

ความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ หน่วยฝากครรภ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Husband willingness to pay for his sexual transmitted infection screening at antenatal
care service



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Health Research and Management
Department of Preventive and Social Medicine
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2018
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ หน่วยฝากครรภ์
โดย	น.ส.อรรวรรณ อนันต์สิทธิชัย
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธัญยวีร์ ภูธนกิจ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
.....	
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
.....	
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธัญยวีร์ ภูธนกิจ)	กรรมการ
.....	
(ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย)	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.จากรุวรรณ ธาดาเดช)	

อรรถวรรณ อนันต์สิทธิชัย : ความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ . (

Husband willingness to pay for his sexual transmitted infection screening at antenatal care service)

อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร. นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : รศ. นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา,รศ. พญ.ฉันทวีร์ ภูธนกิจ

การส่งเสริมการตรวจคัดกรองตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่และส่งต่อเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 โดยที่ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบด้านงบประมาณ การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มสามีที่มีฝากครรภ์พร้อมภรรยา ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2561 สามีที่มีฝากครรภ์พร้อมภรรยา ได้รับการสุ่มเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเป็นจำนวน 200 คน ซึ่งมีวิธีในการสอบถามค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส 2 วิธี โดยวิธี Bidding เริ่มถามราคาสำหรับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีที่ 450 บาทและ 300 บาทสำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส โดยสอบถามอาสาสมัครคนละไม่เกิน 4 ถึง 5 ครั้ง ในขณะที่วิธีการสอบถามแบบ Payment scale อาสาสมัครสามารถเลือกราคาที่เต็มใจจ่ายได้ตั้งแต่ 100 ถึง 800 บาท สำหรับการตรวจคัดกรองเอชไอวี และ 20 ถึง 580 บาท สำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ซึ่งทั้ง 2 วิธี ราคาจะปรับขึ้นหรือลงครั้งละ 70 บาท การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ ถูกนำมาใช้ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส ผลการศึกษาพบว่า จากอาสาสมัครทั้งหมด 200 คน มีค่ามัธยฐานอายุ 31(27-36) ปี, ไม่เคยมีบุตรมาก่อนร้อยละ 67 (134 คน) และจากทั้งหมด ร้อยละ 88 (176 คน) ยินดีตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส เมื่อสอบถามความเต็มใจในการจ่ายด้วยวิธี Bidding พบว่าค่ามัธยฐานความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 450 (380-450) บาท และค่ามัธยฐานของความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเป็นจำนวน 300 (300-353) บาท ในขณะที่การสอบถามด้วยวิธี Payment scale ได้ราคาความเต็มใจในการจ่ายที่น้อยกว่า โดยมีค่ามัธยฐานความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 310 (170-450) บาท และค่ามัธยฐานของความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเป็นจำนวน 230 (160-300) บาท นอกจากนี้ประวัติการมีบุตร มีความสัมพันธ์กับความยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่ากลุ่มสามีที่มารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา เป็นกลุ่มที่มีความยินดีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิสอย่างน้อย 2 เท่าของราคาค่าตรวจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2561	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5974024530 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORD: WILLINGNESS TO PAY, SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION, ANTENATAL CARE

Orawan Anunsittichai :

Husband willingness to pay for his sexual transmitted infection screening at antenatal care service.

Advisor: Asst. Prof. KRIT PONGPIRUL, M.D., Ph.D. Co-advisor: Assoc. Prof. SURASITH CHAITHONGWONGWATTHANA, M.D., Assoc. Prof. THANYAWEE PUTHANAKIT, M.D.

Screening for sexually transmitted infection (STI) especially HIV and syphilis is an approach to promote early detection and treatment that has been financially supported under the Thai universal coverage scheme since 2009 (THB140 for HIV). Given unclear evidence on the economic evaluation and budget impact, this study aims to explore the husband's willingness-to-pay (WTP) for STIs screening. A survey of 200 randomly selected husbands of pregnant women at the Antenatal Care Service, King Chulalongkorn Memorial Hospital from April to June, 2018 were conducted. Two contingent valuation methods were used for WTP assessment of the HIV and syphilis screenings. The biddings started with THB450 for HIV and THB300 for syphilis, with a THB70 change for each of the 5 and 4 steps, respectively. The payment scales for HIV had a range of THB100 to THB800 whereas a range of THB20 to THB580 was used for syphilis. Multivariate linear regression was used for exploring potential determinants of the average amount that the husband is willing to pay. Of 200 enrolled into the study, the median (IQR) of age were 31 (27-36) years old. Most of them had first child (134, 67%). There were 176 (88%) participants who willing to test for STIs. Based on the bidding method, they were willing to pay THB450 (380-450) for HIV and THB300 (300-353) for HIV and syphilis, respectively. The payment scale method suggested lower WTP for both: THB310 (170-450) and THB230 (160-300), respectively. The numbers of children in families have been significantly associated with the willing to pay for HIV and syphilis screening test. The husbands who accompanied their pregnant women at antenatal care clinic are willing to pay at least 2 times the cost of the STI screenings. The financial support to promote STI screenings should be redirected to other groups with higher sexual behavior risks and less willingness-to-pay.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study:	Health Research and Management	Student's Signature
Academic Year:	2018	Advisor's Signature
		Co-advisor's Signature
		Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผศ.ดร.นพ.ภุชงค์ พงศ์พิรุฬห์, รศ.นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา และรศ.พญ.ธันยวีร์ ภูชนกิจ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดมา เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ บรรลุผลและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ ประธานกรรมการสอบ, รศ.ดร.จากรุวรรณ ธาดาเดช กรรมการภายนอกจากมหาวิทยาลัยมหิดล และ ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, คุณกรณิศ ฐวีวิชา หัวหน้าหอผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านวิจัยโรคติดเชื้อเด็กและวัคซีน ที่กรุณาให้โอกาส การศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตในครั้งนี้, คุณดวงทิพย์ อีระวิทย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในด้านการ จัดการข้อมูล รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและคอยช่วยเหลือในดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จ ลุล่วงเป็นอย่างดี

โครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

อรรวรรณ อนันต์สิทธิชัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
1.1.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในบริบทของการฝากครรภ์.....	1
1.1.2 นโยบายและงบประมาณด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	2
1.1.3 ระบบบริการปัจจุบัน.....	3
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.2.1 คำถามของการวิจัยหลัก.....	4
1.2.2 คำถามของการวิจัยรอง.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.3.1 วัตถุประสงค์หลัก.....	4
1.3.2 วัตถุประสงค์รอง.....	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
1.7 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5

1.8	ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
1.9	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการนำไปประยุกต์ใช้.....	6
1.10	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง		8
2.1	สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	8
2.1.1	สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อเอชไอวี	8
2.1.2	สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคเชื้อซิฟิลิส	10
2.1.3	การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	11
2.1.3.1	การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี.....	11
2.1.3.2	แนวทางการตรวจคัดกรองการติดเชื้อซิฟิลิส.....	13
2.1.4	งบประมาณ	14
2.2	การจัดสรรทรัพยากร	15
2.2.1	แนวคิดเรื่องความเป็นธรรม	15
2.2.2	การจัดสรรงบประมาณ.....	16
2.3	ความเต็มใจที่จะจ่าย	16
2.3.1	วิธีการประเมินมูลค่าความเต็มใจที่จะจ่าย.....	16
2.3.2	การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
2.4	พฤติกรรมที่มีผลต่อการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ตนเอง.....	20
2.5	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย		23
3.1	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
3.1.1	ประชากร.....	23
3.1.2	ประชากรเป้าหมาย.....	23
3.1.3	ขนาดของประชากรในการศึกษาวิจัย.....	23

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	25
3.2.1 แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	25
3.2.2 ตัวแปรในการวิจัย.....	27
3.2.3 การรวบรวมข้อมูล.....	28
3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	28
3.2.5 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	29
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	31
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
4.2 ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	35
4.3 ความเต็มใจในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	35
4.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	36
4.4.1 การวิเคราะห์แต่ละปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Simple Logistic regression.....	36
4.4.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อควบคุมแต่ละปัจจัย ด้วยสถิติ Multiple Logistic regression.....	38
4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	40
4.5.1 ประวัติการมีบุตร.....	40
4.5.2 ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต.....	40
4.5.3 ระดับการศึกษา.....	41
4.6 ปัจจัยทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	43
4.6.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย.....	43
4.6.2 ปัจจัยทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี.....	43
4.6.3 ปัจจัยทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส.....	44
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	47

5.0 สรุปผลการวิจัย.....	47
5.1 อภิปรายผล.....	47
5.1.1 ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	47
5.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	48
5.1.3 ความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มสามี	50
5.1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี	51
5.2 จุดแข็งของการศึกษาวิจัย.....	54
5.3 ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย	54
5.4 ข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	62
ประวัติผู้เขียน.....	65

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1: การศึกษาความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองเอชไอวี.....	19
ตารางที่ 2: ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี.....	22
ตารางที่ 3: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 200 คน).....	33
ตารางที่ 4: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการสอบถามค่าความเต็มใจง่าย และความเต็มใจในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	34
ตารางที่ 5: ความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส.....	35
ตารางที่ 6: ความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มสามี.....	36
ตารางที่ 7: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	38
ตารางที่ 8: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	40
ตารางที่ 9: การวิเคราะห์แบบถดถอยอย่างง่ายถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	42
ตารางที่ 10: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย.....	43
ตารางที่ 11: สมการทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี.....	45
ตารางที่ 12: สมการทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส.....	46

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
รูปที่ 2 ร้อยละของการศึกษาเรื่องความเต็มใจที่จะจ่าย.....	17
รูปที่ 3 ร้อยละของการศึกษาเรื่องการเต็มใจจ่ายเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	18
รูปที่ 4: การแบ่งกลุ่มวิธีการสอบถามความเต็มใจจ่ายของอาสาสมัคร.....	24
รูปที่ 5: วิธีการ Bidding scale method สำหรับการตรวจคัดกรองเอชไอวี.....	27
รูปที่ 6: วิธีการ Bidding scale method สำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส	27



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

1.1.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในบริบทของการฝากครรภ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง โรคที่สามารถติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ยกตัวอย่างเช่น โรคหนองใน โรคแผลริมอ่อน โรคซิฟิลิส เป็นต้น แต่ในปัจจุบันพบว่าโรคติดต่อที่นอกจากจะติดต่อทางวิธีอื่น ๆ แล้ว ยังสามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้อีกด้วย จึงได้เรียกโรคเหล่านี้ว่า “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ยกตัวอย่างเช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO), องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับปัญหาการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี จึงได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ , วิธีการรักษา, การควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรค, การป้องกันและการดูแลตนเองแก่ประชาชนกันมาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งร่วมกันกำหนดแนวทางในการป้องกันและรักษา เพื่อที่จะยุติปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้เป็นผลสำเร็จ

ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2560 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) รายงานว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกเป็นจำนวน 36.9 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 35.1 ล้านคน และเป็นเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีจำนวน 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1.8 ล้านคน⁽²⁾ นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ในปี พ.ศ. 2558 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีเพียงร้อยละ 39 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ติดเชื้อเอชไอวี⁽³⁾ การติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการตั้งครรภ์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกได้ ทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์, การคลอดและช่วงให้นมบุตร หากไม่ได้รับการรักษาใด ๆ มีโอกาสติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ถึงร้อยละ 15 ถึง 45 ซึ่งหากได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสอย่างเหมาะสม สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 5 ได้⁽⁴⁾ ดังนั้นหากทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว โดยการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในหญิงตั้งครรภ์และสามีเมื่อมารับบริการฝากครรภ์ นอกจากจะเป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่แล้ว ยังสามารถส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ป้องกันการติดเชื้อได้ทั้งจากมารดาสู่ทารก รวมทั้งป้องกันการติดเชื้อระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีได้อีกด้วย (ในกรณีที่เป็นคู่ผลเลือดต่าง)

จากแนวคิดที่ว่า “เด็กทุกคนควรเกิดมาโดยปราศจากเชื้อเอชไอวี” องค์การอนามัยโลกและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและได้วางแนวทางในการยุติการติดเชื้อจาก

แม่สู่ลูก โดยเน้น 3 โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี, โรคซิฟิลิส และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Triple elimination of mother-to-child transmission) ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดการติดเชื้อเอชไอวี ผ่านจากแม่สู่ลูกให้เป็นศูนย์ภายในปี พ.ศ. 2563 และมีทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่แรกคลอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คนต่อการเกิดรอดชีวิต 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573⁽⁵⁾

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 440,000 คน ในจำนวนนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวนทั้งสิ้น 6,400 คน⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มีแนวโน้มที่จะมีอายุลดลง โดยร้อยละ 37 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เป็นผู้ที่มียุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี⁽⁷⁾ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ที่จำเป็นต้องได้รับยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกถึงประมาณ 4,000 คน⁽⁸⁾ นอกจากนี้ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการติดเชื้อซิฟิลิส 7.7 คน ต่อประชากร 100,000 คน⁽⁹⁾

1.1.2 นโยบายและงบประมาณด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

งบประมาณสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ได้มาจากงบประมาณด้านสาธารณสุขภายในประเทศเป็นส่วนใหญ่ และอีกส่วนหนึ่งได้มาจากกองทุนจากต่างประเทศ จากรายงานพบว่า งบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเพิ่มจาก 6,928 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 9,922 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งงบประมาณที่ใช้มาจากภายในประเทศถึงร้อยละ 85 และมาจากกองทุนต่างประเทศร้อยละ 15 ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 มีรายงานว่างบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากต่างประเทศลดลง โดยมีงบประมาณจากต่างประเทศเข้ามาเพียงร้อยละ 7 จากปัญหาด้านเงินสนับสนุนจากต่างประเทศที่ลดลงนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณ ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต่อจากสำนักโรคเอดส์และวัณโรค ในการดูประชากรทุกกลุ่ม รวมถึงผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์การรักษาใด ๆ ทั้งประชาชนชาวไทย, แรงงานข้ามชาติและผู้อพยพที่ไม่มีสัญชาติไทย.⁽¹⁰⁾

ในปี พ.ศ. 2557 งบประมาณสนับสนุนด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากต่างประเทศยังคงมีแนวโน้มที่จะลดลง โดยลดลงจาก 39 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2557 ลดลงเหลือ 14 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 โดยงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการในด้านนี้นั้น ร้อยละ 92 ได้มาจากงบประมาณภายในประเทศ ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณและการรวบรวมแหล่งทุนต่าง ๆ ภายในประเทศ จึงมีความสำคัญอย่างมากในการชดเชยเงินสนับสนุนจากต่างประเทศ เพื่อความยั่งยืนในการดูแลกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹¹⁾

1.1.3 ระบบบริการปัจจุบัน

ในปัจจุบัน การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ได้ดำเนินการตรวจในวันแรกที่มารับบริการฝากครรภ์และตรวจซ้ำเมื่อครบไตรมาสสามของการตั้งครรภ์ หรือช่วงระหว่างให้นมบุตร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง ถือเป็นมาตรฐานที่ควรยึดถือปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกราย ซึ่งจากข้อมูลของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2559 พบว่าประเทศไทยได้ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคู่สามี-ภรรยาที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ สถานพยาบาลของรัฐได้ร้อยละ 32⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังให้สิทธิ์ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ณ สถานพยาบาลของรัฐ ที่เข้าร่วมโครงการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อปี โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งหวังให้มีจำนวนการตรวจคัดกรองโรคเพิ่มขึ้น แต่นโยบายนี้ ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในประชากรแต่ละกลุ่ม หรือในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ที่มารับบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของนโยบายและสังคมได้รับประโยชน์สูงสุด

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่และมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก และยังเป็นอีกหนึ่งสถานพยาบาลที่ประชาชนสามารถเข้ามารับบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะในกลุ่มของสามีที่มารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีนโยบายการส่งเสริมตรวจคัดกรองแบบคู่สามีภรรยาออกมานั้น โดยแผนกฝากครรภ์ผู้ป่วยนอก (ในเวลาราชการ) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีผู้มารับบริการฝากครรภ์รายใหม่เฉลี่ย 350 คู่ต่อเดือน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่องความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ร้อยละของสามีที่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับผู้บริหาร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายต่าง ๆ และบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของนโยบายและประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศไทยต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 คำถามของการวิจัยหลัก

1.2.1.1 ความเต็มใจในการจ่ายเพื่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มสามีที่ภรรยามาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์เป็นเท่าไร

1.2.2 คำถามของการวิจัยรอง

1.2.2.1 ร้อยละของสามีที่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมภรรยาเป็นเท่าไร

1.2.2.2 มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มสามีที่ภรรยามาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์

1.2.2.3 มีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มสามีที่ภรรยามาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์หลัก

1.3.1.1 เพื่อศึกษาความเต็มใจในการจ่ายเพื่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มสามีที่ภรรยามาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์

1.3.2 วัตถุประสงค์รอง

1.3.2.1 เพื่อศึกษาร้อยละของสามีที่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมภรรยาในช่วงที่มาฝากครรภ์

1.3.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มสามีที่ภรรยามาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์

1.3.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มสามีที่ภรรยามาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 สามียินยอมจ่ายโดยเฉลี่ย 140 บาท เพื่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมภรรยา

1.4.2 ร้อยละ 60 ของสามีให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมภรรยาในช่วงที่มาฝากครรภ์

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มสามีที่มารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา ในวันที่มารับบริการฝากครรภ์เป็นครั้งแรก ณ หน่วยฝากครรภ์ผู้ป่วยนอก (ในเวลาราชการ) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก ในกลุ่มสามีที่มารับบริการพร้อมภรรยา จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยในการตอบแบบสอบถามใช้ระยะเวลาไม่เกินคนละ 10 นาที

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การตรวจค้นหาโรคหรือการติดเชื้อในร่างกาย โดยที่อาจยังไม่มีอาการ, อาการแสดงที่เห็นเด่นชัด โดยในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี เมื่อมารับบริการฝากครรภ์

1.6.2 ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความยินดีหรือความเต็มใจของผู้บริโภค, ผู้มารับบริการ ในการจ่ายค่าสินค้าหรือบริการ โดยในการศึกษาวิจัยนี้หมายถึงความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส

1.6.3 สามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา หมายถึง สามีของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยที่มีสามีมาแสดงตัวพร้อมภรรยา ณ วันที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก

1.6.4 ประวัติการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ของภรรยาทุกคนของสามีรวมถึงการตั้งครรภ์ครั้งนี้

1.6.5 การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสามี สามารถทำโดยการตรวจเลือด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือมีผลการตรวจจากสถานพยาบาลอื่น ๆ ได้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ของภรรยา

1.6.6 การรับรู้ความเสี่ยงของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการทำตามคำแนะนำของแต่ละบุคคล

1.7 ข้อตกลงเบื้องต้น

1.7.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง โรคที่ติดต่อกันจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน, โรคแผลริมอ่อน, การติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส เป็นต้น

ซึ่งในการดำเนินการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเก็บข้อมูลเพียง 2 โรค ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี และโรคซิฟิลิส

1.7.2 การให้คำปรึกษาในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสามีและภรรยา คือ การที่ทั้งสามีและภรรยาได้รับคำแนะนำในการตรวจเลือดก่อนและหลังการตรวจเลือด

1.8 ข้อจำกัดของการวิจัย

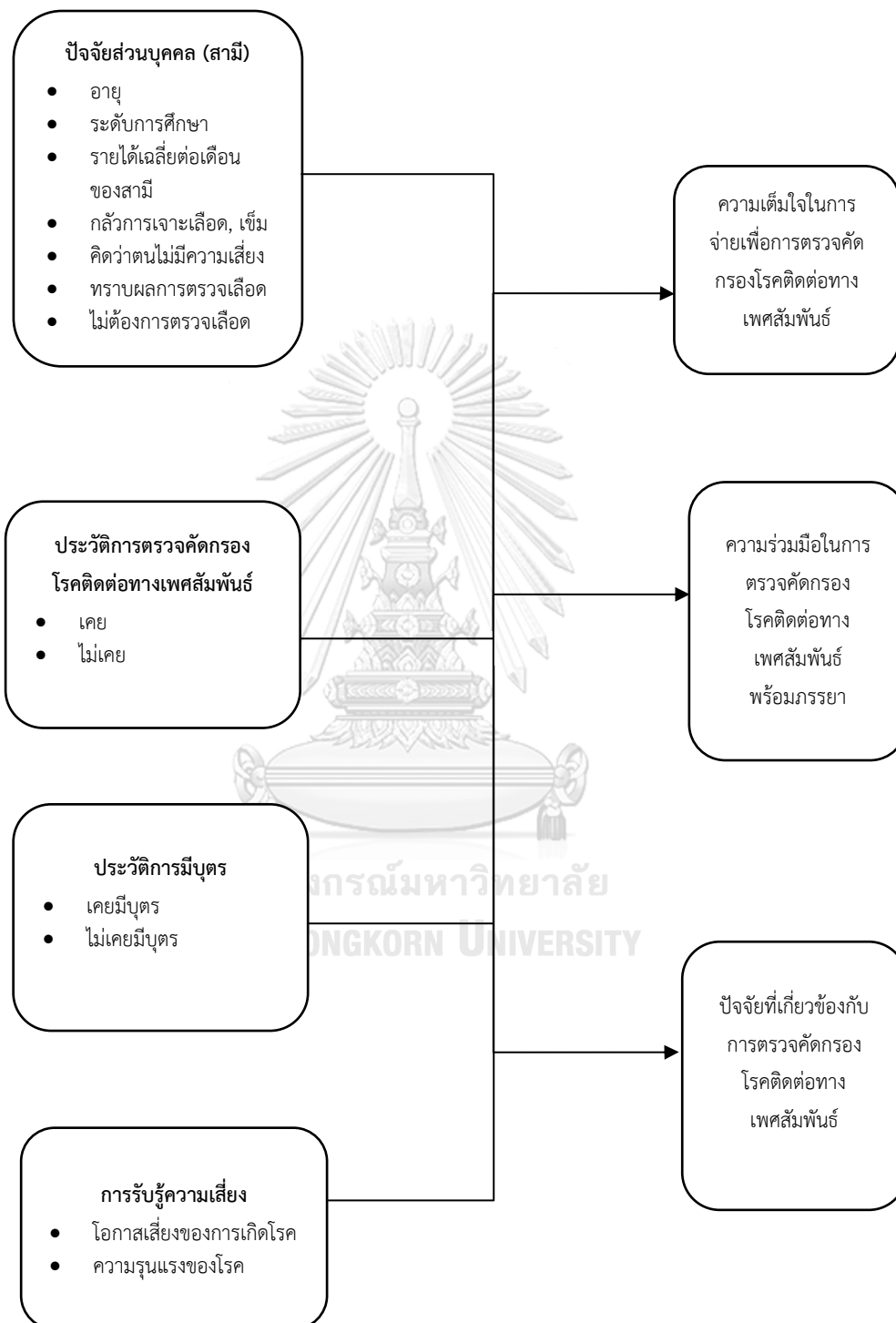
เนื่องจากการศึกษาวิจัยแบบ *Cross-sectional survey study* ข้อมูลที่ได้สำหรับการวิจัยนี้ได้มาจากการทำแบบสอบถามกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มสามีที่มารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา เฉพาะในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมาจากประชากรเพียงกลุ่มเดียว ลักษณะของประชากรที่เลือกมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อาจมีส่วนคล้ายกัน หรือมาจากพื้นที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่สามารถขยายผลไปสู่ประชากรทั่วไปได้

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการนำไปประยุกต์ใช้

ในการดำเนินการตามนโยบาย เพื่อควบคุมและลดการติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น จำเป็นต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งในการดำเนินการนั้น จำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลพื้นฐานจากแหล่งต่าง ๆ ในการประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยมุ่งหวังว่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับผู้บริหาร และผู้ที่มีส่วนกำหนดนโยบายต่าง ๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และด้านการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศไทยต่อไป

1.10 กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ความรู้และงานวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2.2 การจัดสรรทรัพยากร
- 2.3 ความเต็มใจที่จะจ่าย
- 2.4 พฤติกรรมที่มีผลต่อการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ตนเอง
- 2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1 สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1.1 สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อเอชไอวี

ในปี พ.ศ. 2560 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) รายงานว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกเป็นจำนวน 36.9 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่อายุ 35.1 ล้านคน และเป็นเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1.8 ล้านคน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่ พบว่าร้อยละ 47 เป็นกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, ผู้ติดยาเสพติด, นักโทษ, ผู้หญิงขายบริการและผู้ซื้อบริการ, กลุ่มผู้ข้ามเพศ และคู่นอนของบุคคลเหล่านี้ นอกจากนี้ ร้อยละ 75 ของผู้ติดเชื้อทราบว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีในร่างกาย และผู้ติดเชื้อร้อยละ 59 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี⁽²⁾

นอกจากประชากรกลุ่มเสี่ยงแล้ว ยังมีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ในปี พ.ศ. 2558 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีเพียงร้อยละ 39 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ติดเชื้อเอชไอวี⁽³⁾ การติดเชื้อจากแม่สู่ลูกจึงเป็นอีกเรื่องที่ต้องคำนึงถึงให้มีความสำคัญและได้มีการดำเนินนโยบายต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกมาโดยตลอด ทั้งนี้ได้มีการวางแนวทางเพื่อยุติการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยเน้นที่กลุ่มโรคที่สามารถส่งผ่านไปยังทารกในครรภ์ หรือระหว่างการคลอดได้มากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี, ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี (Triple elimination of mother-to-child transmission) โดยมีเป้าหมายที่จะยุติการติดเชื้อเอชไอวีผ่านจากมารดาสู่ทารก ภายในปี พ.ศ. 2563, ยุติเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 และมุ่งหวังให้มีทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่แรกคลอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คนต่อการเกิดรอดชีวิต 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573⁽⁵⁾

เพื่อที่จะยุติเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ ได้กำหนดกลยุทธ์แบบเร่งด่วนในการยุติเอดส์ ในปี พ.ศ. 2557 โดยตั้งเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 90 ทราบผลการติดเชื้อของตน, ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี และร้อยละ 90 ของผู้ที่เข้ารับการรักษาสสามารถควบคุมระดับเชื้อไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำได้ (90-90-90 targets) จึงได้มีการส่งเสริมการตรวจคัดกรอง เพื่อเป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่และส่งต่อการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ว่า มีเพียงร้อยละ 54 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและทราบว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และเกือบร้อยละ 70 ของกลุ่มผู้ใหญ่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นผู้หญิง ส่วนมากได้รับการตรวจเมื่อเข้ารับบริการฝากครรภ์⁽¹³⁾

สำหรับประเทศไทยนั้น ปัญหาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีรายงานการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 440,000 คน ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนทั้งสิ้น 6,400 คน จากผู้ติดเชื้อทั้งหมดพบว่าผู้ใหญ่ร้อยละ 68 และเด็กร้อยละ 86 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี⁽⁶⁾ จากรายงานพบว่า อายุของผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นเยาวชนเพศหญิงอายุ 15 ถึง 24 ปี ร้อยละ 22 และเยาวชนเพศชายอายุ 15 ถึง 24 ปี ร้อยละ 15 ซึ่งกลุ่มเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 50 เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รองลงมาคือกลุ่มคู่อุปถัมภ์ชาย-หญิงร้อยละ 24, กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดร้อยละ 12, กลุ่มผู้ชายและผู้ซื้อบริการทางเพศร้อยละ 10 และ คู่ชาย-หญิงที่ไม่ได้แต่งงานกันร้อยละ 4

การติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการตั้งครรภ์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกได้ ทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์, การคลอดและช่วงให้นมบุตร หากไม่ได้รับการรักษาใด ๆ มีโอกาสติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ถึงร้อยละ 15 ถึง 45 ซึ่งหากได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสอย่างเหมาะสม สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 5 ได้⁽⁴⁾ ด้านปัญหาการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุหลัก ที่ส่งผลให้มีการส่งผ่านเชื้อ เอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ในประเทศไทยนั้น มีสาเหตุหลักจากการมาฝากครรภ์ช้า (อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์) หรือการไม่มาฝากครรภ์, การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างไม่ต่อเนื่องหรือสงสัยภาวะติดต่อ ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี และทราบว่าติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์โดยเฉพาะไตรมาส 3⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ เข้ารับการฝากครรภ์ในสถานพยาบาล และส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งสามีและภรรยา ทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อของทารก และหากค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ การเริ่มการรักษาอย่างทันที่ และการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นการช่วยลดโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้

ทั้งนี้ในประเทศไทยได้มีการส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งนี้สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเข้ารับการดูแลครรภ์ ณ สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งจะมีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ในครั้งแรกที่มารับบริการฝากครรภ์และในช่วงอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการจัดนโยบายชุดสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งแม่และเด็ก โดยได้จัดตั้งโครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เพื่อส่งเสริมการมาฝากครรภ์และการตรวจคัดกรองทั่วไปได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ P&P⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ สปสช. ยังมีโครงการสำหรับการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อโดยสมัครใจได้ 2 ครั้งต่อปี⁽¹⁶⁾ ดังนั้นในกลุ่มสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา จึงสามารถเข้ารับสิทธิการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้เช่นกัน

จากนโยบายส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสามีและภรรยาที่มาฝากครรภ์ ประเทศไทยดำเนินโครงการศึกษานำร่อง เรื่องการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่สามี-ภรรยา ในปี พ.ศ. 2559 โดยมีสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 16 แห่งจาก 7 จังหวัด พบว่าสามีร้อยละ 38 จากหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มารับบริการฝากครรภ์ ยินยอมตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งในจำนวนนี้ เป็นคู่ที่มีผลเลือดต่างกัน ร้อยละ 1⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ข้อมูลของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2559 พบว่าจากหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มารับบริการฝากครรภ์ประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มสามีร้อยละ 32⁽¹²⁾

2.1.2 สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคเชื้อซิฟิลิส

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) รายงานว่าพบผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิสทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในประเทศสหรัฐอเมริกามีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ติดเชื้อจำนวน 63,453 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 74,702 คนต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2558⁽¹⁸⁾ และยังคงมีแนวโน้มที่จะพบผู้ติดเชื้อสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ติดเชื้อจำนวน 88,042 คนต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้ พบว่าเป็นการติดเชื้อแต่กำเนิดจำนวน 628 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยพบว่าร้อยละ 88.9 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดเป็นเพศชาย⁽¹⁸⁾

สถานการณ์โรคซิฟิลิสในประเทศไทยในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าโรคซิฟิลิสจะเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาปฏิชีวนะ แต่แนวโน้มในการพบผู้ติดเชื้อยังคงมีเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ติดเชื้อซิฟิลิส ทั้งหมด 3,134 คน คิดเป็นอัตราป่วย 4.85 คน ต่อประชากรแสนคน และยังพบว่าอายุของผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะลดลง โดยในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ติดเชื้อมีอายุระหว่าง 15-24 ปีมากที่สุด คิดเป็นอัตราป่วย 8.35 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ยัง

พบว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงระหว่างตั้งครรภ์ ที่มารับการฝากครรภ์ร้อยละ 0.1 และในปี พ.ศ. 2557 มีรายงานว่าพบเด็กที่ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดเป็นจำนวน 91 คน⁽¹⁹⁾

จากการที่ได้มีการส่งเสริมให้ใช้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) นั้น มีการศึกษาที่ได้สำรวจในเมืองซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นเมืองที่มีการส่งเสริมการใช้ยา PrEP ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง และมีการใช้ยา PrEP เป็นจำนวนมาก โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี 2004 ถึง 2014 ถึงแนวโน้มของการใช้ยา PrEP กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่ามีการใช้ยา PrEP เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละศูนย์ในปี 2004 เป็นร้อยละ 9.6 ในปี 2014 ซึ่งสวนทางกับการใช้ถุงยางอนามัย โดยผลการศึกษาระบุว่าสัดส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกลับลดลง โดยลดลงจากร้อยละ 60.6 ในปี 2004 เป็นร้อยละ 18.3 ในปี 2014⁽²⁰⁾ และมีรายงานว่าพบโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เพิ่มขึ้น

2.1.3 การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1.3.1 การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ เชื้อเอชไอวีประเภทที่ 1 (HIV Type1) ซึ่งเป็นชนิดที่สามารถพบได้เป็นส่วนมาก และเชื้อเอชไอวีประเภทที่ 2 (HIV Type2) เชื้อกลุ่มนี้สามารถพบได้บ่อยในแอฟริกาตะวันตกกลาง, บางพื้นที่ของทวีปยุโรปและประเทศอินเดีย ซึ่งการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันสามารถทำได้ทั้งมารับบริการตรวจเลือด ณ สถานพยาบาล และการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) และการตรวจหาชิ้นส่วนของเชื้อเอชไอวี (Antigen)

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี อาจให้ผลลบลงได้ (false negative) ในกรณีการตรวจยังอยู่ในระยะฟักตัวของเชื้อ (window period) หรือการติดเชื้อในระยะสุดท้าย การตรวจหา Antibody อาจกลับให้ผลลบอีกครั้งได้ (seroreversion) ซึ่งเป็นกรณีที่พบได้น้อย นอกจากนี้ ในบางกรณีอาจให้ผลบวกลงได้ (false positive) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ยกตัวอย่างเช่น โรค systemic lupus erythematosus (SLE), มะเร็งต่อมน้ำเหลือง, โรคมาลาเรีย เป็นต้น และยังพบได้ในบางรายที่ร่างกายมีการผลิตโปรตีนที่สามารถทำปฏิกิริยากับชุดการตรวจหรือมีรูปร่างคล้ายกับ HIV Antibody เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี จึงแนะนำให้มีการตรวจซ้ำอย่างน้อย 2 วิธี เพื่อยืนยันผลการตรวจ^(21, 22)

2.1.3.1.1 วิธีตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรวจหา Antibodies และ/หรือ Antigen

- Rapid diagnostic tests (RDTs) หรือ immunochromatographic test เป็นวิธีการตรวจที่ให้ผลได้อย่างรวดเร็ว โดยส่วนมากจะทราบผลภายใน 30 นาที สามารถใช้ตรวจคัดกรองได้ทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาล
- Simple assays การตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้ ใช้เวลาในการตรวจประมาณ 30 นาทีถึง 2 ชั่วโมง ซึ่งการตรวจวิธีนี้เหมาะกับการตรวจในสถานพยาบาล
- Immunoassays เป็นการตรวจหา Antigen ของเชื้อ HIV1 โดยวิธี p24 antigen และ/หรือ Antibodies ต่อเชื้อ HIV 1/2 ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ Enzyme immunoassays (EIA), chemiluminescence immunoassays (CLIA), electrochemiluminescence immunoassays (ECLIA)
- Western Blot (WB) เป็นวิธีที่ใช้ตรวจหา Antibodies ต่อเชื้อ HIV 1 วิธีกรรมนี้ มักใช้สำหรับการตรวจยืนยันผลการตรวจ เมื่อไม่สามารถสรุปผลจากการตรวจโดยวิธีการอื่นได้
- HIV Antigen เป็นวิธีการที่ตรวจหาโปรตีนที่ผลิตจากเชื้อไวรัส HIV ได้แก่ p24 Antigen ที่อยู่ในเลือด สามารถตรวจการติดเชื้อพบได้ภายหลังจากการรับเชื้อ 2-3 สัปดาห์
- วิธีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรวจหา Antibody และ Antigen ของเชื้อ HIV ซึ่งเป็นการตรวจแบบ Fourth generation-based ซึ่งสามารถตรวจได้ทั้ง HIV p24 antigen and HIV-1/2 Antibodies วิธีนี้สามารถตรวจพบการติดเชื้อได้ภายหลังจากการรับเชื้อเอชไอวี 2 สัปดาห์
- การตรวจหาเชื้อไวรัสในเลือด (Nucleic acid testing: NAT) เป็นการวิธีที่ตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ HIV ใช้ตรวจร่วมกับการตรวจ Antibody สามารถตรวจการติดเชื้อได้ภายหลังจากการรับเชื้อเอชไอวี 10 วัน

ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้วิธีการตรวจแบบ Fourth generation-based ซึ่งสามารถตรวจหาได้ทั้ง Antibody และ Antigen ต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี สามารถตรวจพบการติดเชื้อได้ ภายหลังการรับเชื้อ ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการตรวจ p 24 Antigen และยืนยันผลการตรวจด้วยวิธี และ Immunochromatography และ Gel Particle Agglutination

2.1.3.1.2 วิธีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง

การตรวจคัดกรองด้วยตนเอง หรือ HIV self-testing (HIVST) เป็นวิธีการตรวจที่สามารถทำการทดสอบได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องไปสถานพยาบาล ซึ่งปัจจุบันองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับรองและขึ้นทะเบียนชุดตรวจคัดกรองด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการตรวจจากน้ำลายหรือจากเลือด ดังนี้ Home Access HIV-1 Test System ตรวจคัดกรองจากเลือด, OraSure HIV-1 และ OraQuick⁽²³⁾ เป็นชุดตรวจที่ตรวจหาการติดเชื้อจากน้ำลาย หากผลการทดสอบได้ผลบวก ควรทำการตรวจเพื่อยืนยันผลด้วยวิธีการตรวจอื่น ๆ ณ สถานพยาบาลอีกครั้ง

2.1.3.2 แนวทางการตรวจคัดกรองการติดเชื้อซิฟิลิส

โรคซิฟิลิส เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ซึ่งการหาการติดเชื้อ สามารถทำได้ 2 วิธี⁽¹⁹⁾ ดังนี้

2.1.3.2.1 การตรวจหาเชื้อ *Treponema pallidum* จากสิ่งส่งตรวจโดยตรง

เป็นการตรวจหาเชื้อจากรอยโรค, เนื้อเยื่อและสิ่งคัดหลั่ง โดยวิธีที่ใช้ในการตรวจ ได้แก่ Dark field microscopy, Direct fluorescent antibody test, Polymerase chain reaction (PCR) ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่มีความไวในการตรวจสูงมาก

2.1.3.2.2 การตรวจหาAntibody ต่อเชื้อซิฟิลิส สามารถแบ่งวิธีการตรวจ ดังนี้

- Non-treponemal test เป็นการตรวจหาแอนติบอดีที่ไม่จำเพาะต่อเชื้อ *Treponema pallidum* เป็นวิธีที่นิยมสำหรับการตรวจคัดกรองโรค การตรวจที่นิยมใช้ ได้แก่ Venereal Disease

Research Laboratory slide test (VDRL) และ Rapid plasma reagin card test (RPR)

- Treponemal test เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคซิฟิลิส การตรวจ ที่นิยม ได้แก่ Fluorescent treponemal antibody absorption test (FTA-ABS), Treponema pallidum passive particle agglutination test (TPPA/TPHA), Immunochromatography test (ICT), Enzyme linkimmunesorbent assay (ELISA), Chemiluminescent immunoassay (CIA, CMIA), Immunoblot (western blot)

สำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น ปัจจุบัน ได้มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Chemiluminescence Microparticle Immunoassay (CMIA) หากให้ผล reactive ทำการตรวจเพื่อยืนยันผลด้วยวิธี Rapid plasma reagin card test (RPR) และ Treponema pallidum passive particle agglutination test (TPPA) ต่อไป

2.1.4 งบประมาณ

ปัจจุบันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2560 มีรายงานว่ามีค่าใช้จ่ายงบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เป็นจำนวน 2.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยงบประมาณร้อยละ 56 เป็นงบประมาณภายในประเทศ⁽¹¹⁾ เพื่อการยุติโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2573, UNAIDS ได้ทำการประเมินว่าจำเป็นต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนถึง 26.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อให้เป็นไปตามที่คาดการณ์ทั่วโลกต้องมีการหาแหล่งทุนเพื่อสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นถึงปีละ 1.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเป็นการยากที่มีผู้สนับสนุนงบประมาณจำนวนมากได้ในทุก ๆ ปี⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ยังมีรายงานเพิ่มเติมว่า ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง ว่าได้มีการปรับลดงบประมาณในการสนับสนุนทุนเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ โดยลดลงร้อยละ 7 ในระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2559⁽¹¹⁾ ดังนั้นงบประมาณทั้งจากภายในประเทศและภายนอกประเทศ ที่มีอยู่อย่างจำกัด จึงควรได้รับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดความยั่งยืนและสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งจากรายงานของ UNAIDS ได้ระบุวาทโยบายที่ก่อให้เกิด

ประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีในหลายประเทศ เป็นนโยบายที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ด้านความคุ้มค่าในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี Ibekwe E และคณะได้ทำการศึกษาวิจัย โดยทบทวนเอกสารการวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) จำนวน 10 เรื่อง พบว่านโยบายที่ได้ดำเนินการในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ สามารถประหยัดงบประมาณได้แตกต่างกันตามแต่ละการศึกษาวิจัย โดยพบว่าสามารถประหยัดงบประมาณได้ตั้งแต่ 5,761.20 เหรียญสหรัฐต่อผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน จนถึง 3.69 ล้านบาทเหรียญสหรัฐต่อผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน เมื่อเทียบกับการที่ไม่สามารถคัดกรองการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ได้⁽²⁴⁾ ถือว่ามีความคุ้มค่าเป็นอย่างมาก

2.2 การจัดสรรทรัพยากร

เนื่องจากทรัพยากรธรรมชาติมีอยู่อย่างจำกัด แต่ความพึงพอใจของมนุษย์ไม่มีที่สิ้นสุด ดังนั้นทฤษฎีในการจัดสรรทรัพยากร (allocation of resource) จึงควรนำมาเป็นหลักในการวางแผนนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรหรืองบประมาณ เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการบริหารทรัพยากร

2.2.1 แนวคิดเรื่องความเป็นธรรม

2.2.1.1 หลักการรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism)⁽²⁵⁾

หลักการรรถประโยชน์นิยม กล่าวถึง การกระจายทรัพยากรในสังคม จะเกิดความเป็นธรรมได้ต่อเมื่อผลลัพธ์ของการกระจายทรัพยากรนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมได้อย่างสูงสุด โดยไม่คำนึงถึงการกระจายทรัพยากรระหว่างบุคคลในสังคม

2.2.1.2 หลักการลอเซียน (Rawlsian or Maximin Principal)

หลักการลอเซียน กล่าวถึง การกระจายทรัพยากร โดยยึดหลักการ maximin rule กล่าวคือ การกระจายทรัพยากรไปยังบุคคลที่ด้อยโอกาสที่สุดในสังคม เพื่อให้เกิดความสุขมากที่สุด โดยที่บุคคลในสังคมไม่ทราบว่าตนอยู่ในกลุ่มฐานะใดของสังคม (Veil of ignorance) โดยหลักการนี้ เป็นหลักการที่สะท้อนให้เห็นถึงความยุติธรรมในการกระจายทรัพยากร

2.2.1.3 หลักการความเท่าเทียมกัน (Egalitarianism)

หลักการความเท่าเทียมกัน กล่าวถึง การกระจายทรัพยากรไปสู่ประชากรในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน โดยเน้นการกระจายสินค้าที่จำเป็นต่อชีวิต ยกตัวอย่างเช่น อาหาร, ที่อยู่อาศัย และบริการด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.2.2 การจัดสรรงบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณ ถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางแผนให้แผนงานเกิดความสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ โดยการจัดสรรงบประมาณ ควรประเมินทั้งทางด้านความจำเป็นของสังคม (Needs) องค์กรประกอบด้านอุปทาน (Supply) และการจัดงบประมาณที่คำนึงเฉพาะอัตราการให้บริการ (Utilization)⁽²⁶⁾

Yaylali E และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดำเนินการจัดสรรทรัพยากรด้านงบประมาณของกองทุนเอชไอวี เพื่อพัฒนาการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในหน่วยงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) จากผลการศึกษาโมเดลการจัดสรรทรัพยากร พบว่า การจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และการจัดสรรงบประมาณในการจัดการกับพฤติกรรมของกลุ่มผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดประสิทธิภาพน้อย⁽²⁷⁾ แสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณ หรือทรัพยากรด้านสุขภาพ ควรมีการพิจารณาเรื่องของความคุ้มค่าและการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

2.3 ความเต็มใจที่จะจ่าย

2.3.1 วิธีการประเมินมูลค่าความเต็มใจที่จะจ่าย

ความเต็มใจที่จะจ่าย (willingness to pay: WTP) คือการที่ผู้บริโภคมีความยินดีที่จะยอมเสียสละเงินหรือทรัพย์สินที่ตนมีอยู่เพื่อแลกเปลี่ยนกับสินค้าหรือบริการต่าง ๆ เหล่านี้มาเพื่อใช้ในการบำบัดความต้องการของตน⁽²⁸⁾ โดย WTP เป็นวิธีที่เริ่มนำมาใช้เป็นครั้งแรกโดยนักเศรษฐศาสตร์สิ่งแวดล้อม ต่อมาได้มีการพัฒนาเพื่อนำมาปรับใช้กับทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ โดยทั่วไปมีรูปแบบในการประเมินหาความเต็มใจที่จะจ่ายอยู่ 4 วิธี⁽²⁹⁾ ได้แก่

2.3.1.1 Open-Ended (OE) โดยถามคำถามเปิดว่าในแต่ละบุคคลประเมินค่าและเต็มใจที่จะจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าใดเพื่อรับการตรวจหรือรักษา

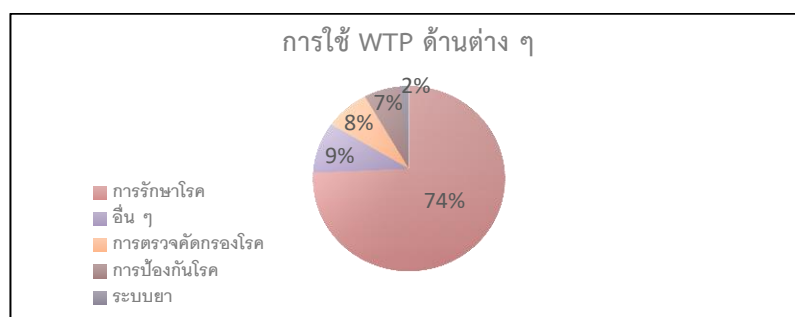
2.3.1.2 Bidding or bargaining แต่ละบุคคลจะได้รับการเสนอจำนวนเงินและตัดสินใจในเลือกที่จะตอบรับราคาหรือปฏิเสธการจ่ายเพื่อรับการตรวจหรือรักษาใด ๆ โดยจำนวนเงินจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามคำตอบของแต่ละบุคคล

2.3.1.3 Payment Scale (PS) เป็นการให้แต่ละบุคคลประเมินค่าและเลือกความเต็มใจในการจ่ายโดยเลือกจำนวนเงินตามลำดับที่ได้มีการกำหนดขึ้น

2.3.1.4 Close-Ended (CE) แต่ละบุคคลจะได้รับการเสนอจำนวนเงินและตัดสินใจในเลือกที่จะตอบรับจำนวนเงินหรือปฏิเสธการจ่ายเพื่อรับการตรวจหรือรักษาใด ๆ

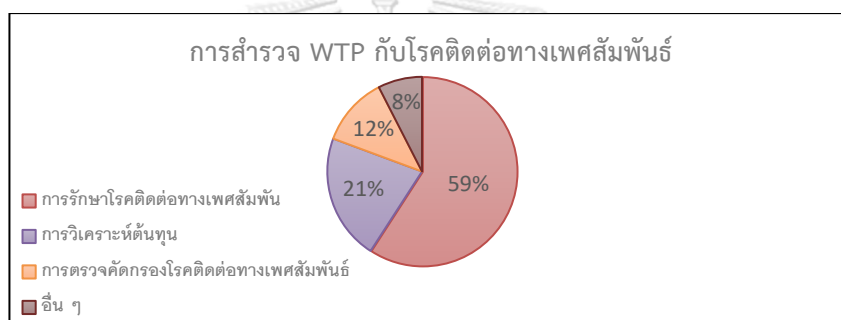
2.3.2 การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงความเต็มใจที่จะจ่ายในด้านต่าง ๆ ของระบบสาธารณสุขอย่างแพร่หลาย จากการค้นหาข้อมูลอย่างเป็นระบบ ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (PubMed) โดยค้นหาคำว่า Willingness to pay ในการทำการศึกษากับมนุษย์ พบว่ามีการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ WTP อยู่จำนวน 3,160 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นรูปแบบวิธีการศึกษาแบบการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) จำนวน 249 เรื่อง (คำค้นหา: (willingness[All Fields] AND pay[All Fields]) AND (systematic[sb] AND ("0001/01/01"[PDAT] : "2017/08/17"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms])) โดยเป็นการศึกษาความเต็มใจที่จ่ายสำหรับการรักษาโรคมามากที่สุด จำนวนถึง 185 เรื่อง, รองลงมาเป็นเรื่องการระบบการปฏิบัติงานและอื่น ๆ 23 เรื่อง, การตรวจคัดกรองโรคจำนวน 20 เรื่อง, การป้องกันโรคจำนวน 17 เรื่อง และด้านระบบยาจำนวน 4 เรื่อง



รูปที่ 2 ร้อยละของการศึกษาเรื่องความเต็มใจที่จะจ่าย

นอกจากนี้ เมื่อทำการค้นหาข้อมูลอย่างเป็นระบบ ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (PubMed) โดยเป็นการค้นหาที่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ เรื่องของการเต็มใจจ่ายเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (คำค้นหา: ("sexually transmitted diseases"[MeSH Terms] AND (willingness[All Fields] AND pay[All Fields])) AND ("0001/01/01"[PDAT] : "2017/08/01"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms])) พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องจำนวน 93 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด จำนวนถึง 55 เรื่อง, รองลงมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนในการตรวจหรือรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 20 เรื่อง และเป็นเรื่องการตรวจคัดกรองอื่น ๆ จำนวน 7 เรื่อง และพบการศึกษาเรื่องการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 11 เรื่อง



รูปที่ 3 ร้อยละของการศึกษาเรื่องการเต็มใจจ่ายเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการสืบค้นเบื้องต้น พบว่ามีการศึกษาเรื่องความเต็มใจจ่ายเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 11 เรื่อง โดยในจำนวนนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 เรื่อง และเป็นเป็นเรื่องการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จำนวน 3 เรื่อง โดยวิธีการถามความคิดเห็นแบบ Open End ได้ถูกนำมาใช้เพื่อสำรวจความเต็มใจในการจ่ายเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, กลุ่มหญิงชายบริการทางเพศ, กลุ่มผู้รับการแปลงเพศ, กลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และกลุ่มประชากรทั่วไป แต่จะพบได้ว่ายังไม่มีการศึกษาความเต็มใจจ่ายเพื่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มของสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยาอย่างเพียงพอ ซึ่งการศึกษาประชากรในกลุ่มนี้ จะช่วยให้มีข้อมูลครอบคลุมประชากรในทุกกลุ่มมากยิ่งขึ้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนทางด้านนโยบายทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศต่อไป รายละเอียดการศึกษาวิจัยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: การศึกษาความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองเอชไอวี

ผู้วิจัย	กลุ่มประชากร	วิธีการศึกษาวงจัย	ประเทศ	วิธีการถามความเต็มใจในการจ่าย	ราคาตรวจในท้องถิ่น	ราคาที่อาสาสมัครเต็มใจจ่าย	GDP per capita 2016
Huanmiao Xun (2013) ⁽³⁰⁾	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงขายบริการ 1137 คน	cross-sectional study	จีน	ไม่ระบุ	17 เหรียญสหรัฐ	อาสาสมัครยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองด้วยตนเองโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.8 ถึง 8.1 เหรียญสหรัฐ	8,117.3
Xu Y (2013) ⁽³¹⁾	อาสาสมัครที่ยินดีตอบแบบสอบถาม 262 คน	A cross-sectional study	จีน	Open End	16 เหรียญสหรัฐ	อาสาสมัครยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองด้วยตนเองโดยเฉลี่ยที่ 8 เหรียญสหรัฐ	8,117.3
Li J (2015) ⁽³²⁾	บุคคลทั่วไป จำนวน 511 คน	survey	จีน	แบบสอบถาม	ต้นฉบับภาษาจีน	84.1% ของอาสาสมัคร ยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองจากน้ำลายด้วยตนเอง	8,117.3
Long Hoang Nguyen (2016) ⁽³³⁾	ผู้ที่มารับบริการในคลินิก จำนวน 365 คน	A multi-site survey	เวียดนาม	Open End และศึกษาต่อด้วยBidding process.	20 เหรียญสหรัฐ	อาสาสมัครส่วนมาก ยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรอง ณ สถานพยาบาล ประมาณ 7.75 เหรียญสหรัฐ	2,170.6
Bach Xuan Tran (2016) ⁽³⁴⁾	ผู้ที่มาเลิกสารเสพติด (MIT) 1,016 คน	Survey	เวียดนาม	Bidding game ร่วมกับopen-ended	20 เหรียญสหรัฐ	มากกว่า 90% ของผู้ปวยยินดีจ่ายเพื่อเข้าโครงการตรวจคัดกรอง HIV เฉลี่ย 19.9 เหรียญสหรัฐ	2,170.6
Forsythe S (2002) ⁽³⁵⁾	สถานพยาบาล 3 แห่ง	surveyed	เคนยา	Payment card ร่วมกับ Bidding	2-6 เหรียญสหรัฐ	ผู้ที่มารับบริการส่วนมากยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองอย่างน้อย 2 เหรียญสหรัฐ	1,462.5
Uzochukwu B (2011) ⁽³⁶⁾	นักศึกษาจำนวน 250 คน	A cross sectional study	ไนจีเรีย	Bidding game ร่วมกับopen-ended	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	อาสาสมัครยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองด้วยตนเองเฉลี่ย 3.2 เหรียญสหรัฐ	2,175.7
Maria Jose Bustamante (2017) ⁽³⁷⁾	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 147 คนและหญิงข้ามเพศ 45 คน	surveyed	เปรู	ไม่ระบุ	10 เหรียญสหรัฐ	อาสาสมัครยินดีจ่ายเพื่อซื้อชุดตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองเฉลี่ย 5 เหรียญสหรัฐ	6,031.4

2.4 พฤติกรรมที่มีผลต่อการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ตนเอง

ในปี พ.ศ. 2533 Hemenway ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ เรียกว่าพฤติกรรมที่มีผลต่อการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ตนเอง (Propitious selection) โดยนำเสนอว่าบุคคลที่มีแนวโน้มในการซื้อประกันภัยหรือเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับตน คือบุคคลที่ดูแลตนเองดี มีความเสี่ยงน้อย และมักไม่ทำให้ตนเองเกิดความเสียดใจ ๆ จากผลการศึกษาของ Hemenway พบว่าผู้ที่ไม่ทำประกันภัยมีพฤติกรรมขับรถภายหลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 39 ในขณะที่กลุ่มผู้ทำประกันภัยมีพฤติกรรมขับรถภายหลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 28 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)⁽³⁸⁾

ทั้งนี้พบว่าพฤติกรรมด้านบวกและลบอื่น ๆ สามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมการซื้อประกันภัยได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ทำประกันน้อยกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$), กลุ่มผู้ที่ทำประกันภัยมีประวัติเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้ที่ไม่ทำประกันภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$).⁽³⁸⁾

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2535 Clyde AT และคณะ ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การขับรถโดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัยกับการมีประกันภัยและหนี้สูญของโรงพยาบาล โดยทำการสอบถามผู้ประสบอุบัติเหตุ ที่เข้ารับการศึกษที่ห้องฉุกเฉินของ Massachusetts General Hospital (MGH) ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ภายหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ ถึงการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ พบว่าพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยมีความสัมพันธ์กับการมีประกันภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่คาดเข็มขัดนิรภัยมีโอกาสซื้อประกันภัยมากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 2 เท่า เมื่อควบคุมปัจจัยด้านอายุ, เพศ และสถานะคนขับหรือผู้โดยสาร ($OR = 2.39$; $95\% CI = 1.33, 4.30$)⁽³⁹⁾

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ได้มีการทำการศึกษา เพื่อศึกษาถึงปัญหาในการร่วมมือมาตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหลายประเทศทั่วโลกและในหลากหลายกลุ่มประชากร ทั้งในกลุ่มสามีของหญิงตั้งครรภ์ , กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, กลุ่มผู้ที่ทำงานขายบริการ เป็นต้น (ตาราง 2)

จากการทบทวนเอกสารการวิจัยอย่างเป็นระบบของ Sherr L และ Croome N ในประเทศแทนซาเนียพบว่าสิ่งแวดล้อมในแผนกฝากครรภ์มีผลทำให้รู้สึกว่าการมาตรวจ ให้ความสำคัญกับผู้หญิงเป็นหลัก จึงเป็นอุปสรรคสำคัญและไม่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการมาฝากครรภ์ของสามี⁽⁴⁰⁾ โดยในประเทศกัมพูชาพบว่าระดับการมาตรวจคัดกรองของสามี ที่ได้รับการให้คำแนะนำและเชิญชวนให้ตรวจคัดกรองเป็นคู่ มากกว่าการที่สามีและภรรยาตรวจแยกกัน ร้อยละ 85.1 และ 18.7 ตามลำดับ⁽⁴¹⁾ จากการศึกษาใน Uganda พบว่าระดับการศึกษา, การที่สามีมาฝากครรภ์พร้อมภรรยา 3 ครั้งขึ้นไปมีผลต่อการเปิดเผยผลเลือดของภรรยาต่อสามี นอกจากนี้มาตรวจเป็นคู่ของสามีภรรยา มี

แต่มีต่อการเปิดเผยผลการตรวจเลือดให้อีกฝ่ายรับทราบเป็น 30.85 เท่าเมื่อเทียบกับการมาตรวจแยกกัน⁽⁴²⁾ จากการทบทวนเอกสารการวิจัยอย่างเป็นระบบโดย Musheke M และคณะ โดยศึกษาการวิจัยในกลุ่มประเทศที่ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮาราในทวีปแอฟริกา (Sub-Saharan Africa) ซึ่งทำการศึกษาทั้งในหน่วยบริการเพื่อการตรวจคัดกรองโรคและหน่วยฝากครรภ์ พบว่าปัจจัยที่มีผลในการส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองเอชไอวี ได้แก่ ภาวะสุขภาพที่แยลงและ/หรือการที่คู่รักหรือบุตรเสียชีวิต, ความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมและการรักษา ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมาตรวจคัดกรอง ได้แก่ ความเข้าใจว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำ, การกลัวความลับถูกเปิดเผยและความรู้สึกโดนตีตราว่าเป็นผู้ติดเชื้อ, ค่าใช้จ่ายในการตรวจและการรักษา และปัจจัยทางด้านความเท่าเทียมทางเพศ⁽⁴³⁾

นอกจากนี้ มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองในกลุ่มเสี่ยง (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงขายบริการ เป็นต้น) ของประเทศจีน โดย Xun และคณะ พบว่าร้อยละ 71 ยินดีที่จะรับการตรวจและปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจ ได้แก่ เคยได้รับการตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลหรือตรวจคัดกรองด้วยตนเองมาก่อน, ระดับการศึกษา, พฤติกรรมเสี่ยง⁽³⁰⁾ สำหรับประเทศไทย ได้มีการทำการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาและการตรวจคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มคู่สามี-ภรรยาที่มาฝากครรภ์โดย พญ.รังสิมา โล่ห์เลขา และคณะ พบว่าอุปสรรคในการตรวจคัดกรองของสามี ได้แก่ ไม่ต้องการตรวจร้อยละ 60, คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงร้อยละ 13, ต้องการตรวจที่สถานพยาบาลอื่นร้อยละ 10, กลัวเข็มร้อยละ 9, ทราบผลตรวจเอชไอวีตนเองอยู่แล้วร้อยละ 5 และปัจจัยอื่น ๆ ร้อยละ 3⁽¹⁷⁾

ตารางที่ 2: ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัย	กลุ่มประชากร	ประเทศ	วิธีการตรวจ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ
Kakimoto K และ คณะ ⁽⁴¹⁾	คู่สามี-ภรรยา	กัมพูชา	หน่วยฝากครรภ์	- การตรวจคัดกรองเป็นคู่ ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมากกว่า การที่สามีและภรรยาจะมาตรวจด้วยกัน
Huanmiao Xun และ คณะ ⁽³⁰⁾	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ ชาย, หญิงขายบริการ และกลุ่มเสี่ยง	จีน	การตรวจคัดกรอง HIV ด้วย ตนเอง	- เคยได้รับการตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลหรือตรวจคัด กรองด้วยตนเองมาก่อน
Kimberly E Green และคณะ ⁽⁴⁵⁾	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ ชาย	เวียดนาม	การตรวจคัดกรองด้วยตนเอง และการมารับบริการ ณ สถานพยาบาล	- ระดับการศึกษา - พฤติกรรมเสี่ยง - อายุ - รายได้ - การขายบริการทางเพศ - ระดับการศึกษาที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง
Anthony Batte และ คณะ ⁽⁴²⁾	หญิงที่ผ่านการคลอด บุตรไม่เกิน 2 ปีก่อนเข้า ร่วมการวิจัย	อูกันดา	หน่วยฝากครรภ์	- ระดับการศึกษา - การที่สามีมาฝากครรภ์พร้อมภรรยา 3 ครั้งขึ้นไปและตรวจ เป็นคู่ของสามี มีผลต่อการเปิดผลเลือดของภรรยาต่อสามี
Brian Muyunda และ คณะ ⁽⁴⁶⁾	หญิงตั้งครรภ์	แซมเบีย	หน่วยฝากครรภ์	- อายุ - รายได้ - ระดับการศึกษา
Musheke M และ คณะ ⁽⁴³⁾	ทบทวนเอกสารการวิจัย อย่างเป็นระบบของ	กลุ่มประเทศ สุขภาพาน แอฟริกา	หน่วยบริการเพื่อการตรวจคัด กรองโรคและหน่วยฝากครรภ์	- ภาวะสุขภาพที่แยงและ/หรือการที่คู่รักหรือบุตรเสียชีวิต - ความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ - การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมและการรักษา

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (*Cross-sectional survey*) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มสามีมารับบริการมาฝากครรภ์ ครั้งแรกพร้อมภรรยา ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง วันที่ 23 เมษายน ถึง 7 มิถุนายน พ.ศ. 2561

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

สามีมารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.1.2 ประชากรเป้าหมาย

สามีมารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา ในการมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ในเวลา ราชการ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.1.3 ขนาดของประชากรในการศึกษาวิจัย

ในการทำการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษานำร่อง ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เพื่อทดสอบแบบสอบถามและค่าเฉลี่ยของความเต็มใจจ่ายการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาพัฒนาเครื่องมือการหาค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป โดยทำการเก็บข้อมูล ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขนาดตัวอย่างของการศึกษานำร่องจำนวน 50 คน

จากการศึกษาโครงการนำร่อง เมื่อสอบถามอาสาสมัครด้วยคำถามปลายเปิดว่ามีความยินดีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสเป็นเท่าไร พบว่าอาสาสมัครมีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองเอชไอวีเฉลี่ย 450 บาท, ยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 300 บาท โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 282

ภายหลังจากการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยนำจำนวนของสามีมารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยาในการมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก มาคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Finite population mean⁽⁴⁴⁾

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดยกำหนดให้

จำนวนสมาชิกทั้งหมดที่มารับบริการฝากครรภ์ (N) = 188

ครั้งแรกพร้อมภรรยา ในเดือน มีนาคม พ.ศ. 2561

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยความเต็มใจ (σ) = 282

ในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

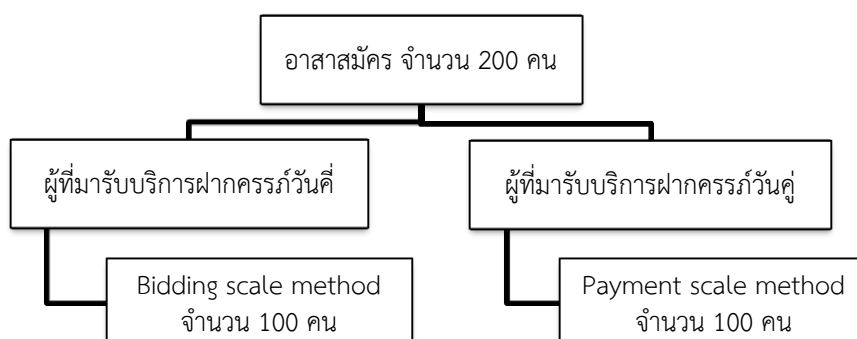
ของกลุ่มการศึกษานำร่อง

ค่าความคลาดเคลื่อน (d) = 0.1

ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05

จากการแทนค่าในสูตร ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 188 คน เนื่องจากวิธีการหาค่าความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ดำเนินการโดย 2 วิธี ได้แก่ Payment scale method และ Bidding scale method ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครจำนวน 200 คน โดยสอบถามความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของอาสาสมัคร ใช้วิธี Payment scale method จำนวน 100 คนและวิธี Bidding scale method จำนวน 100 คน

การดำเนินการสุ่มตัวอย่าง เพื่อเลือกใช้วิธีการหาค่าความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยกลุ่มที่ใช้วิธี Bidding scale method ได้แก่ อาสาสมัครที่มารับบริการฝากครรภ์ในวันที่ ที่เป็นเลข “คี่” และกลุ่มที่ใช้วิธี Payment scale method ได้แก่ อาสาสมัครที่มารับบริการฝากครรภ์ในวันที่ ที่เป็นเลข “คู่”



รูปที่ 4: การแบ่งกลุ่มวิธีการสอบถามความเต็มใจจ่ายของอาสาสมัคร

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์อาสาสมัคร โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหากมีข้อสงสัยอาสาสมัครสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ถือเป็นความลับ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถไม่ตอบคำถามได้หากไม่ต้องการให้ข้อมูลในข้อนั้น ๆ และสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบขึ้นสำหรับโครงการวิจัยนี้

3.2.1 แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 3 หมวด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล, ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี

3.2.1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเลือด และความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งสาเหตุที่ปฏิเสธการตรวจเลือด ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้มีการเก็บข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้ อายุ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, จำนวนบุตร, ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต, การศึกษา และความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

3.2.1.2 ความรู้เรื่องโรคเอชไอวี

ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยอ้างอิงชุดคำถามจำนวน 5 ข้อ จาก องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ(UNAIDS) ซึ่งได้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และชุดคำถามนี้ยังได้นำไปใช้เป็นตัวชี้วัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติอีกด้วย (UNGASS) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน⁽⁴⁷⁾ ดังนี้

5	คะแนน	มีความรู้ระดับดี
3-4	คะแนน	มีความรู้ระดับปานกลาง
ต่ำกว่า 3	คะแนน	มีความรู้ระดับน้อย

ทั้งนี้ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอชไอวี ในประชากรหลากหลายกลุ่ม และชุดคำถามที่ใช้ นั้น จะเห็นได้ว่ามีพื้นฐานจากชุดคำถามของ องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNGASS) และได้มีการปรับให้เหมาะกับกลุ่มประชากรที่ได้ทำการศึกษา ตัวอย่างการศึกษาวิจัย

3.2.1.3 ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี

โดยแบบสอบถามที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อการวิจัยนี้ โดยมีการพัฒนาข้อคำถามเพื่อความเหมาะสม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Validity) ในด้านการสำรวจความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี ทางผู้วิจัยจัดทำการศึกษาสำรวจเพื่อหาค่าเฉลี่ย และค่าความแปรปรวน ของความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยวิธี Open End ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ได้ค่าเฉลี่ยที่อาจต่ำกว่าที่ควรเป็น ดังนั้นผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยของราคาที่อาสาสมัครในกลุ่มสำรวจยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองเอชไอวี ที่ 450 บาท และยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสที่ 300 บาท เป็นราคาตั้งต้น ในการเริ่มถามค่าความเต็มใจในการจ่ายด้วยวิธี Bidding scale และนำส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ได้จากการศึกษานำร่องมาสร้างตัวเลือกในการจ่าย โดยเพิ่มหรือลดลงชั้นละ $\frac{1}{4}$ SD (70)

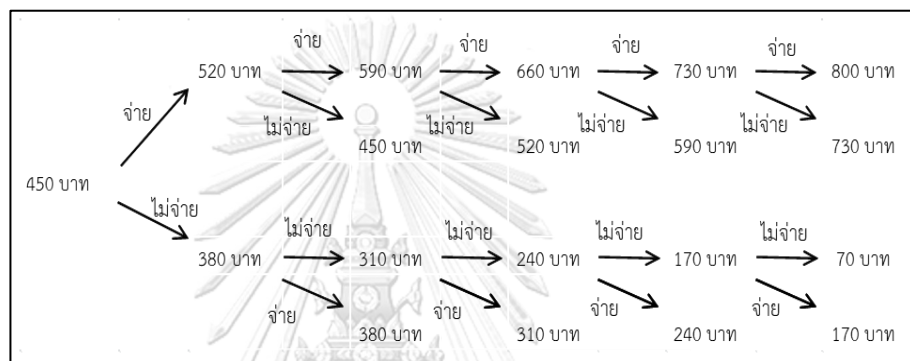
นอกจากนี้ ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ทำการสำรวจความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการถามความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสควบคู่กัน ซึ่งเป็นโรคที่มีแนวทางการรักษา, ความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของการติตราจากสังคมที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรอง

3.2.1.3.1 การสอบถามราคาความเต็มใจจ่ายด้วยวิธี Bidding scale method

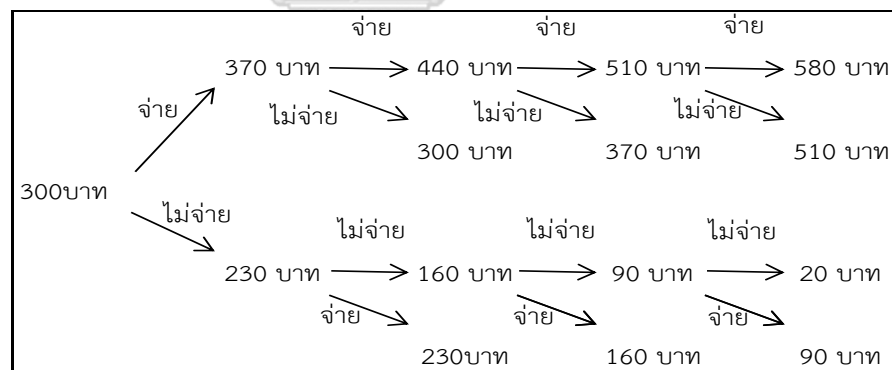
- ผู้วิจัยทำการสอบถามอาสาสมัครถึงราคาการตรวจคัดกรอง เอชไอวี ที่อาสาสมัครเต็มใจจ่าย โดยเริ่มจากราคาตั้งต้น ซึ่งได้มาจากราคาเฉลี่ยของกลุ่มสำรวจ ได้แก่ 450 บาท จากนั้นมีการปรับราคาขึ้นหรือลงครั้งละ 70 บาท ตามแต่คำตอบของอาสาสมัคร โดยการสอบถามไม่เกิน 5 ครั้ง
- ผู้วิจัยทำการสอบถามอาสาสมัครถึงราคาการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสที่อาสาสมัครเต็มใจจ่าย โดยเริ่มจากราคาตั้งต้น ซึ่งได้มาจากราคาเฉลี่ยของกลุ่มสำรวจ ได้แก่ 300 บาท จากนั้นมีการปรับราคาขึ้นหรือลงครั้งละ 70 บาท ตามแต่คำตอบของอาสาสมัคร โดยทำการสอบถามไม่เกิน 4 ครั้ง

3.2.1.3.2 การสอบถามราคาความเต็มใจจ่ายด้วยวิธี Payment scale

- ผู้วิจัยสอบถามอาสาสมัครโดยแจ้งให้อาสาสมัครทราบถึงราคาในการตรวจคัดกรองเอชไอวีทั้งหมด ซึ่งมีช่วงอยู่ระหว่าง 100 ถึง 800 บาท และแต่ละช่วงราคา que เพิ่มขึ้นมีค่าเท่ากับ 70 บาท
- ผู้วิจัยสอบถามอาสาสมัครโดยแจ้งให้อาสาสมัครทราบถึงราคาในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสทั้งหมด ซึ่งมีช่วงอยู่ระหว่าง 20 ถึง 580 บาท และแต่ละช่วงราคา que เพิ่มขึ้นมีค่าเท่ากับ 70 บาท



รูปที่ 5: วิธีการ Bidding scale method สำหรับการตรวจคัดกรองเอชไอวี



รูปที่ 6: วิธีการ Bidding scale method สำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส

3.2.2 ตัวแปรในการวิจัย

3.2.2.1 ตัวแปรต้น

3.2.2.1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา

3.2.2.2 ตัวแปรตาม

3.2.2.2.1 การมาตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวี ในสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา

3.2.2.2.2 ราคาค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามีที่มาฝาก
ครรภ์พร้อมภรรยาเต็มใจจ่าย

3.2.2.2.3 ร้อยละของการมาตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใน
สามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา

3.2.3 การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

3.2.3.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2.3.2 พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

3.2.3.3 ทำเรื่องขออนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตทำการเก็บ
รวบรวมข้อมูล

3.2.3.4 ก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัยมีการให้คำปรึกษาภรรยาและสามีเพิ่มเติม จาก
ระบบการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีการให้คำปรึกษา ก่อนรับการ
ตรวจเลือดของภรรยาและสามีอยู่แล้ว โดยทีมผู้มีความชำนาญ

3.2.3.5 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการ โดยได้ทำการอธิบายถึง
รายละเอียดโครงการ รวมถึงให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้อ่านรายละเอียดจากเอกสาร
ชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย, เปิดโอกาสให้ซักถามจนเป็นที่
พอใจแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ และให้ผู้เข้าร่วมโครงการลงนามในเอกสารยินยอมเข้า
ร่วมโครงการตามความสมัครใจ

3.2.3.6 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในสามีที่มาฝากครรภ์พร้อม
ภรรยา ณ หน่วยฝากครรภ์ ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ณ หน่วยฝากครรภ์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังจากที่
ผู้เข้าร่วมโครงการได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจเป็นที่
เรียบร้อยแล้วเท่านั้น

3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.2.4.1 ข้อมูลต่าง ๆ ถูกวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรม SPSS version 22

3.2.4.2 รายงานค่ามัธยฐานของการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยาด้วย median (IQR)

3.2.4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ ที่ระดับนัยสำคัญ <0.25 นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple linear
regression นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่พบว่ามีความสำคัญ นำมา

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple linear regression เพื่อทดสอบสมการที่เหมาะสมในการทำนายค่าความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.2.4.4 ข้อมูลรายงานด้วยร้อยละ ได้แก่ สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ยินดีรับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.2.4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี เช่น ระดับการศึกษา, ปัจจัยเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรงของโรค วิเคราะห์ด้วยวิธี logistic regression มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.2.4.6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย ด้วยสถิติ Variance Inflation Factor

3.2.5 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

นำโครงการวิจัย ยื่นเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อที่ขอทำการสำรวจเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษาคั้งนี้ และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นที่เรียบร้อยแล้วเท่านั้น โดยงานวิจัยนี้สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

3.2.5.1 หลักการให้ความเคารพในบุคคล ในการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ครั้งนี้ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลในการวิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บเป็นความลับทั้งในกระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานข้อมูล กล่าวคือ ไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัยในแบบบันทึกข้อมูล มีการตั้งรหัสและระบุเฉพาะรหัสเท่านั้น การวิเคราะห์ผลและรายงานผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้นและไม่กระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

นอกจากนี้การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย และ/หรือข้อความในการตอบแบบสอบถาม ไม่ส่งผลต่อการตรวจรักษาหรือการบริการใด ๆ ต่ออาสาสมัครและภรรยาของอาสาสมัคร สามีและภรรยาที่มาฝากครรภ์ ได้รับการบริการและการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.2.5.2 หลักแห่งผลประโยชน์การวิจัยครั้งนี้

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยก่อให้เกิดองค์ความรู้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทั้งนี้ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียเวลาและอาจเกิดความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิ์ใน

การไม่ตอบคำถามนั้น หรือซักถามผู้วิจัยจนเป็นที่พึงพอใจได้ สำหรับความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้เข้าร่วมวิจัยในด้านสังคมหรือครอบครัวคืออาจมีโอกาสของการเปิดเผยความลับได้ในกรณีที่มีผลเลือดผิดปกติ ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยหรือโครงการวิจัยไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแจ้งผลเลือดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ทั้งนี้กระบวนการต่าง ๆ อันเกี่ยวข้องกับการตรวจเลือดหรือการแจ้งผลเลือดกระทำโดยแพทย์และทีมที่มีความชำนาญการ และมีการปกป้องความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างที่สุด

3.2.5.3 หลักแห่งความยุติธรรม

ในการดำเนินโครงการนี้ ทุกคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มสามที่ภรรยา มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 มีโอกาสในการได้รับเลือกเข้าโครงการวิจัยเท่ากัน ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการดำเนินงานวิจัย (ทั้งนี้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัย เรื่องความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 23 เมษายน ถึง 7 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ซึ่งมีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกเป็นจำนวน 597 คน ในจำนวนนี้มีคู่สามีมาฝากครรภ์พร้อมภรรยาเป็นจำนวน 368 คน โดยสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจำนวน 200 คน จากการสุ่มตามความสะดวก จะได้รับการขอให้ลงนามแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามทุกราย

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 อายุ

จากการศึกษาสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยาและยินดีตอบแบบสอบถามจำนวน 200 คน พบว่าค่ามัธยฐานอายุ 31 (27-36) ปี เมื่อวิเคราะห์อายุตามกลุ่มวิธี ที่ใช้ในการประเมินค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มที่ใช้วิธี Bidding scale method ค่ามัธยฐานอายุที่ 31 (27-36) ปี และกลุ่มที่ใช้วิธี Payment scale method มีค่ามัธยฐานอายุ 30 (30-35) ปี หากวิเคราะห์ตามกลุ่มสามีที่ยินดีตรวจคัดกรองและในกลุ่มที่ไม่ยินดีตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พร้อมภรรยาพบว่ามีค่ามัธยฐานอายุ 30 (27-36) มีค่ามัธยฐานอายุ 34 (31-35) ปี ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าประชากรที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน

4.1.2 รายได้ต่อเดือนของสามี

สามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา 200 คน พบว่ามีค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 18,000 (15,000-30,000) บาท ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มของสามีพบว่ารายได้ของสามีในแต่ละกลุ่มมีค่ามัธยฐานไม่แตกต่างกัน ดังนี้ กลุ่มที่ใช้วิธี Bidding scale method มีค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 20,000 (15,000-30,000) บาท และกลุ่มที่ใช้วิธี Payment scale method มีค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 18,000 (15,000-30,000) บาท สำหรับกลุ่มสามีที่ยินดีตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พร้อมภรรยามีค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 18,000 (15,000-30,000) บาทและกลุ่มที่ไม่ยินดีตรวจมีค่ามัธยฐานรายได้ 20,000 (15,000-30,000)

4.1.3 ประวัติการมีบุตร

สามีที่ฝากครรภ์พร้อมภรรยาร้อยละ 33 ให้ประวัติว่ามีบุตรแล้วอย่างน้อยหนึ่งคน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามกลุ่มวิธีการประเมินความเต็มใจในการจ่ายและความเต็มใจในการตรวจตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี ในกลุ่มที่ใช้วิธี Bidding scale method และกลุ่มที่ใช้วิธี Payment scale method มีบุตรแล้วอย่างน้อยหนึ่งคน ร้อยละ 27 และร้อยละ 39 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในกลุ่มที่ยินดีและไม่ยินดีตรวจคัดกรองพร้อมภรรยา พบว่าทั้งสองกลุ่ม ให้ประวัติว่ามีบุตรแล้วอย่างน้อยหนึ่งคน ร้อยละ 33

4.1.4 ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากทั้งหมด 200 คน พบว่าสามีร้อยละ 44 เคยเข้ารับรับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง สอดคล้องกับกลุ่มที่ใช้วิธี Bidding scale method และกลุ่มที่ใช้วิธี Payment scale method สามีเคยเข้ารับรับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39 และ 49 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ยินดีตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมด 24 คน จากทั้งหมด 200 คน พบว่าร้อยละ 75 (18 จาก 24 คน) เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน

4.1.5 ระดับการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยนี้ ได้มีการแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น ระดับมัธยมต้นหรือต่ำกว่า , ระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า และระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งจากประวัติการศึกษาพบว่า สามีทั้งหมด 200 คน ร้อยละ 18 จบการศึกษาระดับมัธยมต้นหรือต่ำกว่า, ร้อยละ 42 จบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า และร้อยละ 40 จบการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มวิธีการประเมินค่าความเต็มใจจ่ายและความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มสามีโดยส่วนมากจบการศึกษาที่ระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า รองลงมาคือระดับมหาวิทยาลัย และระดับมัธยมต้นหรือต่ำกว่า ตามลำดับ

4.1.6 คะแนนรวมความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

จากการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ และแบ่งระดับความรู้จากคะแนนการตอบแบบประเมิน ได้เป็นสามระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับน้อย, ความรู้ระดับปานกลางและความรู้ระดับดี พบว่าจากทั้งหมด 200 คน ร้อยละ 55.5 มีความรู้ในระดับดี, ร้อยละ 40.5 มีความรู้ระดับปานกลาง และมีร้อยละ 4 ที่มีความรู้ในระดับน้อย ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มวิธีการประเมินค่าความเต็มใจจ่าย พบว่ากลุ่มที่ใช้วิธี Bidding scale method ร้อยละ 55 มีความรู้ในระดับดี,

ร้อยละ 40 มีความรู้ในระดับปานกลาง, ร้อยละ 5 มีความรู้ในระดับน้อย ในขณะที่กลุ่มที่ใช้วิธี Payment scale method ร้อยละ 56 มีความรู้ในระดับดี, ร้อยละ 41 มีความรู้ในระดับปานกลาง, ร้อยละ 3 มีความรู้ในระดับน้อย

ตารางที่ 3: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 200 คน)

ข้อมูลทั่วไป	อาสาสมัครทั้งหมด
อายุ (Median, IQR)	31 (27-36)
รายได้เฉลี่ย (Median, IQR)	18000 (15000-30000)
ประวัติการมีบุตร (จำนวน, ร้อยละ)	
มีบุตรอย่างน้อย 1 คน	66 (33.0)
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต (จำนวน, ร้อยละ)	
เคยตรวจ	88 (44.0)
ระดับการศึกษา (จำนวน, ร้อยละ)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมต้น	36 (18.0)
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	84 (42.0)
มหาวิทยาลัย	80 (40.0)
คะแนนรวมความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี (จำนวน, ร้อยละ)	
ความรู้ระดับน้อย	8 (4.0)
ความรู้ระดับปานกลาง	81 (40.5)
ความรู้ระดับดี	111 (55.5)

ตารางที่ 4: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการสอบถามค่าความเต็มใจจ่าย และความเต็มใจในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อมูลทั่วไป	วิธีการสอบถามความเต็มใจในการจ่าย		ความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
	Bidding method (n = 100)	Payment scale method (n = 100)	ยินดีตรวจเลือด (n = 176)	ไม่ยินดีตรวจเลือด (n = 24)
อายุ (Median, IQR)	31 (27-36)	30 (30-35)	30 (27-36)	34 (31-35)
รายได้เฉลี่ย (Median, IQR)	20000 (15000-30000)	18000 (15000-30000)	18000 (15000-30000)	20000 (15000-30000)
ประวัติการมีบุตร (จำนวน, ร้อยละ)	27 (27.0)	39 (39.0)	58 (33.0)	8 (33.3)
มีบุตรอย่างน้อย 1 คน				
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทาง	39 (39.0)	49 (49.0)	70 (39.8)	18 (75.0)
เพศสัมพันธ์ในอดีต (จำนวน, ร้อยละ)				
เคยตรวจ				
ระดับการศึกษา (จำนวน, ร้อยละ)	22 (22.0)	14 (14.0)	32 (18.2)	4 (16.7)
น้อยกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมต้น				
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	39 (39.0)	45 (45.0)	75 (42.6)	9 (37.5)
มหาวิทยาลัย	39 (39.0)	41 (41.0)	69 (39.2)	11 (45.8)
ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี (จำนวน, ร้อยละ)				
ความรู้ระดับน้อย	5 (5.0)	3 (3.0)	7 (4.0)	1 (4.2)
ความรู้ระดับปานกลาง	40 (40.0)	41 (41.0)	69 (39.2)	12 (50.0)
ความรู้ระดับดี	55 (55.0)	56 (56.0)	100 (56.8)	11 (45.8)

4.2 ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษาเรื่องความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี พบว่า ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี โดยวิธี Bidding scale method และ Payment scale method ให้ค่านัยฐานของความเต็มใจในการจ่ายต่างกัน ซึ่งค่านัยฐานของราคาการตรวจสอบคัดกรองกันทั้ง 2 โรค โดยวิธี Bidding scale ที่ได้ค่านัยฐานของราคาที่เต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชวี 450 (380-450) บาท และมีค่านัยฐานตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 300 (300-353) บาท ซึ่งมากกว่าวิธี Payment scale ที่มีค่านัยฐานของราคาที่เต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชวี 310 (170-450) บาท และค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 230 (160-300) บาท (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5: ความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชวีและซิฟิลิส

มูลค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองของสามี	Median	IQR
มูลค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชวี		
Bidding Method	450	380-450
Payment Scale Method	310	170-450
มูลค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส		
Bidding Method	300	300-353
Payment Scale Method	230	160-300

4.3 ความเต็มใจในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4.3.1 สามีที่ยินดีตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา จากทั้งหมด 200 คน พบว่า 176 คน ยินดีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พร้อมภรรยา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 88 (95% CI; 0.83, 0.92) ของสามีทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

4.3.2 สามีที่ปฏิเสธการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในกลุ่มสามีที่ปฏิเสธการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าร้อยละ 70.8 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อไม่นานมานี้ รองลงมาคือ ต้องการตรวจ

เลือด ณ สถานพยาบาลอื่น, คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง และกลัวเข็ม ร้อยละ 16.7, 8.3 และ 4.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6: ความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มสามี

ความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ	95% Confidence Interval
ยินดีตรวจ	176	88.0	0.83, 0.92
ไม่ยินดีตรวจ	24	12.0	0.78, 0.17

สาเหตุของการปฏิเสธการตรวจเลือด	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
ได้รับการตรวจเมื่อไม่นานมานี้	17	70.8	0.49, 0.87
ต้องการตรวจเลือด ณ สถานพยาบาลอื่น	4	16.7	0.47, 0.37
คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง	2	8.3	0.01, 0.27
กลัวเข็ม	1	4.2	0.001, 0.21

4.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4.4.1 การวิเคราะห์แต่ละปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Simple Logistic regression

(ตารางที่ 7)

4.4.1.1 อายุ

จากการศึกษาพบว่าอายุของสามีที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีแต่ัมต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสามีเป็น 0.95 เท่า

4.4.1.2 รายได้เฉลี่ย

จากการศึกษาพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่เพิ่มมากขึ้นของสามี มีแต่ัมต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสามีมากขึ้น

4.4.1.3 ประวัติการมีบุตร

กลุ่มสามีที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อนที่เคยมีแต่ัมต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 1.02 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสามีที่เคยบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน

4.4.1.4 ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีตโดยกลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน มีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 4.54 เท่า ของสามีที่เคยตรวจคัดกรองมาก่อน

4.4.1.5 ระดับการศึกษา

สามีที่จบการศึกษาระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับชั้นมัธยมต้น และสามีที่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมปลายหรือเทียบเท่า มีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 1.28 และ 1.33 เท่าเมื่อเทียบกับสามีกลุ่มที่จบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ตามลำดับ

4.4.1.6 ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเชชไอวี

สามีที่มีความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเชชไอวี ในระดับน้อยและปานกลาง มีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 0.77 และ 0.63 เท่าเมื่อเทียบกับสามีที่มีความรู้ในระดับดี ตามลำดับ

4.4.2.3 ประวัติการมีบุตร

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น พบว่าสามีที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน มีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 0.81 เท่า ของกลุ่มที่เคยมีบุตรมาก่อน ซึ่งแต้มต่อของการตรวจ คัดกรองลดลงจากการวิเคราะห์เพียงปัจจัยประวัติการมีบุตรเพียงปัจจัยเดียว

4.4.2.4 ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต

กลุ่มสามีที่ไม่เคยมีประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต มีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 4.82 เท่าของกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมาก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแต้มต่อของการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น

4.4.2.5 ระดับการศึกษา

สามีที่จบการศึกษาระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า มีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 1.39, 1.20 เท่า เมื่อเทียบกับระดับมหาวิทยาลัยตามลำดับ

4.4.2.6 ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

สามีที่มีความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวีในระดับน้อยและปานกลาง มีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 0.37 และ 0.57 เท่าเมื่อเทียบกับสามีที่มีความรู้ในระดับดีตามลำดับ ซึ่งมีแต้มต่อของการตรวจคัดกรองลดลง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น

ตารางที่ 8: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Demographic data	Adjusted Odds ratio	(95% Confidence Interval) [*]
อายุ	0.93	(0.86, 1.01)
รายได้เฉลี่ย	1.00	(1.00, 1.00)
ประวัติการมีบุตร		
ไม่เคยมีบุตร	0.81	(0.30, 2.14)
มีบุตรอย่างน้อย 1 คน (ref)		
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต		
ไม่เคยตรวจ	4.82	(1.77, 13.08)*
เคยตรวจ (ref)		
ระดับการศึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมต้น	1.39	(0.35, 5.47)
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	1.20	(0.41, 3.51)
มหาวิทยาลัย (ref)		
ความรู้เรื่องความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี		
ความรู้ระดับน้อย	0.37	(0.04, 3.81)
ความรู้ระดับปานกลาง	0.57	(0.23, 1.43)
ความรู้ระดับดี (ref)		

*ใช้สถิติ Logistic regression

4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(ตารางที่ 9)

4.5.1 ประวัติการมีบุตร

จากการทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีบุตร มีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีบุตร ประมาณ 64 บาท และยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสมากกว่าประมาณ 50 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.5.2 ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต

จากประวัติการตรวจคัดกรองในอดีต พบว่ากลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน มีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่า กลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรอง

การติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าประมาณ 25 บาท และยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิสมากกว่าประมาณ 17 บาท

4.5.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาของกลุ่มสามี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สามีจบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย พบว่าสามีที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า มีความเต็มใจในการจ่ายน้อยกว่าเป็นจำนวน 59 บาท และมีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสน้อยกว่าเป็นจำนวนประมาณ 56 บาท สำหรับกลุ่มสามีที่จบการศึกษาระดับน้อยกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมศึกษาตอนต้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สามีจบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย พบว่ามีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าประมาณ 38 บาท แต่ยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิสมากกว่าประมาณ 42 บาท

4.5.4 ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ในระดับดี พบว่าในกลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย เต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าเป็นจำนวนประมาณ 99 บาท และเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสน้อยกว่าเป็นจำนวนประมาณ 84 บาท สำหรับกลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ระดับดี พบว่ามีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าเป็นจำนวนประมาณ 16 บาท และมีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสมากกว่าเป็นจำนวนประมาณ 72 บาท

ตารางที่ 9: การวิเคราะห์แบบถดถอยอย่างง่ายถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Demographic data	WTP for HIV			WTP for syphilis		
	Coef.	P-Value	(95% Confidence Interval)	Coef.	P-Value	(95% Confidence Interval)*
อายุ	0.67	0.69	(-2.67, 4.01)	0.84	0.55	(-1.89, 3.56)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.00	0.12	(-0.00, 0.00)	0.00	0.15	(-0.00, 0.00)
ประวัติการมีบุตร						
ไม่เคยมีบุตร	64.04	0.004	(20.14, 107.93)*	50.51	0.006	(14.57, 86.45)*
เคยมีบุตร (ref)						
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อ						
ทางเพศสัมพันธ์ในอดีต	-24.64	0.25	(-66.94, 17.66)	-16.48	0.35	(-51.10, 18.14)
เคยตรวจ (ref)						
ระดับการศึกษา (N, %)						
น้อยกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมต้น	-37.61	0.21	(-96.59, 21.37)	41.74	0.09	(-89.66, 6.19)
มัธยมปลายหรือเทียบเท่ามหาวิทยาลัย(ref)	-59	0.01	(-104.91, -13.09)*	-55.63	0.004	(-92.93, -18.32)*
ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี (จำนวน, ร้อยละ)						
ความรู้ระดับน้อย	-99.31	0.07	(-207.71, 9.079)	-84.36	0.06	(-172.93, 4.21)
ความรู้ระดับปานกลาง	-16.40	0.46	(-59.67, 26.87)	72.05	0.49	(-47.66, 23.05)
ความรู้ระดับดี(ref)						

*ใช้สถิติ Simple Linear regression

4.6 ปัจจัยทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4.6.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย

จากผลการวิเคราะห์ พบว่าค่าสถิติ Variance Inflation Factor ของแต่ละปัจจัยมีค่าต่ำกว่า 10 แสดงว่าแต่ละปัจจัย ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันและแต่ละปัจจัยมีอิสระต่อกัน (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย

ปัจจัย	ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี		ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส	
	Tolerance	VIF	Tolerance	VIF
อายุ	0.88	1.14	0.88	1.14
รายได้เฉลี่ย	0.95	1.05	0.95	1.05
ระดับการศึกษา	0.96	1.04	0.96	1.04
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต	0.97	1.03	0.97	1.03
ประวัติการมีบุตร	0.92	1.09	0.92	1.09
ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี	0.96	1.05	0.96	1.05

4.6.2 ปัจจัยทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple linear regression เพื่อทำนายราคาที่มียินดีจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี สมการที่ 1, 2 และ 3 เป็นการนำตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม และสมการที่ 4 เป็นการนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญ <0.25 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Simple linear regression ซึ่งจากผลการวิเคราะห์พบว่า สมการที่มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุคูณสูงสุด ($R^2 = 0.09$) ได้แก่ สมการที่ 3 (ตารางที่ 11) โดยมีสมการ ดังนี้

$$\text{ค่าตรวจการติดเชื้อเอชไอวี} = \text{ค่าคงที่} + (a_1X_1) + (a_2X_2) + (a_3X_3) + (a_4X_4) + (a_5X_5) + (a_6X_6)$$

เมื่อกำหนดให้ Y	= ราคาค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามียินดีจ่าย
Constant	= ค่าคงที่
X ₁	= อายุ
X ₂	= รายได้เฉลี่ย
X ₃	= ประวัติการมีบุตร
X ₄	= ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต
X ₅	= ระดับการศึกษา
X ₆	= ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

4.6.3 ปัจจัยทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส

จากผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariate Linear regression เพื่อทำนายราคา
ที่สามียินดีจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส สมการที่ 1, 2 และ 3 เป็นการนำตัวแปรที่พบว่า
มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญจากการ
ทบทวนวรรณกรรม และสมการที่ 4 เป็นการนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญ <0.25 เมื่อ
วิเคราะห์ด้วยสถิติ Simple linear regression ซึ่งจากผลการวิเคราะห์พบว่า สมการที่มีค่า
สัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุคูณสูงสุด ($R^2 = 0.10$) ได้แก่ สมการที่ 3 (ตารางที่ 12) โดยมี
สมการ ดังนี้

$$\text{ค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส} = \text{ค่าคงที่} + (a_1X_1) + (a_2X_2) + (a_3X_3) + (a_4X_4) + (a_5X_5) + (a_6X_6)$$

เมื่อกำหนดให้

Y	= ราคาค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามียินดีจ่าย
Constant	= ค่าคงที่
a _i	= ค่า coefficient ของแต่ละปัจจัย
X ₁	= อายุ
X ₂	= รายได้เฉลี่ย
X ₃	= ประวัติการมีบุตร
X ₄	= ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต
X ₅	= ระดับการศึกษา
X ₆	= ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

ตารางที่ 11: สมการทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัย	สมการ 1 ^๕	สมการ 2 ^๕	สมการ 3 ^๕	สมการ 4 ^๕
อายุ	-0.10		0.56	
รายได้เฉลี่ย	0.00		0.00	0.00
ระดับการศึกษา				
น้อยกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมต้น (ref)				
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	-20.12		-24.52	-26.02
มหาวิทยาลัย	33.89		22.39	23.38
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต				
ไม่เคยตรวจ (ref)				
เคยตรวจ		24.20	16.74	
ประวัติการมีบุตร				
ไม่เคยมีบุตร (ref)				
เคยมีบุตร		-64.28	-63.35	-60.56
ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี				
ความรู้ระดับน้อย (ref)				
ความรู้ระดับปานกลาง		75.83	68.58	73.08
ความรู้ระดับดี		90.99	82.24	88.23
_cons	364.25	301.80	291.34	309.66
R2	0.04	0.06	0.09	0.08
adjust R2	0.02	0.04	0.05	0.06

^๕ใช้สถิติ Multivariate Linear regression

ตารางที่ 12: สมการทำนายการจ่ายค่าตรวจคัดกรองซีพีพีเอส

ปัจจัย	สมการ 1 ^๕	สมการ 2 ^๕	สมการ 3 ^๕	สมการ 4 ^๕
อายุ	0.18		0.72	
รายได้เฉลี่ย	0.00		0.00	0.00
ระดับการศึกษา				
น้อยกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมต้น (ref)				
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	-12.73		-16.41	-17.68
มหาวิทยาลัย	39.19		30.20	30.98
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต				
ไม่เคยตรวจ (ref)				
เคยตรวจ		15.92	9.24	
ประวัติการมีบุตร				
ไม่เคยมีบุตร (ref)				
เคยมีบุตร		-50.51	-49.83	-46.89
ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี				
ความรู้ระดับน้อย (ref)				
ความรู้ระดับปานกลาง		67.05	59.23	63.00
ความรู้ระดับดี		78.47	68.76	74.11
_cons	259.62	218.71	199.05	219.84
R2	0.05	0.06	0.10	0.09
adjust R2	0.03	0.04	0.06	0.07

^๕ใช้สถิติ Multivariate Linear regression

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.0 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาความเต็มใจของสามีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง โดยสามีที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 200 คน มีค่ามัธยฐานอายุ 31 ปี ค่ามัธยฐานรายได้ 18000 บาท

ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี โดยวิธี Payment scale พบว่าสามียินดีจ่ายค่ามัธยฐานการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 310 บาท และค่ามัธยฐานของความยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 230 บาท โดยวิธี Bidding scale ให้ค่ามัธยฐานของราคาที่เต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 450 บาท และค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 300 บาท ซึ่งกลุ่มสามียินดีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิสอย่างน้อย 2 เท่าของราคาค่าตรวจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษาพบว่าสามีร้อยละ 88 ยินดีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่ากลุ่มสามีที่ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีตมีแต้มต่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 0.21 เท่าของกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมาก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI; 0.077, 0.564)

5.1 อภิปรายผล

5.1.1 ความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา มีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 310 บาท (9.56 เหรียญสหรัฐ) เมื่อสอบถามด้วยวิธี payment scale และเต็มใจจ่าย 450 บาท (13.88 เหรียญสหรัฐ) เมื่อสอบถามด้วยวิธี Bidding scale

สำหรับความยินดีในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส พบว่ากลุ่มสามียินดีจ่ายเป็นจำนวน 230 บาท (7.10 เหรียญสหรัฐ) เมื่อสอบถามด้วยวิธี payment scale และยินดีจ่าย 300 บาท (9.26 เหรียญสหรัฐ) เมื่อสอบถามด้วยวิธีการ Bidding scale โดยในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สอบถามความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส เพื่อเป็นตัวเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรค, การรักษา กับมูลค่าความเต็มใจจ่ายของการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสามียินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อ

เอชไอวีมากกว่าการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ซึ่งสอดคล้องกันทั้งวิธี payment scale และ Bidding scale

นอกจากนี้มูลค่าที่สามียินดีจ่าย มีมูลค่ามากกว่า 2-3 เท่าของราคาค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งนี้จากการศึกษาเรื่องความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ในแต่ละประเทศ ดังตารางที่ 1, พบว่าวิธีการสอบถามค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาวิจัย และได้ค่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองอยู่ระหว่าง 2-8 เหรียญสหรัฐ

จากการศึกษาของ Nguyen LH. ในปี พ.ศ. 2556 ได้ทำการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเวียดนามพบว่าผู้ที่มารับบริการตรวจคัดกรองนั้น ยินดีจ่ายค่าตรวจเฉลี่ย 7.75 เหรียญสหรัฐ⁽³³⁾ วิธีการสอบถามความเต็มใจในการจ่าย Nguyen LH. ได้ใช้วิธี Bidding scale ในการสำรวจความเต็มใจในการจ่าย จากนั้นถามอีกครั้งด้วยวิธี Open-end ซึ่งวิธีการสอบถามความเต็มใจในการจ่ายด้วยวิธี Open-end นั้นมีแนวโน้มที่จะให้ผลลัพธ์น้อยกว่าการใช้วิธี Bidding scale ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้แยกวิธีการสอบถามโดยใช้วิธี Bidding scale และ Payment scale นอกจากนี้มูลค่าเริ่มต้นของการทำ Bidding scale ในการศึกษาของ Nguyen LH. ได้มาจากค่าใช้จ่ายในการมารับบริการตรวจคัดกรองต่อผู้มารับบริการหนึ่งคนเท่ากับ 20 เหรียญสหรัฐ ในขณะที่การศึกษาวิจัยนี้มูลค่าเริ่มต้นในการสอบถามความเต็มใจในการจ่ายนั้น ได้มาจากการศึกษานำร่องซึ่งได้ทำการสอบถามราคาที่เต็มใจจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองด้วยวิธี Open-end ทำให้ได้ค่าเริ่มต้นของการสอบถามความเต็มใจในการจ่ายเท่ากับ 450 บาท

5.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5.1.2.1 อายุ

อายุที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มสามียที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น โดยมีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิสมากกว่าค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี แต่ในการศึกษาวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากมีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนมากมีอายุระหว่าง 27 ถึง 36 ปี ผลของอายุต่อความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส จึงอาจไม่นับสำคัญทางสถิติ

5.1.2.2 รายได้เฉลี่ย

จากผลการศึกษาวิจัยนี้พบว่า รายได้ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง มีแต่ต่อของการจ่ายค่าตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสเพิ่มขึ้น ซึ่งจากตาราง 1 พบว่าความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละประเทศ มีแนวโน้มสูงขึ้นตาม GDP จะเห็นได้ว่าในประเทศเคนยาซึ่งมีค่า GDP ที่ 1462.5 กลุ่มตัวอย่างยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองเอชไอวีเป็นจำนวน 2 เหรียญสหรัฐ ในขณะที่ประเทศจีนเป็นประเทศที่มีค่า GDP 8117.3 กลุ่มตัวอย่างมีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองประมาณ 8 เหรียญสหรัฐ ทั้งนี้ค่าความเต็มใจในการจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรอง โดยการศึกษาของ Bach Xuan Tran⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ที่บำบัดการใช้สารเสพติด ซึ่งอาสาสมัครยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองที่ 19.9 เหรียญสหรัฐ

นโยบายส่งเสริมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน ได้ดำเนินการโดยยึดหลักการผลประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ซึ่งให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้อย่างเท่าเทียมกัน แต่จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มสามีที่มาฝากครรภ์ มีค่ามัธยฐานของรายได้ 18,000 บาท ซึ่งยินดีจ่ายค่าตรวจคัดกรองมากกว่าราคากลาง 2-3 เท่า เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของนโยบายและการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงควรบริหารจัดการงบประมาณโดยยึดหลักการความเท่าเทียมกัน (Egalitarianism) โดยใช้งบประมาณในกลุ่มที่ขาดแคลนงบประมาณ, โอกาสการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ

5.1.2.3 ประวัติการมีบุตร

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มสามีที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน มีความเต็มใจในการจ่าย มากกว่ากลุ่มสามีที่เคยมีบุตรมาก่อน ทั้งค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส โดยมีผลสอดคล้องกันเมื่อเทียบสมการควบคุมปัจจัยอื่น และมีผลต่อค่าความเต็มใจในการจ่ายมากที่สุดเมื่อควบคุมปัจจัยที่เป็นผลจากทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต, ประวัติการมีบุตร และความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี (ตารางที่ 11)

5.1.2.4 ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มของสามีที่เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน มีความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยตรวจมาก่อน ซึ่งกลุ่มที่เคยรับการตรวจคัดกรองมาก่อน อาจเป็นกลุ่มที่ให้

ความสำคัญกับสุขภาพ ไม่ว่าจะของตนเอง, ภรรยาหรือบุตรในท้อง ตามทฤษฎีการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ ทำให้มีแนวโน้มที่จะยินดีจ่ายเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีของคนในครอบครัว มากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมาก่อน

5.1.2.5 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาที่มากขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าความเต็มใจในการจ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีการศึกษาระดับชั้นที่สูงกว่า ได้รับข้อมูลและมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มากกว่ากลุ่มที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า

5.1.2.6 ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

จากการประเมินความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี พบว่าระดับความรู้ที่มากขึ้นมีผลต่อความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยค่าความเต็มใจในการจ่ายเพิ่มขึ้น เมื่อระดับความรู้ของกลุ่มสามีมากขึ้น จากตารางที่ 11 และ 12 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงพฤติกรรม ได้แก่ ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต, ประวัติการมีบุตร และความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี (สมการ 2) พบว่า มีค่าของความเต็มใจในการจ่ายทั้งค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสมากที่สุด เป็นจำนวน 90 และ 78 บาท ตามลำดับ

5.1.3 ความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มสามี

จากการศึกษา พบว่าสามีที่มีมารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา ร้อยละ 88 มีความยินดีในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พร้อมภรรยา นอกจากนี้ในกลุ่มสามีที่ปฏิเสธการตรวจเลือดย้อยละ 72 (18 จาก 24 คน) พบว่าได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อไม่นานมานี้ โดยได้รับการตรวจคัดกรองเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ณ สถานพยาบาลใด ๆ ก่อนที่จะย้ายมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Batte A. และคณะ ได้ทำการสัมภาษณ์ ผู้ที่มีประวัติการตรวจคัดกรองเอชไอวีและคลอดบุตรไม่เกิน 2 ปีก่อนเริ่มการศึกษา ในประเทศอูกันดา พบว่าเมื่อมารับการตรวจคัดกรองไม่พร้อมคู่ สามีได้รับการตรวจเลือดเพียงร้อยละ 42.6 ในขณะที่การตรวจคัดกรองแบบคู่ สามีได้รับการตรวจคัดกรองร้อยละ 98.9⁽⁴²⁾

นอกจากนี้ Thirumurthy H. และคณะ ได้ทำการศึกษาในประเทศเคนยา โดยการศึกษาวินิจฉัยผู้วิจัยได้ให้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์และนำไปให้สามีตรวจคัดกรองที่บ้านของตน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 91 นำชุดตรวจคัดกรองให้สามีของตนและสามีร้อยละ 51 ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง⁽⁴⁸⁾

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสามีของหญิงตั้งครรภ์นั้น เป็นกลุ่มที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเมื่อให้คำปรึกษาและการตรวจคัดกรองแบบคู่สามี-ภรรยา ซึ่งการตรวจคัดกรองเมื่อมารับบริการฝากครรภ์นั้นนอกจากจะเป็นการตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อรายใหม่แล้ว ยังสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ที่เกิดจากแม่สู่ลูกได้เป็นอย่างดีอีกด้วย โดยเฉพาะในประเทศที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง

5.1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี

5.1.4.1 อายุ

ประชากรในการศึกษาวิจัยนี้ได้ ได้แก่ กลุ่มประชากรเพศชายวัยเจริญพันธุ์ มีค่ามัธยฐานอายุที่ 31 ปี มารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีรายงานว่า พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559 ถึงร้อยละ 37⁽²⁾ แต่กลุ่มที่พบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งคาดว่าจะพบการติดเชื้อรายใหม่ได้มากถึงร้อยละ 50 ทั้งนี้กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามทั้งที่สมรสและไม่ได้สมรสกัน เป็นกลุ่มที่ UNAIDS คาดการณ์ว่าจะพบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ รองลงมาจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยพบการติดเชื้อในประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2558 ถึง 2562 จากการศึกษาของ Kimberly E Green⁽⁴⁵⁾ และ Anthony Batte⁽⁴²⁾ รายงานต่อของการตรวจคัดกรองเอชไอวีเพิ่มขึ้น เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษานี้ พบว่าเมื่ออายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีแต่มีต่อของการตรวจคัดกรองเป็น 0.9 เท่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้ สอบถามกลุ่มสามีที่มาฝากครรภ์ซึ่งมีอายุอยู่ในกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยส่วนมากมีอายุ 28 – 36 ปี อาจทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.4.2 รายได้เฉลี่ย

จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ของสามีที่เพิ่มขึ้น มีแต่มีต่อของการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น 1 เท่า ทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยรายได้เพียงอย่างเดียวและเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น

5.1.4.3 ประวัติการมีบุตร

ผลการศึกษาพบว่า ประวัติการมีบุตร มีผลต่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเมื่อวิเคราะห์ประวัติการมีบุตรเพียงปัจจัยเดียว พบว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน มีแต่มีต่อของการตรวจคัดกรองเป็น 1.017 เท่าของกลุ่มที่เคยมี

บุตร แต่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น แด้มต่อของการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่ไม่เคยมีบุตร ลดลงเป็น 0.8 เท่า ของกลุ่มที่เคยมีบุตร ซึ่งการมีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมี ประสบการณ์ที่บุตรเจ็บป่วยมาก่อน อาจทำให้ความสนใจในการตรวจคัดกรองโรค ลดลง โดยจากการศึกษาของ Musheke M และคณะ พบว่าภาวะสุขภาพที่แย่ง และ/หรือการที่คู่รักหรือบุตรเสียชีวิต มีผลต่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้น

5.1.4.4 ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต

จากผลการศึกษาพบว่า ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในอดีตมีผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองในกลุ่มของสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น กลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมีแด้มต่อของการตรวจคัดกรอง เป็น 4.815 เท่า ของกลุ่มที่เคยตรวจมาก่อน แต่จากผลการศึกษาของ Xun Y และ คณะ พบว่า ประวัติการเคยได้รับการตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลหรือตรวจคัด กรองด้วยตนเองมาก่อน มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองในกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายและหญิงขายบริการ⁽³⁰⁾ ทั้งนี้จากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษา อาจทำให้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองได้ผลที่แตกต่างกัน ซึ่งในกลุ่มของสามีที่เคยตรวจคัดกรองมาก่อนโดยเฉพาะในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็น กลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองซ้ำ ทำให้กลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมาก่อนมีแด้ม ต่อของการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมาแล้ว

5.1.4.5 ระดับการศึกษา

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ระดับการศึกษาระดับขั้นที่น้อยกว่ามีแด้มต่อของการ ตรวจคัดกรองมากกว่าเมื่อเทียบกับระดับมหาวิทยาลัย โดยสามีที่จบการศึกษาระดับ น้อยกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมต้น และระดับชั้นมัธยมปลายหรือเทียบเท่า มีแด้มต่อ ของการตรวจคัดกรองเป็น 1.388, 1.199 เท่า เมื่อเทียบกับระดับมหาวิทยาลัย ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากบริบทการฝากครรภ์ มีการแนะนำให้ความรู้ในด้านต่าง ๆ รวมถึงการตรวจคัดกรองโรคเพื่อความปลอดภัยของบุตรในครรภ์ ทำให้สามีที่มี การศึกษาน้อยกว่า มีความตระหนักในการตรวจคัดกรองมากขึ้น จึงมีความยินดีใน การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พร้อมภรรยา นอกจากนี้ จากการศึกษา ในประเทศอุกันดาของ Batte A. พบว่าสามีที่ได้รับการศึกษาสูงกว่า มีแด้มต่อของ การตรวจและเปิดเผยผลการตรวจให้คู่ของตนทรามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับ การศึกษาหรือจบการศึกษาระดับขั้นน้อยกว่า⁽⁴²⁾ และการศึกษาของ Xun Y และ คณะ ในประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีแด้มต่อของการตรวจคัด

กรองการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า⁽³⁰⁾ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเรื่องการศึกษหรือการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ด้านปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมาตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ Musheke M และคณะพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ความเข้าใจว่าตนมีความเสี่ยงต่ำ, การกลัวความลับถูกเปิดเผยและความรู้สึกโดนตีตราว่า เป็นผู้ติดเชื้อ, ค่าใช้จ่ายในการตรวจและการรักษา และปัจจัยทางด้านความเท่าเทียมทางเพศ⁽⁴³⁾ นอกจากนี้พญ.รังสิมา โล่ห์เลขา และคณะ ทำการศึกษาในแผนกฝากครรภ์ 7 จังหวัดในประเทศไทย พบว่าอุปสรรคในการตรวจคัดกรองของสามี ได้แก่ ไม่ต้องการตรวจ, คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง, ต้องการตรวจที่สถานพยาบาลอื่น, กลัวเข็ม, ทราบผลตรวจเอชไอวีตนเองแล้ว และปัจจัยอื่น ๆ⁽¹⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลของกลุ่มสามีที่ปฏิเสธการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองพร้อมภรรยาในการศึกษาวิจัยนี้

จากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมที่มีผลต่อการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ตนเอง (Propitious selection) โดย Hemenway⁽³⁸⁾ พฤติกรรมการพาภรรยามารับบริการฝากครรภ์ ณ สถานพยาบาลใด ๆ บ่งบอกถึงพฤติกรรมการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ตนเองหรือครอบครัว นอกจากนี้ร้อยละ 44 ของสามี ให้ประวัติว่า เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชากรในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่ทำให้ตนเองเผชิญกับภาวะเสี่ยงในด้านต่าง ๆ การส่งเสริมเรื่องการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนี้ จึงมีแนวโน้มที่จะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยนี้ พบว่าร้อยละ 88 ยินดีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5.1.4.6 ความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี

จากการสอบถามความรู้เรื่องความเสี่ยงการติดต่อของโรคเอชไอวี โดยใช้ชุดคำถามที่เป็นที่ยอมรับ และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายโดยองค์กรเอดส์แห่งสหประชาชาติ พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ระดับความรู้ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการรณรงค์เรื่องการตรวจคัดกรองการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะส่งเสริมให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

5.2 จุดแข็งของการศึกษาวิจัย

5.2.1 การศึกษาวิจัยเรื่องความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยส่วนมากเป็นการสำรวจประชากรในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิง/ชายขายบริการ ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมอนามัย ที่ส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกต่ำกว่าร้อยละ 1 ต่อไป

5.2.2 การศึกษาวิจัยนี้ ได้ใช้วิธีในการสอบถามค่าความเต็มใจในการจ่าย ทั้งหมด 3 วิธี ซึ่งใช้วิธีการ Open-end method ในการหาค่าเฉลี่ยในการสร้างเครื่องมือเพื่อสอบถามค่าความเต็มใจในการจ่าย และทำการสอบถามเปรียบเทียบวิธีการระหว่าง Bidding scale method และ Payment scale method

5.2.3 การศึกษาวิจัยนี้ ได้มีการสอบถามความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองกับอาสาสมัครเป็นจำนวน 2 โรค ทำให้ได้คำตอบที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น เนื่องจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง มีการใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบมากยิ่งขึ้น โดยประเมินมูลค่าของการตรวจคัดกรองจากความรู้แรงของโรค การรักษา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี มีค่าที่สูงกว่าการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ทั้งวิธี Bidding scale method และ Payment scale method

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

5.3.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นประชากรที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพียงแห่งเดียว แต่จากผลการศึกษาวิจัยข้อมูลพื้นฐานประชากร ได้แก่ อายุ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความใกล้เคียงกับประชากรโดยส่วนใหญ่

5.3.2 การศึกษาวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากสามีมารับบริการฝากครรภ์พร้อมภรรยา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน จากทั้งหมด 386 คน ที่มารับบริการในช่วงดำเนินการศึกษาวิจัย ซึ่งผู้ที่ยินดีตอบแบบสอบถามอาจเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าร้อยละ 88 ยินดีตรวจเลือดพร้อมภรรยา หากสามารถเก็บข้อมูลจากสามีที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดอาจได้ผลการศึกษาวิจัยที่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งมีการศึกษาเรื่องร้อยละของสามีที่ยินดีเข้ารับบริการตรวจเลือดพร้อมภรรยาเมื่อมาฝากครรภ์ เป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา ยินดีตรวจเลือดเฉลี่ยร้อยละ 60

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 จากการศึกษาวิจัยพบว่า ค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ใช่ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มสามีที่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา ซึ่งการวางแผนนโยบาย ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมกลุ่มสามีที่ไม่มาฝากครรภ์พร้อมภรรยาให้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองและความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5.4.2 ในการดำเนินการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการดำเนินการศึกษาในกลุ่มสามีที่ไม่ได้มาฝากครรภ์พร้อมภรรยา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถอธิบายถึงลักษณะประชากร, พฤติกรรมความเสี่ยง และมูลค่าของความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5.5.3 การสำรวจความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรมีการทำการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรทุกกลุ่ม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินนโยบายต่าง ๆ ให้เข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่มีปัญหาเรื่องการเข้ารับบริการในระบบมากขึ้น

5.5.4 แบบสอบถามการสำรวจความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรมีการเพิ่มข้อความเรื่องพฤติกรรมเชิงลบ ที่แสดงออกถึงความเสี่ยงยกตัวอย่างเช่น พฤติกรรมการเมาแล้วขับ, การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ เพื่อศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมที่มีผลต่อการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ตนเองกับการมาตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5.4.5 การศึกษาเรื่องความเต็มใจในการจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรทำการสอบถามควบคู่กันอย่างน้อยสองโรค เพื่อให้คำตอบที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น เนื่องจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง มีการใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบมากยิ่งขึ้น โดยประเมินมูลค่าของการตรวจคัดกรองจากความรุนแรงของโรค การรักษา เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. ภัทรภูมิ โพธิพงษ์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2010 [updated 7 Oct 2010. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=147>.
2. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). LATEST GLOBAL AND REGIONAL STATISTICS ON THE STATUS OF THE AIDS EPIDEMIC 2017 [updated updated 20 JULY 2017; cited 2017 30 July]. Available from: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/UNAIDS_FactSheet.
3. Elimination of parent-to-child transmission (EPTCT). The Asia-Pacific Prevention of Parent-to-Child Transmission Task Force [Available from: <http://www.eptctasiapacific.org/>.
4. World Health Organization. Mother-to-child transmission of HIV [Available from: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/about/en/>.
5. World Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba and Thailand 2016 [Available from: <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/>.
6. Global information and education on HIV and AIDS (Avert). HIV AND AIDS IN THAILAND: avert.org; 2018 [updated 08 June 2018. Available from: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/asia-pacific/thailand>.
7. Global information and education on HIV and AIDS (Avert) . PERCENTAGE OF NEW HIV INFECTIONS AMONG YOUNG PEOPLE 2017 [updated 04 September 2017. Available from: <https://www.avert.org/infographics/percentage-new-hiv-infections-among-young-people>.
8. World Health Organization. Prevention of mother-to-child transmission Estimates by country 2018 [updated 2018-07-13. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.627?lang=en>.
9. กรมควบคุมโรค. รณรงค์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์เนื่องในวันวาเลนไทน์.: กรมควบคุมโรค; 2561.
10. Patcharanarumol W, Thammatacharee N, Kittidilokkul S, Topothai T, Thaichinda

- C, Suphanchaimat R, et al. Thailand's HIV/AIDS program after weaning-off the global fund's support. BMC public health. 2013;13:1008.
11. Global information and education on HIV and AIDS (AVERT). FUNDING FOR HIV AND AIDS 2018 [updated 21 August 2018. Available from: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/global-response/funding>.
 12. รังสิมา โล่ห์เธธา. กลยุทธ์เชิงรุกเพื่อหยุดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก. โครงการสัมมนา เทิดพระเกียรติ พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เนื่องในโอกาส เจริญพระชันษาครบ 5 รอบ 2017; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 13. World Health Organization. FACT SHEET TO THE WHO CONSOLIDATED GUIDELINES ON HIV TESTING SERVICES. 2015.
 14. Tonpudsa C LR, Pavaputanondh P et al., editor Remaining causes of mother to child HIV transmission (MTCT) in Thailand: barriers to achieving an MTCT rate of <1%. IAS 2017; 2017; Paris, France.
 15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) [Available from: <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?ContentID=NjAwMDAwMTkz>.
 16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). [cited 2017 20 August]. Available from: <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?ContentID=NTkwMDAwMjQ0>.
 17. Lolekha R Fau - Lolekha R, Kullerk N Fau - Kullerk N, Wolfe Mi Fau - Wolfe MI, Klumthanom K Fau - Klumthanom K, Singhagowin T Fau - Singhagowin T, Pattanasin S Fau - Pattanasin S, et al. Assessment of a couples HIV counseling and testing program for pregnant women and their partners in antenatal care (ANC) in 7 provinces, Thailand. (1472-698X (Electronic)).
 18. Prevention DoS. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2016: Centers for Disease Control and Prevention; 2016 September 2017.
 19. สำนักวิจัยโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดซึฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
 20. Chen YH, Snowden JM, McFarland W, Raymond HF. Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Use, Seroadaptation, and Sexual Behavior Among Men Who Have Sex with Men, San Francisco, 2004-2014. AIDS and behavior. 2016;20(12):2791-7.

21. ไวรัสเอดส์ ศูนย์ผลิตและพัฒนาสื่อคอมพิวเตอร์เพื่อการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; [Available from:
<http://cai.md.chula.ac.th/lesson/lesson4708/html/aids.html>.
22. Health GoNMo. National HIV Testing and Treatment Guidelines 2017. In: Control NCfAaS, editor.: National Centre for AIDS and STD Control; 2017.
23. US Food and Drug administration. Complete List of Donor Screening Assays for Infectious Agents and HIV Diagnostic Assays [updated 27/07/2018 Available from:
https://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/BloodBloodProducts/ApprovedProducts/LicensedProductsBLAs/BloodDonorScreening/InfectiousDisease/ucm080466.htm#anti_HIV_CollectionTestingHomeUseKits.
24. Ibekwe E, Haigh C, Duncan F, Fatoye F. Economic impact of routine opt-out antenatal human immune deficiency virus screening: A systematic review. *Journal of clinical nursing*. 2017.
25. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช. เศรษฐศาสตร์การแพทย์: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช; 2552.
26. ศุภลสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: ในยุคระบบปฏิรูปสุขภาพ: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ; 2544.
27. Yaylali E, Farnham PG, Schneider KL, Landers SJ, Kouzouian O, Lasry A, et al. From Theory to Practice: Implementation of a Resource Allocation Model in Health Departments. *Journal of public health management and practice* : JPHMP. 2016;22(6):567-75.
28. ความรู้ทั่วไปด้านเศรษฐศาสตร์และความรู้และความรู้พื้นฐานทางเศรษฐกิจ [Available from:
http://www.teacher.ssru.ac.th/bunyaporn_po/pluginfile.php/142/block_html
29. Frew EJ, Whynes DK, Wolstenholme JL. Eliciting willingness to pay: comparing closed-ended with open-ended and payment scale formats. *Medical decision making* : an international journal of the Society for Medical Decision Making. 2003;23(2):150-9.
30. Xun H, Kang D, Huang T, Qian Y, Li X, Wilson EC, et al. Factors associated with willingness to accept oral fluid HIV rapid testing among most-at-risk populations

- in China. PloS one. 2013;8(11):e80594.
31. Xu Y, Zhang Z, Li D, Liu Y, Pan SW, Qi X, et al. Willingness to use the oral fluid HIV rapid test among men who have sex with men in Beijing, China. PloS one. 2013;8(5):e64652.
 32. Li J, Huo J, Cui W, Zhang X, Hu Y, Su X, et al. [Analysis on willingness to pay for HIV antibody saliva rapid test and related factors]. Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi. 2015;36(2):132-5.
 33. Nguyen LH, Tran BX, Nguyen NP, Phan HT, Bui TT, Latkin CA. Mobilization for HIV Voluntary Counseling and Testing Services in Vietnam: Clients' Risk Behaviors, Attitudes and Willingness to Pay. AIDS and behavior. 2016;20(4):848-58.
 34. Tran BX, Nguyen LH, Nguyen LP, Nguyen CT, Phan HT, Latkin CA. Methadone Maintenance Treatment Promotes Referral and Uptake of HIV Testing and Counselling Services amongst Drug Users and Their Partners. PloS one. 2016;11(4):e0152804.
 35. Forsythe S, Arthur G, Ngatia G, Mutemi R, Odhiambo J, Gilks C. Assessing the cost and willingness to pay for voluntary HIV counselling and testing in Kenya. Health policy and planning. 2002;17(2):187-95.
 36. Uzochukwu B, Uguru N, Ezeoke U, Onwujekwe O, Sibeudu T. Voluntary counseling and testing (VCT) for HIV/AIDS: a study of the knowledge, awareness and willingness to pay for VCT among students in tertiary institutions in Enugu State Nigeria. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2011;99(3):277-84.
 37. Bustamante MJ, Konda KA, Joseph Davey D, Leon SR, Calvo GM, Salvatierra J, et al. HIV self-testing in Peru: questionable availability, high acceptability but potential low linkage to care among men who have sex with men and transgender women. International journal of STD & AIDS. 2017;28(2):133-7.
 38. Hemenway D. Propitious Selection in Insurance 1992. 247-51 p.
 39. Clyde AT, Hemenway D, Nagurney JT. Seat Belt Use, Insurance Status, and Hospital Bad Debt. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 1996;41(1):100-4.
 40. Sherr L, Croome N. Involving fathers in prevention of mother to child transmission initiatives--what the evidence suggests. Journal of the International AIDS Society. 2012;15 Suppl 2:17378.

41. Kakimoto K, Kanal K, Mukoyama Y, Chheng TV, Chou TL, Sedtha C. Influence of the involvement of partners in the mother class with voluntary confidential counselling and testing acceptance for prevention of mother to child transmission of HIV programme (PMTCT programme) in Cambodia. *AIDS care*. 2007;19(3):381-4.
42. Batte A, Katahoire AR, Chimoyi A, Ajambo S, Tibingana B, Banura C. Disclosure of HIV test results by women to their partners following antenatal HIV testing: a population-based cross-sectional survey among slum dwellers in Kampala Uganda. *BMC public health*. 2015;15:63.
43. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, McKenzie O, Bond V, Martin-Hilber A, et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa. *BMC public health*. 2013;13:220.
44. Ngamjarus C. CV. Sample size and power calculations for iOS. In: n4Studies, editor. The Thailand Research Fund&Prince of Songkla University.: The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program; 2014.
45. Green KE, Vu BN, Phan HTT, Tran MH, Ngo HV, Vo SH, et al. From conventional to disruptive: upturning the HIV testing status quo among men who have sex with men in Vietnam. *Journal of the International AIDS Society*. 2018;21(Suppl Suppl 5):e25127.
46. Muyunda B, Musonda P, Mee P, Todd J, Michelo C. Educational Attainment as a Predictor of HIV Testing Uptake Among Women of Child-Bearing Age: Analysis of 2014 Demographic and Health Survey in Zambia. *Frontiers in Public Health*. 2018;6:192.
47. พจนานันท์ หันจางสิทธิ์ และ กาญจนา เทียนลาย. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น. *Journal of Public Health*. 2015;45:272-84.
48. Thirumurthy H, Masters SH, Mavedzenge SN, Maman S, Omanga E, Agot K. Promoting male partner HIV testing and safer sexual decision making through secondary distribution of self-tests by HIV-negative female sex workers and women receiving antenatal and post-partum care in Kenya: a cohort study. *The*

lancet HIV. 2016;3(6):e266-74.



ภาคผนวก

แบบสำรวจความเต็มใจจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Subject No: __ - __ - __

Date: _____

การฝากครรภ์

ในการฝากครรภ์นั้น ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ที่ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะนัดตรวจครรภ์เดือนละหนึ่งครั้ง แต่ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แพ้ท้องรุนแรง มีเลือดออกจะนัดมาตรวจบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งในการมาทุกครั้งควรให้สามีมาร่วมรับฟังคำแนะนำด้วย เพื่อร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ดูแลครรภ์อย่างดีที่สุด

การตรวจเลือดในการฝากครรภ์ เป็นการตรวจเพื่อประเมินความเสี่ยงของบุตรในครรภ์ ซึ่งการตรวจเลือดภรรยาเพียงคนเดียวและพบว่าผลปกติ ไม่สามารถสรุปได้ว่า ทารกในครรภ์จะมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ เพราะโรคบางอย่างสามารถถ่ายทอดจากสามีติดต่อยังภรรยาและถ่ายทอดไปสู่ทารกในครรภ์ได้ เช่น ซิฟิลิส, ตับอักเสบบี, เอชไอวี หรือโรคทางพันธุกรรม ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย การตรวจเลือดทั้งสามีและภรรยา จะเป็นการช่วยประเมินภาวะสุขภาพบุตรในครรภ์ได้เป็นอย่างดี

สำหรับการมาฝากครรภ์ จะได้รับการตรวจเลือด ดังนี้

1. การตรวจเลือดหาหมู่เลือด
2. โรคเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก
3. โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย
4. โรคไวรัสตับอักเสบบี
5. โรคซิฟิลิส
6. การติดเชื้อเอชไอวี

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง โรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งผ่านการมีเพศสัมพันธ์ เดิมชื่อว่า “กามโรค” ได้แก่ โรคหนองใน, โรคแผลริมอ่อน, โรคซิฟิลิส เป็นต้น ในบางกรณี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจติดต่อได้แม้จะไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ตาม เช่น จากมารดาสู่ทารก ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด หรืออาจติดเชื้อจากการได้รับเลือด รวมเรียกโรคเหล่านี้ว่า “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี, การติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำได้โดยการตรวจเลือด ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แบบสำรวจความเต็มใจจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลในการวิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับทั้งในกระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานข้อมูล กล่าวคือ ไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัยในแบบบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ผลและรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้นและจะไม่กระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

นอกจากนี้การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย และ/หรือข้อความในการตอบแบบสอบถาม จะไม่ส่งผลต่อการตรวจรักษาหรือการบริการใด ๆ ต่ออาสาสมัครและภรรยาของอาสาสมัคร สามีและภรรยาที่มาฝากครรภ์ จะได้รับการบริการและการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Version 2.1: Date 22 Apr 2018

ให้กาเครื่องหมาย ✓ หรือ X ใน หรือบันทึกข้อความหรือตัวเลขลงบน “_____”

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสัมภาษณ์

- 1.1 ข้าพเจ้ายินดีในการตอบแบบสอบถามนี้ด้วยความสมัครใจ ใช่ ไม่ใช่
- 1.2 อายุ _____ ปี
- 1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด
- 1) ไม่เคยเรียน 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
- 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย 5) ปวช. 6) ปวส./ปวท./ อนุปริญญา
- 7)ปริญญาตรี 8) ปริญญาโท หรือสูงกว่า 9) อื่น ๆ (ระบุ) _____
- 1.4 จำนวนบุตร _____ คน (รวมการตั้งครรภ์ครั้งนี้)
- 1.5 สถานภาพสมรส
- 1) โสด 2) หม้าย 3) หย่า
- 4) แยกกันอยู่ 5) สมรส/อยู่ด้วยกัน 6) อื่น ๆ ระบุ _____
- 1.6 รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน _____ บาท

ตอนที่ 2 เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- 2.1. คุณเคยตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่
- เคย : คุณเคยตรวจมาจำนวนกี่ครั้ง _____
- ไม่เคยตรวจ
- 2.2. คุณเคยตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พร้อมภรรยาเมื่อมาฝากครรภ์หรือไม่
- เคยตรวจพร้อมภรรยาจากการฝากครรภ์
- ไม่เคยตรวจ
- 2.3 วันนี้คุณจะตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่
- ตรวจคัดกรอง 2 โรค ได้แก่ เอชไอวี และ ซิฟิลิส ตรวจคัดกรองเฉพาะเอชไอวี
- ตรวจคัดกรองเฉพาะซิฟิลิส ไม่ตรวจ

2.4 หากวันนี้คุณไม่ตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะเหตุใด

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีใครแจ้งเรื่องการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อไม่นานมานี้
- เป็นผู้ได้รับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- กังวลเกี่ยวกับความลับของผลการตรวจ
- ต้องการตรวจ ณ สถานพยาบาลอื่น
- มีความกลัวที่จะทราบผลการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีความกลัวเข็มที่ใช้ในการตรวจเลือด
- อื่น ๆ (ระบุ): _____

2.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี: ข้อความต่อไปนี้ถูกต้องหรือไม่

ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
2. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ ลดความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
3. คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรง อาจมีเชื้อเอชไอวีได้		
4. คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้จากการถูกยุงกัด		
5. คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี ได้จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี		

ตอนที่ 3 ความเต็มใจจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทาง

3.1 คุณคิดว่าจะสามารถจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวีได้ที่ราคาเท่าไร _____ บาท

3.2 คุณคิดว่าจะสามารถจ่ายเพื่อตรวจคัดกรองหาเชื้อซิฟิลิสได้ที่ราคาเท่าไร _____ บาท

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอรรวรรณ อนันต์สิทธิชัย
วัน เดือน ปี เกิด	4 พฤศจิกายน 2528
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	13 ซ.ทานสัมพันธ์ 3, ติวานนท์ 38 ถ.ติวานนท์ แขวงท่าทราย เขตเมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY