
รายได้ต่อเดือน(ค่ามัธยฐาน)	8,250 บาท	10,000 บ.	10,000 บ.	10,000 บ.	10,000 บ.
ระดับการศึกษา	%	%	%	%	%
ประถมศึกษา	54.7	31.7	46.1	54.6	45.9
มัธยมศึกษา	34.8	49.9	35.8	37.8	39.8
ปวช.	10.5	14.7	14.4	7.0	12.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-	3.1	3.4	0.6	2.3
ภูมิลำเนาเกิด	%	%	%	%	%
กรุงเทพฯ/ปริมณฑล	10.7	12.5	10.0	13.0	12.0
ภาคกลาง	11.4	10.3	12.0	13.0	13.7
ภาคเหนือ	37.0	23.7	37.0	28.2	44.3
ภาคใต้	0.3	4.7	1.0	1.8	4.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	40.5	46.6	40.0	44.0	25.7
สถานะภาพสมรส	%	%	%	%	%
มีคู่อยู่ด้วยกัน	30.9	29.0	33.8	37.3	26.4
ไม่มีคู่/หย่า/แยก/โสด	69.1	71.1	66.2	62.7	73.6

ศึกษาเท่านั้น ส่วนในปีพ.ศ.2546 หญิงบริการทางเพศครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ที่อยู่ด้วยกันหรือเป็นหม้าย/หย่า/แยกหรือเป็นโสดผู้ที่มีความรู้คู่กันด้วยกันมีประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้น

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นรายข้อตามตัวชี้วัดของ UNGASS เป็นรายข้อ จะพบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อจากโรคเอดส์ได้ คนที่มองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงคืออาจเป็นคนที่มีความเชื่อเอชไอวีได้มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนนในทุกปี สำหรับความรู้เกี่ยวกับการมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ผู้สามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวีมาสู่คน และการรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนนในปี 2552

ส่วนในปี 2550 มีแนวโน้มลดลงกว่าในปีก่อนหน้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่กลุ่มพนักงานขายบริการสามารถตอบได้ถูกต้องทุกข้อ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนนประมาณ 1 เท่าตัว ความรู้ของหญิงบริการทางเพศที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนส่วนหนึ่งมาจากการที่กลุ่มหญิงบริการในปี 2552 เป็นผู้ที่อยู่ในกิจกรรมของกลุ่ม NGOs (intervention)

3. ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

คู่เพศสัมพันธ์ในครั้งแรกของหญิงบริการทางเพศในรอบ 5 ปี มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันกล่าวคือหญิงบริการทางเพศจะมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรกกับคู่อีกที่ไม่ใช่สามีในปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่รองลงมาคือ สามีในปัจจุบัน ส่วนเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับผู้ชายที่รู้จักกันผิวเผินมีสัดส่วนไม่มากนัก ในรอบปี พ.ศ. 2552 หญิงบริการทางเพศมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลอื่นๆ อาทิ นายจ้าง/ผู้หญิงด้วยกัน/

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องตัวชี้วัดของ UNGASS ในรอบ 3 ปี

ข้อความ	2548	2550	2552
	(n=501)	(n=500)	(n=300)
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันเอดส์ได้	406(81.0)	499(89.8)	292(97.3)
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้	281(56.1)	265(53.0)	204(68.0)
3. คนที่มองเห็นว่ามีสุขภาพแข็งแรงคืออาจมีเชื้อเอชไอวีได้	299(59.7)	325(65.0)	214(71.3)
4. ผู้สามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวีมาสู่คนได้	298(59.5)	247(49.4)	213(71.0)
5. การรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้	392(78.2)	349(69.8)	242(80.7)
ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ (UNGASS)	97(19.4)	95(19.0)	99(33.0)



แขกมากขึ้น

การใช้ดูยงอนามัยของการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรก พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2548 จะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2545 และ ปีพ.ศ. 2546 มีสัดส่วนของการใช้ดูยงอนามัยในครั้งแรกของการมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกว่าในปีหลังๆ แต่ถ้าวิเคราะห์กับคู่เพศสัมพันธ์ในครั้งแรกจะเห็นได้ว่าหญิงบริการทางเพศส่วนใหญ่แล้วจะมีเพศสัมพันธ์กับสามีในปัจจุบันจึงไม่ค่อยได้ใช้ดูยงอนามัย ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเภทคู่นอนมีผลต่อการใช้ดูยงอนามัยส่วนหนึ่ง

อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550 มีอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรกเท่ากันซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้มีการกำหนดช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนในปี พ.ศ. 2545 กับปี พ.ศ. 2546 มีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรกน้อยกว่าในปี พ.ศ. 2548

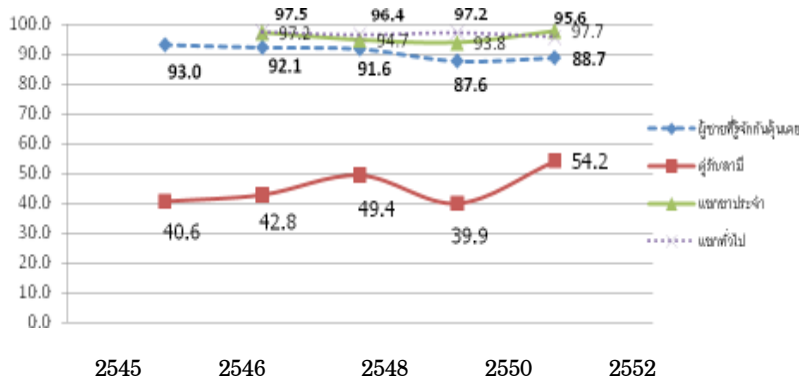
กับปี พ.ศ. 2550 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกำหนดช่วงอายุของหญิงบริการทางเพศไว้ที่ 15-29 ปีเท่านั้น เมื่อวิเคราะห์อายุของการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปี จะพบว่ามีความร้อยละ 2-11 โดยในปีพ.ศ. 2545 มีสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือในปี พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2546 พ.ศ. 2548 ตามลำดับ

4. การมีเพศสัมพันธ์ในรอบปี

การวิเคราะห์เพศสัมพันธ์ในรอบปีจะเป็นการพิจารณาแนวโน้มของพฤติกรรมทางเพศของหญิงบริการทางเพศในแต่ละปีที่ทำการศึกษา พฤติกรรมของการใช้ดูยงอนามัยอย่างสม่ำเสมอ กับคู่นอนประเภทต่างๆ ที่ไม่ใช่แขก ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มของการใช้ดูยงอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคูรัก/สามี หรือชายอื่นๆ ที่ไม่ใช่แขกที่ให้บริการมีแนวโน้มคงที่ มีการใช้ดู

ตารางที่ 4. เพศสัมพันธ์ครั้งแรกของหญิงบริการทางเพศ

เพศสัมพันธ์ครั้งแรก	2545	2546	2548	2550	2552
ประเภทของคู่นอนในครั้งแรก					
สามีคนปัจจุบัน	36.5	20.6	33.3	36.0	20.3
คูรัก	47.4	64.3	52.1	53.2	54.7
ผู้ชายที่รู้จักกันผิวเผิน	14.6	4.7	4.0	3.2	4.7
อื่นๆ	1.5	10.3	10.8	7.6	20.3
การใช้ดูยงอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	36.6	48.2	31.9	31.1	38.8
อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	17.3 2.31	18.3 2.2,0	19.0 0.69	19.1 3.6	18.6 3.0
	Min=10 ปี, Max=25 ปี	Min=11 ปี, Max=27 ปี	Min=12 ปี, Max=32 ปี	Min=11 ปี, Max=37 ปี	Min=12 ปี, Max=32 ปี
การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปี	10.7	4.5	2.4	5.2	5.0



แผนภาพ 2 การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเทียบกับคู่นอนประเภทต่างๆ ของหญิงบริการทางเพศ ในรอบแต่ละปีที่ผ่านมา

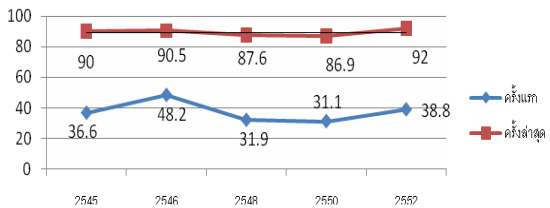
ยางอนามัยอย่างสม่ำเสมออยู่ระหว่างร้อยละ 88-93 กับชายอื่นๆ ที่ไม่ใช่แขกที่ให้บริการ ส่วนกับคูรักหรือสามีมีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในปี 2552 มากกว่าในรอบปีที่สำรวจก่อนหน้านี้ค่อนข้างชัดเจน อยู่ระหว่างร้อยละ 40-54

สำหรับคู่เพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมาก็เป็นแขกที่ให้บริการ พบว่ามีแนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแขกทั่วไปสูงขึ้น ส่วนแขกที่เป็นขาประจำมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยลดลงเล็กน้อย

5. เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

คู่เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดพบว่าหญิงบริการทางเพศมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับสามี/คูรักมากขึ้น ส่วนเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับบุคคลที่เป็นแขกมีแนวโน้มลดลง เพศสัมพันธ์กับแขกหรือผู้มาใช้บริการในครั้งล่าสุดมีสัดส่วนมากกว่าคู่เพศสัมพันธ์อื่นๆ

แนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยสำหรับเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาอยู่ระหว่างร้อยละ 87 - 92 และมีสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่าครั้งแรกมากกว่า 2 เท่าตัว



สำหรับปัญหาของการที่แขกไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากการสำรวจในรอบปีก่อนหน้านี้ และการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการมีประจำเดือนก็มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ส่วนการประสบกับปัญหาเรื่องของถุงยางอนามัยแตกหรือหลุดในระหว่างการร่วมเพศมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

แนวโน้มของการมีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มลดลง ส่วนการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

6. สารเสพติด

แนวโน้มของหญิงบริการทางเพศที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน



ตารางที่ 5. เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของหญิงบริการทางเพศ

เพศสัมพันธ์	2545 (%)	2546 (%)	2548 (%)	2550 (%)	2552 (%)
ประเภทของคู่นอนในครั้งล่าสุด					
คูรักหรือแฟน	28.6	39.8	27.5	34.0	40.9
แขกหรือผู้รับบริการ	67.5	56.9	67.1	63.6	55.7
ผู้ชายที่รู้จักกันผิวเผิน	4.1	3.4	5.4	1.6	2.3
อื่นๆ	0.2	0.1	-	0.6	0.3
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด					
ปัญหาการใช้ถุงยางอนามัยในรอบปีที่ผ่านมา	56.1	54.6	72.5	64.8	71.3
แขกไม่ยอมใช้	36.3	38.7	41.3	41.2	39.3
ถุงยางแตก/หลุด					
การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการมีประจำเดือน					
มีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	38.5	27.3	31.7	39.8	26.0
การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา					
93.5	91.6	96.0	87.6	82.3	

รอบ 3 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 79-89 แนวโน้มของการเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย พบว่าการเสพยาเสพติดสูงขึ้นการเสพยาเสพติดในรอบ 3 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 10-23

เพศสัมพันธ์หลังจากที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มลดลง (คิดสัดส่วนเฉพาะในกลุ่มหญิงบริการทางเพศที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) สำหรับเพศสัมพันธ์หลังเสพยาเสพติดในรอบปีพ.ศ. 2552 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (คิดสัดส่วนเฉพาะกลุ่มที่เคยเสพยาเสพติด)

แนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์หลังเสพยาเสพติด สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง มีแนวโน้มลดลง การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีสัดส่วนสูงกว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหลังเสพยาเสพติดในรอบ 4 ปีที่ผ่านมา

การอภิปรายผลการศึกษา

การขายบริการทางเพศมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการขายบริการทางเพศเป็นการกระทำ

ตารางที่ 6. การเสพยาเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ของหญิงบริการทางเพศ

สารเสพติดและเพศสัมพันธ์	2545 (%)	2546 (%)	2548 (%)	2550 (%)	2552 (%)
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	75.9	88.0	88.8	79.0	85.3
การเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย	13.9	20.0	23.0	10.2	15.7
มีเพศสัมพันธ์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	71.5	75.3	88.6	80.8	70.2
มีเพศสัมพันธ์หลังการเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย	39.5	43.9	30.4	19.6	68.0
การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ในกรณี มีเพศสัมพันธ์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	81.9	83.6	84.5	85.0	89.7
การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีมี เพศสัมพันธ์หลังการเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย	71.7	65.6	77.8	70.0	63.6

ที่ผิดต่อกฎหมายตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 มีผลทำให้ผู้ให้บริการทางเพศปรับเปลี่ยนรูปแบบการขายบริการ และหลบซ่อน ประกอบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ชายมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการซื้อ-ขายบริการทางเพศจากการซื้อบริการทางเพศโดยตรงก็ปรับเปลี่ยนเป็นการซื้อบริการทางเพศทางอ้อมมากขึ้น และมีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้นด้วยการซื้อบริการทางเพศผ่านโทรศัพท์/มือถือ/คอมพิวเตอร์ เป็นต้น จึงมีหญิงบริการทางเพศที่รับงานเองอย่างอิสระโดยไม่สังกัดสถานที่ หรือนายจ้างคนใด หญิงเหล่านี้จะทำงานได้อย่างอิสระเสรีจึงมีอยู่ทั่วไปในกรุงเทพมหานครทั้งที่เป็นกลุ่มที่ขายบริการทางเพศเป็นประจำ และกลุ่มที่ไม่ได้ขายบริการทางเพศเป็นประจำ จะขายบริการทางเพศเมื่อมีโอกาสหรือเมื่อต้องการเงินเป็นครั้งคราว⁽¹⁰⁾ การสำรวจพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มที่ไม่ได้สังกัดสถานบริการ จึงได้เริ่มดำเนินการในปี 2550 เป็นต้นมา

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ยังมีสัดส่วนไม่สูงมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับความรู้ของหญิงบริการทางเพศที่มีการสำรวจทั่วโลก(44%)⁽¹¹⁾ ถึงแม้ว่าทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนได้พยายามให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้สูง อย่างเช่น กลุ่มผู้ขายบริการทางเพศ แต่เนื่องจากกลุ่มหญิงบริการทางเพศเป็นกลุ่มที่มีลักษณะของการเคลื่อนย้ายค่อนข้างสูง มีรูปแบบการขายบริการทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้การให้ความรู้กับผู้ขายบริการทางเพศเข้าถึงกับกลุ่มเป้าหมายได้ยากลำบากมากขึ้น ต้องอาศัยสื่อที่มีประสิทธิภาพ และใช้เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายนี้ให้มากที่สุด จึงจะทำให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องมากที่สุด และจะทำให้เกิดตระหนักต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ในที่สุด ถ้ามีความรู้แต่เพียงผิวเผิน ก็จะไม่เกิดความตระหนัก



จากการที่รัฐและเอกชนได้มีความพยายามที่จะให้มีการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ 100% ซึ่งประเทศไทยได้รับคำชื่นชมจากทั่วโลกว่า ประสบความสำเร็จในโครงการถุงยางอนามัย 100% ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจก็สอดคล้องกันว่าหญิงบริการทางเพศมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแขกที่มารับบริการเกือบ 100 % ซึ่งก็ส่งผลให้อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศลดลงไปตามลำดับ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ที่มีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV prevalence) ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศตรงปี พ.ศ. 2542 ร้อยละ 11.4 เหลือเพียงร้อยละ 2.21 ในปี พ.ศ. 2553 ส่วนในกลุ่มหญิงบริการทางเพศแฝง อัตราความชุกลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 2.94 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 0.34 ในปี พ.ศ. 2552⁽²⁾ สำหรับปี 2553 อัตราความชุกเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน แต่ถ้ามองวิเคราะห์ในรายละเอียดของประเภทคู่นอนแล้ว จะพบว่าหญิงบริการทางเพศใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแขก และคู่นอนที่รู้จักกัน ผิดผืนมากกว่าร้อยละ 90 แต่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง กับสามี หรือคนรัก (ที่ไม่ใช่แขก) ในสัดส่วนไม่มากนัก คือ ประมาณร้อยละ 40 ซึ่งเป็นข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจะลดลงแต่ก็ยังไม่สามารถบอกได้ว่าสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้นได้จริงจึงจำเป็นต้องดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่องต่อไป อาจต้องพิจารณาโครงการถุงยางอนามัย 100% ที่สามารถดำเนินการประสบผลสำเร็จมาแล้ว กลับดำเนินการอย่างต่อเนื่องจริงจัง โดยเน้นย้ำถึงการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง แม้ว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ตาม ซึ่งรวมทั้งสามีของหญิงบริการทางเพศ หรือคู่ที่มาใช้บริการเป็นประจำด้วย^(10,12,13)

แนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และหลังเสพยาเสพติด มีสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งน้อยกว่าเพศสัมพันธ์ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่เสพยาเสพติดเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2552 กลุ่มหญิงบริการทางเพศมีแนวโน้มของการใช้สารเสพติดทุกประเภทเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2550 การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะเฮโรอีนที่มีวิธีการเสพยาโดยใช้เข็มฉีดยามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มาก ไม่เฉพาะเรื่องเพศสัมพันธ์เท่านั้น ในปัจจุบันรูปแบบการเสพยาเสพติดมีการปรับเปลี่ยนการเสพยาเมื่อดเป็นการบำบัดเพื่อใช้ในการฉีดทำให้เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นไปอีก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ☆ การศึกษาและพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการและกระจายถุงยางอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันถุงยางอนามัยถูกจัดส่งไปยังหน่วยบริการต่าง ๆ ได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหน่วยบริการบางหน่วยยังประสบปัญหาถุงยางอนามัยไม่พอใช้ ในขณะที่บางหน่วยบริการมีถุงยางอนามัยมากเกินไปเกินความต้องการ
- ☆ การศึกษาและหารูปแบบการให้บริการทางเพศในกลุ่มชายชายบริการทางเพศถึงแม้ว่าจำนวนผู้ให้บริการทางเพศที่เป็นเพศชายจะมีจำนวนน้อยกว่าเพศหญิงประมาณ 10 เท่า แต่มีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี⁽²⁾
- ☆ หญิงบริการทางเพศต่างดาว อันจะทำให้เกิดการติดต่อและแพร่ระบาดของโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งกลุ่มนี้น่าที่จะมีความเสี่ยงสูงสุด คือ หญิงบริการทางเพศสัญชาติพม่าที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยมากกว่าสัญชาติอื่น ๆ และเป็นกลุ่มที่มาตรการ

การป้องกันโรคเอดส์ไม่สามารถเข้าถึงได้เลย การศึกษาในกลุ่มนี้จะทำให้มีความชัดเจนต่อการแก้ปัญหามากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และกองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ขอขอบคุณ ผู้ประกอบการ

สถานบริการที่เอื้ออำนวยให้คณะวิจัยเข้าสำรวจข้อมูลกับพนักงานของท่าน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายสิ่งแวดล้อม สำนักงานเขตต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจเป็นอย่างดี และขอขอบคุณคุณสมาลี สายฟ้า และคณะ จากฝ่ายกามโรค กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือคณะผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลหญิงบริการได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. คำนวน อึ้งชูศักดิ์. หลักวิชาและการประยุกต์ระบาดวิทยาสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2550.
2. กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย. สรุปสถานการณ์เอดส์กรุงเทพมหานครปี 2552 สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2553 จาก <http://203.155.220.217/aids/statistics/stat-1.htm>.
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552). จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ. สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2552 จาก <http://203.157.15.4/index.php?page=5061>
4. UNAIDS (2009). 2008 Report on the global AIDS epidemic. Retrieved 8 December, 2009, from http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_en.pdf
5. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากร 7 กลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2545. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2545.
6. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากร 7 กลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2546. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2546
7. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากร 5 กลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2548. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2548.
8. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์การติดเชื้อเอชไอวี ในประชากร 6 กลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2550. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2550.
9. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมที่สัมพันธ์การติดเชื้อเอชไอวี ใน 5 กลุ่มประชากรเป้าหมาย ปี 2552. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2552.
10. Thepthien B, Tasee P., Sexuality life of commercial sex worker in Bangkok: Thailand. Journal of Public Health and Development; 2007; 5 (3): 1- 12.
11. UNAIDS (2010). UNAIDS (2010) 'UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2004 to 2010. Retrieved 9 September, 2010. from http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
12. Thepthien B., Wongsawas S., et al. (2002) Sexual behavior surveillance survey 7 target groups in Bangkok, Thailand. Journal of Public Health and Development; 2002; 1(1) : 3 - 13.
13. Thepthien B, Takoonwong P, Tasee P., Sexual behavior related to HIV/AIDS of 5 target Groups in Bangkok, 2008. Journal of Public Health and Development; 2009; 7 (2): 69 - 81.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยสำหรับการป้องกันโรคเอดส์ของชายขายบริการในจังหวัดเชียงใหม่

พุดธิพงษ์ มากมาย*, พักตร์วิภา สุวรรณพรหม*,
เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์*, ททัยกาญจน์ เขาวนพูนผล *

Abstract

Factors Influencing Condom Use for HIV/AIDS Prevention of Male Sex Workers in Chiang Mai Province

Phutthipong Makmai*, Puckwipa Suwannaprom*,
Penkarn Kanjanarat*, Hathaikan Chowwanapoonpohn*

* Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University.

The pattern of HIV infection has changed over time. There has been an increase in males who engage in sexual practice with male sex workers (MSWs). However, prevention programmes focused on MSWs who are at high risk of HIV/AIDS infection were limited.

Objective: *This study aimed to identify the factors influencing condom use for preventing HIV/AIDS transmission amongst MSWs working in gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province.*

Methods: *A cross-sectional analytical study was used. The subjects were 200 MSWs working in gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province were selected using stratified sampling with equal probability from gay bar and massage parlours. Data was analyzed by descriptive analysis and logistic regression analysis.*

Results: *Factors influencing condom use for vaginal sex were older age of MSWs (adjusted OR=1.33, 95%CI=1.02-1.74, p=.036), better AIDS knowledge (adjusted OR=1.35, 95%CI =1.02-1.80, p=.036) and higher self-efficacy (adjusted OR=2.19, 95%CI =1.06-4.52, p= .033); for anal sex were living with boyfriend/girlfriend (adjusted OR=0.24, 95%CI=0.09-0.60, p=.002), and higher self-efficacy (adjusted OR=1.25, 95%CI=1.05-1.50, p=.012); and for oral sex were higher peer norm (adjusted OR=1.26, 95%CI=1.08-1.48, p=.003), higher self-efficacy (adjusted OR=1.35, 95%CI=1.14-1.60, p<.000) and higher intention to use condom for oral sex (adjusted OR=3.71, 95%CI=1.66-8.29, p=.001).*

Conclusion: Several demographic and psychological factors were associated with condom use behaviour. A HIV/AIDS prevention program for MSWs should focus on increasing the AIDS knowledge, perceived self-efficacy, peer norm, and intention to use condom. In addition, sharing of condom use experience from the older MSWs should be performed. AIDS knowledge about transmission and prevention of HIV/AIDS are not only provided to MSWs, those knowledge should also recommend in boy/girl friend group of MSWs.

Key Words: HIV/AIDS Prevention, Psychological factors, Condom Use, Male Sex Workers (MSWs)
Thai AIDS J 2011/2012; 24 : 37-46

บทคัดย่อ

รูปแบบของการติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยนแปลงไป มีการติดเชื้อเพิ่มในกลุ่มของชายขายบริการที่มีกิจกรรมทางเพศกับชายด้วยกัน อย่างไรก็ตามโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์สำหรับกลุ่มชายขายบริการยังมีปริมาณจำกัด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สำหรับชายขายบริการในบาร์เกย์และสถานนวดเกย์ในจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ชายขายบริการที่ทำงานอยู่ในบาร์เกย์และสถานนวดเกย์ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ในสัดส่วนที่เท่ากันตามสถานที่ทำงานของชายขายบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศหญิง คือ อายุที่มากกว่า (adjusted OR=1.33, 95%CI=1.02-1.74, p=.036), ความรู้เรื่องเอดส์ที่ต่ำกว่า (adjusted OR=1.35, 95%CI =1.02-1.80, p=.036) และการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนที่สูงกว่า (adjusted OR=2.19, 95%CI =1.06-4.52, p= .033); สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก คือ การอาศัยอยู่กับเพื่อนชาย/หญิง (adjusted OR=0.24, 95%CI=0.09-0.60, p=.002), และการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนที่สูงกว่า (adjusted OR=1.25, 95%CI=1.05-1.50, p=.012); สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก คือ บรรทัดฐานของบุคคลที่สูงกว่า (adjusted OR=1.26, 95%CI =1.08-1.48, p=.003), การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนที่สูงกว่า (adjusted OR=1.35, 95%CI=1.14-1.60, p<.000) และความตั้งใจต่อการใช้ถุงยางอนามัยที่สูงกว่า (adjusted OR=3.71, 95%CI=1.66-8.29, p=.001).

สรุปผล ปัจจัยทางด้านสังคมวิทยาและข้อมูลทั่วไปทั้งหลายมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์สำหรับชายขายบริการควรประกอบด้วยกิจกรรมที่เพิ่ม ความรู้เรื่องโรคเอดส์, การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน, บรรทัดฐานของบุคคลและความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ ควรให้คนที่อายุน้อยกว่าได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัย และความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกันเอดส์ไม่ควรส่งเสริมเฉพาะชายขายบริการเท่านั้น ควรแนะนำให้กับกลุ่มเพื่อนผู้ชายและผู้หญิงของชายขายบริการด้วย

คำสำคัญ การป้องกันเอชไอวี/เอดส์, ปัจจัยด้านสังคมวิทยา, การใช้ถุงยางอนามัย, ชายขายบริการ.

วารสารโรคเอดส์ 2554/2555; 24 : 37-46

Introduction

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a worldwide pandemic due to its aggressive nature and current incurability. In 1984, the first case of HIV/AIDS was identified in Thailand. The number of people living with HIV/AIDS in Thailand was 29.5 per 100,000 populations and the number of AIDS-related deaths was 2,648 people in 2007. In 2009, the number of AIDS-related deaths had reached 1,099 people.⁽¹⁾

The pattern of sexual transmission of HIV in Thailand has changed from heterosexual to homosexual oriented groups. There has been an increase in cases amongst males who engage in sexual practice with other males and/or male sex-workers (MSWs). However, programmes focused on MSWs who are at high risk of HIV/AIDS infection were neglected.^(2,3)

Successful HIV/AIDS prevention activities was developed and conducted based on health behaviour, theories which predictors



affecting HIV/AIDS prevention behaviour were tested before the HIV/AIDS prevention program was implemented.⁽⁴⁾ This study aimed to identify factors that influence condom use preventing HIV/AIDS transmission amongst MSWs working in gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province. The finding can be used for developing strategies for HIV/AIDS risk management in MSWs.

Research Methodology

Research design was a cross-sectional analytical study.

Participants

Study participant were 200 MSWs aged over 20 years old working in gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province for at least two weeks. They were selected by stratified sampling from a pool of gay bars and gay massage parlours in Chiang Mai province. The sample sizes of this study are calculated base on the number needed for multiple logistic regression analysis with a sample size estimated that least 190 person, as follows.

$$N \geq (10 \ n) + 50$$

When N was sample size needed and n was the total number of independent variables which was expected to be 14.

Instrumentation

Data collection tool for this study was a questionnaire which had two parts:

Part I: Demographic characteristics of MSWs, items were asked about age, nationality, living status, educational level, income, work experience, and history of sexually transmitted diseases (STDs).

Part II: Psychosocial factors, items were adopted and selected from the studies of Conner, Stein, & Longshore (2005); Brecht, Murphy, & Evans (2007); and Kaljee et al. (2005). They represented constructs from the AIDS risk reduction model (ARRM) which was a health behavior theories used explain behavior change.⁽⁵⁾ This part of the questionnaire composed of questions about five psychosocial factors, AIDS transmission and prevention knowledge, intention to use condoms, and condom use behaviour.

Twenty-one items of five psychosocial factors which including perceived infection risk, peer norms, cues to action, perceived self-efficacy, and respond self-efficacy were measured by 5-point Likert scales. AIDS knowledge and intention to use condoms were measured with “yes”, “no” or “not sure”. Both “no” and “not sure” hold a score of 0 and “yes” hold a score of 1. Regarding condom use variable the responses included “every time”, “sometimes” or “never used”. For the purposes of this analysis, only “every time” was considered as having condom use behaviour.

Validity and reliability

The content validity of the instruments was determined by three experts who work in the HIV/AIDS and academic area. After the instruments were revised, the questionnaires were pretested with 30 MSWs who work in gay bars and gay massage parlours, with similar characteristics to the target population. The Cronbach’s alpha coefficient was used to calculate the questionnaire’s internal consistency. The Cronbach’s alpha coefficient for each construct of 5-point likert scales was more than 0.70.

Data collection

For participants’ compliance on completing the questionnaire, the participants who worked in gay bars were asked to complete their questionnaires before their working hours (7.00 pm). For those MSW participants worked in gay massage parlours, they were asked to complete their questionnaires during working hours (9.00 am-2.00 pm). This study protocol was approved by the Institutional Review Board of the Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University.

Data Analysis

Data were analysed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for windows version 16.0. Descriptive statistics were used to analyse demographic data of participants. Bivariable analysis was subsequently performed to determine the unadjusted association between condom use and potential factors. Only factors significant associated with condom use in bivariate analyses

were entered into multivariable logistic regression model. Variables were included in a multivariable model if they presented a P value ≤ 0.05 in bivariate analysis and then removed from the multivariable model if they did not exhibit an adjusted P value ≤ 0.05 .

RESULTS

Demographic Characteristics

The mean age of study sample was 23.70 3.40 years old with range of 20 to 35 years old. The majority was Thai (65%), lived with boyfriend/girlfriend (58.5%), had primary or secondary school education (67%) and never had STDs (81.5%). The median period of work experience was nine months (IQR=10). Median incomes were 9,000 Thai baths* per month (IQR=4,000), as shown in Table 1.

Psychosocial factors

AIDS knowledge

The mean score was 7.36 2.36 (total score=10). For knowledge about HIV/AIDS transmission, 84% of subjects had correct knowledge that AIDS was not affected only gay men and people would not get AIDS when they kiss if they had mouth-would. However, 44.50% of the participants understood that people had only AIDS symptoms could transmit to another. For knowledge about HIV/AIDS prevention, more than 90% of the participants had correct knowledge that using condom correctly and every time could protected from HIV. However, 44.5% of the participants had misunderstood that the withdrawal technique would reduce a chance of getting AIDS (the detail shown in Table 2).

Table 1. Demographic of sample (n=200)

Demographic	n	%
Nationality		
Thai	130	65.0
Thaiyai	70	35.0
Living status		
Alone	83	41.5
With boyfriend	63	31.5
With girlfriend	54	27.0
Education level		
No education	18	9.0
Elementary education	59	29.5
Secondary education	75	37.5
Some college	29	14.5
Bachelor's degree	19	9.5
History of STDs		
Yes	37	18.5
No	163	81.5
Work experience in month (Median, IQR)	9, IQR=10	
Income in baht (Median, IQR)	9,000, IQR= 4,000	
Age in year (mean SD)	23.70 3.40	

* 1 US\$ = approx. 33 Thai baths



Table 2. Number and percentage of subjects on correct answers each item of AIDS knowledge (n=200)

	Correct answer	
	No	%
Transmission		
1. AIDS affects only gay men (F)	168	84.0
2. AIDS cannot transmission by sharing food (T)	142	71.0
3. People with only AIDS symptoms can transmit to another (F)	111	55.5
4. Anal sex is the only type of sex that can expose people to AIDS (F)	130	65.0
5. Having wound in mouth, have chances of getting AIDS when kiss (F)	168	84.0
6. Don't use condom when oral sex, have chances of getting AIDS (T)	142	71.0
Prevention		
7. The withdrawal will reduce getting AIDS (F)	111	55.5
8. Cleaning of sexual organ after sex will reduce getting AIDS (F)	130	65.0
9. Using condom correctly will give protection from HIV (T)	185	92.5
10. Using condom every time will give protection from HIV (T)	186	93.0
Total score (mean SD)	7.36	2.36

Perceived infection risk

Mean score of perceived infection risk was 18.05 ± 2.89 (total score=25). Almost 90% of the participants strongly agreed and agreed that if they did not use condom every time they had a chance of getting AIDS. Seventy two percent of the participants strongly agreed and agreed that they had a chance of getting AIDS from their occupation. On the other hand, 38% of subjects uncertain that they are strong man so that they had not chances of getting AIDS (as shown in Table 3).

Peer norms

Mean score of peer norms was 15.53 ± 2.74 (total score=20). More than 65% of subjects strongly agree and agree that their co-workers, bar owners, boyfriend/girlfriend, and clients thought participants should use condoms when they had sex. (shown in Table 3).

Cues to action

Mean score of cues to action was 22.98 ± 3.90 (total score=30). More than 84% of respondents answered that they had used condoms after having a conversation with health

care worker, co-workers, and volunteers of the Mplus (an NGO working in HIV/AIDS prevention program). Moreover, approximately 60% of them answered that they had use condoms after receiving AIDS information from radio, TV or magazine. On the other hand, almost 30% of subjects were uncertain that they would use condoms after receiving AIDS information from radio, TV or magazine. (as shown in Table 3).

Self-efficacy and respond self-efficacy

Mean score of self-efficacy was 20.67 ± 2.60 (total score=25). Almost 100% of respondents answered that using a condom was easy for them. Eighty five percent of them strongly agreed and agreed that they knew how to correctly use a condom when they had sex with someone. Approximately 75% of them strongly agreed or agreed that they were able to discuss the using correctly a condom (as shown in Table 3).

Regarding the respond self-efficacy, mean score was 4.40 ± .62 (total score=5). More than 90% of respondents strongly agreed or agreed that using condoms prevented the chance of getting AIDS (as shown in Table 3).

Table 3. Percentage and mean score of subjects on each item of psychosocial factors (n=200)

Items	Strongly Agree (%)	Agree (%)	Uncertain (%)	Disagree (%)	Strongly disagree (%)	Mean	SD
Perceived infection risk							
1. You may have had sex with someone who was infection HIV/AIDS	32(16.0)	70(35.0)	69(34.5)	23(11.5)	6(3.0)	3.50	1.00
2. If you don't use condom every time you have chances of getting AIDS	75(37.5)	104(52.0)	19(9.5)	2(1.0)	-	4.26	.67
3. You are strong man so that you have not chances of getting AIDS(R)	18(9.0)	38(19.0)	76(38.0)	57(28.5)	11(5.5)	2.97	1.03
4. You have chances of getting AIDS from your occupation	37(18.5)	107(53.5)	41(20.5)	13(6.5)	2(1.0)	3.82	.84
5. If you have sex with more people you have chances of getting AIDS	32(16.0)	70(35.0)	69(34.5)	23(11.5)	6(3.0)	3.50	1.00
Total score (mean SD)						18.05	2.89
Peer norm							
1. Your co-workers think you should use condoms when you have sex.	51(25.5)	78(39.0)	69(34.5)	2(1.0)	-	3.89	.80
2. Your owner thinks you should use condoms when you have sex.	53(26.5)	84(42.0)	61(30.5)	2(1.0)	-	3.94	.78
3. Your boy/girl friend thinks you should use condoms when you have sex.	44(22.0)	80(40.0)	67(33.5)	9(4.5)	-	3.79	.83
4. Your client thinks you should use condoms when you have sex.	52(26.0)	78(39.0)	68(34.0)	2(1.0)	-	3.90	.80
Total score (mean SD)						15.53	2.74
Cue to action							
1. You use condoms after having a conversation with a health care provider.	48(24.0)	121(60.5)	22(11.0)	7(3.5)	2(1.0)	4.03	.76
2. You use condoms after having a conversation with your co-workers.	36(18.0)	132(66.0)	22(11.0)	9(4.5)	1(0.5)	3.97	.72
3. You use condoms after having a conversation with volunteers who work for Mplus	42(21.0)	133(66.5)	19(9.5)	5(2.5)	1(0.5)	4.05	.67
4. You use condoms after received AIDS information from advertising	23(11.5)	106(53.0)	53(26.5)	14(7.0)	4(2.0)	3.65	.85
5. You use condoms after received AIDS information from radio and TV	23(11.5)	106(53.0)	55(27.5)	11(5.5)	5(2.5)	3.66	.85
6. You use condoms after received AIDS information from magazine	23(11.5)	103(51.5)	56(28.0)	14(7.0)	4(2.0)	3.63	.85
Total score (mean SD)						22.98	3.90
Self-efficacy							
1. Using a condom is easy for you.	75(37.5)	122(61.0)	2(1.0)	1(0.5)	-	4.36	.53
2. You will refuse to have sex if a male partner will not use a condom.	88(44.0)	79(39.5)	21(10.5)	3(1.5)	9(4.5)	4.17	1.00
3. You know how to use correctly a condom when you have sex with someone.	64(32.0)	106(53.0)	30(15.0)	-	-	4.17	.67
4. You are able to discuss the using correctly a condom	45(22.5)	105(52.5)	50(25.0)	-	-	3.98	.69
5. You are able to discuss benefit the use of a condom	48(24.0)	104(52.0)	47(23.5)	1(0.5)	-	4.00	.71
Total score (mean SD)						20.67	2.60
Respond self-efficacy							
1. Using condoms prevents the chance of getting AIDS.	95(47.5)	91(45.5)	14(7.5)	-	-	4.40	.62



Table 4. The factors influencing condom use by multivariable logistic regression analysis.

Variables	Vaginal sex			Anal sex			Oral sex		
	Unadjusted OR(95%CI)	Adjusted OR(95%CI) ¹	Adjusted OR(95%CI) ²	Unadjusted OR(95%CI)	Adjusted OR(95%CI) ²	Adjusted OR(95%CI) ³	Unadjusted OR(95%CI)	Adjusted OR(95%CI) ³	Adjusted OR(95%CI) ³
Self-efficacy	1.46(1.12-1.90)*	2.19(1.06-4.52)*	1.41(1.19-1.66)*	1.41(1.19-1.66)*	1.25(1.05-1.50)*	1.35(1.14-1.60)*	1.39(1.21-1.60)*	1.35(1.14-1.60)*	1.35(1.14-1.60)*
Age	1.31(1.05-1.63)*	1.33(1.02-1.74)*	0.92(0.81-1.03)	0.92(0.81-1.03)	-	0.89(0.79-1.02)	0.88(0.80-0.98)*	0.89(0.79-1.02)	0.89(0.79-1.02)
Race	1.17(0.37-3.73)	-	1.85(0.78-4.34)	1.85(0.78-4.34)	-	-	1.73(0.89-3.36)	-	-
Living boy/girlfriend	1.22(0.40-3.78)	-	0.29(0.13-0.63)*	0.29(0.13-0.63)*	0.24(0.09-0.60)*	-	0.55(0.30-1.02)	-	-
Education	1.95(0.63-6.03)	-	1.83(0.80-4.18)	1.83(0.80-4.18)	-	-	1.90(0.99-3.65)	-	-
Experience of work	1.29(1.08-1.54)*	1.25(0.97-1.61)	0.96(0.91-1.01)	0.96(0.91-1.01)	-	0.38(0.10-1.04)	0.96(0.92-0.99)*	0.38(0.10-1.04)	0.38(0.10-1.04)
Income	1.00(1.00-1.00)	-	1.00(1.00-1.00)	1.00(1.00-1.00)	-	-	1.00(1.00-1.00)	-	-
History of STDs	1.40(0.00-1.00)	-	0.24(0.06-1.07)	0.24(0.06-1.07)	-	-	0.40(0.15-0.99)*	1.15(1.00-1.32)	1.15(1.00-1.32)
AIDS knowledge	1.47(1.17-1.84)*	1.35(1.02-1.80)*	0.98(0.84-1.15)	0.98(0.84-1.15)	-	-	0.96(0.84-1.09)	-	-
Perceived infection risk	1.01(0.83-1.22)	-	1.21(1.05-1.39)*	1.21(1.05-1.39)*	1.06(0.09-1.24)	1.02(0.91-1.14)	1.21(1.08-1.36)*	1.02(0.91-1.14)	1.02(0.91-1.14)
Peer norm	1.13(0.91-1.40)	-	1.29(1.11-1.50)*	1.29(1.11-1.50)*	1.06(0.09-1.24)	1.26(1.08-1.48)*	1.35(1.19-1.53)*	1.26(1.08-1.48)*	1.26(1.08-1.48)*
Cue to action	0.99(0.85-1.15)	-	1.21(1.07-1.38)*	1.21(1.07-1.38)*	1.14(0.97-1.35)	1.02(0.91-1.14)	1.17(1.06-1.30)*	1.02(0.91-1.14)	1.02(0.91-1.14)
Respond self-efficacy	1.30(0.54-3.15)	-	1.79(0.92-3.48)*	1.79(0.92-3.48)*	1.14(0.99-1.29)	-	1.55(0.93-2.59)	-	-
Intention to use for vaginal sex	0.59(0.18-2.00)	-	-	-	-	-	-	-	-
Intention to use for anal sex	-	-	1.40(0.00-1.00)	1.40(0.00-1.00)	-	-	-	-	-
Intention to use for oral sex	-	-	-	-	-	3.71(1.66-8.29)*	5.21(2.71-10.03)*	3.71(1.66-8.29)*	3.71(1.66-8.29)*

*p<0.05, ¹ Adjusted for vaginal sex, R²= .426, ² Adjusted for anal sex, R²= .332, ³ Adjusted for oral sex, R²= .465

Intention to use condom and condom use behaviour

When asked about the participants' intention to use condom, 96.5% of participants would use condom during anal sex in the future. However, 58% of them would use condom during vaginal sex and 41% would use during oral sex. Thirteen point five of them would not use condom during vaginal sex and oral sex in the future. About 45.5% of them answered that they did not sure that they would use condom during oral sex in the future.

Regarding condom use, 93.5% of them reported that they used condoms every time when they had vaginal sex. Sixteen point five percent of them reported that use condom every time when they had anal sex and 30% of them had condom use every time for oral sex. Six point five percent of them reported that they used condoms some time when they had vaginal sex. Forty four percent of them reported that use condom some time when they had anal or oral sex. However, 39.5% of them answered that never use condoms when they had anal sex. Only 26% of them reported that never use condom for oral sex.

Factors influencing condom use behavior

Multivariate logistic analysis was used to identify independent effects of each factor on condom use behavior. Only factors significant associated with condom use in bivariate analyses were entered into multivariable logistic regression model. Only three variables were found to be significant to condom use for vaginal sex, including older age (adjusted OR=1.33, 95% CI=1.02-1.74, $p=.036$), better AIDS knowledge (adjusted OR=1.35, 95% CI=1.02-1.80, $p=.036$) and higher self-efficacy (adjusted OR=2.19, 95% CI=1.06-4.52, $p=.033$), while experience of work showed no significance. Only two variables were found to be significant to condom use for anal sex, including living with boy/girlfriend (adjusted OR=0.24, 95% CI=0.09-0.60, $p=.002$), and higher self-efficacy (adjusted OR=1.25, 95% CI=1.05-1.50, $p=.012$), while perceive infection risk, peer norm, and cues to action showed no significance. Only three variables were found to be significant predictors to condom use for oral sex including higher peer norm (adjusted OR=1.26, 95% CI=1.08-1.48,

$p=.003$), higher self-efficacy (adjusted OR=1.35, 95% CI=1.14-1.60, $p<.000$) and higher intention to use condom for oral sex (adjusted OR=3.71, 95% CI=1.66-8.29, $p=.001$). These finding were presented in Table 4.

DISCUSSION

This study, we determined the factors associated with condom use behavior. The relevant factors identified in this study provided insight into the motivational factors affecting condom use behavior of MSWs. These factors may be useful in planning future HIV/AIDS prevention program.

The results revealed that 93.5% of participants reported that they used condoms every time when they had vaginal sex. Sixteen point five percent of participants reported that use condom every time when they had anal and 30% of participants had condom use every time for oral sex. This could be explained that most subjects had use condom for vaginal sex every time more than anal and oral sex. The reason may be that using condoms on vaginal sex could prevent not only HIV infection but also pregnancy. This could be noticed from other studies that the reason why teenagers used condoms while having sex with their girlfriends was to prevent HIV infection and pregnancy.⁽⁶⁾ While those subjects who always use condoms on oral and anal sex were in small amount, this may be assumed that the subjects believe that oral sex could not cause AIDS infection which was also consistent to this study. Twenty-nine percent of the subjects misbelieve that condom was not needed for oral sex since it would not lead to AIDS. For condom use on anal sex, since most of the subjects lives with their boyfriends, having sex without condom use might possibly cause by mutual trust.

In this study, we found factors influencing condom use for vaginal, anal, and oral sex were high self-efficacy. Finding in this study found that almost 100% of respondents answered that using a condom was easy for them. This could be explained that it was because people with high self-efficacy tend to have high confidence in their capability to succeed with their course of action to perform health preventive behaviors. On the contrary, people with low perceived self-efficacy would demonstrate poor



health preventive behaviors. This result suggests that the HIV/AIDS prevention programs to MSWs in future should be stressed using method of condoms for any kinds of sexual intercourse, rather than simply providing general information on condoms and AIDS. This measure agreed with other study which reported that the factors influencing condom use were perceptions of self-efficacy.^(4,7)

In the multivariate analysis older age were factors influencing condom use for vaginal sex. This can be attributed to the fact that older age is one of the most important factors for health behavioral because age can refer to mental status, perception, and the ability to understand or make the decision to practice health behaviors to maintain or enhance their health. This finding confirms the result that age is a factor influencing health preventive behavior in blood donors.⁽⁸⁾ The better AIDS knowledge is also an important factor influencing condom use. It could be explained that the individuals who have a higher level of knowledge and better pursuance of health information normally achieved better health preventive behaviors practices than do those with poor knowledge and pursuance. Higher knowledge results in good decision making and correct behavior.⁽⁹⁾ This finding consistent with other studies which found that increasing the understanding of diseases by especially about sexual routes transmission and prevention of HIV/AIDS may positive influence preventive behaviour.⁽⁴⁾

Factors influencing condom use for anal sex were living with boy/girlfriend. The result found that 59.5% of subjects living with boy/girlfriend. This could be explained that living as a couple may result an increasing number of condom use because of more talks and opinion sharing between each other in order to prevent an infection from oneself after starting working in this career. This may also be possible that a partner living together is the boyfriend with whom the other partner performs mostly anal sex, which leads to conversation on condom use for anal sex more than any other sexual preference. The result of this study is consistent with other study which found that there was correlated between marital status and health promoting behaviors in clients with HIV infection.⁽⁷⁾

Moreover, this study has shown that only 16.5% of participants use condoms on anal sex. Thus, implementing oral communication of boy/girlfriends to increase condom use behavior for anal sex must be executed.

Regarding factors influencing condom use for oral sex were higher peer norm and higher intention to use condom for oral sex. This could be explained that peer norm was one factor which influencing condom use of subjects. This study found that more than 60% of subjects strongly agree and agree that their co-workers, owner, boy/girl friend, and client think they should use condoms every time when they had sex. Thus, this group of people has a very important part to encourage the subjects to always use condoms, especially boy/girl friend, colleagues and the gay bars and gay massage parlours' owners who are very close to the subjects and have the same work experience and opinions which could be shared together. In addition, the study also found that personal media could influence or motivate the subjects' individual behavior on condom use more than mass media. This finding consistent with several studies reported that subjective norms and perceived peer group norms showed significant association with actual sexual behaviour.^(10,11)

For high intention to use condom for oral sex can be described the individual people which high intention for actions involved with probability of behavior that higher affected. Consistent with the theory of health belief model state that high intention affect to behavior with intention.⁽¹²⁾

CONCLUSION

The present results have implication for HIV/AIDS risk reduction intervention for MSWs. Older age, AIDS knowledge, perceived self-efficacy, peer norm, and intention to use condom for oral sex were significant predictors of condom use behavior. Thus, HIV/AIDS prevention program should be designed to increase these constructs. The program should include activities to increase knowledge about transmission and prevention of HIV/AIDS, increasing self-efficacy and execute group activities of peer norm.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author thanks gay bars and gay massages parlours owner and MSWs in Muang District, Chiang Mai province. We also thank

M-plus organisation for providing information about MSWs in Muang District, Chiang Mai province.

REFERENCES

1. DDC. Prevalence of AIDS in Thailand 2010. *Disease Control Journal* 2010; 36(2): 6-39.
 2. Chan, R., Kavi, A. R., Carl, G., Khan, S., Oetomo, D., Tan, M. L., et al. HIV and men who have sex with men: perspectives from selected Asian countries. *AIDS* 1998; 11: 559-561.
 3. Parker, R., Khan, S., & Aggleton, P. Conspicuous by their Absence? Men who have sex with men (msm) in developing countries: implications for HIV prevention. *Critical Public Health* 1998; 8: 329-345.
 4. Kaljee, L. M., Genberg, B., Riel, R., Cole, M., Tho, L. H., Thoa, L. T. K., et al. Effectiveness of a theory – based risk reduction of HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents. *AIDS Education and Prevention* 2005; 17(3): 185-199.
 5. Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Coates, T. J. Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly* 1990; 17: 52-92.
 6. Mahantano, K. Counseling for Family planning and reproductive health. *Journal of Family Planning* 2007;1,16-34.
 7. Patlak, K. Factors predicting health promoting behaviors of HIV infected patients attending the immune the deficiency clinic at Trat Province. Master of nursing science programme in community health nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University 2003.
 8. Cheepborisut, B. A study of knowledge of AIDS, health beliefs, and health behaviors in prevention of AIDS blood donors. Master of Nursing Science Programme in Community Health Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University 1994.
 9. Pender, N. J. *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton Century Croft 1987.
 10. Steele, K. The relationship of attitude, subjective norm, perceived behaviors control, and perceived threat on the mammography behavior of women in tree rural southeast Louisiana Parishes. Dissertation for Doctor of Nursing Science, Louisiana state University Health Science Center School of Nursing, Louisiana State University 2004.
 11. Shafer, M.A. & Boyer, C.B. Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school student. *Journal of Pediatrics* 1991; 119,826-833
 12. Becker, M. H. & Janz, N.K. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 1984; 2, 324-473.
-



การเปรียบเทียบความพึงพอใจและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี หลังใช้ทฤษฎีใหม่ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม จังหวัดกำแพงเพชร ปี 2553

วิมานรดี รัตนประภา*, ชัยทัต ปัทม*,
สุรัสวดี คำเพ็ญ*, พจนางษ์ไทยสงค์*

Abstract

Comparison Satisfaction and Mental Health in HIV-Infected through Sufficiency Economy and Participatory Learning Process, Khamphangphet Province, 2010

Vimnaradee Rattanapracha*, Chaitat Pattum*,
Suratsawadee Khampen*, Potjana Pongthaisong*

*Kamphaengphet Provincial Public Health Office.

The purpose of this study was (1) to compare level of satisfaction in health care of HIV-infected persons in Pre-and post-test through sufficiency economy and participatory learning process. (2) to compare level of mental health of HIV-infected persons in Pre-and post-test through sufficiency economy and participatory learning process.

The study was pre-experiment one group pre-and post-test. Population samples of 40 HIV-infected persons by purposive sampling. Study instrument was developed by researches and studied theory researches. Data were analyzed by using percentage mean standard deviation max-min score and t-test.

Major findings were as follow : Ratio of HIV-infected persons men to women nearly. Age minimum was 19 years. Age average was 34 years. Level of education were elementary school 72.5%. Occupation were labours 50 %. (1.) Comparison level of satisfaction in health care themselves of HIV-infected persons through sufficiency economy and participatory learning process pre-and post- test . Post-test level of satisfaction were increased. Average of satisfaction higher than pre test by significantly (p-value < 0.001). (2.) Comparison level of mental health of HIV-infected persons in pre-and post-test. Post test level of mental health were increased. Average of happiness level higher than pre test by significantly (p-value < 0.05).

Key Words: Satisfaction Mental Health Sufficiency Economy Participate Learning Process
Thai AIDS J 2011/2012; 24 : 47-55

*งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1.) เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังใช้ทฤษฎีใหม่ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (2.) เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังใช้ทฤษฎีใหม่ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยนำหลักการดำรงชีวิตตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” มาใช้ในชีวิตประจำวัน การประเมินระดับสุขภาพจิต การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด การทดสอบค่าที่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสัดส่วนชายต่อหญิงพอกัน อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 49 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.5 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างร้อยละ 50 (1.) ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยนำหลักการดำรงชีวิตตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” มาใช้ในชีวิตประจำวัน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (2.) ผลการเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คะแนนเฉลี่ยระดับความสุข หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ ความพึงพอใจ สุขภาพจิต ทฤษฎีใหม่ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

วารสารโรคเอดส์ 2554/2555; 24 : 47-55

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน 2552 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดจำนวน 357,407 ราย เสียชีวิตจำนวน 95,739 ราย (สำนักโรคควบคุมโรค) นอกจากนี้แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตในประเทศไทยมีจำนวนที่น้อยลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ดังกล่าวนับได้ว่าเป็นสัญญาณที่ดีสะท้อนให้เห็นความสำเร็จในระดับหนึ่งของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทั้งนี้เป็นผลมาจากรัฐบาลไทยมีนโยบายให้โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติสามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมด มีแผนการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ที่ทางหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ ได้ร่วมมือกันดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย โดยเฉพาะโครงการถุงยางอนามัย

100 % และการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข⁽¹⁾

จังหวัดกำแพงเพชรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 – กันยายน 2552 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดจำนวน 4,639 ราย เสียชีวิตจำนวน 1,240 ราย (งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร 2552) และจากการติดตามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ของจังหวัดกำแพงเพชร นับเป็นภาวะกึ่งสำคัญที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัด ไม่ให้มีความรุนแรงเหมือนในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการติดเชื้อส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการ



มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้มีการป้องกันเป็นส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 90⁽¹⁾

เนื่องจากปัจจุบัน จังหวัดกำแพงเพชร อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 24.49 รองลงมาคือ อายุ 25-29 ปี ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 23.86 อายุ 35-39 ปี ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.95 ตามลำดับ ซึ่งประชากรกลุ่มนี้เป็นวัยแรงงาน เป็นกำลังหลักของประเทศ จากสถิติข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2551 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3,349 คน ในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4,639 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาว ได้อย่างมีคุณภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุข⁽¹⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจและสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังใช้ทฤษฎีใหม่ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดกำแพงเพชร

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบทดลอง หลังการใช้ทฤษฎีใหม่และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 40 คน เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยแบบทดลอง ผู้วิจัย จึงคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดกำแพงเพชร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (central limited theorem) ที่กล่าวว่าหากกลุ่มตัวอย่างเกิน 30 คน จะเป็นตัวแทนของประชากร ในการศึกษาค้นคว้าจึงกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบประเมินของความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์งบประมาณ ในการส่งเสริมการดำรงชีวิต ตามแนว “เศรษฐกิจพอเพียง” จำนวน 3 ข้อ แบบ (Rating Scale) 5 ระดับ

2. แบบประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบของกรมสุขภาพจิต คือ ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย จำนวน 15 ข้อ การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกฯ ด้านไวรัส โรงพยาบาลกำแพงเพชรและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยให้อธิบายถึงรูปแบบในการศึกษาวิจัย

3. ประชุมกลุ่มครั้งที่ 1 โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในวันที่ 10 พฤศจิกายน

2552 ณ ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำแพงเพชร มีการประเมินระดับความพึงพอใจ ในด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี การประเมินความพึงพอใจในด้านรายได้ ประเมินความพึงพอใจสภาพความเป็นอยู่ส่วนตัว ก่อนเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นมีการประชุมกลุ่ม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ภาคบ่าย ผู้ติดเชื้อได้ไปศึกษาดูงานรูปแบบการดำรงชีวิต ตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” ณ หมู่บ้านหนองหญ้าม่วง บ้านหนองคล้า และบ้าน พิณทอง ตำบลวังทอง อำเภอเมือง จังหวัด กำแพงเพชร เนื่องจากเป็นหมู่บ้านที่มีกลุ่มชาวบ้าน ที่มีวิถีชีวิตตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจ พอเพียง” มีการศึกษาดูงานการทำน้ำส้มควันไม้ใน การไล่แมลง ซึ่งเป็นสารชีวภาพทดแทนสารเคมี การ ทำปุ๋ยหมักชีวภาพ การทำน้ำหมักชีวภาพไล่แมลง เพื่อเป็นแบบอย่างในการดำรงชีวิตประจำวัน ตาม แนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” วิทยากร กลุ่มได้สรุปผลการศึกษาดูงานในครั้งนี้ และให้ผู้ติด เชื้อเอชไอวีนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาดูงานไป ปฏิบัติจริงในครอบครัวของตนเอง โดยผู้วิจัยได้ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการทำปุ๋ยหมักชีวภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คนละจำนวน 1,000 บาท เพื่อนำไปซื้อวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เมล็ดพันธุ์พืช ผัก การทำปุ๋ยหมัก ชีวภาพ อุปกรณ์ทางการเกษตร เพื่อนำไปปฏิบัติใน ครอบครัวของผู้ติดเชื้อ

หลังจากการประชุมครั้งที่ 1 ระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มการประเมินผลการดำเนินงานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้บอกล่วงหน้า โดยจะประเมินผลเชิงคุณภาพในบ้านผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จำนวน 10 หลังคาเรือน

4. จัดประชุมครั้งที่ 2 โดยใช้กระบวนการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินความพึงพอใจ

และประเมินสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลัง เข้าร่วมการวิจัย 3 เดือน ในเดือนกุมภาพันธ์ 2553

5. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความ ถูกต้องความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบ สอบถาม เพื่อเตรียมข้อมูลในการวิเคราะห์ ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

6. แปลความหมายวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การประเมินความพึงพอใจของผู้ติด เชื้อเอชไอวี ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยนำหลักการดำรงชีวิตตามแนว พระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” มาใช้ในชีวิต ประจำวัน การประเมินความพึงพอใจในการเข้า ร่วมกิจกรรม การประเมินความพึงพอใจการได้รับ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ ในการส่งเสริม การดำรงชีวิต “เศรษฐกิจพอเพียง” โดยแบ่งออก เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คือ⁽²⁾

พึงพอใจ มากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
พึงพอใจ มาก	เท่ากับ 4 คะแนน
พึงพอใจ ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
พึงพอใจ น้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
พึงพอใจ น้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน ⁽²⁾

2. การประเมินสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี โดยใช้ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย จำนวน 15 ข้อ แบบ (Rating Scale) 4 ระดับการให้ คะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, ข้อ 9, 10, 11, 13, 14, 15 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน มาก 2 คะแนน มาก ที่สุด 3 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 3, 8, 12 แต่ละข้อให้ คะแนนดังนี้ ไม่เลย 3 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน มาก 1 คะแนน มากที่สุด 0 คะแนน



นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด
ดังนี้

คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความ
สุขมากกว่าคนทั่วไป (good)

คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความ
สุขเท่ากับคนทั่วไป (fair)

คะแนน 26 หรือน้อยกว่า หมายถึง มีความ
สุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)

การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบ
เลือกตอบว่า มี หรือ ไม่มี การแปลผล ถ้าตอบมี
เท่ากับ 1 คะแนน ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน

คำถามข้อที่ 1-6 เป็นคำถามของแบบคัด
กรองภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 3 คะแนน
ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการ
ปรึกษาหรือพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษา

คำถามข้อที่ 7-8 เป็นคำถามของแบบคัด
กรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าตอบว่า “มี”
ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษาหรือ
พบแพทย์เพื่อบำบัดรักษา

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

3.1 สถิติพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ ค่า
เฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 สถิติอ้างอิง เปรียบเทียบสุขภาพจิต
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความพึงพอใจก่อนและ
หลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที
(Dependent t-test)

ผลการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สัดส่วนชายต่อหญิง
พอกัน อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 49 ปี อายุ เฉลี่ย
34 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.5
สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ เป็นคู่ อยู่ด้วยกัน
ร้อยละ 70 อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง ร้อยละ 50
รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 45

การประเมินความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี จากตารางที่ 1.1 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ติด
เชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจ ในการดูแล
สุขภาพด้วยตนเอง โดยนำหลักการดำรงชีวิต ตาม
แนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” มาใช้ใน

ตารางที่ 1.1 ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
โดยนำหลักการดำรงชีวิตตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง”
มาใช้ในชีวิตประจำวัน

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	0	0	5	12.0
มาก	0	0	22	55.0
ปานกลาง	18	45	13	32.5
น้อย	19	47.5		
น้อยที่สุด	3	7.5		
รวม	40	100	40	100

ชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับน้อย และปานกลาง ใน สัดส่วนพอกัน หลังทดลองพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.0 และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5

จากตารางที่ 1.2 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วม กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำรงชีวิต ตาม แนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” ในระดับ ปานกลาง และในระดับน้อยสุด ในสัดส่วนพอกัน หลังทดลอง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ในระดับมาก

ร้อยละ 67.5

จากตารางที่ 1.3 ก่อนทดลองผู้ติดเชื้อ เอชไอวี มีระดับความพึงพอใจ การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ ในการส่งเสริม ให้ ดำรงชีวิต ตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจ พอเพียง” ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 45 อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 30 หลังทดลอง ส่วน ใหญ่ มีระดับความพึงพอใจ ในระดับมาก ร้อยละ 45 ระดับปานกลาง และ ระดับมากที่สุด มีสัดส่วน พอกัน

ตารางที่ 1.2 ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การดำรงชีวิตตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง”

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	0	0	7	17.5
มาก	0	0	27	67.5
ปานกลาง	15	37.5	6	15.0
น้อย	11	27.5	0	0
น้อยที่สุด	14	35.0	0	0
รวม	40	100	40	100

ตารางที่ 1.3 ระดับความพึงพอใจการได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ ในการส่งเสริมให้ดำรงชีวิตตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง”

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	0	0	9	22.5
มาก	0	0	18	45.0
ปานกลาง	10	25.0	10	25.0
น้อย	12	30.0	3	7.5
น้อยที่สุด	18	45.0	0	0
รวม	40	100	40	100



ตารางที่ 1.4 การประเมินระดับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับสุขภาพจิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	8	20.0	9	22.5
ปานกลาง	20	50.0	22	55.0
น้อย	12	30.0	9	22.5
รวม	40	100	40	100

ตารางที่ 1.5 การประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	14	35.0	2	5.0
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	26	65.0	38	95.0
รวม	40	100	40	100
มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	1	2.5	0	0
ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	39	97.5	40	100
รวม	40	100	40	100

ตารางที่ 1.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังทดลอง

คะแนนกลุ่มตัวอย่าง	N	ค่าเฉลี่ย	SD	t	df	p-value
ความพึงพอใจก่อนทดลอง	40	6.25	2.18			
ความพึงพอใจหลังทดลอง	40	11.65	1.86	-12.36	39	0.001

จากตารางที่ 1.4 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีสุขภาพจิต ระดับ ความสุขส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ระดับน้อย ร้อยละ 30 ระดับมาก ร้อยละ 20 หลังทดลอง ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิต ระดับความสุข ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55 ในระดับมาก ร้อยละ 22.5

จากตารางที่ 1.5 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35 หลังการทดลอง มีภาวะซึมเศร้ามลดลง เหลือ ร้อยละ 5 ก่อนทดลอง มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.5 หลังการทดลอง ไม่มีภาวะเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 1.7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตระดับความสุข ก่อนและหลังทดลอง

คะแนนกลุ่มตัวอย่าง	N	ค่าเฉลี่ย	SD	t	df	p-value
ความสุขก่อนทดลอง	40	28.92	5.07			
				-12.36	39	0.045
ความสุขหลังทดลอง	40	30.18	4.42			

จากตารางที่ 1.6 พบว่า คะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 1.7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิต ความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังทดลองสูงกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา อาชีพ รับจ้างมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ควรเน้นการณรงค์ให้ความรู้ในกลุ่มอาชีพรับจ้าง โดยการเข้าจัดอบรมเชิงรุกในโรงงานอุตสาหกรรม หรือสถานประกอบการ โดยการประสานงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายคณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอทำงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกอำเภอ ในจังหวัดกำแพงเพชร

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ระดับตำบล สามารถนำรูปแบบไปดำเนินการในระดับตำบล โดยการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดทำแผนขอรับการสนับสนุน

งบประมาณ เพิ่มเติมจาก เบี้ยยังชีพ 500 บาท หรือขอใช้งบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค ในส่วนของงบประมาณกองทุนตำบล จะสามารถดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสร้างสังคมที่มีความสุข มีความเอื้ออาทรต่อกัน

3. ข้อเด่นของรูปแบบการใช้ทฤษฎีใหม่ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การนำทฤษฎีใหม่ตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในหลายกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มเกษตรกรที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประชาชนทั่วไปก็สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เป็นการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว ทำให้สมาชิกทุกคนเกิดความรู้สึกอบอุ่นในครอบครัว และได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น การช่วยปลูกผักสวนครัว การทำปุ๋ยหมักชีวภาพ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักประหยัด^(๒)

การจะนำทฤษฎีใหม่ไปใช้นั้นมีความจำเป็นต้องใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพราะจะทำให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ร่วมคิดร่วมตัดสินใจแก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยากรที่เหมาะสมตามวิถีชีวิตของประชาชนคนไทย และมีการติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ การสร้างความรู้



(Appreciation : A) การสร้างแนวทางการพัฒนา
(Influence :I) การสร้างแนวทางการปฏิบัติ
(Control : C)⁽²⁾

4. ข้อควรระวังการจะนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย มีความวิตกกังวลง่าย ผู้ดำเนินการทั้งผู้นำกลุ่ม (Leader) และผู้ช่วยกลุ่ม (Co-Leader) จะต้องมีการวางแผนการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี สร้างบรรยากาศให้

ผู้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มรู้สึกเป็นกันเอง การเตรียมการจัดประชุมกลุ่มจะต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม ผู้นำกลุ่มจะต้องสะท้อนความคิดของผู้เข้าร่วมประชุม โดยเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจว่า ความคิดของทุกคนมีคุณค่า อย่าตัดสินใจด้วยตัวเองว่า ความคิดที่เพื่อนเสนอแนะมาว่าไม่ถูกต้อง จะต้องยอมรับความคิดของเพื่อน และเขียนลงในแผนที่ความคิด (mind map) ผู้นำกลุ่มควรสรุปมติของกลุ่มให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เข้าใจตรงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. วิมานรดี รัตนประภา ชัยทัต ปัทม และคณะ. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักโทษชาย เรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชร หลังการให้สุขศึกษารายกลุ่ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2552
2. ชัยทัต ปัทม และคณะ. การพัฒนารูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐาน หลังใช้ทฤษฎีใหม่ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกษตรกร ตำบลวังทอง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร , 2552