

**การตรวจเอช ไอ วีด้วยความสมัครใจและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี
ในผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก กลุ่มวัณโรค**

**Voluntary Counseling and Testing and Risk Factors for HIV infection among
Tuberculosis patients attending TB Clinic of Tuberculosis Cluster**

พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต พ.บ., ส.ม.

Ponchanok Rattanadilok Na Bhuket M.D.,
M.PH. (Epidemiology)

สุรัสวดี กลิ่นชั้น สค.บ.

Suratsawadee Klinchan B.SW.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bureau of AIDS, Tuberculosis and STIs

บทคัดย่อ

การศึกษาสัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีศรัทธาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากการรับบริการปรึกษา ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการตรวจเลือด และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ได้ดำเนินการในลักษณะการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายจำนวน 187 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการรักษาและป้องกันวัณโรค กลุ่มวัณโรค ในช่วง 7 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2550 ระหว่างเดือนกันยายน 2549 ถึงเดือนมีนาคม 2550 วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษา พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่มีศรัทธาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากการรับบริการปรึกษา ในการศึกษาครั้งนี้สูงร้อยละ 84 ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพในการบริการเรื่องการให้คำปรึกษาที่ยึดการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการให้คำปรึกษาตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการตรวจเลือดจากการศึกษานี้คือ ร้อยละ 19.7 และมีความน่าเชื่อถือได้ในแง่ของการเป็นตัวแทนของความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่สำคัญคือ การมีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนและการใช้สารเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการบริการปรึกษาเพื่อการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ควรให้ความสนใจกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นพิเศษมากขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคและประชาชนทั่วไปในการหลีกเลี่ยงป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

The cross-sectional study among new tuberculosis patients was conducted to determine the acceptant rate for HIV testing by voluntary technique, the prevalence of HIV infection and risk factors for HIV infection at Tuberculosis Cluster. All new tuberculosis patients who received routine services during September 2006 – March 2007 were enrolled into the study with the total number of 187 cases. The services were provided according to the National Guideline for Integrated TB and HIV/AIDS Implementation. Some interested data were collected from the designed questionnaire and from the routine data collection system.

The collected data were analyzed by using descriptive and analytic statistics with EPIINFO for Windows software. The results revealed that the acceptant rate for HIV testing with the voluntary technique was as high as 84 percent. The prevalence of HIV infection among tuberculosis patients was 19.7 percent. According to the high acceptant rate, the result of this prevalence could be the reliable statistics. The main risk factors for HIV infection among those who had HIV sero-positive, were having more than 1 sex partners, and intravenous drug use. Therefore, the risk assessment for HIV infection among tuberculosis patients which is one of the main process of voluntary counseling and testing, should be specially focused on. Moreover, the health education of these risks should be widely disseminated to all of the tuberculosis patients and to the general population to avoid and prevent the risk behaviors in order to prevent HIV infection.

ประเด็นสำคัญ-

ผู้ป่วยวัณโรค เอช ไอ วี

ปัจจัยเสี่ยง คลินิกวัณโรค

Keywords

Tuberculosis patients , HIV,

risk factors , Tuberculosis Clinic

บทนำ

ประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในผู้ป่วยวัณโรคประมาณ ร้อยละ 8.5 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ เอช ไอ วี ของตน องค์การอนามัยโลก ให้ข้อเสนอแนะว่าให้ผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มหนึ่งที่ต้องติดตามแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวี เพราะจะส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมวัณโรค คือส่งผลให้อัตราการรักษาครบต่ำลงเนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย และยังทำให้มีแนวโน้มในการเป็นวัณโรค ต่อยาหรือทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการป่วยรุนแรงเพิ่มมากขึ้น^(1, 13)

การให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจการติดเชื้อเอช ไอ วี ด้วยความสมัครใจ (Voluntary Counseling for Testing : VCT) เป็นมาตรการในการควบคุมปัญหาวัณโรค และเอดส์เพราะสามารถนำไปสู่การทราบสถานะการติดเชื้อ เอช ไอ วี และการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อมีข้อบ่งชี้การปรึกษาดังกล่าวได้ใช้หลักการเรื่อง คุณภาพของการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด⁽²⁾ ซึ่งจะพิจารณาจากการบรรลุวัตถุประสงค์⁽²⁾ ข้อ คือ วัตถุประสงค์เชิงกระบวนการ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ ความพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการปรึกษา และวัตถุประสงค์เชิงเนื้อหา ได้แก่การประเมินและลดพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงการตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจเลือดของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลกถือว่าถ้าการสมัครใจตรวจหาการติดเชื้อเอช ไอ วี ภายหลังจากการรับบริการปรึกษามีสัดส่วนที่สูงเกินกว่าร้อยละ 80 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จะสามารถเป็นตัวแทนของความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่เชื่อถือได้⁽³⁾ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมวัณโรคในแง่ของการทราบขนาดของปัญหาและการเตรียมการจัดสรรทรัพยากร นอกจากนี้การทราบปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้จากขบวนการการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ประชาชน และผู้ที่มารับบริการเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ต่อไป

คลินิกผู้ป่วยนอก กลุ่มวัณโรค ได้เริ่มให้บริการเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจ การติดเชื้อเอช ไอ วี ด้วยความสมัครใจ แก่ผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางของแผนงานวัณโรคแห่งชาติเรื่องแนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรค และโรคเอดส์⁽⁴⁾ โดยได้จัดระบบการให้บริการปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าใจถึงความสำคัญของการตรวจเลือด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับ แก้ไขพฤติกรรม และใช้แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการให้คำปรึกษาตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต⁽⁵⁻⁶⁾ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องแต่ขาดการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจลักษณะผู้ป่วยวัณโรค

ที่มาตรวจ สัตว์ส่วนผู้ป่วยที่สมัครใจตรวจเลือด ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทางคณะผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การรักษาวัณโรคควบคู่กับการดูแล เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการเสียชีวิต โดยการให้การปรึกษาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพทางเลือก การได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์บ่งชี้ หรือการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อตามลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. สัตว์ส่วนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีสมัครใจตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากการรับบริการปรึกษา
2. ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการตรวจเลือด
3. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในบริบทของคลินิกผู้ป่วยนอก กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)
2. ดำเนินการในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย ที่มารับบริการที่คลินิกของกลุ่มงานวิจัย และพัฒนาการรักษาและป้องกันวัณโรค กลุ่มวัณโรค ในช่วง 7 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2550 ระหว่างเดือนกันยายน 2549 ถึงเดือนมีนาคม 2550
3. ผู้ป่วยทุกรายในการศึกษาจะได้รับ บริการปรึกษาเพื่อการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ผู้ป่วยที่สมัครใจจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาสถานะการติดเชื้อเอชไอวี
4. วิธีการทางการชันสูตรใช้ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ โดยผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จะถูกเก็บรักษาไว้แบบลับ (confidential)
5. ข้อมูลที่สนใจศึกษาจะถูกเก็บรวบรวมจาก

แบบฟอร์มที่ได้ออกแบบไว้ก่อน ข้อมูลบางส่วนถูกเก็บรวบรวมเพิ่มเติมจากใบประวัติการรักษา (TB Treatment card) และจากแบบบันทึกการปรึกษาผู้ป่วยวัณโรค

6. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ Epi Info for Windows สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา (ค่าร้อยละ สัดส่วนการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติเชิงอนุมาน (chi-square, p-value, Odds ratio และ Multiple Logistic Regression)

คำนิยามในการศึกษา

ผลการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผลการตรวจเลือดด้วยวิธี ELISA Gel Agglutination และ Immuno Chromatography Technique (ICT) ให้ผลการทดสอบเป็นบวกทั้ง 3 วิธี หากมีวิธีใดวิธีหนึ่งให้ผลขัดแย้งจะต้องตรวจอีกครั้งโดยใช้ ตัวอย่างเลือดครั้งใหม่และใช้เทคนิค Western Blot ในการยืนยัน

การมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง หรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยไม่มีการป้องกันหรือป้องกันเพียงบางครั้ง ไม่รวมการมีการป้องกันทุกครั้งเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหมายถึงกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ เลย คู่รักในเรื่องปัจจัยเสี่ยงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก หมายถึงการมีสถานะภาพการสมรสเป็นคู่ทั้งคู่ที่ต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ได้

ผู้ป่วยวัณโรค 1 รายอาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 1 ปัจจัย

แนวทางการให้การปรึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงสาเหตุการมารับบริการ ระยะเวลาที่จะพูดคุย ลดความวิตกกังวลจากการถูกส่งมารับบริการ และการทำความเข้าใจกับบริการที่จะได้รับ
2. การสำรวจปัญหา เป็นการสำรวจปัญหาอย่างรอบด้านที่เกิดจากการที่มารับบริการ การตรวจเลือด ปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดจากการตรวจ

เลือดและการประเมินความเสี่ยงและผลเลือดที่อาจเกิดขึ้น และปัญหาต่างๆที่ส่งผลต่อความกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการตรวจเลือด

3. การทำความเข้าใจปัญหาเพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง

4. พิจารณาแนวทางและการพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหา และร่วมพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เหมาะสมกับผู้รับบริการโดยร่วมพิจารณาให้ผู้รับบริการพิจารณาแนวทางแก้ไขอย่างรอบด้านสรุปผลและยุติบริการ เป็นการสรุปการพูดคุยในแต่ละครั้งว่าได้พูดคุยอะไร และอย่างไร รวมถึงการนัดหมายในการคุยครั้งต่อไปด้วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	72.7
หญิง	51	27.3
อายุ (ต่ำสุด 18 สูงสุด 72 ค่าเฉลี่ย 37.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.8)		
15 – 29 ปี	52	27.8
30 – 44 ปี	82	43.9
45 ปีขึ้นไป	53	28.3
สถานภาพสมรส		
โสด	28	14.9
คู่	127	67.1
แยก / หย่า / หม้าย	32	17.1
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน – ประถมศึกษา	110	60.0
มัธยมต้น – มัธยมปลาย	64	33.3
อนุปริญญา – สูงกว่าอนุปริญญา	13	6.7
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66	35.3
รับจ้าง	94	50.3
อื่นๆ (เกษตรกร ราชการ ค้าขาย ฯ)	27	14.4
ประเภทผู้ป่วย		
เสมหะพบเชื้อ	123	65.8
เสมหะไม่พบเชื้อ	64	34.2

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก กลุ่มวัณโรค ในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 187 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.7 มีอายุระหว่าง 30 – 44 ปี ร้อยละ 43.9 (มีอายุมากที่สุดคือ 72 อายุน้อยที่สุด 18 อายุเฉลี่ย 37.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.82) ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่คือร้อยละ 67.1 ด้านการศึกษาของกลุ่มศึกษานั้นส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบการศึกษาเพียงชั้น ประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 50.3 และส่วนใหญ่ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะมากถึงร้อยละ 65.8

ตารางที่ 2 แสดงถึงการตัดสินใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและผลการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังจากรับบริการปรึกษา พบว่าส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 84.0 สมัครใจเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อ

เอชไอวี และพบว่าในกลุ่มที่สมัครใจเมื่อได้รับการตรวจหาการติดเชื้อการติดเชื้อเอชไอวี ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 19.7

ตารางที่ 2 แสดงผลการตัดสินใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและผลการติดเชื้อเอชไอวี

การตัดสินใจตรวจหาการติดเชื้อและ ผลการติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน	ร้อยละ
การตัดสินใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	187	100.0
สมัครใจตรวจ	157	84.0
ไม่สมัครใจตรวจ	30	16.0
ผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	157	100.0
ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวี	126	80.3
ตรวจพบเชื้อเอชไอวี	31	19.7

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มศึกษาที่ตัดสินใจรับการตรวจและไม่รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (คิดเป็นร้อยละ 72.6 และ 73.3 ตามลำดับ p -value = 0.96) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 - 44 ปี (คิดเป็นร้อยละ 44.6 และ 40.0 ตามลำดับ p -value = 0.76) สถานภาพ สมรสเป็นคู่ (คิดเป็น ร้อยละ 65.6 และ 76.7 ตามลำดับ p -value = 1.72) ระดับการศึกษาอยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้เรียน หนังสือจนถึงชั้นมัธยมต้น (คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 76.7 ตามลำดับ p -value = 1.14) ส่วนมากยังสามารถประกอบอาชีพได้ (คิดเป็นร้อยละ 64.3 และ 66.7 ตามลำดับ p -value = 1.11) และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย เสมหะพบเชื้อ (คิดเป็นร้อยละ 65.0 และ 70.0 ตามลำดับ p -value = 0.79) จะเห็นว่า กลุ่มที่สมัครใจรับการตรวจและกลุ่มที่ไม่สมัครใจรับการตรวจการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีความคล้ายกัน กล่าว คือไม่มีความแตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และสถานะของการมีเชื้อในเสมหะ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่สมัครใจรับการตรวจและไม่สมัครใจรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลทั่วไป		การตัดสินใจต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี				รวม		p-value
		สมัครใจ		ไม่สมัครใจ				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ		157		30		187	100.0	0.96
	ชาย	114	72.6	22	73.3	136	72.7	
	หญิง	43	27.4	8	26.7	51	27.3	
อายุ		157		30		187	100	0.76
	15-29 ปี	42	26.7	10	33.3	52	27.8	
	30-44 ปี	70	44.6	12	40.0	82	43.9	
	45 ปีขึ้นไป	45	28.7	8	26.7	53	28.3	
สถานภาพสมรส		157		30		187	100	1.72
	โสด ม่าย หย่า	54	34.3	7	23.3	61	32.6	
	คู่	103	65.6	23	76.7	126	67.3	
ระดับการศึกษา		157		30		187	100	1.14
	ไม่ได้เรียน-ม.ต้น	124	78.9	23	76.7	147	78.6	
	ม.ปลาย-สูงกว่าป.ตรี	33	21.1	7	23.3	40	21.3	
การประกอบอาชีพ		157		30		187	100	1.11
	ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน/เร่ร่อน	56	35.7	10	33.3	66	35.3	
	ประกอบอาชีพ	101	64.3	20	66.7	121	64.7	
ประเภทผู้ป่วย		157		30		187	100	0.79
	เสมหะพบเชื้อ	102	65.0	21	70.0	123	65.8	
	เสมหะไม่พบเชื้อ	55	35.0	9	30.0	64	34.2	

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยง เพศสัมพันธ์กับคู่อีก การมีคู่มากกว่า 1 คน ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่คือ คิดเป็น ร้อยละ 29.9 และ 27.4 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมี

ตารางที่ 4 แสดงประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยทั้งหมดทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ

ประเด็นปัจจัยเสี่ยง** ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอช ไอ วี	จำนวน	ร้อยละ
การมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก (n=167*)	50	29.9
การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายขายบริการ (n=168*)	31	18.4
การมีคู่มากกว่า 1 คน (n=168*)	46	27.4
การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (n=168*)	2	1.2
การใช้สารเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา (n=169*)	12	7.1
การสักลาย (n=170*)	29	17.1
การรับเลือด การสัมผัสเลือดจากบุคคลอื่น (n=170*)	5	2.9

หมายเหตุ: *ผู้ป่วยโรคทั้งหมด ทั้งที่ผ่าน และไม่ผ่านการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวีด้วยความสมัครใจทั้ง 187 ราย มีบางรายที่ไม่ สมัครใจให้ข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยง หรือให้ข้อมูลที่ไม่น่า เชื่อถือเพียงพอ ทำให้ผู้วิจัยตัดข้อมูลดังกล่าวออกจาก การวิเคราะห์

** ประเด็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอช ไอ วี หมายถึงหากมีปัจจัยเสี่ยงคือ ไม่มีการป้องกัน หรือป้องกัน เพียงบางครั้ง (ไม่รวมกลุ่มที่มีการป้องกันทุกครั้ง เมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงออก) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหมายถึงกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสปัจจัยเสี่ยง นั้น ๆ เลย

ตารางที่ 5 จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง อัตราการติดเชื้อเอชไอวีกับปัจจัยเสี่ยง แบบตัวแปรเชิงเดียว (univariate analysis) พบว่าใน ผู้รับการปรึกษาที่สมัครใจตรวจเลือดมีปัจจัยเสี่ยง ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย คือ การมีคู่มากกว่า 1 คน (p-value = 0.007) และการใช้สารเสพติดที่ใช้ เข็มฉีดยา (p-value = 0.001) ในขณะที่ปัจจัย อื่นๆ ดังต่อไปนี้ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อ เอชไอวีและกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์

กับคู่อีก p-value = 0.478 , การมีเพศสัมพันธ์กับหญิง หรือชายขายบริการ p-value = 0.728, การมีเพศ สัมพันธ์กับเพศเดียวกัน p-value = 0.428 , การสักลาย p-value = 0.935, การรับเลือด การสัมผัสเลือดจาก บุคคลอื่น p-value = 0.336

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบ ตัวแปรเชิงเดียวตามตารางที่ 5 ผู้วิจัยได้นำปัจจัยเสี่ยง ต่างๆ ทั้งหมดมาหาความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบ ตัวแปรเชิงซ้อน (Multiple Logistic Regression) ตาม ผลในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้รับการปรึกษาที่สมัครใจตรวจเลือด จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอช ไอ วี	ผลการตรวจ ในผู้รับการปรึกษาที่สมัครใจตรวจเลือด				p-value
	ติดเชื้อเอชไอวี		ไม่ติดเชื้อเอชไอวี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การมีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปถัมภ์ (n=149*)					0.478
มี	7	15.9	37	84.1	
ไม่มี	22	21.0	83	79.0	
การมีคู่อุปถัมภ์มากกว่า 1 คน (n=148*)					0.007 b
มี	15	34.1	29	65.9	
ไม่มี	15	14.4	89	85.6	
การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายขายบริการ(n=133*)					0.728
มี	7	23.3	23	76.7	
ไม่มี	21	20.4	82	79.6	
การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (n=153*)					0.482 a
มี	0	0	2	100.0	
ไม่มี	30	19.9	121	80.1	
การใช้สารเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา(n=153*)					0.001 a b
มี	7	63.6	4	36.4	
ไม่มี	22	15.5	120	84.5	
การสักกลาย (n=152*)					0.935
มี	5	18.5	22	81.5	
ไม่มี	24	19.2	101	80.8	
การรับเลือด การสัมผัสเลือดจากบุคคลอื่น (n=152*)					0.336 a
มี	1	20.0	4	80.0	
ไม่มี	29	19.7	118	80.3	

หมายเหตุ: * ผู้ป่วยที่สมัครใจรับการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีทั้ง 157 ราย มีบางรายที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูล เรื่องปัจจัยเสี่ยงหรือให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือเพียงพอ ทำให้ผู้วิจัยตัดข้อมูลดังกล่าวออกจากวิเคราะห์

a p-value by Fisher's Exact Test

b Significant p-value < 0.05

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ต่อการติดเชื้อเอชไอวีแบบการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอช ไอ วี	p-value	Adjusted OR*	95 % C.I.	
			Lower	Upper
การมีคู่อุปถัมภ์มากกว่า 1 คน	.013	6.897	1.492	31.872
การใช้สารเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา	.001	12.809	2.914	56.299

หมายเหตุ: * ควบคุมปัจจัยเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปถัมภ์ การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายขายบริการ การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน การสักร่างกาย การรับเลือด หรือสัมผัสเลือดจากบุคคลอื่น

จากตารางที่ 6 ภายหลังจากควบคุมปัจจัยกวน พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการติดเชื้อเอชไอวีคือการใช้สารเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา (OR=12.809, p=0.001) และการมีคู่อุปถัมภ์มากกว่า 1 คน นั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าคนที่ไม่มีคู่อุปถัมภ์ถึง 13 เท่า (OR=6.897, p=0.013) และการใช้สารเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยาถึง 13 เท่า (OR=12.809, p=0.001) และการมีคู่อุปถัมภ์มากกว่า 1 คน นั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

สูงกว่าคนที่ไม่มีพฤติกรรมมีคูเพศสัมพันธ์ มากกว่า 1 คน ถึง 7 เท่า (OR=6.897 , p=0.013)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร ที่ทำการ ศึกษาคล้ายกับการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว⁽⁸⁾ และอุทัยวรรณ กาญจนะพังคะ⁽⁹⁾ เช่น เรื่อง เพศในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.7 ขณะที่ในการศึกษาทั้ง 2 เรื่องดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 74.8 และ 70.8 ตามลำดับ ซึ่งลักษณะ ทั่วไปของกลุ่มประชากรแบบนี้ น่าจะมีความคล้ายคลึง กันในบริบทของคลินิกวัณโรค ที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง

สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่สมัครใจตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากการรับบริการปรึกษา ในการศึกษานี้ สูงถึงร้อยละ 84 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของ แผนงานวัณโรค แห่งชาติเรื่องแนวปฏิบัติการผสม ผสานวัณโรคและโรคเอดส์⁽⁴⁾ ที่ตั้งไว้ที่ ร้อยละ 80 และ สูงกว่าผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศไทย ซึ่งมีผลการดำเนินการอยู่ที่ร้อยละ 52⁽¹¹⁾ ซึ่งสะท้อนถึง คุณภาพในการบริการเรื่องการให้คำปรึกษาที่ยึดการ ประเมินปัจจัยเสี่ยงและการให้คำปรึกษาตามแนวทาง ของกรมสุขภาพจิต⁽⁵⁻⁶⁾ โดยให้อาสาสมัครรับบริการ ตัดสินใจตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีตามความสมัครใจ นั้น สามารถทำให้อัตราการยอมรับการตรวจหาการติด เชื้อเอชไอวีนั้นสูงได้ และสามารถทำให้ผู้ป่วยวัณโรค ที่มีผลบวกต่อการติดเชื้อเอชไอวี เข้าถึงการได้รับยา ต้านไวรัสเอดส์เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้ และน่าจะเป็นทางเลือกของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีใน ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ติกว่า โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธี การจัดบริการในลักษณะรวมการบริการการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีเข้าในการบริการของผู้ป่วยวัณโรคโดย ไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนล่วงหน้าอย่างชัดเจน ซึ่งได้ มีการเสนอแนะให้ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคในบางประเทศใน ทวีปอาฟริกา⁽¹⁰⁾ และวิธีนี้น่าจะช่วยป้องกันการฟ้องร้อง กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย จากประเด็นปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชน ได้ด้วย

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ที่ได้รับการตรวจเลือดจากการศึกษา นี้คือ ร้อยละ 19.7 ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกได้คาด ประเมินการณ์ไว้ว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคอายุ 15-49 ปี ของ ประเทศไทยสำหรับปี พ.ศ. 2547 เท่ากับ ร้อยละ 8.5⁽¹¹⁾ เนื่องจากอัตราการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีจากการการศึกษานี้สูงดังกล่าว ผลที่ได้ในเรื่อง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค จึงมีความน่าเชื่อถือได้⁽³⁾ โดยเฉพาะในบริบทของการ บริการของคลินิกวัณโรคที่มีลักษณะเฉพาะ เช่นที่กลุ่ม วัณโรค อัตราความชุกดังกล่าวนี้ จะช่วยเป็นแนวทางให้ แก่ผู้บริหารของคลินิกวัณโรคที่มีลักษณะเฉพาะดังกล่าว ในการจัดเตรียมทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมรับมือกับ ปัญหาวัณโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ได้ นอกจากนี้ ก็ยังเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมด้านศักยภาพ และทักษะแก่ผู้ให้บริการในคลินิกวัณโรค โดยในด้านของ การให้คำปรึกษาทางสังคม การดูแลปัญหาเอดส์และ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวีของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่สำคัญคือ การมีคู เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนและการใช้สารเสพติดที่ใช้เข็ม ฉีดยา และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้รับบริการปรึกษาที่สมัครใจตรวจเลือด 3 อันดับ แรกที่ พบคือ การใช้สารเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา การมีคู เพศสัมพันธ์ มากกว่า 1 คนและการมีเพศสัมพันธ์ กับหญิงหรือชายขายบริการ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการด้าน การให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม และผู้ ให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ควรให้สนใจมากขึ้น ทั้งในขั้นตอนของการประเมินความเสี่ยงของการ ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นกระบวนการ หนึ่งของการบริการปรึกษาเพื่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยความสมัครใจ และในขั้นตอนของการให้คำแนะนำ เพื่อการป้องกันโรค รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย วัณโรค และประชาชนทั่วไปในการหลีกเลี่ยงป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวเพื่อเป็น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือไม่สามารถเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยง หรือให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือเพียงพอ ทำให้ผู้วิจัยตัดข้อมูลดังกล่าวออกจากการวิเคราะห์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผศ.พญ.พัชรวิมล ศุภลักษณ์ ศึกษากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้อาจารย์มธุรส ทิพย์มงคลกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้อาจารย์เสนอแนะในการกำหนดกรอบแนวคิดของการศึกษา อาจารย์มธุรส ทิพย์มงคลกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้อาจารย์เสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูลและทางสถิติ ขอขอบคุณคุณมัลลิกา ชลาสนธิคุณทัศนีย์ มนูญพาณิชย์ คุณชินนุช สนอุปและคุณอรพิน เทียนประทีป ที่ได้อนุเคราะห์ในการให้บริการและการจัดการด้านการพยาบาล และการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคมรวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณสมศักดิ์ เจริญทองและคุณสายใจ สมบัติการที่ได้จัดระบบการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้านชั้นสูตร และขอขอบคุณพญ.ศรีประพา เนตรนิยม หัวหน้ากลุ่มวัณโรค ที่สนับสนุนดูแลการศึกษาในภาพรวม

เอกสารอ้างอิง

1. TB/HIV: A Clinical Manual. 2nd edition <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546344.pdf> WHO/HTM/TB/2004.329
2. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพบริการ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัทปาปรัสพับลิเคชั่น ; 2541
3. World Health Organization,2004. Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients (Second edition). Geneva.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและ โรคเอดส์ โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2548
5. ดร.จิน แบรี่ สถาบันสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต คู่มือการฝึกทักษะและการปรึกษา พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2537
6. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการให้ปรึกษาขั้นพื้นฐาน พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2547
7. สัณชัย ชาสมบัติ ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พรทิพย์ ยุกตานนท์ แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2547
8. พัฒนา โพธิ์แก้ว, ศักรินทร์ จันทรวงศ์, อนงค์พร ประพันธ์วงศ์, ศรัณยา ธรรมกุล การสำรวจการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อในพื้นที่เขต 10 วารสารวัณโรคโรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต 2549 : 27 ; 47-55
9. อุทัยวรรณ กาญจนะพังคะ การศึกษาเรื่องอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อHIVในผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2547 : 25 ; 61-66
10. Ministry of Health , Kenya. Guideline for HIV testing in Clinical Settings. 3rd Edition (2006) http://www.who.int/entity/hiv/topics/vct/KENYA_HIV_Guidelines_2006.pdf.pdf
11. World Health Organization, 2006. Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing. Geneva.