



กรมควบคุมโรค
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร โรคเอดส์

ISSN 2651-0987

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564

- การวางแผนบันปลายชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค
- การศึกษาลำดับพันธุกรรมทางอนุชีวโมเลกุลของเชื้อหนองใน ในกลุ่มบางรัก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยวิธี *Neisseria gonorrhoeae* multiantigen sequence typing (NG-MAST)
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง
- ผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด
- การพัฒนาชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



วารสารโรคเอดส์

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 ก.พ.-พ.ค. 2564

สารบัญ

หน้า

การวางแผนบันปลายชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ปิยะวดี สุมาลัย วรณยุพา สกล อารีรัตน์ นิลาวรรณ	36
การศึกษาลำดับพันธุกรรมทางอนุชีวโมเลกุลของเชื้อหนองใน ในกลุ่มบางรัก โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ด้วยวิธี <i>Neisseria gonorrhoeae</i> multiantigen sequence typing (NG-MAST) นริศรา อยู่จ้อย	47
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง สุดคณิง ณ ระนอง	58
ผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด จุฬามาศ มากบุญชร	73
การพัฒนาชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ ทนงศรี ภูริศรี	92



Thai AIDS Journal

Volume 33 No. 2 Feb-May 2021

	Page
END OF LIFE PLAN FOR TUBERCULOSIS PATIENTS	36
Piyawadee Sumalai Warunyupa Sakol Areerat Nilawan	
STUDY MOLECULAR SEQUENCE TYPING OF NEISSERIA GONORRHOEAE IN BANGRAK STIS CENTER WITH <i>Neisseria gonorrhoeae</i> MULTIAN TIGEN SEQUENCE TYPING (NG-MAST) METHOD	47
Narissara Yuchui	
FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE OF HIV INFECTED AND AIDS PATIENTS IN HUAI YOT HOSPITAL, TRANG PROVINCE	58
Sutkanung Na Ranong	
EFFECT OF HIV PREVENTION SERVICES AMONG PEOPLE WHO INJECT DRUGS OF HARM REDUCTION POLICY	73
Juthamat Makkunchorn	
DEVELOPMENT OF TRAINING ACTIVITIES PACKAGE BY USING GE- TICA MODEL ON AIDS AND STIs AMONG THE STUDENTS OF THAILAND NATIONAL SPORTS UNIVERSITY	92
Thanongsri Phoorisri	

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรสรพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุบลโกการ	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มณีนันท์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	อ.นันท์วัน ยันตะดิลก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
	ผศ. ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ

ผู้จัดการ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำนักงานผู้จัดการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4

เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราดูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

ผู้ออกแบบปก นายบุญยະฤทธิ มาบกลาง

ผู้ประสานงาน นางสาวผกามาศ แดงคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291

E-mail: aidsstijournal@gmail.com

ระบบรับ-ส่งบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

กำหนดออก: ตุลาคม-มกราคม, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, มิถุนายน-กันยายน



Thai AIDS Journal

Thai AIDS Journal is an academic journal Published by Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Objective

To encourage workers Public health personnel and researchers have the opportunity to disseminate academic and knowledge works Associated with AIDS, tuberculosis, sexually transmitted diseases. And hepatitis B and C As a research source Further academic reference, Which content articles / research results That is published and presents information Advances in Health Sciences And to promote knowledge support for medical and public health personnel So that it can be applied to the public service In the prevention and treatment of AIDS and sexually transmitted diseases is the most beneficial.

Editor in chief:	Wiwat Rojanapithayakorn	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Editorial boards:	Taweasap Siraprasiri	Department of Disease Control
	Visal Moolasart	Department of Disease Control
	Pornsak Yoocharoen	Department of Disease Control
	Weerawat Manosuthi	Department of Disease Control
	Sumet Ongwandee	Department of Disease Control
	Rossaphorn Kittiyaowamarn	Department of Disease Control
	Monthinee Vasantiupapokakorn	Department of Disease Control
	Parichart Chantcharas	Department of Disease Control
	Siriphan Saengaroorn	Department of Medical Sciences
	Assoc. Prof. Wattana Sukeepaisarnjaroen	Faculty of Medicine, Khon Kaen University
	Assoc. Prof. Dr. Sukhontha Kongsin	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Assoc. Prof. Dr. Manirat Therawiwat	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Nunthawan Yuntadilok	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Dusita Phuengsamran	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Sirima Mongkolsomlit	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Asst. Prof. Dr. Ronnapoom Samakkeekarom	Faculty of Public Health, Thammasat University
Journal manager:	Akechitra Sukkul	The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) (HA)
	Asst. Prof. Sakchai Dettrairat	Academician
	Sombat Thanprasertsuk	Academician
Manager office:	Director, Division of AIDS and STIs Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health Department of Disease Control 2nd Building, 4th Floor, 88/21 Moo 4 Tumbol Talat Khwan, Amphoe Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, Thailand. 11000 Tel. (+66) 2590 3289, 3291	
Cover designer:	Boonyarit Mabklang	
Journal Coordinator:	Phakamat Tangkuha E-mail: aidsstijournal@gmail.com Tel. (+66) 2590 3289, 3291	
Submit your articles:	https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index	
Publication schedule:	October–January, February–May, June–September.	

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. ประเภทของบทความที่เผยแพร่โดยวารสารโรคเอดส์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า โดยใส่เลขหน้าบนมุมขวากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป โดยมีการอ้างอิงเอกสารที่เป็นปัจจุบันทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

รายงานผู้ป่วย บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น และสรุป

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้เขียนหลายคนควรระบุชื่อตามการมีส่วนร่วมในบทความ และมีการใส่เครื่องหมายดอกจันในรูปแบบ ด้วยกหลังนามสกุลของผู้เขียนทุกคน ซึ่งเชื่อมโยงกับหน่วยงาน สถาบัน หรือสังกัด ของผู้เขียนแต่ละคน

เนื้อเรื่อง ควรเป็นภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจ หากมีการใช้ตัวย่อควรใช้คำที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรกในข้อความหลัก

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้นระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 300 คำ และเขียนเป็นร้อยแก้วมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีการเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. หากเป็นการอ้างอิงวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

หมายเหตุ: การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบ จะทำให้เรื่องที่เกิดขึ้นเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

การอ้างอิงเอกสารสำหรับวารสารโรคเอดส์ ผู้เขียนควรอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ผู้เขียนใส่วงเล็บหลังการอ้างอิงว่า In Thai (in Thai)

3.1 บทความวารสาร (Articles in Journals)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).
ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน จะมีรายชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-,) ตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361:1529-38.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2. รังสรรค์ ปัญญาญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

ข.การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s).ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ขวลิตรำรง, พิกพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

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

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

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



3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปี พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-In-terpretation/dp/3540777717#reader_3540777717
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

ในกรณีที่เป็นการบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

4.การส่งต้นฉบับ

4.1 การพิมพ์

- ◆ พิมพ์โดยใช้โปรแกรม MS-Word แบบอักษรควรเป็น TH Sarabun New ขนาด 16
- ◆ การใช้ทศนิยม สามารถใช้ทศนิยมหนึ่งหรือสองตำแหน่งได้ และใช้ให้เหมือนกันทั้งเอกสาร
- ◆ ข้อมูลอ้างอิงควรเป็นภาษาอังกฤษ
- ◆ ภาพประกอบ แผนภาพ หรือรูปภาพควรเป็นภาพที่มีความคมชัดสูง คำอธิบายควรเขียนแยกกัน ไม่ควรเขียนไว้บนภาพ
- ◆ รูปแบบตารางต้องสร้างขึ้นใหม่ในโปรแกรม MS-Word ไม่ควรใช้เป็นตารางที่เป็นรูปภาพ

4.2 การส่ง

- ◆ ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความฯ ของตนเอง ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>
- ◆ ดำเนินการลงทะเบียน สมัครสมาชิก (Register)
- ◆ ดำเนินการ log in เข้าสู่ระบบ เลือก “ส่งบทความใหม่” กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกขั้นตอน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- ◆ ผู้เขียนจะได้รับ Email ยืนยัน การส่งต้นฉบับ จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 ต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งมา วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการส่งต่อให้ Peer reviewer อย่างน้อย 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณา ตอบรับ หรือมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขปรับปรุง/ปฏิเสธ การเผยแพร่บทความฯ ในวารสารโรคเอดส์ ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5.3 เรื่องที่ผ่านการพิจารณา และตอบรับการเผยแพร่บทความฯ วารสารโรคเอดส์จะแจ้งและเผยแพร่ไฟล์บทความฯ ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ให้แก่ผู้เขียนและผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดได้ ระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ (รายฉบับ)

ความรับผิดชอบ

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย และการวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

จริยธรรมการตีพิมพ์

จรรยาบรรณการเผยแพร่วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ (Thai AIDS Journal) ได้รับการเผยแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบบี และใช้เป็นเวทีในการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่สนใจ นักวิชาการและผู้ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การเผยแพร่บทความ ควรขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารโรคเอดส์ และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่เผยแพร่ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้เขียนบทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ
2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือสมควร เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์หรือไม่
3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้เขียนในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียน
4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประโยชน์ของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้เขียน
6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารโรคเอดส์อย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารโรคเอดส์ รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ
9. ทำการชี้แจง การแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขอภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้เขียนต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์แล้ว

2. ผู้เขียนจะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. ชื่อคณะผู้เขียนที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิดการออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ
4. หากบทความที่เสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องมนุษย์ ผู้เขียนจะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
5. ผู้เขียนจะไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง
6. ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารโรคเอดส์ จะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)
7. ในบทความ ผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
8. หากเป็นไปได้ ผู้เขียนจะต้องขออนุญาต จากผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษา ก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้ใด ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารโรคเอดส์ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องดำเนินการแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารโรคเอดส์กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

การวางแผนบั้นปลายชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค END OF LIFE PLAN FOR TUBERCULOSIS PATIENTS

ปิยะวดี สุมาลัย
วรุณยุพา สกอล
อารีรัตน์ นิลาวรรณ
สถาบันบำราศนราดูร

Piyawadee Sumalai,
Warunyupa Sakol,
Areerat Nilawan
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Received: 11/01/2021

Revised: 02/02/2021

Accepted: 24/03/2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวางแผนบั้นปลายชีวิตผู้ป่วยวัณโรคและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2562-2 มีนาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตของโรงพยาบาล บางตัว จังหวัดสมุทรปราการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค เป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ 71.43) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 28.57) โดยมีอายุเฉลี่ย 55.32 ปี (SD=18.09) จากข้อคำถามในแบบประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความสุขน้อย (ร้อยละ 92.90) สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยคือ ครอบครัว (ร้อยละ 60.70) ไม่ต้องการความทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 82.20) คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่หาย (ร้อยละ 75.00) ถ้าเลือกได้อายุขัยชีวิตอยู่อีก 5 ปี (ร้อยละ 46.40) และมีสิ่งที่เป็นห่วงยังจัดการไม่เรียบร้อยคือเรื่องครอบครัว (ร้อยละ 42.90) และถ้าอยู่จนครบเวลาต้องการจากไปแบบจะสู้กับโรคและอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้แม้จะทุกข์ทรมานแค่ไหนก็ตาม ในอนาคตถ้าอาการทรุดหนัก ให้แพทย์ช่วยให้ยารักษาอาการทั่วไป เพื่อให้ไม่ทุกข์ทรมาน สำหรับความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง คือ เมื่อเจ็บป่วยได้ให้ยารักษา ไม่ทุกข์ทรมาน และการมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระแก่คนที่รัก ต้องการได้รับการยอมรับ ไม่ถูกมองว่าเป็นภาระของญาติมิตรหรือบุคลากรทางการแพทย์ สามารถได้รับการอธิบายถึงอาการที่เป็นอยู่และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การศึกษานี้สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยรายอื่น (ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติว่าจะต่อสู้กับโรค) เป็นแนวทางในการตัดสินใจ

Abstract

This study aims to study the use of assessment forms for end of life plan of tuberculosis patients and their understanding of palliative care. The study was conducted during 26 March 2019 – 2 March 2020. The sample consisted of 28 TB patients. The research instrument was the end of life plan assessment

Conducted by Bangduan Hospital, Samutprakan. The data were analyzed by content analysis distribution, frequency, percentage and average.

The result shown that among 28 study subjects who were diagnosed with tuberculosis, 20 males (71.43%), 8 females (28.57%), with an average age of 55.32 years (SD =18.09). From the question in the assessment, it was found that most of the sample were less happy (92.90%). The most important thing in a patient's life is the family (60.70%) and do not want them suffer (82.20%). Most of the subjects thought that the existing disease is uncertain whether it can be heal or not (75.00%). If possible, they expected to live longer for another 5 years (46.40%). And 42.90% of them were worried about the unsettling family issues. If they can stay until the end of time they want to live for fighting with the disease and stay as long as possible, no matter how much suffering. In the future, if symptoms subside they need help from a doctor to provide medication for treating the common symptoms. The patient needs adequate care, beloved and accepted without any negative attitude such as a burden of caregivers or health care providers. The palliative care's subjects understand that when sickness has given medicine not suffering and living without being a burden to loved ones. Want to be recognized not seen as a burden of relatives or medical personnel be able to describe symptoms and be involved in decision-making.

This study can use information that has been shown to provide encouragement to other patients (the issue of the sample group's attitude to fight disease) as a guideline for decision making.

คำสำคัญ

วางแผน บั้นปลายชีวิต ผู้ป่วยวัณโรค

Keywords

Plan, End of life, Tuberculosis patient

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูงจากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,700 ราย วัณโรคเป็นได้ทุกอวัยวะ แต่ที่พบมากที่สุดคือปอด (pulmonary TB) ประมาณร้อยละ 80.00 ของวัณโรคทั้งหมด และสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น วัณโรคนอกปอด (extrapulmonary TB) พบได้ประมาณร้อยละ 20.00 แต่ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยสัดส่วนของวัณโรคนอกปอดมักจะ

พบมากขึ้น อวัยวะที่พบบ่อย ได้แก่ ต่อมทอนซิล (พบมากที่สุด) กระดูก (มักพบที่กระดูกสันหลัง) เยื่อหุ้มปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ ลำไส้ เยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มหัวใจ ผิวหนัง การติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ประมาณ 20-30 เท่า โดยพบการป่วยเป็นวัณโรคได้ทุกระยะของการติดเชื้อเอชไอวีและทุกระดับ CD4 นอกจากนี้วัณโรคยังทำให้เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดำเนินโรคเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น และวัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ประมาณ ร้อยละ 24.00) เบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนและความบกพร่องของภูมิคุ้มกันอีกโรคหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรค ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน 3 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเบาหวานเสียชีวิตในระหว่างการรักษาวัณโรคค่อนข้างมาก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ดังนั้นภูมิคุ้มกันร่างกายที่ไม่แข็งแรง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) หรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม จึงมีความเสี่ยงที่จะทำให้เสียชีวิตได้ง่ายจากโรควัณโรค⁽¹⁾ บางคนไม่ได้มีโอกาสที่จะวางแผนบั้นปลายชีวิต ไม่มีโอกาสที่จะทำสิ่งที่ตนเองต้องการ เนื่องจากมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ Palliative Care ว่าเป็น “วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี” ปัจจุบันทางองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความใหม่ของ Palliative Care ไว้ว่าเป็น “วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพ ทั้งทางด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างละเอียดครบถ้วน” โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย⁽²⁻⁴⁾ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกระบุตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบ Palliative care ทั่วโลก แบ่งเป็นประเภทของโรค ดังนี้ โรคหัวใจและ

หลอดเลือด ร้อยละ 38.50 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.00 โรคด้านระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.30 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.60 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care ด้วยเช่นกัน อาทิ ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบ ปาร์กินสัน โรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาท สมองเสื่อม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคดื้อยา⁽²⁾ การรักษาที่มุ่งให้ผู้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน อันเนื่องมาจาก โรคหรือการเจ็บป่วย (Compassionate Palliative Care) หมายถึง การดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค แต่การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกด้าน (เช่น ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก) มีความสำคัญมากกว่า รายละเอียดปลีกย่อยอื่นๆ ซึ่งการตั้งเป้าหมายการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายหนึ่งได้⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามความต้องการนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยอาการหนักและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านเป็นเรื่องที่ผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดีเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้การดูแลที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้⁽⁶⁻⁷⁾

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีความสิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มักจะเข้ามานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ประกอบกับมีโรคประจำตัวร่วม เช่น โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นต้องการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดรบกวนถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว ปัญหาอาการเจ็บป่วย การเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง รวมถึงการไม่ยอมมีชีวิตอยู่

ต่อไป ซึ่งจะทำอย่างไรให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยทราบถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ว่าเมื่อไรต้องดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจการวางแผนบำบัดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการวางแผนบำบัดชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์
2. เพื่อศึกษาความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การศึกษาวิจัยแบบพรรณนา แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีรับบริการที่ตึกโรค (ตึกอายุรกรรม 4) ในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2562-2 มีนาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

- ผู้ป่วยทุกเพศ
- มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์
- ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก⁽⁸⁾ (รูปที่ 1) ที่มีค่าคะแนน ร้อยละ 0 - 50 (ประเมินโดยทีมผู้วิจัย)

- ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการ

Exclusion Criteria

- ผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ
- ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 31 ราย เปิดตารางสำเร็จรูปของเครชีและมอร์แกน⁽⁹⁾ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการวางแผน บำบัดชีวิตของโรงพยาบาลบางตัว จังหวัดสมุทรปราการ⁽¹⁰⁾ เป็นหนึ่งในชุดเครื่องมือของสมุทรปราการโมเดลที่เกิดจากแนวคิดการพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของทีมโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยมีกลุ่มประชาชนในชุมชนคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อจะแก้ปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยในชุมชน โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อดังนี้ (รูปที่ 2)

การตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากทีมวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจำนวน 30 ราย วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค⁽⁸⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ที่ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำการอธิบายวัตถุประสงค์ขอความยินยอม และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองหลังจากขอรับรองการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูร (รหัส N001h/61_ExPD) และขออนุญาตผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร การวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

(Palliative performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างชัดเจน	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการถูกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการถูกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(ดัดแปลงจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551)

รูปที่ 1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

แบบประเมินการวางแผนบั้นปลายชีวิต เพศ..... อายุ..... การวินิจฉัยโรค..... Version 1.0 01/01/62

1.ชีวิตในตอนนี้มีความสุขมากแค่ไหน?
☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ น้อย
 เพราะอะไร.....

2.อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของบั้นปลาย?
☐ ครอบครัว ☐ เพื่อน ☐ เงิน ☐ ศาสนา ☐ การมีชีวิตยืนยาว
☐ การไม่ต้องเป็นภาระให้คนอื่น ☐ การไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค
 ถ้าให้เลือกระหว่าง ☐ ไม่ทุกข์ทรมานไม่เป็นภาระ ☐ การมีชีวิตที่ยืนยาว

3.คิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค/ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่?
 คิดว่าโรค/อาการที่เป็นสามารถหายได้หรือไม่ ☐ หายได้ ☐ หายไม่ได้ ☐ ไม่แน่ใจ
 ถ้าโรค/อาการที่เป็นอยู่รักษาไม่หายคิดอย่างไร.....

4.วางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้อย่างไรบ้าง?
 แผน.....
 ถ้าเลือกได้อนาคตมีโรคชื้ออีกปี.....
 อยากใช้ชีวิตที่เหลืออย่างไรให้มีความสุข.....
 มีอะไรในชีวิตที่เป็นห่วงกังวลการไม่รีบรื้อหรือไม่ว่าง.....
 เคยมีประสบการณ์กับโรค/ภาวะสุขภาพเรื้อรังหรือเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร คิดเห็นอย่างไร.....
 ถ้าอยู่จนครบเวลาอยากกลับไปแบบไหน.....
☐ จะสู้กับโรคและอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้แม้จะทุกข์ทรมานแค่ไหนก็ตาม
☐ จะพยายามสู้กับโรคอยู่ก่อน แต่ถ้าวินิจฉัยว่าหมดหวังก็ยอมตายโดยไม่ทรมาน
☐ ไม่อยากทุกข์ทรมาน ยอมรับได้ถ้าจะมีชีวิตที่สั้นลง

5.ในอนาคตถ้าอาการทรุดหนัก อยากให้แพทย์ช่วยดูแลไหม?
☐ ให้รักษาอาการทั่วไป ให้น้ำเกลือ ให้ยาแก้ปวด ยารักษาเชื้อ เพื่อไม่ให้ทุกข์ทรมาน
☐ ปล่อยให้ตายอย่างสงบ ถ้าเหนื่อยหรือหมดหวัง
☐ ปั่นหัวใจ ให้ยากระตุ้นหัวใจ/ช็อกไฟฟ้า ถ้าหัวใจหยุดเต้นและจะเสียชีวิต

รูปที่ 2 แบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตของโรงพยาบาลบางด้วน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ เป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ

71.43) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 28.57) โดยมีอายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี อายุเฉลี่ย 55.32 ปี (SD=18.09) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	71.43
หญิง	8	28.57
อายุ(ปี) $\bar{X}$ =55.32 SD=18.09		
อายุน้อยที่สุด 28 ปี		
อายุมากที่สุด 88 ปี		

จากตารางที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขน้อย 26 ราย (ร้อยละ 92.90) สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ครอบครัว 17 ราย (ร้อยละ 60.70) ถ้าให้เลือกระหว่าง ไม่ทุกข์ทรมานไม่เป็นภาระ กับ การมีชีวิตที่ยืนยาว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เลือก ไม่ทุกข์ทรมานไม่เป็นภาระ 23 ราย (ร้อยละ 82.20) ในด้านโรคและภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าโรค/อาการที่เป็นไม่แน่ใจว่า จะสามารถหายได้ 21 ราย (ร้อยละ 75.00) ถ้าโรค/อาการ

ที่เป็นอยู่รักษาไม่หายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าไม่อยากทุกข์ทรมานยอมรับได้ 13 ราย (ร้อยละ 46.40)

สำหรับเรื่องการวางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะมีชีวิตอีก 5 ปี 13 ราย (ร้อยละ 46.40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยากหาย 10 ราย (ร้อยละ 35.80) จะทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุข กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความเป็นห่วงครอบครัว 12 ราย (ร้อยละ 42.90) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะพยายามสู้กับโรคอยู่ก่อน แต่ถ้าเริ่มทุกข์ทรมานจนทนไม่ไหวก็หยุด 14 ราย (ร้อยละ 50.00)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจากข้อคำถามแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตผู้ป่วยวัณโรค

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
ชีวิตในตอนนี้มีความสุขมากแค่ไหน		
มีความสุขน้อย	26	92.90
มีความสุขปานกลาง	2	7.10
อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย		
ครอบครัว	17	60.70
การมีชีวิตยืนยาว	5	17.90
การไม่ต้องเป็นภาระให้กับคนที่รัก	4	14.30
การไม่ทุกข์ทรมานจากโรค	2	7.20
ถ้าให้เลือกระหว่างอะไรสำคัญ		
ไม่ทุกข์ทรมาน	23	82.20
การมีชีวิตยืนยาว	5	17.90
คิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค/ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่?		
หายได้	4	14.30
หายไม่ได้	3	10.70
ไม่แน่ใจ	21	75.00
ถ้าโรค/อาการที่เป็นอยู่รักษาไม่หายคิดว่าจะอย่างไร		
ตั้งใจรักษา	2	7.20
อยู่กับครอบครัว	1	3.60
ไม่เป็นภาระ	1	3.60
ไม่อยากทุกข์ทรมานยอมรับได้	13	46.40
แล้วแต่ชะตาชีวิต	3	10.70
อยากหาย อยากไปทำงาน	8	28.60
วางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้อย่างไรบ้าง?		
ถ้าเลือกได้ออนาคตมีชีวิตรอดอยู่อีกกี่ปี.		
1 ปี	6	21.40
5 ปี	13	46.40
อยากใช้ชีวิตที่เหลืออย่างไรให้มีความสุข		
อยากหาย	10	35.80
ไม่เป็นภาระ	8	28.60
อยู่กับครอบครัว	6	21.50
มีแรงทำงาน	4	16.40
มีอะไรในชีวิตที่เป็นห่วงยังจัดการไม่เรียบร้อยหรือไม่		
ไม่มี	6	21.50
เรื่องครอบครัว	12	42.90
ห่วงลูก	10	30.60
ถ้าอยู่จนครบเวลาอยากจากไปแบบไหน		
จะสู้กับโรคและอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้แม้จะทุกข์ทรมานแค่ไหนก็ตาม	8	28.60
จะพยายามสู้กับโรคดูก่อน แต่ถ้าเริ่มทุกข์ทรมานจนทนไม่ไหวก็หยุด	14	50.00
ไม่อยากทุกข์ทรมาน ยอมรับได้ถ้าจะมีชีวิตที่สั้นลง	6	21.40

จะเห็นได้จากการใช้แบบประเมินนั้น เป็นแนวคำถามช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบคำถามเกี่ยวกับการวางแผนบั้นปลายชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ง่ายขึ้น และ กลุ่มตัวอย่างบางคนได้ตอบเพิ่มจากที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ (โดยกลุ่มตัวอย่างได้เขียนเพิ่มลงในแบบประเมินเอง)

1. ชีวิตในตอนนี้มีความสุขมากแค่ไหน

ความสุขของแต่ละคนไม่เหมือนกัน มีการวัดที่ต่างกันไป แต่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยความสุขก็จะลดน้อยลงไป ประกอบกับความกังวลของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันไป ทั้งกังวลเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย และกังวลที่จะเป็นภาระของครอบครัว

2. อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย

การมีชีวิตที่ยืนยาวเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ แต่ถ้าทุกคนสามารถรู้ว่าสิ่งที่จากไปก็อาจจะดีจะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ จะได้ไม่ค้างคาใจ และทุกคนคิดว่าครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญ ถ้าหากกำหนดได้ก็คือการไม่ทุกข์ทรมานจากโรคและการไม่เป็นภาระแก่คนอื่น

3. คิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค/ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่

สำหรับอาการป่วยนั้นถ้าหากได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเพียงพอที่จะช่วยในการวางแผนชีวิตได้ด้วย และจะทำให้เป็นภาระแก่คนรอบข้างได้น้อยลง สำหรับความมั่นใจว่าจะหายจากโรคนั้นน้อยมาก ต้องทำใจยอมรับ การรักษาจะทำให้หายได้เพื่อจะได้ดีขึ้นและมีชีวิตยืนนานที่สุด

4. วางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้อย่างไรบ้าง

ถ้าเลือกได้อาจมีชีวิตรอดอยู่อีกกี่ปี ถ้าหายก็อยากจะอยู่ให้ได้ 5 ปีจะได้มีเวลาจัดการสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่ได้ทำ

5. ในอนาคตถ้าอาการทรุดหนัก อยากให้แพทย์ช่วยแค่ไหน

ทุกคนบอกว่าให้ยารักษาอาการทั่วไป ให้น้ำเกลือ ให้ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อ เพื่อให้ไม่ทุกข์ทรมาน

สรุปผลการวิจัย

การวางแผนบั้นปลายชีวิตผู้ป่วยเอดส์จากแนวคำถามตามแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตกลุ่มตัวอย่างจะมีการวางแผนบั้นปลายชีวิตของตนเองเมื่อเริ่มเจ็บป่วยบ่อยขึ้น ดังนั้นเพื่อจะได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ จึงมีการวางแผนเกี่ยวกับครอบครัวเพื่อจะได้ไม่เป็นภาระ สำหรับเรื่องโรคนั้นถ้าหากได้รับข้อมูลจากทีมที่รักษาเพียงพอที่จะช่วยในการวางแผนและตัดสินใจได้มากขึ้น จะได้ไม่ทุกข์ทรมานและเป็นภาระแก่คนรอบข้างได้น้อยลง

ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นคือเมื่อเจ็บป่วยได้ให้ยารักษา ให้น้ำเกลือ ให้ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อ ไม่ทุกข์ทรมาน และการมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระแก่คนที่รัก ผู้ป่วยต้องการได้รับการยอมรับ สามารถให้และได้รับความรัก ไม่ถูกมองว่าเป็นภาระของญาติมิตรหรือบุคลากรทางการแพทย์ สามารถได้รับการอธิบายถึงอาการที่เป็นอยู่และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ การวางแผนบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดในการดูแลสุขภาพของ รวมถึงการเตรียมการวางแผนทั้ง ด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพที่ต้องการป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เพราะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัว มาอยู่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ยิ่งรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกำลังจะตายจึงรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ และท้อแท้ ย่อมต้องการความรักและความสัมพันธ์ที่ดีจากทั้งญาติ

และแพทย์ พยาบาลผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของการศึกษาของ ธนวรรณ สิ้นประเสริฐ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการเรียนรู้เพื่อการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า ผู้สูงอายุกว่าครึ่งกลัวการเจ็บป่วยหนัก ส่วนใหญ่ไม่กลัวการเผชิญความตาย เชื่อว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ทั้งหมดเชื่อว่า การเตรียมตัวก่อนตายเป็นสิ่งที่ดี กว่าครึ่งมีการเตรียมตัวก่อนตายด้านการจัดการทรัพย์สิน มีการทำฌาปนกิจสงเคราะห์ เนื่องจากเป็นสิ่งที่กังวล โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา หากป่วยหนักและเสียชีวิต ผู้สูงอายุทั้งหมดต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ส่วนใหญ่ไม่ต้องการทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์การแพทย์ ไม่ต้องการให้บุตรหลานเสียเวลาเสียทรัพย์สิน แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้แจ้งความต้องการให้บุตรหลานทราบและเกือบทั้งหมดไม่มีความรู้ด้านการแสดงเจตนาความต้องการครั้งสุดท้าย

ฉะนั้นทุกคนต้องการอยู่อย่างมีความหมาย หรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนเองรักหรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรักความผูกพันของบุคคลในครอบครัว หรือ มิตรสหาย เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย มนุษย์ที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง จะสนใจศาสนาหรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต ซึ่งแสดงออกในรูปพฤติกรรมคือ การดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง และแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้วิกฤติในชีวิตครั้งนี้ค้นหาความหมายของชีวิตว่าจะใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างไรก่อนตาย⁽⁵⁾ คล้ายกับการศึกษาของอารยา ทิพย์วงศ์และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1. การดูแลให้อยู่ดี 2. การดูแลรักษาดี และ 3. การดูแลให้ตายดี ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย (จะประเมินจากอาการไม่สุขสบายความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย) ด้านจิตใจ (การดูแลด้านจิตใจมีความสำคัญ อย่าให้ผู้ป่วยรู้สึกว่

ถูกทอดทิ้ง มีคนพูดคุยด้วย โดยประเมินว่าผู้ป่วยอยากพูด อยากฟังอะไร ให้ความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การให้กำลังใจให้ความรัก ความเอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพของจิตใจพร้อมที่จะต่อสู้กับโรคร้ายอยู่เสมอ) ด้านสังคม (โดยจะต้องประเมินในเรื่องต่อไปนี้ คือ บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เพราะบทบาทจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ) และจิตวิญญาณ (ความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับพระเจ้าของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว) รวมถึงความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับพระเจ้าของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว⁽¹³⁾ คล้ายกับการศึกษาของเกวดี ฐานณี, อัจฉริยา ปทุมวัน และ จอนผะจง เพ็งจาด⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่าความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว มี 6 ด้าน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การดูแลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลด้านจิตวิญญาณและในระยะเสียชีวิต ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลและการดูแลภายหลังเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในสถาบันบำราศนราดูรได้

1.2 สามารถนำแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตของโรงพยาบาลบางด้วน จังหวัดสมุทรปราการ ไปใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกกลุ่มโรค

1.3 เพื่อเป็นแนวทางในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยรายอื่น (ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติว่าจะต่อสู้กับโรค) เป็นแนวทางในการตัดสินใจ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจหาเครื่องมืออื่นๆมาประเมินและเตรียมวางแผนระยะท้ายของชีวิต

2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไปถ้าหากมีกลุ่มตัวอย่างมากพอ ขอให้มีการวิเคราะห์ทัศนคติหรือความคิดเห็นที่ต่างกันระหว่าง เพศหญิง-เพศชาย และเพศทางเลือก อายุ เพื่อให้มีแนวทางการดูแลที่เหมาะสม

2.3 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

2.4 ควรศึกษาทัศนคติของผู้ให้บริการ หรือผู้ดูแล เพื่อค้นหาปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. The TB situation in Thailand. [Internet]. [cited 2019 Jan 20]. Available from <https://www.tbthailand.org>.
2. World Health Organization. Palliative Care. [Internet]. [cited 2019 Feb 10]. Available from <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
3. Darin Jaturapatporn. Happiness, love and understanding in the end of life. 1st edition, Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited (TH); 2018. (in Thai)
4. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for the care of the terminally ill patients. 1st edition, Bangkok: 2017. (in Thai).
5. The National Health Commission office. Guide for the People, Palliative Care of the Elderly. 1st edition, Bangkok: Pimdee company (TH); 2018. (in Thai)
6. Tassanee Tongprateep. Spirituality : A dimension of nursing. 1st edition, Bangkok: Chulalongkorn University Press (TH); 2011. (in Thai)
7. Office of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Palliative nursing service system. Bangkok: Publishing of Suetawan (TH); 2016. (in Thai)
8. The Suandok Palliative care center, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. Palliative Performance Score (PPS). [Internet]. [cited 2019 Mar 15]. Available from <https://w2.med.cmu.ac.th/spc/index.php?lang=en>
9. Pragai Jirojanakul. Nursing Research: Concepts, Principles and Practices. 2nd edition, Nonthaburi: Academic Welfare Program Royal, Institute of Thailand Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (TH); 2007. (in Thai)
10. Bangduan Samutprakan Hospital. End-of-Life Planning Assessment Form. Samut Prakan Model Document Samut Prakan Provincial Public Health Office (Document not published), 2016.
11. Tanawan Sinprasert. Learning to manage the end of life. [dissertation]. [Nakhon Pathom]: Silapakorn University; 2013.
12. Araya Tipwong, Bumpenchit Sangchart. Cultural care for older persons with end of life in community. Thai Journal of Nursing. 2019 Jan; 68(1), 11-19.



-
13. Suphaphon Daodi, Choerchai Loetchitlekha, Wirot Suplinwong. Palliative care: a Christian perspective. 1st edition, Bangkok: Saint Louis College (TH); 2010. (in Thai)
14. Gewadee Thamane, Autchareeya Patoomwan, Johnphajong Phengjard. Palliative Care Needs of Children with Cancer and Their Families as Perceived by Family Caregivers. Rama Nurs J. 2018 September-December. 24(3): 295-312.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาลำดับพันธุกรรมทางอนุชีวโมเลกุลของเชื้อหนองใน ในกลุ่มบางรัก
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยวิธี *Neisseria gonorrhoeae* multiantigen sequence typing
(NG-MAST)

STUDY MOLECULAR SEQUENCE TYPING OF NEISSERIA GONORRHOEAE
IN BANGRAK STIS CENTER WITH *Neisseria gonorrhoeae* MULTIANTI-
GEN SEQUENCE TYPING (NG-MAST) METHOD

นริศรา อยู่จ้อย

Narissara Yuchui

กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bangrak STIs Center,

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control,

Received: 03/03/2021

Revised: 12/03/2021

Accepted: 23/03/2021

บทคัดย่อ

โรคหนองในมีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า “*Neisseria gonorrhoeae*” ซึ่งเป็น 1 ใน 5 ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากและจัดเป็นปัญหาสำคัญในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานของ WHO ปี 2018 พบผู้ป่วยรายใหม่ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 870,000 รายต่อปี เพิ่มขึ้นจากปี 2015 ร้อยละ 5.70 ในประเทศไทยมีการรายงานพบโรคหนองในมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เริ่มมีการรักษาโรคหนองในโดยใช้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ปี 1935 ปัจจุบันใช้ยาในกลุ่ม 3rd generation Cephalosporin แต่ก็มีแนวโน้มความไวของยาในกลุ่มนี้ลดลง การศึกษาที่ได้รับ ความอนุเคราะห์เชื้อจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ตัวอย่างที่เหลือจากการทดสอบที่อยู่ใน ช่วง เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 จำนวน 98 ตัวอย่าง ทดสอบความไวของยาปฏิชีวนะ และตรวจสอบ ลำดับพันธุกรรม (Sequence type: ST) ด้วยวิธี *Neisseria gonorrhoeae* multiantigen sequence typing (NG-MAST) จากการทดลองพบว่ายา Ciprofloxacin, Tetracycline และ Penicillin มีค่าความไวของยาลดลงไปจนถึงดื้อต่อยา ปฏิชีวนะ ส่วนยา Azithromycin, Cefixime และ Ceftriaxone พบว่ายังไม่มีการดื้อยา แต่พบ 1 ตัวอย่างที่มีแนวโน้ม ค่าความไวต่อยาปฏิชีวนะลดลงทั้ง 3 ชนิด ผลทดสอบ NG-MAST ได้ ST ต่างกันทั้งหมด 28 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 46.00 ทั้งนี้ยังไม่พบ ST ที่มีรายงานว่า เป็นสายพันธุ์ดื้อยาที่พบในหลายประเทศทั่วโลก จากการศึกษา ST นี้ สามารถช่วยแสดงลำดับพันธุกรรมที่มีแนวโน้มที่อาจพบการดื้อยาของเชื้อได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง หรือ กลุ่มที่เป็นนักเดินทางท่องเที่ยวชาวต่างชาติ เพื่อเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในกลุ่มนี้

Abstract

Gonorrhea has been caused from “*Neisseria gonorrhoeae*” which is one of five common sexually transmitted diseases and a major issue in many countries around the world. According to the report of WHO 2018, there are new patients in United State of America 87,000 cases per year which had increased more than 5.70% since 2015. Similarly, in Thailand, the trend of gonorrhea was increased during the same period. In 1935, Antibiotic have been used for gonorrhea treatment. Nowadays third-generation of Cephalosporin has used in patient but there were a decrease of susceptibility in 3rd Cephalosporin. This study was supported bacteria by Division of AIDS and STD those provide samples which stored during October to November 2016 to use in the experiment. A total samples of 98 gonococcal isolates were analyzed for antibiotic susceptibility test and examine the genetic (Sequence type: ST) for *Neisseria gonorrhoeae* multiantigen sequence typing (NG-MAST). As the result, the experiments showed that Ciprofloxacin, Tetracycline and Penicillin were decreasing susceptibility until resistance, while Azithromycin, Cefixime and Ceftriaxone were not resistance but there found 1 sample present a decrease in susceptible trend. The result of NG-MAST was 28 different result, representing 46.00%. By NG-MAST method, STs relation was not found which reported drug resistance in any countries. This study of ST could be benefit for sequence typing for the trend of multidrug resistance. Especially, the risk groups or tourist should be monitored for the spread drug resistance control.

คำสำคัญ

การศึกษาความหลากหลายของแอนติเจนทางพันธุกรรมของเชื้อหนองใน ลำดับสารพันธุกรรม

Keywords

Neisseria gonorrhoeae multiantigen sequence typing (NG-MAST), Sequence type (ST)

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบปัญหาการติดเชื้อมากที่สุดชนิดหนึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรีย คือ *Neisseria gonorrhoeae* ซึ่งได้แก่ โรคหนองใน (*gonorrhoeae*) โดยจะติดต่อจากคนสู่คนเท่านั้น⁽¹⁾ เป็นแบคทีเรียแกรมลบ ลักษณะรูปร่างคล้ายเม็ดเลือดกาแฟ หรือเม็ดเลือดขาว โดยเรียงตัวเป็นคู่ชิดติดกัน เมื่อนำมาย้อมสีแกรมจากตัวอย่างของผู้ป่วยพบเชื้อได้ทั้งในและนอกเซลล์เม็ดเลือดขาว มักพบอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้แต่มีฟิลา ไม่สร้างสปอร์ จะเจริญเติบโตได้ในสภาวะที่มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ร้อยละ 5.00 การติดเชื้อจะแพร่กระจายเข้าสู่เยื่อเมือกโดยเกาะติดกับเซลล์เยื่อ columnar มีการรายงานพบว่าพบผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 106 ล้านคนต่อปี⁽²⁾ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณในปี

2018 จำนวน 870,000 รายต่อปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.70 จากปี 2015 ที่มีผู้ติดเชื้อใหม่จำนวน 820,000 รายต่อปี^(3, 4) โดย ร้อยละ 70 ของผู้ที่ติดเชื้อหนองในรายใหม่มีอายุเพียง 15-24 ปี⁽⁵⁾ ในประเทศไทยมีการรายงานพบโรคหนองในมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากฐานข้อมูลของสำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก โดยพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีการแลกเปลี่ยนเชื้อกันเฉพาะกลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ชายบริการทางเพศ (Sex worker: SW) หรือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM)⁽⁴⁾ เนื่องจากพบอัตราการติดเชื้อหนองในเพิ่มมากขึ้น สาธารณสุขทั่วโลกจึงได้ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นโดยไม่ป้องกัน รวมถึงการจ่ายยารักษาโรคหนองในที่ทำให้มีประสิทธิภาพ

สูงสุด เกิดการดื้อยาต่ำที่สุด มีการเริ่มรักษาโรคหนองในโดยใช้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ปี 1935⁽⁶⁾ ในปัจจุบันการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาจะอยู่ในกลุ่ม 3rd generation Cephalosporin แต่ก็มีแนวโน้มความไวของยาในกลุ่มนี้ลดลง เพราะเชื้อหนองในมีกลไกการดื้อยาปฏิชีวนะที่ปรับโครงสร้างภายในตัวเอง เพื่อหลบจากการทำลายด้วยยาปฏิชีวนะ รวมถึงความสามารถรับและส่งผ่านคุณสมบัติเหล่านั้นให้กับเชื้อตัวอื่นที่อยู่ทั้งในสปีชีส์เดียวกัน และต่างสปีชีส์กันได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้เชื้อที่ดื้อยายังคงแพร่กระจายอยู่ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาข้อมูลการแพร่กระจายของเชื้อที่ดื้อยาเพิ่มเติม จะพบว่าการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะที่ใช้ในห้องปฏิบัติการสามารถทราบได้เพียงระดับของยาปฏิชีวนะที่เปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น หากต้องการศึกษาถึงกลไกการดื้อยาโดยการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรม จำเป็นต้องใช้เทคนิคในระดับโมเลกุลซึ่งมีหลายวิธีด้วยกันโดยควรเลือกตามความเหมาะสมต่อการใช้งานได้มีการนำเสนอวิธี *N. gonorrhoeae* multiantigen sequence typing (NG-MAST) ซึ่งหาข้อมูลในฐานข้อมูลออนไลน์ได้ในเว็บไซต์ www.ng-mast.net และมีผลการรายงาน sequence type (ST) จากหลายประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร อิตาลี ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และไต้หวัน⁽⁷⁻¹¹⁾ เป็นต้น ผลการศึกษาด้วย วิธี NG-MAST นี้สามารถจำแนกความหลากหลายของแต่ละสายพันธุ์⁽⁶⁾ ของเชื้อหนองใน และลักษณะ ST ของเชื้อหนองในที่พบในกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก: Bangrak STIs Center) ได้ รวมทั้งสามารถเฝ้าระวัง และสามารถใช้ติดตามการดื้อยาของเชื้อหนองในทั่วโลก ทำให้มีข้อมูลที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ศึกษาลำดับพันธุกรรมทางอนุชีวโมเลกุลของเชื้อหนองในในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยเทคนิค NG-MAST

วิธีการศึกษา

เชื้อตัวอย่าง *Neisseria gonorrhoeae* ที่แยกได้จากท่อปัสสาวะ ปากมดลูก ตา คอ และทวารหนักของผู้ป่วยโรคหนองใน ได้รับความอนุเคราะห์จากงานจุลชีววิทยา กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค โดยใช้ตัวอย่างที่เหลือจากการทดสอบที่อยู่ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่มีความชุกสูงที่สุดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา⁽¹²⁾ จำนวน 98 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อหนองใน เข้ามาใช้บริการ และรักษา ณ กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การเพาะเลี้ยง และทดสอบคุณสมบัติทางชีวเคมีของ *Neisseria gonorrhoeae*

1. การเพาะเลี้ยงเชื้อ ทำใน chocolate agar (CA) บ่มที่อุณหภูมิ 35±1 องศาเซลเซียส ในสภาวะที่มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ร้อยละ 5-10 นาน 24-48 ชั่วโมง

2. Beta-lactamase detection ทดสอบเชื้อตัวอย่างโดยใช้ Cefinase (Nitrocefin discs for detection of beta-lactamase) ของเชื้อ *Penicillinase* producing *Neisseria gonorrhoeae* (PPNG) โดยมี non PPNG เป็น negative control⁽¹³⁾ โดยหยดน้ำกลั่นลงไปแผ่นทดสอบก่อนแล้วป้ายเชื้อตัวอย่าง นาน 3-5 วินาที อ่านผลการทดสอบ ถ้าพบเป็นเชื้อหนองในสายพันธุ์ที่สร้างเอนไซม์ beta-lactamase จะเปลี่ยนเป็นสีชมพูแดง ในขณะที่สายพันธุ์ที่ไม่สร้างเอนไซม์จะไม่เปลี่ยนสี

3. การทดสอบ oxidase test ทดสอบโดยการหยด 1% oxidase ลงบนโคโลนีที่ต้องการทดสอบ ทิ้งไว้ประมาณ 10-15 วินาที ถ้าเป็นเชื้อหนองในสีจะเปลี่ยนเป็นสีม่วงเข้มเกือบดำ เป็นการทดสอบเพื่อหา cytochrome C oxidase ของเชื้อ การที่เปลี่ยนเป็นสีม่วงเกือบดำ สามารถแยก *Neisseria* spp. ออกจากแบคทีเรียตัวอื่นได้⁽¹⁴⁾

4. การทดสอบ Superoxol test (30% H_2O_2) ทดสอบโดยการเชยเชื้อมาป้ายบนสไลด์ หรือภาชนะที่เตรียมไว้ หลังจากนั้นนำ 30% H_2O_2 มาหยดลงบนเชื้อ ถ้าเป็นเชื้อหนองในจะเกิดฟองฟูขึ้นมา ลักษณะฟองจะละเอียด เป็นการทดสอบความสามารถในการสร้างเอนไซม์ Catalase เพื่อย่อย H_2O_2 ⁽¹⁴⁾

5. การทดสอบ Carbohydrate utilization test ทดสอบเพื่อดูความสามารถในการใช้น้ำตาลของเชื้อหนองใน น้ำตาลที่ใช้คือ กลูโคส มอลโตส และซูโครส เชื้อหนองในจะใช้น้ำตาลกลูโคสเพียงชนิดเดียว โดยจะเปลี่ยนสีอาหารเลี้ยงเชื้อ จากสีส้มแดงเป็นสีเหลือง

การทดสอบความไวต่อยา (Antimicrobial susceptibility test: AST) [Minimal inhibitory concentration: MIC หน่วยเป็น ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ($\mu g/ml$), Epsilon test: E-test หน่วยเป็น มิลลิเมตร (mm)]

เตรียมตัวอย่างเชื้อ *N. gonorrhoeae* ทดสอบโดยเพาะเลี้ยงเชื้อหนองในบน chocolate agar (CA) ที่บ่มนาน 20-24 ชั่วโมง โดยวิธี direct colony suspension คือการใช้ loop ที่ปราศจากเชื้อแตะเชื้อ 3-5 โคโลนีลงใน Mueller-Hinton broth (MHB) 3 มิลลิลิตร (ml) ปรับให้มีความขุ่นเท่ากับ 0.5 McFarland standard ควรลงเชื้อบนอาหารทดสอบทันที หรือภายใน 15 นาที หลังเตรียมเสร็จ เพื่อป้องกันเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นกว่าเดิม ทำการทดสอบโดยใช้ sterile swab จุ่มเชื้อที่เทียบความขุ่นแล้ว ป้ายบน GC agar base (GC agar base + 1% defined growth supplement ความหนาของอาหาร 4 mm หรือ 25 ml) ผึ่งผิวหน้าอาหารให้แห้ง โดยลากเส้นผ่านกึ่งกลางจานเพาะเชื้อแล้วป้ายเป็นเส้นตั้งฉากๆ ให้ทั่วผิวหน้าของวุ้นหมุนจานเพาะเชื้อประมาณ 60 องศา แล้วทำเช่นเดียวกันจนครบ 3 ครั้ง เพื่อให้แบคทีเรียกระจายตัวสม่ำเสมอทั่วผิวของอาหารเลี้ยงเชื้อตั้งไว้ประมาณ 3-5 นาที เพื่อให้ผิวหน้าอาหารแห้ง จึงวางแผ่นยา ตามวิธี Epsilon test (E-test) ใช้ sterile forceps คีบแผ่นยา วางบนผิววุ้นที่ป้ายเชื้อ แล้วกดเบาๆ เพื่อให้แผ่นยาแนบกับวุ้น บ่มนาน 20-24 ชั่วโมง แล้วอ่านผลโดยเชยควมคมคุณภาพของหนองในด้อยา

N. gonorrhoeae ATCC 49226 ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการทดสอบ มีดังนี้ คือ Azithromycin, Ciprofloxacin, Cefixime, Ceftriaxone, Tetracycline และ Penicillin

การทำ *N. gonorrhoeae* multi-antigen sequence typing (NG-MAST)⁽⁶⁾

1. เตรียมสกัดดีเอ็นเอ (DNA) โดยนำเชื้อที่ culture ไปใส่ broth แล้วละลาย วัดความขุ่นให้ได้ 2.0-4.0 McFarland ดูดใส่ microcentrifuge tube 1.0 ml นำไปต้ม 10 นาที ที่อุณหภูมิ 95-100 องศาเซลเซียส หลังจากนั้นนำไปปั่น 12,000 g 4 องศาเซลเซียส นาน 10 นาที ดูดส่วนใสใส่ tube 500 ไมโครลิตร (μl) เติม absolute alcohol 1 ml หลังจากนั้นผสมเพื่อให้ตกตะกอน DNA ที่ -20 องศาเซลเซียส นาน 10 นาที แล้วนำไปปั่น 12,000 g 4 องศาเซลเซียส นาน 10 นาที เท absolute alcohol ทั้ง แล้วซับให้แห้ง หลังจากนั้น เติม ร้อยละ 70 ethanol 1 มิลลิลิตร เพื่อล้างแล้ว ปั่น 12,000 g 4 องศาเซลเซียส นาน 2 นาที 2 รอบ แล้วเท ethanol ทั้ง ซับให้แห้ง ปั่นภายใต้สุญญากาศ (speed vac) 15 นาที เพื่อให้ตะกอนแห้งเร็วขึ้น แล้วเติม TE buffer 50 μl

2. การทดสอบวิธี NG-MAST เป็นวิธีที่ใช้ส่วน internal fragments ของยีน porB และ ยีน tpbB ซึ่งเป็นส่วนของที่มีความแปรปรวนมากที่สุดของเชื้อ ลำดับนิวคลีโอไทด์ทั้ง 2 ยีน คือ porB (por seq. strain MS11; GenBank accession number M21289)⁽⁷⁾ ใช้ไพรเมอร์ดังนี้ F-5'-350CAA GAA GAC CTC GGC AA366-3 และ R-5'-1086CCG ACA ACC ACT TGG T1071-3 ขนาด 737 คู่เบส ยีน tpbB (tpbB seq. strain UU1008; GenBank accession number 2286066)⁽⁷⁾ ใช้ไพรเมอร์ดังนี้ F-5'-1098CGT TGT CGG CAG CGC GAA AAC1118-3 และ R-5'-1686TTC ATC GGT GCG CTC GCC TTG1666-3 ขนาด 589 คู่เบส โดยทำปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอร์เรส (Polymerase chain reaction: PCR) เตรียม master mix ของยีนทั้ง 2 คู่ ดังนี้ Taq buffer 2.5 μl , DNA dNTP 0.5 μl , Forward primer 2.5 μl , Reverse primer 2.5 μl , $MgCl_2$ 1.0 μl (ใช้ condition นี้ทั้ง 2 ยีน ยกเว้น $MgCl_2$ ของ tpbB

ใช้ 1.5 μ l), Taq DNA polymerase 0.3 μ l และ DNA template 5 μ l หลังจากนั้นเติมน้ำให้ได้ปริมาตร 22 μ l ทั้ง 2 ยีนส์ (บริษัท Thermo Scientific) และ condition PCR ใช้จำนวนรอบ 25 รอบ Predenature 95 องศาเซลเซียส 4 นาที Denature 95 องศาเซลเซียส 30 วินาที Annealing 57 องศาเซลเซียส สำหรับยีน PorB และ 68.4 องศาเซลเซียส สำหรับยีน tpbP 30 วินาที Extension 72 องศาเซลเซียส 1 นาที⁽⁷⁾ แล้วจึงนำไปทำอิเล็กโตรโฟรีซิส (electrophoresis) ดูผลการทดสอบ และ ส่ง PCR product ไปวิเคราะห์หาลำดับเบส ST ที่บริษัทเอกชนที่ให้บริการ (บริษัทไบโอแอดคทีฟ จำกัด)

3. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับเบส ST ใส่ในโปรแกรม edit sequence เปรียบเทียบลำดับลำดับเบสของ *N. gonorrhoeae* และ ตรวจสอบหาความจำเพาะของเชื้อที่ส่งไปทดสอบ เมื่อได้ผลว่าเป็น *N. gonorrhoeae* และจึงนำไปวิเคราะห์ ในเว็บไซต์ www.ng-mast.net เพื่อหา ST ของเชื้อแต่ละตัวอย่าง

สรุปผลการศึกษา

เชื้อที่แยกได้บน CA มีลักษณะโคโลนีขนาดเล็ก กลม สีเทา นูน ขอบเรียบ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.6–1 mm เชื้อตัวอย่างทั้งหมด มีจำนวน 98 ตัวอย่าง

รายงานผลทดสอบความไวต่อยา Ciprofloxacin (MIC ≤ 0.06 μ g/ml, E-test ≤ 41 mm), Tetracycline (MIC ≤ 0.25 μ g/ml, E-test ≤ 38 mm) และ Penicillin (MIC ≤ 0.06 μ g/ml) พบว่าค่าความไวของยาลดลงไปจนถึงเกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะ ส่วนอีกกลุ่ม ได้แก่ ยา Azithromycin (MIC ≤ 1.0 μ g/ml), Cefixime (MIC ≤ 0.25 μ g/ml) และ Ceftriaxone (MIC ≤ 0.25 μ g/ml) พบว่ายังไม่มีการดื้อยา แต่พบว่ามี 1 ตัวอย่างที่ยา Azithromycin, Cefixime และ Ceftriaxone มีแนวโน้มที่ค่าความไวต่อยาปฏิชีวนะลดลงทั้ง 3 ชนิด ดังการทดสอบด้วยวิธี E-test (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ตัวอย่างวิธีการทดสอบหาความไวต่อยาปฏิชีวนะด้วยวิธี E-test

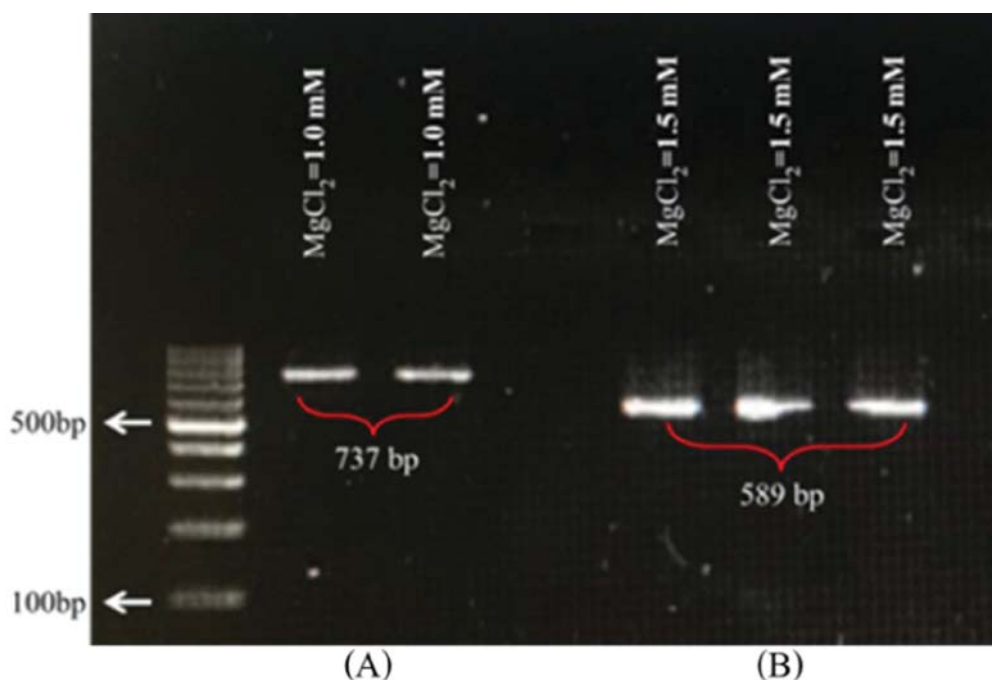
ผลการทดสอบหาสภาวะที่เหมาะสมของ ปฏิกริยาอุกโซพอลิเมอร์ส เมื่อใช้ไพรเมอร์ 2 คู่ ได้แก่ ไพรเมอร์ PorB-F และ PorB-R และไพรเมอร์ *tbpB*-F และ *tbpB*-R ดังนี้

1. ผลการทดสอบหาสภาวะอุณหภูมิช่วง annealing (annealing temperature; Ta) ที่เหมาะสมของ ปฏิกริยาอุกโซพอลิเมอร์ส โดยใช้ไพรเมอร์ PorB-F และ PorB-R โดยมีการแบ่งออกเป็น 8 ระดับ ได้แก่ 57.0, 57.5, 58.3, 59.4, 60.7, 61.8, 62.6 และ 63.0 องศาเซลเซียส ซึ่งพบว่าอุณหภูมิช่วงการเกิด annealing ที่เหมาะสม โดยพบว่าเชื้อ *N. gonorrhoeae* จะให้ผลผลิต ยีน PorB ชัดเจนที่อุณหภูมิ 57.0 องศาเซลเซียส ขนาด 737 คู่เบสที่ชัดเจน ในขณะที่เมื่อพิจารณาอุณหภูมิต่ำกว่า ตั้งแต่ 57.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป ผลผลิตไม่ชัดเจน

2. ผลการทดสอบหาสภาวะอุณหภูมิช่วง annealing (annealing temperature; Ta) ที่เหมาะสมของ ปฏิกริยาอุกโซพอลิเมอร์ส ด้วยไพรเมอร์ *tbpB*-F และ *tbpB*-R การทดสอบแบ่งออกเป็น 8 ระดับ ได้แก่ 66.0, 66.5, 67.3, 68.4, 69.8, 70.9, 71.6 และ 72.0 องศาเซลเซียส ซึ่งพบว่าอุณหภูมิช่วงการเกิด annealing ที่เหมาะสม โดยพบว่าเชื้อ *N. gonorrhoeae* จะให้ผลผลิต ยีน *tbpB* ที่อุณหภูมิ 68.4 องศาเซลเซียส ขนาด 589 คู่เบสที่ชัดเจนที่สุด เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับอุณหภูมิต่ำกว่า จะมีผลผลิตไม่ชัดเจน

3. ผลการทดสอบหาความเข้มข้นของ $MgCl_2$ ที่เหมาะสมของปฏิกริยาอุกโซพอลิเมอร์สโดยใช้ไพรเมอร์ 2 คู่ *tbpB*-F, *tbpB*-R, PorB-F และ PorB-R โดยให้มีความเข้มข้นของ $MgCl_2$ แตกต่างกัน 4 ระดับ ได้แก่ 0.5, 1.0, 1.5 และ 2.0 การทดสอบในช่วงอุณหภูมิ annealing ที่ให้ผลผลิตยีน *tbpB* ที่ชัดเจน ได้แก่ 68.4 องศาเซลเซียส และจากผลการทดลองพบว่าความเข้มข้นของ $MgCl_2$ ที่เหมาะสม คือ 1.5 μ l ที่สภาวะดังกล่าวจะทำให้เชื้อหนองในเกิดผลผลิต *tbpB*-F และ *tbpB*-R มีขนาด 589 คู่เบส ที่ชัดเจนที่สุด เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับความเข้มข้นอื่นๆ ที่มีผลผลิตไม่ชัดเจน ทำการทดสอบในช่วงอุณหภูมิ annealing ที่ให้ผลผลิตยีน PorB ที่ชัดเจน ได้แก่ 57.0 องศาเซลเซียสและจากผลการทดลองพบว่าความเข้มข้นของ $MgCl_2$ ที่เหมาะสม คือ 1.0 μ l ที่ สภาวะดังกล่าวจะทำให้เชื้อหนองในเกิดผลผลิตของยีน PorB-F และ PorB-R มีขนาด 737 คู่เบส ที่ชัดเจนที่สุด เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับความเข้มข้นอื่นๆ ที่มีผลผลิตไม่ชัดเจน

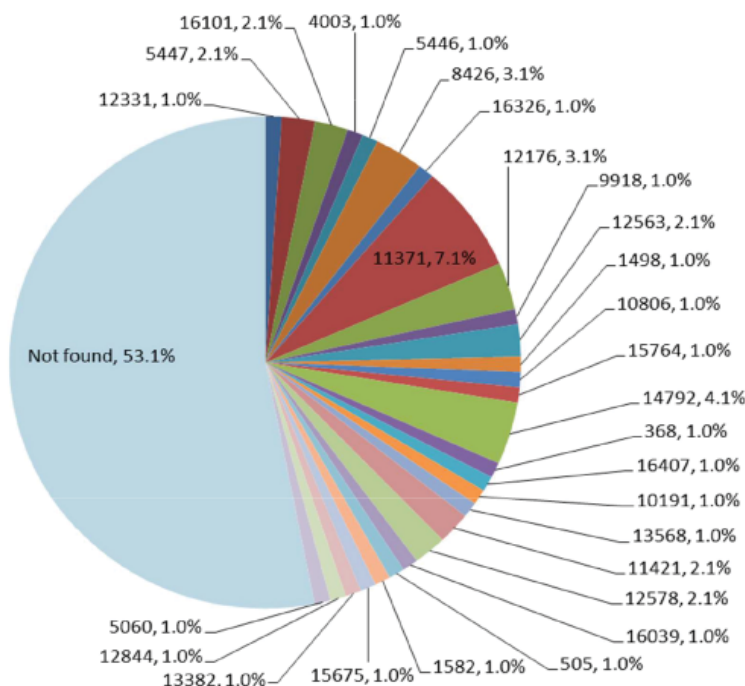
4. ผลการทดสอบหาสภาวะอุณหภูมิช่วง annealing และหาความเข้มข้นของ $MgCl_2$ ที่เหมาะสมของปฏิกริยาอุกโซพอลิเมอร์สโดยใช้ไพรเมอร์ 2 คู่ PorB-F, PorB-R, *tbpB*-F และ *tbpB*-R (ภาพที่ 2) โดยยีน PorB (A) และ *tbpB* (B) ได้สภาวะอุณหภูมิช่วง annealing ที่เหมาะสม คือ 57.0 และ 68.4 องศาเซลเซียสตามลำดับ และความเข้มข้นของ $MgCl_2$ ที่เหมาะสม คือ 1.0 μ l และ 1.5 μ l ตามลำดับ



ภาพที่ 2 แสดงผลการทดสอบสถานะอุณหภูมิช่วง annealing และหาความเข้มข้นของ $MgCl_2$ ที่เหมาะสมของปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอร์โดยใช้ไพรเมอร์ 2 คู่ คือ (A) : *PorB*-F, *PorB*-R และ (B) : *tpbB*-F และ *tpbB*-R

รายงานผลการทดสอบวิธี NG-MAST โดย ST ที่เหมือนกันมีดังนี้ ST5447 (n=2, 2.1%), จากจำนวนตัวอย่างเชื้อทั้งหมด 98 ตัวอย่าง ได้ค่า ST ST16101 (n=2, 2.1%), ST8426 (n=3, 3.1%), ที่ไม่เหมือนกันทั้งหมด 28 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 46 ST11371 (n=7, 7.1%), ST12176 (n=3, 3.1%), ได้ ST ดังนี้ ST12331, ST5447, ST16101, ST4003, ST12563 (n=2, 2.1%), ST14792 (n=4, 4.1%), ST5446, ST8426, ST16326, ST11371, ST12176, ST11421 (n=2, 2.1%) และ ST12578 (n=2, 2.1%) ST9918, ST12563, ST1498, ST10806, ST15764, และ ST ที่ไม่พบข้อมูลในฐานข้อมูลของ NG-MAST ST14792, ST368, ST16407, ST10191, ST13568, (Not found) มีทั้งหมด 52 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ST11421, ST12578, ST16039, ST505, ST1582, 53.10 ดังแสดงผลในแผนภูมิวงกลม (ภาพที่ 3) ST15675, ST13382, ST12844 และ ST5060 ST

แผนภูมิวงกลมแสดงจำนวน Sequence typing (n=98,100%)



ภาพที่ 3 แสดงแผนภูมิวงกลมผลการทดสอบวิธี NG-MAST จากตัวอย่างเชื้อหนองในจำนวนทั้งหมด 98 ตัวอย่าง

อภิปรายผล

จากผลการทดลอง สิ่งที่สังเกตได้คือ อาจเนื่องจากยา Ciprofloxacin, Tetracycline และ Penicillin มีค่าความไวของยาลดลง และพบการดื้อยา จึงไม่มีการใช้ยา Ciprofloxacin, Tetracycline และ Penicillin เพื่อทำการรักษาโรคหนองใน ส่วนยาที่นำมาใช้ในการรักษา ได้แก่ ยา Azithromycin, Cefixime และ Ceftriaxone จะพบว่าค่าความไวของยา Azithromycin ไม่มีแนวโน้มลดลง แต่ยา Cefixime และ Ceftriaxone มีแนวโน้มค่าความไวต่อยาลดลงในเชื้อหนองในบางตัวอย่างที่นำมาทดสอบ จึงเป็นสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเป็นอย่างมาก เพราะยาทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหนองในในประเทศไทยจากข้อมูลที่ได้ศึกษาค้นคว้าของต่างประเทศ พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเมืองคอร์ก The Gonococcal Isolate Surveillance Project (GISP) ที่เฝ้าระวังการดื้อยาพบค่าความไวของยาปฏิชีวนะในกลุ่ม Cephalosporin ลดลง⁽¹⁵⁾ ในประเทศแคนาดา

ได้แก่ The National Surveillance Program (NSP) ที่เฝ้าระวังการดื้อยา พบว่ายา Azithromycin มีอัตราการดื้อยาที่เพิ่มขึ้นในปี 2011 จากร้อยละ 0.40 เป็นร้อยละ 2.30 ในปี 2014⁽¹⁵⁾ และกลุ่มประเทศในเอเชียของคอร์กที่เฝ้าระวังการดื้อยา ได้แก่ Western Pacific Region (WPR) และ South East Asian Region (SEAR) พบว่ามีการดื้อยา Quinolone และ ยา Azithromycin ที่มีค่าค่อนข้างกว้าง (จากการศึกษาตัวอย่างเชื้อหนองใน 9,744 ตัวอย่าง พบการดื้อยา Quinolone ในหลายประเทศ และพบการดื้อยามากกว่า ร้อยละ 90.00 ใน 11 ประเทศ และพบการดื้อยา Azithromycin ในหลายประเทศที่มีเปอร์เซ็นต์แตกต่างกันมาก คือ พบการดื้อยา Azithromycin ตั้งแต่ 0 ถึง ร้อยละ 1 ในประเทศกัมพูชา และประเทศอินเดีย, ร้อยละ 34.00 ในประเทศมองโกเลีย) และในหลายๆ ประเทศของเอเชียพบความไวของยา Ceftriaxone ลดลง⁽¹⁵⁾ ในกลุ่มของยุโรป จะมียาที่เฝ้าระวังการดื้อยา ได้แก่ The European GASP

(Euro-GASP) ดำเนินการโดย The European CDC (ECDC) จากการรายงานปี 2017 พบว่ายา Ciprofloxacin กับยา Azithromycin มีความไวลดลง ร้อยละ 53.00 และ ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ และพบว่ายา Cefixime มีอัตราการดื้อยาสูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ในออสเตรเลีย มีหน่วยงานที่เฝ้าระวังการดื้อยา คือ The Australian Gonococcal Surveillance Program (AGSP) ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดการดื้อยากันข้ามกลุ่มในแต่ละภูมิภาคของประเทศ เพราะมีความแตกต่างกันทางภูมิภาคได้ เพื่อให้สามารถทราบถึงแนวโน้มในการดื้อยา จึงต้องมีการศึกษาวิจัยในระดับอนุชีวโมเลกุลวิธีที่เป็นที่ยอมรับ และสามารถหาข้อมูลได้ง่าย คือ *N. gonorrhoeae* multiantigen sequence typing (NG-MAST) มาช่วยในการดูแนวโน้มที่จะเกิดการดื้อยาขึ้น เพราะวิธีนี้สามารถจำแนกความหลากหลายของแต่ละสายพันธุ์⁽⁶⁾ เมื่อทำการหาลำดับนิวคลีโอไทด์ของยีนทั้งสองชนิดนี้ จะสามารถนำผลมาเปรียบเทียบกับข้อมูลบนฐานข้อมูล เพื่อหาความสัมพันธ์กับเชื้อที่ได้ มีการศึกษาไว้ก่อนจากหลายประเทศทั่วโลก วิธีนี้เหมาะสำหรับการศึกษาเชื้อหนองในดื้อยาที่มีการระบาด หรือเกิดการกระจายตัวอยู่ในประเทศ หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงทางพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้นวิธีนี้จึงมีความเหมาะสมและแม่นยำมาก สามารถทำได้เมื่อมีเชื้อเปรียบเทียบหลายตัวอย่าง อีกทั้งยังมี online database เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบข้อมูล จากผลการทดลอง พบ ST ที่อยู่ในฐานข้อมูลของทั่วโลก 28 ตัวอย่าง และ ST ที่ไม่พบข้อมูลในฐานข้อมูลของ NG-MAST (Not found) มีทั้งหมด 52 ตัวอย่าง ซึ่ง ST ที่ไม่พบข้อมูลอาจเกิดจากเชื้อหนองในที่มีหลากหลายสายพันธุ์ สายพันธุ์ของไทยยังระบุหมายเลขไม่ได้จึงยังไม่สามารถค้นพบในระบบได้ แต่ถ้ามีการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นก็อาจจะมีการค้นพบหมายเลขสายพันธุ์ใหม่ขึ้นได้ ส่วน 28 ตัวอย่างที่พบเป็น ST ทั่วไปที่ไม่มีข้อมูลการระบาดของเชื้อหนองในดื้อยา

ยกเว้น ST12563 ที่พบว่ามีค่าความไวของยา Cefixime และ Ceftriazone คือ 0.125 µg/ml และ 0.126 µg/ml ตามลำดับ ดังนั้นจึงอาจพยากรณ์ได้ว่าถ้าพบ ST12563 มีแนวโน้มที่จะมีค่าความไวของยาในกลุ่ม Cephalosporin ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยา สามารถช่วยพยากรณ์แนวโน้ม หรือปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อได้ เพื่อเฝ้าระวังการแพร่กระจายในกลุ่มเสี่ยงในอนาคต การใช้วิธีการทดสอบของ NG-MAST มีความสะดวกในการหาข้อมูล ST เพราะมีเว็บไซต์ออนไลน์ที่ให้ผู้สนใจได้ทำการสืบค้น และหาข้อมูลได้ นอกจากนี้ อีกวิธีหนึ่งที่เป็น gold standard ของ ST คือ วิธี Pulsed-field gel electrophoresis (PFGE) นิยมใช้ศึกษาการระบาดของเชื้อแบคทีเรีย⁽⁶⁾ รวมทั้งเชื้อหนองในซึ่งใช้ศึกษาในประเทศต่าง ๆ⁽¹⁶⁻²⁰⁾ และยังพบว่าในประเทศไทยใช้ในด้านนิติเวชด้วย⁽¹⁶⁾ โดยวิธีนี้ใช้เอ็นไซม์ในการตัดตัวอย่าง DNA ซึ่งสามารถศึกษาได้ทั้งขนาดจีโนม⁽²¹⁾ แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ จะต้องมีความเชี่ยวชาญในการแปลผลของแถบสารพันธุกรรมจากการ run gel electrophoresis จึงไม่สามารถทำได้ครั้งละมาก ๆ รวมทั้งต้องใช้เวลาในการทดสอบแต่ละครั้งด้วย⁽¹⁸⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ กลุ่มบางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และ Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Program (E-GASP) in Thailand ที่กรุณาอนุเคราะห์เชื้อตัวอย่าง ในงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางชันสูตร กลุ่มบางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of AIDS, TB and STIs. Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases 2015. Nonthaburi: Graphic and Design Alphabet Publishing Co., Ltd.(TH); 2015. (in Thai)
2. Ezewudo MN, Joseph SJ, Castillo-Ramirez S, Dean D, del Rio C, Didelot X, et al. Population structure of *Neisseria gonorrhoeae* based on whole genome data and its relationship with antibiotic resistance. *Peer J*. 2015;3:e806.
3. WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018.
4. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. U.S. Department of Health and Human Services 2015. [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>.
5. CDC. Incidence, Prevalence, and Cost of Sexually Transmitted Infections in the United States 2013. [cited 2021 Mar 17]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/stats/sti-estimates-fact-sheet-feb-2013.pdf>.
6. Goire N, Lahra MM, Chen M, Donovan B, Fairley CK, Guy R, et al. Molecular approaches to enhance surveillance of gonococcal antimicrobial resistance. *Nat Rev Microbiol*. 2014; 12(3): 223-9.
7. Martin IMC, Ison CA, Aanensen DM, Fenton KA, Spratt BG. Rapid Sequence-Based Identification of Gonococcal Transmission Clusters in a Large Metropolitan Area. *J Infect Dis*. 2004; 189(8): 1497-505.
8. Buono S, Wu A, Hess DC, Carlson JS, Rauch L, Philip SS, et al. Using the *Neisseria gonorrhoeae* multiantigen sequence-typing method to assess strain diversity and antibiotic resistance in San Francisco, California. *Microb Drug Resist*. 2012; 18(5): 510-7.
9. Starnino S, Dal Conte I, Matteelli A, Galluppi E, Cusini M, Di Carlo A, et al. Trend of ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* strains isolated in Italy and analysis of the molecular determinants. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2010; 67(4): 350-4.
10. Shimuta K, Unemo M, Nakayama S, Morita-Ishihara T, Dorin M, Kawahata T, et al. Antimicrobial resistance and molecular typing of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Kyoto and Osaka, Japan, 2010 to 2012: intensified surveillance after identification of the first strain (H041) with high-level ceftriaxone resistance. *J Antimicrob Chemother*. 2013; 57(11): 5225-32.
11. Cheng C-W, Li L-H, Su C-Y, Li S-Y, Yen M-Y. Changes in the six most common sequence types of *Neisseria gonorrhoeae*, including ST4378, identified by surveillance of antimicrobial resistance in northern Taiwan from 2006 to 2013. *JMII*. 2014; 49(5): 708-16.
12. Lawung R, Charoenwatanachokchai A, Cherdtrakulkiat R, Thammapiwan S, Mungniphonpan T, Bulow L, et al. Antibigrams and randomly amplified polymorphic DNA-polymerase chain reactions (RAPD-PCR) as epidemiological markers of gonorrhea. *J Clin Lab Anal*. 2010; 24(1): 31-7.
13. Lawung R, Buatiang A, Jittawoutipoka T, Rittiroongrad S, Prachayasittikul V. Increasing trend of multiple resistance and genomic mobility of *Neisseria gonorrhoeae* to penicillin and quinolone. *EXCLI Journal*. 2005; 4: 130-40.

14. Buasakul P. Identification of Multidrug-resistance *Neisseria gonorrhoeae* Clinical Isolates by MALDI-TOF MS. *Thammasat Medical Journal*. 2015; 15(3): 406-15.
15. Costa-Lourenço APRd, Barros dos Santos KT, Moreira BM, Fracalanza SEL, Bonelli RR. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: history, molecular mechanisms and epidemiological aspects of an emerging global threat. *Braz J Microbiol*. 2017; 48(4): 617-28.
16. Yoo J, Yoo C, Cho Y, Park H, Oh HB, Seong WK. Antimicrobial resistance patterns (1999-2002) and characterization of ciprofloxacin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in Korea. *Sex Transm Dis*. 2004; 31(5): 305-10.
17. Uehara AA, Amorin EL, Ferreira Mde F, Andrade CF, Clementino MB, de Filippis I, et al. Molecular characterization of quinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Brazil. *J Clin Microbiol*. 2011; 49(12): 4208-12.
18. Lundback D, Fredlund H, Berglund T, Wretling B, Unemo M. Molecular epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae*- identification of the first presumed Swedish transmission chain of an azithromycin-resistant strain. *APMIS*. 2006; 114 (1): 67-71.
19. Dal Conte I, Fianchino B, Delmonte S, Robbiano F, D'Antuono A, Mirone E, et al. Phenotypic and genotypic characterization of *Neisseria gonorrhoeae* in parts of Italy: detection of a multiresistant cluster circulating in a heterosexual network. *Clin Microbiol Infect*. 2008; 14(10): 949-54.
20. Hsueh PR, Tseng SP, Teng LJ, Ho SW. High prevalence of ciprofloxacin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in Northern Taiwan. *Clin Infect Dis*. 2005; 40(1): 188-92.
21. Sathirareuangchai S, Phuangphung P, Leelaporn A, Boon-yasidhi V. The usefulness of *Neisseria gonorrhoeae* strain typing by Pulse-Field Gel Electrophoresis (PFGE) and DNA detection as the forensic evidence in child sexual abuse cases: a case series. *J Leg Med*. 2015; 129(1): 153-7.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการ

ในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE OF HIV INFECTED

AND AIDS PATIENTS IN HUAI YOT HOSPITAL, TRANG PROVINCE

สุดคณิง ณ ระนอง

Sutkanung Na Ranong

สาขาศึกษาทั่วไป

Department of General Education

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง

Faculty of Science and Technology

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง

Rajamangala University of Technology Srivijaya,

Trang Campus

Received: 03/03/2021

Revised: 04/04/2021

Accepted: 23/04/2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 188 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.902 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์อัตรา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณด้วยวิธี Enter

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และตัวแปรเพศ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วหนึ่งของสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ ร้อยละ 47.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Abstract

This research aimed to study the quality of life of HIV infected and AIDS. Study the relationship between personal factors, health factors, social support with quality of life and study the factors predicting the quality of life of HIV infected and AIDS patients in Huai Yot hospital, Trang province. The sample consisted of 188 HIV and AIDS patients registered with HIV and AIDS at special clinic in Huai Yot hospital, Trang province. The data were collected with questionnaires: personal factor, health factors, social support factor and quality of life of HIV and AIDS patients with reliability value 0.902. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Eta coefficient and multiple linear regression with enter were used in the analysis.

The results showed that the overall of quality of life with HIV infected and AIDS patients were rated at moderate level. Personal factors: gender, occupation, income were positively associated with quality of life at high level and education, marital status were positively associated with quality of life at moderate level. Furthermore, the factors affecting to quality of life showed that gender, resource support and social support were statistical significant factor that predicted the quality of life 47.90% with HIV infected and AIDS patients.

คำสำคัญ

คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์

Keywords

Quality of life, HIV infected, AIDS patients

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญที่สุดในทุกประเทศ โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “Human Immunodeficiency Virus” หรือ HIV ซึ่งจะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายมีอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและรุนแรงมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ การตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเร็วและเริ่มรักษาอย่างรวดเร็ว โดยให้ยาต้านไวรัสเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างดี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการ

จากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาวขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสมถึง 83 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.70 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ 690,000 คน ส่วนในประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 472,376 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 4,855 ราย/ปี (เฉลี่ย 33 ราย/วัน) และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,882 ราย/ปี (เฉลี่ย 32 ราย/วัน)⁽¹⁾ ข้อมูลจากศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย⁽²⁾ พบว่า ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่สูงสุดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายร้อยละ 49.00 เกิดจากการรับและถ่ายทอดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปถัมภ์ร้อยละ 30.00 เกิดจากการรับและถ่ายทอดเชื้อ ด้วยการมีเพศสัมพันธ์

กับคู่นอนชั่วคราวและนอกสมรส ร้อยละ 13.00 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์จากการซื้อขายบริการ ร้อยละ 5.00 และเกิดจากการติดเชื้อจากการใช้เข็มและกระบอกฉีดไม่สะอาดร่วมกัน ร้อยละ 3.00 ตามลำดับ ส่วนสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562 จากรายงานของงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังพบว่า จังหวัดตรังมีรายงานผู้ป่วยเอดส์สะสมจำนวน 4,779 ราย เสียชีวิตแล้ว 1,667 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.09⁽³⁾ ส่วนจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในภาครัฐ จำแนกตามรายอำเภอพบว่า ในอำเภอห้วยยอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-2562 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมทั้งสิ้น 492 ราย เสียชีวิตจำนวน 228 ราย และยังมีชีวิตอยู่ 264 ราย และยังมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตามยังไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวนไม่น้อยยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ผลกระทบทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ มีความเจ็บปวดในช่องปาก กลืนลำบากจากการติดเชื้อรา และมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความเครียดตั้งแต่เริ่มแรกที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี มีความวิตกกังวล รู้สึกกลัวตาย กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มีงานทำ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽⁴⁾ ส่วนผลกระทบทางสังคมพบว่า เมื่อติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 88.00 มีความต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะปิดบังการติดเชื้อของตนเอง แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากเกรงว่าถ้าสถานะของตนเองถูกเปิดเผยจะถูกรังเกียจจากคู่สมรส ลูกหลาน หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทำให้เสียโอกาสในการดูแลรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์หรือ

โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ได้รับเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิตจากโรคเอดส์โดยไม่ได้รับยาต้านไวรัสของคนไทย มีระยะเวลาโดยเฉลี่ย 7.50 ปี⁽⁵⁾ จากอดีตถึงปัจจุบัน การติดเชื้อเอชไอวีเป็นความผิดปกติที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ที่มีผลกระทบรุนแรงและซับซ้อนมากกว่าการป่วยจากโรคเรื้อรังประเภทอื่น ๆ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประกอบกับมีการรักษาที่มีการพัฒนาใหม่อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะยาต้านไวรัส ในปัจจุบันมีการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีซึ่งเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์บางคนอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ทำให้ผู้ติดเชื้อบางส่วนเลือกที่จะไม่รักษาด้วยยาต้านไวรัส นอกจากนี้เมื่อตนเองรับรู้ว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ สังคม และเศรษฐกิจ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ถ้าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะสามารถมีชีวิตรอดยืนยาวได้ เช่นเดียวกับคนปกติเป็นระยะเวลาหลายปี หากได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาและทำความเข้าใจถึงข้อมูลและสภาพปัญหาให้ชัดเจนและถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อสามารถนำไปวางแผนจัดระบบการบริการหรือช่วยเหลือสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างแท้จริง จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้⁽⁶⁾ รวมถึงปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ

และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์⁽⁷⁾ ดังนั้นการวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อนำผลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อวางแผนและพัฒนากระบวนการบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

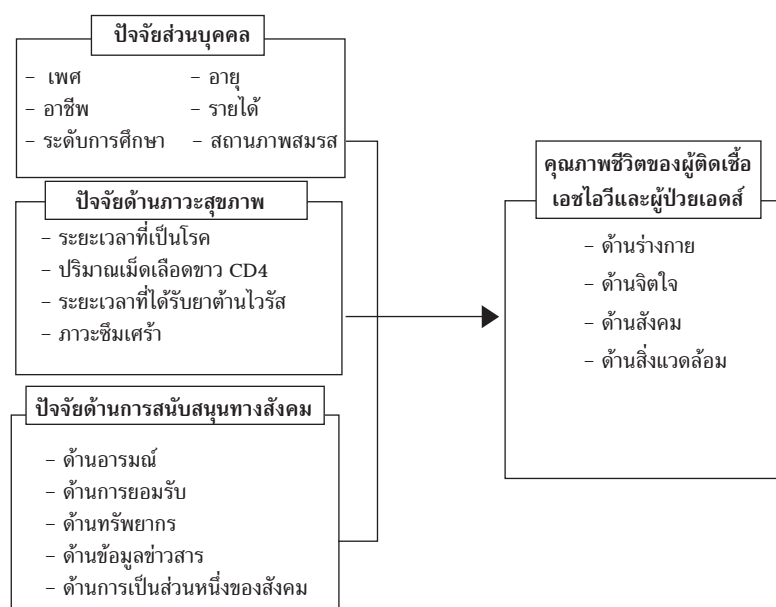
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้กำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส และภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอดจังหวัดตรัง ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง มีขั้นตอนดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 264 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรของ Cochran⁽⁸⁾ ดังนี้

โดยที่

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{NE^2 + Z^2\sigma^2}$$

N คือ ขนาดประชากร จำนวน 264 คน

n คือ ขนาดตัวอย่าง

Z คือ ค่ามาตรฐานของการกระจายปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่า Z เท่ากับ 1.96

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของประชากร⁽⁹⁾ มีค่าเท่ากับ 0.017

E คือ ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของประชากร⁽⁹⁾ มีค่าเท่ากับ 0.01

$$n = \frac{264(1.96^2)(0.017)}{264(0.01^2) + (1.96^2)(0.017)} = 188$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 188 ราย กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี รู้สึกตัวดี และมีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษารายละเอียดตามแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวน 6 ข้อ เป็นการเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ครั้งล่าสุด ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส และการประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพและเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในประเทศไทย มีความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.820 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนน 4 ระดับ (0 = ไม่เป็นเลย, 1 = เป็นบางวัน, 2 = เป็นบ่อย และ 3 = เป็นทุกวัน) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้ค่าจุดตัด (Cut off) เท่ากับ 7 คะแนนเป็นจุดตัดที่แบ่งระดับการวินิจฉัยหรือจำแนกคนที่ป่วยออกจากคนไม่ป่วยแบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง
ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือน้อยมาก

คะแนนรวม 7 -12 คะแนน หมายถึง มีอาการ
ซึมเศร้าระดับน้อย

คะแนนรวม 13-18 คะแนน หมายถึง
มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนรวมมากกว่า 18 คะแนน หมายถึง
มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม เป็น
แบบสอบถามที่สร้างมาจากแนวคิดของ House⁽¹⁰⁾ และ
Weiss⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เพื่อ
ประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน ได้แก่
ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูล
ข่าวสาร และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การแปลผล
ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็นดังนี้

4.21-5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมมากที่สุด

3.41-4.20 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมมาก

2.61-3.40 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมปานกลาง

1.81-2.60 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมน้อย

1.00-1.80 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
คุณภาพชีวิตโดยปรับปรุงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต
ฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย⁽¹²⁾
ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ เพื่อประเมิน
คุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ
ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out)
กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการใน
โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง เพื่อทดสอบความเข้าใจ
ในภาษาที่ใช้ ความเข้าใจในการตอบคำถาม ตรวจสอบ

ความชัดเจนของข้อคำถาม และหาความเชื่อมั่น
(Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของ
แบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.902

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครศรีธรรมราช หมายเลขรับรองจริยธรรมการวิจัย
HE-RDI-NRRU.070/2563 กลุ่มตัวอย่างได้รับ
คำอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเข้าร่วมวิจัย
ด้วยความสมัครใจโดยในระหว่างการวิจัยสามารถยุติ
การตอบแบบสอบถามได้ตามความต้องการ ผู้วิจัยรักษา
ความลับของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ และเมื่อเสร็จสิ้น
การวิจัยแล้วจะทำลายเอกสารแบบสอบถามทั้งหมด
โดยข้อมูลจากการวิจัยทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวม
เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยโดยขออนุญาต
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานคลินิกพิเศษ
โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บ
ข้อมูล โดยชี้แจงให้ทราบถึงลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์
ของการวิจัย และขอคำแนะนำจากที่ปรึกษาโครงการวิจัย
เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์ที่เข้ารับบริการและขอรับคำปรึกษาในคลินิกพิเศษ
ของโรงพยาบาลห้วยยอดที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติ
ที่กำหนดไว้ ในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัย
แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษา
พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด
โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ
ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง
เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ
ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลคุณภาพชีวิต
โดยใช้ระยะเวลาประมาณคนละ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่าง
รู้สึกอึดอัดใจไม่สบายใจที่จะต้องตอบคำถาม สามารถ
หยุดหรือเลิกตอบได้ทันที และในระหว่างการเก็บข้อมูล

จะไม่มีการบินที่กภาพถ่ายใดๆ ทั้งสิ้น เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และข้อมูลปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยการหาความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์ Eta (Eta Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) วิธี Enter

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 188 คน พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 46.80 อายุเฉลี่ย 44.27 ± 10.31 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 73 ปี

ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 46.30 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 25.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 37.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.40 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวีมาแล้วเป็นระยะเวลา 10-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.94 ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีต่ำสุด 1 เดือน และระยะเวลาสูงสุด 24 ปี ส่วนใหญ่มีปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ครั้งล่าสุด มากกว่า 550 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยมีปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำสุด 22 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร สูงสุด 1,370 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.10 โดยมีระยะเวลาต้านไวรัสต่ำสุด 1 เดือน และสูงสุด 19 ปี และในช่วงปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีอาการผิดปกติโดยมีอาการอ่อนเพลียมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.37 รองลงมาคือมีผื่นคันตามร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 26.26 ตามลำดับ และเมื่อประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 80.85 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.09 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.06 และไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 ก.พ.- พ.ค. 2564

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการ
ในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

ตารางที่ 1 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี (ปี)		
ต่ำกว่า 3 ปี	22	11.70
3-6 ปี	42	22.34
7-9 ปี	27	14.36
10-12 ปี	45	23.94
13-15 ปี	31	16.49
15 ปี ขึ้นไป	21	11.17
n = 188 Min = 1 เดือน Max = 24 ปี Mean = 9.39 SD = 4.835		
ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ครั้งล่าสุด		
ต่ำกว่า 200	16	8.99
200-350	20	11.24
351-400	12	6.74
401-550	29	16.29
มากกว่า 550	101	56.74
n = 178 Min = 22 Max = 1,370 Mean = 591.37 SD = 288.96		
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี)		
ต่ำกว่า 3 ปี	29	15.59
3-6 ปี	40	21.51
7-9 ปี	43	23.12
10-12 ปี	39	20.97
13-15 ปี	31	16.67
15 ปี ขึ้นไป	4	2.15
n = 186 Min = 1 เดือน Max = 19 ปี Mean = 8.35 SD = 4.096		
อาการผิดปกติในช่วงปีที่ผ่านมา*		
อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ	83	46.37
ผื่นคันตามร่างกาย	47	26.26
เป็นเชื้อราในช่องปาก หลอดอาหาร หรือช่องคลอด	15	8.38
ลำไส้แปรปรวน	13	7.26
เป็นวัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด	8	4.47
จอประสาทตาอักเสบ	8	4.47
อื่น ๆ (ชาปลายมือ/ตาสาย/หอบ)	5	2.79
* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ (n = 179)		
ระดับภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก (< 7 คะแนน)	152	80.85
ซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน)	34	18.09
ซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	2	1.06
ซึมเศร้าระดับรุนแรง (>18 คะแนน)	0	0.00

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.60, SD = 1.033) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.82, SD = 0.863) รองลงมาคือ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{X}$ = 3.59, SD = 1.094) และการได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับ ($\bar{X}$ = 3.59, SD = 1.109) การได้รับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($\bar{X}$ = 3.55, SD = 1.043) และการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร ($\bar{X}$ = 3.43, SD = 1.055) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์	3.59	1.094	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับ	3.59	1.109	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร	3.43	1.055	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.82	0.863	มาก
การได้รับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	3.55	1.043	มาก
ภาพรวม	3.60	1.033	มาก

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ในภาพรวมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.23 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 37.77 และไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี และเมื่อแยกประเด็นเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.45 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 40.43 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 2.13 ส่วนด้านจิตใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.91 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 39.89 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.19 ด้านสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.19 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.62 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.19 และด้านสิ่งแวดล้อมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.83 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 34.57 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.60 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละด้านจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	4	2.13	108	57.45	76	40.43
ด้านจิตใจ	6	3.19	107	56.91	75	39.89
ด้านสังคม	6	3.19	82	43.62	100	53.19
ด้านสิ่งแวดล้อม	3	1.60	120	63.83	65	34.57
ภาพรวม	0	0.00	117	62.23	71	37.77

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($\text{Eta} = 0.567$) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($\text{Eta} = 0.431$) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($\text{Eta} = 0.448$) อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($\text{Eta} = 0.570$) รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($\text{Eta} = 0.641$) ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุน

ทางสังคม พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($r = 0.489$) การได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($r = 0.450$) การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($r = 0.543$) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($r = 0.477$) การได้รับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ($r = 0.590$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	
	Eta	p-value
เพศ	0.567	0.007
ระดับการศึกษา	0.431	0.291
สถานภาพสมรส	0.448	0.858
อาชีพ	0.570	0.095
รายได้	0.641	0.022

ตัวแปร	r	p-value
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.489	<0.001
การสนับสนุนด้านการยอมรับ	0.450	<0.001
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	0.543	<0.001
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0.477	<0.001
การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	0.590	<0.001

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้ทำการแปลงตัวแปรทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) แล้วทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ คือตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) ด้วยการพิจารณาจากค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF) ตามเกณฑ์ของ Hair⁽¹³⁾ ที่กำหนดไว้ว่าค่า Tolerance ต้องมีค่ามากกว่า 0.10 และค่า VIF ต้องมีค่าไม่เข้าใกล้หรือเกิน 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่า Tolerance

ของตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.205–0.854 และค่า VIF มีค่าอยู่ระหว่าง 1.247–4.872 แสดงว่า ตัวแปรทำนายทุกตัวแปรไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุ (Multicollinearity)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ เพศ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 47.90

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.479$, p -value < 0.001) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนาย ดังนี้ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($b = 0.271$) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ($b = 0.110$) เพศ (-0.218) และมีค่าคงที่ (Constant) เท่ากับ 1.696 สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิต

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ตารางที่ 5) ได้ดังนี้
 Y (คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์) = $1.696 + 0.271$ (การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม) + 0.110 (การสนับสนุนด้านทรัพยากร) - 0.218 (เพศ)

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value	Tolerance	VIF
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ	-0.218	-0.223	-3.216	0.002	0.703	1.423
ระดับการศึกษา	0.251	0.079	1.210	0.228	0.802	1.247
สถานภาพสมรส	0.116	0.099	1.579	0.116	0.854	1.171
อาชีพ	-0.039	-0.029	-0.391	0.696	0.631	1.585
รายได้	0.045	0.028	0.378	0.706	0.628	1.592
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ						
ระยะเวลาที่เป็นโรค	-0.033	-0.101	-0.785	0.434	0.205	4.872
ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4	0.013	0.033	0.480	0.632	0.695	1.439
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส	0.004	0.012	0.098	0.922	0.230	4.356
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม						
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.075	0.143	1.385	0.168	0.317	3.151
การสนับสนุนด้านการยอมรับ	-0.017	-0.034	-0.299	0.765	0.260	3.842
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	0.110	0.184	1.835	0.048	0.338	2.962
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0.056	0.083	1.022	0.308	0.509	1.963
การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	0.271	0.434	5.564	0.001	0.556	1.797
R = 0.692 R² = 0.479 Constant = 1.696 F = 10.903 p-value < 0.001						

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิชฌ อนุบล⁽¹⁴⁾ เกษรวิ ละม้ายสกุล⁽⁶⁾ และ ประทีป ดวงงาม⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง ๆ ที่ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้

อย่างทั่วถึง และได้รับการยอมรับจากสังคมภายนอกมากขึ้น แต่คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อก็ยังคงอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินจากการรับรู้ของบุคคลหรือความรู้สึกพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ในขณะนั้นรวมถึงเป็นความสุขในการดำรงชีวิต แต่เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่หายขาด ต้องปกปิดบุคคลอื่น ยังไม่ได้รับการยอมรับในสังคมมากนัก อีกทั้ง มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส และอาจมีอาการผิดปกติเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาดูแลจากสถานพยาบาลในชุมชน

และได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ของตนได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญพจน์ วิมลรัตนชัยศิริ⁽¹⁶⁾ ณัฐพร สีนวิภาต และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับดี อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลและได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ รวมถึงได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรับประทานยา และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม รวมถึงประกอบอาชีพได้ตามปกติ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และตัวแปรเพศ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการเป็นหนึ่งหนึ่งของสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ ร้อยละ 47.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของเกษรวิ ละม้ายสกุล⁽⁶⁾ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายและเพศหญิงเมื่อต้องเผชิญกับการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจึงทำให้มีผลต่อจิตใจและการดำรงชีวิตอยู่

ต่อไปในอนาคต ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตจากการศึกษาของเปรมจิตร์ ต้นบุญยืน และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีคู่สมรส รวมถึงผู้ที่เปี่ยมหมาย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่เป็นโสด เนื่องจากการมีคู่สมรสช่วยให้ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือให้ดำเนินชีวิตได้ดีกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของสุเทพ รักเมือง⁽¹⁹⁾ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส โดยผู้ที่สมรสแล้วมีคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีคู่สมรสเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สามารถพูดคุยให้กำลังใจและดูแลกันได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ ส่วนผู้ที่อยู่ในสถานภาพโสด มักมีแนวโน้มที่จะไม่มีความสุขเนื่องจากไม่มีผู้ดูแลซึ่งอาจทำให้กระทบต่อจิตใจหรือคุณภาพชีวิตได้ ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อาจเนื่องจากการรักษาในปัจจุบันผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ฟรี โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจึงทำให้ไม่มีความรู้สึกกังวลใจในการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนนี้

นอกจากนี้ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมในด้านทรัพยากรและด้านการเป็นหนึ่งหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป ดวงงาม⁽¹⁵⁾ และเมลิวรรณ ชูดำ⁽²⁰⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากระบบสังคมไทยและวัฒนธรรมไทยมีการสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะกับผู้ที่อ่อนแอหรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยคุกคามชีวิต สมาชิกในสังคมจะให้ความช่วยเหลือคอยให้กำลังใจในการต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนจากสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มี

ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิดคอยให้การช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ให้การยอมรับ มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการดำรงชีวิตย่อมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมและรายด้าน ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบการบริการ และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในการให้การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อวางแผนปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการส่งเสริมสุขภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

2. ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ควรมีการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งการให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านการรักษา กิจกรรมการออกกำลังกาย การดูแลด้านโภชนาการ การสร้างอาชีพ การสร้างความคิดเชิงบวกให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง และเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจกับบุคคลในครอบครัว ญาติมิตร และบุคคลใกล้ชิดให้มีความรู้ความเข้าใจถึงการอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัย

3. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และอาจมุ่งเน้นการศึกษารูปแบบของกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

4. การวิจัยครั้งนี้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะ และมีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่ได้อาจแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ครั้งต่อไปอาจเพิ่มเติมการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) เพื่อได้ทราบข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยงบประมาณเงินรายได้ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย ผู้วิจัยขอขอบคุณความกรุณาจาก คุณมยุรี ลัดดา ศิริรัตน์ คุณนันทวัน ณ ระนอง และคุณฉันทนา สังข์ทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลห้วยยอด ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการวิจัย และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ให้คำแนะนำ แก้ไข ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จด้วยความเรียบร้อย ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National News Bureau of Thailand (TH). AIDS coexistence is not stigmatized. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 5]. Available from <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG201201094219016>
2. HIV INFO HUB. Channels for receiving and transmitting HIV infection. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 5]. Available from <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>. (in Thai)

3. Nantapong Pongsuwan. Factors Affecting Antiretroviral Treatment Therapy in HIV Infected People Rew AIDS Patients Trang Hospital. Thai AIDS Journal. 2020; 32(2): 68 – 78. (in Thai)
4. Kanisorn Kaewdang, Sumalee Rachaniyom. Nurses and Holistic Nursing Care in AIDS Patient. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2015; 26(1 Suppl): 128 – 135. (in Thai)
5. Kiat Rakrungham. Evolution in the care of infected people [Internet]. 2012 [cited 2020 Dec 20]. Available from <https://www.redcross.or.th/article/15421>. (in Thai)
6. Gesrawee Lamaisakul. Health-Related Quality of Life Amongst Persons Living with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Drug at the Secondary Level Hospital in Samut Sakhon Province. [master's thesis]. [Bangkok]: Christian University; 2012. (in Thai)
7. Basavaraj, K.H., Navya, M.A., Rashmi, R. Quality of life in HIV/AIDS. India Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS 2010; 31(2): 75-80. (in Thai)
8. Cochran, W.G. Wiley: Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
9. Yuwadee Leelukkanaveera. Economic evaluation of routine offer of HIV counseling and testing of out patients at community hospitals in Thailand. [dissertation]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
10. House, J.S. The nature of social support. In M.A. Reading. 4th Ed. Work stress and social support Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
11. Weiss, R.S. The provisions of social relationships. In Z. Rubin. 1st Ed. Doing unto others. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1974.
12. Suwat Mahatnirunkul, Wirawan Tantipiwattanasakun, Wanida Pumphaichai. Quality of Life Indicators of the World Health Organization Thai version (WHOQOL-BREF-THAI). Project to make a ready-made program In the 2002 area mental health survey, Suan Prung Hospital, Chiang Mai; 2002. (in Thai)
13. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. Multivariate Data Analysis: A Global Perspective. 7th Ed. Pearson Education; 2010.
14. Wissanu Aninlabon, Araya Prasertchai, Pornthip Geerapong. A Comparison of Quality of Life among HIV/AIDS Patients Attending Government Hospitals. Journal of the Department of Medical services. 2019; 44(3): 120 – 129. (in Thai)
15. Pratheep Duangngam. Factors Affecting Quality of Life of HIV-infected and AIDS Patients Receiving ARVs. HIV in Trang Community Hospital. [master's thesis]. [Songkhla]: Thaksin University; 2012. (in Thai)
16. Panjapoj Wimonratanachaisiri, Suchitra Nilert. Factors Influencing Quality of Life of People with HIV, Sam Chuk District, Suphanburi Province. Medical Journal of Udon Thani Hospital 2016; 25(1): 9 – 18. (in Thai)
17. Nuttapon Leenwiphat, Thawarat Khotphuwang. Quality of life among people living with HIV received antiretroviral drugs in Khon Kaen province. Journal of the Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. 2020; 27(1): 1 – 11. (in Thai)



18. Premchit Tanboonyuen, Yuwadee Lee Lucknaw-ira, Pornnapa Homsin. Factors Predicting Quality of Life of People with HIV and AIDS. *Journal of Public Health Nursing*. 2015; 29(1): 80 - 97. (in Thai)
19. Suthep Rukmoung. Quality of life among AIDS patient receiving antiretroviral therapy in Region 11. [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2003. (in Thai)
20. Maliwan Choodam. Quality of Life among Patients with HIV/AIDS in Pa-phayom District, Phatthalung Province. *Journal of Health Science, Thaksin University*. 2019; 1(1): 1 - 6. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด

EFFECT OF HIV PREVENTION SERVICES AMONG PEOPLE WHO INJECT
DRUGS OF HARM REDUCTION POLICY

จุฬามาศ มากบุญชร

Juthamat Makkunchorn

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

Received: 12/12/2020

Revised: 13/01/2021

Accepted: 03/05/2021

บทคัดย่อ

ผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติงานภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ให้บริการกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด รวมจำนวน 37 คน จากการศึกษาผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีการจัดบริการใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) การให้ความรู้ พบว่า ชุดความรู้ในการให้คำแนะนำของภาครัฐและภาคประชาสังคมยังมีความแตกต่างกันในประเด็นเนื้อหาและยังไม่มีสื่อความรู้สำหรับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (2) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ มีการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ แต่ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม และระหว่างภาครัฐด้วยกัน (3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด มีข้อจำกัดทางด้านกฎหมายที่ยังไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน รวมทั้งทัศนคติและความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ และ (4) การสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย มีการดำเนินงานได้ทุกหน่วยงาน ทั้งนี้พบว่า ข้อจำกัดหรือปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการ คือ เนื้อหาชุดความรู้ สื่อ และช่องทางเผยแพร่ข้อมูลไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดยังผิดกฎหมาย รวมถึงทัศนคติเชิงลบและช่องว่างในการดำเนินงานร่วมกันของบุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การจัดบริการนี้ควรมีการสร้างทัศนคติ ความเข้าใจ และความร่วมมือในทุกระดับ และมีการเชื่อมโยงข้อมูล การบริการและการดูแลรักษาผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดอย่างครอบคลุมรอบด้าน รวมทั้งการแก้ไขข้อกฎหมาย ในประเด็นการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด

Abstract

Effect of HIV prevention services among people who inject drugs of Harm Reduction Policy, the objective of this study was to evaluate the effectiveness of HIV prevention services among people who inject drugs of Harm Reduction Policy. This study mainly used qualitative research tools by reviewing relevant documents and collecting data with four focus groups discussion in a sample of 37 government and civil society workers serving people who inject drugs. The results of the HIV prevention services provided, the service was provided in four categories: (1) Education it was found that there were differences in the knowledge sets in giving advice from government and civil society sectors in the content issue and there is no knowledge of the material for people who inject drugs in the prevention of HIV infection. Therefore, the knowledge package, media, equipment and information distribution channels should be prepared to suit the target group. (2) Voluntary Counseling and Testing have an action but there is still a lack of information linkage between the government and civil society sectors, and between government sectors together. (3) Support to use clean needles and injection devices, there are legal restrictions that are not conducive to operation. Including attitudes and understanding of operators at all levels. And (4) Support to use a condom, there is operation anywhere. However, it was found that the constraints or obstacles in the provision of services, namely content, knowledge packs, media and information dissemination channels were inappropriate for the target audience, the support to use clean needles and injection devices are still illegal, this included negative attitudes and operational gaps among public health personnel and related agencies. Therefore, this services should enhancing attitudes, understanding and cooperation at all levels. And there are comprehensive links to information, services and treatment among people who inject drugs. Including amendments to the law on advocacy issues, use clean needles and injection devices.

คำสำคัญ

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด, การลดอันตรายจากยาเสพติด

Keywords

HIV prevention Services,

People Who Inject Drugs, Harm Reduction

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำและสนับสนุน มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ว่าเป็นกระบวนการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สุด สำหรับการป้องกันเอชไอวี การให้การรักษา และการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และได้มีการ ให้คำจำกัดความการลดอันตรายจากยาเสพติดไว้ว่า เป็นชุดการดูแลแบบผสมผสานเพื่อลดอันตรายหรือ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยมี 10 ชุดบริการ ได้แก่ (1) การให้ความรู้เพื่อสร้าง

ความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยง ของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีและยาเสพติด (IEC) (2) การบำบัดรักษายาเสพติด โดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) ได้แก่ เมทาโดน (3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด (4) การแจกจ่ายยางอนามัย (5) การให้คำปรึกษา และตรวจ การติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อรับบริการดูแล รักษา (VCT) (6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ (7) การป้องกัน วัคซีนและรักษาวัณโรค (8) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (9) การให้บริการ

รักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสฟติ และ (10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคมและการป้องกันการเสฟติซ้ำ การลดอันตรายจากยาเสฟติมีเป้าหมายเบื้องต้นคือการลดอันตรายที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาเสฟติด้วยวิธีฉีด เป้าหมายลำดับถัดไปคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอาชญากรรม ลดการใช้ยาเสฟติไปได้ที่สุด⁽¹⁾

ประเทศไทย ได้มีคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสฟติแห่งชาติ ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติ (Harm Reduction) ในกลุ่มผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด ดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 19 จังหวัด ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยให้บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติแบบรอบด้าน ภายใต้ 10 ชุดบริการ⁽²⁾ ต่อมาศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสฟติแห่งชาติ (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสฟติแห่งชาติเดิม) ได้มีคำสั่งที่ 2/2560 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสฟติ (Harm Reduction)⁽³⁾ มีการกำหนดชุดบริการลดอันตรายจากยาเสฟติแบบรอบด้านสำหรับกลุ่มเป้าหมาย 3 ด้าน ได้แก่ การให้บริการด้านยาเสฟติ การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต และการให้บริการด้านสังคม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายและแนวปฏิบัติให้เป็นไปทางเดียวกัน โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสฟติ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึงเดือนกันยายน 2562 โดยบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด อยู่ภายใต้การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต

จากรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ ปี พ.ศ. 2561⁽⁴⁾ ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนกลุ่มผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด ปี 2560 มี 42,650 คน จากข้อมูลการสำรวจ IBBS ใน 3 จังหวัด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเครือข่าย (RDS) ในปี 2553, 2555 และ 2557 ซึ่งเป็นปีล่าสุด

พบอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 21.90, 25.20 และ 20.50 ตามลำดับ ซึ่งพบแนวโน้มที่ลดลงเรื่อยๆ ส่วนข้อมูลผู้ขายยา ที่เคยได้รับบริการป้องกันเอชไอวีพบว่า สัดส่วนผู้ขายยา ที่ได้รับการตรวจหาเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากข้อมูลในปี 2553, 2555 และ 2557 เป็นร้อยละ 40.70, 43.70 และ 61.30 ตามลำดับ มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้นไม่มากนัก เป็นร้อยละ 46.00, 49.10 และ 51.20 ตามลำดับ ในขณะที่ข้อมูลจำนวนการแจกเข็มสะอาดต่อคนต่อปีให้แก่ผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด ตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP) เป้าหมายประเทศ ปี 2559 เท่ากับ 88 ชิ้น/คน/ปี พบว่า ในปี 2557-2560 เป็นร้อยละ 13.79, 6.33, 13.42 และ 12.79 ชิ้น/คน/ปี ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดมาก บริการนี้ยังคงสามารถทำได้เฉพาะภาคประชาสังคม และไม่อยู่ในระบบบริการของภาครัฐอย่างเต็มรูปแบบ

สำหรับการดำเนินงานป้องกันและการดูแลรักษาเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่ผ่านมามีการบูรณาการควบคู่กับการรักษาตามกรอบบริการ RRTR โดยตั้งเป้าหมายของการทำงานให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรหลักในปี พ.ศ. 2559 การเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) การเข้าสู่ระบบการดูแล (Recruit) การตรวจเอชไอวี (Test) การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat) และการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain) เป้าหมายร้อยละ 79.00, 70.00, 64.00, 70.00 และ 90.00 ตามลำดับ มีการจัดระบบการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและดูแลรักษาในกลุ่มประชากรหลักที่เรียกว่าระบบบริการที่บูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี (Routinely Integrated HIV Information System หรือ RIHIS) ข้อมูลที่ได้จากระบบ RIHIS แสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมของบริการป้องกันและตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่เข้ามาในระบบยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้มาก ความครอบคลุมของการบริการป้องกัน (Reach) ในปี พ.ศ. 2559 สำหรับ

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ความครอบคลุมของการบริการป้องกันยังต่ำมาก กล่าวคือ มีความครอบคลุมของการบริการป้องกันเพียงร้อยละ 22.00 และร้อยละ 36.00 ส่วนความครอบคลุมของการตรวจเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยา ร้อยละ 5.00 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำมาก สัดส่วนของผู้ที่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 61.00 ผลจากการดำเนินงานทั้งจากการสำรวจ IBBS และข้อมูลจากระบบ RIHIS แสดงให้เห็นช่องว่างของการบริการ RRTTR ที่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ โดยในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีความครอบคลุมต่ำมาก การเปลี่ยนผ่านของการดำเนินงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก จากโครงการ CHAMPION สู่โครงการ STAR และการหมดอายุลงของคำสั่งศูนย์อำนวยความสะดวกพื้นดินฯ ส่งผลให้การปฏิบัติงานขาดความต่อเนื่องในบางพื้นที่ แม้ว่าภาครัฐได้พยายามแสวงหางบประมาณให้การทำงานเพื่อคงความต่อเนื่อง แต่กฎระเบียบทางงบประมาณยังเป็นอุปสรรคในการสนับสนุนภาคประชาสังคม รวมไปถึงการปรับแก้กฎหมายเพื่อเอื้อต่อการทำงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ซึ่งการแก้กฎหมายนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการ ซึ่งคาดว่าจะใช้ระยะเวลานาน⁽⁵⁾

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้ดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ตั้งแต่ปี 2558 และยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงาน โดยในปี 2560 ได้ดำเนินโครงการเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด งบประมาณกรมควบคุมโรค เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อสร้างความร่วมมือและสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการให้แก่กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน เพื่อป้องกัน

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเลือด ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี และลดอันตรายจากยาเสพติดในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด ในปีงบประมาณ 2560 โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิป (CIPP Model)⁽⁶⁾ เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Context, Input, Process and Product) โดยมีบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด 4 บริการ ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ (2) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด และ (4) สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย

วิธีการดำเนินงาน

1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นหลัก โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) และการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) ตามรูปแบบการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ซึ่งเป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่สอดคล้องกับประเด็นที่ประเมิน ตั้งแต่การประเมินบริบท (Context) เพื่อตัดสินใจวางแผนการดำเนินงาน ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) เพื่อตัดสินใจในการกำหนดโครงสร้างของโครงการ ประเมินกระบวนการ (Process) เพื่อตัดสินใจนำโครงการไปปฏิบัติ และผลผลิต (Product) เพื่อตัดสินใจบทวนโครงการ

2. พื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่ 7 จังหวัดที่มีการดำเนินงานตามนโยบายลดอันตรายจากยาเสพติดและจัดบริการชุดอุปกรณ์ป้องกันโรค ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดปทุมธานี

จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสตูล
จังหวัดปัตตานี และจังหวัดสงขลา

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐและภาคประชาสังคม
ที่ให้บริการกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในพื้นที่ 7
จังหวัดที่มีการดำเนินงานตามนโยบายลดอันตรายจาก
ยาเสพติดและจัดบริการชุดอุปกรณ์ป้องกันโรค
รวมจำนวน 37 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
การสำรวจเอกสารนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
กับการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)
และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview)

5. วิธีการรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการในการศึกษารั้งนี้เก็บข้อมูล
เกี่ยวกับการสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องและด้านความคิดเห็น
ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับบริการด้านการป้องกันการ
ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยใช้
รูปแบบการประเมินแบบชิป (CIPP Model) เป็น
การประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัย
นำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Context, Input,
Process and Product) มีรายละเอียดต่อไปนี้

5.1) การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Docu-
mentary Research) เป็นการสำรวจข้อมูลขั้นทุติยภูมิ
ผู้ศึกษาทำการสำรวจและวิเคราะห์เอกสารต่างๆ
เพื่อประเมินบริบท (Context) ได้แก่ แนวคิด/นโยบาย
การลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)
ข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข คู่มือ/แนวทางการ
ดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด และกฎหมาย
ที่เกี่ยวข้อง และประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) ในประเด็น
ด้านบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ดำเนินการ
จัดบริการฯ โดยทำการสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องในช่วงปี
2558-2560

5.2) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus group
discussion) เป็นการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน
ภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ให้บริการกลุ่มผู้ใช้

ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในพื้นที่ 7 จังหวัด ทั้งนี้ได้ดำเนินการ
สนทนากลุ่มย่อย จำนวน 4 ครั้ง รวม 37 คน แบ่งเป็น
การสนทนากลุ่มย่อยรายภาค ดังนี้

1. ภาคเหนือ แบ่งเป็น เจ้าหน้าที่ภาครัฐ
จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่
ภาคประชาสังคม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2 คน รวม
7 คน

2. ภาคกลาง แบ่งเป็น เจ้าหน้าที่ภาครัฐ
จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ
จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่
ภาคประชาสังคม จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 1 คน
รวม 5 คน

3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งเป็น
เจ้าหน้าที่ภาครัฐ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 คน และ
เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม จังหวัดขอนแก่น จำนวน
1 คน รวม 5 คน

4. ภาคใต้ แบ่งเป็น เจ้าหน้าที่ภาครัฐ
จังหวัดสตูล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ จังหวัด
ปัตตานี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ภาครัฐจังหวัดสงขลา
จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม จังหวัดสตูล
จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม จังหวัด
สงขลา จำนวน 4 คน รวม 20 คน

โดยศึกษาข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการ
(Process) โดยใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์ SWOT คือ
การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก
ประกอบด้วย จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค
ในการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินการ
จัดบริการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด
(Product) ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ (2) การให้
คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
(3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด และ
(4) สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย ได้ทำการสนทนา
กลุ่มย่อยในช่วงเดือน เมษายนถึงมิถุนายน 2560

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)
และการสรุปความ โดยรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) และการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) โดยวิเคราะห์ถึงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำประเด็นมาแยกเป็นประเด็นย่อย และหัวข้อย่อย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมและนำเสนอผลการวิจัยด้วยวิธีการเชิงบรรยาย

7. การตรวจสอบข้อมูล

ก่อนทำการสนทนากลุ่มย่อยได้ปรึกษาแนวคำถามกับคณะทำงานภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาตรวจสอบ และทำการแก้ไขตามคำแนะนำให้สมบูรณ์ก่อนการสนทนากลุ่มย่อย และเมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วได้ทำการตรวจสอบด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาต่าง ๆ กัน ได้แก่ ด้านเอกสาร ใช้การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งต่างกัน ด้านบุคคล ใช้การ

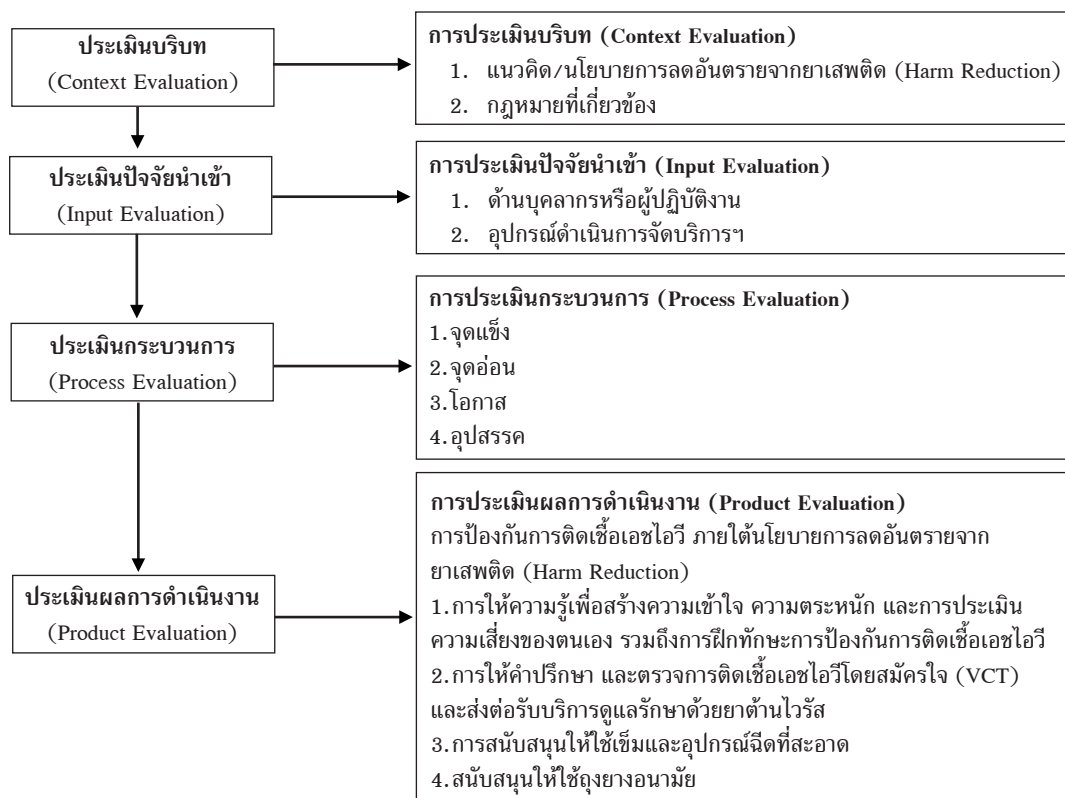
สนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานภาครัฐและภาคประชาสังคม และด้านผู้วิจัย ใช้ข้อมูลจากผู้วิจัยหลายคนที่ยังเรื่องเดียวกันมาตรวจสอบว่าได้ข้อมูลผลการวิจัยตรงกันหรือไม่

8. ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาข้อมูลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจากภาครัฐและภาคประชาสังคมเท่านั้น ทำให้ได้ภาพรวมในการดำเนินงานในส่วนของผู้ให้บริการ แต่ไม่ได้รวมถึงผู้รับบริการ เนื่องจากระยะเวลาและงบประมาณที่มีจำกัด ทำให้ไม่ได้เก็บข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา และการศึกษานี้เป็นการประเมินผลจากการดำเนินงานโครงการ จึงได้มีการขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลก่อนการสนทนากลุ่มย่อย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประเมินผลก่อนการสนทนากลุ่มย่อย

กรอบการวิเคราะห์ (Framework Analysis)

การจัดการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา ภายใต้ต้นนโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด



ผลการศึกษา

การศึกษาผลการจัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสฟติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินบริบท (Context Evaluation)

ส่วนที่ 2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

ส่วนที่ 3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)

ส่วนที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน (Product Evaluation)

ส่วนที่ 1 การประเมินบริบท (Context Evaluation)

การประเมินบริบท (Context Evaluation) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการจัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล โดยผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) ได้แก่ แนวคิด/นโยบายการลดอันตรายจากยาเสฟติ (Harm Reduction) ข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข คู่มือ/แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสฟติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดจากการศึกษา ดังนี้

1.1 แนวคิด/นโยบายการลดอันตรายจากยาเสฟติ (Harm Reduction) องค์การอนามัยโลกได้แนะนำและสนับสนุนมาตรการลดอันตรายจากยาเสฟติ (Harm Reduction) ว่าเป็นกระบวนการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สุด สำหรับการป้องกันเอชไอวี การให้การรักษา และการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศทั่วโลกที่มีการนำนโยบายลดอันตรายจากยาเสฟติ (Harm Reduction) มาใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีด ซึ่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสฟติแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ 2/2560 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสฟติ (Harm Reduction)⁽³⁾

มีการกำหนดชุดบริการลดอันตรายจากยาเสฟติแบบรอบด้านสำหรับกลุ่มเป้าหมาย 3 ด้าน ได้แก่ การให้บริการด้านยาเสฟติ การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต และการให้บริการด้านสังคม โดยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ภายใต้การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต ในผู้ขายเสฟติด้วยวิธีฉีดที่ยังไม่สามารถเลิกเสฟยาได้ทันที ดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพมหานครและ 36 จังหวัด ได้แก่ 1) เชียงราย 2) เชียงใหม่ 3) น่าน 4) พะเยา 5) แม่ฮ่องสอน 6) ลำปาง 7) ตาก 8) สุโขทัย 9) ชัยนาท 10) นนทบุรี 11) ปทุมธานี 12) พระนครศรีอยุธยา 13) กาญจนบุรี 14) ราชบุรี 15) สมุทรสงคราม 16) ปราจีนบุรี 17) สมุทรปราการ 18) กาฬสินธุ์ 19) เลย 20) เพชรบูรณ์ 21) ขอนแก่น 22) นครราชสีมา 23) สุรินทร์ 24) นครศรีธรรมราช 25) สุราษฎร์ธานี 26) พัทลุง 27) ตรัง 28) นราธิวาส 29) ปัตตานี 30) ยะลา 31) สงขลา 32) สตูล 33) อุบลราชธานี 34) อำนาจเจริญ 35) ศรีสะเกษ และ 36) ยโสธร มีระยะเวลาการดำเนินงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสฟติ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึงเดือนกันยายน 2562 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย และแนวปฏิบัติให้เป็นไปทางเดียวกัน

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสฟและผู้ติดยาเสฟติ จึงได้มีข้อสั่งการการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูและลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560⁽⁷⁾ เพื่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสฟติและการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติ (Harm Reduction) รวมถึงการดำเนินงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งกระทรวงสาธารณสุข จากข้อสั่งการดังกล่าวไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติ (Harm Reduction) มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (Standard Operating

Procedure) การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)⁽⁹⁾ และการลงนามความร่วมมือบันทึกความเข้าใจด้วยความร่วมมืออย่างเป็นทางการ เรื่อง การลดอันตรายจากยาเสพติด ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2560⁽¹⁰⁾ เพื่อให้เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วนในการปฏิบัติต่อผู้เสพ เช่น ผู้ป่วย ใช้การสาธารณสุขและแก้ไขผู้เสพ ผู้ติดยาในมิติสุขภาพและลดผลกระทบจากยาเสพติดต่อผู้ใช้ยาและครอบครัว ถูกว่ากระทรวงสาธารณสุขแสดงเจตนารมณ์ที่ชัดเจนต่อการแก้ไขปัญหาในเรื่องการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดด้วยมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด

1.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นนี้ได้ทำการศึกษาพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 หรือพ.ร.บ.ฟื้นฟู⁽¹¹⁾ ที่ได้พยายามเปลี่ยนมุมมองต่อผู้ใช้ยา โดยการปฏิบัติต่อผู้ติดยาเหมือนผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร แต่พระราชบัญญัติเกี่ยวกับยาเสพติดฉบับอื่นๆ ยังคงกำหนดให้การเสพและการครอบครองยาเสพติดเป็นการกระทำความผิดกฎหมาย ซึ่งยังไม่มีกฎหมายฉบับใดที่มีมุมมองแนวคิดในเรื่องการให้บริการเพื่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด หรือการปฏิบัติต่อผู้ติดยาเหมือนผู้ป่วยเลย อีกทั้งบันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง การประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี (เรื่องเสร็จที่ 663/2554)⁽¹²⁾ ได้พิจารณาเรื่องการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด คำว่า “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด” หากกระทำการด้วยวิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดแก่ผู้ติดยาเสพติดย่อมเป็นการขัดต่อบทบัญญัติมาตรา 93/1 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 ที่บัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดยืมยักส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือยาเสพติดให้โทษประเภท 2 โดยข้อกฎหมายนี้ส่งผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด

เพื่อไม่ให้เข็มและอุปกรณ์ฉีดร่วมกัน ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดสูงขึ้น จึงทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เจ้าหน้าที่ภาครัฐจึงไม่สนับสนุนชุดอุปกรณ์ป้องกันโรคให้กับผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดโดยตรง แต่จะทำหน้าที่เป็นคลังอุปกรณ์และกระจายให้กับหน่วยงานภาคประชาสังคมในพื้นที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคมดำเนินการสนับสนุนชุดอุปกรณ์ต่อไป

ส่วนที่ 2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินงานจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด จึงได้ทำการศึกษาข้อมูลด้านบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ดำเนินการจัดบริการฯ จากการประเมินปัจจัยนำเข้า มีรายละเอียดจากการศึกษา ดังนี้

2.1 ด้านบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการฯ มีผู้เกี่ยวข้องหลายส่วนงาน ได้แก่ งานเอดส์ งานยาเสพติด งานจิตเวช ซึ่งงานดูแลกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดส่วนใหญ่จะเป็นงานยาเสพติด และส่งต่อการตรวจคัดกรองโรคให้งานเอดส์และงานจิตเวช ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอนนี้อยู่แล้ว ในส่วนของความเข้าใจในหลักการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินงาน พบว่าผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในหลักการเบื้องต้นได้มีการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการเพื่อจัดบริการฯ โดยได้แนบรายละเอียดการดำเนินงานเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้ทำความเข้าใจและยืนยันเข้าร่วมการจัดบริการฯ ซึ่งพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือพื้นที่ที่ตอบรับเข้าร่วมการจัดบริการฯ และกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เดิม สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) ได้มีการจัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานในการจัดบริการฯ ในครั้งนี้ เมื่อวันที่ 13-14

ธันวาคม 2559 ณ โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร

2.2 อุปกรณ์ดำเนินการจัดการบริการฯ กรมควบคุมโรคได้สนับสนุนอุปกรณ์ดำเนินการจัดการบริการฯ ได้แก่ ชุดอุปกรณ์ป้องกันโรคสำหรับผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด มีการสนับสนุนให้หน่วยงานในพื้นที่ 7 จังหวัด จำนวน 13 แห่ง โดยได้ประเมินความต้องการอุปกรณ์ในพื้นที่ก่อนการสนับสนุนแล้ว เพื่อการจัดสรรอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และค้นหาจุดแข็งและจุดด้อยได้ โดยทำการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) เพื่อร่วมกันประเมิน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคต่อการจัดการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด มีรายละเอียดดังนี้

3.1 จุดแข็ง (Strengths) พบว่า มีจุดแข็งด้านทรัพยากรบุคคล โดยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องมีทัศนคติ ความเข้าใจในเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด และผู้ปฏิบัติงานภาครัฐและภาคประชาสังคมมีความร่วมมือในการดำเนินงานในพื้นที่ ทำให้เกิดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดได้เข้าถึงบริการและมีความไว้วางใจหน่วยงานภาครัฐมากขึ้น จึงถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยผู้ปฏิบัติงานจากภาคเหนือ กล่าวว่า “ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการทำงาน จึงทำให้งานขับเคลื่อนได้” รวมทั้งกล่าวว่า “มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาครัฐ และภาคประชาสังคม” และผู้ปฏิบัติงานจากภาคใต้ กล่าวว่า “ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจในการดำเนินงาน Harm Reduction ดี” และกล่าวว่า “ภาคใต้มีการประสานงาน

กับทางศอ.ปส.จ. (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด) ตำรวจ ทหาร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยดี”

3.2 จุดอ่อน (Weakness) พบว่า การดำเนินงานจัดการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด เป็นการดำเนินงานร่วมกันของงานเอดส์ งานยาเสพติด และงานจิตเวชของหน่วยงาน แต่พบว่ามีบางแห่งที่ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และการให้บริการที่ครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผู้ปฏิบัติงานจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กล่าวว่า “ผู้รับผิดชอบงานเอดส์และยาเสพติด ยังไม่มีการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดช่องว่างในการดำเนินงาน” นอกจากนี้ เรื่องทัศนคติและความเข้าใจในหลักการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะประเด็นที่หลาย ๆ หน่วยงานยังมีทัศนคติเชิงลบในการจัดการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดว่าเป็นการสนับสนุนให้ขายยาเสพติดและทำให้การใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยผู้ปฏิบัติงานจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กล่าวว่า “ทัศนคติ ความเชื่อ ของคนทำงานยาเสพติดยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ภาครัฐเน้นให้บำบัดรักษาและเลิกเสพยา เพราะไม่เข้าใจเรื่อง Harm reduction ที่แท้จริง” จึงควรมีการทำความเข้าใจและสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานให้ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และจากผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อการจัดการเข็มให้กับผู้ขายยาเสพติด โดยผู้ปฏิบัติงานจากภาคเหนือ กล่าวว่า “เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยังมีทัศนคติเชิงลบในการจัดการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดว่าเป็นการสนับสนุนให้ขายยาเสพติดและทำให้การใช้ยาเพิ่มขึ้น” ซึ่งตรงกันกับผู้ปฏิบัติงานจากภาคกลาง กล่าวว่า “เป็นเรื่องยากต่อการยอมรับในกลุ่มผู้ให้บริการบางกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานโดยตรง”

3.3 โอกาส (Opportunity)

การมีคำสั่งจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ คำสั่งที่ 2/2560 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงาน

ลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ถือเป็นโอกาสที่สำคัญในการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด อีกทั้งการมีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องเร่งดำเนินงานและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องถือปฏิบัติ ทำให้การบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีความก้าวหน้ามากขึ้น โดยผู้ปฏิบัติงานจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้กล่าวว่า “ประกาศนโยบายให้ใช้มาตรการลดอันตรายทั้งประเทศ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบผลักดันให้เกิดการบริการ มีการกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม”

3.4 อุปสรรค (Threat)

กฎหมายเป็นเรื่องที่สำคัญที่ถือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน โดยเฉพาะประเด็นการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดยังเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย แม้ว่าจะมีนโยบายระดับชาติหรือระดับกระทรวงเป็นแนวทางและข้อปฏิบัติในการทำงาน แต่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ตำรวจ ทหาร หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ต้องทำตามกฎหมาย การดำเนินงานในเรื่องสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้กับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด จึงเป็นเรื่องที่ยากลำบากและยังคงเป็นอุปสรรคในการจัดการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดอยู่ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานภาครัฐทุกคนกล่าวไปในทิศทางเดียวกัน คือ “ยังมีความกังวลใจในเรื่องกฎหมาย จึงไม่ได้มีการดำเนินงานในเรื่องสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้กับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด” ผู้ปฏิบัติงานภาคประชาสังคมจึงทำหน้าที่การสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดโดยผู้ปฏิบัติงานท่านหนึ่ง กล่าวว่า “นโยบายในการมอบอำนาจการแจกจ่ายเข็มยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความกังวล ส่วนกลางควรมีการพูดคุยประเด็นด้านกฎหมายและออกข้อกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้”

ส่วนที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน (Product Evaluation)

การประเมินผลการดำเนินงาน (Product Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการจัดบริการฯ สำหรับพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการได้ทำการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายใต้ต้นนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) การประเมินผลการดำเนินงานมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ภาครัฐจะเน้นในเรื่องการให้ความรู้เรื่องโรค และการบำบัดรักษาเสพติด ส่วนภาคประชาสังคมจะเน้นให้บริการแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ปลอดภัย รวมทั้งเรื่องการประเมินความเสี่ยงของตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งยังมีเนื้อหาการให้ความรู้ที่แตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติงานภาคกลางกล่าวว่า “ศูนย์ลดอันตราย (ภาคประชาสังคม) มีการให้ความรู้เรื่องกฎหมาย เรื่องสิทธิ ส่วนภาครัฐจะให้ความรู้ในการดูแลรักษา” และยังพบว่า ยังไม่มีสื่อความรู้สำหรับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในการสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จึงควรมีการดำเนินงานร่วมกันในการจัดทำเนื้อหาชุดความรู้ สื่อ และช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มบุคลากรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป โดยผู้ปฏิบัติงานภาคเหนือ กล่าวว่า “ควรมีการปรับทัศนคติทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ด้านการบริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด” และผู้ปฏิบัติงานภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้กล่าวว่า “ควรมีการประชาสัมพันธ์ ทำความเข้าใจ เพื่อปรับทัศนคติ มุมมองเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ และพัฒนาศักยภาพ เจตคติของผู้ปฏิบัติงานตามมาตรการ

Harm Reduction” ดังเช่นผู้ปฏิบัติงานภาคเหนือกล่าวว่า “ต้องมีการชี้แจง/พูดคุย โดยภาครัฐ ระดับประเทศ เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน และสร้างทัศนคติที่ดีให้คนทำงาน”

4.2 การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อรับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ภาครัฐและภาคประชาสังคมมีการดำเนินงานตามมาตรการ RRTTR (Reach- Recruit- Test- Treat- Retain) เพื่อยุติปัญหาเอดส์โดยหน่วยงานภาคประชาสังคมเป็นผู้ค้นหากลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (Reach) และแนะนำการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Recruit) เพื่อส่งต่อให้กับหน่วยงานภาครัฐ โดยจะมีการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test) กรณีพบผลเลือดบวกจะเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat) และกรณีผลเลือดลบจะแนะนำบริการป้องกันเอชไอวีและนัดตรวจทุก 6 เดือน เพื่อให้ยังคงอยู่ในระบบ (Retain) ซึ่งสามารถจัดการบริการในเรื่องนี้ได้ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม แต่พบว่าระหว่างการส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดเข้าสู่บริการทางด้านสุขภาพจากประชาสังคมมายังภาครัฐ และหน่วยงานภาครัฐด้วยกันระหว่างงานเอดส์และงานยาเสพติด ยังขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามการให้บริการได้ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กล่าวว่า “ระบบข้อมูลที่ยังไม่เพียงพอและมีหลายระบบ ทำให้ไม่มีข้อมูลที่ดีในการวางแผนงาน” ตรงกับคำกล่าวของผู้ปฏิบัติงานภาคกลาง กล่าวว่า “ควรมีการรายงานฐานข้อมูลที่เป็นมาตรฐานกลางและลง online ได้ เพื่อให้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ทันที”

4.3 การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด โดยส่วนใหญ่ภาคประชาสังคมเป็นผู้ดำเนินการ มีหน่วยงานภาครัฐ เพียง 1 แห่งเท่านั้นที่ทำการสนับสนุนให้กับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดโดยตรง ด้วยผู้บริหารของหน่วยงานเห็นประโยชน์และมีนโยบายให้ดำเนินการ แต่การรับบริการยังไม่มากนัก อาจเพราะยังไม่ทราบว่ามี

มีการจัดการบริการในส่วนนี้และผู้มารับบริการที่หน่วยงานภาครัฐจะเป็นผู้ที่ต้องการเข้าสู่การบำบัดรักษาเสพติด จึงไม่ได้ขอรับบริการในเรื่องเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด โดยผู้ปฏิบัติงาน กล่าวว่า “เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลบางคนยังไม่เห็นด้วยกับการจัดการบริการนี้ แต่คิดว่าถ้ามีแต่พูดเรื่องนี้ว่าเห็นชอบหรือไม่ งานก็ไม่เดินไปข้างหน้า ผู้บริหารเห็นชอบ เจ้าหน้าที่จึงได้ทดลองจัดการบริการ และยังไม่พบปัญหาใด” สำหรับผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ยังไม่จัดการบริการเข็มฯ ให้กับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดโดยตรง เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านกฎหมายที่ยังไม่เอื้อต่อการสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้กับผู้ใช้ยาเสพติดด้วย วิธีฉีดได้ ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ จำนวน 8 คน ได้ให้ข้อคิดเห็นในเรื่องการสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้กับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ดังนี้

“นโยบายของประเทศยังไม่ชัดเจน NSP ยังคงเป็นโครงการนำร่องเฉพาะพื้นที่ ไม่ได้ประกาศทั่วประเทศ และนโยบายระดับกระทรวง กรม หน่วยงาน มีการสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่ดีเท่าที่ควร กฎหมายไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน” (คุณ ก (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

“นโยบายในการมอบอำนาจการแจกจ่ายเข็มยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความกังวล ส่วนกลางควรมีการพูดคุยประเด็นด้านกฎหมายและออกข้อกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้” (คุณ ข (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

“ควรมีการจัดพื้นที่นำร่องเพื่อให้ดำเนินงานได้ โดยมีผู้บริหารระดับจังหวัดและพื้นที่นั้นๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจได้รับทราบและเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน” (คุณ ค (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

“เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยังมีทัศนคติเชิงลบในการจัดการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดว่าเป็นการสนับสนุนให้ใช้ยาเสพติดและทำให้การใช้ยาเพิ่มขึ้น” (คุณ ง (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

“ภาครัฐไม่มีนโยบายการแจกเข็มต้องผ่านภาคประชาสังคม จึงควรกำหนดและมีมติชัดเจนด้านการแจกจ่ายเข็มสะอาด เพื่อให้มีมาตรการในการป้องกันบุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน” (คุณ จ (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

“ควรมีการปรับทัศนคติทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้านการบริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด” (คุณ ฉ (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

“มีด่านตำรวจ เพื่อตรวจสอบความมั่นคงในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานมีอุปสรรค” (คุณ ช (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

“ควรมีการพูดคุยกับทางตำรวจ/เจ้าหน้าที่ด้านกฎหมาย ระดับประเทศและพื้นที่” (คุณ ซ (นามสมมติ), ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ)

จะเห็นว่า ข้อจำกัดด้านนโยบายและกฎหมายมีผลต่อการดำเนินงานในเรื่องการสนับสนุนการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด แม้ว่าจะมีนโยบายและปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน และชุดอุปกรณ์ป้องกันโรคเพื่อให้ดำเนินงานสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด แต่ประเด็นนี้ยังผิดกฎหมายและยังไม่มีคำตอบชัดเจนในด้านการดำเนินงาน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ยังไม่กล้าจัดบริการเอง จึงทำให้การขับเคลื่อนในเรื่องนี้เป็นไปได้ยาก และเป็นประเด็นที่ส่งผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด อีกทั้งทัศนคติเชิงลบจากผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ทำให้การขับเคลื่อนงานเป็นไปได้ยากขึ้น

4.4 สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย พบว่างานยาเสพติดของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเฉพาะด้านยาเสพติดไม่ได้เป็นผู้ดูแลคลังถุงยางอนามัย ผู้ปฏิบัติงานจากภาคเหนือ กล่าวว่า “คลังถุงยางอนามัยจะอยู่ที่คลินิกยาต้านไวรัส งานยาเสพติดจะได้รับการจัดสรรมาส่วนหนึ่งเท่านั้น หากหมดก็ขอเบิกเพิ่มได้ แต่อาจไม่ได้ตามที่ต้องการ” และผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลเฉพาะด้านยาเสพติดท่านหนึ่ง กล่าวว่า “ได้รับการสนับสนุนถุงยางอนามัยจากภาคประชาสังคมในพื้นที่ โดยแจกตามมาตรฐาน คือ มีการให้ความรู้ ประเมินความเสี่ยง

เก็บข้อมูล และรายงาน” โดยการสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยนั้น สามารถดำเนินการได้ ส่วนในภาคประชาสังคมสามารถสนับสนุนถุงยางอนามัยได้ตามต้องการ โดยสนับสนุนร่วมกับเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด

การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ได้แก่ งานเอดส์ งานยาเสพติด และงานสุขภาพจิต ระหว่างภาครัฐด้วยกัน และระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม ซึ่งยังมีช่องว่างในการดำเนินงานร่วมกันอยู่ โดยเฉพาะประเด็นระบบข้อมูลที่ยังไม่เป็นฐานเดียวกัน เนื่องด้วยฐานข้อมูลของผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดของงานเอดส์และงานยาเสพติดยังมีหลายฐานข้อมูล ทำให้ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและบริการด้านสุขภาพในส่วนประเด็นเนื้อหาข้อมูลข่าวสารเพื่อสื่อสารให้เข้าใจในการดูแลผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ตามนโยบายลดอันตรายจากยาเสพติดยังมีความแตกต่างกันและไม่มีข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และจากข้อมูลการเบิกจ่ายชุดอุปกรณ์ป้องกันโรคสำหรับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดจากผู้รับผิดชอบ หน่วยงานจำนวน 13 แห่ง พบว่า การเบิกจ่ายชุดอุปกรณ์ฯ เป็นร้อยละ 31.25 ของจำนวนทั้งหมด และมีจำนวน 9 แห่งที่ยังไม่มีการเบิกจ่ายชุดอุปกรณ์ฯ โดยภาคประชาสังคมมีชุดอุปกรณ์ฯ สำหรับให้บริการผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่สนับสนุนโดยกองทุนโลกอยู่จำนวนหนึ่ง จึงมีผลทำให้จำนวนชุดอุปกรณ์ฯ ไม่ถูกเบิกจ่าย และยังคงเพียงพอสำหรับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในพื้นที่

ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐและภาคประชาสังคมได้มีข้อเสนอแนะในการจัดบริการฯ ดังนี้

ผู้ปฏิบัติงานจากภาคเหนือ กล่าวว่า “การจัดบริการ ควรพูดคุยกันระหว่างส่วนกลางระดับประเทศและพื้นที่ให้มีการทำงานร่วมกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในพื้นที่โรงพยาบาลภาครัฐประสานงานกับภาคประชาสังคมเพื่อสนับสนุนชุดอุปกรณ์ป้องกันโรคให้กับผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด” และ “ควรมีการจัด

พื้นที่นำร่องเพื่อให้ดำเนินงานได้ โดยมีผู้บริหารระดับจังหวัดและพื้นที่นั้น ๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจได้รับทราบและเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน”

ผู้ปฏิบัติงานจากภาคใต้ กล่าวว่า “ส่วนกลางมีส่วนดำเนินการในการขยายเครือข่ายดำเนินงาน เช่น ร้านขายยา รพ.สต. หรือช่องทางอื่นๆ ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การจัดการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน”

ผู้ปฏิบัติงานจากภาคกลาง กล่าวว่า “ควรมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาครัฐและภาคประชาสังคม ภาครัฐต้องมีแผนการดำเนินงานจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) เมื่อ GF (กองทุนโลก) หมด หรือไม่มี NGO (ภาคประชาสังคม) ตามบริบทของพื้นที่”

ผู้ปฏิบัติงานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กล่าวว่า “การทำงานภาครัฐในการแก้ไขปัญหาเสฟติดและการลดอันตรายจากยาเสฟติดยังไม่บูรณาการอย่างแท้จริง ดังนั้น ในกระบวนการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสฟติดจะต้องมีการทำงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในกระทรวงสาธารณสุข และภายนอกกระทรวง” และ มีประเด็นเพิ่มเติมด้านการพัฒนางานวิจัย กล่าวว่า “การศึกษาวิจัยเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟติดในประเทศไทยยังมีน้อย ทำให้ระบบข้อมูล มีระดับความน่าเชื่อถือยังไม่ดีพอที่จะเป็นแหล่งอ้างอิง และผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ไม่เพียงพอ ในการที่จะให้คำแนะนำสนับสนุน การดำเนินงานวิจัยพัฒนาและการบริการตามมาตรการลดอันตรายให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด”

วิจารณ์

การจัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสฟติด ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (2) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อรับบริการ

ดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด และ (4) สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย การวิจารณ์ข้อค้นพบจากการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินบริบท พบว่า การมีนโยบายระดับประเทศและระดับกระทรวง รวมถึงแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ ทำให้มีปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสฟติดและการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีดให้ขับเคลื่อนไปได้ดีขึ้น โดยพื้นที่ที่ทำการศึกษา 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสตูล จังหวัดปัตตานี และจังหวัดสงขลา เป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามนโยบายลดอันตรายจากยาเสฟติดและเข้าร่วมการจัดการชุดอุปกรณ์ป้องกันโรคของกรมควบคุมโรค แม้ว่าจะมีข้อจำกัดทางด้านกฎหมายในประเด็นสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด แต่หน่วยงานจากพื้นที่ 7 จังหวัดดังกล่าว ได้มีหน่วยงานในการนำร่องจัดการบริการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคสำหรับผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีดในพื้นที่ จึงทำให้การจัดการบริการฯ นี้ สามารถดำเนินการต่อไปได้

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมในการจัดการบริการฯ และอุปกรณ์ดำเนินการจัดการบริการฯ มีความเพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประเมินความเป็นไปได้ของการจัดการบริการฯ สามารถดำเนินการได้

3. การประเมินกระบวนการ พบว่า จุดแข็งที่ทำให้เกิดการจัดการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีด คือ ทศนคติและความเข้าใจที่ดีในการลดอันตรายจากยาเสฟติดเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานในกลุ่มผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีดของหน่วยงาน รวมทั้งความร่วมมือของภาครัฐและภาคประชาสังคมในการดำเนินงานในพื้นที่ และจุดอ่อนคือ ขาดการดำเนินงานร่วมกันของงานเอดส์และงานยาเสฟติดในหน่วยงาน ทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล

ของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและการได้รับบริการที่ครอบคลุม ส่วนนโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ระดับชาติและระดับกระทรวงสาธารณสุข เป็นโอกาสในการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ดีขึ้น อาจใช้ช่องทางนี้ในการปิดช่องว่างในส่วนของผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานให้มีความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงาน และข้อจำกัดทางด้านกฎหมายประเด็นการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดยังเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย เป็นเรื่องที่ยากลำบากและยังคงเป็นอุปสรรคในการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดอยู่

4. การประเมินผลการดำเนินงาน มีประเด็นตามการจัดบริการ 4 เรื่อง ดังนี้

4.1 การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ชุดความรู้ในการให้คำแนะนำของภาครัฐและภาคประชาสังคมยังมีความแตกต่างกันในประเด็นเนื้อหา และยังไม่มีความรู้สำหรับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภาครัฐและภาคประชาสังคมควรมีการดำเนินงานร่วมกันในการจัดทำเนื้อหาชุดความรู้ สื่อ และช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มผู้ปฏิบัติงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน และทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Qian H. Z., Schumacher J. E, Chen H. T and Ruan Y. H.⁽¹³⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและเอชไอวี/เอดส์ ในประเทศจีน: ทบทวนสถานการณ์ปัจจุบัน การป้องกัน และนโยบาย พบว่าการปรับเปลี่ยนการทดแทนเมทาโดนและโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม เจ้าหน้าที่และคนในสังคมก็มีความกังวลใจไม่ต่างจากหลายๆ ประเทศ ซึ่งในการให้บริการเมทาโดน การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพและความเข้าใจการให้บริการกับเจ้าหน้าที่ ส่วนประเด็น

โครงการแลกเปลี่ยนเข็ม เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขจะต้องสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย เพื่อให้ปรับเปลี่ยนความคิด ความเข้าใจ รวมทั้งจะต้องมีหลักฐานการวิจัยเพื่อให้เห็นประโยชน์ของบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

4.2 การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อ

เอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อรับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถจัดบริการได้โดยแนะนำบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้กับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและส่งต่อเข้ารับการตรวจเลือด แต่ยังมีปัญหาในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาครัฐด้วยกันระหว่างงานเอดส์และงานยาเสพติด เนื่องด้วยระบบข้อมูลเอดส์และยาเสพติดแยกกัน และมีหลายฐาน ทำให้ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลกัน และไม่สามารถนำข้อมูลจากบริการด้านสุขภาพมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานได้ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดให้ครอบคลุมเรื่องเอดส์และยาเสพติดให้เป็นระบบเดียว เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลเพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของ Dany Karmila, Pande Putu Januraga and Ni Wayan Septarini⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องอุปสรรคของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในการเข้าถึงบริการ VCT พบว่า กลุ่มผู้ใช้ยาใช้บริการ Mobile VCT ค่อนข้างมากกว่าการรับบริการในภาครัฐ เพราะกลัวตำรวจจับ รวมทั้งขาดทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานด้วยปริมาณงานที่มากขึ้น ทำให้คุณภาพของการให้บริการ VCT ค่อนข้างจำกัด เนื่องด้วยประเทศไทยได้ปรับมุมมองผู้เสพยาเสพติด คือ “ผู้ป่วย” จากนโยบายระดับประเทศและระดับกระทรวง รวมถึงการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของภาคประชาสังคมที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยกัน และมีการทำงานร่วมกับตำรวจในพื้นที่ ทำให้ผู้ใช้ยาเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น แต่ปัญหาที่พบเป็นเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน

มากกว่า จึงต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นระบบเดียว

4.3 การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด แม้ว่าจะมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน และมีหน่วยงานจากภาครัฐนำร่องจัดบริการนี้ แต่ยังมีข้อจำกัดทางด้านกฎหมายที่ยังไม่เอื้อต่อการสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้กับผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวุฒิ ลิปพันธ์, ธาณี วัชรินทร์ และประธาน วัฒนวานิชย์⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษามาตรการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดประเภทต่างๆ ที่ใช้ในประเทศต่างๆ ในโลก จากข้อมูล Global Harm Reduction Report 2018 พบว่า ประเทศที่ศึกษา ได้แก่ เยอรมนี ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ โปรตุเกส เดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ แคนาดา ญี่ปุ่น และไทย ทุกประเทศยกเว้นประเทศญี่ปุ่น มีนโยบายการแจกเข็มฉีดยาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด หลายประเทศในสหภาพยุโรปกำหนดให้การแจกเข็มฉีดยาเป็นนโยบายมาตรฐานที่สามารถกระทำตามกฎหมายได้ในที่สาธารณะ แต่บางประเทศกำหนดในการจ่ายเข็มฉีดยาเฉพาะในสถานพยาบาล สำหรับผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการผันคดีออกจากกระบวนการยุติธรรม หรือผู้ต้องถูกคำสั่งศาลให้ได้รับการบังคับบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลเท่านั้น ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และไทย จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า กฎหมายยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน กล่าวคือ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรับบริการสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดยา หากเข้าเกณฑ์ตามที่กำหนดก็สามารถรับการสนับสนุนเข็มได้ ไม่ผิดกฎหมาย แต่ในส่วนของผู้ให้บริการยังพบว่า หากกระทำการด้วยวิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดแก่ผู้ติดยาเสพติดย่อมเป็นการขัดต่อข้อกฎหมาย จึงทำให้การขับเคลื่อนบริการนี้ไม่เห็นผลเท่าที่ควร เนื่องด้วยเป็นบริการสำคัญสำหรับผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่น หากต้องการทราบประสิทธิผลของบริการนี้ จึงควรมีการแก้ไขข้อกฎหมาย

เพื่อเอื้อต่อการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการสร้างความเข้าใจและสร้างทัศนคติที่ดีให้กับทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และประชาชนทั่วไป

4.4 สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย มีการดำเนินงานได้ทุกหน่วยงาน แต่สำหรับงานยาเสพติดในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลเฉพาะด้านยาเสพติด ต้องเบิกจากแหล่งอื่น อาจทำให้ไม่สามารถแจกได้ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย แต่ในส่วนนี้ยังสามารถบริหารจัดการและดำเนินการได้ ส่วนในภาคประชาสังคมสนับสนุนถุงยางอนามัยร่วมกับเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kostyantyn Dumchev et al.⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่อง การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางชีวภาพแบบบูรณาการจากยูเครน พบว่า การเข้าถึงถุงยางอนามัยนั้น คล้ายคลึงกับการเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดยา เท่ากับร้อยละ 34.50 และ 35.70 ตามลำดับ โดยบริการเหล่านี้มักจะให้บริการร่วมกัน โดยการใช้เข็มสะอาดในช่วง 30 วันที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 94.80 และการใช้ถุงยางอนามัยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 25.90 ซึ่งในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการศึกษาความต้องการใช้ถุงยางอนามัยกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดเพิ่มเติม เพื่อการจัดสรรอย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด รวมทั้งศึกษาผลการใช้ถุงยางอนามัยและการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

การจัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด การจัดการบริการนี้มีนโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ระดับชาติ และระดับกระทรวงสาธารณสุข เป็นโอกาสในการสนับสนุนการดำเนินงานได้ดีขึ้น อาจใช้ช่องทางนี้ในการปิดช่องว่างในประเด็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันในทุกระดับและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือแม้แต่ประชาชนทั่วไปให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

ลดอันตรายจากยาเสพติด จึงควรมีการสร้างทัศนคติ ความเข้าใจ และความร่วมมือในทุกระดับ รวมถึงมีการ เชื่อมโยงข้อมูลการบริการและการดูแลรักษาผู้ใช้ ยาเสพติดด้วยวิธีนี้อย่างครอบคลุมรอบด้าน โดย สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชญาณ์ นักพ่อน⁽¹⁷⁾ ศึกษาเรื่อง โครงการประเมินการดำเนินงานตามมาตรการ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ด้วยวิธีนี้ ได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การถ่ายทอดองค์ความรู้สร้างความเข้าใจ การผลักดันให้ เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน การประสานการ ดำเนินงานระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม และ ภาคประชาชน รวมทั้งการประสานข้อมูลผู้ใช้ยาที่เข้ารับ บริการการสร้างระบบการเชื่อมโยงข้อมูล และส่งต่อ ข้อมูลของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงหรือความเจ็บป่วย ในด้านต่างๆ ที่ต่อเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อให้ ครอบคลุมการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดอย่าง รอบด้าน

แม้ว่าจะมีนโยบายในการสนับสนุนการ ดำเนินงาน แต่ประเด็นการสนับสนุนให้ใช้เข็มและ อุปกรณ์ฉีดที่สะอาด ยังมีข้อจำกัดอยู่ในด้านกฎหมาย ที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน และ ด้านความเข้าใจและทัศนคติของทุกคนต่อเรื่องการ ลดอันตรายจากยาเสพติดและผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีนี้ ให้มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของมาตรการลดอันตราย จากยาเสพติด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอด เชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเลือดอื่นๆ ของผู้ใช้ ยาเสพติดด้วยวิธีนี้ที่ยังไม่สามารถเลิกเสพยาได้ทันที ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลดการใช้ยาเกินขนาดและ เสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด ลดความเสี่ยงอื่นๆ ที่มีต่อผู้ใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษา ของ Azim T., Hussein N. and Kelly R.⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดอันตรายสำหรับผู้ใช้ ยาเสพติดด้วยวิธีนี้ ในเมืองธากา ได้เสนอให้จัดบริการ ที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ใช้ยา เพื่อลดการติดเชื้อ เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบซี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องด้วยพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันหรือแบ่งปัน

ยาเสพติดยังมีความเสี่ยงสูง และทำให้เกิดการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบซีเพิ่มขึ้น หากไม่ดำเนินงานครบทุกพื้นที่ ที่ การแพร่ระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ และการศึกษาของวรพล หนูนน⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การลดอันตราย (Harm reduction) และแนวทางการ ลดอุปสงค์ (Demand reduction) ยุทธศาสตร์ ในการ แก้ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย พบว่า มีหลายประเทศที่มีการนำแนวทางการลดอันตราย ไปใช้ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย บราซิล สเปน สหรัฐอเมริกา เบลารุส เป็นต้น โดยมีตัวอย่างการดำเนิน งานเพื่อลดอันตรายจากการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เช่น (1) โครงการแลกเปลี่ยนเข็ม (Needle-syringe programming) เพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีนี้สามารถ หาอุปกรณ์ที่สะอาดในการฉีดได้ง่ายขึ้น (2) การบำบัด รักษาโดยใช้ยาทดแทน เช่น เมทาโดน (3) การให้ข้อมูล ข่าวสาร การศึกษา และการสื่อสาร และ (4) การรักษา และดูแลที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้ผู้ใช้ ยาเสพติดที่ติดเชื้อดูแลตนเองได้ เป็นต้น โดยเมื่อ มองภาพรวมการนำทั้งสองแนวทางมาผสมผสานกัน ย่อมที่จะเกิดผลดีมากกว่าเดิมที่เคยใช้เพียงแต่แนวทาง การลดอุปสงค์เพียงอย่างเดียว เมื่อมีแนวทางการ ลดอันตรายนี้ เป็นทางเลือกที่สำคัญในการดึงเอา กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่การรับบริการของภาครัฐ ทั้งนี้จะต้องมีการทำงานอย่างเป็นแบบแผนและเป็น ขั้นตอนโดยการพิจารณาสถานการณ์ของพื้นที่ที่จะ ดำเนินการให้รอบคอบ และพิจารณาข้อดี-ข้อด้อยอย่าง รอบด้าน และต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร เป็นอย่างดีด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ภาครัฐและภาคประชาสังคมควรมีการ ดำเนินงานร่วมกันในการจัดทำเนื้อหาชุดความรู้ สื่อ และ ช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้ ยาเสพติดด้วยวิธีนี้ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ร่วมกัน และทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีนี้เข้าถึงบริการ

ด้านสุขภาพได้มากขึ้น รวมทั้งควรมีการสร้างความรู้เข้าใจ
และสร้างทัศนคติที่ดีให้กับทุกกลุ่ม

2. ควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลในกลุ่มผู้ฉีดยา
ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดให้ครอบคลุมเรื่องเอดส์และ
ยาเสพติด ให้เป็นระบบเดียว เพื่อให้สามารถติดตามและ
ประเมินผลเพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและ
พัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ฉีดยาเสพติดด้วย
วิธีฉีด

3. ควรมีการดำเนินงานแก้ไขข้อกฎหมาย
ที่มีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรการลดอันตรายจาก
ยาเสพติด (Harm Reduction) ในประเด็นการสนับสนุน
ให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด เพื่อทำให้เกิด
การดำเนินงานและประเมินผลลัพธ์การให้บริการได้
โดยสามารถนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงชุดบริการ
ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในการ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

4. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการ
จัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและอัตราการติดเชื้อเอชไอวี
ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน
งานภาครัฐและภาคประชาสังคมจาก 7 จังหวัด
ที่มีการดำเนินงานตามนโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด
และจัดการชุดอุปกรณ์ป้องกันโรค ได้แก่ จังหวัด
เชียงใหม่ จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัด
ขอนแก่น จังหวัดสตูล จังหวัดปัตตานี และจังหวัดสงขลา
และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและให้
ข้อเสนอแนะที่ทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Apisak Wittayanookulluk, Monthinee Vasantipapokakorn, Suchada Jiamsiri, Lisa Kantamala, Nuchanart Kaeodumkoeng, Chanatda Tungwongjulaniyam, et al. Guidelines for the organization of clean needle and syringe service among users of injectable narcotics Under the concept of reducing the harm from drug use. 1st edition. Bangkok: Radiation Co., Ltd.(TH); 2017. (in Thai)
2. National Force Center for Combating Drugs. Guidelines for harm reduction from drug use (Harm Reduction) among injectable drug users. Order of the National Center for the Power of the Land Overcome Drugs No. 1/2014 (TH). [cited 2014 Feb 7]. (in Thai)
3. National Narcotics Control Center. Guidelines for the implementation of harm reduction from drugs (Harm Reduction). Order of the National Center for Drug Prevention and Suppression No. 2/2017. [cited 2017 Feb 17]. (in Thai)
4. Pornthip Khemngern, Dusita Puengsamran Thanapol Chaiprateep. Global AIDS Monitoring report 2018 (GAM report 2018). 1st edition. Bangkok: NC Concept Co., Ltd.; 2018. (in Thai)
5. Taweessap Sirapraphasiri, Pornthip Khemngern, Orratai Rhucharoenpompanich, Siriporn Monyarit. 2017 Progress Prevention and Solution Report. 1st edition, Bangkok: Six One Seven Co., Ltd (TH).; 2017. (in Thai)



6. Khlang Phanthumetha. Evaluation of the Zip Model Project (CIPP Model) [Internet]. [cited 2018 Jan 10]. Available from: <https://silo.tips/download/cipp-model> (in Thai)
7. Ministry of Public Health. Order of action on rehabilitation and reduction of harm from drug use Ministry of Public Health, fiscal year 2017, No. Sor Thor 0228.13 / Wor 354 (TH). [cited 2016 May 31]. (in Thai)
8. Office of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Standard Operating Procedure Ministry of Public Health, Thailand. Nonthaburi: 2017. (in Thai)
9. Aungkoon Pattrakorn, Yaowaret Nakayothin-sakul, Sasithorn Khunnatham, Saranya Chavanit, Juthamat Makkunchorn, Patchareeya Kitchom, et al. Guidelines for Harm Reduction. 1st edition. Akharapon Kurusastra, editor. Samutsakorn: Born To Be Publishing Company Limited (TH); 2017. (in Thai)
10. Department of Medical Services. Affairs hereby submit a formal memorandum of understanding on the reduction of drug harm from drugs. No. SorThor 0313/1939. [cited 2017 Aug 10]. (in Thai)
11. Office of the Council of State. Drug Addiction Rehabilitation Act B.E. 2002. Government Gazette, Volume 119 / Part 96 Kor / Page 26/30 September 2002.
12. Office of the Council of State. Memorandum of the Council of State on the announcement of drug use harm reduction policy to prevent the spread of HIV infection. (Completion issue at 663/2011); 2011. (in Thai)
13. Qian H. Z., Schumacher J. E, Chen H. T and Ruan Y. H. Injection drug use and HIV/AIDS in China: Review of current situation, prevention and policy implications. Harm Reduction Journal 2006.
14. Dany Karmila, Pande Putu Januraga and Ni Wayan Septarini. Barriers for people who inject drug (PWID) to access voluntary counselling and testing (VCT) at the health centres in East Lombok. Public Health and Preventive Medicine Archive (PHPMA) 2017; 5(1): 24-27 DOI: 10.15562/phpma.v5i1.37.
15. Jirawut Lipipan, Thanee Vorapatr, Pratan Wattanavanish. The Harm Reduction of The Narcotic Drug Offenses Measures Applied Around The World. Suthiparithat Journal. 2020; 34 (110): 201-215.
16. Kostyantyn Dumchev, Yana Sazonova, Pavlo Smyrnov, Olga Cheshun, Oksana Pashchuk, Tetiana Saliuk, et. al. Operationalizing the HIV prevention cascade for PWID using the integrated bio-behavioural survey data from Ukraine. Journal of the international AIDS society 2020; <https://doi.org/10.1002/jia2.25509>.
17. Preechaya Nakfon. Evaluation of the Implementation of Harm Reduction Policy for Injection Drug User. Journal of Politics and Governance. 2016; 6(2): 394-412.
18. Azim T., Hussein N. and Kelly R. Effectiveness of harm reduction programmes for injecting drug users in Dhaka city. Harm Reduction Journal 2005; 2:22 DOI:10.1186/1477-7517-2-22.
19. Worapol Nunun. Harm reduction and Demand reduction strategies for solving drug problems in Thailand. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2013; 1(3): 1-16.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ

DEVELOPMENT OF TRAINING ACTIVITIES PACKAGE BY USING GE-TICA MODEL ON AIDS AND STIs AMONG THE STUDENTS OF THAILAND NATIONAL SPORTS UNIVERSITY

ทนงศรี ภูริศรี

Thanongsri Phoorisri

คณะศึกษาศาสตร์

Faculty of Education

มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตชลบุรี

Thailand National Sports University, Chonburi Campus

Received: 19/04/2021

Revised: 29/04/2021

Accepted: 13/05/2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างและทดสอบประสิทธิภาพชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ได้ตามเกณฑ์ 80/80 2) ทดลองใช้ชุดกิจกรรมการอบรม และ 3) ประเมินความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเพชรบูรณ์ จำนวน 93 คน ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 2 กลุ่ม เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) ชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ 4) แบบสอบถามความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 85, 94, 92 และ 92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า E_1/E_2 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่าการทดลองกับกลุ่มที่ 1 ชุดกิจกรรมการอบรมมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ คือ 81.81/88.96 และกลุ่มที่ 2 มีประสิทธิภาพ เท่ากับ 81.63/85.53 จากการทดลองทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มที่ 1 มีความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรมร้อยละ 82.65 และกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 81.74

Abstract

The purposes of this research were to 1) develop and examine the efficiency of training package by using GE-TICA model on AIDS and sexually transmitted infections (STIs) with the 80/80 efficiency index, 2) investigate the training activities package, and 3) measure the training activities package's satisfaction with the freshman year students of Faculty of Education, Thailand National Sports University, Phetchabun Campus. The participants were 93 students recruited by using purposive sampling. The quasi-experiment research design was used for 2 groups with randomized participation. The instruments of this research were

GE-TICA model training activities package, questionnaire on AIDS and STIs, survey toward attitude related to sexual behaviors, survey the intention to reduce sexual risk behaviors, and the satisfaction assessment toward the training activities package which had reliability percentage at 85%, 94%, 92% and 92% respectively. Data were analyzed by using mean, standard deviation, E_1/E_2 formula, and compare mean. The results revealed that the training activities package had the efficiency index at 81.81/88.96 in the group 1 and 81.63/85.53 in the group 2. After engaged in the experiment research, both group realized the participant realized knowledges on AIDS and STIs, attitude toward sexual behaviors, and intention to reduce sexual risk behaviors higher than before experiment and were statistical significantly different at .05 level. Additionally, the percentage of satisfaction toward the training activities package of the first group was 82.65% and 81.74% for the second group.

คำสำคัญ

ชุดกิจกรรมการอบรม โรคเอดส์
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Keywords

Training package, AIDS,
Sexually Transmitted Infections

บทนำ

โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนมากทุกปี ในปี พ.ศ. 2563 คาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวนถึง 4,855 ราย⁽¹⁾ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นเยาวชน อายุ 15-24 ถึงร้อยละ 50⁽²⁾ ส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 ตั้งแต่ปี 2557-2561 พบเยาวชนอายุ 15-24 ปีป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน และฝีเมฆ และกามโรคต่อมน้ำเหลือง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ เพิ่มขึ้นจาก 54.20 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 เป็น 104.70 ต่อแสนประชากรในปี 2561⁽³⁾ ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 178.10 ต่อแสนประชากร ขณะที่กลุ่มอายุ 25-34 ปีป่วย 93.51 ต่อแสนประชากร และกลุ่มอายุ 35-44 ปีป่วย 59.28 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน⁽¹⁾ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเพียงครั้งเดียวอาจติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾ จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ประจำปี 2561 พบว่าเยาวชน ในกลุ่มนักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ โดยกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 75.00 ส่วนกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 79.00 ในขณะที่ นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 เพศชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 71.40 ส่วนเพศหญิงใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 75.10⁽⁶⁾ จากการศึกษาของทงศรี ภูริศรี⁽⁷⁾ ในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีพบว่า เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 86.10 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพียงร้อยละ 42.90 ซึ่งเป็นอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ต่ำมาก

ประเทศไทย พยายามยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ขึ้นมาเพื่อเป็นแผนแม่บทให้ทุกหน่วยงานดำเนินการให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน หนึ่งในมาตรการ/แนวทางตามยุทธศาสตร์ฯ คือ การประกันคุณภาพการเรียนรู้เรื่องเอดส์ และเพศศึกษา⁽⁸⁾ เนื่องจาก ความรู้เรื่องโรคเอดส์

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องเพศศึกษา และการสอนเพศวิถีศึกษานั้นเป็นปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) การขาดความรู้ต่าง ๆ นี้จะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behaviors) และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่ไม่พึงประสงค์ คือ การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^(3, 9)

ในสถาบันการศึกษา มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เยาวชนไทยมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเพศศึกษา ในระดับประถมศึกษาถึงระดับชั้นมัธยมศึกษา โดยหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 บรรจุเนื้อหาไว้ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา⁽¹⁰⁾ ส่วนในระดับอุดมศึกษาเริ่มดำเนินการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี นับตั้งแต่มี พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ จึงมีนโยบายให้ทุกคณะจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา สำหรับคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเพชรบูรณ์ ได้บรรจุวิชา เพศศึกษาและชีวิตครอบครัว เป็นวิชาเลือกเสรี ของหลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาพลศึกษา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 เป็นต้นมา⁽¹¹⁾ แต่การจัดการเรียนการสอนยังคงยึดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้เข้มข้นในเรื่องเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้น การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ทักษะ และทักษะเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาที่ต้องการให้จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์ และเพศศึกษาอย่างเพียงพออีกด้วย⁽⁷⁾

การจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเรื่องเพศศึกษา ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อเนื้อหาที่ต้องการให้ผู้เรียนได้รับรู้ แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้จากการศึกษา ของ ทนงศรี ภูริศรี⁽¹²⁾ พบว่า การจัดการเรียนรู้เอดส์และเพศศึกษาควรจัดการด้วยรูปแบบ

GE-TICA กล่าวคือ จัดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม (Group process) เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning) จัดกระบวนการให้ผู้เรียนได้ทักษะการคิด (Thinking) สามารถสืบสอบแสวงหาความรู้ได้ (Investigation) สร้างความรู้ด้วยตนเองได้ (Construction) และสามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Application) การจัดการเรียนรู้ดังกล่าวผู้เรียนจะมีลักษณะเป็น Active learner เป็นผู้ค้นพบและสร้างความรู้ด้วยตนเอง การจัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบ GE-TICA ประกอบด้วยขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นวิเคราะห์ผู้เรียน เป็นขั้นตอนการประเมินผู้เรียนเป็นรายบุคคล และชั้นเรียนเพื่อออกแบบการจัดการเรียนรู้อย่างเหมาะสมกับผู้เรียน
2. ขั้นจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เป็นขั้นตอนนำหลักการจัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบ GE-TICA มาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับเนื้อหาสาระการเรียนรู้ และผู้เรียน

โดยแต่ละแผนการจัดการเรียนรู้ควรประกอบด้วย 3 หลักการ คือ 1) กระบวนการกลุ่ม (Group process) หรือให้ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม 2) การจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning) หมายถึง นำเสนอความรู้ใหม่ที่สัมพันธ์กับความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมของผู้เรียน หรือจัดประสบการณ์ให้กับผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ และ 3) จัดการเรียนรู้ที่เน้นการสืบสอบแสวงหาความรู้ (Investigation) โดยผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกหรือแนะนำ นอกจากนี้ การทำกิจกรรมในขั้นตอนนี้ ผู้เรียนจะเกิดกระบวนการคิด (Thinking process) และสร้างความรู้ด้วยตนเอง ผ่านกระบวนการทางปัญญา (Construction) และประยุกต์ใช้ความรู้ได้ (Application)

3. ขั้นกระตุ้นการคิด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นขั้นตอนจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นทักษะการคิด (Thinking) โดยผู้สอนกระตุ้นการคิดผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การใช้คำถามปลายเปิด นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ และความคิดเห็น

ซึ่งกันและกัน ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากคนอื่น ๆ แล้วเกิด การเชื่อมโยงความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิม จนตกผลึก จนเกิดการเรียนรู้ใหม่ ซึ่งเรียกว่าเป็นการสร้างความรู้ได้ ด้วยตนเอง (Construction)

4. ขั้นสรุปกิจกรรมการเรียนรู้ เป็นขั้นตอน ตรวจสอบความสามารถของผู้เรียนว่าสามารถประยุกต์ ใช้ความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่ (Application) โดยสังเกตจากการสรุปกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน หากผู้เรียนสามารถสรุปความรู้เป็นความคิดรวบยอด สามารถถ่ายทอดความรู้เก่า เข้ากับความรู้ใหม่ และสามารถ บอกได้นำเอาความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

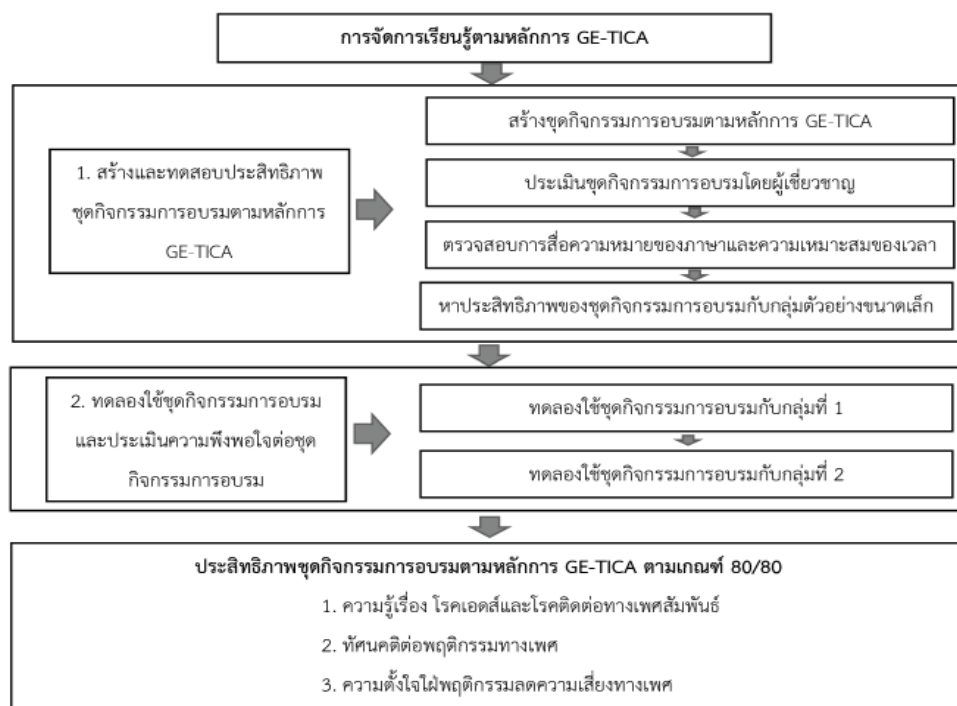
ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจนำรูปแบบการจัดการ เรียนรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษา รูปแบบ GE-TICA มา พัฒนาเป็นชุดกิจกรรมการอบรม เรื่องโรคเอดส์และโรค ติดต่อนทางเพศสัมพันธ์ โดยทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษา

ปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นปีแรกของการใช้ชีวิตในระดับ อุดมศึกษา หากได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์แต่เนิ่น ๆ จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศ สามารถป้องกันตนเองจากปัญหาการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างและทดสอบประสิทธิภาพชุด กิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรค เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฯ ให้มีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ 80/80
2. เพื่อทดลองใช้และประเมินความพึงพอใจ ต่อชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัสดุและวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ เลขที่โครงการวิจัย 015/2563 มีระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างและทดสอบประสิทธิภาพชุดกิจกรรมการอบรมให้มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 80/80 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญสำหรับประเมินชุดกิจกรรมการอบรม จำนวน 5 ท่าน และนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สาขาพลศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเพชรบูรณ์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 นักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเก่งปานกลาง และอ่อน จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบการสื่อความหมายของภาษาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มที่ 2 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเก่งปานกลาง และอ่อน จำนวน 9 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมการอบรมให้มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 80/80

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้ชุดกิจกรรมการอบรม และประเมินความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรมประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 สาขาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเพชรบูรณ์ ที่ลงทะเบียนเรียนภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 93 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2563) จำนวน 4 ห้องเรียน ผู้วิจัยต้องการแบ่งการทดลองเป็น 2 กลุ่ม จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากห้องเรียนเข้ากลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 2 ห้อง นักศึกษา จำนวน 46 คน อีก 2 ห้อง นักศึกษา จำนวน

47 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ 2 ทำการทดลองในช่วงวันเสาร์และวันอาทิตย์ การทดลองกับกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ จำนวน 13 กิจกรรม ใช้เวลาอบรม 1 วัน ครั้ง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแต่ละกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ในประเด็น 1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ชัดเจน เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และวัดได้ 2) เนื้อหามีความทันสมัยและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย 3) ขั้นตอนการจัดกิจกรรมเป็นไปตามหลักการ GE-TICA 4) สื่อมีความทันสมัยและสอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้ 5) การวัดและประเมินผลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และ 6) เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม และตรวจสอบคุณภาพกับนักศึกษา จำนวน 2 กลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ แบบสอบถามความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรม มีค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 85, 94, 92 และ 92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-rank Test และ Paired-Sample T-Test และการหาประสิทธิภาพชุดกิจกรรมการอบรม E_1/E_2 (ประสิทธิภาพของกระบวนการ (E_1)/ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (E_2))

ผลการวิจัย

1. ผลการสร้างและทดสอบประสิทธิภาพ ชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ

1.1 การประเมินชุดกิจกรรมการอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ

จากตารางที่ 1 ชุดกิจกรรมการอบรมตาม หลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ ทั้ง 13 กิจกรรมผ่านเกณฑ์การประเมิน ทุกกิจกรรมโดยมีคะแนนการประเมินเฉลี่ย เท่ากับ 3.33 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .07

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเหมาะสมของชุดกิจกรรมการอบรม (n=5)

กิจกรรมการอบรมที่	$\bar{X}$	S.D.	ผลการประเมิน
กิจกรรมที่ 1 ตันไม้แห่งความคาดหวัง	3.40	0.23	ผ่าน
กิจกรรมที่ 2 ตัวฉัน	3.43	0.25	ผ่าน
กิจกรรมที่ 3 ฉันคือใคร	3.30	0.19	ผ่าน
กิจกรรมที่ 4 เรื่องวุ่น ๆ ทางเพศของเยาวชน	3.30	0.31	ผ่าน
กิจกรรมที่ 5 บอกฉันที่ “เอดส์ คืออะไร”	3.37	0.29	ผ่าน
กิจกรรมที่ 6 ติดได้อย่างไร แล้วใครเสี่ยงละ	3.30	0.27	ผ่าน
กิจกรรมที่ 7 รู้ได้ไงว่าติด แล้วฉันจะตายไหม?	3.37	0.22	ผ่าน
กิจกรรมที่ 8 กินเป๊ป หรือ เพร็พดี	3.17	0.24	ผ่าน
กิจกรรมที่ 9 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.43	0.36	ผ่าน
กิจกรรมที่ 10 เรื่องของถุงยางอนามัย (1)	3.27	0.34	ผ่าน
กิจกรรมที่ 11 เรื่องของถุงยางอนามัย (2)	3.30	0.24	ผ่าน
กิจกรรมที่ 12 ทบทวนการอบรม	3.37	0.12	ผ่าน
กิจกรรมที่ 13 ผลไม้แห่งความคาดหวัง	3.33	0.11	ผ่าน
เฉลี่ยทุกกิจกรรม	3.33	0.07	ผ่าน

1.3 ผลการทดลองใช้ชุดกิจกรรมการ อบรมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก จำนวน 9 คน ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเอดส์ เท่ากับ 8.11 (คะแนนเต็ม 10) เท่ากับความรู้ เรื่องยาเพร็พและยาเป๊ป ส่วนความรู้เรื่องการตรวจและ รักษาเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.33 (คะแนนเต็ม

1.2 การตรวจสอบการสื่อความหมายของ ภาษา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ กิจกรรม ผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมของ ชุดกิจกรรมการอบรม พบว่า ภาษาที่ใช้สามารถสื่อ ความหมายได้เข้าใจ และปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ยกเว้น กิจกรรมที่ 7 รู้ได้ไงว่าติด แล้วฉันจะตายไหม? และ กิจกรรมที่ 8 กินเพร็พ หรือเป๊ปดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีข้อ เสนอแนะให้ปรับภาษาให้เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์วิชาการ มากเกินไป ส่วนความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในการ ปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นว่ามี ความเหมาะสม ใช้เวลาไม่สั้นหรือมากจนเกินไป

10) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 21.44 (คะแนนเต็ม 25) ชุดกิจกรรมการอบรมมีประสิทธิภาพ เท่ากับ 81.85/85.78 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมการอบรมตามเกณฑ์ 80/80 (n=9)

ผลการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	E_1/E_2
ทดสอบ 1: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเอดส์	8.11	1.27	81.85/85.78
ทดสอบ 2: การตรวจและรักษาเอชไอวี	8.33	0.71	
ทดสอบ 3: ยาเพรีฟและยาเป็บ	8.11	1.17	
ทดสอบหลังใช้ชุดกิจกรรม: เรื่อง AIDS และ STIs	21.44	1.51	

การเปรียบเทียบความรู้เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ และความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม ผลการวิจัยพบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการอบรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรมเฉลี่ย 4.57 คิดเป็นร้อยละ 91.33 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ ก่อนและหลังใช้ชุดกิจกรรมการอบรม และความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม (n=9)

ผลการประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้ เรื่อง AIDS และ STIs	18.89	2.32	21.44	1.51	-2.209*	0.027
ทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ	74.67	10.37	74.00	8.77	-.511	.582
ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ	68.22	14.27	77.00	10.97	-2.243*	.025
ความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม			4.57	0.58		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการทดลองใช้ชุดกิจกรรมการอบรม และประเมินความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรมของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 93 คน โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 46 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 47 คน

2.1 ประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมการอบรมตามเกณฑ์ 80/80 ของการทดลองกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเอดส์

มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดทั้งสองครั้ง (กลุ่มที่ 1 = 8.67, กลุ่มที่ 2 = 8.38) ส่วนความรู้เรื่องยาเพรีฟและเป็บ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดทั้งสองครั้ง (กลุ่มที่ 1 = 7.91, กลุ่มที่ 2 = 8.02) ประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมการอบรม กลุ่มที่ 1 มีค่าเท่ากับ 81.81/88.96 และกลุ่มที่ 2 มีค่าเท่ากับ 81.63/85.53เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมการอบรมตามเกณฑ์ 80/80 ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการประเมิน	การทดลองกลุ่มที่ 1 (n=46)			การทดลองกลุ่มที่ 2 (n=47)		
	$\bar{X}$	S.D.	E_1/E_2	$\bar{X}$	S.D.	E_1/E_2
ทดสอบ 1: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเอดส์	8.67	1.06	81.81/88.96	8.38	0.87	81.63/85.53
ทดสอบ 2: การตรวจและรักษาเอชไอวี	7.96	0.84		8.09	0.75	
ทดสอบ 3: ยาเพร็พและยาเป๊ป	7.91	0.89		8.02	0.74	
ทดสอบหลังใช้ชุดกิจกรรม: เรื่อง AIDS และ STIs	22.24	1.86		21.38	1.60	

2.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจทางเพศ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ และความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรมของการทดลองกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า การทดลองกับกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจทางเพศ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม การทดลองกับกลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม เท่ากับ 4.13 คิดเป็นร้อยละ 82.65 กลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.09 คิดเป็นร้อยละ 81.74 รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจทางเพศ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ ก่อนและหลังใช้ชุดกิจกรรมการอบรม และความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม

ผลการประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การทดลองกลุ่มที่ 1 (n=46)						
ความรู้ เรื่อง AIDS และ STIs	17.04	2.86	22.24	1.86	11.203*	.000
ทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ	67.35	9.95	75.26	7.02	5.094*	.000
ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ	65.28	8.43	73.89	8.78	7.070*	.000
ความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม			4.13	0.63		
การทดลองกลุ่มที่ 2 (n=47)						
ความรู้ เรื่อง AIDS และ STIs	16.55	2.80	21.38	1.60	11.925*	.000
ทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ	64.32	11.43	68.09	9.28	2.286*	.027
ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ	64.28	10.34	68.09	9.28	2.931*	.005
ความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรม			4.09	0.63		

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA เรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ พบว่า มีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ 80/80 ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องเอดส์

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจทางเพศ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศ หลังทดลองใช้ชุดกิจกรรมการอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการประเมินความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการอบรมทั้งสองครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากกว่า

ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่า ชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA สามารถนำไปใช้ได้ แต่เมื่อพิจารณาเนื้อหาการอบรม โดยพิจารณาจากผลการทดสอบความรู้อย่อย 3 เรื่อง คือ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเอดส์ การตรวจและรักษาเอชไอวี และยาเพร็พและยาเป็บ ผลการวิจัยพบว่า เรื่องยาเพร็พและยาเป็บ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้เรื่องนี้มาก่อน ประกอบกับเนื้อหาค่อนข้างยาก และใช้เวลาในการอบรมเรื่องนี้น้อยเกินไป

ผลของการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า หลักการ GE-TICA หรือ หลักการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning) การเรียนรู้ที่เน้นการสืบสอบแสวงหาความรู้ (Investigation) การเรียนรู้ที่เกิดกระบวนการคิด (Thinking process) ทำให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Construction) และประยุกต์ใช้ความรู้ (Application) สามารถนำมาใช้จัดกิจกรรมการเรียนรู้หรืออบรมเรื่องเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเพศศึกษาได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชบา ชีทอง⁽¹³⁾ ที่พัฒนาหลักสูตรอบรมเพศศึกษาด้วยเทคนิคการเรียนรู้แบบร่วมมือของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา ด้วยการใช้หลักกระบวนการกลุ่ม คือ รูปแบบกลุ่มสืบค้น (Group Investigation: G.I.) รูปแบบกลุ่มร่วมมือแข่งขัน (Team Games Tournament: TGT) รูปแบบคู่คิด (Think-Pair-Share) บูรณาการร่วมกับวิธีอื่นๆ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติ และทักษะที่จำเป็นต่อเรื่องเพศศึกษาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ หลักการ GE-TICA ยังสอดคล้องกับคู่มือการสอนเพศศึกษาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการติดเชื้อโรคเอดส์สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี⁽¹⁴⁾ ที่ยึดหลักการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมเน้นกระบวนการกลุ่ม ให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน การเรียนรู้อาศัยประสบการณ์

เดิมของผู้เรียน ซึ่ง Marsiglia FF และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้กล่าวว่า จากหลายการศึกษา การมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ไม่เพียงแต่เป็นสื่อให้เกิดความรู้ ยังสนับสนุนให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้ในชีวิต และจากการศึกษาพวกเขาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่ผ่านการจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์มีความรู้ เรื่องเอชไอวีเพิ่มขึ้น และกลุ่มนักศึกษาที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์มีทัศนคติที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยพบว่า ชุดกิจกรรมการอบรมตามหลักการ GE-TICA สามารถเพิ่มความรู้อะไรเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มทัศนคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมทางเพศ และเพิ่มความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความเสี่ยงทางเพศได้ ดังนั้น ครู อาจารย์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์ และเพศศึกษาควรนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมตามบริบทของตนเอง

2. จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องยาเพร็พและยาเป็บน้อยที่สุด ดังนั้น การนำชุดกิจกรรมการอบรมไปใช้ ควรพิจารณาเพิ่มกิจกรรม หรือเวลาในหัวข้อนี้ให้มากขึ้น รวมทั้งพิจารณาความเข้มข้นของเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ยาเพร็พและยาเป็บเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ หากผู้เข้ารับการอบรมพิจารณาแล้วว่า ยาเพร็พและยาเป็บไม่เหมาะสมกับตนเอง อาจไม่สนใจในเนื้อหาได้

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรนำหลักการ GE-TICA ไปศึกษากับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มแรงงาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มผู้รับยาเพร็พ โดยเพิ่มการศึกษาระหว่างตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดเตรียมเนื้อหาและกิจกรรมที่เหมาะสมแต่ละกลุ่ม และควรนำหลักการ GE-TICA ไปศึกษากับเรื่องอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเพชรบูรณ์ ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย และที่สำคัญต้องขอขอบคุณนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย คุณค่าของงานวิจัยชิ้นนี้ ขอมอบให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Nuchanart Kaewdamkeng, Chitra Onom, Siriporn Phiyayothai, Juthamat Makkunchorn, Phatsaya Mooklimat, Sirikul Chaicharoen, et al. HIV & STIs Literacy. 1st edition. Nuchanart Kaewdamkeng, editor. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
2. HIV INFO HUB. Estimated proportion of new HIV infections among adults and children [Internet]. [cited 2021 April 1]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php> (in Thai)
3. Siriporn Monyarit. Situation of the 5 main sexually transmitted diseases in youth of Thailand for the fiscal year. 2014–2018 [Internet]. [cited 2021 Apr. 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1006020200507053840.pdf> (in Thai)
4. Niramom Pansuwan. Sexually transmitted infections. In: Thitipong Yingyong, editor. Annual Epidemic Surveillance Report 2019. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2019. p. 169–174. (in Thai)
5. Eske J. What are the chances of contracting HIV? [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr. 28]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/chances-of-getting-hiv>
6. Surveillance System for Epidemiology, AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Diseases Development Group, Bureau of Epidemiology. Report of behavioral surveillance associated with HIV infection Thailand Student Group 2018. Bangkok: Graphic and Design Publishing House (TH); 2019. (in Thai)
7. Thanongsri Purisri. Knowledge, attitudes and risky sexual behavior of students and guidelines for the prevention and correction of sexual behavior Of the Institute of Physical Education Phetchabun Campus. Phetchabun: Faculty of Education Institute of Physical Education Phetchabun Campus; 2018. (in Thai)
8. Thaweesap Sirapraphasiri, Staff of the National AIDS Management Center, Editor. National Strategy on AIDS Control 2017–2030. Bangkok: NC Concept Co., Ltd.(TH); 2560. (in Thai)
9. Sumet Ongwandee, Cheewanan Lertpiriyasuwat, Angkana Charoenwattanachokchai, Montinee Vasantiuppapokakorn, Pensri Sawadcharoenying, Tumneab Sungwanprakaisang, et al. Chapter 3 Guarding System Beware of aids Sexually transmitted diseases and tuberculosis. In: Thanarak Pripapat, Saowapak Hinnjoy, Kuan Ung Chusak, Papanit Sawongtho, Athicha Wongkhamma, editor. Bangkok: Heize Co., Ltd.(TH); 2014. p. 49–60. (in Thai)

10. Ministry of Education. Basic Education Core Curriculum, B.E. 2008. 3rd edition. Bangkok: Publishing House of Agricultural Cooperatives of Thailand Limited (TH); 2008. (in Thai)
11. Institute of Physical Education, Phetchabun Campus. Bachelor of Education Program (5 years) in Physical Education (Curriculum revised 2013). Phetchabun: Institute of Physical Education, Phetchabun Campus; 2013. p.231. (in Thai)
12. Thanongsri Phoorisri. Development of AIDS and Sex Education Learning Management Model to Prevent HIV Infection in Mathayom 2 students. [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2015. 295 p. (in Thai)
13. Chaba Keethong. The development of sex education training course through cooperative learning technique of undergraduate students at Institute of Physical Education. [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2016. 236 p. (in Thai)
14. Ladda Jitwattanaphet, Suphattra Chuakiat, Kamonrat Buakhiao. Guide to teaching sex education to prevent pregnancy that is not ready and HIV infection for high school students. Bangkok: The Planned Parenthood Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness the Princess Mother; [date unknown]. (in Thai)
15. Marsiglia FF, Jacobs BL, Nieri T, Smith SJ, Salamone D, Booth J. Effects of an undergraduate HIV/AIDS course on students' HIV risk. J HIV AIDS Soc Serv. 2013 January 1; 12(2): 172-189.