



ปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการขอคำปรึกษาโดย สมัครใจและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีสำหรับ กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของประเทศไทย

บังอร เทพเทียน¹ สุพัตรา ศรีวัฒนชากร² กัญญา อภิพรชัยกุล³ พัทธวีมล ศุภลักษณ์ศึกษาร³ ภูษิต ประคองสาย⁴

¹สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ²กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

³สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ⁴สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ⁵สำนักพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการขอคำปรึกษาโดยสมัครใจ และการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยการสำรวจภาคตัดขวางใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์โดยนักวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2556 พื้นที่ศึกษาใช้หน่วยการเลือกระดับจังหวัดแบบเจาะจงจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 8 จังหวัด (แบ่งตามภูมิภาค) จาก 31 จังหวัด เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธี time location sampling เพื่อรวบรวมข้อมูลของสถานที่ เวลา และจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่าการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีปีที่ผ่านมาในภาพรวมร้อยละ 56 เกือบทั้งหมดได้รับทราบผลตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ แต่ยังมีจุดอ่อนเรื่องการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ซักถามเรื่องเอชไอวี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยการมีคนชักชวนไปตรวจเลือด และได้รับข้อมูลการตรวจเลือด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมาทุกกลุ่ม นอกจากนี้ปัจจัยการประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมาในพนักงานบริการ ส่วนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมา คือ การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี ดังนั้น เพื่อให้การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเฉพาะสามารถบรรลุเป้าหมายร้อยละ 90 ในปี 2559 ควรหากลยุทธ์เพื่อให้ข้อมูล และชักชวนมารับบริการ รวมทั้งพัฒนาระบบบริการตรวจเลือดเชิงรุกให้กับกลุ่มเฉพาะเข้าถึงบริการมากขึ้น ร่วมกับการตรวจสุขภาพประจำปี

คำสำคัญ: เอชไอวี บริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้นิพนธ์หลัก:

บังอร เทพเทียน

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

999 พุทธมณฑลสาย 4 ศาลายา นครปฐม 73170

อีเมล: thepthien.bangon@gmail.com

Factors contributing to the voluntary counseling and HIV testing for persons at risk of HIV infection in Thailand

Bang-on Thepthien¹, Supattra Srivanichakorn², Kanya Apipornchaikul³, Pakwimon Subhaluksuksakorn⁴, Phusit Prakongsai⁵

¹ASEAN institute for health development, Mahidol University, ²Disease control department, Ministry of public health,

³Institute for Population and Social Research, Mahidol University, ⁴Institute of Medicine Suranaree University of Technology,

⁵International Health Policy Program

Abstract

Thailand has a policy to support access to voluntary HIV counseling and testing (VCT) for all its citizens. This is eligible for two free VCT sessions per year and this has increased clinic uptake, but the total is still well below the target coverage (10% testing for the general population and 90% for the higher-risk populations). The objective of this research was to study the factors which enabled persons at risk of HIV to obtain VCT in Thailand. This research was a cross-sectional study and used questionnaires to ask respondents about risk behavior, self-risk assessment, benefits coverage, measures and service system, attitudes toward VCT, self-stigma, prejudice toward others, and experience of discrimination. Data were collected during May to July 2013 in eight, purposively-selected provinces which are the part of the focus area for the 2012-16 National AIDS Program Plan (NAP). The method for selecting respondents used time-location quota sampling to achieve a total sample of 751 persons. This study found that proportion who had VCT in the year prior to the survey was 56%. The significant enabling factors associated with VCT were having someone encourage them to go for testing and receiving information about VCT. In addition, other significant factors for FSW were self-assessed risk for HIV and having had risk behavior. Other significant factors for MSM were awareness of eligibility for VCT and age 24 years or older. Thus, in order to achieve the VCT target for higher-risk populations by 2016, there should be special mechanisms to inform the different groups about the VCT service and motivation to go for VCT, along with improvements in outreach services to make VCT more convenient for Key affected populations include an annual health check.

Keywords: HIV, voluntary counseling and testing, key affected populations

Corresponding author:

Bang-on Thepthien

ASEAN institute for health development, Mahidol University,

999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, THAILAND

E-mail: theptien.bangon@gmail.com

■ บทนำ

ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา มีตัวชี้บ่งหลายตัวที่ส่งสัญญาณว่าโรคเอดส์จะกลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้ง สัญญาณแรกคือ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตามเมืองใหญ่ๆ เพิ่มสูงขึ้น¹ เมื่อปี พ.ศ. 2546 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 18 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2548 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 ในการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น^{2,3} สถานการณ์เอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงกว่าทุกประเทศทั่วโลก^{4,5} โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุน้อยกว่า 25 ปี⁶ เนื่องจากหนึ่งในสามของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไทยเที่ยวหญิงบริการ หรือมีภรรยาซึ่งแตกต่างจากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศตะวันตก จึงมีแนวโน้มว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง และหญิงตั้งครรถ์จะกลับสูงขึ้นอีก⁷ ซึ่งสอดคล้องกับที่สำนักกระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข⁸ พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในพนักงานบริการหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา กามโรคในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและวัยรุ่นสูงขึ้น⁹ ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มติดยาเสพติดโดยการฉีดยังคงอัตราสูงมาตลอดระยะเวลา 18 ปีที่ผ่านมา¹⁰ ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ติดยาเสพติดโดยการฉีดยาจะติดเชื้อเอชไอวี¹¹ สถิติการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในผู้มาใช้บริการของคลินิกนิรนาม สภาวิชาชีพไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ร้อยละ 26) รองลงมาเป็นกลุ่มผู้หญิง (ร้อยละ 14) ตามด้วยกลุ่มชายแท้ (ร้อยละ 12) และในบรรดาผู้หญิงด้วยกัน หญิงที่มีสามีแล้วมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าหญิงโสดมาก ทั้งนี้เกิดจากการติดจากสามีเพราะไม่มีโอกาสจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หรือต่อรองให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัยได้ไม่ดีเท่าหญิงโสด¹² และจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 โดยใช้ Asian Epidemic Model พบว่าร้อยละ 62 ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี¹³

ประเทศไทยได้มีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มประชากรหลักสำคัญ

คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศ ผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดได้เข้าถึงบริการการป้องกันผสมผสานและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุมร้อยละ 90 สำหรับผู้ที่ยังไม่รู้ว่าตนเองติดเชื้อหรือไม่ ผู้ที่ยังไม่รู้ผลเลือดตัวเอง และมีความกังวลใจว่า ตนเองมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีสามารถขอรับบริการให้คำปรึกษา และการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง แต่การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่ครอบคลุมในกรณี¹⁴ เพื่อนำไปสมัครเข้าทำงาน สมัครเข้ารับการศึกษา การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเพื่อทำประกันชีวิต¹⁵ จากการสำรวจข้อมูลรับคำปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีพบว่าอย่างน้อยก็เข้าเป้าหมาย (ร้อยละ 90) จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

■ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาโดยสมัครใจและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2556 พนักงานในภาคสนามเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรเหล่านี้มาก่อน

พื้นที่ศึกษาใช้หน่วยการเลือกสุ่มเป็นระดับจังหวัดจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 8 จังหวัด

วิธีการเลือกตัวอย่างโดยวิธีการ time location sampling : TLS16 ในกระบวนการสุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอนดังนี้ ในขั้นตอนแรกเป็นการรวบรวมข้อมูลของสถานที่ เวลาและจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ในขั้นตอนต่อมาได้นำข้อมูลสถานที่ เวลาและจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่รวบรวมได้นี้ทำการตรวจสอบโดยสอบถามจากผู้รู้หรือปรึกษากับคนในชุมชน เช่น สถานบันเทิง แห่งนี้ยังดำเนินการอยู่หรือปิดกิจการไปแล้ว จากนั้นจะนำมาจำแนกประเภท เช่น สถานบันเทิง บาร์ ซาวน่า สถานนวด สถานออกกำลังกาย สวนสาธารณะริมทาง/ถนน หรือ จัดอยู่ในประเภทอื่นๆ เช่น ร้านเสริมสวย โรงหนังซึ่งแต่ละประเภทของสถานที่เหล่านี้จะมีกลุ่มเป้าหมายแตกต่างกันออกไปจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการ

เลือกตัวอย่างโดยการกำหนดโควตา ด้วยการคัดกรองคุณสมบัติ ผู้ที่อยู่ในข่ายและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งได้ประเมินแล้วว่าสถานที่เหล่านี้เหมาะสม มีกลุ่มเป้าหมายมากเพียงพอที่จะทำการศึกษา จากนั้นจึงทำการประเมินโดยสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามจนครบตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละสถานที่ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 751 ราย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 317 ราย พนักงานบริการหญิงจำนวน 334 ราย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ทีมวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญได้พัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในภาคสนามโดยนักวิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ ความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ใช้โปรแกรม CPro และ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือสถิติบรรยาย ไคว์สแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยมหิดล นักวิจัยให้ความสำคัญกับความสะดวกใจในการให้ข้อมูล และการเก็บรักษาข้อมูลอย่างเป็นความลับโดยการไม่สามารถระบุเป็นรายบุคคลได้

■ ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเยาวชนส่วนกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเกือบทั้งหมดเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ปีขึ้นไป มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประมาณหนึ่งในสามเป็นนักเรียน นักศึกษา ประมาณหนึ่งในสี่เป็นพนักงานงานบริการ และเป็นพนักงานในบริษัท สำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป

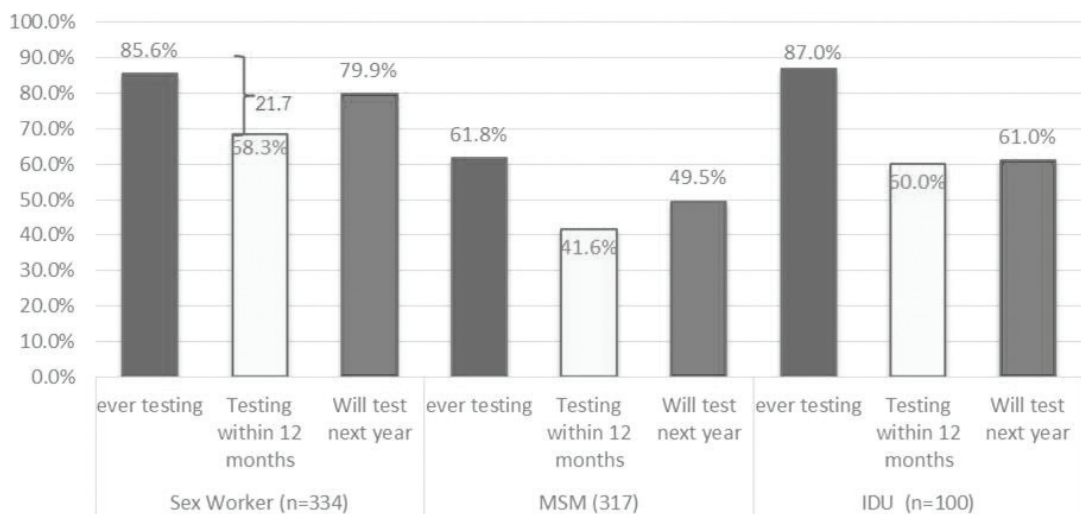
ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทางประชากรจำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

ลักษณะประชากร	พนักงานบริการ (n=334)		ชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชาย (n=317)		ผู้ใช้สารเสพติดชนิด ฉีด (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	334	100.0				
ชาย			36	11.4	100	100.0
อื่นๆ			281	88.6		
อายุ						
น้อยกว่า 24 ปี	98	29.3	169	53.3	11	11.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี	236	70.7	148	46.7	89	89.0
การศึกษา						
ประถมศึกษา	108	32.3	11	3.5	23	23.0
มัธยมศึกษา	175	52.4	180	65.8	61	61.0
อาชีวศึกษา	17	5.1	30	9.5	9	9.0
ปริญญาตรี	5	1.5	75	23.7	1	1.0
อื่นๆ	19	8.7	21	6.6	6	6.0
อาชีพ						
นักเรียน/นักศึกษา			108	34.1		
รับจ้างทั่วไป			26	82.0	56	56.0
ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน					13	13.0
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ			22	6.9		
พนักงานโรงงาน/บริษัท/ห้างร้าน			38	12.0	11	11.0
ธุรกิจส่วนตัว			37	11.7	14	14.0
อื่นๆ งานบริการ			86	27.1	7	7.0

การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี

การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเคยมีประสบการณ์ตรวจเลือดมาแล้ว มีตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมา น้อยกว่ากลุ่มพนักงานบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ในภาพรวมกลุ่มที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มพนักงานบริการทางเพศมีการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรม ของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมของ

ประเทศในปี 2555 (ร้อยละการเคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาในกลุ่ม FSW, MSM, IDU เท่ากับร้อยละ 55.6, 25.6 และ 60.8 ตามลำดับ) ยกเว้นผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดที่เข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเท่ากับกับข้อมูลในภาพรวมของประเทศในปี 2555 อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรเฉพาะในทุกกลุ่มเป้าหมายยังต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศที่ตั้งเป้าหมายการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเฉพาะร้อยละ 90



หมายเหตุ การสอบถามว่าเคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีรวมถึงการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมาด้วย
แผนภาพที่ 1 แสดงร้อยละการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ

บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอชไอวี

จากการสอบถามถึงระบบบริการให้คำปรึกษาก่อน - หลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีที่ได้รับในกลุ่มที่เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าเกือบทั้งหมดรับทราบผลการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอชไอวี การได้รับบริการให้คำปรึกษาก่อน - หลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 70 ยกเว้นพนักงานบริการเพียงร้อยละ 53 ที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาในวันที่มาฟังผลเลือดที่คลินิก

ความพึงพอใจต่อบริการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (เฉพาะผู้ที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาก่อน

การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี) และความพึงพอใจต่อบริการให้คำปรึกษาหลังตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (เฉพาะผู้ที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาในวันที่มาฟังผลการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี) สัดส่วนไม่แตกต่างกันมากนัก แต่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีสัดส่วนความพึงพอใจต่อบริการให้คำปรึกษาก่อน - หลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีน้อยกว่ากลุ่มพนักงานบริการและผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมากกว่าร้อยละ 70 ได้รับการแจ้งผลการตรวจเลือดอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย แต่มีเพียง 1 ใน 3 ของทุกกลุ่มเห็นว่าคลินิกที่ไปรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้เปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามเกี่ยวกับเอชไอวี ส่วนใหญ่แล้วประชากรกลุ่มเฉพาะไปรับบริการให้คำปรึกษาก่อน - หลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ

เอชไอวีในลักษณะคลินิกทั่วไป มากกว่าร้อยละ 80 เห็นว่า ผู้ให้บริการให้เกียรติ ยกเว้นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เห็นว่าผู้ให้บริการให้เกียรติเพียงร้อยละ 66 ส่วนการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการมีสัดส่วนร้อยละ 16-27 พนักงานบริการเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชาย 2 ใน 3 มีความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับ และประมาณครึ่งหนึ่งกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับ

พนักงานบริการและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประมาณร้อยละ 20 และร้อยละ 10 ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด

เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ผ่าน มาถึง แม้ว่าประเทศไทยมีนโยบายให้บริการตรวจเลือดเพื่อ หาเชื้อเอชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้งแล้วก็ตาม เกือบทั้งหมดไม่มีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการตรวจเลือดเพื่อ หาเชื้อเอชไอวี

กลุ่มประชากรเฉพาะเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจ ต่อบริการตรวจเลือดและบริการให้คำปรึกษาภาพรวมในกลุ่ม พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายความพึงพอใจ มากต่อบริการตรวจเลือดและบริการให้คำปรึกษาในสัดส่วน มากกว่ากลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด

ตารางที่ 2 ระบบบริการการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี

ระบบบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี	พนักงานบริการ (n=228)	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (n=132)	ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (n=60)
เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา	68.3	41.6	60.0
ในระหว่าง 12 เดือนครั้งล่าสุดท่านรับทราบผลการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอชไอวี	94.8	94.9	100.0
ครั้งล่าสุดตอนที่ท่านเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ท่านได้รับการให้คำปรึกษาก่อนตรวจที่คลินิก	72.8	71.3	82.2
ความพึงพอใจต่อบริการให้คำปรึกษาก่อนตรวจที่คลินิก	70.6	67.4	85.0
ครั้งล่าสุดตอนที่ท่านเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีท่านได้รับการให้คำปรึกษาในวันที่มาฟังผลเลือดที่คลินิก	53.0	79.4	80.2
ได้รับการแจ้งผลการตรวจเลือดอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย	95.3	70.8	75.3
ความพึงพอใจต่อบริการให้คำปรึกษาในวันที่มาฟังผลเลือด	75.1	71.9	83.5
คลินิกที่ไปรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้เปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามเกี่ยวกับเอชไอวี	34.6	40.1	34.3
คลินิกให้บริการแก่ท่านโดยให้เกียรติ	86.1	82.0	66.0
คลินิกให้บริการแตกต่างไปจากคนอื่นที่ไม่ได้เป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ	15.8	18.0	26.7
คลินิกให้บริการเป็นคลินิกเฉพาะกลุ่มประชากรเฉพาะ	39.9	42.4	33.3
ความพึงพอใจต่อการปกป้องความลับ	94.7	65.9	55.0
เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอชไอวี	21.1	19.7	10.0
มีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี	7.0	0.8	16.7

หมายเหตุ คัดสัดส่วนเฉพาะผู้ที่เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้และไม่ใช้บริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ logistic Regression เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาพบว่า

ปัจจัยด้านมีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด (FSW, AOR=3.59 95%=1.62-7.97; MSM; AOR=2.33 95%=1.42-12.91 ; PWID, AOR=2.05, 95%=1.33-3.15) และได้รับข้อมูล การตรวจเลือด (FSW, AOR=11.01 95%=4.39-27.66; MSM ; AOR=2.09 95%=1.62-13.27; PWID, AOR=2.40 95%=1.22-4.75) เป็นปัจจัยที่สำคัญมีผลต่อการตรวจเลือด

เพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาในทุกลุ่ม นอกจากนี้ ปัจจัยการประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AOR=2.56 95%=1.87-3.45) มีพฤติกรรมเสี่ยง (AOR=2.23 95%=1.98-9.02) เป็นปัจจัยที่สำคัญมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาใน

พนักงานบริการ ส่วนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ (AOR=4.52 95%=1.50-5.44) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี (AOR=1.12 95%=1.55-3.31)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ logistic regression

ที่	ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา	พนักงานบริการ (n=334)		ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (n=317)		ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (n=101)	
		COR [95%CI]	AOR [95%CI]	COR [95%CI]	AOR [95%CI]	COR [95%CI]	AOR [95%CI]
1	อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี (Ref อายุน้อยกว่า 24 ปี)	1.33 [0.76-2.35]		2.17* [1.09-4.28]	1.12* [1.55-3.31]	2.02* [1.14-2.85]	
2	ประเมินตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Ref ไม่มีความเสี่ยง)	3.21* [1.22-3.99]	2.56* [1.87-3.45]	2.63* [2.98-4.71]		7.27* [5.40-15.5]	
3	มีพฤติกรรมเสี่ยง (Ref ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง)	3.19* [1.61-6.29]	2.23* [1.98-9.02]	1.42 [0.87-2.31]		6.41* [5.09-9.83]	
4	มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด (Ref ไม่มีคนชักชวน)	4.49* [2.59-7.78]	3.59* [1.62-7.97]	10.17* [5.70-18.1]	2.33* [1.42-12.91]	4.43* [1.21-10.3]	2.05* [1.33-3.15]
5	ได้รับข้อมูลการตรวจเลือด (Ref ไม่ได้รับข้อมูล)	16.06* [7.57-34.1]	11.01* [4.39-27.66]	17.46* [7.34-41.6]	2.09* [1.62-13.27]	6.79* [3.46-13.3]	2.40* [1.22-4.75]
6	รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ (Ref ไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์)	1.59 [0.88-2.88]		6.21* [3.59-10.8]	4.52* [1.50-5.44]	11.02* (4.50-22.5)	
7	ทราบบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (Ref ไม่ทราบบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ)	4.23* [2.31-7.75]		1.65* [1.00-2.73]		5.86* [3.83-8.97]	
8	ทัศนคติต่อการตรวจเลือดทางบวก (Ref ทัศนคติทางลบ)	1.32 [0.65-2.68]		1.78* [1.12-2.82]		1.38 [0.96-2.00]	
9	ไม่มีการติตราผู้อื่น (Ref มีการติตราผู้อื่น)	1.54 [0.85-2.79]		1.14 [0.69-1.87]		1.11 [0.63-1.92]	
10	ไม่มีการติตราตนเอง (Ref มีการติตราตนเอง)	1.08 [0.63-1.86]		1.12 [0.71-1.74]		1.09 [0.35-3.45]	
11	ไม่เคยถูกเลือกปฏิบัติ (Ref เคยถูกเลือกปฏิบัติ)	8.79* [3.49-22.3]		1.08 [0.68-1.68]		1.24 [0.87-1.80]	

* p-value<0.05; COR: Crude odds ratio ; AOR: Adjust odds ratio (p-value<0.05)

■ อภิปรายผล

จากข้อมูลการสำรวจในกลุ่มประชากร ได้แก่ พนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 68.3, 41.6 และ 60.0 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูงมีการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูงแต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มาก (ร้อยละ 90)¹⁷ หากประเทศมีนโยบายให้ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีปีละครั้งทุกคน และทุกคนที่ตรวจเจอว่าติดเชื้อเอชไอวีก็ให้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ทันที¹⁸ ถ้าทำเช่นนี้ได้จะสามารถหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเอ็ดส์ลงได้ ทั้งนี้เพราะการระบาดต่อเนื่องของเอ็ดส์เกิดจากคนที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่รู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน จะทำให้ลดปริมาณเชื้อไวรัสในตัวลงได้จนไม่สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีให้กับผู้อื่นได้ ถึงแม้ว่าการใช้นโยบายสุดขั้วนี้จะทำให้รัฐต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายมากในช่วงแรกๆ แต่จะกลับมาคุ้มทุนในอีก 10 ปีข้างหน้าเพราะจะไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่จะต้องให้ดูแลอีกต่อไป¹⁹

คุณภาพของกระบวนการให้บริการคำปรึกษา ก่อน - หลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี ยอมรับได้จากผู้รับบริการยกเว้นบางเรื่อง เช่น เปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามเกี่ยวกับเอชไอวี และการให้บริการเฉพาะกับกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะ เป็นต้น แต่ปัญหาใหญ่ของระบบบริการให้บริการคำปรึกษา ก่อน - หลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงที่อาจไม่ทราบความเสี่ยง และไม่ได้มาใช้บริการ²⁰

ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมาในกลุ่มพนักงานบริการ มี 4 ปัจจัยคือ ประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด ได้รับข้อมูลการตรวจเลือด และมีพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมี 4 ปัจจัยคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด ได้รับข้อมูลการตรวจเลือด และได้รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ ส่วนผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมี 2 ปัจจัยคือ มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด และได้รับข้อมูลการตรวจเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่า การประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่สำคัญ รวมทั้งการบอกบริการและชักชวนให้มารับบริการ จะทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีมากขึ้นในกลุ่มประชากรเฉพาะ²¹⁻²³

■ สรุปผล

ประเทศไทยแนวโน้มการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์จะลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากรัฐจัดบริการดูแลรักษาทั่วถึงมากขึ้น พร้อมทั้งรณรงค์ให้ประชาชนตรวจเอ็ดส์ฟรีปีละ 2 ครั้ง¹¹ ก่อนที่จะป่วยขึ้นมาและการที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอ็ดส์หรือไม่ เป็นก้าวแรกที่สำคัญจะนำไปสู่การป้องกันและดูแลรักษาที่ถูกต้องและจริงจัง การจะรู้ว่าติดเชื้อหรือไม่ต้องอาศัยการตรวจเอ็ดส์อย่างเดียว ซึ่งคนไทยจำนวนมากยังเข้าใจว่าถ้าร่างกายแข็งแรง แสดงว่าไม่ได้ติดเชื้อเอ็ดส์ นอกจากนี้หลายคนไม่คิดว่าตัวเองอาจมีโอกาสติดเชื้อเอ็ดส์ได้ทั้งๆ ที่มีหรือเคยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ดส์ เพราะคิดว่าโอกาสน้อยหรือตัวเองไม่อาจจะเสี่ยง²³ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการป้องกันเอ็ดส์ให้กับประชาชนทั่วไป และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นมาตรการที่ช่วยนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ของรัฐบาลไทย²⁴ ในอดีต 6-7 ปี ที่ผ่านมาการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องเอ็ดส์ลดลงไปมาก ไปเน้นหนักเรื่องยาเสพติด ทำให้คนรุ่นใหม่ขาดความรู้และความตระหนักด้านโรคเอดส์ ประกอบกับประเทศไทยได้รับการยอมรับจากนานาชาติว่าประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาเอ็ดส์แล้ว รัฐบาลเลยลดความสนใจและลดงบประมาณในการรณรงค์ป้องกันเอ็ดส์ลง ทุ่มงบประมาณไปทางดูแลรักษาเป็นส่วนใหญ่ และประชาชนมีข้อมูลว่าตอนนี้เอ็ดส์รักษาได้แล้ว รัฐบาลจัดหายาด้านเอ็ดส์ฟรีให้กับทุกคนเลยไม่กลัวติดเชื้อเอ็ดส์ ผู้ติดเชื้อเองกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น เพราะสุขภาพแข็งแรงขึ้นหลังจากได้รับยาต้านเอ็ดส์ เลยมีเพศสัมพันธ์ไม่ระมัดระวังมากขึ้น¹⁵

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ของการดำเนินงานของกองทุนโลก และผู้ประสานงานเก็บข้อมูลเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานให้กับกองทุนโลกอยู่ก่อนแล้วจึงทำให้สัดส่วนของการตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาสูงกว่าในภาพรวมของประเทศ

■ กิตติกรรมประกาศ

โครงการประเมินผลการรักษา ดูแล และการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1. Ministry of Public Health. Thailand AIDS response progress report 2012: Reporting period: 2010-2011. Bangkok: MOPH; 2012. Available from: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/UNGASS_2012_Thailand_Narrative_Report.pdf Accessed from Sep 10, 2014.
2. National AIDS Prevention and Alleviation Committee. UNGASS country progress report: Thailand, 2010 -reporting period-January 2008 to December 2009. Bangkok: Ministry of Health; 2010. Available from: <http://www.unaids.org.cn/pics/20130719153407.pdf> Accessed from Oct 8, 2014.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva: UNAIDS; 2012. Available from: <http://reliefweb.int/report/world/unaids-report-global-aids-epidemic-2012>. Accessed from Oct 2, 2014.
4. World Health Organization, Country Office for Thailand. WHO country cooperation strategy Thailand 2012-2016. New Delhi: WHO-SEARO; 2011. Available from: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4753.pdf Accessed from Sep 10, 2014.
5. Srivanichakorn S, Thepthien B, Subhaluksakron P, et al. Achievements and Key challenges in the National AIDS policies and responses of Thailand 2007-2011. Journal of Health Science 2014;23:158-70.
6. United Nations Educational Scientific Cultural Organization. Promoting health-seeking behaviors and quality of care: Among men who have sex with men and transgender women: Evidence from 5 provinces in Thailand. Bangkok: UNESCO;2012.
7. Thepthien B, Srivanichakorn S. Behavioral surveillance survey among key affected populations in Bangkok during 2002-2013, Research Report, Institute for Health Development, Mahidol University, Thailand;2013.
8. Frits van G, Sombat T, Rapeepun J, et al. Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. AIDS 2005;19:521-6.
9. World Health Organization, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and the United Nations Children's Fund. Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards universal access: Progress report 2011. Geneva: WHO;2011. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20111130_UA_Report_en_1.pdf Accessed from Sep 4, 2014.
10. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Together we will end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2012. Available from: http://www.unicef.org/aids/files/aids_togetherwewillendaids_en.pdf Accessed from Sep 24, 2014. Accessed from Oct 14, 2014.
11. World Health Organization. Retention in HIV programmes: Defining the challenges and identifying the solutions: Meeting report 13-15 September, 2011. Geneva: WHO; 2011. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention_programmes/en/ Accessed from Sep 30, 2014.
12. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015. Geneva: WHO;2011. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/en/ Accessed from Oct 24, 2014.

13. Ministry of Public Health, Thailand. Report of AIDS situation in Thailand, Nonthaburi: Ministry of Public Health 2013. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613611277>. Accessed from Aug 14, 2014.
14. Thepthien B, Srivanichakorn S, Tasee P. et al. Behavior related to infection among female sex workers in Bangkok, 2002-2009. *AIDS Journal* 2012;24:(1):23-36.
15. Sriwanichakorn S, Pakongsai P, B. Thepthien, et al. Report of the evaluation of Evaluation of Counseling, Care, Treatment and Support for PLHIV in Thailand, AIDS, Mahidol University, Thailand. 2014.
16. Robert M, Keith S, Tobi S, et al. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*, 2005;19(suppl 2):S67–S72.
17. Srivanichakorn S, Thepthien B, Prakongsai P, et al. “Policy development and mechanisms for prevention and control of AIDS in Thailand during 2007 -2011” Research Report, Institute for Health Development, Mahidol University, Thailand; 2012.
18. Ti L, Hayashi K, Kaplan K, et al. HIV testing and willingness to get HIV testing at a peer-run drop-in centre for people who inject drugs in Bangkok, Thailand. *BMC Public Health* 2012;12:189.
19. Rithpho P, Grimes DE, Grimes RM, et al. known to be positive but not in care: A pilot study from Thailand. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)* 2009;8:202-7.
20. Aderemi TJ, Mac-Seing M, Woreta SA, et al. Predictors of voluntary HIV counselling and testing services utilization among people with disabilities in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS Care* 2014 Dec 26;12:1461-6.
21. Leta TH, Sandøy IF, Fylkesnes K. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing Among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012 Jun 15;12: 438.
22. Hutchinson PL, Mahlalela X. Utilization of voluntary counseling and testing services in the Eastern Cape, South Africa. *AIDS Care* 2006 Jul 18;5:446-55.
23. Yufang Z, Jun C, Li Liua, et al. Understanding the behavioral and social characteristics of VCT clients in a Shanghai hospital, China *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 2010. p. 909-14.
24. Lyttleton C, Beesey A, Sitthikriengkrai M, et al. Expanding community through ARV provision in Thailand. *AIDS Care* 2007;19:S44-53.

