

นิพนธ์ต้นฉบับ

อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม
ประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีและประชากรทั่วไปบังอร เทพเทียน⁽¹⁾, สุพัตรา ศรีวัฒนชากร⁽²⁾, พักตร์วิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร⁽³⁾ และภุชิต ประคองสาย⁽⁴⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 11 ธันวาคม 2557

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 6 มีนาคม 2558

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ: อาจารย์

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

(โทรศัพท์: 02-4419040-3,

E-mail: bungon.the@mahidol.ac.th)

(2) แพทย์หญิง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

(3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุรนารี

(4) นายแพทย์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ

ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการให้คำปรึกษา และการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ ประชากรทั่วไปโดยการสำรวจภาคตัดขวาง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม- กรกฎาคม 2556 พื้นที่ศึกษาใช้หน่วยการเลือกเป็นระดับจังหวัดแบบเจาะจงจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย ของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 8 จังหวัด (แบ่งตามภูมิภาค) จาก 31 จังหวัด วิธีการเลือกตัวอย่างในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเปราะบางใช้วิธีการ time location sampling และ quota sampling ได้จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 751 ราย ส่วนกลุ่มพนักงานในสถาน ประกอบกิจการซึ่งเป็นตัวแทนประชากรทั่วไปใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ cluster sampling และ Sampling with Probability Proportional to Size (PPS) ได้จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 1,937 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมาก่อนมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อ การตัดสินใจในการไปตรวจเลือดในปีหน้าคือประเมินตนเองไม่มีความเสี่ยง (FW: AOR=1.96 95%=1.03-3.75, MSM : AOR=3.97 95%=1.58-10.32) ไม่มีคนชักชวนให้มาตรวจเลือด (AOR=2.39 95%=1.71-3.33) การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ในการตรวจเลือด (FW : AOR=2.73 95%=1.35-5.54) เสียค่าใช้จ่าย (FSW : AOR=2.80 95%=1.75-8.34) การมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด (MSM: AOR=5.51 95%=1.99-15.2) สถานบริการไม่ให้เกียรติ (PWID: AOR=6.38 95%=1.01-40.29) ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวีมาก่อนพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจในการไปตรวจเลือดในปีหน้าคือ ไม่มีพฤติกรรมการเสี่ยง (FW: AOR=1.62 95%=1.10-2.38) ไม่มีคนชักชวนให้มาตรวจเลือด (FW: AOR=2.39 95%=1.71-3.33, FSW: AOR=3.66 95%=1.11-12.04) การไม่ได้รับข้อมูลการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ (FW: AOR=1.79 95%=1.39-2.30) การมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด (FSW: AOR=7.02 95%=16.01-30.59, MSM: AOR=2.66 95%=1.32-5.39) ดังนั้นการเพิ่มความครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อ การติดเชื้อเอชไอวีให้ได้ตามเป้าหมายควรหามาตรการให้คนกลุ่มนี้สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ อย่างถูกต้อง หากกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อให้ข้อมูลการตรวจเลือดและสิทธิประโยชน์รวมทั้งชักชวนให้มาตรวจเลือด สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มที่มีความครอบคลุมการตรวจเลือดน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆนั้น จาก การศึกษานี้เห็นได้ชัดเจนว่าทัศนคติทางลบต่อการตรวจเลือดมีผลต่อการไปตรวจเลือด ดังนั้นจึงต้องเพิ่ม มาตรการที่สามารถปรับทัศนคติให้เห็นประโยชน์ของการทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษา แต่เน้นๆ ส่วนประชากรทั่วไปสามารถครอบคลุมเป้าหมายได้ไม่ยากนัก อย่างไรก็ตามควรออกแบบ (re-design) ของมาตรการการป้องกันให้เชื่อมโยงกับการรักษาเพื่อให้คนกลุ่มนี้สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาอย่าง ครอบคลุมและหามาตรการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น

คำสำคัญ: เอชไอวี, บริการการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ, อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ, ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี, ประชากรทั่วไป

Original Article

Obstacles for Accessing to Voluntary Counseling and Testing for HIV in
Vulnerable Groups and General PopulationBang-on Thepthien⁽¹⁾, S. Srivanichakorn⁽²⁾, P. Subhaluksaksakorn⁽³⁾ and P. Prakongsai⁽⁴⁾

Received Date: December 11, 2014

Accepted Date: March 6, 2015

Abstract

This study aimed to investigate obstacles to access VCT for HIV in vulnerable groups and general population. A cross-sectional survey was conducted during May-July 2013. Eight provinces of 31 targeted provinces of the National Strategic Plan for Prevention and Alleviation of HIV/AIDS 2012-2016 were purposively selected. Time location sampling and quota sampling were deployed to obtain 751 subjects. Whereas 1937 subjects from private firms represented for general population were obtained by cluster sampling with probability proportional to size. The results showed that among those who ever tested for HIV, obstacles to make decision for testing HIV next year were no risk behaviors (FW: AOR=1.96 95%CI=1.03-3.75, MSM: AOR=3.97 95%CI=1.58-10.32), not be invited to be tested (AOR 2.39 95%CI=1.73-3.33), perceived right to be tested (FW: AOR=2.73 95%CI=1.35-5.54), paid for testing (FSW : AOR=2.80 95%CI=1.75-8.34), negative attitude toward testing (MSM: AOR=5.51 95%CI=1.99-15.2), not friendly service (PWID : AOR=6.38 95%CI=1.01-40.29). For those who had never been tested for HIV, obstacles included no risk behaviors (FW: AOR=1.62 95%CI=1.10-2.38), not be invited to be tested (FW : AOR=2.39 95%CI=1.71-3.33, FSW: AOR=3.66 95%CI=1.11-12.04), no information regarding VCT (FW: AOR=1.79 95%CI=1.39-2.30), negative attitude toward blood testing (FSW: AOR=7.02 95%CI=16.01-30.59, MSM: AOR = 2.66 95%CI=1.32-5.39). So increasing coverage among those vulnerable groups to HIV/AIDS for goal achievement, measures that can help them to do risk self-assessment properly and correctly should be conducted. Pro-active strategies should be implemented to provide information and benefit of VCT for HIV/AIDS as well as inviting to participate so as to be able to do self-assessment for HIV/AIDS correctly, in particular, among male having sex with male which VCT rate was lower than others. From the results of this study, it revealed obviously that negative attitude toward blood testing was associated with attending blood testing. Changing attitude measure should be implemented in order to perceive the benefit of knowing HIV infected status and early received treatment. For general population, it is not so hard to meet the target. However, preventive measures should be re-designed to connect with treatment so that this population can involve treatment and care system and find preventive measures to prevent the spread of infections to other.

Keyword: HIV, Voluntary Counseling and Testing for HIV, Obstacles to Access Services, Vulnerable Groups, General Population

- (1) **Corresponding author:** Instructor
ASEAN Institute for Health Development,
Mahidol University
(Tel.: 02-4419040-3
E-mail: bungon.the@mahidol.ac.th)
- (2) Expert , Disease Control Department,
Ministry of Public Health
- (3) Assistant Professor, Suranaree University
- (4) Director, International Health Policy
Program (IHPP), Ministry of Public Health

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีใหม่ การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยได้ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา รวมทั้งความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี (key affected populations) ลดลงแต่ยังคงสูงกว่าในประชากรทั่วไป ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีการพัฒนานโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการป้องกันและพฤติกรรมที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องแต่การเปลี่ยนแปลงยังไม่มากพอที่จะช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ตามเป้าหมายนอกจากนี้อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) แสดงให้เห็นสัญญาณของการเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนหนุ่มสาว (Ministry of Public Health, 2013) จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงปี พ.ศ.2555–2559 ด้วย AIDS Epidemic Model พบจำนวนรวม 43,040 คน เป็นการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายพนักงานบริการและลูกค้าผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและคู่อุปการะที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจไม่รู้หรือรู้ว่าเป็นแต่ตนเองติดเชื้อเอชไอวีรวมคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 94 (Ministry of Public Health, 2012)

ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยโดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ หรือ คช.ปอ.มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เอดส์สิ้นสุดลงให้ได้ภายในปี 2573 จึงได้อนุมัติยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฉบับ พ.ศ.2555–2559 เพื่อดำเนินกลยุทธ์และมาตรการเพิ่มเติมที่จะช่วยให้ประเทศได้บรรลุเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดเอดส์ในปี 2573 ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฉบับ พ.ศ. 2555–2559 จึงให้น้ำหนักและความเข้มข้นในการดำเนินงานกับกลุ่มที่คาดว่าจะมีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ดังกล่าวและกำหนดเป้าหมายสู่ความเป็นศูนย์ 3 ศูนย์ประกอบด้วยไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติด้วยความร่วมมือของภาคีที่ดำเนินงานเอดส์ทั้งภาครัฐภาคประชาสังคมและเอกชนร่วมกำหนดยุทธศาสตร์ (Ministry of Public Health, 2014)

กว่า 25 ปีที่ประเทศไทยมีบทเรียนประสบการณ์และพัฒนาการในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์กล่าวได้ว่ามีความชัดเจนในความสำเร็จที่จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิดครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 ความครอบคลุมในการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 70 แต่อัตราการลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงในขณะที่อัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายพนักงานบริการและผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดประชากรข้ามชาติยังอยู่ในระดับสูงจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (Sriwanichakorn et al., 2014)

ในกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2548 ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female Sex Worker: FSW) พบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มที่ทำงานนอกสถานบริการเพิ่มสูงขึ้นเกือบเท่าตัวในปีพ.ศ. 2551 และมีอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าพนักงานบริการที่ทำงานในสถานบริการประมาณ 5 เท่าพนักงานบริการกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าถึงระบบบริการป้องกันและดูแลรักษา รวมทั้งการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (National AIDS Prevention and Alleviation Committee, 2010) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men : MSM) มีแนวโน้มของอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูงและแนวโน้มไม่ลดลงโดยเฉพาะในเมืองใหญ่และจังหวัดท่องเที่ยวสำคัญการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีบูรณาการกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมปีพ.ศ.2553 และ 2555 พบว่าอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเปราะบางยังคงสูงอยู่ ส่วนอัตราตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและรู้ผลการตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา ยังคงต่ำ โดยเฉพาะกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งนี้การไม่รู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการรับและถ่ายทอดเชื้อเพิ่มขึ้น (WHO & UNAIDS & UNICEF, 2009) กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (People Who Injecting Drugs: PWID) ที่มารับบริการในคลินิกยาเสพติดยังคงมีอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 30 (UNFPA, 2014)

ประเทศไทยได้มีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มประชากรหลักสำคัญ คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีดได้เข้าถึงบริการการป้องกันผสมผสานและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุมร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มประชากรทั่วไปได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุมร้อยละ 10 สำหรับผู้ที่ยังไม่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ผู้ที่ยังไม่รู้ผลเลือดตัวเอง และมีความกังวลใจว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี สามารถขอรับบริการให้คำปรึกษา และการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง แต่การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่ครอบคลุมในกรณีเพื่อนำไปสมัครเข้าทำงาน สมัครเข้ารับการศึกษา การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเพื่อทำประกันชีวิต (Sriwanichakorn et al., 2012) จากการสำรวจข้อมูลรับคำปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีพบว่าอย่างน้อยกว่าเป้าหมายจึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการให้คำปรึกษา และการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีและประชากรทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2556 พนักงานภาคสนามเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรเหล่านี้มาก่อน

พื้นที่ศึกษาใช้หน่วยการเลือกสุ่มเป็นระดับจังหวัด จากจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 8 จังหวัด

วิธีการเลือกตัวอย่างกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีใช้วิธีการ time location sampling : TLS (Vermund et al., 2011) ในกระบวนการสุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอนดังนี้ ในขั้นตอนแรกเป็นการรวบรวมข้อมูลของสถานที่ เวลาและจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ในขั้นตอนต่อมาได้นำข้อมูลสถานที่ เวลาและจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่รวบรวมได้มาทำการตรวจสอบ โดยสอบถามจากผู้รู้หรือปรึกษากับคนในชุมชน เช่น สถานบันเทิงแห่งนี้นักกักตุนอยู่หรือปิดกิจการไปแล้ว เป็นต้น จากนั้นนำมาจำแนกประเภท (venue and non-venue based) เช่น สถานบันเทิง บาร์ ชานา สถานนวด สถานออกกำลังกาย สวนสาธารณะ ริมทาง/ถนน เป็นต้น หรือ จัดอยู่ในประเภทอื่นๆ เช่น ร้านเสริมสวย โรงหนัง เป็นต้น ซึ่งแต่ละประเภทของสถานที่เหล่านี้มีกลุ่มเป้าหมายแตกต่างกันออกไปจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างโดยการกำหนดโควตา ด้วยการคัดกรองคุณสมบัติผู้ที่อยู่ในข่ายและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งได้ประเมินแล้วว่าสถานที่เหล่านี้เหมาะสม มีกลุ่มเป้าหมายมากเพียงพอที่จะทำการศึกษา จากนั้นจึงทำการประเมินโดยสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามจนครบตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละสถานที่

กลุ่มพนักงานในสถานประกอบการมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้ หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างโรงงานขนาดใหญ่ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป จากแต่ละจังหวัดด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนส่วนกับขนาด (Sampling with Probability Proportional to Size: PPS) หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 ในแต่ละโรงงาน สุ่มเลือกพนักงานลูกจ้างด้วยวิธีการกำหนดโควตา (Quota sampling) โดยให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของประชากรเป้าหมาย (เพศและช่วงอายุ) (ตารางที่ 1)

ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในภาคสนามโดยนักวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ สอดคล้องและถูกต้องของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม CSPro version 4.1 และ SPSS สถิติที่ใช้คือสถิติบรรยาย ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression)

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยมหิดล นักวิจัยให้ความสำคัญกับความสะดวกใจให้ข้อมูล และการเก็บรักษาข้อมูลอย่างเป็นความลับโดยการไม่สามารถระบุเป็นรายบุคคลได้

ผลการวิจัย

● ลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีมากกว่าครึ่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักเรียน นักศึกษา ผู้ที่ทำงานแล้ว และพนักงานบริการชาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยืนยันตนเองว่าเป็นเกย์

กลุ่มพนักงานบริการหญิง พบว่าพนักงานบริการเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 24 ปีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 เป็นผู้ที่ทำอาชีพพนักงานบริการเป็นหลัก มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีอาชีพอื่นนอกเหนือจากอาชีพพนักงานบริการ

กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด พบว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 24 ปี และมีงานทำผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดสองในสามเป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา

ในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง-ชายมีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก พนักงานที่เป็นเยาวชน (อายุน้อยกว่า 25 ปี) มีสัดส่วนที่น้อยกว่า พนักงานที่เป็นวัยผู้ใหญ่ (มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ขึ้นไป) ประมาณสามในสี่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

● การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี

การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ เคยมีประสบการณ์ตรวจเลือดมาแล้วมีสัดส่วนร้อยละ 28.6 เคยตรวจในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 8.3 และวางแผนจะไปตรวจเลือดปีหน้าร้อยละ 21.6 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเคยมีประสบการณ์ตรวจเลือดมาแล้วร้อยละ 61.8 เคยตรวจในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 41.6 และวางแผนจะไปตรวจเลือดปีหน้าร้อยละ 49.5 ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศเคยมีประสบการณ์ตรวจเลือดมาแล้วร้อยละ 85.6 เคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 68.3 และวางแผนจะไปตรวจเลือดปีหน้าร้อยละ 79.9 ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดในรอบปีที่ผ่านมาและการวางแผนจะไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีการเคยตรวจเลือดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 60 การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาในภาพรวมของกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 51.6

ความตั้งใจจะไปตรวจเลือดในปีหน้าของกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 65 อีกประมาณร้อยละ 25 จะถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือร้อยละ 90 และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความตั้งใจจะไปตรวจเลือดในปีหน้าเพียงครึ่งหนึ่งและเป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจจะไปตรวจเลือดในปีหน้าในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มพนักงานบริการและผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เหตุผลของการมารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้าเพราะคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นส่วนใหญ่ และรองลงมาคิดว่ามียารักษาโรคเอดส์ได้ ส่วนเหตุผลของการมาไม่มารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้า พบว่าส่วนใหญ่แล้วคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงคิดว่าเอดส์เป็นโรคไม่มีทางรักษาแล้วไม่สบายใจ รับปัญหาไม่ได้

และเกรงว่าถ้าผลการตรวจออกมาแล้วติดเชื่อจะทำให้ผู้อื่นรู้แล้ว จะถูกรังเกียจ ตามลำดับในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการส่วนใหญ่แล้วจะมาตรวจเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้าเพื่อการตรวจสุขภาพประจำปี และรองลงมาคือคิดว่ามีयरักษารักษาโรคเอดส์ได้ หากเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ 10% น่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ แต่ถ้าพิจารณาสัดส่วนของการไปตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 8.3 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย (ภาพที่ 1)

กลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่เคยมีประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมาก่อนจะมีความตั้งใจไปตรวจเลือดในปีหน้าในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมาก่อน หากประเทศต้องการเพิ่มความครอบคลุมการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรายใหม่ กล่าวคือผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมาก่อนและจะไปตรวจเลือดในปีหน้าประมาณร้อยละ 12 หรืออีกร้อยละ 78 จึงจะถึงเป้าหมายที่ประเทศกำหนดไว้ร้อยละ 90 เช่นเดียวกับกับกลุ่มพนักงานบริการ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพียงร้อยละ 7 และ 8 เท่านั้นหากต้องการเพิ่มความครอบคลุมการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีตามเป้าหมายที่ประเทศกำหนดไว้ต้องพยายามหามาตรการและกลยุทธ์เพื่อให้กลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มพนักงานบริการ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดอีกร้อยละ 83 ส่วนกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการมีผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมาก่อนและจะไปตรวจเลือดในปีหน้าประมาณร้อยละ 11ซึ่งกำหนดเป้าหมายไว้ร้อยละ 10 (ภาพที่ 2)

โดยสรุปหากพิจารณากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมาก่อนแต่มีความตั้งใจจะไปตรวจเลือดในปีหน้ามีสัดส่วนน้อยมากประมาณร้อยละ 10 นั้นหมายถึงการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมาก่อนแล้ว

- ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้า

จากตารางที่ 2 แสดงร้อยละปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้า ที่นำเข้าวิเคราะห์ Multiple logistic regressions จำแนกตามกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรทั่วไป ประกอบด้วยตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คนชักชวนไปตรวจเลือด ข้อมูลการตรวจเลือด และบริการการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี สิทธิประโยชน์ ทัศนคติ การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและตนเอง การเลือกปฏิบัติ การนำเสนอจะเสนอร้อยละด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้า พบผลการศึกษาดังต่อไปนี้

กลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีประมาณสองในสามไม่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของตนเอง อีกเกือบครึ่งหนึ่งที่ประเมินตนเองว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งส่วนมากเป็นกลุ่มพนักงานบริการ หนึ่งในสามไม่มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือดและยังมีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยที่กลุ่มพนักงานบริการและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในทางลบน้อยกว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างชัดเจน ส่วนการติตราและการเลือกปฏิบัติกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ติตราตนเอง และเกือบครึ่งหนึ่งที่ติตราผู้อื่นส่วนใหญ่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติตราผู้อื่นใน ขณะที่กลุ่มพนักงานบริการมีการติตราตนเองเป็นส่วนใหญ่ สำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ติตราผู้อื่นและไม่ติตราตนเอง กลุ่มพนักงานบริการเคยถูกเลือกปฏิบัติมีสัดส่วนน้อยกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด

ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่ยังมีการตีตราผู้อื่น รองลงมาคือไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ มีทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในทางลบและตีตราตนเองตามลำดับ ส่วนพนักงานบริการส่วนใหญ่ไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์รองลงมาคือประเมินตนเองว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และตีตราตนเองตามลำดับ สำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดส่วนใหญ่แล้วยังตีตราตนเอง ตีตราผู้อื่น และเคยถูกเลือกปฏิบัติตามลำดับ อย่างไรก็ตามสัดส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้าในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดน้อยกว่ากลุ่มพนักงานบริการและกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

สำหรับพนักงานในสถานประกอบกิจการเกือบทั้งหมด
ยังมีทัศนคติต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในทางลบและ
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รองลงมาคือไม่มีคน
ชักชวนให้ไปตรวจเลือดและไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ตามลำดับ
สัดส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอช
ไอวีในปีหน้าในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการมากกว่า
กลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี

จากการวิเคราะห์ Chi-square test และ Multiple logistic regressions โดยการจำแนกในกลุ่มที่เคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมา กับกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยในการมารับบริการตรวจเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มประชากรที่ทำงานในสถานประกอบการ กลุ่มพนักงานหญิงบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด โดยพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรค หรือตัวพยากรณ์ว่าปีหน้าจะไปรับบริการตรวจเลือด ดังนี้ ในกลุ่มที่เคยตรวจเลือดมาก่อนมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจในการไปตรวจเลือดในปีหน้าคือประเมินตนเองไม่มีความเสี่ยง (FW: AOR=1.96 95%=1.03–3.75, MSM: AOR=

3.97 95%=1.58-10.32) ไม่มีคนชักชวนให้มาตรวจเลือด (AOR=2.39 95%=1.71-3.33) ไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ในการตรวจเลือด (FW: AOR=2.73 95%=1.35-5.54) เสียค่าใช้จ่าย (FSW: AOR=2.80 95%=1.75-8.34) การมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด (MSM: AOR=5.51 95%=1.99-15.2) สถานบริการไม่ให้บริการ (PWID: AOR=6.38 95%=1.01-40.29) ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลือดมาก่อนพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจในการไปตรวจเลือดในปีหน้าคือ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง (FW: AOR=1.62 95%=1.10-2.38) ไม่มีคนชักชวนให้มาตรวจเลือด (FW: AOR=2.39 95%=1.71-3.33, FSW: AOR=3.66 95%=1.11-12.04) การไม่ได้รับข้อมูลการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ (FW: AOR=1.79 95%=1.39-2.30) การมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด (FSW: AOR=7.02 95%=16.01-30.59, MSM: AOR=2.66 95%=1.32-5.39) (ตารางที่ 3, ตารางที่ 4)

บทสรุปและอภิปรายผล

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมให้คนไทยเข้าถึงการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมากขึ้น (World Health Organization, 2013) โดยให้คนไทยทุกคนทุกสิทธิมีโอกาสดูแลเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้งทำให้ปัจจุบันคนไทยกล้าตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีกันมากขึ้น (USAID, 2013) แต่จากผลการศึกษาพบว่า การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวียังต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 90) นอกจากนี้หากพิจารณาจากกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมาก่อนแต่มีความตั้งใจจะไปตรวจเลือดในปีหน้ามีสัดส่วนน้อยมากประมาณร้อยละ 10 นั้นหมายถึงการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นมีสัดส่วนที่น้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมาก่อนแล้ว สำหรับกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการหากเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 10 น่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ไม่ยากนัก (มีความตั้งใจจะไปตรวจเลือดในปีหน้าร้อยละ 21.6) แต่ถ้าพิจารณาสัดส่วนของการไปตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 8.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจในการไปตรวจเลือดในปีหน้าคือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ประเมินตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีคนชักชวนให้มาตรวจเลือด ไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ในการตรวจเลือด การมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด อุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้าในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการมีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนของการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการน้อยกว่ากลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในขณะนี้ (UNAIDS, 2008) หลักการที่ใช้อย่างกว้างขวางที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึงเมื่อให้การรักษารักษาการติดเชื้อเอชไอวีคนนั้นๆ จะจะทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงส่งผลให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในสิ่งคัดหลั่งที่อวัยวะเพศลดลงและลดการติดต่อของเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ซึ่งหลักการนี้สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าร้อยละ 90 ถือได้ว่าเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด (Das et al., 2010; Fang et al., 2004) เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวียังเป็นโรคที่ยังรักษาไม่หายขาดในขณะนี้ การป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ (Dieffenbach & Fauci, 2009; Gardner et al., 2011) มีการศึกษาวิจัยที่จะพยายามทำให้โรคหายขาดที่อาจจะเป็นไปได้ในอนาคตคือการรักษาเร็วตั้งแต่ที่มีการติดเชื้อใหม่ๆ แต่ปัญหาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ทราบว่าคุณเองติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีอาการหรือติดเชื้อมานานแล้ว (UNAIDS, 2014) โดยในช่วง 2-3 ปีนี้มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์หลายการศึกษาโดยเฉพาะการใช้ยาต้านเอชไอวีที่รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะได้รับเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีความเสี่ยง (Granich et al., 2009; Vermund et al., 2001; Tedrow et al., 2012) มีหลายการศึกษาที่แสดงว่าเมื่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเช่นเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด หรือผู้ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น แต่มีผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านเอชไอวีชนิดเดียวกับที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการติดเชื้อเอชไอวีลดลง โดยยาต้านเอชไอวีมีประสิทธิภาพประมาณร้อยละ 40-50 แต่การกินยาต้านเอชไอวีนี้เป็นการป้องกันเสริมหรือร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย (VCT Efficacy Group, 2000; Grinstead et al., 2001; Corbett et al., 2007)

เป้าหมายในยุทธศาสตร์ฯ เอดส์ชาติ พ.ศ.2555-2559 ซึ่งสอดคล้องกับการรณรงค์ของโครงการเอดส์สหประชาชาติ คือ ภายในปี 2559 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณ อัตราการติดเชื้อฯ เมื่อแรกเกิดน้อยกว่าร้อยละ 2 นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อฯ ทุกคนในประเทศไทยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน และจำนวนผู้ติดเชื้อฯ เสียชีวิตลดลงกว่าครึ่งหนึ่ง การรณรงค์ให้เป้าหมายสำเร็จนั้นต้องเริ่มจากการให้ข้อมูลกับประชาชนรู้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีไม่น่ากลัวอย่างที่คิด มียาต้านไวรัสที่ทำให้ไวรัสในเลือดลดลง ภูมิคุ้มกันสูงขึ้น ไม่เจ็บไม่ป่วย สามารถใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสแต่เนิ่นๆ สามารถมีอายุยืนยาวได้เท่ากับคนอื่น คนไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนสามารถรับยาฟรีจากรัฐได้ผ่านโครงการประกันสุขภาพ การป้องกันที่ดี (Treatment is prevention) ต้องตรวจเร็ว และรักษาเร็ว จะทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงและทำให้ลดจำนวน

ผู้ที่ตายจากโรคเอดส์อย่างได้ผล ควรทำให้การตรวจเอดส์เป็นเรื่องปกติ (normalize HIV testing) เหมือนกับการตรวจสุขภาพประจำปี (Ministry of Public health, 2014) หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ควรหามาตรการที่เข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ข้อมูลและชักชวนให้มารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี

ดังนั้นการเพิ่มความครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้ได้ตามเป้าหมายควรหามาตรการให้คนกลุ่มนี้สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้อย่างถูกต้อง หากกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อให้ข้อมูลการตรวจเลือดและสิทธิประโยชน์รวมทั้งชักชวนให้มาตรวจเลือด สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มที่มีความครอบคลุมการตรวจเลือดน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ นั้นทัศนคติทางลบต่อการตรวจเลือดมีผลต่อการไปตรวจเลือดเห็นได้ชัดเจนจากการศึกษานี้จึงต้องเพิ่ม

มาตรการที่สามารถปรับทัศนคติให้เห็นประโยชน์ของการทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ ส่วนประชากรทั่วไปสามารถครอบคลุมเป้าหมายได้ไม่ยากนัก อย่างไรก็ตามควรออกแบบ (re-design) ของมาตรการการป้องกันให้เชื่อมโยงกับการรักษาเพื่อให้คนกลุ่มนี้สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างครอบคลุมและหามาตรการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการประเมินผลการรักษา ดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- Corbett, E. L., Makamure, B., Cheung, Y. B., Dauya, E., Matambo, R., Bandason, T., et al. (2007). HIV incidence during a cluster-randomized trial of two strategies providing voluntary counselling and testing at the workplace, Zimbabwe. *AIDS*, **21**(4), 483–489.
- Das, M., Chu, P. L., Santos, G.M., Scheer, S., Vittinghoff, E., McFarland, W., et al. (2010). Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PloS One*, **5**(6), e11068.
- Dieffenbach, C. W., & Fauci, A. S. (2009). Universal voluntary testing and treatment for prevention of HIV transmission. *JAMA*, **301**(22), 2380–2382.
- Fang, C.T., Hsu, H.M., Twu, S.J., Chen, M.Y., Chang, Y.Y., Hwang, J.S., et al. (2004). Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *The Journal of Infectious Diseases*, **190**(5), 879–885.
- Gardner, E. M., McLees, M. P., Steiner, J. F., Del Rio, C., & Burman, W. J. (2011). The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, **52**(6), 793–800.
- Granich, R. M., Gilks, C. F., Dye, C., De Cock, K. M., & Williams, B. G. (2009). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, **373**(9657), 48–57.
- Grinstead, O. A., Gregorich, S. E., Choi, K. H., & Coates, T. (2001). Positive and negative life events after counselling and testing: the Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS*, **15**(8), 1045–1052.
- Magnani, R., Sabin, K., Saidel, T., & Heckathorn, D. (2005). Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*, **19** Suppl 2, S67–72.
- Ministry of Public Health, Thailand. (2012). *AIDS response progress report 2012: Reporting period 2010-2011*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Ministry of Public Health, Thailand. (2013). *Report of AIDS situation in Thailand*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Ministry of Public health. (2014). *Thailand national aids strategy 2012-2016*. Retrieved December 3, 2014, from http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Thailand/2_srunirund_tuesday_28.pdf
- National AIDS Prevention and Alleviation Committee. (2010). *UNGASS country progress report: Thailand, 2010-reporting period-January 2008 to December 2009*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Sriwanichakorn, S., Thepthien, B., Apipornchaikul, K., Prakongsai, P., Huntagon, S., Pachanee, K., et al. (2014). *The evaluation of Evaluation of Counseling, Care, Treatment and Support for PLHIV in Thailand, Evaluation Report of ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University*. Nakhonpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University.
- Sriwanichakorn, S., Thepthien, B., Tasee, P., Dumme, D., Prakonsai, P., Layton, M., et al. (2012). *Policy development and mechanisms for prevention and control of AIDS in Thailand during 2007-2011: Evaluation report of ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University*. Nakhonpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University.
- Tedrow, V., Denison, J., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2012). *Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries: A systematic review and meta-analysis*. Retrieved March 15, 2014, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001224.pub4/abstract;jsessionid=33E1C068EC87C0D281730AC2947E4A7A.f03t04>
- UNAIDS. (2008). *Report on the Global AIDS Epidemic: August 2008*. Geneva: UNAIDS.

- UNAIDS. (2014). *AIDS epidemic update*. Retrieved December 3, 2014, from http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/THA_narrative_report_2014.pdf
- UNFPA. (2014). *Voluntary Counselling and Testing (VCT) for HIV Prevention*. Retrieved December 3, 2014, from <http://www.unfpa.org/hiv/prevention/hivprev5b.htm>
- USAID. (2013). *The evidence project. provider initiated testing and counseling: Rigorous evidence–usable results*. Retrieved December 3, 2014, from <http://www.jhsph.edu/r2p/publications/PITC.pdf>
- VCT Efficacy Group. (2000). Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: A randomised trial, the Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. (2000). *Lancet*, 356(9224), 103–112.
- Vermund, S. H., Hodder, S. L., Justman, J. E., Koblin, B. A., Mastro, T. D., Mayer, K. H., et al. (2010). Addressing research priorities for prevention of HIV infection in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 50(Suppl. 3), S149–S155.
- WHO, UNAIDS, & UNICEF. (2009). *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress Report, September 2009*. Geneva: WHO, UNAIDS, and UNICEF.
- World Health Organization. (2013). *HIV testing and counseling*. Retrieved December 3, 2014, from <http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/>

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มเป้าหมาย วิธีการสุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มเป้าหมาย

	เป้าหมาย	วิธีการสุ่มสถานที่	การคัดเลือกตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง
กลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเอดส์หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Male who have Sex with Male: MSM)	เลือกสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายมารวมกันในแต่ละจังหวัดด้วยวิธี time location sampling : TLS		317
	พนักงานบริการหญิง (Female Sex worker : FSW)	เลือกสถานที่ประกอบการด้วยวิธี time location sampling : TLS		334
	ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (People Who inject drug: PWID)	เลือกสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายมารวมกัน นอก ระบบโรงพยาบาล เช่น Drop in center หรือ ชุมชน ด้วยวิธี time location sampling : TLS	สุ่มเลือกด้วยวิธี quota sampling	101
ประชากรทั่วไป	พนักงานในสถานประกอบการกิจการ (Factory worker :FW)	สุ่มเลือกโรงงานขนาดใหญ่ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไปจากแต่ละจังหวัดด้วยวิธี (Probability Proportional to Size (PPS)		1,937

ตารางที่ 2 ร้อยละของปัจจัยที่ส่งผลต่อการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในป็นหน้า

ปัจจัย	พนักงานบริการ (n=334)		ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (n=317)		ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (n=101)		รวมกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเอดส์หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=751)		พนักงานในสถานประกอบการกิจการ (n=1,937)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง*	42	12.6	103	32.5	35	34.7	180	24.0	1,754	90.6
ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี**	222	66.5	81	25.6	33	32.7	336	44.7	1,545	79.8
ไม่มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด	113	33.8	132	41.6	30	29.7	275	36.6	1,637	84.5
ไม่ทราบบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ	82	24.6	111	35.0	19	18.8	212	28.2	1,195	61.7
ไม่ได้รับข้อมูลการตรวจเลือด	64	19.2	90	28.4	26	25.7	180	24.0	991	51.2
ไม่รู้เรื่องสิทธิประโยชน์	261	78.1	196	61.8	12	11.9	469	62.5	1,606	82.9
ทัศนคติต่อการตรวจเลือดทางลบ	78	23.4	169	53.3	27	26.7	274	36.5	1,779	91.8
ติดยาผู้อื่น***	94	28.1	223	70.3	46	45.5	363	48.3		
ติดยาตนเอง***	222	66.5	149	47.0	47	46.5	418	55.7		
เคยถูกเลือกปฏิบัติ***	53	15.9	87	27.4	32	31.7	172	22.9		

* หมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือการใช้สารเสพติดชนิดฉีดโดยการใช้อุปกรณ์ร่วมกันกับบุคคลอื่น

** เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง

***ไม่ได้สอบถามในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการกิจการ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในปีหน้าจำแนกตามกลุ่มที่เคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ Logistic Regression

ที่	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อ การไปตรวจเลือดในปี หน้าในกลุ่มที่เคยตรวจ	พนักงานในสถาน ประกอบกิจการ (n=161)			พนักงานบริการ (n=228)			ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ ชาย (n=132)			ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (n=60)		
		Chi- Square	Adjust OR	95% CI	Chi- Square	Adjust OR	95% CI	Chi- Square	Adjust OR	95% CI	Chi- Square	Adjust OR	95% CI
1	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง (ref มี พฤติกรรมเสี่ยง)	3.25			0.02			5.17*			0.62		
2	ประเมินตนเองแล้วว่าไม่มี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี (ref มีความเสี่ยง)	3.89*	1.96	1.03- 3.75	0.24			15.81*	3.97	1.58- 10.32	0.77		
3	ไม่ได้รับข้อมูลการตรวจ เลือด (Ref ได้รับข้อมูล)	2.34			1.28			2.01			0.27		
4	ไม่รู้เรื่องสิทธิประโยชน์ (Ref รู้เรื่องสิทธิประโยชน์)	7.72*	2.73	1.35- 5.54	0.38			0.26					
5	ไม่ทราบบริการตรวจเลือด โดยสมัครใจ (Ref ทราบ บริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ)	1.05			1.21			4.95*			3.04		
6	ไม่มีคนชักชวนให้ไปตรวจ เลือด (ref มีคนชักชวน)	2.26			2.77			0.94			4.25*		
7	ทัศนคติต่อการตรวจเลือด ทางลบ (Ref ทัศนคติทางบวก)	3.01			0.06			23.56*	5.51	1.99- 15.2	0.47		
8	มีการติตราผู้อื่น (Ref ไม่มี การติตราผู้อื่น)	1.50			0.72			0.79			2.34		
9	มีการติตราตนเอง (Ref ไม่ มีการติตราตนเอง)	na	na	na	0.23			9.47*			0.09		
10	ไม่มีการเลือกปฏิบัติ (Ref มีการเลือกปฏิบัติ)	na	na	na	0.27			2.59			0.77		
11	เสียค่าใช้จ่าย (Ref ไม่เสีย ค่าใช้จ่าย)	2.94			4.74*	2.80	1.75- 8.34	2.85			0.62		
12	ไม่มีช่วงเวลาให้บริการเฉพาะ (Ref มีช่วงเวลาให้บริการ เฉพาะ)	na	na	na	0.22			2.16			0.32		
13	ไม่รักษาความลับ (Ref รักษา ความลับ)	2.81			0.98			1.55			0.47		
14	สถานบริการไม่ให้เกียรติ (ref ให้เกียรติ)	3.81			3.64			1.35			4.62*	6.38	1.01- 40.29
15	ให้บริการแตกต่างจากคน อื่นๆ (ref ไม่ให้บริการ แตกต่างจากคนอื่นๆ)	na	na	na	1.92			0.01			3.76*		
16	ไม่พึงพอใจบริการ (ref พึง พอใจ)	0.11			2.12			1.70			0.35		
17	มีความยากลำบากในการ เดินทาง (ref ไม่ยากลำบาก ในการเดินทาง)	0.15			5.66*			3.15			3.91*		

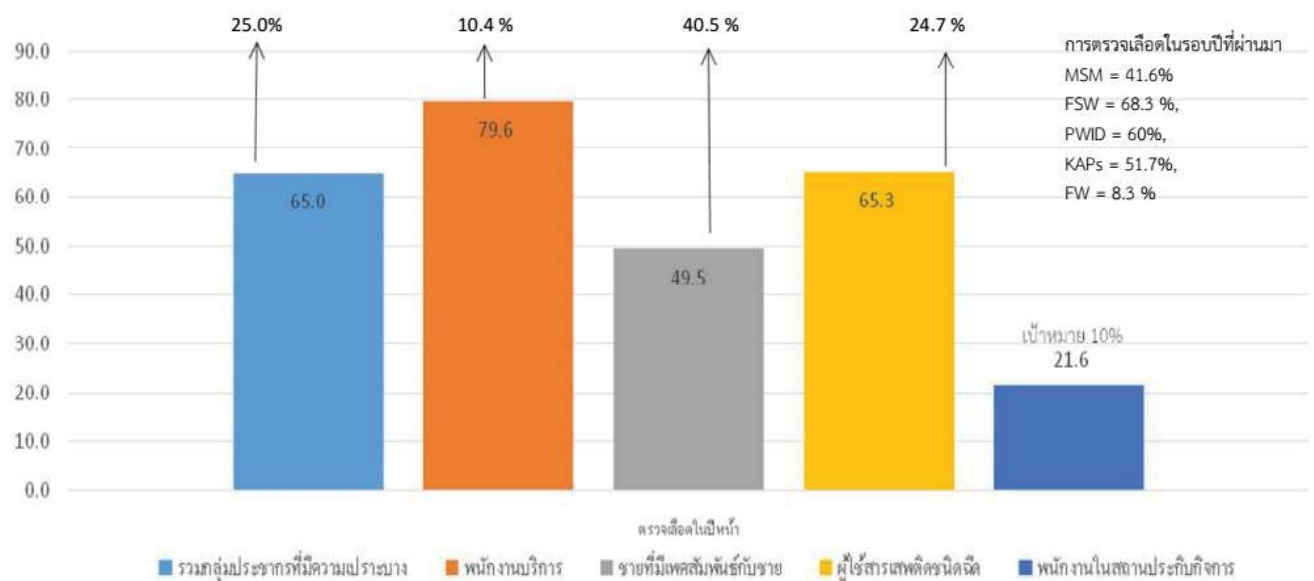
หมายเหตุ เครื่องหมาย * แสดงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในปีหน้าอย่างมีนัยสำคัญ (P-value<0.05)

na: not applicable, ref: reference

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในป็น้ำจุ่มตามกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ logistic Regression

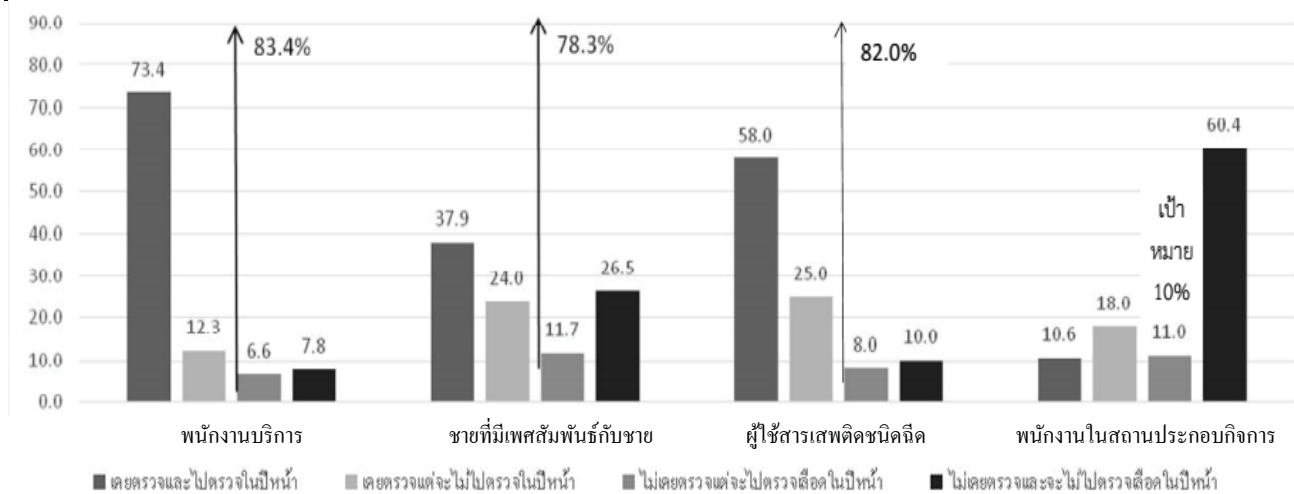
ที่	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในป็น้ำจุ่มในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจ	พนักงานในสถานประกอบกิจการ (n=1,776)			พนักงานบริการ (n=106)			ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (185)			PWID (41)		
		Chi-Square	Adjust OR	95% CI	Chi-Square	Adjust OR	95% CI	Chi-Square	Adjust OR	95% CI	Chi-Square	Adjust OR	95% CI
1	ประเมินตนเองแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ref มีความเสี่ยง)	2.04			1.51			1.07			2.30		
2	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง (ref มีพฤติกรรมเสี่ยง)	6.18*	1.62	1.10-2.38	2.95			14.19*	2.99	1.29-6.91	0.29		
3	ไม่ได้รับข้อมูลการตรวจเลือด (ref ได้รับข้อมูล)	9.82*			2.44			3.54			1.11		
4	ไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ (ref รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์)	13.92*			0.55			0.07			0.32		
5	ไม่ทราบบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (ref ทราบบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ)	32.31*	1.79	1.39-2.30	8.27*			7.07*			2.06		
6	ไม่มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด (ref มีคนชักชวน)	44.99*	2.39	1.71-3.33	16.57*	3.66	1.11-12.04	10.99*	2.19	1.09-4.43	2.30		
7	ทัศนคติต่อการตรวจเลือดทางลบ (ref ทัศนคติทางบวก)	1.51			17.59*	7.02	16.01-30.59	13.67*	2.66	1.32-5.39	2.74		
8	มีการติตราผู้อื่น (ref ไม่มีการติตราผู้อื่น)	.06			0.01			4.93*			0.75		
9	มีการติตราตนเอง (ref ไม่มีการติตราตนเอง)	na	na	na	3.64			5.83*			0.77		
10	ไม่มีการเลือกปฏิบัติ (ref มีการเลือกปฏิบัติ)	na	na	na	0.01			0.40			0.77		

หมายเหตุ เครื่องหมาย * แสดงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในป็น้ำจุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (P-value<0.05)
na: not applicable, ref: reference



ภาพที่ 1 ความตั้งใจของการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในป็น้ำจุ่ม

หมายเหตุ: Male who have Sex with Male: MSM, Female Sex worker: FSW, Factory Worker: FW, People Who inject drug: PWID, Key Affected Populations: KAPs



ภาพที่ 2 ประสิทธิภาพการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและความตั้งใจของการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีหน้า