การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มพนักงานหญิงบริการ จังหวัดชลบุรี

ศิริวรรณ มุลิ
นวพล มิติภัทร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เพราะรับการอนุเคราะห์ ความกรุณา และได้รับการช่วยเหลืออย่างดี จากเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผู้บังคับบัญชา และผู้ทรงวุฒิทุกท่าน ที่มีความเมตตา ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสำคัญ และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณเพื่อนทุกท่าน ที่คอยเอาใจช่วยและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ผู้วิจัย

มีนาคม 2563

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานหญิง (FSW) ผ่านการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง เครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยินดีสมัครใจเข้ารับบริการของโครงการฯ ได้แก่ MSM จำนวน 200 คน และ FSW จำนวน 606 คน รวมทั้งสิ้น 806 คน และประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain (RRTTR) ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทุติยภูมิจากการดำเนินงานของเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละโดยตารางไขว้ ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วย Chi - square และการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากที่ได้จากการถอดบทเรียนผ่านกระบวนการ After Action Review technique (AAR)

ผลการศึกษา พฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า กลุ่ม FSW มีประวัติเคยได้รับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีสูงกว่ากลุ่ม MSM ($p \leq 0.01$ และ $p < 0.001$) โดยมีค่าร้อยละ 29.7 และร้อยละ 40.9 สำหรับกลุ่ม FSW และร้อยละ 18.5 และร้อยละ13.5 สำหรับกลุ่ม MSM อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นของกลุ่มประชากร FSW และ MSM มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าร้อยละ 79.7 และร้อยละ 62.0 สำหรับกลุ่ม FSW และกลุ่ม MSM ตามลำดับ นอกจากนี้ ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ FSW มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่ม MSM มีระดับความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 26.0) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 15.0) การส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ที่มีประสิทธิภาพ มีกลวิธีที่สำคัญคือ 1) การวิเคราะห์ชุมชน ผ่านกิจกรรมการศึกษาขนาดและการหาจุดรวมตัวกลุ่มประชากร 2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างระบบบริการสุขภาพด้านเอชไอวี กับหน่วยงาน/องค์กรชุมชน 3) การใช้กระบวนการลดการตีตราในตนเอง (Self-Stigma) ผสมผสานในขั้นตอนการให้คำปรึกษา 4) การปรับทัศนคติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นเรื่องปกติ (Normalization) 5) การสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำคู่หรือเพื่อนมาเข้ารับบริการ และ 6) การตรวจและทราบผลที่รวดเร็วด้วยวิธีแบบ SDR และระบบบริการที่เป็นมิตร ไม่ตีตรา ไม่เลือกปฏิบัติ ที่มีความเชื่อมโยงจากบริการเชิงรุก สู่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ผลการให้บริการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 54 ราย (ร้อยละ 6.7) โดยมีค่ามัธยฐานของระดับ CD4 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดชลบุรี 44 ราย เท่ากับ 265 เซลล์ต่อลบ.มม. และมีอัตรารักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) ร้อยละ 97.50

ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของระบบบริการงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ FSW ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรหลักที่เข้าถึงยากกลุ่มอื่น รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ได้

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี, ชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย, พนักงานบริการหญิง

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		ก
บทคัดย่อ		ข
สารบัญ		ค
สารบัญตาราง		จ
บทที่ 1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	3
	นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus; HIV)	5
	ความหมายของเชื้อเอชไอวี (HIV)	5
	ผลกระทบของเอชไอวีและเอดส์ที่มีต่อร่างกายมนุษย์	6
	ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี	6
	ระยะการติดเชื้อเอชไอวี	7
	อาการของโรคเอดส์	7
	การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	8
	ความสำคัญของการตรวจติดตามการรักษา	9
	วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	9
	ความเสี่ยงโดยประมาณต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละครั้ง	9
	ความสำคัญในการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี	11
	แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)	11
	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	11
	การมีส่วนร่วม (Participation)	12
	การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR)	16
	แนวคิดเกี่ยวกับการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review; AAR)	18
	ความหมายของการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review; AAR)	18
	แนวทางจัดการการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR)	20
	แนวทางคำถามในการทำ AAR	20
	ขั้นตอนในการทำ AAR	21

สารบัญ (ต่อ)

	แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573	21
	แนวทางการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยมาตรการ RRTTR	30
	มาตรการลดการตีตราและรังเกียจในระบบบริการสุขภาพ	65
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	68
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	71
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	รูปแบบการวิจัย	72
	ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	72
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	72
	ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล	74
	กลไกดำเนินงาน	76
	การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4	ผลการวิจัย	
	ลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง	77
	การศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง	78
	การศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง	95
	รูปแบบของระบบบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ จากการถอดบทเรียนการดำเนินงาน	99
บทที่ 5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย	101
	อภิปรายผลการวิจัย	104
	ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม		108
ภาคผนวก		
	หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูล	ผ 1
	หนังสือตอบรับขอความอนุเคราะห์ข้อมูล	ผ 4

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

2.1 ความเสี่ยงโดยประมาณต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละครั้ง และปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยง 10

2.2 การจำแนกกลุ่มของพนักงานบริการหญิง (FSW) 36

2.3 การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับการเริ่มยาต้านเอชไอวีและประเด็นซักประวัติ 55

2.4 หลักการสำคัญของการจัดบริการที่เป็นมิตร 62

4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร 77

4.2 จำนวน และร้อยละของประชากรหลักที่เคยเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามลักษณะทางประชากร 79

4.3 จำนวน และร้อยละของประชากรหลักที่เคยเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามลักษณะทางประชากร 81

4.4 จำนวน และร้อยละของประชากรหลักที่เคยเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามลักษณะทางประชากร 82

4.5 จำนวน และร้อยละของรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร 84

4.6 จำนวน และร้อยละของรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร 88

4.7 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร 91

4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรหลักตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร 94

4.9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร 94

4.10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร 95

4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร 96

4.12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร 98

4.13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร 99

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย โดยภาพรวมมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ลดลง แต่ความชุกของโรคยังคงอยู่ในระดับสูงในกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ จากรายงานการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จากAEM (AIDS Epidemic Model) พบว่าในปี พ.ศ. 2558 -2562 มีจำนวน 29,626 ราย ซึ่งกลุ่มประชากรหลัก (Key populations) ที่มีการติดเชื้อสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือชายรักชาย (MSM) มีจำนวนสูงถึง 14,700 ราย (ร้อยละ 53) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนพร้อมกัน โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ (PLHIV) จำนวน 439,610 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (HIV new infections) จำนวน 5,529 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ (AIDS related death) จำนวน 14,731 คน (ศรายุธ อุตตมางคพงศ์, 2561) นอกจากนี้ ยังพบว่า มีอัตราป่วยของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคซิฟิลิส หนองในแท้ และหนองในเทียม อยู่ที่ 7.6, 15.8 และ 3.2 ตามลำดับ (ข้อมูล 506 สำนักระบาดวิทยา, 2561 ใน ศรายุธ อุตตมางคพงศ์, 2561)

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดทำนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ 2560-2573 ซึ่งมีเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ต่ำกว่า 1,000 ราย โดยเน้นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง และได้นำกลยุทธ์สำคัญในป้องกันแบบผสมผสานด้วยชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูงและรอบด้าน คือ การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่และเข้าสู่เป้าหมายประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์, 2560; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560) โดยคนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 2 ครั้ง ในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผู้ที่ได้รับการตรวจ และทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง โดยผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าสู่ระบบการดูแลและรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ทันที โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และลดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งความท้าทายที่ผ่านมานั้นยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักได้มากพอ ในระดับที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ได้ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น (ดุสิตา พึ่งสำราญ, 2558) ปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการเข้ารับบริการขอคำปรึกษาโดยสมัครใจและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การชักชวนคู่นอนไปตรวจเลือด การได้รับข้อมูลการตรวจเลือด การประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อให้การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเฉพาะ สามารถบรรลุ

เป้าหมายร้อยละ 90 ควรหากลยุทธ์เพื่อให้ข้อมูล และชักชวนมารับบริการ รวมทั้งพัฒนาระบบบริการตรวจเลือดเชิงรุกให้กับกลุ่มเฉพาะเข้าถึงบริการมากขึ้น ร่วมกับการตรวจสุขภาพประจำปี (Thepthien, B. *et al.,* 2015)

สำหรับสถานการณ์ด้านเอชไอวี จังหวัดชลบุรี จากข้อมูลโปรแกรม NAP Plus (สปสช.) พบว่าในปี พ.ศ. 2561 จังหวัดชลบุรี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนทั้งสิ้น 24,793 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 4,276 ราย (ร้อยละ 17.24) ยังมีชีวิตอยู่ 20,517 ราย (ร้อยละ 82.75) โดยมีผู้ที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 18,712 ราย (ร้อยละ 91.20) จากผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสทั้งหมด เสียชีวิตไปแล้ว 1,938 ราย (ร้อยละ 10.35) รับการรักษาต่อเนื่อง 12,861 ราย (ร้อยละ 68.73) และไม่มารับการรักษา 3,905 ราย (ร้อยละ 20.86) ในอดีตที่ผ่านมา ปี พ.ศ. 2555 – 2557 ค่ามัธยฐานของระดับ CD4 ในผู้ป่วยแรกรับมีค่าค่อนข้างต่ำ เพียง 123, 141 และ 155 เซลล์ต่อ ลบ.มม. ตามลำดับแสดงถึงการรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ล่าช้า

การคาดประมาณสถานการณ์ และแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดชลบุรี ด้วย AEM พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2563 จังหวัดชลบุรีจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ปีละประมาณ 400 ราย โดยกลุ่มอายุที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากที่สุดเป็นอายุระหว่าง 20-24 ปี (ร้อยละ 33) รองลงมาได้แก่ 25-29 ปี (ร้อยละ 23) และ 15-19 ปี (ร้อยละ 19) ซึ่งทั้งหมดอยู่ในกลุ่มประชากรที่เป็นเยาวชน มีแนวโน้มอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าร้อยละ 5 พบมากในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้จังหวัดชลบุรียังคงมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากนั้น อาจเนื่องมาจากเป็นสังคมเมืองขนาดใหญ่ มีนิคมอุตสาหกรรม สถานที่ท่องเที่ยว สถานบันเทิง สถานศึกษา จำนวนมาก จึงทำให้มีประชากรแฝงจำนวนมากและเพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมทั้งการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงกระทำได้ยาก เพราะส่วนใหญ่กลุ่ม MSM ยังไม่ต้องการเปิดเผยเพศวิถีของตน และกลุ่ม FSW ที่ไม่ต้องการเปิดเผยอาชีพของตนเช่นเดียวกัน

จากสถานการณ์ดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ร่วมกับเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ กลุ่ม MSM และ FSW ด้วยชุดบริการ RRTTR ที่จำเป็นสำหรับการป้องกันเอชไอวี (Essential prevention services) ตามแนวทางยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ 2560-2573 (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์, 2560) เพื่อพัฒนาวิธีการเข้าถึงการบริการที่เป็นมิตร มีความสะดวก รวดเร็ว ลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ โน้มน้าวเชิญชวน สร้างแรงจูงใจ ให้กลุ่มเสี่ยงสูงดังกล่าวได้เข้าสู่การบริการตรวจเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น โดยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพระบบงานด้านการป้องกันรักษาเอชไอวีด้วยการบริการเชิงรุก (Outreach) ในการค้นหา/เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำพาเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในด้านการป้องกัน ดูแลรักษาอย่างรวดเร็วต่อเนื่องและครอบคลุม ภายใต้การสนับสนุนด้านงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยินดีสมัครใจเข้ารับบริการของโครงการ และมีการประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของระบบบริการงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ FSW ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรหลักที่เข้าถึงยากกลุ่มอื่น รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

2. ได้ทราบถึงปัจจัยความสำเร็จ และกลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ที่ทำให้กลุ่มประชากรหลักสามารถเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น ทราบสถานการณ์ติดเชื้อแต่เนิ่น ๆ และเข้าถึงการดูแลรักษาที่รวดเร็ว

3. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยงาน องค์กร และผู้สนใจทั่วไป เพื่อประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งการวางแผนงานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลักอื่น ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่นั้นๆ

4. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นให้ทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เกิดความร่วมมือและมีความตระหนักในการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งการประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนัก กระตุ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดความเสี่ยงทางเพศ การปรับทัศนคติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นเรื่องปกติ (Normalization) และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำคู่หรือเพื่อนมาเข้ารับบริการ

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) หมายถึง บุคคลที่มีเพศกำเนิดและเพศสรีระเป็นเพศชาย มีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน เป็นคำที่ระบุพฤติกรรมไม่ใช่การระบุอัตลักษณ์ทางเพศ อาจเป็นผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศแบบชายรักเพศเดียวกัน (ชายรักชาย) ชายรักสองเพศ (ชายรักทั้งชายและหญิง) หรือชายรักต่างเพศ (ชายรักหญิง) ก็ได้ เนื่องจากพฤติกรรมและอัตลักษณ์ทางเพศไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกันตลอดเวลา

2. กลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female Sex Worker : FSW) หมายถึง ผู้ที่ยินยอมให้ผู้อื่นมีการร่วมประเวณีหรือการกระทำอื่นใด เพื่อสำเร็จความใคร่ทางกามอารมณ์ เพื่อรับค่าตอบแทน หรือสินจ้าง โดยทำงานในสถานบริการเป็นหลักแหล่งหรือไม่มีหลักแหล่ง(Venue/Non-Venue)

3. การบริการเชิงรุก (Outreach) หมายถึง การให้บริการนอกสถานบริการสาธารณสุข (Active/ Mobile) เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มประชากรหลักที่ไม่ต้องการเปิดเผยสถานะเพศวิถีของตนหรือผู้ที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขด้วยตนเองให้มีโอกาสได้รับบริการป้องกันและรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้รับความช่วยเหลืออื่นที่เกี่ยวข้อง

4. ชุดบริการ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) หมายถึง รูปแบบที่ผสมผสานการจัดบริการป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิผลและรอบด้านที่มุ่งเน้นการบริการเชิงรุกและความเชื่อมโยงการบริการอย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่การเข้าถึง (Reach) –การเข้าสู่บริการ (Recruit) – การตรวจเอชไอวี (Test) – การรักษา (Treat) – การคงอยู่ในระบบ (Retain)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มพนักงานหญิงบริการ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยินดีสมัครใจ เข้ารับบริการของโครงการฯ ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำนวน 200 คน และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) จำนวน 606 คน รวมทั้งสิ้น 806 คน และประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและวางแผน (Preparing and Planning) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผล (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain (RRTTR) ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี (HIV)
ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)
ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR)
ส่วนที่ 4 แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573
ส่วนที่ 5 แนวทางการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยมาตรการ RRTTR
ส่วนที่ 6 มาตรการลดการตีตราและรังเกียจในระบบบริการสุขภาพ
ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ส่วนที่ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus; HIV)

1. ความหมายของเชื้อเอชไอวี (HIV)

มีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

World Health Organization (WHO) ให้ความหมายเอชไอวี (Human immunodeficiency virus; HIV) ว่าเป็นเชื้อไวรัสตระกูลเรโทรไวรัส เป็นสาเหตุของโรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในมนุษย์ เมื่อร่างกายติดเชื้อเอชไอวีจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดขาวประเภททีเซลล์ (T-cell) หรือ ซีดีสี่ (CD4) ซึ่งมีหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายล้มเหลว เกิดภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ เรียกภาวะนี้ว่า ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้จากสารคัดหลั่งในร่างกายที่สำคัญได้แก่ เลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด หรือน้ำนม ซึ่งภายในของเหลวที่ร่างกายสร้างขึ้นนี้ เชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ได้ทั้งในสภาพเซลล์อิสระ และอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ติดเชื้อ สาเหตุใหญ่ของการแพร่กระจายเชื้อ คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ป้องกัน เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อน การติดเชื้อจากแม่สู่ลูกผ่านทาง

การให้น้ำนม เลือดที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสเอชไอวีจากการบริจาคเลือด เทคโนโลยีด้านการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสเอชไอวีออกจากร่างกายได้ แต่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้ โดยการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ที่ได้รับการรักษาสามารถมีชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติทั่วไป

อรศรี วิทวัสมงคล (2555) ให้ความหมายเอชไอวี **(HIV)**ว่า หมายถึง เชื้อไวรัสชนิดหนึ่งซึ่งสามารถก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคเอดส์ได้ เป็นโรคที่เกิดในคนเท่านั้น โดยเชื้อเอชไอวีจะทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันในการปกป้องร่างกายจากเชื้อโรคต่างๆ

อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์ (2559) ให้ความหมาย Human Immunodeficiency Virus เป็นเชื้อไวรัส ในขณะที่โรคเอดส์หรือ acquired immune deficiency syndrome คือ กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกเชื้อไวรัสทำลายจนร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคทั้งหลายที่เข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจไม่พัฒนาอาการจนเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้น

กรมควบคุมโรค (2562) ให้ความหมายเอชไอวี (HIV) ว่า เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของคน คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) หรือ ทีเซลล์ (T cells) ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ เมื่อเชื้อไวรัส HIV ทำลายเม็ดเลือดขาว CD4 จนมีปริมาณไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเชื้อเอชไอวี คือ เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ (AIDS; Acquired Immunodeficiency Syndrome ซึ่งเอชไอวีและโรคเอดส์ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป หากมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป

2. ผลกระทบของเอชไอวีและเอดส์ที่มีต่อร่างกายมนุษย์

เมื่อร่างกายติดเชื้อเอชไอวี เชื้อเอชไอวีจะโจมตีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลงจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ จนในที่สุดเชื้อไวรัสจะโจมตีร่างกายทั้งหมด เป้าหมายของเอชไอวี คือการทำลายเซลล์ที่มีหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคและการติดเชื้อไวรัสต่างๆ เซลล์นี้มีชื่อว่า CD4 (หรือเซลล์ T-helper) เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีความสำคัญต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้ติดเชื้ออ่อนแอลงจนทำให้เกิดโรคต่างๆได้ง่าย ในขณะที่คนที่มีระบบภูมิคุ้มกันร่างกายที่แข็งแรงจะสามารถต่อสู้กับเชื้อโรคเหล่านี้ได้ดีกว่า ความช้าเร็วของการดำเนินโรค และผลกระทบที่เชื้อเอชไอวีมีต่อร่างกายขึ้นอยู่กับผู้ติดเชื้อแต่ละคน ปัจจัยหลายอย่าง เช่น สุขภาพและอายุ รวมถึงความช้าเร็วในการได้รับการรักษา ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคทั้งสิ้น คนบางคนสามารถติดเชื้อเอชไอวีนานหลายปี โดยไม่มีอาการของโรคเอดส์ ปัจจัยที่อาจทำให้การติดเชื้อเอชไอวีพัฒนาเป็นอาการของโรคเอดส์รวดเร็วขึ้นนั้น ยังคงรวมถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์ การมีอายุมากขึ้น ภาวะโภชนาการไม่ดีหรือติดเชื้อร่วมกับโรคอื่น เช่น ตับอักเสบซีหรือวัณโรค (อรศรี วิทวัสมงคล, 2555; อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; กรมควบคุมโรค, 2562)

3. ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวี สามารถพบได้ในเลือด น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งจากช่องคลอด และน้ำนมของผู้ติดเชื้อ ดังนั้นเมื่อสัมผัสกับสิ่งเหล่านี้ผ่านทางเยื่อบุ หรือผิวหนังที่มีบาดแผล ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยทั่วไป เชื้อเอชไอวี เป็นเชื้อที่ตายง่าย เมื่ออยู่นอกร่างกายคน

การติดต่อมีได้ 3 ทางหลัก ดังนี้

3.1 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุที่บ่อยและสำคัญที่สุด

3.2 การติดต่อทางเลือด โดยการใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือการได้รับเลือดจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.3 การติดต่อจากมารดาสู่ทารก ในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และการให้นมบุตร ในปัจจุบันได้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ในเลือดที่ได้รับบริจาค ดังนั้นโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี จากการได้รับเลือด หรือการเปลี่ยนถ่ายเลือดจึงน้อยมาก นอกจากนั้นยังมีการให้ยาในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากมารดาสู่ทารก ทำให้การติดเชื้อในเด็กรายใหม่มีจำนวนน้อยลง

กิจกรรมที่เชื้อเอชไอวีไม่ติดต่อได้ เช่น การจับมือ การกอด การจาม การใช้ภาชนะ และช้อนส้อมร่วมกัน การใช้ห้องน้ำร่วมกัน และการถูกยุง หรือแมลงกัด เป็นต้น (อรศรี วิทวัสมงคล, 2555; อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; กรมควบคุมโรค, 2562)

4. ระยะการติดเชื้อเอชไอวี มี 3 ระยะ (อรศรี วิทวัสมงคล, 2555; อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; กรมควบคุมโรค, 2562) ได้แก่

4.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute HIV Infectious) เป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี เกิดขึ้นระหว่าง 2-4 สัปดาห์หลังจากติดเชื้อ ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะเริ่มมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ เช่น มีไข้ เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีผื่นและปวดหัว อาการเหล่านี้เรียกว่า *acute retroviral syndrome* หรือ *ARS* เกิดขึ้นจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้ เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนอย่างมากในร่างกาย ทำให้เซลล์ CD4 ในร่างกายลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว เป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงมากที่ผู้ติดเชื้อจะแพร่กระจายไวรัสไปยังผู้อื่น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม หลังจากระยะเฉียบพลัน ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะค่อยๆ ทำให้ปริมาณของเชื้อไวรัสอยู่ในระดับคงที่ หรือเรียกว่า *viral set point* หมายความว่าเชื้อไวรัสมีปริมาณที่คงที่ในร่างกาย และปริมาณเซลล์ CD4 เริ่มเพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่ง แต่จะไม่สูงเท่ากับก่อนติดเชื้อ

4.2 ระยะสงบทางคลินิก (Clinical Latency Stage) เป็นระยะที่เชื้อไวรัสอยู่ในร่างกาย โดยไม่แสดงอาการใดๆ หรืออย่างมากที่สุดคือมีอาการเพียงเล็กน้อย บางครั้งเรียกระยะนี้ว่า ระยะติดเชื้อเรื้อรัง (chronic HIV infection) หรือ ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (asymptomatic HIV infection) ในระยะนี้ไวรัส จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นในระดับต่ำ และมักจะใช้เวลานานถึง 10 ปี แต่สำหรับผู้ติดเชื้อบางคนอาจใช้เวลาน้อยกว่านั้น

4.3 ระยะสุดท้ายคือ ระยะโรคเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่การติดเชื้อเอชไอวีได้พัฒนาเป็นโรคเอดส์ ระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงมีปริมาณเซลล์ CD4 อยู่ระหว่าง 500 ถึง 1,600 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ มี CD4 ต่ำกว่า 200 เมื่อถึงจุดนี้ระบบภูมิคุ้มกันได้ถูกทำลายอย่างรุนแรงจนผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ซึ่งเกิดจากเชื้อโรคที่ไม่ก่อให้เกิดโรคในคนที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง แต่จะทำให้เกิดโรคกับผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ แต่ไม่ว่าผู้ติดเชื้อมีปริมาณ CD4 เท่าใดก็ตาม หากมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าถือว่าผู้ติดเชื้อนั้นเป็นโรคเอดส์

5. อาการของโรคเอดส์

อาการของโรคเอดส์ มีดังนี้ ปอดอักเสบ สูญเสียความจำ อาการซึมเศร้าและอาการทางระบบประสาท ท้องเสียเรื้อรังนานกว่าหนึ่งสัปดาห์ เหนื่อยผิดปกติ อาการไข้ที่กลับมาเป็นซ้ำๆ เหงื่อออกตอนกลางคืน น้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว มีผื่นตามผิวหนัง ในช่องปาก จมูกและเปลือกตา แผลที่ริมฝีปาก อวัยวะเพศและทวารหนัก อาการบวมที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้และขาหนีบ อาการของโรคเอดส์อาจเป็นอาการของโรคอื่น

ที่ไม่ใช่โรคเอดส์ก็ได้ ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ควรทำการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV test) (อรศรี วิทวัสมงคล, 2555; อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; กรมควบคุมโรค, 2562)

6. การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (อรศรี วิทวัสมงคล, 2555; อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; กรมควบคุมโรค, 2562; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556ข)

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่มียาหลายชนิดที่ช่วยรักษาอาการติดเชื้อเอชไอวี มียารักษาอาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ได้รับการรับรองมากกกว่า 25 ชนิด เรียกว่า ยาต้านรีโทรไวรัส (antiretroviral drugs หรือเรียกย่อว่า ARV) ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งหรือต้านการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี รวมถึงช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคสู่คนอื่น การรักษาอาการติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยการใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม ARV หลายชนิดรวมกันเพื่อต่อสู้กับการติดเชื้อ หรือเรียกว่า Antiretroviral therapy (ART) วิธีการนี้เป็นการรักษาโรคโดยการควบคุมไวรัสไม่ให้ขยายพันธุ์ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่น ทำให้ผู้ป่วยแข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน ใกล้เคียงกับคนปกติได้ จึงจำเป็นต้องกินยารักษาอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันวงการแพทย์แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนรับการรักษาด้วยยา ARV

การกินยาต้านไวรัสเอชไอวีผู้ติดเชื้อกินยาเร็ว กินยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และตรงต่อเวลามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะส่งผลให้มีระดับยาในกระแสเลือดสม่ำเสมอ สามารถลดจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะใดๆ ที่ทำให้ระดับยาในเลือดลดลง เช่น การขาดยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จะทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถเพิ่มจำนวนได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้โรคต่าง ๆ กำเริบง่ายขึ้น การลดปริมาณไวรัสเอชไอวีให้น้อยที่สุด เป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันการเข้าสู่ระยะเอดส์และการเสียชีวิต

นอกจากนี้ การกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะดื้อยา ซึ่งถ้าเกิดภาวะดื้อยาแล้ว จะทำให้เหลือสูตรยาที่จะรักษาได้ มีจำนวนน้อยลง การกินยาสูตรแรกในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาระยะยาว การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้ เมื่อมีปัญหาจากการรับประทานยา ควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง และเนื่องจากยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจมีปฏิกริยากับยาอื่น ๆ ได้ จึงไม่ควรซื้อยารับประทานเอง และควรแจ้งแพทย์ทุกครั้งที่ต้องใช้ยาอื่นร่วมด้วย นอกจากยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้ว อาจมียาอื่น ๆ ที่ต้องรับประทานเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ของผู้ป่วย

หากกังวลว่าตัวเองอาจติดเชื้อเอชไอวีภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง (3 วัน) สามารถใช้ยา ARV หลังสัมผัสโรค (post-exposure prophylaxis หรือชื่อย่อว่า PEP) เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ ผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับยาให้เร็วที่สุดภายในเวลา 3 วันหลังจากสัมผัสเชื้อเอชไอวีเพื่อให้การป้องกันมีประสิทธิผล นอกจากนี้ ยา ARV สามารถใช้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัสโรค (Pre-exposure prophylaxis หรือชื่อย่อว่า PrEP) ใช้ในผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีแต่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง และต้องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อต้องรับประทานยาทุกวันเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ

7. ความสำคัญของการตรวจติดตามการรักษา (อรศรี วิทวัสมงคล, 2555; อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556ข)

การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี แพทย์จะนัดตรวจติดตามการรักษาเป็นระยะ เพื่อประเมินอาการทางร่างกายและผลข้างเคียงของยา จากการซักถามและตรวจร่างกาย สำหรับผู้ป่วยเด็กจะต้องมีการติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการร่วมด้วย นอกจากนั้นจะมีการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และเฝ้าติดตามการดำเนินโรค โดยตรวจดูระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และระดับเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลของการรักษา เป้าหมายของการรักษา ผู้ป่วยควรมีระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพิ่มขึ้นจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ และตรวจไม่พบเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด

สำหรับผู้ป่วยที่ล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะตรวจพบว่า มีระดับเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น หรือไม่ลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ หลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระยะหนึ่งและต่อมาจะมีระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ลดลง จนกระทั่งมีอาการของภูมิคุ้มกันบกพร่อง การมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถเฝ้าระวังภาวะล้มเหลวจากการรักษาได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาต่อไป

8. วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (อรศรี วิทวัสมงคล, 2555; อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; กรมควบคุมโรค, 2562)

8.1 ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

8.2 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ทราบสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น มีประวัติการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีประวัติรักร่วมเพศหรือรักสองเพศ หญิงค้าประเวณี เป็นต้น

8.3 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจจะนำพาไปสู่การมีเพศสัมพันธ์อย่างฉาบฉวย หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย เช่น ขณะมึนเมา หรือใช้ยาเสพติด

8.4 หากมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคซิฟิลิส โรคหนองใน หรือแผลบริเวณอวัยวะเพศ ควรเข้ารับการรักษา เนื่องจากโรคเหล่านี้ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้

8.5 ไม่เสพยาเสพติด โดยเฉพาะชนิดฉีดเข้าเส้น หากมีความจำเป็นต้องฉีดยาใด ๆ ไม่ควรใช้เข็มฉีดยา และกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

8.6 ไม่ใช้มีดโกน ที่โกนหนวด แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ ร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

8.7 หญิงที่ประสงค์จะตั้งครรภ์ หรือหญิงตั้งครรภ์ ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หากพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ในมารดาช่วงตั้งครรภ์และในทารกแรกเกิด ร่วมกับงดกินนมมารดา สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้เป็นอย่างมาก

9. ความเสี่ยงโดยประมาณต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละครั้ง

ความเสี่ยงโดยประมาณต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละครั้งและปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยง มีรายละเอียดดังตารางที่ 2.1 (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, 2556; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556ข)

ตารางที่ 2.1 ความเสี่ยงโดยประมาณต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละครั้งและปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยง

ชนิดของการสัมผัส	ความเสี่ยงต่อการสัมผัส (ร้อยละ)
การใช้เข็มร่วมกันในผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด	0.67-0.80
เข็มที่มีเลือดติด ตำเข้าผิวหนัง	0.3
ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มร่วมกัน	
• แหล่งสัมผัสติดเชื้อเอชไอวีและไม่ใช่กำลังได้รับยาต้านเอชไอวีหรือมีการกดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในแหล่งสัมผัส	
• เข็มที่ตำเป็นเข็มกลวง	
• ถูกเข็มตำลึก	
• มีเลือดติดอยู่ที่เข็มซึ่งมองเห็นได้ อย่างไรก็ตามในกรณีที่เลือดที่ติดอยู่เป็นเลือดที่แห้งหรือเข็มที่ตำเป็นเข็มที่ทิ้งแล้ว มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำมาก	
การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน	
ทางทวารหนักโดยเป็นฝ่ายรับ	1-30
ทางทวารหนักโดยเป็นฝ่ายรุก	0.1-10
ทางช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรับ	0.1-10
ทางช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรุก	0.1-1
ทางปากโดยเป็นฝ่ายรับ (การทำออรัลกับอวัยวะเพศชาย)	0-0.04
ทางปากโดยเป็นฝ่ายรุก (การถูกออรัลอวัยวะเพศชาย)	0-0.005
การใช้ปากกับอวัยวะเพศหญิง	มีโอกาสแต่น้อยมากๆ
ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน	
• แหล่งโรคติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี หรือได้รับยาแต่มีการกดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในแหล่งโรค โดยเฉพาะ ถ้าแหล่งโรคอยู่ในระยะติดเชื้อเฉียบพลันจะมีปริมาณเชื้อเอชไอวีสูง และมีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อสูงกว่าในระยะหลังจากที่ปริมาณไวรัสคงที่แล้ว 8-12 เท่า	
• แหล่งโรคหรือผู้สัมผัสมีแผลที่อวัยวะสืบพันธุ์ หรือมีโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นร่วมด้วย	
• มีการบาดเจ็บที่บริเวณซึ่งมีการสัมผัส เช่น ถูกข่มขืน เป็นต้น	
• มีการสัมผัสเลือดร่วมด้วย	
• ชายที่สัมผัสไม่มีการขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย	
• มีภาวะ cervical ectopy	
• เยื่อบุช่องปากไม่ปกติ เช่น มีรอยโรคในช่องปาก เป็นแผลในปาก เหงือกอักเสบ เป็นต้น ในกรณีมีเพศสัมพันธ์ทางปาก	
เยื่อบุ	0.09

*หมายเหตุ: มีการประมาณว่าโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักสูงกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดถึง 18 เท่า (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, 2556)

10. ความสำคัญในการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, 2559; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556ข)

การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นช่องทางหลักเพื่อเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาสำหรับผู้ตรวจพบเชื้อทุกคน และเป็นหนึ่งในกลวิธีสำคัญสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ ซึ่งการตรวจเลือดแต่เนิ่นๆ ช่วยลดความกังวลใจและทำให้คุณได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง หากคุณติดเชื้อเอชไอวี การได้รับการวินิจฉัยแต่เริ่มแรกทำให้คุณสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองและคู่ครองรวมถึงคนอื่นที่คุณห่วงใย ถึงแม้ผลเลือดจะบ่งชี้ว่าคุณมีการติดเชื้อ การได้รู้ว่าตัวเองมีการติดเชื้อจะทำให้คุณสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตัวเองและใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

Kemmis & McTaggart (1988) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่นๆ ใน เชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (spiral of self-reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง การวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททาง ด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่นๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง การศึกษารวบรวม หรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection)

1.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพ ปัญหาอันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนั้นต้องใช้แนวคิด ทางทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่า จะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหานั้นๆ (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

1.3 กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1.3.1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า คาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

1.3.2 การปฏิบัติการ (action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน

1.3.3 สังเกตการณ์ (observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป

1.3.4 สะท้อนกลับ (reflection) เป็นการวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวน และปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

จากความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง รูปแบบวิธีการวิจัยที่แสวงหาองค์ความรู้ และข้อเท็จจริงในขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติงาน เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การประเมินผล และการสะท้อนกลับของผลการดำเนินการปฏิบัติ และหาข้อสรุป เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไขปัญหา และพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการระดมประชาชนให้เกิดการมีส่วนร่วมช่วยประชาชนให้สามารถช่วยเหลือตนเอง โดยประชาชนจะต้องช่วยกันเป็นผู้นำพัฒนาตนเอง มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาเท่านั้น เนื่องจากผู้พัฒนาจะเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยตรง การพัฒนาชุมชนแบบใหม่จึงเน้นการพัฒนาคน โดยยึดหลักสำคัญ ให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของตนเองเคราะห์ตนเอง และเมื่อประชาชนมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในกระบวนการพัฒนา ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมเพราะถ้าการพัฒนาปราศจากการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนานั้นไม่บรรลุผลสำเร็จอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมเกิดจากแนวคิด 3 ประการ คือ 1. ความสนใจและความกังวลร่วมกัน 2. ความเดือดร้อนและความไม่พอใจร่วมกัน 3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่ปรารถนาการมีส่วนร่วมอาจเกิดจากความคิดอื่น ๆ (อิระวัชร์ จันทร์ประเสริฐ, 2541)

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่มซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความส่วนร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

โกวิทย์ พวงงาม (2541) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการของกลุ่มองค์กรชุมชน มีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ โดยมีความเข้าใจในปัญหาของตนและตระหนักถึงสิทธิ์ของตนที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้นจะเกิดขึ้นได้ด้วยการที่บุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่ช่วยเพิ่มอำนาจความคิด และโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์ และตัดสินใจกาหนดเป้าหมายในกิจกรรม เหล่านั้น

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้นเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่มีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้น และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

อรทัย ก๊กผล (2546) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการซึ่งประชาชน หรือผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ ร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้และการปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

อรทัย ก๊กผล (2552) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปิดให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ นโยบาย กระบวนการบริหารและตัดสินใจของท้องถิ่น เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานของการที่ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ ความสามารถในการกระทำ และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมต่อกิจกรรมนั้นๆ

จากความหมายการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นในการพัฒนากระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหา เริ่มตั้งแต่การร่วมคิด ค้นหา/วิเคราะห์ปัญหา กำหนดนโยบาย วางแผน ตัดสินใจ ปฏิบัติตามแผน ติดตามและประเมินผล และรับประโยชน์ในเรื่องใด เรื่องหนึ่ง หรือโครงการต่างๆ โดยความสมัครใจ เป็นที่ยอมรับร่วมกัน และสอดคล้องกับบริบทความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประชาชนทั่วไปที่เกี่ยวข้อง เพื่อเกิดเป็นพลังชุมชนในการขับเคลื่อนและการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

โกวิทย์ พวงงาม (2545) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ถ้าหากชาวชนบทยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อมไร้ประโยชน์ เพราะชาวชนบทจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานเหล่านั้น

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวชนบทรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการนำเอาปัจจัยข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวชนบทส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของตนที่สามารถใช้เข้าร่วมได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงาน จะทำให้ชาวชนบทสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงาน และประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวชนบทย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำ ไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างใด การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความยากลำบาก

Cohen & Uphoff (1977 อ้างถึงใน อัมพร ภูแก้ว, 2556) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนเช่นเดียวกัน ดังนี้

1. การร่วมตัดสินใจ เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบหรือกำหนดระบบของโครงการเป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่สามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนา ประเมินจากสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในขั้นต้น การมีส่วนร่วมขั้นเตรียมการ และการมีส่วนร่วมในขั้นตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานตามโครงการและแผนงาน และเป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของกิจการและผลที่ปรากฏ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน และการมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ได้แก่ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านวัตถุ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านสังคม และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการหาข้อดีและข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป และเป็นการประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะ ๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมหาข้อดีและข้อบกพร่อง

2.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

อรทัย ก๊กผล (2552) ตัวแบบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน นำเสนอโดยสมาคมนานาชาติ (International Association of Public Participation) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

2.3.1 การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน: เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับที่สูงสุด เพราะให้ประชาชนเป็น ผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง

2.3.2 การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ: เป็นการให้บทบาทของประชาชนในระดับสูง โดยประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ

2.3.3 การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท: เป็นลักษณะการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการ ตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับประชาชนอย่างจริงจังและมีจุดมุ่งหมายชัดเจน

2.3.4 การมีส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น: เป็นลักษณะการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ

2.3.5 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร: เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด บทบาทของประชาชนน้อยมาก เพียงแต่รับทราบว่าเกิดอะไรที่ไหน หัวใจสำคัญ คือ การให้ข้อเท็จจริงครอบคลุมและเพียงพอ เพื่อทำให้ประชาชนได้ข้อเท็จจริงและตัดสินใจแสดงความคิดเห็นอย่างมีคุณภาพ

2.4 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

ชิต นิลพานิช และกุลธน ธนาพงศธร (2532) กล่าวถึง หลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน มีดังนี้

2.4.1 หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างทางราชการกับประชาชน โดยยึดถือความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อหน่วยงานหรือต่อบุคคล

2.4.2 หลักการขจัดความขัดแรง ความขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์และความคิด จะมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานพัฒนาเป็นอย่างมากเพราะจะทำให้งานหยุดชะงักและล้มเหลว

2.4.3 หลักการสร้างอุดมการณ์และค่านิยมในด้านความขยัน ความอดทน การร่วมมือ การซื่อสัตย์ และการพึ่งตนเอง เพราะอุดมการณ์เป็นเรื่องที่จะจูงใจประชาชนให้ร่วมสนับสนุนนโยบาย และเป้าหมายการดำเนินงาน และอาจก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

2.4.4 การให้การศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นการส่งเสริมให้คนมีความรู้ ความคิดของตนเอง ช่วยให้ประชาชนมั่นใจในตนเองมากขึ้น การให้การศึกษาอบรมโดยให้ ประชาชนมีโอกาสทดลองคิดปฏิบัติ จะช่วยให้ประชาชนสามารถคุ้มครองตนเองได้ รู้จักวิเคราะห์เห็นคุณค่าของงาน และน่าไปสู่การเข้าร่วมในการพัฒนา

2.4.5 หลักการทำงานเป็นทีม สามารถนำมาใช้ในการแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนาได้

2.4.6 หลักการสร้างพลังชุมชน การรวมกลุ่มกันทำงานจะทำให้เกิดพลังในการทำงาน และทำให้งานเกิดประสิทธิภาพ

2.5 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน

อรทัย ก๊กผล (2552) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมไว้ 7 ประการ คือ

2.5.1 เพิ่มคุณภาพในการตัดสินใจ: ช่วยให้เกิดการพิจารณาทางเลือกใหม่ทำให้การตัดสินใจรอบคอบขึ้น

2.5.2 การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา: เมื่อการตัดสินใจนั้นได้รับการยอมรับ จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างการนำไปปฏิบัติ

2.5.3 การสร้างความฉันทามติ: ลดความขัดแย้งทางการเมืองและเกิดความชอบธรรม ในการตัดสินใจของรัฐ

2.5.4 ร่วมมือในการนำไปปฏิบัติ: การมีส่วนร่วมของประชาชนเมื่อประสบความสำเร็จ จะทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความกระตือรือร้นในการช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

2.5.5 ช่วยทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับประชาชน: สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความใกล้ชิดผู้บริหารท้องถิ่นจะไวต่อความรู้สึกห่วงกังวลของประชาชน และเกิดความตระหนักในการตอบสนอง ต่อความกังวลของประชาชน

2.5.6 ช่วยพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของคนสาธารณชน: การมีส่วนร่วม ของประชาชนเป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชน เพื่อเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจ และเป็นเวทีฝึกผู้นำชุมชน

2.5.7 ช่วยทำให้ประชาชนสนใจประเด็นสาธารณะมากขึ้น: การมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มทุน ทางสังคม และ ช่วยเสริมสร้างให้ประชาชนเป็นพลเมืองที่กระตือรือร้นสอดคล้องกับการปกครองตามหลัก ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

2.6 ปัจจัยในการมีส่วนร่วมของประชาชน

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2534) ได้กล่าวถึงปัจจัยในการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ดังนี้

2.6.1 ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ที่มาจากภาครัฐ หรือองค์กรพัฒนาเอกชนจะต้องสร้างทัศนคติ และจิตสำนึกที่เหมาะสม คือ 1) การยอมรับศักดิ์ศรีของประชาชนกับตนเองเท่าเทียมกันต้องเลิกความทะนงตน ว่าเหนือกว่าประชาชน 2) ความเชื่อและเคารพประชาชนที่มีความพร้อมที่จะเรียนรู้จากประชาชน 3) ความเชื่อ ในตัวประชาชนที่มีความสามารถที่จะพัฒนาได้ช่วยตนเองและช่วยชุมชนและ 4) ความเข้าใจ ความคิด ของประชาชนในลักษณะของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเมื่อเขารู้สึกว่าเป็นกิจกรรมที่รับประโยชน์ จึงต้องถาม ประชาชนเพื่อทราบความต้องการของประชาชน

2.6.2 ปัจจัยจากบุคคลที่ทำงานด้านการพัฒนาภายในชุมชน ผู้นำชุมชน กลุ่มบุคคลที่ มีความคิดริเริ่มในการกระตุ้นให้ประชาชนมีความสนใจในด้านการพัฒนาซึ่งจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่นของตนต่อไป

ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ สถานภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษา ถิ่นที่อยู่ ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น และปัจจัยอื่น ๆ เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชานเมือง จำนวนสมาชิกในครอบครัวและลักษณะของครอบครัว ค่านิยม และทัศนคติ

2.7 หลักการของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา (บัณฑร อ่อนดำ, 2544 อ้างถึงใน นฤดม ทิมประเสริฐ, 2554) มีดังนี้

2.7.1 มีความสัมพันธ์ที่เสมอภาคและเท่าเทียมกันระหว่างนักพัฒนาและชุมชน โดยที่ประชาชนควรตระหนักในความเป็นเจ้าของท้องถิ่นนั้นๆ ต้องคิดเอง ทำเอง กำหนดเอง ส่วนนักพัฒนาควรที่จะตระหนักในหน้าที่ของตนเองเช่นเดียวกัน เช่น เป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือ

2.7.2 มีอิสระ ไม่ครอบงำ ความเชื่อมันของมนุษย์ควรอยู่ บนฐานของการไม่ครอบงำ การให้อิสรภาพในการคิดและแสดงออก โดยไม่อคติ โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในศักยภาพ ฐานความรู้ ภูมิปัญญา และประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมดั้งเดิมของสังคมของชุมชนที่จะเป็นฐานพลัง สำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

2.7.3 การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคม ให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด ศักยภาพ ความรู้ และร่วมมีบทบาทดำเนินการ ซึ่งงานที่ดำเนินไปนั้นจะไม่กระจุกตัว อยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และต้องส่งกระจายไปสู่คนทุกส่วนในชุมชน ในสังคมอย่างเป็นธรรม

2.7.4 การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมที่แท้จริง ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ข่าวสาร วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การตรวจสอบ การติดตามประเมินผล การสรุปบทเรียน แก้ไขปรับปรุง รวมทั้งขยายผลและ เผยแพร่ผลสู่สาธารณชน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR)

3.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

กมล สุดประเสริฐ (2540) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การวิจัย ค้นคว้า และหาความรู้ตามหลักการของการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ มีวัตถุประสงค์มุ่งไปที่การแก้ปัญหาในการพัฒนา และเป็นการวิจัยที่ดำเนินไปด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ร่วมงาน รวมทั้งในกระบวนการวิจัย และในการมีหุ้นส่วนใช้ประโยชน์ของการวิจัย

สุภางค์ จันทวานิช (2549) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง วิธีการที่ให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย นับตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรม

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2544) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคม โดยหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัย ซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ ระหว่างนักวิจัยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้กระบวนการวิจัยจะต้องเป็นประชาธิปไตย ยุติธรรม มีอิสระ และส่งเสริม คุณค่าของชีวิต และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้าร่วมสังเกต ตรวจสอบ สถานการณ์ต่างๆ สะท้อนความ คิดเห็นและความต้องการของตน ทรัพยากรที่มีอยู่ อุปสรรค และปัญหาที่ปรากฏอยู่ ตรวจสอบทางเลือกที่ เป็นไปได้และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีจิตสำนึกไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่ จากความหมายของการวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังกล่าว

พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540) ให้ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง รูปแบบของการวิจัยที่ประชาชนผู้เคยเป็นประชากรที่ถูกวิจัย กลับบทบาทเปลี่ยนเป็นผู้ร่วมในการกระทำวิจัยนั้นเอง โดยการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัยจนกระทั่งการกระจายความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การลงมือปฏิบัติ หรืออาจนิยามได้ว่า เป็นวิธีที่ช่วยประชาชนให้สามารถควบคุมชีวิตของเขาเอง ผ่านกระบวนการของสหวิชาการ สร้างความรู้ใหม่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความรู้ที่เป็นทางการเข้าด้วยกัน แล้วใช้ ความรู้ใหม่นั้นเปลี่ยนแปลง หรือปฏิรูปความเป็นจริงในสังคมของเขา

3.2 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540)

เป็นการวิจัยที่ให้ความเคารพต่อภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ ซึ่งประกอบด้วย

3.2.1 การปรับปรุงความสามารถและพัฒนาศักยภาพของชาวบ้าน ด้วยการส่งเสริมและพัฒนาความเชื่อมั่น ให้เกิดการวิเคราะห์/สังเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง

3.2.2 ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ชาวบ้าน ตลอดจนมีการนำไปใช้อย่างเหมาะสม

3.2.3 สนใจปริทัศน์หรือความคิดเห็นของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับประเด็นปัญหา

3.2.4 ชาวบ้านและคนยากจนด้อยโอกาส สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรีมองสภาพการณ์และปัญหาของตนเอง วิเคราะห์วิจารณ์ ตรวจสอบสภาพ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยผู้ประสานงานหรือผู้วิจัย และชุมชน มีส่วนร่วมทุกกระบวนการของการวิจัย ตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ ประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์รับผิดและชอบร่วมกัน ประโยชน์ที่สำคัญ คือ ประชาชนและชุมชน ตื่นตัวในการเรียนรู้วิเคราะห์ และแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้งทำให้เกิดการพัฒนาและบูรณาการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน

วิโรจน์ สารรัตนะ (2556) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในลักษณะเป็นความร่วมมือกัน ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกันในการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change) การเรียนรู้ (learning) และความรู้ใหม่ (new knowledge)

3.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วิโรจน์ สารรัตนะ (2556) ได้สรุปขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังต่อไปนี้

3.3.1 การเตรียมการ (Preparing) ผู้วิจัยลงภาคสนามก่อนเพื่อสร้างความคุ้นเคย ต่อจากนั้นผู้วิจัยจัดอบรมผู้ร่วมวิจัยเพื่อความรู้และความ เข้าใจใน หลักการ แนวคิด และทักษะที่จำเป็นใช้ในการวิจัย เช่น หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับ PAR แนวคิดและเทคนิคการวางแผน แนวคิดและเทคนิคการสังเกต แนวคิดและเทคนิคการนำแผนไปปฏิบัติ แนวคิดและเทคนิคการสะท้อนผล ข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินการวิจัยอื่นๆ

3.3.2 การวางแผน (Planning) เป็นการค้นหา/วิเคราะห์ว่าในอดีตเป็นอย่างไร ปัจจุบันเป็นอย่างไร อนาคตคาดหวังให้เป็นอย่างไร ทางเลือกเพื่อบรรลุผลมีอะไรบ้าง ทางเลือกที่เลือกสรรคืออะไร กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) และอาจมีแผนพัฒนาส่วนบุคคลด้วย (Individual Development Plan: IDP)

3.3.3 การปฏิบัติ (Acting) นำ Action Plan สู่การปฏิบัติร่วมกันการปฏิบัติ ผู้วิจัยควรเน้นบทบาทการเป็นผู้มีส่วนร่วม และเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการและแผนพัฒนาส่วนบุคคลที่กำหนดไว้นั้น โดยมุ่งให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดตามหลักการ

มุ่งการเปลี่ยนแปลง และมุ่งให้เกิดการกระทำเพื่อบรรลุผล พยายามไม่ให้ความช่วยเหลือใดๆ ที่ได้อย่างง่ายๆ หรือสำเร็จรูปเกินไป คอยให้กำลังใจและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง

3.3.4 การสังเกตผล (Observing) นอกจากการสังเกตผล ที่แนะนำให้ปฏิบัติในทุกขั้นตอนของการวิจัยแล้ว การสังเกตผลในขั้นตอนนี้ ถือเป็นการสังเกตผลที่ต่อเนื่องยาวนาน และซับซ้อน เป็นการสังเกตผลในขั้นตอนการปฏิบัติ (ขั้นตอนที่ 3) ที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าขั้นตอนอื่น มีกิจกรรมเกิดขึ้นมากมาย สลับซับซ้อน และต่อเนื่อง ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต้องมีการสังเกตผล เป็นกิจกรรมควบคู่ขนาน (parallel) กับทุกโครงการและทุกกิจกรรมเช่นเดียวกับขั้นตอนการเตรียมการและขั้นตอนการวางแผน เพื่อบันทึกผลการปฏิบัติ ตามแผนปฏิบัติการไปเป็นระยะๆ โดยอาจใช้เทคนิควิธีและเครื่องมือต่างๆ เช่น การบันทึก ถ่ายภาพ วิดีโอ สัมภาษณ์ สังเกต เป็นต้น

3.3.5 สะท้อนผล (Reflecting) นำข้อมูลจากการสังเกตผล มาถกเถียง อภิปรายร่วมกัน ซึ่งอาจมีทั้งความเห็นที่สนับสนุน สอดคล้องกันหรือขัดแย้งกัน แต่ใช้หลักความมีเหตุมีผลที่มีจุดมุ่งหมายจะหาบทสรุปว่า สิ่งที่ร่วมกันคาดหวังไว้ก่อนหน้า มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มีอะไรที่ประสบผลสำเร็จ เพราะอะไร อะไรที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะอะไร หากจะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไปอีก อะไรที่ยังเหมาะสมอยู่ควรดำเนินการต่อเนื่อง อะไรที่ไม่เหมาะสมควรตัดออก และอะไรที่ควรนำมาเสริมเข้าไปอีก และจากผลการปฏิบัติงานร่วมกันมาตั้งแต่ต้นได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในระดับตัวบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับหน่วยงานอะไรบ้าง และได้ก่อให้เกิดความรู้ใหม่อะไรขึ้นมาบ้าง เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศ ที่จะนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนเพื่อดำเนินการใหม่ในขั้นตอนต่อไป

จากความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การวิจัยที่ผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เข้าด้วยกัน เป็นการวิจัยที่เปิดโอกาสให้ทีมวิจัย แกนนำ ชุมชน หรือ ผู้ร่วมวิจัยได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปรายร่วมกัน ทั้งองค์ความรู้ การสะท้อนความคิดเห็น ประสบการณ์ การวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของการแก้ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การระดมความคิดเห็นในการพัฒนา และวางแผนในการเลือกวิธีการที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ โดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการ เพื่อร่วมคิดค้นหา วิเคราะห์ ตัดสินใจ ร่วมการวางแผน ร่วมการปฏิบัติ ร่วมการสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล รวมทั้งร่วมติดตาม/ประเมินผลนั้นต้องคำถึงการปฏิบัติร่วมกัน ความเข้าใจ การยอมรับเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น ความรับผิดชอบร่วมกัน การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร การแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และตรงกับความต้องการในการแก้ปัญหาที่แท้จริง อันจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงทั้งองค์ความรู้ และเจตคติใหม่ นำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ในกระบวนการดำเนินการแก้ไขปัญหาให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนต่อไป

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review; AAR)

1. ความหมายของการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review; AAR)

ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

นฤมล รื่นไวย์ (2554) ให้ความหมายการเรียนรู้จากบทเรียนร่วมกัน (AAR) ว่า หมายถึง การทบทวนกระบวนการทำงานหรือกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติไปแล้วเป็นการทบทวนแบบมีโครงสร้างเพื่อทำการวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นว่าเราได้ทำอะไร ทำไมถึงได้ทำอย่างนั้นแล้วถ้าทำใหม่ จะทำให้มันดีกว่าเดิมได้หรือไม่ โดยที่ผู้ทบทวนจะต้องทราบถึง เป้าหมายหรือสิ่งที่ตั้งเป้าไว้แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่บรรลุ

เป็นการทบทวนการทำงานการปฏิบัติงานของตนเอง โดยยังไม่ต้องไปทบทวน หรือวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ส่วนใหญ่มักจะทำเป็นกลุ่ม โดยมีผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) หรือผู้นำทีม (team leader) เป็นผู้ผลักดัน อาจจะทำเป็นระยะๆ ต่อเนื่อง หรือทำเฉพาะภารกิจหลักๆ ในแต่ละครั้งก็ได้ วิธีการนี้จะทำให้ทีมงานหรือได้มีโอกาสในการทบทวนพฤติกรรมการทำงานของตนเองในกิจกรรมหนึ่งๆ ช่วยให้พนักงานได้เข้าใจในเนื้องานมากขึ้นในระหว่างกระบวนการ และเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ การที่ทีมงานได้มีโอกาสเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะช่วยในการพัฒนาสมรรถนะการทำงานได้ดีขึ้น

สุทัศน์ ดวงดีเด่น (2552) ให้ความหมายการถอดบทเรียนหลังทำกิจกรรม (AAR) เป็นเครื่องมือถอดบทเรียนหรือองค์ความรู้ (Learning Tool) เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติไม่ว่าการปฏิบัตินั้นจะสำเร็จหรือล้มเหลว โดยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัตินั้นๆ เพื่อให้ทีมสามารถที่จะทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป AAR เป็นวิธีการที่สะท้อนสิ่งที่ทีมทำมาด้วยกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทบทวนหลังทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ได้บทเรียนที่อาจนำมาใช้ประโยชน์ต่อไปได้

บุญดี บุญญากิจ (2561) ให้ความหมายการทบทวนกระบวนการทำงาน (AAR) ว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนางาน โดยการทบทวนสิ่งที่ได้ทำไปเพื่อถอดบทเรียนจากสิ่งที่ทำได้ดี (จุดแข็ง) และสิ่งที่ยังทำไม่ได้ไม่ดี (จุดอ่อน) แล้วนำไปปรับปรุงในครั้งต่อไป

งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (2562) ให้ความหมายการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (AAR) ว่า หมายถึง เทคนิค/วิธีการ/ขั้นตอนหนึ่งในการทำงานที่ใช้ในการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน เพื่อปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยคงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว และแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รวมทั้งมีการบันทึก/ถอดบทเรียนที่ได้รับเพื่อใช้เป็นข้อมูล/ความรู้ในการทำงานครั้งต่อๆ ไป

วรางคณา จันทร์คง (ม.ป.ป.) ให้ความหมายการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (AAR) ว่า เป็นการถอดบทเรียนภายหลังการสิ้นสุดกิจกรรม เพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปดีขึ้น และลดข้อผิดพลาด การถอดบทเรียนลักษณะนี้จะมีประโยชน์ ถ้าต้องดำเนินกิจกรรมนั้นหลายๆครั้ง และถอดบทเรียนในช่วงแรกๆของการทำกิจกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการทำงานในครั้งต่อๆไปให้ดีขึ้น และดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) (ม.ป.ป.) ให้ความหมายการทบทวนหลังทำงาน หรือหลังปฏิบัติ หรือหลังกิจกรรม (AAR) ว่า เป็นการทบทวนหรือเป็นกระบวนการเพื่อวิเคราะห์ว่าเกิดเหตุอะไร สาเหตุของการเกิด และจะสามารถดำเนินการให้ดีกว่าเดิมได้อย่างไร โดยเอาบทเรียนจากความสำเร็จและความล้มเหลวของการทำงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาซึ่งการพัฒนาหรือการปรับปรุงการทำงาน การทำ AAR เป็นรูปแบบของกลุ่มทำงานที่สะท้อน ความมีส่วนร่วมในการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น อะไรคือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง สาเหตุของการเกิดและสิ่งที่ได้เรียนรู้คืออะไร

จากความหมายการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) หมายถึง เป็นการถอดบทเรียนกระบวนการทำงานที่ผ่านมาทั้งในระหว่างการดำเนินงานและหลังการดำเนินงาน เพื่อวิเคราะห์ทั้งด้านปัญหา และปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาหรือการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน

2. แนวทางจัดการการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) (บุญดี บุญญากิจ, 2561)

ใช้สำหรับเหตุการณ์ โครงการ หรือกิจกรรมที่มีจุดเริ่มต้น และสิ้นสุด มีจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์/เป้าหมายที่วัดผลได้ เป็นการเรียนรู้จากความผิดพลาดอย่างทันท่วงทีและใช้บทเรียนเหล่านี้มาปรับปรุงในการกระทำในอนาคตโดยที่บทเรียนเหล่านี้จะถูกจัดเก็บและเผยแพร่ให้แก่สมาชิกทีมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในโครงการ และเป็นการแก้ปัญหาและการปรับปรุงผลการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีม ได้แก่

2.1 ไม่เน้นพุ่งเป้าที่บุคคล เน้นคำถามเพื่อหาสาเหตุ (Why)

2.2 บรรยากาศไม่เป็นทางการ

2.3 สมาชิกในทีมมีสิทธิเท่าเทียมกันในการให้ความคิดเห็น

2.4 เปิดเผยตรงไปตรงมาเป็นกัลยาณมิตร

2.5 ไม่ใช่การค้นหาผู้ทำผิดพลาด

2.6 ไม่ใช่การกล่าวโทษหรือตำหนิ

2.7 การค้นหาสาเหตุของปัญหาและวิธีแก้ไข ช่วยให้ระบุ ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ของบุคลากรได้อย่างชัดแจ้ง ระหว่างในช่วงเวลาที่โครงการหรือกิจกรรมดำเนินไป และทำให้เราสามารถจัดเก็บ (capture) ความรู้เหล่านั้นได้ เป็นต้น

นอกจากนี้ นฤมล รื่นไวย์ (2554) ได้กล่าวว่า AAR เป็นรูปแบบที่ดีประการหนึ่งของกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้ความรู้แก่ทีมงานและกระตุ้นให้ผู้ร่วมทีมได้คิดทำในสิ่งที่ถูกต้อง ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในอนาคต และช่วยกันเรียนรู้จากข้อผิดพลาด มีรายละเอียด AAR ดังนี้

1) ทบทวนจุดหมายเบื้องต้น อะไรคือสิ่งที่เราได้ตั้งเป้าไว้แต่แรกเริ่ม มีการวางแผนไว้อย่างไร

2) ทบทวนความจริง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นที่แท้จริงคืออะไร

3) เราได้เรียนรู้อะไร อะไรคือสาเหตุ อะไรคือผล อะไรที่เกิดขึ้นจริงๆ

4) เป้าหมาย เราจะดำรงสิ่งใดไว้ หรือจะเปลี่ยนแปลงสิ่งใด ทำอย่างไรการปฏิบัติในเรื่องนั้นจึงจะดีขึ้นในครั้งต่อไป

5) การทดลอง มีโอกาสใดๆ ที่เราจะสามารถนำวิธีการที่เราได้จากการทำ AAR ไปปฏิบัติเพื่อทดลอง หรือทดสอบว่าวิธีการนั้นๆ ได้ผลหรือไม่ถ้าหากมีโอกาส ก็นำวิธีการใหม่ๆ นั้นเข้าวงจรกระบวนการตามรูปอีกครั้ง

การทำ AAR อาจไม่จำเป็นต้องทำเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือเมื่องานสำเร็จก็ได้ แต่สามารถทำได้ในระหว่างกระบวนการ หลังจากที่ได้ทำกิจกรรมมาแล้วสักระยะหนึ่ง เพื่อค้นหาแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป สมดังเจตนารมณ์ที่จะสร้างองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการเรียนรู้ต่อยอดขึ้นไปเรื่อยๆ การทำ AAR ให้ได้ผล คือ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องเปิดใจและมีความซื่อสัตย์ สิ่งนี้จะทำให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้เต็มอกเต็มใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการทบทวน ทำให้องค์กรได้แบ่งปันประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อองค์กร (นฤมล รื่นไวย์, 2554; สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.), ม.ป.ป.)

3. แนวทางคำถามในการทำ AAR (สุทัศน์ ดวงดีเด่น, 2552; งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2562; วรางคณา จันทร์คง (ม.ป.ป.)

แนวทางคำถามในการทำ AAR โดยทั่วไปมีดังนี้

3.1 สิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการทำงานคืออะไร

3.2 สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่สูงกว่าที่คาดหวังคืออะไร

3.3 สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่ต่ำกว่าที่คาดหวังคืออะไร หรือพบปัญหาอะไร

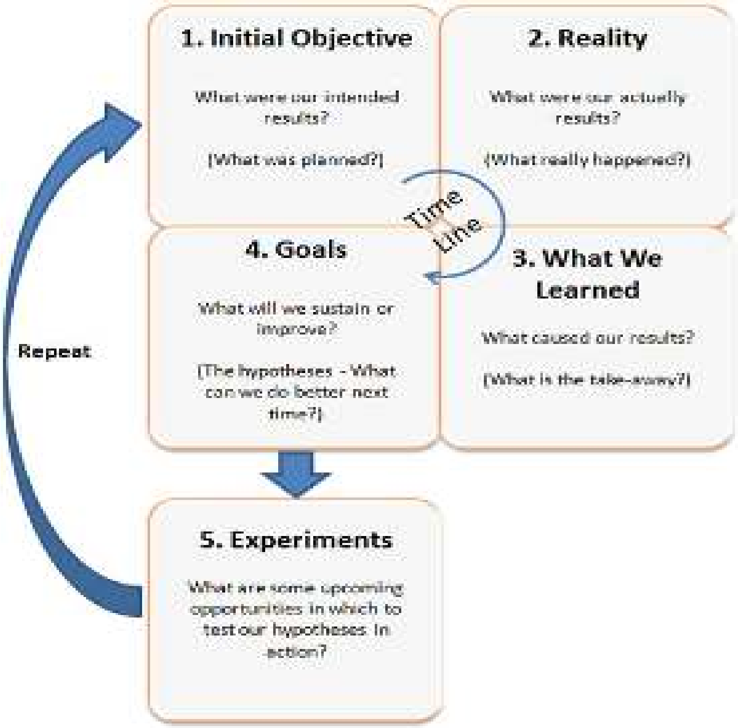
3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร

3.5. คิดว่าควรปรับปรุงอะไร วิธีการลด/แก้ความแตกต่างคืออะไร

3.6 การได้รับบทเรียนอะไรในครั้งนี้ หากต้องทำครั้งต่อไปเพื่อวางแผนให้บรรลุสิ่งที่คาดหวัง หรือเพื่อที่จะช่วยปรับปรุงอะไรต่อไปให้ดีขึ้น

4. ขั้นตอนในการทำ AAR

ขั้นตอนการทำ AAR มีทั้งรูปแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ แต่ในการทำแต่ละครั้ง สมาชิกในกลุ่มควรต้องมีแนวทางปฏิบัติเดียวกัน กฎ กติกา มารยาทเดียวกัน โดยมุ่งเน้นที่การแลกเปลี่ยนข้อสังเกต ความคิดเห็น (นฤมล รื่นไวย์, 2554) ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ขั้นตอนและกระบวนการของ AAR (USAID, 2006 as cited in Donald Clark, 2015)

ส่วนที่ 4 แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573

1. ยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย

ในการประชุมระดับสูงว่าด้วยโรคเอดส์ มิถุนายน 2559 เป้าหมายที่ถูกกำหนดในปฏิญญาทางการเมืองฉบับ ค.ศ. 2016 ได้แก่ 1) การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ต่ำกว่า 500,000 ราย ทั่วโลกภายใน ค.ศ. 2020 2) ลดการเสียชีวิตเนื่องจากเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ให้ต่ำกว่า 500,000 ราย ทั่วโลกภายใน ค.ศ. 2020 และ 3) ขจัดการตีตรารังเกียจและการเลือกปฏิบัติจากเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ภายใน ค.ศ. 2020 และเรียกร้องให้ทุกประเทศเร่งรัดดำเนินการตามเป้าหมาย 90-90-90 รวมทั้งจะหยุดยั้งการระบาดของเอชไอวี

ไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560)

1.1 ประเด็นท้าทายที่สำคัญในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
(คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560)

1.1.2 การดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ แม้การดำเนินงานมีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับ แต่ความครอบคลุมในประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงสูง เด็กชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการทางเพศที่ได้สังกัดสถานบริการ และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงเป้าหมายและเกิดผลกระทบตามที่ไม่ต้องการ จำเป็นต้องมีความพยายามและสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ พร้อมทั้งปรับการตอบสนองความต้องการที่เฉพาะและสอดคล้องกับบริบทมากขึ้น นอกจากนี้ในประชากรทั่วไปของกลุ่มอื่นๆ ในการดำเนินงานเริ่มขาดความต่อเนื่อง และกิจกรรมสำคัญเริ่มขาดหายไป จึงมีความจำเป็นจะต้องมีการปรับและจัดการให้เหมาะสม เพื่อให้การป้องกันยังคงมีความเข้มข้นเพียงพอและยั่งยืนในระบบต่อไป

1.1.2 การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แม้ว่าการให้บริการยาต้านในประเทศไทยจะอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพทุกระบบให้บริการฟรี แต่ผู้ติดเชื้อจำนวนมากเมื่อเข้าสู่ระบบบริการและมักจะมารับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนจากเอดส์แล้ว โดยกว่าร้อยละ 50 มารับยาต้านไวรัสที่ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 200 จึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องสูญเสียชีวิตไป ที่สำคัญขณะนี้ประเทศไทยได้ประกาศนโยบาย ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องระดับเม็ดเลือดขาวซีดี 4 จะทำให้มีจำนวนผู้รับการรักษามากขึ้น บางโรงพยาบาลอาจมีจำนวนหลายพันคน และเนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต จึงเป็นภาระและความท้าทายสูงที่จะคงคุณภาพ และสามารถดูแลได้ในภาวะและระบบแบบเดิมได้

1.1.3 การรังเกียจ กีดกัน และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อรวมทั้งต่อประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ ยังเป็นปัญหาที่สร้างความทุกข์รุนแรงกว่าตัวโรคเอง อีกทั้งยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าใช้บริการของกลุ่มเป้าหมาย การบูรณาการประเด็นของเพศภาวะ และสิทธิมนุษยชนในแผนงานต่างยังไม่ชัดเจนทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้กำหนดกิจกรรมเร่งรัดดำเนินการลดการรังเกียจ กีดกัน และเลือกปฏิบัติเป็นประเด็นสำคัญ รวมทั้งการใช้ข้อมูลมาช่วยการตัดสินใจ การทำให้เอชไอวีและเอดส์ เป็นเหมือนโรคเรื้อรังทั่วไป ปรับทัศนะแก่ผู้ให้บริการสุขภาพและประชาชน รวมทั้งพัฒนาและการขยายกลไกรับเรื่องร้องทุกข์และปกป้องคุ้มครองสิทธิให้ทั่วถึงมากขึ้น

1.1.4 ทรัพยากรในการสนับสนุนการดำเนินงาน แม้ประเทศไทยจะได้เพิ่มงบประมาณสนับสนุนการป้องกันแก่ประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงยากและอยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งเดิมส่วนใหญ่ พึ่งพิงจากต่างประเทศ แต่ยังมีข้อจำกัดในการสนับสนุนให้กับภาคประชาสังคม และองค์กรชุมชนเพื่อร่วมดำเนินงานการเข้าถึงและบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยังมีข้อจำกัดไม่สามารถใช้งบประมาณภายในประเทศสนับสนุนการป้องกันและดูแลรักษาให้กับประชากรที่มีโอกาสรับและถ่ายทอดเอชไอวีสูงที่ไม่ใช่คนไทย และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสบางกลุ่มด้วย ขณะนี้จึงได้มีความพยายามพัฒนากลไกการเงินการคลังใหม่ในการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และมีความคล่องตัวยืดหยุ่นเพียงพอที่จะตอบโต้แก้ไขปัญหาได้ทันสถานการณ์ นอกจากนี้ระบบข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่จำแนกเพียงพอ รวมทั้งการขาดข้อมูลด้านสังคมที่ช่วยทำให้การวางแผนปฏิบัติการที่มีความจำเพาะต่อสถานการณ์และบริบทในแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573

ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 โดยคำนึงถึงการคงความยั่งยืนของความสำเร็จในมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยที่ผ่านมาร่วมกับการเร่งรัดเพิ่มเติมมาตรการใหม่ที่มีประสิทธิผลสูง และการมุ่งเน้นความให้ครอบคลุม

และเพียงพอกับประเด็นในสำคัญที่จะสามารถยุติยุติปัญหาเอดส์ได้ตามกำหนดอย่างยั่งยืน ทั้งนี้จะไม่มีประชากรใดถูกละเลยทอดทิ้งลดความเหลื่อมล้ำ อยู่บนพื้นฐานของการการเคารพ ปกป้อง คุ้มครองสิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคระหว่างเพศ รวมทั้งมีการร่วมรับผิดชอบและร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ

1. มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูงและรอบด้าน ให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

2. ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

3. พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพ รอบด้าน และยั่งยืน

4. ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การลดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

5. เพิ่มความร่วมรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

6. ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

วิสัยทัศน์และเป้าหมาย

เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศไทย และพันธะกรณีระดับนานาชาติทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals) ปี ค.ศ. 2030 ของสหประชาชาติ และตามปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวี

วิสัยทัศน์

การร่วมยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ

เป้าหมาย

การยุติปัญหาเอดส์ กำหนดให้ต้องบรรลุภายในปี พ.ศ. 2573 มี 3 ประการ คือ

1. ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย
2. ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย
3. ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศภาวะลง ร้อยละ 90

หลักการพื้นฐาน

1. การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อม และไม่มีประชากรใดถูกละเลย
2. การเคารพ ปกป้อง คุ้มครอง สิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคทางเพศ
3. การเป็นเจ้าของ และร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

รายละเอียดยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 มีดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูงและรอบด้าน ให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชากรทุกคนทั้งคนไทยและต่างชาติในประเทศไทยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง เข้าถึงชุดบริการที่มีประสิทธิผลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

ประชากรเป้าหมาย

1. เกย์และชายมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น (Gay men and other men who have sex with men)
2. ผู้หญิงข้ามเพศ (transgender women)
3. พนักงานบริการ sex worker และผู้ซื้อบริการ (clients)
4. ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดและวิธีอื่น
5. คู่เพศสัมพันธ์ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อ
6. ผู้ต้องขังในเรือนจำและเยาวชนในสถานพินิจ
7. ประชากรที่ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่นๆ

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลัก

ประชากรเป้าหมายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสสูงในการติดเชื้อเอชไอวีได้รับชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2563 และ ร้อยละ 95 ภายในปี พ.ศ. 2568 ตามลำดับ

มาตรการ/แนวทาง

1. ขยายและจัดชุดบริการผสมผสานที่มีประสิทธิผลสูง (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain; เข้าถึง-เข้าสู่บริการ -คัดกรอง -รักษา -คงอยู่) ในลักษณะที่บูรณาการกับบริการอนามัยเจริญพันธุ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ตับอักเสบ และยาเสพติด ให้ครอบคลุมพื้นที่ยุทธศาสตร์และประชากรเป้าหมายบนพื้นฐานของการเคารพสิทธิ ละเอียดอ่อนต่อเพศภาวะ และสอดคล้องกับบริบทและวิถีความเป็นอยู่ของประชากรเป้าหมาย

2. ทบทวน พัฒนา และปรับเทคโนโลยี และ/หรือรูปแบบบริการใหม่ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมมาเสริมในชุดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงประชากรและประสิทธิผลของการดำเนินงาน

3. จัดการและปรับปรุงกลไกทางกฎหมายและระเบียบ ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางนโยบายและสังคมรวมถึงทัศนคติของสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมาย

4. เพิ่มงบประมาณและพัฒนากลไกการเงินที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงองค์กรภาคประชาสังคมมาร่วมดำเนินการให้มีความครอบคลุมต่อเนื่อง

5. สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพให้กับภาคประชาสังคม ทั้งประชากรเป้าหมาย ชุมชน องค์กรเอกชนสาธารณประยชน์ให้มีส่วนร่วมและบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งของประชากรเป้าหมายให้สามารถเข้าถึงบริการและตัดสินใจเลือกใช้บริการได้อย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มรู้เท่าทันรอบด้าน สามารถประเมินความเสี่ยง มีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี

2. เพื่อให้การป้องกันเอชไอวี มีคุณภาพ และบูรณาการในระบบที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน

ประเด็นในยุทธศาสตร์ละประชากรเป้าหมาย

1. การดำรงสถานะการยุติการติดเชื้อในเด็กแรกเกิด
2. การป้องกันในวัยเด็กและเยาวชน
3. การป้องกันในวัยผู้ใหญ่
4. การป้องกันในประชากรชายขอบ ประชากรไร้สถานะบุคคล และประชากรข้ามชาติ

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลัก

1. ทุกจังหวัดบรรลุเป้าหมายการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในเด็กแรกเกิด

2. ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี

3. บริการป้องกันเอชไอวีได้บูรณาการในแผนงานของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบประชากรเป้าหมาย

มาตรการ/แนวทาง

1. จัดระบบการดำเนินงานการยุติปัญหาเอดส์และซิฟิลิสในเด็กแรกเกิดให้มีคุณภาพ ครอบคลุม ต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งจัดกระบวนการติดตามและศึกษาเพื่อให้รู้สาเหตุที่ทำให้ยังคงมีการติดเชื้อในเด็กแรกเกิดและดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นระบบทั้งในระดับประเทศและพื้นที่

2. ส่งเสริมและบูรณาการให้การจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานและงบประมาณของทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ขับเคลื่อน และสนับสนุนให้มีการดำเนินงานและประกันคุณภาพการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและเอดส์ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

4. พัฒนาชุดกิจกรรมด้านการป้องกันที่เหมาะสมสอดคล้องกับประชากรที่หน่วยงานรับผิดชอบและเหมาะสมกับกลุ่มวัย ทั้งเด็ก เยาวชน ผู้ใหญ่ชายและหญิง และผู้สูงวัย

5. พัฒนาและส่งเสริมให้ประชากรข้ามชาติและประชากรชายขอบเข้าถึงและได้รับบริการป้องกันอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ ตลอดจนมีการประกันสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิต

6. พัฒนาชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถบูรณาการบริการงานด้านอื่นๆ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนามัยการเจริญพันธุ์ ยาเสพติด การพัฒนาเยาวชน ไวรัสตับอักเสบและวัณโรคเป็นต้น

7. สนับสนุนและเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย ถุงอนามัยสตรี สารหล่อลื่น เข็มและกระบอกที่ฉีดสะอาด ให้เพียงพอและเหมาะกับบริบทของแต่ละกลุ่มประชากร

8. ส่งเสริมและพัฒนาเทคโนโลยีทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิผลเข้ามาเสริมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งสารสนเทศและการสื่อสารที่เสริมสร้างวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ปลอดภัยกับประชากรเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืนในระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และกดควบคุมไวรัสสำเร็จ ตลอดจนการรักษาโรคร่วม โรคแทรกซ้อน และผลกระทบจากการรักษา ตั้งแต่เริ่มต้นและระยะยาวอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม สะดวก และต่อเนื่อง

2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัว เด็กที่มีภาวะเปราะบาง และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ได้รับบริการการคุ้มครองทางสังคมและเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพและระบบชุมชนที่เหมาะสมกับความต้องการ

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลัก

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาไวรัส และควบคุมไวรัสสำเร็จตามเป้าหมายร้อยละ 90-90-90 ภายในปี 2563 ร้อยละ 95-95-95 ภายในปี 2568

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลทางสังคมร้อยละ 75

3. การเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงร้อยละ 75

4. ระบบบริการสุขภาพ ระบบคุ้มครองทางสังคม และระบบชุมชนมีความเชื่อมโยง ผสมผสาน และละเอียดอ่อนและตอบสนองต่อปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี

มาตรการ/แนวทาง

1. ส่งเสริมการรู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งด้วยตนเอง เชิงรุกทั้งนอกและในสถานบริการ บนพื้นฐานความพร้อมและสมัครใจ และด้วยเทคโนโลยีใหม่ สะดวกและมีความเป็นส่วนตัว

2. พัฒนารูปแบบสร้างความเข้มแข็งและขยายบริการที่ดำเนินการโดยชุมชน ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและองค์กรภาคประชาสังคม ในการตรวจเอชไอวี และการดูแลรักษา ที่เชื่อมต่อกับสถานบริการ ด้วยการสร้างศักยภาพที่เป็นระบบ ปรับกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และจัดให้มีระบบควบคุมและประกันคุณภาพที่ต่อเนื่อง

3. พัฒนาระบบการดูแลรักษาที่แจกแจงตามลักษณะการดำเนินโรค และระยะเวลาแบบต่อเนื่องตลอดชีวิต การแบ่งภาระกิจการดูแลรักษา การควบคุมและระบบประกันคุณภาพให้เหมาะสมโดยมีการเชื่อมโยงสนับสนุนระหว่างสถานบริการระดับต่างกับชุมชน

4. ทบทวนและพัฒนาแนวทางการวินิจฉัย การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรักษาโรคแทรกซ้อน/โรคร่วมและการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการใช้ยาต้านไวรัสฯเพื่อการป้องกัน ให้ทันต่อความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ และพิจารณาจัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ รวมทั้งลดอุปสรรคการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีใหม่จากปัญหาสิทธิบัตรและราคา ตลอดจนพัฒนาระบบข้อมูลให้มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียว ไร้รอยต่อและเข้าถึงได้สะดวก

5. พัฒนาและบูรณาการ การจัดบริการคัดกรองและดูแลรักษาวัณโรคและโรคร่วมสำคัญอื่นได้แก่ ตับอักเสบบีและซี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไม่ติดต่อ อนามัยการเจริญพันธุ์ และมะเร็ง เป็นต้น

6. พัฒนาและขยายการจัดบริการทางสังคมที่ละเอียดอ่อนต่อการติดเชื้อเอชไอวี บูรณาการและสร้างความเข้มแข็งของระบบปกป้องคุ้มครองทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และระบบชุมชนรวมถึงระบบข้อมูลทางสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวและเด็กที่เปราะบางรวมถึงเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การลดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี สิทธิมนุษยชน และความหลากหลายทางเพศมากพอที่จะไม่รังเกียจกีดกัน และไม่เลือกปฏิบัติ สามารถอยู่ร่วมกันอย่างปกติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบ

2. เพื่อให้บริการที่จัดโดยภาครัฐและเอกชนทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และสังคม มีการกำหนดนโยบายมาตรการ และการดำเนินการที่ไปราศจากอคติ ไม่มีการรังเกียจกีดกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติและมีความละเอียดอ่อนต่อเพศภาวะ

3. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ ตระหนัก เข้าใจถึงคุณค่าภายในตนเอง สามารถเผชิญและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเข้าถึงและได้รับการช่วยเหลือ ปกป้องเมื่อถูกละเมิดสิทธิอันเนื่องมาจากเอดส์และเพศภาวะ

4. เพื่อให้มีกลไกการปกป้องคุ้มครองสิทธิและแก้ไขปัญหาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลักและผู้ที่ได้รับผลกระทบที่มีประสิทธิภาพในระดับพื้นที่

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลัก

1. ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติต่อเอชไอวี/เอดส์ สิทธิมนุษยชน และความหลากหลายทางเพศเพิ่มขึ้น

2. จำนวนหน่วยงานที่มีนโยบาย และมาตรการการดำเนินการที่ส่งเสริมความเข้าใจด้านเอดส์ สิทธิมนุษยชน ไม่มีการรังเกียจกีดกัน เลือกปฏิบัติ และมีความละเอียดอ่อนต่อเพศภาวะ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น

3. กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ที่เป็นการเลือกปฏิบัติ และเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรหลักได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาขึ้น

4. ทุกจังหวัดมีกลไกรับเรื่องร้องเรียนและช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์และสิทธิทางเพศตามเกณฑ์

มาตรการ/แนวทาง

1. สนับสนุนและทำงานร่วมกันกับสื่อทั้งกระแสหลักและรอง รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีการทำงานภาคเอกชนในการวางแนวทาง และดำเนินการสื่อสารสังคมเรื่องเอดส์เชิงบวก สื่อสารสาธารณะเชิงกว้าง ในการเพิ่มความตระหนัก ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อในสังคมที่เกี่ยวกับเอดส์ สิทธิมนุษยชน เพศภาวะ โดยเนื้อหาควรครอบคลุมถึง ภาพลักษณ์เอชไอวีเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้และป้องกันได้ การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การอยู่ร่วมกันในชุมชน สังคมและครอบครัว แม้ว่าจะติดเชื้อเอชไอวี ก็เรียนร่วมกันได้ ทำงานด้วยกันได้ มีคู่ได้ การไม่ตัดสินเหมารวม ความเป็นส่วนตัวในการตรวจและเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ รวมทั้งเพศวิถี

2. ส่งเสริมการเรียนรู้ และดำเนินกิจกรรมในหลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อ กลุ่มประชากรหลักและกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ ให้มีความตระหนักถึงคุณค่าภายในตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิมนุษยชน สามารถจัดการปัญหาด้วยตัวเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการเข้าถึงบริการปกป้องคุ้มครองสิทธิได้ทันท่วงที

3. สร้างความเข้าใจในความสำคัญและบทบาทของครอบครัวต่อการส่งเสริมคุณค่าภายในของผู้ติดเชื้อกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ โดยบูรณาการเข้ากับการดำเนินงาน ภายใต้แผนงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

4. พัฒนาองค์ความรู้ เครื่องมือ วิธีการ และจัดการให้มีการเรียนรู้ การฝึกอบรมที่เป็นการส่งเสริมความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน สิทธิทางเพศ และความเสมอภาคระหว่างเพศ แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ บริการการศึกษา และบริการทางสังคมรวมถึงผู้เกี่ยวข้องหลักทั้งรัฐและเอกชนรวมถึงขับเคลื่อนแนวปฏิบัติแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน และการเชื่อมโยงกับระบบการประกันคุณภาพที่มีอยู่เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

5. พัฒนากฎหมายด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคมเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และปรับเปลี่ยน กฎ ระเบียบปฏิบัติ กฎหมาย รวมทั้งนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกันและการดูแลรักษา

6. พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานและรับผิดชอบร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคมและชุมชนในการทำให้เกิดกลไกที่มีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงในการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในทุกจังหวัด

7. พัฒนาและใช้เครื่องมือ ระบบ วิธีการในการติดตามสถานการณ์ การรังเกียจ กีดกัน เลือกปฏิบัติ การกระทำความรุนแรงจากความแตกต่างทางเพศ ในระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคม ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมถึงการรายงานรายกรณีการละเมิดสิทธิ เพื่อช่วยเหลือเยียวยา และสามารถนำไปใช้ปรับปรุงและพัฒนานโยบาย แผนงาน และการดำเนินงาน ในระดับชาติและระดับพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มความร่วมรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนร่วมรับผิดชอบและจัดสรรทรัพยากร ในการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้พื้นที่มีแผนงาน งบประมาณ และการจัดการที่เพียงพอในการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืน

3. เพื่อให้ระบบบริการโดยชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศที่รัฐสนับสนุน ทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพและดำเนินงานได้มีมาตรฐานและต่อเนื่อง

4. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับนานาชาติในระดับภูมิภาค และระดับโลกในการยุติปัญหาเอดส์

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลัก

1. จำนวนงบประมาณภายในประเทศ และจากภาครัฐในการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด และที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนเพิ่มขึ้น

2. จำนวนองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานบริการ โดยชุมชนเพิ่มขึ้น

3. จำนวนจังหวัดที่มีแผนงาน งบประมาณ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐานการยุติ ปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น

มาตรการ/แนวทาง

1. ระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนทั้งในพื้นที่ท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด ประเทศ และนานาชาติ และจัดการการเปลี่ยนผ่านการสนับสนุนการดำเนินงานจากต่างประเทศสู่การพึ่งพาตนเองทั้งงบประมาณ และการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

2. ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบการเงินการคลัง และกลไกบริหารจัดการ ในการสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ไร่วมกันกับหน่วยงานภาครัฐทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคธุรกิจ/เอกชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดในการบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ภายในเวลาที่กำหนด

3. ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทภาคประชาสังคมในการพัฒนาและยกระดับการบริการรวมทั้ง การประกันคุณภาพบริการที่ได้ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชน ให้มีมาตรฐานและเป็นส่วนหนึ่ง หรือเป็นหน่วยบริการในระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากภาครัฐ อย่างต่อเนื่อง

4. กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในร่วมรับผิดชอบและดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ ให้ชัดเจนเพื่อพิจารณาการบูรณาการงานเอดส์ในแผนงานของหน่วยงาน โดยใช้กลไกคณะกรรมการแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในการสั่งการและกำกับให้หน่วยงานจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ

5. สร้างเสริมสมรรถนะและพัฒนาศักยภาพขององค์กรในพื้นที่ ทั้งองค์กรชุมชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาครัฐ ในการจัดการปัญหาเอดส์ที่เป็นเอกภาพครบวงจรทั้งการจัดทำแผนงาน งบประมาณ กำลังคน การดำเนินงาน รวมทั้งการติดตามประเมินผลเพื่อเป็นหลักประกันในการดำเนินงานที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และครอบคลุมประชากรเป้าหมายโดยเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

6. พัฒนาขับเคลื่อนและใช้กลไกความร่วมมือในระดับภูมิภาค และระดับโลก เพื่อการพัฒนาและประสานนโยบาย การดำเนินงาน การระดมทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินงานในกลุ่มประชากรข้ามชาติ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกับนานาชาติในแผนงานสำคัญที่นำไปสู่การยุติเอดส์

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การตัดสินใจเชิงนโยบาย การวางแผน การพัฒนากลยุทธ์และการจัดสรรทรัพยากรทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงและความจำเพาะของบริบทพื้นที่

2. เพื่อให้ประเทศสามารถใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้และนวัตกรรมจากการวิจัยทั้งทางสังคมและชีวการแพทย์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

3. เพื่อให้มีโครงสร้าง และกลไกที่มีประสิทธิภาพแบบมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ธุรกิจ เอกชนและประชาสังคมในการสนับสนุน และบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ การติดตามประเมินผล และการวิจัย

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลัก

1. ร้อยละขององค์การ/จังหวัด/หน่วยงานที่มีระบบและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการวางแผนจัดทำนโยบาย และจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น

2. จำนวนการวิจัยที่ได้มีการนำความรู้และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น

มาตรการ/แนวทาง

1. พัฒนาและส่งเสริมการใช้เครื่องมือ ระบบ และกลไกการติดตามสถานการณ์ระบาดวิทยาและบริบททางสังคมที่ทำให้สามารถกำหนดพื้นที่ยุทธศาสตร์และประชากรเป้าหมายที่มีความจำเพาะกับแต่ละพื้นที่ รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญเพื่อการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม มีการพัฒนาแนวทางการประเมินผลกระทบในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีใหม่และการบรรลุเป้าหมายยุติเอดส์ในระดับประเทศและพื้นที่

2. ยกระดับและปรับใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานตามแผนงานให้มีประสิทธิภาพ ทันเวลา ลดความซับซ้อน ลดภาระการทำรายงาน และเชื่อมโยงถึงจุดบริการมีความครอบคลุมทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคมและสถานพยาบาลเอกชน

3. พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศในการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณดำเนินงานด้านเอดส์รวมทั้งการประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานและการจัดสรรทรัพยากรทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่

4. พัฒนาระบบการประเมินผลมาตรการ/โครงการ/แผนงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่มีคุณภาพและเพียงพอที่จะนำไปใช้พัฒนานโยบายและปรับปรุงการดำเนินการได้จริงและมีประสิทธิภาพ

5. ส่งเสริมและพัฒนาโครงสร้าง กลไกการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และเอกชนในกระบวนการรวบรวมเรียบเรียง วิเคราะห์ และนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน พัฒนากลยุทธ์ติดตามการดำเนินงาน และระดมทรัพยากร ทั้งในระดับประเทศเขต จังหวัดและพื้นที่

6. ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัยทั้งทางสังคมและชีวการแพทย์ที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ นวัตกรรม และมาตรการใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป้าหมาย และสามารถปรับไปใช้ในการยุติปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

7. พัฒนาและศึกษาวิจัยด้านวัคซีนเอดส์ให้ครบวงจรตั้งแต่วิทยาศาสตร์พื้นฐานจนถึงระดับสามารถผลิตได้ในเชิงอุตสาหกรรม

ส่วนที่ 5 แนวทางการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยมาตรการ RRTTR

มาตรการสำคัญในการยุติเอดส์

มาตรการในการยุติปัญหาเอดส์นั้น ประกอบขึ้นมาจากองค์ประกอบของด้านนโยบายต่างๆ อาทิ เช่น สำนักงานหลักประสันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) แนวทางการดำเนินงานทางสาธารณสุข (Public Health Approach) และการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuum of HIV Services) เป็นกรอบในการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกัน และการดูแลรักษาเอชไอวี มาตรการที่เลือกมาใช้ในการดำเนินงานจะต้องก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญและมีข้อมูลยืนยันชัดเจนในประสิทธิภาพ โดยเน้นการดำเนินงานในพื้นที่และกับประชากรที่ได้รับผลกระทบสูง การจัดบริการควรจะต้องปรับให้เข้ากับสภาวะการเกิดโรคเข้ากับสถานบริการหรือพื้นที่นั้นๆ

การดำเนินงานตามแนวทางสาธารณสุข (Public Health Approach) คือ การคำนึงถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการยืดอายุขัยของประชากรโดยส่วนรวม โดยมีเป้าหมายในการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ โดยบริการนั้นๆ ต้องมีมาตรฐาน ไม่ยุ่งยาก และมีราคาไม่แพง ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงโดยไม่มีการกีดกัน มีส่วนร่วมของชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชน นากจากนั้น ต้องคำนึงถึงการบูรณาการและเชื่อมโยงงานบริการเอชไอวีกับงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล การดำเนินงานเอชไอวีที่ผ่านมาทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เข้มแข็ง

ศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ได้จำลองผลกระทบของมาตรการต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2573 พบว่า

1. หากไม่ได้ใช้มาตรการใดในการแก้ปัญหา สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจะลดลงจากค่าประมาณมาตรการเดิม 9,700 ราย ในปี ค.ศ. 2010 มาเป็นประมาณ 6,100 ราย ในปี ค.ศ. 2030

2. หากใช้มาตรการตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะลดลงจากค่าประมาณ 9,700 ราย ในปี ค.ศ. 2010 มาเป็นประมาณ 3,300 ราย ในปี ค.ศ. 2030 แต่อย่างไรก็ยังไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ได้

3. หากใช้มาตรการผสมผสานระหว่างแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติกับ กลวิธีการเร่งรัดคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี พร้อมการให้ยาต้านไวรัสโดยไม่คำนึงถึงระดับภูมิคุ้มกัน CD4 การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (Treatment as Prevention) จะลดลงจากค่าประมาณ 9,700 ราย ในปี ค.ศ. 2010 มาเป็นประมาณ 1,000 ราย ในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งพบว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และสามารถบรรลุเป้าหมายตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ได้

เป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573 คือ ไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 ราย ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อทุกคนเข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวีและไม่มีการตีตรารังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ เป้าหมายดังกล่าว จะเป็นจริงได้นั้น ต้องมีการทำงานที่บูรณาการด้านป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อ การออกเชิงรุกเข้าหาประชากรเป้าหมาย การให้คำปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อ การส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี การติดตามการรักษา และกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในรูปแบบการมีส่วนร่วม ทั้งจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ภาคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ โดยตั้งเป้ายุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยภายในปี พ.ศ. 2563 จะลดการติดเชื้อรายใหม่ให้น้อยกว่า 500,000 รายต่อปี ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวเนื่องจากเอดส์ให้น้อยกว่า 500,000 รายต่อปี และขจัดทุกรูปแบบของการตีตรารังเกียจและกีดกัน และโดยเฉพาะด้านการรักษานั้น จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อทราบสถานะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด และจากจำนวนผู้ทราบสถานะการติดเชื้อแล้ว ทั้งหมดต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 โดยผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีต้องมีไม่ ต่ำกว่าร้อยละ 90 ที่สามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/mm3 ได้สำเร็จ หรือโดยย่อคือนโยบาย 90-90-90 ทั้งนี้ ภายใต้เป้าหมายลดการเสียชีวิตจากเอดส์ ได้ระบุว่าภายในปี พ.ศ. 2563 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้าถึงการรักษา 30 ล้านคน และการเสียชีวิตเนื่องจากการติดวัณโรคร่วมต้องลดลงร้อยละ 75

การใช้กรอบแนวทางการดำเนินงานที่เรียกว่า RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) เป็นชุดบริการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันเอชไอวี (Essential prevention services) เป็นอย่างยิ่ง โดยมีหลักการสำคัญให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในพื้นที่ ผู้ทำงานจะสามารถวางแผนและออกแบบกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะกลุ่มเป้าหมายและบริบทแวดล้อมได้ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลในพื้นที่จากการวิเคราะห์ชุมชน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันและดูแลการติดเชื้อเอชไอวี และการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคลมาประกอบการออกแบบและวางแผนกิจกรรมด้วย ที่สำคัญ คือ เป็นการให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) และพนักงานบริการหญิง (Female Sex Worker : FSW) และโน้มน้าวให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560ก; 2560ข) การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านเอชไอวีในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องจากโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ซึ่งได้ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯ มีโอกาสเข้าถึงยาต้านเอชไอวีอย่างครอบคลุมและขยายขอบเขตการให้บริการไปยังสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ซึ่งการเข้าถึงบริการในประเทศไทยนั้น คนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 2 ครั้งในสถานบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลและรักษาได้ทันทีทุกคนโดยไม่คำนึงถึง CD4 ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ รวมถึงกองทุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมทั้งประเทศ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560ข)

การป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยมาตรการ RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain)

มาตรการ RRTTR หมายถึง การส่งเสริมให้ประชาชนรู้สถานะการติดเชื้อฯ และรับการรักษาแต่เนิ่นๆ โดยเร่งดำเนินมาตรการ ผสมผสานบูรณาการระหว่างงานป้องกันและการรักษาภายใต้แนวคิด

“การรักษาคือการป้องกัน” (Treatment as Prevention) ประกอบด้วยกิจกรรมที่เรียกว่า RRTTR ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Reach) - การเข้าสู่ระบบ (Recruit) – การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test) – การรักษา (Treat) – การคงอยู่ในระบบบริการ (Retain) โดยเน้นการทำงานที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลัก จัดบริการที่เข้มข้นขึ้น เมื่อพบมีผลเลือดบวกจะได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่นๆ หรือทันทีโดยไม่ต้องรอให้ระดับ CD4 ต่ำ

การประยุกต์กิจกรรมหลักให้เหมาะสมสำหรับพื้นที่และแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ดำเนินการนั้น มีประเด็นหรือมาตรการร่วมที่จะสนับสนุน Reach - Recruit - Test - Treat - Retain เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ มาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบสุขภาพ และมาตรการใช้ข้อมูลเพื่อติดตามประสิทธิภาพการดำเนินงานและการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาพยาบาล (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560ก; 2560ข)

จุดมุ่งหมายมาตรการ RRTTR

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และประชาชนทั่วไปเข้าถึงบริการการป้องกันและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

2. เพื่อให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษา และการติดตามการรักษาเพื่อคงอยู่ในระบบ

ขั้นตอนการดำเนินการมาตรการ RRTTR ที่สำคัญ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ชุมชน (Community diagnosis) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556ก; 2556ข)

การวิเคราะห์ชุมชน เป็นแนวทางวิธีการเก็บ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นอย่างรอบด้าน ข้อมูลและผลการวิเคราะห์มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ทำงานสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์กลุ่มเป้าหมาย วิถีชีวิตและบริบทชุมชน โดยใช้เครื่องมือและกระบวนการที่เหมาะสมกับพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านอื่นๆ ทั้งการระบุ ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมบริการ และที่สำคัญสำหรับผู้ทำงานโครงการ คือ ใช้กำหนดทิศทางและกลยุทธ์ ออกแบบแผนงานและรูปแบบกิจกรรมโครงการ รวมทั้งการจัดกำลังและพัฒนาศักยภาพคนทำงาน รวมทั้งการวิเคราะห์ชุมชนยังเป็นกระบวนการที่เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อการดำเนินงานและจัดบริการที่เหมาะสมในการดำเนินงานด้านการป้องกันกันเอชไอวี สิ่งที่มีความสำคัญ คือ องค์กร/หน่วยงาน/ผู้ทำงานร่วมกันเห็นความสำคัญของสถานการณ์ในพื้นที่ และมีความเข้าใจในบริบทต่างๆ ที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อการดำเนินงานอย่างแท้จริง ดังนั้น การวิเคราะห์ชุมชนจึงนับว่ามีความสำคัญสำหรับผู้ทำงานในพื้นที่ ในการสังเคราะห์ข้อมูลที่มีนำไปสู่การวางแผนงานการบริหารจัดการโครงการเป็นไปได้อย่างมีทิศทางชัดเจน สามารถเตรียมการปัจจัยนำเข้า ทั้งงบประมาณ ทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งบุคลากรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมรองรับกับความต้องการของพื้นที่ได้ ข้อมูลจากการวิเคราะห์ชุมชนสามารถนำมาใช้กำหนดทิศทางและกลยุทธ์ ออกแบบแผนงาน และรูปแบบกิจกรรมโครงการ และใช้เป็นข้อมูลเพื่อการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ ยังสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการติดตามงานและประเมินผล ประเมินความครอบคลุม และประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมทั้งประเมินทรัพยากรในการดำเนินงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายหลักและหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริงตั้งแต่ต้น และให้ความสำคัญในทุกระดับ เพื่อให้คนในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความตระหนัก ถึงปัญหาและความเร่งด่วนของการแก้ไขปัญหา

1.1 ข้อมูลที่จำเป็นในการวิเคราะห์ชุมชน

เป็นชุดข้อมูลที่หน่วยงานหรือพื้นที่ควรศึกษาและรวบรวม นำไปสู่การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวิเคราะห์ได้อย่างแท้จริง ผู้ศึกษาควรมีความเข้าใจและมีแนวคิดในเบื้องต้นเกี่ยวกับข้อมูล และประเด็นที่จะนำไปสู่การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ มีดังนี้

1.1.1 การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากร/กลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลที่จำเป็น มีดังนี้

1) จุดรวมตัว สถานที่หรือพิกัด ของประชากรเป้าหมาย อาจแบ่งเป็นสถานศึกษา สถานประกอบการต่างๆ เช่น บาร์ ร้านนวด พื้นที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะสาธารณะ หรือชุมชน ฯลฯ การระบุพิกัดจุดรวมตัวมีความสำคัญซึ่งหากสามารถระบุในรายละเอียดได้มากเท่าไร ก็จะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานในการลงพื้นที่มีความชัดเจนมากขึ้น

2) จำนวนของประชากร ข้อมูลจำนวนประชากรถือว่ามีความสำคัญยิ่งในการบอกขนาดของกลุ่มประชากรที่จะต้องดำเนินโครงการด้านการป้องกันในพื้นที่นั้นๆ และบ่งบอกถึงความครอบคลุมของการเข้าถึงและการจัดบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลด้านจำนวนอาจประมาณการจากฐานข้อมูลประชากรทั่วไปร่วมกับการรวบรวมข้อมูลในระดับพื้นที่ย่อยๆ หรือการจัดเก็บข้อมูลด้านประชากรเฉพาะพื้นที่ซึ่งสามารถเปรียบเทียบให้เห็นความเหมือนความต่างจากการคาดประมาณประชากร การระบุจำนวนประชากรควรมีความสอดคล้องกับสถานที่หรือจุดรวมตัว

3) ช่วงเวลา หมายถึง ช่วงเวลาในการรวมตัวของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ณ จุดรวมตัว หรือสถานที่ต่างๆ หรืออาจเป็นช่วงเวลาในการเปิด - ปิดสถานประกอบการที่กลุ่มเป้าหมายรวมตัว ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญในการนำไปใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม

4) ผู้นำหรือผู้ประสานงานในพื้นที่หมายรวมถึง ผู้ที่เป็นตัวแม่หรือผู้นำตามธรรมชาติในพื้นที่หรือจุดรวมตัวนั้นๆ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือประสานกับหน่วยงานในการดำเนินงานหรือกิจกรรมการป้องกันได้ เช่น เจ้าของหรือผู้จัดการสถานประกอบการ โรงแรม หอพัก เป็นต้น

5) ปฏิทินชุมชนหรือตารางกิจกรรม หรือเหตุการณ์สำคัญของชุมชนที่เกิดขึ้นในรอบวัน รอบเดือนหรือรอบปี หรือเป็นฤดูกาล การทำปฏิทินชุมชนจะทำให้เห็นความชัดเจนหรือความเชื่อมโยงของชุดข้อมูลข้างต้น และทำให้สามารถวางแผนในการดำเนินงานได้เหมาะสม

6) บริบทหรือความต้องการเฉพาะของกลุ่ม การรวบรวมข้อมูลประเภทนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประชากรเป้าหมายให้รอบด้านมากขึ้น และเพื่อนำผลมาวิเคราะห์เชิงลึกในการกำหนดกลยุทธ์และวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสม การศึกษาและรวบรวมข้อมูลควรรวมกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงในบริบทนั้นๆ ด้วย บางกลุ่มอาจมีลักษณะเครือข่ายและการสื่อสารเฉพาะ เช่น การสื่อสารผ่านอินเตอร์เน็ต ผู้ทำงานจึงจำเป็นต้องเข้าใจวิถีต่างๆ ผ่านทางเครือข่ายออนไลน์ (social network) หรือบางกลุ่มมีเครือข่ายของความสัมพันธ์ทางเพศ (sexual network) ที่โยงใยระหว่างสมาชิกในเครือข่าย จึงควรศึกษาถึงแบบแผนความสัมพันธ์นั้นๆ

1.1.2 ข้อมูลด้านระบาดวิทยาหรืออัตราด้านสถิติต่างๆ ที่มีในพื้นที่

ในกรณีที่พื้นที่มีการรวบรวมข้อมูลด้านระบาดวิทยา หรืออัตราการติดเชื้อ หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว ถือได้ว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญในการวิเคราะห์ชุมชน บางพื้นที่มีการรวบรวมข้อมูลเชิงสถิติรายเดือนหรือรายปีไว้ เช่น ข้อมูลการแพร่ระบาดจากการสำรวจของสำนักระบาดวิทยา ข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตรวจเอชไอวี อัตราการติดเชื้อเอชไอวี อัตราการติดเชื้อหรือการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯลฯ แต่บางพื้นที่อาจไม่มีข้อมูลเฉพาะของกลุ่มประชากร จึงอาจใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำมาประมวลผล

และวิเคราะห์ร่วมได้ หากยังไม่มีความชัดเจนของข้อมูลด้านนี้ คณะทำงานต้องประเมินร่วมกันว่าจะมีการวางแผนการเก็บหรือรวบรวมข้อมูลอย่างไร เพื่อให้พื้นที่มีข้อมูลที่สามารถนำมาประเมินได้

1.1.3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ

ข้อมูลจากหน่วยบริการซึ่งมีความจำเป็นในการทำความเข้าใจบริบทด้านการจัดบริการในพื้นที่หรือใช้เป็นข้อมูลเชื่อมโยงการจัดบริการและวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ ข้อมูลหน่วยบริการอาจประกอบด้วย

1) หน่วยบริการด้าน VCT/ STIs ควรระบุทั้งหน่วยงานของภาครัฐและภาคเอกชนที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะทำให้เห็นภาพระบบบริการในพื้นที่ได้ชัดขึ้น ตัวอย่างข้อมูลที่ควรรรวบรวมได้แก่ ประเภทของหน่วยบริการและบริการที่จัดไว้ วัน/เวลาที่ให้บริการ สถานที่ตั้งและหมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงานของหน่วยบริการนั้น

2) หน่วยบริการด้านการดูแลรักษา ได้แก่ คลินิกเอชไอวีหรือคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรระบุรายละเอียดที่สำคัญบางอย่าง เช่น หน่วยบริการเอชไอวีแต่ไม่สามารถตรวจ CD4 ได้ ต้องส่งตรวจที่อื่น เป็นต้น

3) หน่วยบริการด้านสังคม หมายถึง ข้อมูลหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับบ้านพักฉุกเฉิน หรืออื่นๆ ที่นำไปสู่ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อเพื่อให้ได้รับบริการทางสังคม นอกจากนี้ ยังรวมถึงข้อมูลของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิทั้งในเรื่องของประเด็นสิทธิด้านสุขภาพต่างๆ การดูแลสิทธิ การย้ายสิทธิทั้งนี้ ในการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ควรคำนึงถึงประเด็นความพร้อมของบริการที่มีสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ความเชื่อมโยงการจัดบริการ รวมถึงทัศนคติของหน่วยบริการในระดับต่างๆ

1.1.4 ข้อมูลเครือข่ายการทำงาน

ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ตลอดจนหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ที่อาจมีผลต่อการทำงาน เครือข่ายการทำงานอาจหมายถึงหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานในประเด็นร่วมหรือทำงานร่วมเพื่อกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ทั้งนี้ ควรระบุประเภทหรือบริการขององค์กรเครือข่ายให้มีรายละเอียดที่ชัดเจน ในการวิเคราะห์อาจต้องพิจารณาความเชื่อมโยงของหน่วยงานเครือข่ายในการประสานงานกันว่ามีส่วนในการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการผลักดันการดำเนินงานหรือไม่อย่างไร หรือนโยบายท้องถิ่นที่อาจส่งผลต่อการทำงาน

1.1.5 ข้อมูลทรัพยากร

การเรียนรู้และวิเคราะห์แหล่งทรัพยากรที่สำคัญในชุมชนถือว่ามีความสำคัญและนำไปสู่การระดมหรือการสร้างความร่วมมือของชุมชนในอนาคต ทั้งนี้ ทรัพยากรหมายรวมถึงแหล่งทุนสนับสนุนในพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ฯลฯ และยังรวมถึงทรัพยากรด้านองค์ความรู้

1.2 เครื่องมือและกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน

การวิเคราะห์ชุมชนเริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูลอย่างรอบด้าน โดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้วในพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ค้นหาข้อมูลที่จำเป็นและยังขาดหายไป นำไปสู่การออกแบบเครื่องมือและเก็บข้อมูลที่ต้องการ หลังจากนั้นจึงเป็นการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล และการนำไปใช้ การทบทวนข้อมูลจากเอกสารหรือฐานข้อมูลเดิม (Desk Review) โดยทั่วไป พื้นที่หรือชุมชนจะมีข้อมูลบางส่วน ที่สามารถนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลและเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่ขาดหายไป ชนิดของข้อมูลหรือเอกสารที่ควรนำมาทบทวนได้แก่ สถิติ และบันทึกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวีและเอดส์ในพื้นที่ และรวมถึงข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา เช่น สถิติการรับบริการด้านสุขภาพ อัตราการติดเชื้อ ข้อมูลกลุ่มประชากร

ที่เคยสำรวจหรือจัดทำขึ้น นอกจากนั้นยังรวมถึงเอกสารอื่นๆ เช่น แผนผัง แผนที่ หนังสือท่องเที่ยวที่ระบุสถานประกอบการ เป็นต้น

เครื่องมือเก็บข้อมูลผู้ทำงานสามารถเลือกใช้เครื่องมือต่างๆ ในการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ชุมชนที่สำคัญ คือ การจัดทำแผนที่กลุ่มเป้าหมาย (Target Mapping)

1.2.1 การจัดทำแผนที่กลุ่มเป้าหมาย (Target Mapping)

การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายหลัก เพื่อจัดทำแผนที่/แผนผังทั้งในเชิงข้อมูลตัวเลขและพื้นที่เชิงกายภาพโดยมีข้อมูลหลักที่จำเป็นเกี่ยวกับกลุ่มประชากร การจัดทำแผนที่กลุ่มเป้าหมายเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ผู้ทำงานเข้าใจประชากรเป้าหมายเกี่ยวกับจำนวนและจุดรวมตัวของกลุ่ม ซึ่งบ่งบอกถึง ความหนาแน่นและการกระจายตัว รวมถึงลักษณะเฉพาะที่สำคัญเกี่ยวกับกลุ่มประชากรให้ชัดเจนมากขึ้น ข้อมูลที่จะรวบรวมในการจัดทำแผนที่ควรเป็นการหารือระหว่างทีมทำงาน เพื่อระบุข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญในการอออกแบบและวางแผน ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นที่ควรรวบรวมและศึกษา ได้แก่ จุดรวมตัว/พื้นที่ สถานที่ระบุประเภท จำนวนประชากรในพื้นที่นั้น ช่วงเวลารวมตัวและผู้ประสานงาน ฯลฯ นอกจากนี้แผนที่อาจมีการระบุเกี่ยวกับข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายหลักร่วมด้วย

1.2.2 แนวทางโดยทั่วไปของการจัดทำแผนที่กลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลจากแหล่งหรือฐานข้อมูลเดิมซึ่งระบุข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น จำนวนประชากรในพื้นที่ จำนวนและรายชื่อสถานประกอบการ โดยอาจอ้างอิงจากข้อมูลแผนที่เดิม เอกสารเกี่ยวกับแหล่งบันเทิง เช่น แผ่นพับ หรือผลการสำรวจสถานประกอบการของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ สรุปผลการลงพื้นที่ของหน่วยงานเอกชน ฯลฯ

2) ระบุข้อมูลที่ขาดหายไปและวางแผนในการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่ที่กำหนด จากการประมวลผลจะพบว่าข้อมูลที่มีอยู่นั้นครอบคลุมหรือกระจายตัวอย่างไร โดยพิจารณาจากชุดข้อมูลที่แตกต่างกันและร่วมระบุช่องว่างของข้อมูลที่มีจากการเปรียบเทียบชุดข้อมูลต่างๆ ว่าควรต้องรวบรวมข้อมูลอะไรและส่วนใดเพิ่มเติม ทั้งนี้ อาจมีการกำหนดพื้นที่โดยเริ่มจากบางพื้นที่ก่อนแล้วจึงขยายไปยังพื้นที่อื่นหรือในกรณีที่ทีมงานมีความพร้อมอาจทำในหลายพื้นที่พร้อมกัน

3) ดำเนินการสำรวจตามแผน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันทั้งจำนวนประชากร จุดรวมตัว สถานที่พบปะ และข้อมูลจำเป็นอื่นๆ โดยเน้นที่แนวทางการสำรวจแบบลงพื้นที่ ซึ่งมีทีมสำรวจลงไปยังชุมชนและใช้กระบวนการสังเกตและการสัมภาษณ์ร่วมกับการสำรวจ โดยมีการเลือกทีมงานให้เหมาะสมกับพื้นที่ มีรูปแบบกระบวนการที่เป็นแนวทางเดียวกันและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่นั้นๆ

4) ประชุมติดตามเพื่อรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับทีมงาน ในการลงพื้นที่เพื่อรวบรวมข้อมูล ควรมีแผนการติดตามการดำเนินงานและการสนับสนุนเชิงกระบวนการ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสามารถใช้เป็นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับทีมงานพื้นที่ไปด้วย

5) รวบรวม ประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลทีมงานร่วมกันรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากพื้นที่ โดยมีการบันทึกข้อมูลในรูปแบบต่างๆ มีการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล (clean and validate) และวิเคราะห์ความหมายของข้อมูล

6) สรุปและจัดทำแผนที่ตามรูปแบบต่างๆ ที่กำหนดไว้ จากข้อมูลที่ผ่านการประเมินและวิเคราะห์ทีมงานสามารถสรุปและจัดทำแผนที่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ ตามที่วางแผนไว้หรือตามชุดข้อมูลที่มีรูปแบบแผนที่ที่จัดทำและนำเสนอได้หลายรูปแบบ

โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มประชากรหลักที่เป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) มีความแตกต่างหลากหลายกันไปในแต่ละพื้นที่/ตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ ไม่เพียงแต่ลักษณะของตัวพนักงาน

บริการหญิงเอง แต่รวมถึงลักษณะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ลักษณะของผู้ซื้อบริการ และชุมชนแวดล้อม ซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานบริการหรือเป็นจุดรวมตัวของพนักงานบริการหญิง ความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่นี้เป็นตัวกำหนดทิศทางและแนวทางในการดำเนินงาน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556)

มาตรฐานการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการบริการดูแลสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ สำหรับพนักงานบริการหญิง ได้แบ่งรูปแบบของพนักงานบริการหญิงมี 4 ประเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดบริการที่เหมาะสมและรูปแบบการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีระดับความเปราะบางต่างกัน ดังตาราง 2.2

ตารางที่ 2.2 การจำแนกกลุ่มของพนักงานบริการหญิง (FSW)

	มีสถานบริการเป็นหลักแหล่งชัดเจน (Venue based)	**ไม่มีสถานบริการเป็นหลักแหล่งชัดเจน (Non – venue based)**
ทำงานอย่างเปิดเผย เป็นที่รู้กันในวงกว้าง (Explicit)	พนักงานบริการหญิงในสถานบริการเป็นหลักแหล่งชัดเจน และทำงานบริการอย่างเปิดเผย เป็นที่รู้กันในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น พนักงานบริการหญิงในสถานที่ต่อไปนี้ - สถานค้าประเวณี (ซ่อง) - อาบอบนวด - ร้านคาราโอเกะ (แบบมีห้องแยก) - ร้านอะโกโก้ - โรงแรม	พนักงานบริการหญิงที่ไม่มีสถานบริการเป็นหลักแหล่ง แต่ทำงานบริการอย่างเปิดเผยและสามารถระบุพื้นที่ได้ ตัวอย่าง เช่น พนักงานบริการหญิงในพื้นที่ต่อไปนี้ - จุดพักรถ - ตลาดนัดโคกระบือ - สวนสาธารณะ - งานเทศกาล - ริมถนน - พื้นที่ริมชายหาด - บนรถไฟ - เรือสินค้าหรือเรือเดินสมุทร
ทำงานอย่างไม่เปิดเผย (Non-explicit)	พนักงานบริการหญิงในสถานบริการชัดเจน แต่เป็นการทางานบริการอย่างไม่เปิดเผย เป็นที่รู้กันเฉพาะในวงแคบ ตัวอย่าง เช่น พนักงานบริการหญิงในสถานที่ต่อไปนี้ - ร้านนวดไทย - ร้านคาราโอเกะ (แบบไม่มีห้องแยก) - บาร์/ ร้านอาหาร - ดิสโก้เทค/ ไนท์คลับ/ ผับ - โรงแรม	พนักงานบริการหญิงที่ไม่มีสถานบริการและไม่ได้ทางานบริการอย่างเปิดเผย เป็นที่รู้กันเฉพาะในวงแคบ มักเป็นการทำงานโดยใช้ระบบเครือข่าย ตัวอย่างเช่น - ใช้ระบบอินเตอร์เนต (ผ่านเวปไซต์ โซเชียลเนตเวิร์ค ฯลฯ) - ผ่านเอเย่น - ทางโทรศัพท์

(การจัดทำแนวทางการดำเนินงานด้านเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับพนักงานบริการหญิง, 2555 อ้างถึงใน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556 ข)

บางพื้นที่ การแบ่งประเภทพนักงานบริการหญิงอาจไม่สามารถทำได้ชัดเจนเด็ดขาด เพราะอาจมีความคาบเกี่ยวกันระหว่างประเภท เช่น พนักงานบริการหญิงคนเดียวกันอาจให้บริการในสถานที่เปิดเผยในช่วงหัวค่ำและให้บริการแบบไม่มีสถานที่ในช่วงดึก เป็นต้น นอกจากนี้การแบ่งประเภทยังขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละพื้นที่ด้วย เช่น โรงแรมอาจถูกจัดเป็นสถานบริการที่มีการขายบริการอย่างเปิดเผยในจังหวัดหนึ่ง แต่อาจถูกจัดเป็นสถานบริการที่ไม่เปิดเผยในอีกจังหวัดหนึ่ง อย่างไรก็ตามสาระสำคัญของการจัดประเภทพนักงานบริการหญิงนี้ คือ การให้ผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์ได้เข้าใจถึงสภาวะความเสี่ยงและความเปราะบางที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มพนักงานบริการหญิง เพื่อกำหนดรูปแบบบริการและเทคนิคการเข้าถึงที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม

เนื่องจากการวิเคราะห์ชุมชนในพื้นที่หนึ่งๆ อาจมีหน่วยงานต่างๆ หรือบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการที่แตกต่างกัน การกำหนดบทบาทของหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่างๆ นับเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะทีมงานที่เป็นผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาท และกระบวนให้ชัดเจน และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะ และมาตรฐานในการดำเนินการการมีส่วนร่วมของกลุ่มองค์กรชุมชนหรือกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน

2. การให้บริการด้วยชุดบริการตามมาตรการ RRTTR

(สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560ก, 2560ข; คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์, 2557) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 Reach (การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย)

จุดมุ่งหมาย: เพื่อส่งเสริมการป้องกันและสร้างความต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มสาวประเภทสอง กลุ่มพนักงานบริการ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีชนิดฉีด และผู้ต้องขัง

วัตถุประสงค์: เพื่อค้นหาและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย โดยการทำงานเชิงรุกในรูปแบบต่างๆ เพื่อเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการที่จำเป็น เช่น การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันโรค การสร้างทัศนคติ ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์ นอกจากนั้นการกระตุ้นให้เข้าสู่ระบบบริการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้มีเชื้อได้รับรู้สถานะของตนเองและเข้ารับการรักษาแต่เนิ่นๆ ยังเป็นมาตรการสำคัญของประเทศในการยุติปัญหาเอดส์

แนวทางการดำเนินงาน

1. สร้างความตระหนักในความเสี่ยงต่อการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และความต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นพื้นฐานในวิธีการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกลไกสำคัญสู่ความสำเร็จในการลดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ มีดังนี้

1) เข้าใจวิธีการป้องกันต่างๆ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด

2) รู้และเข้าใจประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

3) รู้แหล่งบริการด้านต่างๆ

4) การใช้สื่อสาธารณะ และสื่อสังคมอิเล็กโทรนิกส์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

5) การสร้างเครือข่ายบริการเพื่อการเข้าถึงลูกค้ากลุ่มต่างๆ เช่น เครือข่ายร้านยา โดยมีเนื้อหาในเรื่องการตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นประจำ หรือเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยง แหล่งบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยบริการตรวจรักษา

การรักษาการใช้สารเสพติด และประโยชน์ของการรับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

2. การจัดทำแผนที่ (mapping) จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย และสถานบริการเพื่อประกอบการวางแผนการนำพากลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบ (recruit) และทำความเข้าใจบริบทพื้นที่ของกลุ่มเป้าหมาย และมาตรการที่เหมาะสมต่างๆ

3. การกระจายอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอ ได้แก่ ถุงยางอนามัย และอุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ ได้แก่เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด

หลักการสำคัญในการดำเนินงานในกระบวนการ Reach (การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย) ที่สำคัญ คือ การทำงานเชิงรุก (Outreach)

แนวทางการทำงานเชิงรุก (Outreach)

การทำงานเชิงรุก หมายถึง การให้บริการนอกสถานพยาบาล เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายที่ไม่ต้องการเปิดเผยสถานะของตน หรือผู้ที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลด้วยตนเองได้มีโอกาสรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงความช่วยเหลืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ให้บริการอาจเป็นกลุ่มเพื่อนหรือแกนนำของประชากรเป้าหมาย (Peer) เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม หรือภาครัฐ รูปแบบอาจผ่านช่องทางต่างๆ เช่น เครือข่ายเพื่อน จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย เครือข่ายสังคมออนไลน์ กิจกรรมระดับชุมชน (เทศกาลในโอกาสต่างๆ) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน Drop in center รวมถึงการออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ (Mobile clinic) โดยหน่วยงานภาครัฐร่วมกับภาคประชาสังคม เช่น บริการ HCT แบบ SDR บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การส่งมอบอุปกรณ์ป้องกันโรค การให้สุขศึกษา เป็นต้น center ตลอดจนการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม บริการเชิงรุก Mobile clinic ควรครอบคลุมการให้บริการตรวจสุขภาพทั่วไปและระมัดระวังความรู้สึกตีตราที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการออกหน่วยในพื้นที่เฉพาะหรือการบริการแก่กลุ่มประชากรเฉพาะก่อนออกปฏิบัติงาน ต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมในพื้นที่เพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมาย การประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้มารับบริการและประเภทของการให้บริการ รวมถึงการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงาน

การทำงานเชิงรุก ประกอบด้วย 1. บริการเชิงรุกโดยภาครัฐ 2. บริการเชิงรุกโดยภาคประชาสังคม 3. บริการเชิงรุกที่เป็นการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม และ/หรือภาคเอกชน ซึ่งการทำงานต่างก็มีศักยภาพในการจัดบริการเชิงรุกที่แตกต่างกัน การหนุนเสริมภาคประชาสังคม ด้วยบริการของหน่วยงานภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม จะช่วยให้การทำงานหรือการจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่มีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การดำเนินงานที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในกลุ่มเป้าหมายหลัก (กลุ่ม MSM และ FSW) เนื่องจากทั้งกลุ่ม MSM ที่ไม่ต้องการเปิดเผยสถานะเพศวิถีของตน และกลุ่ม FSW (พนักงานบริการหญิง) ที่มีช่วงเวลาในการใช้ชีวิตและการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการมารับบริการ รวมทั้งการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการต่างๆ ล้วนเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของพนักงานบริการหญิง ดังนั้น การจัดบริการเชิงรุกที่เข้าถึงพนักงานบริการหญิงในพื้นที่/จุดรวมตัว หรือสถานที่ทำงานต่างๆ จึงเป็นวิธีดำเนินงานที่จะช่วยสนับสนุนให้พนักงานบริการหญิงสามารถเข้ารับบริการ ด้านการป้องกัน ดูแล และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี และบริการด้านสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมา การจัดบริการให้เข้าถึงกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่/จุดรวมตัว หรือสถานที่ทางานต่างๆ มักจะเป็นการทำงานของหน่วยงานภาคประชาสังคม ในขณะที่หน่วยบริการภาครัฐ อาจมีรูปแบบของการทำงานเชิงรุกที่มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างออกไป

แนวทางการบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Outreach program)

การบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การให้บริการนอกสถานบริการสาธารณสุข เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายที่ไม่ต้องการเปิดเผยสถานะเพศวิถีของตนหรือผู้ที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง ให้มีโอกาสได้รับบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้รับความช่วยเหลืออื่นที่เกี่ยวข้อง

คุณสมบัติพื้นฐานของเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปมีดังนี้

1) เป็นผู้มีความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าไม่ได้รับความไว้วางใจ ก็อาจเข้าไม่ถึงตัวกลุ่มเป้าหมาย หรือเข้าถึงแต่กลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ

2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและวิถีชีวิต รวมทั้งเครือข่ายต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี

3) ประสานงานได้ดี ระหว่างกลุ่มเป้าหมายและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข

4) มีข้อมูลความรู้และทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติหน้าที่

5) สามารถเข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล มีความจริงใจ ไม่ตัดสินผู้อื่น และสามารถรักษาความลับได้

6) มีความรับผิดชอบ เสียสละ และมีจิตอาสาต่อการทำงานให้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

7) หากมีประสบการณ์ในการทำงานโครงการป้องกันเอชไอวีกับกลุ่มเป้าหมายมาก่อน จะทำให้เข้าใจลักษณะการทำงานได้เร็วขึ้น

หลักการให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

มีหลักทั่วไป คือ มี 3 ประการ ได้แก่

1) ค้นหากลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก (เช่น MSM TG MSW FSW PWID Migrant เยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น) โดยเฉพาะผู้ที่ยังไม่เปิดเผยเพศวิถีของตน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องค้นหาประชากรกลุ่มนี้โดยวิธีการและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ คือ การทำแผนที่การรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในเชิงเครือข่ายทางสังคมและจุดรวมตัวศึกษาการทำแผนที่กลุ่มเป้าหมาย (Target Mapping)

2) เข้าถึงและสร้างสัมพันธ์เมื่อทราบแหล่งรวมตัวของกลุ่มเป้าหมายแล้ว หน้าที่หลักของเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายคือการเข้าถึงและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีอาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้ภายในการพบปะเพียงครั้งเดียว จึงจำเป็นต้องเข้าถึงและสร้างสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3) ให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายนี้อาจไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆที่รัฐจัดให้ในรูปแบบปกติ รูปแบบการช่วยเหลือ เช่น การให้คำแนะนำทางสุขภาพต่างๆ การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ ความต้องการและจัดหาถุงยางอนามัย สารหล่อลื่นและเข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาที่สะอาด ความต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการส่งต่อไปรับบริการ ณ สถานพยาบาล การติดตามช่วยเหลือเพื่อเชื่อมโยงให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่ต้องการ ตลอดจนการสร้างความรู้ สิทธิประโยชน์ ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการกินยาหรือดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการติดตามคู่สัมผัส เป็นต้น

รูปแบบการให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

การให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ 1. เครือข่ายเพื่อน 2. จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย 3. เครือข่ายสังคมออนไลน์ 4. กิจกรรมระดับชุมชน 5. จุดกระจายข้อมูล ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น 6. ศูนย์เพื่อน 7. ศูนย์ดร็อปอิน 8. สื่อความรู้ต่างๆ

โดยแต่ละช่องทางหรือวิธีการจะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของบริบททางสังคมและข้อจำกัดต่างๆ รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1. เครือข่ายเพื่อน

วิธีการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมาก คือ การสื่อสารด้วยตัวบุคคล โดยเฉพาะการสื่อสารด้วยตัวบุคคลที่มีความเข้าใจในเพศวิถีและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากจะทำให้สามารถสร้างความไว้วางใจกับกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วกว่า และมีโอกาสนัดติดตามเพื่อให้บริการหรือความช่วยเหลืออื่นๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวีหรือการเข้าสู่บริการด้านสาธารณสุขได้ ดังนั้น วิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านเครือข่ายเพื่อนนี้จึงเป็นวิธีการพื้นฐานที่จำเป็นที่สุดสำหรับการทำงานด้านการป้องกันเอชไอวี ลักษณะของการให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ผ่านเครือข่ายเพื่อน ในที่นี้หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายลงพื้นที่เพื่อพบพบปะพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมายที่ตนรู้จักโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นรายเดี่ยวหรือรายกลุ่มก็ตาม

นอกจากการให้ความช่วยเหลือในการส่งต่อไปยังบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว กลุ่มเป้าหมายอาจต้องการได้รับการปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเด็นปัญหาอื่นๆ เช่น การดำเนินชีวิต เพศวิถี ครอบครัวและเพื่อน ความรักและความสัมพันธ์ การเรียนหรือการทำงาน การใช้สารเสพติดหรือของมึนเมา ความเครียดและความซึมเศร้า หรือการเผชิญกับความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ ดังนั้น เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย จะต้องเตรียมพร้อมที่จะให้ข้อมูลและคำปรึกษาเบื้องต้นในประเด็นเหล่านี้ และต้องวางแผนตารางเวลาการลงปฏิบัติงานของตนในแต่ละวันด้วย ประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นแม้จะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่อาจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ได้ บางครั้งกลุ่มเป้าหมายอาจต้องการความช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ ซึ่งหมายถึงกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ เช่น ถูกข่มขืน โดนไล่ออกจากงาน ถูกกระทำความรุนแรงเนื่องมาจากเพศวิถีของตน หรือไม่สามารถทำใจยอมรับผลการตรวจว่าตนมีเชื้อเอชไอวี เป็นต้น สถานการณ์ร้ายแรงเหล่านี้เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต้องสามารถประเมินระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นและให้คำปรึกษาในเบื้องต้นได้ รวมทั้งยังต้องสามารถช่วยส่งต่อไปยังบริการ ที่ต้องการได้อย่างเหมาะสมด้วย สำหรับการวางแผนให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายควรวางแผนการให้บริการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละคน โดยใช้แบบบันทึกมาตรฐานเพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการ สภาพปัญหา และความต้องการเฉพาะของแต่ละราย ตัวอย่างหัวข้อบันทึกในแบบติดตามการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น รหัส วันที่และครั้งที่ให้บริการ อายุโดยประมาณ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย บริการพื้นฐานที่กลุ่มเป้าหมายได้รับในแต่ละครั้งที่พบกับเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลการแจกถุงยางอนามัยสารหล่อลื่นและสื่อความรู้ต่างๆ ข้อมูลการส่งต่อและการไปรับบริการหลังส่งต่อเป็นต้นหลังจากนั้นเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจะต้องสรุปข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย และนำมาใช้วางแผนให้บริการเข้าถึงครั้งต่อไป โดยอาจทำการสรุปผลด้วยตนเองในเบื้องต้นและนำเสนอแผนการทำงานของตนในระหว่างการประชุมทีมทางานให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่อไป เพื่อเป็นการวางแผนงานร่วมกัน เช่น กลุ่มเป้าหมายยังมีทัศนคติหรือความเข้าใจผิดในประเด็นใด มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับใด เคยได้รับการส่งต่อหรือไม่ หรือส่งต่อแล้วไปรับบริการหรือไม่ มีประเด็นที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษในเรื่องใดหรือไม่ เป็นต้น

2. จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย

แม้การให้บริการผ่านเครือข่ายเพื่อนเป็นการให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ แต่ในบางพื้นที่อาจดำเนินการได้ยากเนื่องจากในการดำเนินโครงการช่วงแรกเครือข่ายเพื่อนที่สามารถเข้าถึงได้อาจมีอยู่เพียงวงจำกัด ทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เพียงไม่กี่ราย ดังนั้น วิธีการเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย คือ การให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ณ จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย คือ สถานที่กลุ่มเป้าหมายนิยมไปเพื่อพบปะพูดคุยกันไม่ว่าจะด้วย จุดมุ่งหมายใดก็ตาม เช่น พบปะสังสรรค์ หาคู่ มีเพศสัมพันธ์ หรือขายบริการทางเพศ ฯลฯ ตัวอย่างสถานที่ซึ่งเป็นจุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย เช่น สวนสาธารณะ ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารสถานบันเทิง ซาวน่า ร้านนวดหรือสปา ร้านเสริมสวย ฯลฯ รวมถึงอาจได้รับข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านเครือข่ายเพื่อนโดยสอบถามจากกลุ่มเป้าหมายว่า ปัจจุบันมีสถานที่ใดบ้างที่เป็นจุดรวมตัวที่กลุ่มเป้าหมายนิยมไปพบปะกัน วิธีการลักษณะการให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมายจะมีความแตกต่างจากการให้บริการเข้าถึงผ่านเครือข่ายเพื่อน เนื่องจากเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ลงพื้นที่ที่จุดรวมตัวอาจยังไม่รู้จักกับกลุ่มเป้าหมาย หลังจากการให้บริการเข้าถึงที่จุดรวมตัวแล้ว บางคนอาจมีความสนใจที่จะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมหรือต้องการเข้าร่วมกิจกรรม หรือต้องการได้รับบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายสามารถนัดหมายและให้บริการภายหลัง ซึ่งการพยายามชวนพูดคุยโดยใช้เวลานานและให้ข้อมูลที่มากเกินไปอาจส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อตัวเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมบริการที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ต่อไป ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจอย่างแท้จริงในประเด็นที่กำลังพูดและต้องการได้ข้อมูลเพิ่มเติม ข้อพึงระวังอีกประการหนึ่ง คือ การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางคนอาจไม่ต้องการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย หรือรับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น หรือสื่อความรู้อื่นๆ เนื่องจากกลัวว่าผู้อื่นจะทราบว่าตน หรือเป็นผู้ที่สนใจหาคู่เพศสัมพันธ์หรือด้วยเหตุผลอื่นๆ

3. เครือข่ายสังคมออนไลน์

การให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายไม่ว่าจะผ่านทางเครือข่ายเพื่อนหรือที่จุดรวมตัวเป็นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้น ในปัจจุบันช่องทางการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เปลี่ยนแปลงไป ตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีโดยเฉพาะเครือข่ายสังคมออนไลน์ เช่น ระบบอินเตอร์เน็ต หรือระบบ แอปพลิเคชั่นบนโทรศัพท์มือถือกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลายคนไม่ต้องการเปิดเผยเพศวิถีของตน ทำให้ไม่ไปพบปะกับกลุ่มเป้าหมายด้วยกันหรือไม่สามารถพบเจอในสถานที่ที่เป็นจุดรวมตัว ดังนั้น หากใช้ประโยชน์จากช่องทางเครือข่ายสังคมออนไลน์เหล่านี้ก็จะสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น และเมื่อเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย มีความคุ้นเคยและได้พูดคุยผ่านช่องทางเหล่านี้แล้ว จะสามารถนัดหมายกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเพื่อให้บริการเข้าถึงในครั้งต่อๆ ไปได้ ซึ่งมีลักษณะเหมือนการให้บริการเข้าถึงผ่านเครือข่ายเพื่อน สิ่งที่ต้องพิจารณาคือ วิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้สื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์หรือไม่ และผ่านช่องทางใดบ้าง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่มหรือแต่ละคนอาจมีความนิยมในการสื่อสารผ่านช่องทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกัน

4. การจัดกิจกรรมพิเศษ (Events) ในระดับชุมชน

การจัดกิจกรรมการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เป็นอีกบริการหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายจะสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายในวงกว้างให้ได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกัน เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลให้การบริการ VCT และตรวจรักษา STIs รวมถึงประเด็น ด้านความหลากหลายทางเพศและบริการหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นกิจกรรมระดับชุมชนจึงไม่ได้มุ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ของกลุ่มเป้าหมาย แต่มุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนความเข้าใจหรือทัศนคติให้ถูกต้อง ลักษณะเด่นกิจกรรมระดับชุมชนนี้ คือ จะเป็นกิจกรรมที่มีความบันเทิงและสนุกสนาน และสอดแทรกประเด็นข้อมูลความรู้ที่ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายทั้งนี้ หากกิจกรรมมุ่งเน้นแต่เพียงข้อมูลความรู้หรือวิชาการเพียง อย่างเดียว กลุ่มเป้าหมายอาจไม่สนใจและไม่อยากเข้าร่วมในกิจกรรม หลักการสำคัญสำหรับกิจกรรมระดับชุมชน คือ จะต้องเป็นกิจกรรมที่นิยมของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ มีความสนุกสนานตรงใจ สามารถจุดประกายความรู้สึกของกลุ่มให้คิดตามประเด็นด้านความรู้ที่สอดแทรกในระหว่างกิจกรรม ซึ่งอาจใช้วิธีการให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมได้มีส่วนร่วมด้วย อย่างไรก็ตามจะต้องระวังความเป็นส่วนตัวและไม่เป็นการบีบบังคับหรือฝืนใจให้ร่วมกิจกรรมบางอย่าง ตัวอย่างกิจกรรมระดับชุมชน เช่น กิจกรรมวันเอดส์โลก การเดินแฟชั่นโชว์ ละครเวที คาบาเรต์โชว์ ทอล์คโชว์ การแสดงเต้นประกอบเพลง การประกวดนายหรือสาวประเภทสอง รายการวิทยุ คาราวาน โรดโชว์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการจัดกิจกรรมระดับชุมชนในบางรูปแบบอาจไม่ได้มีขึ้นเพื่อกลุ่มเป้าหมาย เพียงกลุ่มเดียว แต่ยังเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกันมากขึ้นและนำไปสู่สภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการทำงาน ของเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในประเด็นความหลากหลายทางเพศ เช่น กิจกรรมระดับชุมชนที่จัดขึ้นในเทศกาลสำคัญ ได้แก่ วันลอยกระทง วันเอดส์โลก วันวาเลนไทน์ เทศกาลสงกรานต์ นอกจากนี้ในระหว่างการจัดกิจกรรมเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายยังสามารถแจกสื่อความรู้ต่างๆ ถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่นให้แก่กิจกรรมวันเอดส์โลกกลุ่มเป้าหมายและผู้เข้าร่วมกิจกรรมอื่นได้ด้วย

5. การกระจายข้อมูล และอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอ

การจัดตั้งจุดที่ใช้ในการกระจายสื่อความรู้ และอุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่นและอุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ ในพื้นที่หรือสถานที่ที่มีที่ตั้งแน่นอน และกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้สะดวก ก็จะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เป็นอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพสูง รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อีกทั้งถุงยางอนามัยยังใช้ง่ายไม่ซับซ้อน สามารถหาได้ทั่วไปราคาไม่แพง ในปัจจุบันมีการพัฒนา “ถุงอนามัยสตรี” (Female condom) โดยมีวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับถุงยางอนามัย และเสนอเป็นทางเลือกในการป้องกันตัวสำหรับผู้หญิงและผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มักมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักซึ่งมิใช่ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ดังนั้น เยื่อบุทวารหนักของฝ่ายรับอาจฉีกขาดได้เนื่องจากธรรมชาติมิได้สร้างให้เนื้อเยื่อแข็งแรง และไม่สามารถสร้างสารหล่อลื่นที่เพียงพอสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ เยื่อบุทวารหนักหรือถุงยางอนามัยจึงมักฉีกขาดง่าย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เพื่อลดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและถุงยางอนามัย ดังนั้น MSM/TG จึงต้องใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับสารหล่อลื่น (Condom and lubricant) จึงจะเป็นการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพและลดการบาดเจ็บจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก รวมทั้งการส่งเสริมความรู้และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นไปพร้อมกับการสนับสนุนให้มีถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น จะทำให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การสร้างความต้องการใช้ถุงยางอนามัย

การวางแผนกิจกรรมสร้างความตระหนักและความต้องการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ได้แก่

- จำนวนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นที่ต้องใช้อาจได้จากการคาดประมาณหรือการประเมินความต้องการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งขนาด สี กลิ่น รส ฯลฯ ข้อมูลบางส่วนจะได้จากการวิเคราะห์ชุมชน

• การสื่อสารการใช้ถุงยางอนามัยที่มีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ควรทราบช่องทางสื่อสารกับ กลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมกับประเด็นที่ต้องการสื่อสาร นอกจากช่องทางการสื่อสารแล้วเจ้าหน้าที่ควรกำหนดประเด็นหรือเนื้อหาถุงยางอนามัยที่ต้องการสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การต่อรองใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน สุขภาพทางเพศ ฯลฯ

• บริหารจัดการถุงยางอนามัยให้มีปริมาณเพียงพอและต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดซื้อ การควบคุมคุณภาพในทุกขั้นตอน การขนส่ง (จากแหล่งผลิตไปสู่จุดกระจาย) การจัดเก็บอย่างถูกวิธี และการตรวจสอบและดูแลถุงยางอนามัย ณ จุดกระจายถุงยางอนามัย การเพิ่มช่องทางและ/หรือทางเลือกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้เหมาะสม การจัดจำหน่ายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นในราคาต้นทุนในสถานบริการ หรือโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

• สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายมีความรู้และทักษะการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง และสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะ

• สนับสนุนเชิงนโยบาย ให้ผู้มีอำนาจหรือผู้มีอิทธิพลที่เกี่ยวข้องสนับสนุนนโยบายใช้ถุงยางอนามัย ศึกษาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันและการดูแลการติดเชื้อเอชไอวี

• สร้างบรรยากาศอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอให้สังคมเกิดการยอมรับ ปรับทัศนคติและสร้างความตระหนักที่เอื้อให้บุคคลใช้-พกถุงยางอนามัย เช่น สร้างความเข้าใจ แกนนำรณรงค์

6. ศูนย์เพื่อน

การวิเคราะห์ชุมชนและระหว่างการดำเนินการให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอาจรู้จัก MSM/TG ที่เห็นประโยชน์ของการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และต้องการมีส่วนร่วมในการให้บริการต่างๆ ที่สามารถทำได้และอาจยินดีที่จะให้มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อนขึ้นในสถานที่ที่ตนเป็นเจ้าของหรือเป็นผู้ดูแล “ศูนย์เพื่อน” มีลักษณะเหมือนกับจุดกระจายสื่อความรู้ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ต่างกันที่ศูนย์เพื่อนมีองค์ประกอบเพิ่มเติมคือเจ้าของหรือผู้ดูแลสถานที่เอง นอกจากจะยินยอมให้เป็นจุดกระจายสื่อเอกสาร ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นยังยินดีจะรับหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความพร้อมที่จะให้การปรึกษาเบื้องต้น และเป็นผู้ประสานงานเชื่อมต่อระหว่างกลุ่มเป้าหมายที่ไปใช้บริการในศูนย์เพื่อนกับเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ ผู้ดูแลศูนย์เพื่อนควรต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติและความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ และเป็นผู้ที่ไม่นำค่านิยมส่วนตัวมาใช้ในการตัดสินพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย

7. ศูนย์ดร็อปอิน เป็นพื้นที่ปลอดภัย สามารถรักษาความลับได้ และเป็นส่วนหนึ่งของระบบส่งต่อไปรับบริการต่างๆ มีสถานที่ตั้ง กำหนดวันและเวลาเปิดทำการที่แน่นอน มีข้อตกลงและระเบียบในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือใช้บริการ จัดให้มีกิจกรรมและบริการพื้นฐานที่ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ข้อมูล HIV/STIs ด้านเพศวิถี ประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น แจกสื่อความรู้ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นในบางพื้นที่ แม้ว่าจะมีจุดกระจายสื่อความรู้ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นที่ศูนย์เพื่อนแล้วก็ตาม แต่กลุ่มเป้าหมายอาจต้องการสถานที่รู้สึกปลอดภัยและเป็นส่วนตัวเพื่อพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยน สังสรรค์ หรือทำกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน ดังนั้น ศูนย์ดร็อปอินจึงตั้งขึ้นเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดังกล่าว กรณีที่ข้อมูลจากการวิเคราะห์ชุมชนพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีสถานที่อื่นที่สามารถไปพบปะรวมตัวกันตามปกติ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องความรู้สึกปลอดภัยหรือความเป็นส่วนตัว ก็อาจไม่จำเป็นต้องจัดให้มีศูนย์ดร็อปอิน การจัดตั้งศูนย์ดร็อปอินยังเป็นประโยชน์แก่ทีมเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเนื่องจากเจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึง กลุ่มเป้าหมายได้ง่ายขึ้น และการพบปะพูดคุยจะส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ข้อมูลระหว่างกัน เกิดความรู้สึกของการอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน และเกิดความมั่นใจมากขึ้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตน อันเนื่องมาจากการได้เห็นประสบการณ์จากกลุ่มเป้าหมายรายอื่นที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนได้องค์ประกอบสำคัญของศูนย์ดร็อปอิน ได้แก่

• เป็นพื้นที่ปลอดภัย เป็นมิตร และปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งทำให้กลุ่มเป้าหมาย ที่มาใช้บริการรู้สึกสะดวกใจที่จะเข้าไปร่วมกิจกรรมหรือรับบริการต่างๆ

• มุ่งเน้นความเป็นส่วนตัวและสามารถรักษาความลับได้ รวมถึงในส่วนของระบบการส่งต่อไปรับบริการต่างๆ

• มีที่ตั้งที่แน่นอน และตั้งอยู่ในเขตชุมชนที่กลุ่มเป้าหมาย สามารถเดินทางได้สะดวก

• มีวันและเวลาในการเปิดทำการที่แน่นอน (ไม่จำเป็นต้องเปิดบริการทุกวันหรือตลอดทั้งวัน) รวมถึงมีหมายเลขโทรศัพท์ของศูนย์ดร็อปอินที่สามารถติดต่อได้

• มีข้อตกลงและระเบียบที่ชัดเจนในการเข้ามาร่วมกิจกรรมหรือใช้บริการศูนย์ดร็อปอิน

กิจกรรมและบริการพื้นฐานซึ่งต้องจัดให้มีภายในศูนย์ดร็อปอิน ได้แก่

• กิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่ม

• กิจกรรมให้ความรู้ด้านเพศวิถีและสิทธิต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

• บริการให้ข้อมูล HIV/STIs เพศวิถีและประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเผชิญกับความรุนแรงทางเพศหรือความรุนแรงในรูปแบบอื่นๆ รวมทั้งการส่งต่อไปยังหน่วยบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมอื่นๆ หากมีการร้องขอ

• บริการแจกสื่อความรู้ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นกิจกรรมและบริการเพิ่มเติมอื่นๆ ที่อาจจัดให้มีภายในศูนย์ดร็อปอิน ตัวอย่างเช่น

• บริการด้าน VCT หรือการตรวจและรักษา STIs ภายในศูนย์ดร็อปอินโดยตรงซึ่งอาจจัดบริการร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ หรือเป็นบริการที่ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถไปรับบริการ VCT หรือการตรวจและรักษา STIs ได้สะดวกขึ้น

• กิจกรรมสันทนาการหรือกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์

• บริการอื่นๆ เช่น การฝึกอาชีพ บริการอินเตอร์เน็ทและคอมพิวเตอร์ ฯลฯ

8. สื่อความรู้ต่างๆ

การใช้สื่อสาธารณะ และสื่อสังคมอิเล็กโทรนิกส์) เป็นการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์ และสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและประโยชน์ของยาต้านเอชไอวีต่อตนเองและชุมชน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสื่อสารโดยตัวบุคคล แต่ยังมีวิธีการสื่อสารรูปแบบอื่นด้วย คือ การสื่อสารโดยใช้สื่อความรู้ต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ การ์ด พวงกุญแจ เสื้อยืด ถุงยางอนามัย คลิปวิดีโอ คลิปเสียงโฆษณาทางวิทยุ เป็นต้น สื่อความรู้เหล่านี้เป็นรูปแบบการสื่อสารอีกประเภทหนึ่งที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากไม่จำเป็นต้องอาศัยบุคคลเป็นสื่อกลางในการสื่อสาร แต่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ในวงกว้าง ลักษณะของสื่อที่ดีและมีประสิทธิภาพจะต้องเป็นสื่อที่โดนใจและตรงกับวิถีชีวิตและค่านิยมของกลุ่มเป้าหมาย มีเนื้อหาหรือรูปภาพที่เข้าใจได้ง่าย มีเหตุมีผลที่สัมพันธ์กัน ไม่มีข้อความที่มากเกินไป และทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้นสิ่งสำคัญในการออกแบบและผลิตสื่อความรู้คือการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายโดยรวมถึงกระบวนการวางกรอบแนวคิดของสื่อและการทดสอบสื่อก่อนการผลิตจริง ส่วนข้อความหลักที่ใช้ในสื่ออาจเป็นข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือปรับทัศนคติด้านการป้องกัน รวมทั้งประเด็น

ความหลากหลายทางเพศ หรืออาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น หรือการไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ตลอดจนระบุแหล่งที่สามารถไปรับบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือข้อมูลทางสุขภาพ บริการทางสังคมต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับประชากรเป้าหมาย แนวทางการทำงานแบ่งเป็นการสื่อสารสำหรับประชาชนทั่วไป และการสื่อสารสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะที่ต้องจัดเนื้อหา และช่องทางส่งสื่อให้เหมาะกับบริบทกลุ่มเป้าหมายนั้นๆการขอรับการสนับสนุนสื่อหรือเอกสารที่จำเป็นสามารถติดต่อได้

2.2 Recruit (การนำพากลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการ)

แนวทางการดำเนินงาน

เพื่อเน้นการส่งเสริมให้ประชากรเป้าหมายสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้

1. เข้าสู่บริการป้องกัน ดูแล และรักษาอย่างต่อเนื่องได้ครอบคลุมมากพอ ได้แก่

1.1 บริการปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

1.2 บริการป้องกัน และการลดอันตรายจากการใช้ยา (harm reduction)

1.3 บริการดูแลรักษา ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค การรักษาการใช้สารเพสติด และบริการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ได้รับการส่งต่อรับบริการที่มีความเชื่อมโยงจากบริการในชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพ มีกลวิธีสำคัญ ได้แก่

2.1 การสร้าง Brand ของหน่วยบริการ ให้เป็นที่รู้จัก และน่าเชื่อถือ

2.2 การจัดบริการเชิงรุก ได้แก่ การจัดบริการเคลื่อนที่ลงในชุมชน (mobile) เพื่อบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คัดกรองวัณโรค และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือวัณโรค โดยสมัครใจ การใช้สื่อเชิงรุก การขยายบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค รวมถึงการจัดระบบการนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ

2.3 การนำพาคู่มารับบริการ (recruit partners)

2.4 การประยุกต์ใช้ระบบเครือข่าย (respondent-driven sampling – RDS) ในการชวนเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่บริการเครือข่ายทางสังคม โดยใช้ระบบการสร้างจูงใจ

2.5 ส่งเสริมการร่วมบริการกับภาคเอกชน

แนวทางการบริการให้การปรึกษา การตรวจคัดกรอง เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความสำคัญการให้การปรึกษา การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (VCT) นับเป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันแนวทางให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเชื่อมโยงกับบริการรักษาดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีที่ดี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มีสาเหตุเดียวกัน คือมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ดังนั้น การให้ปรึกษาในเชิงป้องกัน คือ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยทั้งผู้ป่วย STIs และกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั้งสองประเภท สำหรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและตรวจคัดกรอง STIs ควรเป็นบริการที่ให้แก่ประชากร ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง กรณีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี VCT จะเป็นข้อบ่งชี้การดำเนินของโรค การมีพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นยังช่วยป้องกันการถ่ายทอดเชื้อและรับเชื้อดื้อยาด้วยบริการให้การปรึกษา ตรวจคัดกรองและรักษา STIs จึงเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญสำหรับกลุ่ม

ที่มีความเสี่ยงสูงให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกของการเกิดโรค และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่บริการรักษาและดูแลที่เหมาะสมต่อไป

มาตรฐานการบริการให้การปรึกษา เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นบริการหลักบริการหนึ่งในการป้องกันและการดูแลรักษา การให้บริการดังกล่าวในปัจจุบันมีทั้งที่เป็นความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่มาขอรับบริการเอง เจ้าหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นผู้เสนอบริการ แนวทางหรือมาตรฐานขั้นต้นที่สถานบริการควรต้องมีสำหรับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1) บริการตรวจด้วยความสมัครใจ อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อการตัดสินใจ แต่ท้ายที่สุดการตัดสินใจตรวจต้องมาจากความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเอง

2) ต้องให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องความหมายของผลเลือด การดูแลรักษาหากตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันและการเปิดเผยผลเลือดกับคู่ที่มีเพศสัมพันธ์

การให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Testing and Counselling; HTC)

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การให้ข้อมูลในด้านต่างๆ ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจ วางแผน และปรับตัวเข้ากับสภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคที่ดำเนินอยู่ สำหรับการให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องกระทำโดยความสมัครใจของผู้รับบริการและให้มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม หรือให้คำยินยอมด้วยวาจา (Verbal consent) เช่น กรณีการให้บริการในรูปแบบนิรนาม เป็นต้น ทั้งนี้ ต้องให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งเสมอ (pre-test/post-test counselling) การให้การปรึกษาก่อนตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสามารถกระทำเป็นกลุ่มได้ (group counselling) ส่วนการให้การปรึกษาหลังตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถกระทำแบบเป็นกลุ่มได้ ต้องให้การปรึกษาแบบรายบุคคล (individual counselling)

การให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มี 2 รูปแบบ คือ ผู้รับบริการเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการต้องการตรวจหาการติดเชื้อด้วยตัวเอง (client-initiated testing and counselling; CITC) และผู้ให้บริการเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการ (provider-initiated testingand counselling; PITC) กระบวนการแบบ PITC เป็นกระบวนการที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีความพร้อมดำเนินงานได้ โดยให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำให้ตรวจ โดยปกติผู้รับบริการสามารถปฏิเสธไม่รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลได้

แนวปฏิบัติของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคล

1) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นการตรวจโดยสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ

2) สถานบริการที่ให้บริการต้องมีมาตรการในการป้องกันการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ

3) สถานบริการต้องให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจทุกครั้ง

4) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องกระทำโดยใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน และชุดตรวจที่ใช้ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน ชุมชน และประเทศ หน่วยงานที่ให้บริการควรดำเนินงานให้เกิดความสะดวกแก่ผู้รับบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้รู้สถานะการติดเชื้อและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

6) การให้บริการควรจัดให้เข้าถึงได้ง่าย งานบริการอาจเป็นแบบนิรนาม เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ

มาตรฐานขั้นต้นของบริการตรวจคัดกรอง และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานบริการทางการแพทย์ควรมีชุดบริการตรวจและรักษาที่เป็นมาตรฐานขั้นต้น และต้องมีคู่มือการบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ได้มาตรฐานตามแนวทางของประเทศ เช่น

• WHO ให้คำแนะนำการตรวจคัดกรองสำหรับ MSM ควรได้รับการตรวจคัดกรองหนองในและหนองในเทียม ทั้งทางอวัยวะเพศ ทวารหนัก และช่องคอ โดยอิงตามข้อมูลจากการซักประวัติทางเพศ แม้จะไม่มีอาการก็ควรได้รับการตรวจคัดกรอง ทั้งนี้รวมถึงการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อซิฟิลิสอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจจะตรวจทุก 3 เดือนหรือปีละ 2 ครั้งตามลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงและความชุกของพื้นที่ นอกจากนั้น WHO ยังแนะนำเพิ่มเติมว่า MSM/TG ควรพิจารณารับวัคซีนตับอักเสบบี (Hepatatitis B) ซึ่งสามารถติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ได้

• ให้การรักษาตามแนวทางรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศ

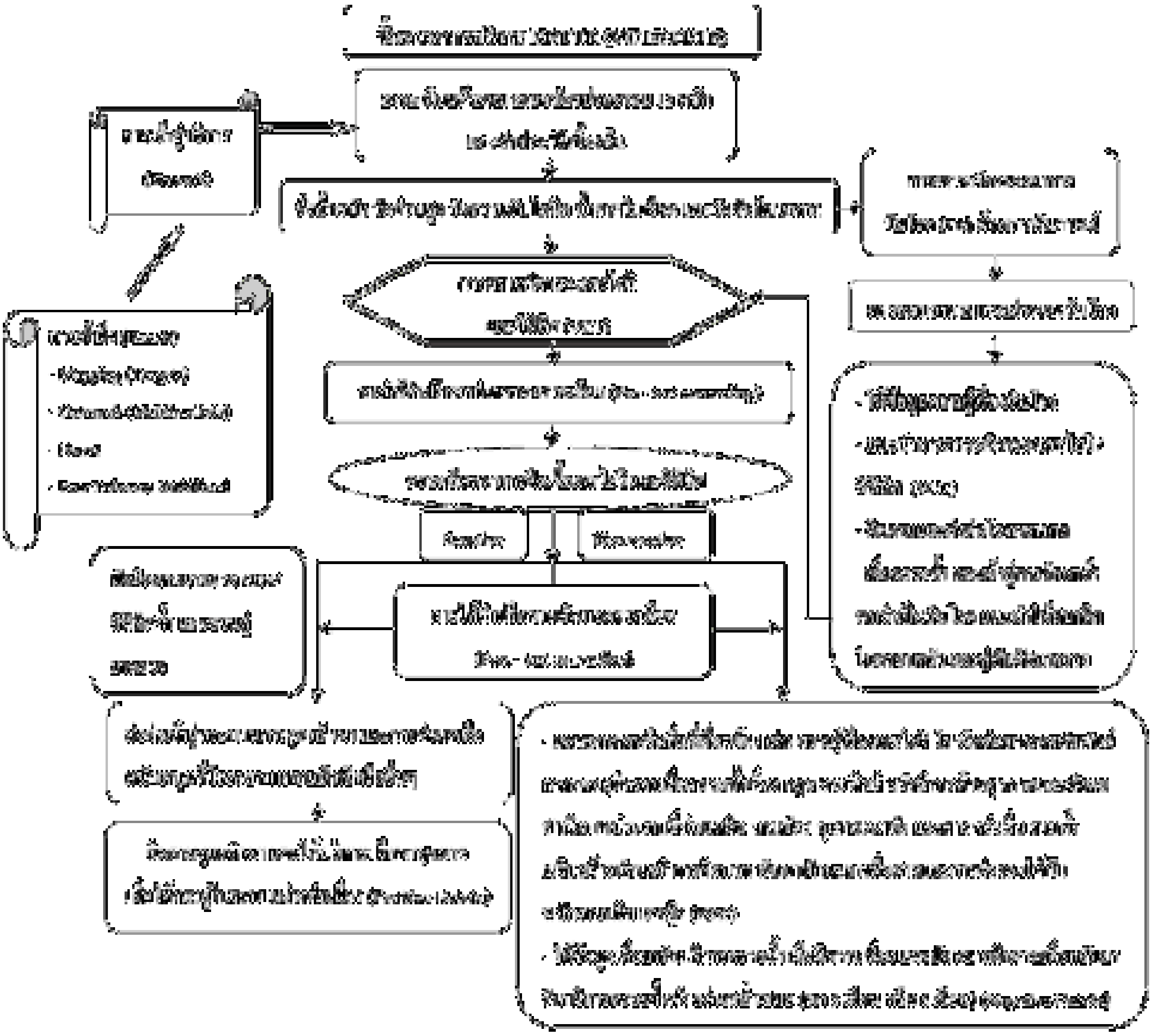
• ให้การปรึกษาตามแนวทางการป้องกัน การลดพฤติกรรมเสี่ยง การกินยาให้ครบชุด รวมทั้งการแจ้งคู่นอน

• บริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้

• บริการตรวจและรักษาคู่ของผู้รับบริการที่เป็น MSM/TG อย่าลืมประเด็น MSM บางรายอาจมีคู่นอนเป็นหญิง คู่ทั้งชายและหญิงควรได้รับการตรวจรักษาเช่นกัน

• พูดถึงความเกี่ยวข้องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับเอชไอวี ความสำคัญของการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี ประโยชน์ที่ควรพิจารณา และการส่งต่อเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการดูแลรักษาวัณโรค หรือบริการทางการแพทย์และบริการสังคมอื่นๆ ตามความเหมาะสม

แผนภูมิการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี



แนวทางการปฏิบัติในการส่งต่อ

แนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อ หมายถึง แนวปฏิบัติเกี่ยวกับระดับของการจัดการดูแลด้านสุขภาพของแต่ละหน่วยบริการจะช่วยให้ทราบว่า ปัญหาสุขภาพใดที่สามารถดูแลได้ และหากเกินกว่าศักยภาพของหน่วยบริการ จาเป็นต้องส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น แนวปฏิบัติดังกล่าวต้องพัฒนาเพิ่มเติมจากแผนที่หน่วยบริการ (Service Mapping) ควรแจกแจงรายละเอียดของบริการที่มีอยู่ในแต่ละหน่วยบริการ

การส่งต่อเพื่อรับบริการที่โรงพยาบาล ถือเป็นหัวใจสำคัญของการบูรณาการบริการด้านการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์ เพราะจะเป็นการเชื่อมโยงบริการต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่ต้องการอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน ทำให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการอย่างเป็นระบบ และสามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ

การส่งต่อและรูปแบบบริการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการต่างๆ เป็นการบริการส่งต่อการดำเนินงานเพื่อบูรณาการงานบริการด้านการป้องกันและดูแลเอชไอวี/เอดส์ ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญในการเชื่อมต่อบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการตามที่ต้องการหรือที่จำเป็นได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และต่อเนื่อง เช่น บริการป้องกัน บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระบบการส่งต่อที่ดีจะช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานทำให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการอย่างเป็นระบบ และสามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ

องค์ประกอบที่จำเป็นในการส่งต่อ

องค์ประกอบที่จำเป็นในการส่งต่อที่สำคัญประกอบด้วย

1. เครือข่าย/หน่วยงานในระบบส่งต่อ

ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีเครือข่ายของหน่วยบริการและองค์กรในระดับต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนซึ่งมีการระบุบริการหรือบทบาทรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น เครือข่ายในระบบส่งต่ออาจประกอบด้วย หน่วยงานด้านการป้องกัน ด้านบริการสุขภาพและบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการดูแลรักษา ด้านสิทธิ/สังคม และด้านการติดตาม/ประเมินผล การระบุความชัดเจนของระดับและบทบาทการจัดบริการของหน่วยงานประเภทต่างๆ จะทำให้หน่วยงานในเครือข่ายมีความเข้าใจ สามารถร่วมกำหนดแนวทางการส่งต่อ และส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้บริการได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ในระบบส่งต่อควรมีรายละเอียดของผู้ประสานงาน การส่งต่อและหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของแต่ละหน่วยงาน โดยรวบรวมรายละเอียดเหล่านี้และจัดทำเป็นรายนามหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบส่งต่อ และควรทำข้อตกลงเกี่ยวกับบทบาทของหน่วยงานหรือองค์กรภายใต้ระบบส่งต่อ เพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรเหล่านั้นมีความเข้าใจในบทบาทของตนภายใต้ระบบส่งต่อ เช่น การเตรียมการ การประสานงาน และการให้บริการต่างๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการส่งต่อ

เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบส่งต่อ เครื่องมือที่ใช้จะช่วยสื่อสารและความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาและมีข้อตกลงร่วมกัน ในเครือข่ายระบบส่งต่อเพื่อกำหนดเครื่องมือที่จะใช้ร่วมกัน ซึ่งนอกจากเครื่องมือดังกล่าวจะใช้เป็นมาตรฐ านหรือตัวกลางระหว่างหน่วยบริการเพื่อการให้บริการแล้ว ยังอาจใช้ในการประเมินและติดตามร่วมกันในพื้นที่ได้ด้วย การใช้เครื่องมือดังกล่าวจึงต้องให้มั่นใจว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรู้จักและเข้าใจร่วมกัน และทำให้ผู้รับบริการสามารถไปรับบริการได้จริง เช่น แบบฟอร์มการส่งต่อ (Referral form) หรือบัตรส่งต่อ (Referral card) นำมบัตรหน่วยบริการ (Clinic card) เป็นต้น

3. รูปแบบการส่งต่อ

รูปแบบการส่งต่อเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถเข้ารับบริการด้านการป้องกัน บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลรักษาได้ตามความจำเป็น การเลือกรูปแบบการส่งต่อควรจะมีความสอดคล้องกับลักษณะหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

• เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้พาไปรับบริการ เป็นรูปแบบที่อำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มเป้าหมาย โดยเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้พาไปรับบริการในรายที่ไม่มั่นใจหรือต้องการการดูแลหรือสนับสนุนอย่างใกล้ชิด

• กลุ่มเป้าหมายที่ไปรับบริการด้วยตนเอง และมีใบส่งต่อจากเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายซึ่งจะทำให้เขามั่นใจว่าจะได้รับบริการอย่างสะดวกมากขึ้น

• เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ให้คำแนะนำบริการ ไม่มีใบส่งต่อหรือเครื่องมือ แต่ช่วยประสานติดต่อกับหน่วยบริการให้ แม้จะเป็นรูปแบบที่ไม่เป็นทางการแต่อาศัยความรู้จัก ส่วนตัวกับทางหน่วยบริการเพื่อให้เกิดการส่งต่อได้

• เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ให้คำแนะนำบริการ และกลุ่มเป้าหมาย ไปรับบริการด้วยตนเองหรือบางครั้งอาจไม่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย แต่ได้รับข้อมูลจากสื่อความรู้ต่างๆ

4. ขั้นตอนการส่งต่อ

การกำหนดขั้นตอนและกระบวนการในการส่งต่อเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานการปฏิบัติงานร่วมกัน และสามารถมั่นใจได้ว่าแนวทางการประสานส่งต่อ จะทำให้กลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องได้รับการส่งต่อสามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่ถูกต้อง ทั้งนี้ ขั้นตอนการส่งต่อควรกำหนดร่วมกันจากทุกหน่วยงานว่าจะมีกระบวนการอย่างไร ทั้งการเตรียมการประสานงาน ระหว่างการส่งต่อและการติดตามร่วมกันหลังการส่งต่อ

5. แผนผังการส่งต่อ

แผนผังแสดงการไหลเวียนของระบบส่งต่อในการส่งและรับผู้รับบริการ ซึ่งเมื่อรวบรวมรายชื่อและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่แล้ว องค์กรหรือ หน่วยงานในพื้นที่ได้นำขั้นตอนและข้อตกลงร่วมมาทำเป็นแผนผังของเครือข่ายการส่งต่อ โดยแสดงให้เห็นภาพความเชื่อมโยงของเครือข่ายการให้บริการ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการอย่างแท้จริงและสามารถติดตามได้ การระบุรายละเอียดต่างๆ ในแผนผังขึ้นอยู่กับข้อตกลงของเครือข่าย

แผนภูมิการตัวอย่างผังการส่งต่อในพื้นที่

ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีดังนี้

1. การให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญยิ่งในการที่จะสร้างความเข้าใจหรือเตรียมในการเข้าสู่บริการ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและตรวจรักษา STIs ได้แก่ ความสำคัญของการรับบริการ ช่วงเวลาที่ควรตรวจ หน่วยงานและบริการที่มีเวลาเปิด - ปิดบริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ชื่อ - ที่อยู่ของผู้ประสานงานของหน่วยบริการ และข้อมูลด้านสิทธิและอื่นๆ เช่น การตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยไม่เสียค่าบริการปีละ 2 ครั้ง

2. คุณภาพของบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและตรวจรักษา STIs มีความสำคัญอย่างมาก ความพึงพอใจของผู้รับบริการจะมีผลต่อการส่งต่อรายอื่นๆ หากการบริการที่ได้ตรงกับข้อมูลที่ได้รับมาจากเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย จะเป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจและไว้วางใจในบริการ และมีผลต่อการบอกต่อและความน่าเชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวกับระบบส่งต่อ

3. การพัฒนาศักยภาพคนทำงานและคุณภาพการส่งต่อ การพัฒนาทั้งเจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และหน่วยบริการเพื่อให้เกิดกระบวนการส่งต่อที่สอดรับกัน มีผลโดยตรงต่อกระบวนการทำงานและคุณภาพของการส่งต่อที่เกิดขึ้น

4. การติดตามและรายงานข้อมูลจากการส่งต่อ มีความสำคัญในการติดตามร่วมกันว่าระบบส่งต่อที่ได้พัฒนาขึ้นมีผลอย่างไรต่อการเข้ารับบริการของกลุ่มเป้าหมาย และสามารถนำมาวางแผนงานของการเข้าถึงหรือปรับรูปแบบบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและตรวจรักษา STIs ในพื้นที่ได้

การให้การปรึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้การปรึกษาก่อนการตรวจ เพื่อแจ้งผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อให้การปรึกษาหลังการตรวจ โดยใช้รูปแบบให้การปรึกษาตามความเหมาะสมของผู้รับการปรึกษาแต่ละราย ส่วนการตรวจคัดกรอง STIs มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ STIs (ทั้งผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการ) เมื่อพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง

3.3 Test (การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจที่เกี่ยวข้อง)

วัตถุประสงค์

บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นช่องทางหลักเพื่อเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาสำหรับผู้ตรวจพบเชื้อทุกคน และเป็นหนึ่งในกลวิธีสำคัญสำหรับป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ

แนวทางการดำเนินงาน

1. จัดบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณภาพ โดยจัดให้มีบริการปรึกษาก่อนและหลักการตรวจ และการตรวจวินิจฉัยที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

2. บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อแบบทราบผลการตรวจในวันเดียว (same-day result) มีความสะดวก และเป็นมิตรสำหรับกลุ่มประชากร

3. จัดระบบส่งต่อการรับตรวจสุขภาพ ตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) และเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็ว

4. จัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่เชื่อมต่อกับการตรวจต่างๆ สำหรับกลุ่มประชากรกลุ่มต่างๆ ได้แก่ บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกรักษาการใช้สารเสพติด

5. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจสำหรับคู่ของหญิงฝากครรภ์ รณรงค์การตรวจพร้อมคู่ ฯลฯ

6. ขยายบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้มีจำนวนมากขึ้น กระจายลงสู่ชุมชน บริการข้อมูลและการปรึกษาผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ทางโทรศัพท์ และสื่ออิเล็กโทรนิกส์ต่างๆ

7. จัดหน่วยบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเคลื่อนที่ในชุมชน (mobile clinic)

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลวันเดียว (Same day result HIV testing; SDR)

เมื่อบุคคลได้รับการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเองแล้ว โดยที่การให้การปรึกษานั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มารับบริการเข้าใจสถานการณ์ติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อในกรณีผู้ยังไม่พบเชื้อ และผู้ที่มีเชื้อแล้วรู้ประโยชน์ของการรักษาเร็ว ความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลดีต่อการรักษาทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวและการป้องกันตนเองไม่ไปรับเชื้อใหม่หรือเชื้ออื่นๆ เช่น กามโรค ไวรัสตับอักเสบบีหรือซี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นด้วย อย่างไรก็ตาม การให้บริการที่ต้องนัดมาฟังผลตรวจเลือดในวันถัดไป ทำให้ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่กลับมาฟังผลเลือด กลุ่มที่มีแนวโน้มสูงที่จะไม่กลับมาฟังผลการตรวจเลือด เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด พนักงานบริการหญิงและชายแรงงานต่างด้าว สามีของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น สถานพยาบาลจึงควรจัดให้มีบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลวันเดียว

การบอกผลการตรวจกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทุกรายควรได้รับฟังผลการตรวจ ในปัจจุบันผู้รับบริการบางกลุ่ม ได้แก่ MSM มีอัตราการกลับมาฟังผลการตรวจค่อนข้างต่ำ ทำให้สูญเสียประโยชน์ที่ควรจะได้รับทั้งด้านการป้องกันและการดูแลรักษาหากตรวจพบเชื้อเอชไอวี สถานบริการสุขภาพควรเร่งรัดการจัดระบบการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลการตรวจภายในวันเดียวให้มากขึ้น เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีแนวโน้มไม่กลับมารับทราบผลการตรวจ เพื่อลดอัตราผู้ที่ไม่กลับมาฟังผลและช่วยให้ผู้ที่พบเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว

การจัดบริการการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลวันเดียวนั้นมีหลายรูปแบบ ทั้งรูปแบบการตั้งรับอยู่ในสถานบริการหรือจัดบริการเชิงรุกออกไปนอกสถานบริการ กรณีรูปแบบการจัดบริการเชิงรุก การใช้ชุดตรวจ rapid test อาจมีความเหมาะสมกว่าการใช้ชุดตรวจที่เป็นเครื่องอัตโนมัติ (machine based) และควรคำนึงถึงระยะเวลาของการรายงานผลตรวจของชุดตรวจที่ใช้ในลำดับต่างๆ ทั้ง 3 ชุดตรวจ ทั้งนี้ ห้องปฏิบัติการควรรายงานผลตรวจได้ภายในเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง

การแจ้งผลตรวจเลือด: ให้แจ้งผู้รับการตรวจเป็นส่วนตัวเท่านั้น โดยผ่านกระบวนการให้การปรึกษาหลังทราบผลการตรวจ ทั้งนี้ ไม่ควรแจ้งผลตรวจเลือดทางโทรศัพท์หรือทางสื่ออื่นๆ ที่ไม่เห็นหน้าผู้รับบริการหรือแจ้งผ่านผู้อื่น

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การจัดบริการแบบตั้งรับในสถานพยาบาล (Facility-based HIV Counseling and Testing; HCT) นอกจากกรณีผู้รับบริการมาขอตรวจหาการติดเชื้อแล้ว (Client-Initiated Testing and Counseling; CITC) ผู้ให้บริการควรเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการ (Provider-Initiated Testing and Counseling; PITC) โดยเน้นเสนอบริการแก่ทุกคนที่รับบริการที่คลินิกวัณโรค คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกผู้ใช้สารเสพติด คลินิกฝากครรภ์ เป็นต้น ส่วนที่แผนกผู้ป่วยทั่วไปจะเสนอบริการแก่ผู้รับบริการที่มีประวัติเสี่ยงต่อการรับเชื้อหรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้เป็นบริการเชิงรับและผู้ที่เข้ามาใช้บริการที่สถานพยาบาล ส่วนใหญ่พบว่าเริ่มป่วยและมีระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ที่ค่อนข้างต่ำ รูปแบบอื่นๆ เช่น ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน Drop-in center (DIC) ในย่านที่เป็นที่ชุมนุมของกลุ่มเป้าหมายจะเป็นทางเลือกให้แก่ผู้ที่อาจไม่สะดวกหรือไม่กล้าที่จะไปตรวจในสถานพยาบาล ที่ผ่านมาพบว่าการจัดบริการแบบตั้งรับนี้ประสบความสำเร็จอย่างดียิ่งที่คลินิกฝากครรภ์ ซึ่งกว่าร้อยละ 99 ของหญิงตั้งครรภ์สมัครใจรับบริการนี้ (HIV Opt out testing) ดังนั้นหากหน่วยบริการสามารถส่งเสริมให้บริการ HCT เป็นเรื่องปกติที่ทุกคน

ควรตรวจ (Normalize HIV testing) นอกจากจะช่วยเพิ่มโอกาสในการทราบสถานะการติดเชื้อ ยังจะช่วยลดความรู้สึกกลัวหรือการถูกตีตราของผู้ที่ขอใช้บริการนี้

2) การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน (Community-based HCT) รูปแบบนี้จะขจัดอุปสรรคหลายประการทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมต่อการเข้าถึงบริการ HCT และช่วยสร้างความตระหนักของชุมชนในการร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รูปแบบต่างๆ เช่น การออกหน่วยเชิงรุกในชุมชนทั่วไปและในชุมชนที่เป็นกลุ่มประชากรหลัก (KAP) รวมถึงกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบ การออกหน่วยตามโรงงานหรือแหล่งที่เป็นที่อยู่อาศัยของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อาจขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ การจัดบริการให้กับกลุ่มผู้ต้องขัง นอกจากนี้รวมถึงการจัดจุดให้บริการ HCT ในโอกาสเทศกาลหรือการรณรงค์ต่างๆ เป็นต้น รูปแบบบริการนี้นอกจากจะส่งเสริมการรู้สถานะการติดเชื้อแล้วยังเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการป้องกันดูแลรักษาพยาบาลแต่เนิ่นๆ ซึ่งมีหลักฐานว่า ผู้ที่ตรวจพบเชื้อในรูปแบบบริการนี้ส่วนใหญ่มีระดับเม็ดเลือดขาว CD4 เฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาล ทางปฏิบัติของการให้บริการแบบเชิงรุกนี้ สถานพยาบาลอาจร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคมหรือชุมชนหรือเจ้าของสถานประกอบการ เพื่อกำหนดรูปแบบและวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการปรึกษา ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ ผ่านการอบรม แต่พบว่าในบางพื้นที่มีการอบรมให้อาสาสมัครจากชุมชนสามารถให้การปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานด้านนี้ที่เพิ่มขึ้น ส่วนผู้ทำหน้าที่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเป็นหลัก แต่ในอนาคตหากมีการปรับรูปแบบการทำงานด้านนี้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่สะดวกขึ้น การให้บริการตรวจหาการติดเชื้ออาจถูกพิจารณาให้ภาคส่วนอื่นเป็นผู้ร่วมให้บริการ ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้ข้อบังคับหรือระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับประเทศต่อไป

หากไม่ใช่การตรวจแบบนิรนามหรือการใช้รหัสแทนชื่อ สถานบริการสุขภาพควรมีระบบบริการที่มีการเก็บรักษาความลับและอธิบายให้ผู้รับบริการทราบถึงขั้นตอนการบริการดังกล่าว เพื่อสร้างความไว้วางใจ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้รับบริการมารับบริการมากขึ้น การรักษาความลับให้ระมัดระวังและรักษาความลับของผู้รับการตรวจอย่างเคร่งครัด และไม่แจ้งผลตรวจให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ เว้นแต่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการที่ผลตรวจไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี ที่อาจยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในระยะ 3 เดือนหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยงครั้งสุดท้าย ผู้รับบริการควรได้รับการแนะนำให้ตรวจซ้ำในช่วงเวลาที่เหมาะสม

การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยต่างๆ ในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการที่เหมาะสม

การส่งต่อผู้รับบริการที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ต้องมีขั้นตอนที่ชัดเจน และควรอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจเพื่อประโยชน์ในการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการส่งผลต่อคุณภาพบริการ หากโรงพยาบาลใดมีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานตามหลักการคุณภาพ จะสามารถลดรอยต่อและจุดรั่วของการดูแลรักษา ทั้งช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงอยู่กับการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นความเชื่อมโยงแบ่งเป็น2 ส่วน คือ

1) ความเชื่อมโยงภายในโรงพยาบาล เนื่องจากการดูแลรักษาเอชไอวีจำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานหลายแผนกร่วมกันให้บริการ ระบบบริการที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล ประสานการส่งต่อ การลดความผิดพลาดของรอยต่อระหว่างแผนกหรือหน่วยบริการมีความสำคัญมากและส่งผลต่อการดูแลรักษา หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ หน่วยให้การปรึกษา คลินิกยาต้านเอชไอวี คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกวัณโรค คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ห้องปฏิบัติการชัณสูตร เป็นต้น หน่วยบริการ

ควรหารือร่วมกัน วางแผนและประเมินการทำงานเรื่องการส่งต่อ ความเชื่อมโยงของหน่วยบริการเป็นประจำอย่าสม่ำเสมอ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ

2) ภายนอกโรงพยาบาล-การเชื่อมต่อกับหน่วยงานภายนอกที่ดำเนินงานด้าน ส่งเสริมป้องกันโรค หรือดำเนินงานเชิงรุกกับหน่วยบริการภายในที่เป็นจุดตั้งรับ ดูแลรักษาหรือให้บริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

2.4 Treat (การดูแลรักษา)

วัตถุประสงค์: การเริ่มยาต้านเอชไอวีแต่เนิ่นๆ จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาและเกิดประโยชน์แก่ชุมชนในการลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น การกินยาต้านเอชไอวีจะต้องกินยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยา

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ

แนวทางการดำเนินงาน

สนับสนุนหน่วยบริการและเครือข่าย สามารถจัดให้มีการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ อย่างมีคุณภาพตามแนวทางการดูแลรักษาของประเทศ เพื่อให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้สามารถเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะเริ่มแรก

1. จัดบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในทุกระดับ CD4
2. บูรณาการการดูแลรักษาเอชไอวีวีร่วมกับวัณโรค และไวรัสตับอักเสบบี
3. พัฒนาระบบบริการด้านต่างๆ ให้สามารถรองรับบริการดูแลรักษาได้อย่างเพียงพอครอบคลุม ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง การตรวจระดับ CD4, Viral Load ฯลฯ
4. พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถร่วมบริการเพื่อเพิ่มการรับบริการต่อเนื่องให้มากขึ้น
5. การพัฒนาระบบข้อมูลบริการดูแลรักษา และใช้ประโยชน์ข้อมูล
6. ขยายหน่วยบริการโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน

การจัดบริการที่เป็นมิตร (Friendly service) ในการจัดบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สถานพยาบาล

เอชไอวีกลายเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ (Chronic and treatable disease) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมถึงจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลรักษาจะต้องคำนึงถึงว่าจะจัดระบบบริการที่จะดูแลไปในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว หรือแม้กระทั่งชุมชนในการสนับสนุน เพื่อเป็นการลดการตีตราและแบ่งแยกการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงเป็นการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดหรือตลอดธรรมชาติของการดำเนินโรค ต้องมีรูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทั้งด้านบริการทางการแพทย์พยาบาล บริการปรึกษา บริการทางสังคม และบริการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพ ทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ ไปจนถึงที่บ้านและชุมชน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจมาตรฐานการจัดบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี

ก่อนเริ่มการรักษาควรมีการซักประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองอย่างน้อยตามตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับการเริ่มยาต้านเอชไอวีและประเด็นซักประวัติ

การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับเริ่มยาต้านเอชไอวี	• ต้องเตรียมผู้ติดเชื้อให้พร้อมกับการต้องกินยาตลอดชีวิต (ประเด็นสำคัญมาก) • ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องทราบถึงความสำคัญของการมติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง -กรณีที่เป็นเด็กจำเป็นต้องคุยกับผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง -ต้องคำนึงถึงทางเลือกของผู้ป่วยในกรณีที่ไม่เลือกการกินยาเป็นสิทธิของผู้ป่วย
การซักประวัติก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี	• ความเสี่ยงของการได้รับเชื้อดื้อยาผ่านทางเพศสัมพันธ์หรือการใช้สารเสพติดทางหลอดเลือดดำ • ประวัติโรคร่วมเพื่อหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาระหว่างยาหรือการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม เช่น ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม โรคทางจิตเวช • ประวัติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร อาหารเสริม หรือการรักษาทางเลือก ควรซักประวัติทุกครั้งที่มารับการรักษา • ประวัติยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ หรือยาที่ใช้ในการรักษาอยู่รวมถึงการใช้สารเสพติด • ประวัติการดื้อยา หรือผลการตรวจการดื้อยา • ประวัติผู้ดูแลผู้ให้การสนับสนุนในการกินยาเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ดูแล • ประวัติเพิ่มเติมในกรณีที่สงสัยการดื้อยามาก่อน ได้แก่ประวัติการกินยาต้านเอชไอวีเดิม การได้ยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ประวัติการดื้อยาหรือผลการตรวจการดื้อยา ความสม่ำเสมอในการกินยา จำนวน CD4 ที่เปลี่ยนแปลงในช่วงที่ผ่านมา

เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวีในประเทศไทย

ปัจจุบันมีการศึกษาพบว่าการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 > 500 cells/mm3 มีประโยชน์ในการลดโรคที่เป็น serious AIDS-related และ serious non-AIDS มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอจนจำนวนของ CD4 ลดลง < 350 cells/mm3 โดยเฉพาะการลดลงของ วัณโรค Kaposi sarcoma และ malignant lymphoma นอกจากนี้การเริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 > 500 cells/mm3 จะมีประโยชน์ในการป้องกันคู่ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการควบคุมจนระดับ VL ไม่สามารถวัดได้ จากข้อมูลดังกล่าวแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านเอชไอวีของประเทศไทยฉบับนี้

จึงแนะนำให้เริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่มีความพร้อมและเข้าใจของการกินยาในระยะยาว ให้ยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกจำนวน CD4

ควรพิจารณาร่วมด้วยผู้ติดเชื้อที่จะเริ่มยาต้านเอชไอวีต้องเข้าใจถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการรักษา เข้าใจประเด็นความสำคัญของ Adherence ยินดีที่จะเริ่มยาต้านเอชไอวี และมีความมุ่งมั่นตั้งใจรับยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิต

การกินยาต้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Adherence to antiretroviral therapy)

การกินยาต้านเอชไอวีเพื่อให้ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดอยู่ในระดับวัดไม่ได้ ต้องการการกินยาที่ตรงเวลา ต่อเนื่อง สม่ำเสมอและตลอดชีวิต หรือเรียกว่ามี adherence ในอัตราสูง ดังนั้นก่อนแพทย์จะสั่งยาต้านเอชไอวีสูตรแรกจะต้องประเมินความพร้อมของผู้มีเชื้อต่อการกินยา หรือช่วยประเมินอุปสรรคต่างๆ ที่จะขัดขวางต่อ adherence การวัด adherence ไม่มีวิธีใดที่สมบูรณ์แบบหรือได้มาตรฐาน ดังนั้นมักจะใช้มากกว่า 1 วิธี ในการประเมินระดับของ adherence หลักการแรกของความสำเร็จ คือ ผู้มีเชื้อต้องเข้าใจแผนการรักษาที่เขาสามารถรับผิดชอบได้ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และความไว้วางใจจะช่วยทำให้การสื่อสารได้ดีอันจะนำไปสู่ความสำเร็จซึ่งอาจต้องการการพบกันหลายครั้งสำคัญที่สุดคือการให้คำปรึกษาและประเมิน adherence และผลข้างเคียงของ ยาต้านทุกครั้งที่ผู้มีเชื้อมารับบริการ เพื่อจะได้ช่วยหาวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดโอกาส การรักษาล้มเหลวและลดการเกิดเชื้อดื้อยา

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำแนะนำที่สำคัญ

เริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีที่ทุกจำนวน CD4 โดยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4>500cells/mm3มีประโยชน์ในการลดโรคที่เป็น seriousAIDS-related และ seriousnon-AIDS มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอจนจำนวนของCD4ลดลง≤350cells/mm3โดยเฉพาะการลดลงของการป่วยเป็นวัณโรค Kaposisarcoma และmalignantlymphoma

สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรก ได้แก่ TDF/FTC หรือ TDF+3TC ร่วมกับ EFV หรือ RPVในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินยา NNRTIs ได้แนะนำ LPV/r หรือ ATV/r

สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรทางเลือก ได้แก่ ABC+3TC หรือ AZT+3TC ร่วมกับ NVP หรือยาในกลุ่ม INSTI ได้แก่ RAL หรือ EVG/c หรือ DTG

กรณี VL<50copies/mL หลังจากกินยาต้านเอชไอวีนานติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี ไม่จำเป็นต้องตรวจ CD4

ถ้ามีปัญหาแพ้ยาหรือผลข้างเคียงทางระบบประสาทจาก EFV ให้พิจารณาลดขนาดยา EFV จาก 600มก./วันเป็น400มก./วัน (ไม่สามารถใช้ EFV400มก.ในคนท้องหรือผู้ป่วยกำลังกินยาrifampicin) หรือเปลี่ยนเป็น NNRTIs อื่น ได้แก่ RPV หรือ NVP

กรณีใช้ RPVก่อนเริ่มยาควรตรวจปริมาณ VL ก่อนเริ่มยาถ้า VL>500,000copies/mL ไม่ควรใช้เนื่องจากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการรักษาล้มเหลว

กรณีที่ไม่สามารถตรวจ VL ก่อนเริ่ม RPV อาจพิจารณาใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ CD4>350cells/mm3 หรือมีVL<50copies/mLอย่างน้อย 6 เดือน

ผู้ที่ได้รับ TDF ควรปรับลดขนาดยาเมื่อ CrCl<60 มล./นาที

ผู้ที่กำลังได้รับ TDF ควรตรวจติดตามการทำงานของไตโดยติดตาม eGFR ทุก 6 เดือน และ UA ปีละ1 ครั้งแต่ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง high risk เช่น อายุมาก,มีโรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง หรือได้รับยาที่มีผลกระทบต่อไต เช่น ยาแก้ปวด NSAIDs ระยะยาวแนะนำคัดกรอง UA ทุก 6 เดือน

ในผู้ที่รับยาต้านเอชไอวีแล้วและมีอาการคงที่มีadherenceที่ดี (stableon ART) ไม่จำเป็นต้องนัดบ่อยครั้งแนะนำให้นัดติดตามทุก 3-6 เดือน

เพิ่มรายละเอียดการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีไวรัสตับอักเสบบีหรือซีร่วมด้วยทั้งเรื่องการให้ยาต้านเอชไอวีการรักษาตับอักเสบบีและซีข้อควรระวังในการรักษา

2.5 Retain (การคงอยู่ในระบบ)

วัตถุประสงค์

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านเอชไอวี จะต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอด รวมถึงเข้าตรวจสุขภาพตามที่นัดหมายทุกครั้ง เพื่อกดจำนวนไวรัสในร่างกายให้อยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพตนเองและคู่ครองหรือคู่สัมผัส และป้องกันการดื้อยาต้านเอชไอวี ส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีแต่ยังตรวจ ไม่พบเชื้อ ควรตรวจหาการติดเชื้อเป็นการประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน ความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการกับภาคประชาสังคมและชุมชน ในการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ไม่มีการตีตรา รังเกียจหรือถูกเลือก ปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิ์ใดๆ ก็ตาม จะช่วยสนับสนุนการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้จริง

แนวทางการดำเนินการ

1. บริการดูแลรักษาที่มีระบบติดตามความร่วมใจในการรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (adherence) มีระบบติดตามการขาดการรักษาที่เหมาะสม ให้คงอยู่ในการดูแลต่อเนื่อง (retention in care) โดยเฉพาะก่อน ระหว่างการรักษา

2. ให้บริการดูแลรักษาที่เน้นผู้รับบริการเข้าใจโรค การดูแลรักษา การดูแลตนเอง และร่วมใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทาง treatment literacy และ positive prevention

3. พัฒนาเทคนิควิธีการเสริมการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ

4. ติดตามเฝ้าระวังการเกิดเชื้อดื้อยา (drug resistance monitoring)

5. สำหรับผู้ที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อและยังคงมีพฤติกรมเสี่ยง ให้บริการป้องกันและบริการปรึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันเพื่อให้ยังคงไม่ติดเชื้อ ตลอดไป และมารับบริการตรวจหาการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ (retain negative)

2.5.1 การคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา (Retention in care)

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอชไอวี/เอดส์การคงอยู่ในการรักษา ไม่ได้หมายความถึงการกินยาสม่ำเสมอ มารับยาตามนัดเท่านั้น แต่หมายถึงการมาติดตามในทุกระยะหลังทราบผลการติดเชื้อ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกำหนดการเข้าถึงและความต่อเนื่องในการรักษา

สามารถแบ่งได้เป็น 5 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual/Intrapersonal factors) ได้แก่

• ปัจจัยพื้นฐาน (Predisposing) เช่น อายุ เชื้อชาติ เพศวิถี การใช้สารเสพติด สุขภาพจิต

• ปัจจัยเกื้อหนุน (Enabling) เช่น การเดินทาง รายได้ สมรรถนะแห่งตน การยอมรับความจริง

• การรับรู้ถึงความจำเป็นในการรักษา (Perceived need) เช่น ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหรืออาการที่เป็น ประสบการณ์เดิม

2) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ (Relationship/Interpersonal factors) ในแง่ของความรู้สึกไว้วางใจ คุณภาพการสื่อสาร และความยาวนานของความสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่อไปนี้

• คู่สัมพันธ์

• คนในครอบครัว
• เพื่อนหรือที่ปรึกษา กลุ่มแกนนำ
• ผู้ให้การรักษา

3) ปัจจัยการตีตรา แบ่งแยก แม้ว่าจะมีการทำงานเพื่อลดสถานการณ์การตีตรา อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการและการคงอยู่ในบริการ ทั้งในระดับบุคคล โครงสร้างระบบบริการ และชุมชน

4) ปัจจัยด้านชุมชน (Community factors) เช่น สังคมเพื่อนบ้าน สังคมที่ทำงาน มีบรรทัดฐานทางสังคมอย่างไร

5) ปัจจัยด้านโยบายและระบบสุขภาพ (Policy and healthcare factors) เช่น ระบบประกันสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการในทุกพื้นที่ ระบบนัดหมาย ระบบบริการในจุดต่างๆ เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องตรวจนอกเวลา จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้มารับบริการและภาระงาน เป็นผลให้การให้บริการของคลินิกหรือโรงพยาบาลไม่ตอบสนองต่อความต้องการ เช่น ระยะเวลารอคอยนาน เปิดเฉพาะเวลาราชการ ทำให้ไม่สะดวกต่อการมารับยาเพราะทำงานหรือมีภาระอื่น อุปสรรคด้านการสื่อสาร เช่น เรื่องภาษา ไม่มีล่าม

หลักการส่งเสริมการคงอยู่ในระบบแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หากสามารถทำให้ผู้ป่วยเปิดใจถามคำถามที่เขาไม่เคยกล้าถาม หรือสามารถบอกความในใจได้ นับเป็นพื้นฐานของการทำให้การติดตามรักษายืนยาวต่อไป การสร้างความรู้สึกอบอุ่น ประทับใจ ถือเป็นหัวใจสำคัญ เจ้าหน้าที่ทุกส่วนที่ผู้ป่วยต้องพบ ตั้งแต่แผนกต้อนรับ เวชระเบียน ธุรการ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก นักสังคมสงเคราะห์ ล้วนมีความสำคัญในการช่วยกันทำให้ผู้ป่วยคงอยู่กับการรักษาได้ตลอด ดังนั้น จึงควรทำความเข้าใจและอธิบายกับเจ้าหน้าที่ทุกส่วน ถึงความสำคัญของ Adherence

2) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องควรเตรียมผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ครั้งแรก ว่าทำอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จในการรักษา การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในกรณีที่มาไม่ได้ การสอนเรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทบทวนกลับว่าผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างแท้จริงหรือไม่ การให้การปรึกษาและพูดคุยเกี่ยวกับความสำคัญของการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้คู่มือ Treatment Literacy หรือการพบแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษามีสุขภาพที่ดีขึ้นเป็นปกติแล้ว มักรู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องมาติดตามสม่ำเสมอ จึงจำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องสร้างความตระหนักถึงการติดตามดูแลสุขภาพทุกด้าน เสมือนการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ เป้าหมายที่สำคัญคือการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ จึงต้องคำนึงถึงโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เบาหวาน ไขมันสูง กระดูกพรุน หรือโรคมะเร็ง

3) เข้าใจในบริบทและยอมรับในวัฒนธรรมที่แตกต่าง ความเข้าใจในวัฒนธรรม บริบทของผู้ติดเชื้อเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เช่น ชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการที่ยังขายบริการอยู่แม้ติดเชื้อแล้ว กลุ่มคนที่มีอุปสรรคใดๆ ก็ตามในการมาติดตามรักษา เช่น กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด กลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นต้น การให้การปรึกษาโดยไม่ตัดสินถึงพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางเพศที่ ไม่ปลอดภัย การตั้งใจตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติด ล้วนแต่เป็นเรื่องที่มีเหตุผลซ่อนอยู่ อย่างลึกซึ้ง การเปิดใจ พยายามเรียนรู้ เปิดรับความเป็นไปได้ต่างๆ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและ ความหมายอย่างยิ่งต่อความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ การยอมรับต่อสิ่งที่เขาปฏิบัติ จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อคงอยู่กับการรักษาได้

4) พัฒนาโครงสร้างที่เอื้อต่อการมารับบริการควรมีการปรับระบบ เช่น ปรับเวลาการให้บริการให้เข้ากับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย คลินิกเด็กอาจจะต้องมีวันเสาร์ หรือช่วงเลิกเรียน เป็นต้น

5) จัดให้มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการติดตามการรักษา (Case manager หรือ Retention specialist)ผู้รับผิดชอบต้องมีสมรรถนะในการจัดการข้อมูล มีเครื่องมือช่วยในการค้นหาข้อมูล เช่น ค้นหาผู้ป่วยผิดนัด ขาดการติดตามได้อย่างครบถ้วนและทันท่วงที มีทักษะการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ มีทักษะในการจัดการเฉพาะบุคคลในประเด็นต่างๆ อย่างรอบด้านและครบถ้วน จากการศึกษาพบว่า ระบบบริการที่จัดให้มี Case management โดยมี Case manager สามารถทำให้ผู้ป่วยคงอยู่กับการรักษาได้ดีกว่ากลุ่มที่ให้การรักษาแบบทั่วไป

6) จัดระบบบริการที่ครอบคลุมทุกด้าน อย่างตรงตามความต้องการและรวดเร็ว ได้แก่ การดูแลสภาวะจิตใจ การหยุดใช้สารเสพติดและสุรา การรับรู้เกี่ยวกับ ภาวะแวดล้อม ที่อยู่อาศัย และการเดินทาง เป็นต้น จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ ที่ได้รับการประเมินเกี่ยวกับอุปสรรคของการเข้าสู่การรักษา เช่น ความเป็นอยู่ที่บ้าน การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนของผู้คนรอบข้าง หรือสังคมสงเคราะห์ การเปิดเผยผลเลือด ความไว้วางใจ การเดินทาง เป็นต้น ภายใน 3-5 วันแรกหลังทราบผลการติดเชื้อ ทำให้ผู้ให้บริการทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยและสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นการเฉพาะหน้า จะส่งผลให้ผู้ป่วยใหม่ขาดนัดลดลงจากร้อยละ 31 เหลือร้อยละ 18

2.5.2 Adherence

เมื่อผู้มีเชื้อเริ่มยาต้านเอชไอวี เขาจะต้องกินยาไปตลอดชีวิต ดังนั้นการให้ได้ระดับAdherence ไม่ต่ำกว่า 100% เพื่อป้องกันการดื้อยาเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง อุปสรรคต่างๆ ที่จะมาขัดขวางไม่ว่าจะเป็นระยะทาง การเดินทางเพื่อมารับยา ค่าใช้จ่ายต่างๆ ผลข้างเคียงของยา และสาเหตุต่างๆ อีกมากมาย ดังนั้นข้อมูลและการสื่อสารเกี่ยวกับยาต้านเอชไอวี ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับยาต้าน สามารถที่จะช่วยทำให้ Adherence ดีขึ้นได้ การสื่อสารจะช่วยให้ผู้รับยาต้านเอชไอวีเกิดความไว้วางใจผู้ให้บริการ ทำให้เราสามารถค้นหาและช่วยแก้ไขอุปสรรคที่มีผลต่อ Adherence การจัดการให้มีความรู้สำคัญเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี Treatment Literacy ในหน่วยบริการสุขภาพ โดยใช้ชุดความรู้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยผู้ให้บริการสามารถสื่อสารกับผู้รับยาได้อย่างครอบคลุมในเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง และช่วยทำให้ระดับ Adherence ดีขึ้น รวมถึงจะช่วยลด stigma และ discrimination การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกแนะนำการติดตามในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการดูแลรักษาให้แตกต่างกันตามอาการและความรุนแรงของโรค โดยมีหลักการดังนี้

ผู้ป่วยอาการคงที่ หมายถึง ผู้ที่รับยาต้านไวรัส > 1 ปี มีการกดไวรัสสำเร็จ VL < 50 copies/mL และมีการกินยาที่ดีสม่ำเสมอ ไม่มีผลข้างเคียงจากยาและมาติดตามสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือตั้งครรภ์ ณ ปัจจุบัน

2.5.3 การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาต้านเอชไอวี (Drug resistance monitoring & prevention)

การบริหารจัดการกลไกของหน่วยบริการในการเฝ้าระวังและดำเนินงานป้องกัน การเกิดเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย 1) จัดตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ 2) ติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มโอกาสเกิดเชื้อดื้อยา โดยใช้ข้อมูลการติดตามที่มีอยู่ ได้แก่ ตัวชี้วัดสัญญาณเตือนเชื้อดื้อยาต้านเอชไอวี (Early Warning Indicators) การสำรวจคลังยา หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุ เน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ เพื่อนำมาจัดลำดับความเร่งด่วนที่ต้องการการแก้ไข 4) จัดทำแผนงานปรับปรุงคุณภาพและแก้ไขปัญหา และ 5) ติดตามผลการดำเนินงาน

ในการดำเนินงานป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยานั้น การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา และการติดตามการรักษาและรับประทานยาตรงตามเวลา (Visit adherence และ drug

adherence) ร่วมกับการบริหารจัดการคลังยาอย่างเป็นระบบเพื่อไม่ให้มียาขาดคลัง การจัดให้มีการตรวจติดตาม viral load เพื่อค้นหาผู้ที่มีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาแต่เนิ่นๆ ตามด้วยการตรวจหา HIV resistance testing และดำเนินการแก้ไขปรับเปลี่ยนสูตรยาตามความเหมาะสมให้รวดเร็วทันเวลา เป็นกระบวนการสำคัญที่สามารถป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาและการรักษาล้มเหลว ซึ่งจะส่งผลต่อให้สามารถลดอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ

2.5.4 การมีส่วนร่วมจากภาคชุมชน

ภาคชุมชนหรือตัวแทนกลุ่มประชากรเป้าหมายมีส่วนร่วมกำหนดทิศทาง วางแผน และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

ข้อมูลปัจจุบันพบว่ากลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเป็นอย่างมาก เป้าหมายของการมีกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมในการดูแลรักษานั้น คือ การมีส่วนร่วมกับทีมโรงพยาบาลและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้ได้รับการรักษาและมีการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งกาย จิตใจ และสังคม ตัวอย่างการช่วยเหลือ ได้แก่

• ด้านร่างกาย เช่น การแก้ปัญหาการเจ็บป่วย การรับประทานยา การเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง

• การช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น ผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วย การทำงาน รายได้ การใช้ชีวิตครอบครัว ช่วยเหลือด้านสังคม เช่น การปรึกษาเรื่องคู่ครอง การอาศัยอยู่ในชุมชน การร่วมพัฒนาชุมชน

• การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ เช่น ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนะคติที่ดีต่อชุมชน ร่วมป้องกันการถ่ายทอดเชื้อทั้งในระดับบุคคลและในชุมชน มีการค้นหาผู้ป่วยใหม่ มีการให้ความรู้แก่ชุมชนในการป้องกันโรคผลลัพธ์ที่สร้างความภูมิใจ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น เช่น ผล CD4 ดีขึ้น ปริมาณไวรัสในร่างกายลดลง ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อาสาสมัครสามารถระดมทุน ระดมคน ระดมภูมิปัญญาชุมชนและวัฒนธรรมเอื้ออาทรมาขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

ระบบบริการที่จะเอื้อให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นควรมีลักษณะอย่างไร

• บทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเป็นผู้ร่วมบริการไม่ใช่เพียงแต่ผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาระบบบริการกับทีมของโรงพยาบาล

• มีการทำงานร่วมกัน แบบเสริมพลังอำนาจกันและกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี

• มีพี่เลี้ยงหรือพยาบาลคลินิกที่เห็นความสำคัญของกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

• พี่เลี้ยง ทีมงานควรมีทักษะการเป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนทั้งองค์ความรู้ และช่วยเหลือด้านจิตใจ และมีทักษะในการประสานกับทีมเครือข่าย ทีมผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้ดี

• มีสถานที่ที่เอื้ออำนวยให้แก่กลุ่มในการทำกิจกรรม หรือพบปะสังสรรค์

• อาสาสมัครควรได้รับการอบรม ผ่านการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาทั้งโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ยาต้านเอชไอวีและผลข้างเคียง การให้การปรึกษา และเรื่องดื้อยา ควรได้ผ่านการประเมินความรู้ ว่ามีความรู้ถึงเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

• การร่วมดูแลที่แท้จริง ไม่ใช่เพียงแต่การช่วยงานในคลินิกเอชไอวี เช่น ค้นบัตร เรียงบัตร วัดความดัน แต่ควรเป็นงานที่ส่งเสริมการเข้าถึงกระบวนการดูแล เช่น กิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมช่วยเหลือเพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

• กิจกรรมกลุ่มที่จัดให้ในวันรับยานั้น อาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเป็นผู้จัดกลุ่มภายใต้การสนับสนุนของพี่เลี้ยง หัวข้อต่างๆ ที่ควรได้รับ เช่น การดูแลสุขภาพตัวเอง เพศศึกษา การนับถือตนเอง ทักษะการใช้ชีวิตของผู้ใหญ่ที่มีเชื้อเอชไอวี

• งานเยี่ยมบ้าน พบกลุ่มในวันรับยา นอกเหนือจากวันที่มีคลินิก คืองานให้การปรึกษากับเพื่อนสมาชิก และส่งต่อข้อมูลกับทีมโรงพยาบาล

• มีการจัดการด้านข้อมูล มีการเตรียมด้านข้อมูล เอกสารเพื่อประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ

2.5.5 การคงอยู่ในระบบของผู้รับบริการที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี

ผู้รับบริการที่ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวี แต่อาจจะยังมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (เช่น คู่ผลเลือดต่าง ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้สม่ำเสมอ) การกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการกลับมาตรวจเอชไอวีสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ หนึ่งถึงสองครั้ง เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพและให้คงสถานะเอชไอวีลบ นับเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรให้ความใส่ใจ การสนับสนุนให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้อยู่ในระบบการป้องกัน สามารถประยุกต์ใช้หลักการของการส่งเสริมการคงอยู่ในระบบแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังรวมถึงบริการสนับสนุนอื่นๆ เช่น บริการให้การปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง บริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น บริการปรึกษาการลดอันตรายจากการใช้ยาและเข็มสะอาด บริการติดตามผู้รับบริการมาตรวจเลือดซ้ำกรณีไม่มาตามนัด เช่น ระบบแจ้งเตือนเมื่อครบกำหนด นอกจากนี้ หากสถานบริการมีความพร้อม สามารถเสนอบริการเพร็พ (PrEP- Pre-exposure Prophylaxis) เพื่อป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อ

ขั้นตอนการให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ก่อนออกให้บริการ

1) การประชุมทีมผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ให้การปรึกษา นักเทคนิคการแพทย์ หรือพยาบาลที่ทำหน้าเจาะเลือด เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่นๆ ที่คอยประสานงานในหน่วยบริการ วัตถุประสงค์ของการจัดประชุมคือ เพื่อวางแผนการทำงาน จัดเตรียมพื้นที่ ประชาสัมพันธ์การบริการ และแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

2) เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคมลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์การให้บริการ แจกถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เอกสารข้อมูลความรู้ หรือทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย

3) เตรียมอุปกรณ์ออกหน่วยบริการและประสานการใช้พื้นที่

4) ประสานงานด้านระบบส่งต่อให้ชัดเจนในกรณีพบผลบวก โดยเตรียมชื่อผู้ติดต่อ สถานที่ แผนก เบอร์โทร ฯลฯ และขั้นตอนการติดตามเพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการไปรับบริการหลังส่งต่อ

ขั้นตอนในวันออกให้บริการ

เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคมลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์การให้บริการ แจกถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เอกสารข้อมูลความรู้อีกครั้ง

งานด้านบริการจัดพื้นที่ในการให้บริการ ดังนี้

1) จัดโต๊ะลงทะเบียน ของที่ระลึก และเอกสารแจกต่างๆ

2) จัดผังทางเดินเข้า-ออกห้องหรือมุมให้การปรึกษา ถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้มารับบริการเข้า-ออก คนละทางกัน ผู้ให้การปรึกษาควรชี้แจงให้ทุกคนรับทราบก่อนเข้ารับบริการถึงรูปแบบการให้บริการ

3) จัดห้องหรือมุมรับบริการปรึกษาและรอตรวจ ควรห่างจากบริเวณที่ให้การปรึกษาและบริเวณที่ตรวจเลือดพอสมควร หรืออยู่คนละชั้นหากพื้นที่เหมาะสม (ในระหว่างรออาจทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)

4) ห้องหรือมุมให้การปรึกษาควรเป็นห้องมิดชิดหรือเป็นส่วนตัว ไม่ควรได้ยินเสียงทะลุถึงภายนอกห้องเพื่อรักษาความลับ

5) บริเวณเจาะเลือด ห้องแล็ปและตรวจเลือดทดสอบเอชไอวี

• ควรเป็นส่วนที่แยกต่างหาก ไม่ห่างกับส่วนให้การปรึกษามากนัก

• จุดเจาะเลือดและจุดตรวจเลือดควรมีฉากกั้น เพื่อไม่ให้ผู้มารับบริการที่มาเจาะเลือดเห็นบริเวณที่ทำการตรวจเลือด

• ควรเป็นห้องที่สะอาดถูกสุขลักษณะ ไม่มีฝุ่นละออง มีแสงสว่างพอเพียงในการอ่านผลการทดสอบ และมีภาชนะสำหรับทิ้งอุปกรณ์ติดเชื้อและขยะทั่วไป

• ควรมีจุดจ่ายกระแสไฟฟ้า เพื่อใช้กับเครื่องปั่นแยกเม็ดเลือดและซีรั่ม (กรณีต้องใช้น้ำยาที่ต้องใช้ซีรั่มในการตรวจ)

ขั้นหลังการออกให้บริการ

1) บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล

2) กรณีตรวจพบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย ติดตามเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา และติดตามคู่สัมผัสมาตรวจ

3) กรณีผลเลือดบวก ติดตามเพื่อตรวจ CD4 และชวนคู่มาตรวจ

4) กรณีผลเลือดลบ ติดตามเพื่อเข้ารับการตรวจเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ

การจัดบริการที่เป็นมิตร (Friendly service)

บริการที่เป็นมิตร หมายถึง บริการที่มีนโยบายและลักษณะบริการที่ดึงดูดใจ ผู้รับบริการให้มาใช้บริการ และสามารถตอบสนองความต้องการได้ โดยจัดสถานที่ ที่สะดวกสบายและเหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการมาใช้บริการอย่างต่อเนื่องหลักการสำคัญของการจัดบริการที่เป็นมิตร ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 หลักการสำคัญของการจัดบริการที่เป็นมิตร

ประเด็นสำคัญ	เกณฑ์มาตรฐาน
1. เจ้าหน้าที่ในคลินิค	เกณฑ์มาตรฐานที่ 1 ความรู้ ความสามารถ และทักษะ • มีความรู้ความสามารถในงานบริการ คือ การให้การปรึกษา การดูแลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ และอนามัยเจริญพันธุ์ • มีทัศนคติเชิงบวก เข้าใจวิถีชีวิตและเพศวิถีเกณฑ์มาตรฐานที่ 2 พฤติกรรมบริการ • ให้บริการอย่างสุภาพและเป็นมิตร • ให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ • ให้ข้อมูล คำแนะนำชัดเจน • ดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ • ไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย

ประเด็นสำคัญ	เกณฑ์มาตรฐาน
2. สิทธิของผู้รับบริการ	เกณฑ์มาตรฐานที่ 3 การสนับสนุนจากหน่วยงาน • มีนโยบายของหน่วยงานที่สนับสนุนการให้บริการแบบไม่เลือกปฏิบัติหรือมีทัศนคติด้านลบต่อความหลากหลายทางเพศ เกณฑ์มาตรฐานที่ 4 การสะท้อนความคิดเห็นต่อบริการ • มีระบบและขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียนที่ชัดเจน สำหรับกรณี ที่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกคุกคาม
3. การจัดระบบบริการ	เกณฑ์มาตรฐานที่ 5 การบริการแรกรับ • ป้ายบอกทาง ป้ายคลินิกเห็นชัดเจนและเข้าใจง่าย • การต้อนรับโดยผู้ให้บริการควรมีความละเอียดอ่อนต่อประเด็นเรื่องกลุ่มเสี่ยงสูงเกณฑ์มาตรฐานที่ 6 การให้บริการ • สถานที่ที่เป็นส่วนตัวไม่รวมกับผู้รับบริการอื่น • ระบบบริการประกอบด้วย ขั้นตอนการให้บริการที่สะดวกระยะเวลารอคอยไม่นาน มีบริการครอบคลุมทั้งการดูแลรักษา การปรึกษา การติดตามหลังการรักษา และการส่งต่อบริการ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ มีช่องทางในการให้ความรู้ที่นอกเหนือไปจากการรับบริการที่คลินิก เช่น hotline, website, facebook เป็นต้น รวมถึงสื่อสิ่งพิมพ์ เอกสารให้ความรู้ เกณฑ์มาตรฐานที่ 7 การพัฒนาระบบบริการ • มีการติดตามการบริการเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบ • พัฒนาบริการอย่างมีความเข้าใจ และตอบสนองต่อลักษณะของกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งเข้าใจในประเด็นเชิงสังคมต่างๆ ที่กลุ่มเป้าหมายต้องเผชิญ
4. การรักษาความลับและการเคารพสิทธิ์	เกณฑ์มาตรฐานที่ 8 การรักษาความลับและการเคารพสิทธิ์ • การให้บริการต้องอธิบายเหตุผลในการถามข้อมูลส่วนตัว และผู้รับบริการสามารถปฏิเสธการตอบคำถามข้อมูลส่วนตัว • ใช้รหัสและการบันทึกข้อมูลที่เฉพาะตัว • มีการจัดเก็บข้อมูลการรับบริการอย่างเป็นระบบโดยเน้นเรื่อง การรักษาความลับและจำกัดผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล
5. การประสานงานกับชุมชน	เกณฑ์มาตรฐานที่ 9 การประสานงานกับชุมชน • มีตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในคณะกรรมการโครงการคณะกรรมการคลินิกเพื่อติดตามการดำเนินงานและวางแผนการพัฒนางานร่วมกัน

แผนภาพขั้นตอนการให้บริการขั้นตอน

ส่วนที่ 6 มาตรการลดการตีตราและรังเกียจในระบบบริการสุขภาพ

(สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560ข; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556ก; 2556 ข)

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การตีตรา หมายถึง ทัศนคติด้านลบ อคติ มิจฉาทิฏฐิ หรือความคิดดูหมิ่นดูแคลนตนเอง หรือต่อคนหรือกลุ่มคนอื่น โดยมองว่าตนเอง หรือ คนหรือกลุ่มคนนั้นไม่มีคุณค่าเทียบเท่าและแปลกแยกต่างออกไปจากสังคมส่วนใหญ่ ประเด็นที่มักถูกใช้เป็นเครื่องมือในการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ ได้แก่ เพศภาวะ เพศวิสัย พฤติกรรมเสี่ยง การอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การประกอบอาชีพ การถูกล่วงละเมิด การพกหรือใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น ส่วนการเลือกปฏิบัติเป็นผลมาจากทัศนคติด้านลบ (การตีตรา) หรือเมื่อการตีตรานำไปสู่การกระทำที่บ่อยครั้งนำไปสู่ความรุนแรง การล่วงละเมิด หรือการเข้าไม่ถึงบริการและสิทธิพื้นฐาน การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เกิดขึ้นได้ในหลากหลายระดับ ตั้งแต่ ตัวเอง สังคม องค์กร จนถึงรัฐ เกิดขึ้นได้ทั้งโดยไม่ตั้งใจ รู้เท่าไม่ถึงการณ์ เคยชิน หรือแม้แต่คิดไปเองเนื่องจากถูกกระทำจนเคยชิน เกิดขึ้นได้ทั้งในความคิด แววตา สีหน้า การพูด การกระทำ รวมถึงกฎหมายและนโยบาย ตั้งแต่การจัดบริการจนถึงการสร้างค่านิยม

การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงและการเข้าใช้บริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เพราะเมื่อไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม (ถูกเลือกปฏิบัติ) แล้วก็ไม่มีใครอยากจะเข้าไปรับบริการอีก และเมื่อเกิดการเลือกปฏิบัติ การเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ก็จะเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การตีตราและการเลือกปฏิบัติยังส่งผลเชิงลบซ้ำเติมแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีด้วย เพราะทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีไม่กล้าออกมารับการรักษาจนกระทั่งมีอาการเจ็บป่วยอย่างหนักแล้ว

หลักการสำคัญสำหรับการลดการตีตรา

1. แก้ไขที่ตัวขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่สามารถแก้ไขได้ทันที ได้แก่ การขาดความตระหนัก ความกลัวการสัมผัส และการเชื่อมโยงเอชไอวีกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล ตัวอย่างเช่น ทัศนคติและพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น การตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล การฝึกอบรมและอุปกรณ์ต่างๆ และด้านโครงสร้าง ตัวอย่างเช่น นโยบาย กฎหมาย ตัวขับเคลื่อนการตีตราที่สามารถแก้ไขได้ทันที

• การขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติและผลกระทบในด้านลบ

• ความกลัวในการได้รับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการขาดความรู้และความกลัวที่ไม่มีเหตุผล

• การเชื่อมโยงเอชไอวีกับพฤติกรรมที่สังคมคิดว่าไม่เหมาะสม รวมถึงอคติและการเหมารวม

2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีกับประชากรหลักเป็นศูนย์กลางทั้งการให้ความสำคัญและความเป็นผู้นำในโครงการ

3. สร้างพันธมิตร หุ้นส่วนความร่วมมือและผู้นำทางความคิดในฐานะตัวอย่างต้นแบบพฤติกรรม

4. เริ่มจากที่บ้าน ลดการตีตราอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5. การวัดลดการตีตรา เพื่อออกแบบการติดตามประเมินผลและการพัฒนาโครงการ

6. บูรณาการแนวความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน

ตัวอย่างการลดการตีตราในกลุ่ม MSM/TG

วิธีสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อความหลากหลายทางเพศและเอชไอวี ได้แก่

1) เรียนรู้: เรียนรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศและเอชไอวี การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ผลกระทบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และทัศนคติ ค่านิยม กฎระเบียบ และนโยบายที่ตีตราและการเลือกปฏิบัติอย่างจริงจังและมีสติ ความรอบคอบ ความไว ความละเอียดอ่อน ใช้หลักเหตุผลและข้อมูลที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ และอยู่บนพื้นฐานของความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ ควรหมั่นวิเคราะห์หรือสอบถามชุมชนถึงประเด็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และศึกษาดัชนีชี้วัดการตีตราที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์การถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติในชุมชนและช่วยประเมิน

2) ทดลอง: ชวนตนเอง คนในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ทบทวน ทำความเข้าใจ และท้าทายการยอมรับเรื่องความหลากหลายทางเพศและการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ทำความรู้จักและร่วมทำงานกับ MSM/TG และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

3) บอกต่อ: เผยแพร่ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อความหลากหลายทางเพศและเอชไอวีสู่วงกว้างผ่านทางการพูดคุย หลักสูตรการเรียนการสอน การฝึกอบรม สื่อ การรณรงค์ และการสร้างนโยบายที่เป็นมิตรต่อความหลากหลายทางเพศและเอชไอวี

การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลเรื่องความหลากหลายทางเพศและเอชไอวี

การสร้างนโยบายที่เป็นมิตรต่อความหลากหลายทางเพศและเอชไอวี หรือที่มักเรียกว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ไม่ใช่สิ่งที่คนเพียงหนึ่งคนหรือคนเพียงจานวนน้อยจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จำเป็นต้องเป็นความร่วมมือจากหลายกลุ่มหรือหลายองค์กร รวมถึงการรณรงค์ทางสังคมเข้าช่วยเพื่อจูงใจผู้วางนโยบายสาธารณะและการจัดบริการสุขภาพ นับเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์แบบร่วมมือกันกับทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ นิติบัญญัติ ผู้บังคับใช้กฎหมาย สื่อ ผู้ใช้บริการ และองค์กรภาคีต่างๆ ให้ร่วมกันสร้างความร่วมมือหรือที่บ่อยครั้งเรียกว่าพันธมิตร และด้วยความสัมพันธ์อันดีนี้จึงมีความเป็นไปได้ที่จะจูงใจให้ผู้ที่กำหนดหรือใช้นโยบายและผู้บริหารโครงการสุขภาพต่างๆ สร้างนโยบายที่เป็นมิตรต่อความหลากหลายทางเพศและ MSM/TG ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การสร้างนโยบายที่เป็นมิตรนี้สามารถริเริ่มทำได้โดยชุมชนโดยผู้มีส่วนได้เสีย และ/หรือหน่วยงานของรัฐก็ได้ตามแต่ลักษณะของกิจกรรม

พื้นที่หรือชุมชนที่มีความเข้าใจ มีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหา และมีนโยบายที่เป็นมิตรต่อความหลากหลายทางเพศและเอชไอวีจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมของพื้นที่หรือชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันและดูแลการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM/TG ช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่เป็นศูนย์ด้านการไม่มีการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมาย อันจะช่วยเพิ่มจำนวนประชากรเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงและใช้บริการป้องกันและดูแลการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะส่งผลถึงการเข้าถึงเป้าหมายที่เป็นศูนย์ด้านไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์

ตัวอย่างการลดการตีตราในกลุ่ม FSW

1. เสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกในเรื่องการให้บริการแก่พนักงานบริการหญิง จะช่วยให้บุคลากรทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและ/หรือภาคเอกชน สามารถจัดบริการที่เป็นมิตรต่อพนักงานบริการหญิงได้ดียิ่งขึ้น โดยทัศนคติเชิงบวกต่อการให้บริการนี้ จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคลากรที่ให้บริการ ต้องไม่ตัดสิน มีความเป็นกลางมีความไว ความละเอียดอ่อนต่อความเปราะบาง และมีความเข้าใจต่อวิถีชีวิตของพนักงานบริการหญิง

ข้อจำกัดของพนักงานบริการหญิงในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ 1) ลักษณะของพนักงานบริการหญิงในแต่ละพื้นที่ (ประเภท การ รวมตัว ช่วงเวลาทางาน ฯลฯ) 2) ลักษณะของสถานบริการในพื้นที่ 3)สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สุขภาวะทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิงในแต่ละพื้นที่

2. การขับเคลื่อนชุมชนพนักงานบริการหญิง มีด้วยกัน 2 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1. กลุ่มพนักงานบริการหญิง 2. กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

2.1 ขับเคลื่อนชุมชนพนักงานบริการหญิง (community mobilization) การขับเคลื่อนชุมชนพนักงานบริการหญิง คือ การสร้างความเข้มแข็งให้กับพนักงานบริการหญิง ให้รับรู้และมีทัศนคติเชิงบวกต่อตนเองเพิ่มขึ้น รับรู้เกี่ยวกับสิทธิและสามารถปกป้องตนเองจากการถูกละเมิดสิทธิที่ตนเองพึงมี รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพพนักงานบริการหญิง และการสนับสนุนการรวมกลุ่มของพนักงานบริการหญิง นอกจากนั้น การขับเคลื่อนชุมชนพนักงานบริการหญิง ยังหมายถึง การทางานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพนักงานบริการหญิงในชุมชน ได้แก่ เจ้าของสถานบริการและสถานบันเทิง รวมทั้ง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพนักงานบริการหญิงอื่นๆ เช่น ผู้จัดการ มาม่าซัง นายหน้า เจ้าของโรงแรม ห้องเช่า เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการและสถานบันเทิงจัดการดูแลเรื่องสวัสดิการ คุณภาพชีวิต และสิทธิของพนักงานบริการหญิง รวมทั้งส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน

2.2 การขับเคลื่อนชุมชนกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง เจ้าของสถานบริการและสถานบันเทิง รวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพนักงานบริการหญิงอื่นๆ เช่น ผู้จัดการ มาม่าซัง นายหน้า เจ้าของโรงแรม ห้องเช่า เป็นต้น

รูปแบบกิจกรรม

1) สร้างความร่วมมือกับเจ้าของสถานบริการและสถานบันเทิง เพื่อให้เกิดเครือข่ายการส่งเสริมด้านความปลอดภัยและสุขภาพของพนักงานบริการ เช่น การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การปลอดจากความรุนแรงทุกประเภท และความปลอดภัยในสถานที่ทางาน

2) สร้างเครือข่ายเจ้าของสถานบริการและสถานบันเทิง รวมทั้ง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพนักงานบริการหญิงอื่นๆ เช่นผู้จัดการ มาม่าซัง นายหน้า เป็นต้น โดยการทางานเชิงรุกของอาสาสมัครหรือแกนนำ

3) ผลิต/จัดหาสื่อข้อมูลเรื่องกฎหมาย สิทธิ และสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม

4) หาแนวทางในการให้สถานบริการและสถานบันเทิงให้ความคุ้มครองพนักงานบริการหญิง รวมทั้งการช่วยเหลือในเรื่องการย้ายสิทธิในการรักษา การส่งเสริมให้ขึ้นทะเบียนประกันตนแก่พนักงาน เป็นต้น

5) ให้สถานบริการและสถานบันเทิงสนับสนุนและส่งเสริมให้พนักงานบริการหญิงมารับบริการตรวจสุขภาพโดยสมัครใจและไม่เป็นเงื่อนไขในการทางาน

6) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ในสถานบริการและสถานบันเทิง เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ในการให้การดูแล คุ้มครอง จัดสวัสดิการ และประกันสังคม

7) ให้ความรู้ แจกเอกสาร และหารือแนวทางในการให้สถานบริการและสถานบันเทิงให้ความคุ้มครองพนักงานบริการหญิง รวมทั้งการประกันสังคม

8) ผลิตและแจกสื่อข้อมูลเรื่องบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับพนักงานบริการหญิง

9) จัดกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพลงไปให้ความรู้ในสถานบันเทิง เรื่องบริการสุขภาพขั้นต่ำสำหรับพนักงานบริการหญิง

3. สร้างความเข้าใจและการยอมรับในสังคม/ชุมชนแวดล้อม หมายถึง ผู้คนในพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีสถานบริการหรือสถานบันเทิงอยู่ หรือเป็นจุดรวมตัวหรือพื้นที่ทางานของพนักงานบริการหญิง ซึ่งอาจได้แก่ พ่อค้าแม่ค้า มอเตอร์ไซค์รับจ้าง เทศบาล อบต.

รูปแบบกิจกรรม

1) จัดกิจกรรมระหว่างภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม เจ้าของสถานบริการและสถานบันเทิงในการเสริมสร้างภาพลักษณ์เชิงบวก เช่น การรณรงค์ตามเทศกาลต่างๆ ประกวดสถานบริการปลอดภัยด้านสุขภาพ เป็นต้น

2) สนับสนุนให้พนักงานบริการหญิงและสถานบริการและสถานบันเทิงได้มีโอกาสทำกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ร่วมกับชุมชน เช่น กิจกรรมสาธารณประโยชน์ให้กับชุมชน เป็นต้น และเปลี่ยนมุมมองของสังคมจากการเป็นคนถ่ายทอดเชื้อเป็นผู้ที่มีคุณค่าและมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลครอบครัว

การสร้างความเข้าใจ ยอมรับ สนับสนุน การขับเคลื่อนชุมชน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ถือเป็นกลไกในการสร้างปัจจัยสนับสนุนให้พนักงานบริการหญิงสามารถเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการดูแลสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างเข้มข้น ครอบคลุมและต่อเนื่อง กิจกรรมที่จะดำเนินงานภายใต้องค์ประกอบนี้ต้องออกแบบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพนักงานบริการหญิงแต่ละกลุ่มในพื้นที่ ทั้งรูปแบบของกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรมหัวใจของความสำเร็จ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พนักงานบริการหญิงสามารถเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการดูแลสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างครอบคลุมและเข้มข้น คือ สภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดบริการและการใช้บริการ คือ สภาวะแวดล้อมที่ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อพนักงานบริการหญิง

ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Thepthien, B. *et al.* (2015) ศึกษาปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการขอคำปรึกษาโดยสมัครใจและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยการสำรวจภาคตัดขวางใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์โดยนักวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2556 พื้นที่ศึกษาใช้หน่วยการเลือกระดับจังหวัดแบบเจาะจงจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 8 จังหวัด (แบ่งตามภูมิภาค) จาก 31 จังหวัด เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธี time location sampling เพื่อรวบรวมข้อมูลของสถานที่เวลา และจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีปีที่ผ่านมาในภาพรวมร้อยละ 56 เกือบทั้งหมดได้รับทราบผลตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ แต่ยังมีจุดอ่อนเรื่องการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ซักถามเรื่องเอชไอวี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยการมีคนชักชวนไปตรวจเลือดและได้รับข้อมูลการตรวจเลือด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมาทุกกลุ่ม นอกจากนี้ปัจจัยการประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมาในพนักงานบริการ ส่วนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมา คือ การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี ดังนั้น เพื่อให้การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเฉพาะสามารถบรรลุเป้าหมาย

ร้อยละ 90 ในปี 2559 ควรหากลยุทธ์เพื่อให้ข้อมูล และชักชวนมารับบริการ รวมทั้งพัฒนาระบบบริการตรวจเลือดเชิงรุกให้กับกลุ่มเฉพาะเข้าถึงบริการมากขึ้น ร่วมกับการตรวจสุขภาพประจำปี

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักชาย จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์:เพื่อศึกษาการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย และความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ทั้งที่เป็นคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราว แบบแผนการวิจัย: การศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) อายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 196 คน คัดเลือกโดยใช้เทคนิคการบอกต่อจากกลุ่มเพื่อน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และแบบวัดการสื่อสารเรื่องเพศที่ประกอบด้วยความถี่ในการสื่อสารฯ และความสะดวกใจในการสื่อสารฯ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคของแบบวัดการสื่อสารเรื่องเพศ เท่ากับ.80 ด้านความถี่ในการสื่อสารฯ เท่ากับ .83 และความสะดวกใจในการสื่อสารฯ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย:กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราวและร้อยละ 35 กับคู่นอนประจำ ส่วนใหญ่มีการสื่อสารเรื่องเพศกับคู่นอนประจำสูงกว่ากับคู่นอนชั่วคราวและการใช้ถุงยางอนามัยเป็นหัวข้อที่มีการสื่อสารกับคู่นอนมากที่สุด การสื่อสารเรื่องเพศกับคู่นอนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราว ($r = .344$, $p < 0.001$ และ $r = .197$, $p < 0.039$) สรุป: การป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายควรเน้นการสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการเริ่มการสื่อสารเรื่องเพศและต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนทุกประเภทให้เป็นเรื่องปกติ

ดุสิตา พึ่งสำราญ (2558) ศึกษาเรื่อง พนักงานบริการหญิงที่มีความเสี่ยงสูงกับการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี: โจทย์สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์. มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะและระดับความเสี่ยงของกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่เข้าถึงบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผลโครงการการป้องกันเอชไอวีแห่งชาติ ในกลุ่มเป้าหมายหลักที่มีโอกาสสูงต่อการรับเชื้อเอชไอวีแรงงานข้ามชาติ และผู้ต้องขัง ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลโดยเลือกศึกษากลุ่มพนักงานบริการหญิงใน 3 จังหวัดที่มีการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ จากจังหวัดที่เป็นพื้นที่ดำเนินงานป้องกันเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบ 8 และเลือกตัวอย่างด้วยวิธี "การสุ่มตัวอย่างแบบส่งต่อ" (Respondent – driven sampling: RDS) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พนักงานบริการหญิงที่เข้าถึงบริการด้านเอชไอวีทั้งในและนอกสถานบริการในทั้ง 3 จังหวัดมีระดับความเสี่ยงปานกลางคิดเป็นสัดส่วนสูงสุด ซึ่งมีแนวโน้มที่จะหมายถึงคนที่ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าแต่ไม่ใช้กับคู่นอนอื่น กลุ่มพนักงานบริการหญิงที่มีความเสี่ยงสูงมีอยู่ร้อยละ 1 – 5 ซึ่งถือว่ายังห่างไกลจากเป้าหมายที่ประเทศไทยได้ตั้งไว้ เพื่อที่จะสามารถยุติปัญหาเอดส์ของประเทศให้ได้ภายใน พ.ศ. 2573 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโครงการควรให้ความสำคัญกับการเข้าถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงให้มากขึ้น

มนต์ทิวา สุนันตา (2562) ศึกษาการใช้มาตรการ RRTTR เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้มาตรการ RRTTR (Reach, Recruit, Test, Treat, and Retain) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำและวิเคราะห์บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นของรูปแบบการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้กลุ่มผู้ต้องขังและบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 6 คน ได้แก่ พยาบาลเรือนจำจังหวัด พยาบาล

ผู้ประสานงานโรคเอดส์ของโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานเอดส์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของจังหวัด โดยใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรการ RRTTR ของกรมควบคุมโรค เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการและบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน 2561 ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบบริการดังกล่าวมีการดำเนินงานสอดคล้องตามมาตรการ RRTTR ทำให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการป้องกัน 198 ราย ซึ่งบริการดังกล่าวเหมาะสมกับบริบทของเรือนจำที่มีผู้ต้องขังเข้าออกทุกเดือน ทำให้ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงได้ทราบผลเลือดและเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วกว่าการตรวจคัดกรองประจำปี โดยมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้บริการเชิงรุกแบบกลุ่มในผู้ต้องขังรายใหม่ และมีแกนนำผู้ต้องขังให้บริการเชิงรุกแบบรายบุคคล เนื่องจากได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มเพื่อนผู้ต้องขังในการเปิดเผยปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้การจัดบริการป้องกันเอดส์ในเรือนจำได้เพิ่มการจัดระบบเบิกจ่ายถุงยางอนามัยอย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่าย ช่วยดูแลให้มีการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นมาตรการ RRTTR สามารถดำเนินการได้ในเรือนจำแห่งนี้ อย่างไรก็ตามควรเพิ่มกิจกรรมเพื่อส่งเสริมผู้ที่มีผลเลือดลบและมีความเสี่ยง ให้มีการเจาะเลือดซ้ำทุก 6 เดือน และมีระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลและส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ศันสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย และธัญภา ชาติสุภาพ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ผู้วิจัยทบทวนสภาพปัญหา (Plan) และวางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละระยะ 2. ปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน (Action) 3.ใช้การสังเกต(Observe) แบบสอบถามและประเมินผลการปฏิบัติงาน 4. สะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ถอดบทเรียนและสรุปปัญหาอุปสรรค ผ่านการอภิปรายปัญหาเป็นแนวทางในการพัฒนา และเป็นข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาวางแผนและปฏิบัติต่อไปผู้วิจัยดำเนินการ 3 รอบ ใน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา ระยะที่ 2 การทดลองรูปแบบฯ ระยะที่ 3 ขยายพื้นที่ดำเนินการเพื่อความครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) คณะทำงานเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่ม MSM ระดับจังหวัดและอำเภอ 2) MSM ที่ยินดีร่วมโครงการ

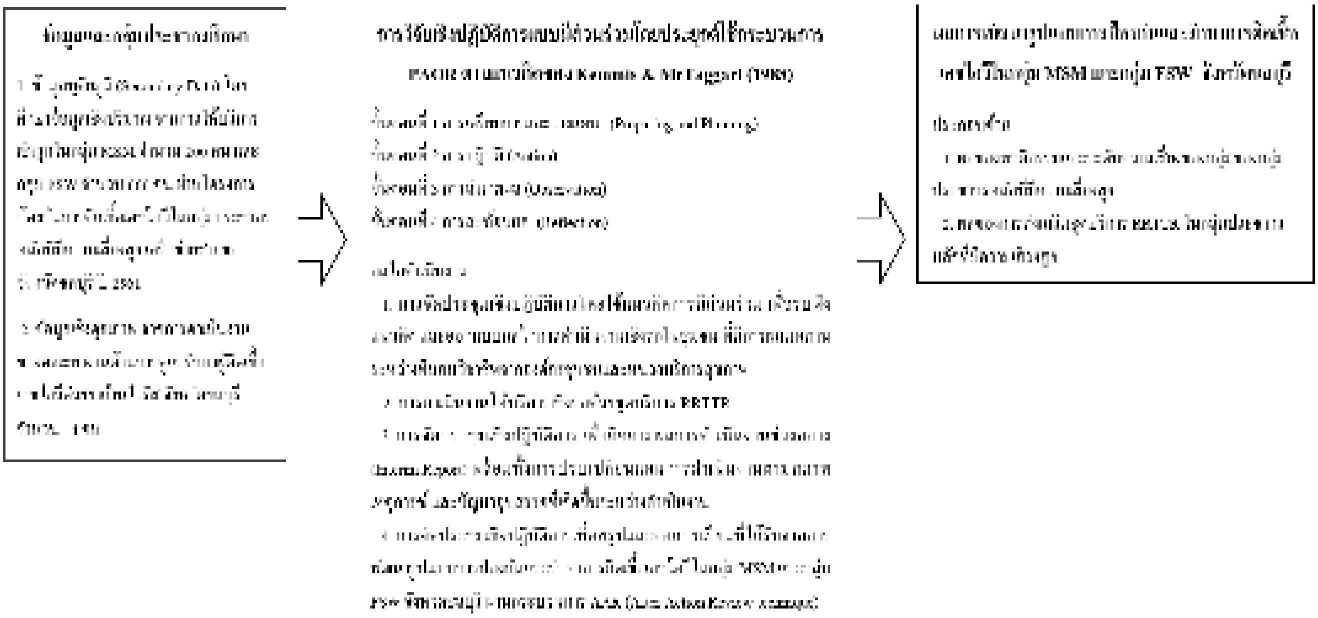
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) คณะทำงานฯ ระดับจังหวัดและอำเภอ (ระยะที่ 1 มี 33 คน ระยะที่ 2 มี 40 คน และระยะที่ 3 มี 142 คน) 2) ผู้รับบริการ (ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 มี 2,784 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการทำงานบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Kuder-Ricahardson; KR-20) เป็น 0.78 และ0.82 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดบริการฯ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi info version 7 สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติเชิงอนุมานที่ใช้ ได้แก่ Pair t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใช้การวิเคราะห์ตามเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ดำเนินการบูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญอย่างต่อเนื่องกัน (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain:RRTTR) บุคลากรที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($P<0.001$) ทั้ง 3 ระยะ โดยการออกแบบรูปแบบการดำเนินการต้องคำนึงถึงเครือข่ายการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ชุมชน การจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ การให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการที่เป็นมิตร ทัศนคติของบุคลากรระยะเวลาการรอคอย การตรวจและการส่งต่อเพื่อรับบริการต่าง ๆ ทำให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 MSM เข้าถึงบริการป้องกันเพิ่มขึ้นในจำนวนนี้ MSM ได้รับการตรวจเลือดเป็นร้อยละ 82.62 77.28 และ 74.55 ผลเลือดบวก ร้อยละ 8.73 4.06 และ 6.51 ตามลำดับ ได้รับการรักษาร้อยละ 100 และยังคงอยู่ในระบบในปี 2560 – 2561 เป็นร้อยละ 97.89 และ 95.61 ตามลำดับ โดยผู้ได้รับบริการมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ปี 2560 ร้อยละเท่ากับ 59.77 และปี 2559 ร้อยละเท่ากับ 55.30

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา มีกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญประกอบด้วย 1. การเตรียมความพร้อมและอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ 3. ความครอบคลุมของบริการหลักในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ 4. การเชื่อมโยงด้านการป้องกันและการดูแลรักษาและส่งต่อทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ 5. การสร้างความร่วมมือจากภาครัฐ องค์กรชุมชนและแกนนำเครือข่าย อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 6. การจัดบริการที่เป็นมิตรสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายเป็นความลับ และรักษาความเป็นส่วนตัว

ส่วนที่ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มพนักงานหญิงบริการ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง และ 2. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการตามรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและวางแผน (Preparing & Planning) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผล (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ของผู้มารับบริการที่ยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง เครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2561 ได้แก่ 1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) จำนวน 200 คน 2. กลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female Sex Worker : FSW) จำนวน 606 คน และ 3. คณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ผ่านโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง เครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2561 ที่รวบรวมจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และการคัดกรองการรับคำปรึกษา ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ที่เกี่ยวกับ เพศ กลุ่มประชากรหลัก อายุ สถานภาพสมรส รูปแบบการทำงานของกลุ่ม FSW อาชีพ

ตอนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW)

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) โดยใช้ตัวแปรเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ และคู่นอนอื่นๆ ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ และอาการบ่งชี้ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ดังนี้

ส่วนที่ 3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก โดยลักษณะเป็นแบบตรวจรายการ (Check list) จำนวน 4 ข้อ 2 ตัวเลือก คือ มี/ใช้ และไม่มี/ไม่ใช้ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ความเสี่ยง 0 คะแนน หมายถึง คู่นอนไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ และไม่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา

ความเสี่ยง 1 คะแนน หมายถึง คู่นอนมีประวัติเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ และมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก โดยลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 3 ข้อ จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ช่องทางการเคยมีเพศสัมพันธ์ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ทางปาก	0
ทางช่องคลอด	1
ทวารหนัก	2

รูปแบบของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ใช้ทุกครั้ง หมายถึง ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประจำ/ไม่ใช่คู่นอนประจำ

ใช้เป็นครั้งคราว หมายถึง ใช้ถุงยางอนามัยเป็นครั้งคราวกับคู่นอนประจำ/ไม่ใช่คู่นอนประจำ

ไม่เคยใช้ หมายถึง ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ/ไม่ใช่คู่นอนประจำ

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ใช้ทุกครั้ง	0
ใช้เป็นครั้งคราว	1
ไม่เคยใช้	2

จากนั้นรวมคะแนนของแบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด โดยคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน และจัดระดับคะแนนความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีความเสี่ยงในระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนน 0 คะแนน
มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนน 1-5 คะแนน
มีความเสี่ยงในระดับสูง	หมายถึง	คะแนน 6-10 คะแนน

2. แบบบันทึกการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อรับฟังแนวคิดและออกแบบกลไกการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งการสรุปและถอดบทเรียนที่ได้รับจากการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และกลุ่ม FSW จังหวัดชลบุรี ผ่านกระบวนการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review technique :AAR) เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR มีขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและวางแผน (Preparing & Planning)

1.1 การทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ความต้องการรับบริการด้านเอชไอวี และแนวทางการจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงของผู้รับบริการในโครงการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงทั้งกลุ่ม MSM และ FSW จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.2 วางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อรับฟังแนวคิด และออกแบบกลไกการดำเนินงานเชิงรุกนอกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในชุมชน (Active/Mobile VCT) ที่มีการผสมผสานระหว่างทีมสหวิชาชีพจากองค์กรชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน (Action) เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี ด้วยชุดบริการ RRTTR มีรายละเอียดดังนี้

2.1 Reach: การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก จากแผนที่การรวมตัวของกลุ่มประชากรหลักทั้งในเชิงเครือข่ายทางสังคม และสถานบริการ/สถานที่สำคัญต่างๆ เพื่อประกอบการวางแผนการนำพากลุ่มประชากรหลักเข้าสู่ระบบ ผ่านรูปแบบการบริการเชิงรุกทั้งผ่านแกนนำผู้มารับบริการ/แกนนำชุมชน (Peer-led/Community-based rapid HIV testing) การบอกต่อ การเข้าถึงสถานหรือแหล่งรวมตัวที่สำคัญและการจัดกิจกรรมพิเศษ (Events) เพื่อการสร้างความรู้ ความตระหนัก และความต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งกระจายถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก

2.2 Recruit: การนำประชากรหลักเข้าสู่ระบบบริการให้คำปรึกษา เป็นการส่งเสริม/กระตุ้นให้กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยการจัดบริการเชิงรุก ณ จุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลัก ที่ได้จากการทำแผนที่ชุมชนโดยผู้รับบริการได้เข้าสู่บริการป้องกัน ดูแล และรักษาอย่างรวดเร็วต่อเนื่องและครอบคลุม และได้รับการส่งต่อรับบริการที่มีความเชื่อมโยงจากหน่วยบริการต่างๆ เพื่อได้รับบริการคัดกรองอาการเสี่ยงวัณโรค การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ซิฟิลิส และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจร่วมกับการบริการตรวจสุขภาพทั่วไป ตลอดจนการใช้ระบบเครือข่ายทางสังคม ด้วยการสร้างแรงจูงใจในการชักชวนเพื่อน/คนรู้จักที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่บริการ และการนำพาคู่มารับบริการ เป็นต้น

2.3 Test: การให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเชิงรุก (Outreach-based HIV Counseling and Testing) ในรูปแบบบริการนอกสถานที่ หรือการจัดคลินิกเคลื่อนที่ ณ จุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลัก ที่ได้จากการทำแผนที่ชุมชน เป็นการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลวันเดียว (Same Day Result :SDR) เพื่อลดอัตราผู้ที่ไม่กลับมาฟังผลและช่วยให้ผู้ที่พบเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น อันจะทำให้ผู้รับบริการที่ทราบผลการตรวจเลือดและมีผลเลือดเป็นลบเกิดความตระหนักให้ความสำคัญในการป้องกันตนเอง ส่วนผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวกก็จะป้องกันไม่ถ่ายทอดเชื้อไปให้ผู้บุคคลอื่น และเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว

2.4 Treat: การรักษาเอชไอวี ที่มีความเชื่อมโยงบริการเชิงรุกนอกหน่วยบริการศูนย์บริการที่เป็นมิตรต่างๆ สู่บริการคลินิก ARV ในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) แต่เนิ่นๆ

2.5 Retain: การติดตามเพื่อการคงอยู่ในระบบ โดยมีระบบติดตามที่เป็นระบบทั้งผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวกและลบ ดังรายละเอียดต่อนี้

2.5.1 สำหรับผู้ที่มีผลเลือดบวก (Positive Retention) เพื่อให้ได้รับบริการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (adherence) ไม่ให้ขาดการรักษา มีการดำเนินการที่สำคัญคือ 1) ออกใบนัดหมาย 2) ระบบเตือนและติดตาม เช่น ส่งผ่านระบบ SMS ทางโทรศัพท์มือถือ หรือการโทรศัพท์ติดตาม, Line, e-mail เป็นต้น 3) เจ้าหน้าที่ หรือแกนนำให้บริการเชิงรุก คอยติดตามสนับสนุนเสริมสร้างทัศนคติที่ดีส่งเสริมการกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 4) ทางเครือข่ายสายชลมีการประสานงานไปยังศูนย์องค์รวมและชมรมผู้ติดเชื้อให้การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี รวมถึงการติดตามกรณีขาดนัดเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง มีการติดตามเฝ้าระวังการเกิดเชื้อดื้อยา

2.5.2 สำหรับผู้ที่มีผลเลือดลบ (Negative Retention) มีการดำเนินการเช่นเดียวกันทั้งการออกใบนัดหมาย ระบบเตือนและติดตาม เพื่อให้กลับมารับการตรวจหาการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอทุก 3 หรือ 6 เดือน การบริการปรึกษา บริการข้อมูลด้านเอชไอวีด้วยสื่อที่เกี่ยวข้อง ทั้งการแจกเอกสาร คู่มือโดยตรงและทางสื่อออนไลน์ รวมทั้งออกบริการเชิงรุก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แหล่งบริการด้านเอชไอวี การป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้องให้ยังคงภาวะไม่ติดเชื้อเอชไอวีตลอดไป รวมทั้งเรื่องสิทธิประโยชน์ การสร้างความตระหนัก การโน้มน้าว/สร้างแรงจูงใจ การติดตามคู่/ชักชวนเพื่อนมาตรวจเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation): มีการสังเกต กำกับติดตาม บันทึกผลการดำเนินงานช่วงกลาง (Interim Report) พร้อมทั้งการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานตามสภาพเหตุการณ์และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection): ผ่านการทบทวนสะท้อนผลการดำเนินงานหลังปฏิบัติงาน (After Action Review technique :AAR) เพื่อการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนทั้งด้านปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น ทั้งด้านองค์ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ประสบการณ์ วิธีการแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุง พัฒนา การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัดชลบุรีต่อไป

กลไกดำเนินงาน

1. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อรับฟังแนวคิด และออกแบบกลไกการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน ที่มีการผสมผสานระหว่างทีมสหวิชาชีพจากองค์กรชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ

2. การดำเนินงานให้บริการเชิงรุกด้วยชุดบริการ RRTTR

3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานช่วงกลาง (Interim Report) พร้อมทั้งการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานตามสภาพเหตุการณ์ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน

4. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปและถอดบทเรียนที่ได้รับจากการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และกลุ่ม FSW จังหวัดชลบุรี ผ่านกระบวนการ AAR (After Action Review technique)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for Window) ในการวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) โดยตารางไขว้ (Cross tabulation) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยไคสแควร์ (Chi Square) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Content analysis) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบ และการบรรยาย

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มพนักงานหญิงบริการ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยินดีสมัครใจ เข้ารับบริการของโครงการฯ ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำนวน 200 คน และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) จำนวน 606 คน รวมทั้งสิ้น 806 คน และประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและวางแผน (Preparing and Planning) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผล (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain (RRTTR) ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทุติยภูมิ จากการดำเนินงานของเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ โดยตารางไขว้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วย Chi - square และการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการถอดบทเรียนผ่านกระบวนการ After Action Review technique (AAR) ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่เป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ร้อยละ 75.2 ที่มีรูปแบบการทำงานที่มีหลักแหล่งชัดเจน (Venue) ร้อยละ 75.2 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 25-34 ปี ร้อยละ 30.5)อายุเฉลี่ย 30.3 ปี (SD 11.2) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 88.7 และอาชีพงานบริการ ร้อยละ 75.2 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (*N=806*)	ร้อยละ
เพศและกลุ่มประชากรหลัก		
ชายมีเพศ สัมพันธ์กับชาย (MSM)	200	24.8
พนักงานบริการหญิง (FSW)	606	75.2
อายุ (*N=799*)		
ต่ำกว่า 18 ปี	99	12.3
18-24 ปี	197	24.4
25-34 ปี	246	30.5
35-44 ปี	156	19.4
45-54 ปี	77	9.6

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (*N=806*)	ร้อยละ
54 ปีขึ้นไป	24	3.0
Mean (SD.), Min:Max	30.3 (11.2), 13:82	
สถานภาพ		
โสด	715	88.7
มีคู่ อยู่ด้วยกัน	86	10.7
มีคู่ แยกกันอยู่	5	0.6
รูปแบบการทำงานของ FSW (*N=606*)		
Venue FSW (มีหลักแหล่ง)	456	75.2
Non-venue FSW (ไม่มีหลักแหล่ง)	150	24.8
อาชีพ		
รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	16	2.0
ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท	21	2.6
ค้าขาย /เจ้าของกิจการ	4	0.50
งานบริการ	606	75.2
นักเรียน/นักศึกษา	131	16.2
ราชการทั่วไป/รัฐวิสาหกิจ	5	0.6
ทหาร/ตำรวจ	23	2.9

4.2 การศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

4.2.1 ประวัติการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และเอชไอวี (HIV) ของกลุ่มประชากรหลัก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในภาพรวม พบว่า กลุ่มประชากรหลักส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากถึงร้อยละ 73.1และบางส่วนเคยตรวจและรักษา ร้อยละ 26.9 ด้านการเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มประชากรหลักส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 65.9 ส่วนผู้ที่เคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและมีเพียงร้อยละ 34.1 ในจำนวนนี้ทราบผลการตรวจ ร้อยละ 97.1 การวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามตัวแปรลักษณะข้อมูลทางประชากร ได้แก่ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส กลุ่มเป้าหมายหลัก รูปแบบการทำงานของพนักงานบริการหญิง และอาชีพ

เมื่อวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุของกลุ่มประชากรหลัก กับการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มอายุ กับการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

กลุ่มอายุ กับการเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) โดยพบว่า กลุ่มอายุ 18-24 ปี ไม่เคยตรวจและรักษา มากที่สุด (ร้อยละ 83.8) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 54 ปี ขึ้นไป และต่ำกว่า 18 ปี (ร้อยละ 75.0 และ 74.7 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มประชากรหลัก

ที่เคยตรวจและรักษามากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 35.1) รองลงมา คือ 35-44 ปี และ 25-34 ปี (ร้อยละ 30.8 และ 30.5 ตามลำดับ)

กลุ่มอายุกับการเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่เคยตรวจมากที่สุด (ร้อยละ 90.9) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 77.7) และกลุ่มอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 62.6) ส่วนกลุ่มประชากรหลักที่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี คือ กลุ่มอายุ 45-54 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 51.9) รองลงมา คือ 35-44 ปี และ 54 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.1 และ 45.8 ตามลำดับ) รวมทั้งพบว่า กลุ่มอายุ 18-24 ปี และ 54 ปีขึ้นไป ที่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีทราบผลการตรวจมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-54 ปี และ 25-34 ปี (ร้อยละ 97.5 และ ร้อยละ 96.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของประชากรหลักที่เคยเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ประวัติการเข้าถึงบริการ	*N=806*	กลุ่มอายุ (ปี) (*N=799*)							*P* value
		ต่ำกว่า 18	18-24	25-34	35-44	45-54	54 ขึ้นไป	รวม	
การเคยตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)									0.004**
เคย	217 (26.9)	25 (25.3)	32 (16.2)	75 (30.5)	48 (30.8)	27 (35.1)	6 (25.0)	213 (26.7)	
ไม่เคย	589 (73.1)	74 (74.7)	165 (83.8)	171 (69.5)	108 (69.2)	50 (64.9)	18 (75.0)	586 (73.3)	
รวม	806 (100)	99 (100)	197 (100)	246 (100)	156 (100)	77 (100)	24 (100)	799 (100)	
การเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV)									0.000***
เคย	275 (34.1)	9 (9.1)	44 (22.3)	92 (37.4)	75 (48.1)	40 (51.9)	11 (45.8)	271 (33.9)	
ไม่เคย	531 (65.9)	90 (90.9)	153 (77.7)	154 (62.6)	81 (51.9)	37 (48.1)	13 (54.2)	528 (66.1)	
รวม	806 (100)	99 (100)	197 (100)	246 (100)	156 (100)	77 (100)	24 (100)	799 (100)	
การทราบผลจากการเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (*N=275*)									0.503
ทราบ	267 (97.1)	8 (88.9)	44 (100)	88 (96.7)	72 (96.0)	39 (97.5)	16 (100)	267 (97.1)	
ไม่ทราบ	8 (2.9)	1 (11.1)	0.0	3 (3.3)	3 (4.0)	1 (2.5)	0.0	8 (2.9)	
รวม	275 (100)	9 (100)	44 (100)	91 (100)	75 (100)	40 (100)	16 (100)	275 (100)	

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

เมื่อวิเคราะห์ตามสถานภาพสมรส กับการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ กล่าวคือ การเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มประชากรหลักทั้ง 3 กลุ่มสถานภาพ คือ สถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) ระบุว่า เคยตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 27.1, 25.6 และ 20.0 ตามลำดับ) และไม่เคยตรวจและรักษา (ร้อยละ 72.9, 74.4 และ 80.0 ตามลำดับ) ด้านการเคยเข้าบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มประชากรหลักทั้ง 3 กลุ่มสถานภาพ คือ สถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) ระบุว่า เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 33.8, 37.2 และ 20.0 ตามลำดับ) และไม่เคยตรวจ (ร้อยละ 66.2, 62.8 และ 80.0 ตามลำดับ) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และกลุ่มประชากรหลักมีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) สามารถทราบผลตรวจเชื้อเอชไอวี มากถึงร้อยละ 100

เมื่อวิเคราะห์การเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW พบว่า กลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW กับการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW กับการเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) โดยพบว่า กลุ่ม MSM ระบุว่าไม่เคยตรวจและรักษา (ร้อยละ 81.5) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 70.3) ส่วนกลุ่ม FSW ระบุว่าเคยตรวจและรักษา (ร้อยละ 29.7) มากกว่า MSM (ร้อยละ 18.5)

ด้านการเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่า กลุ่ม MSM ระบุว่าไม่เคยตรวจ (ร้อยละ 86.5) มากกว่ากลุ่ม FSW (59.1) ส่วนกลุ่ม FSW ระบุว่าเคยตรวจ (ร้อยละ 40.9) มากกว่ากลุ่ม MSM (ร้อยละ 13.5) และกลุ่ม MSM ที่เคยตรวจนั้นทราบผลการตรวจ ร้อยละ 100 มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 96.8)

เมื่อวิเคราะห์การเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) แบบมีหลักแหล่ง (Venue) และไม่มีหลักแหล่ง (Non-venue) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

โดยการเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ผ่านมาของทั้งกลุ่ม Venue และ Non-venue ระบุว่า เคยตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 29.7) และไม่เคยตรวจและรักษา (ร้อยละ 70.3) ในสัดส่วนเท่ากันเช่นเดียวกัน

ด้านการเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมา พบว่า ทั้งกลุ่ม Venue และ Non-venue ระบุว่า เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 42.8 และ 37.0 ตามลำดับ) ซึ่งมีไม่ถึงร้อยละ 50 ในจำนวนนี้ทราบผลตรวจเชื้อเอชไอวี มากถึงร้อยละ 97.7 ในกลุ่ม Venue และ Non-venue (ร้อยละ 94.4) และไม่เคยตรวจ (ร้อยละ 63.0 และ 57.2 ตามลำดับ) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของประชากรหลักที่เคยเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามลักษณะทางประชากร

	สถานภาพสมรส (*N=806*)				**กลุ่มเป้าหมายหลัก (*N=806*)**			**รูปแบบการทำงานของ FSW (*N=606*)**		
ประวัติการเข้าถึงบริการ	**โสด**	**มีคู่อยู่ด้วยกัน**	**มีคู่แยกกันอยู่**	**รวม**	MSM	FSW	รวม	Venue	Non - venue	รวม
การเคยตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)										
เคย	194 (27.1)	22 (25.6)	1 (20.0)	217 (26.9)	37 (18.5)	180 (29.7)	217 (26.9)	123 (29.7)	57 (29.7)	180 (29.7)
ไม่เคย	521 (72.9)	64 (74.4)	4 (80.0)	589 (73.1)	163 (81.5)	426 (70.3)	589 (73.1)	291 (70.3)	135 (70.3)	426 (70.3)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
P value	0.897				0.002**			0.995		
การเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV)										
เคย	242 (33.8)	32 (37.2)	1 (20.0)	275 (34.1)	27 (13.5)	248 (40.9)	275 (34.1)	177 (42.8)	71 (37.0)	248 (40.9)
ไม่เคย	473 (66.2)	54 (62.8)	4 (80.0)	531 (65.9)	173 (86.5)	358 (59.1)	531 (65.9)	237 (57.2)	121 (63.0)	358 (59.1)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
***P* value**	0.660				0.000***			0.179		
การทราบผลจากการเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (*N=275*)								FSW (*N=248*)		
ทราบ	234 (96.7)	32 (100)	1 (100)	267 (97.1)	27 (100)	240 (96.8)	267 (97.1)	173 (97.7)	67 (94.4)	240 (96.8)
ไม่ทราบ	8(3.3)	0.0	0.0	8(2.9)	0.0	8(3.2)	8(2.9)	4(2.3)	4(5.6)	8(3.2)
รวม	242 (100)	32 (100)	1 (100)	275 (100)	27 (100)	248 (100)	275 (100)	177 (100)	71 (100)	248 (100)
***P* value**	0.570				0.344			0.174		

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

เมื่อวิเคราะห์การเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพกับการเคยเข้ารับบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

อาชีพและการเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ และทหาร/ตำรวจ ระบุว่าไม่เคยตรวจและรักษา มากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ อาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท และรับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป

(ร้อยละ 85.7 และ 81.2 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มอาชีพค้าขาย /เจ้าของกิจการ ระบุว่าเคยตรวจและรักษามากที่สุด (ร้อยละ 75.0) รองลงมา คือ อาชีพงานบริการ และนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 29.7 และ 21.4 ตามลำดับ)

อาชีพและการเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพ ทหาร/ตำรวจ ระบุว่าไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี มากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ อาชีพ นักเรียน/นักศึกษา และ อาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 91.6 และ 80.0 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มอาชีพค้าขาย /เจ้าของกิจการ ระบุว่าเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี มากที่สุด (ร้อยละ 75.0) รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป และอาชีพงานบริการ (ร้อยละ 43.8 และ 40.9 ตามลำดับ) และกลุ่มอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท ค้าขาย /เจ้าของกิจการ นักเรียน/นักศึกษา และราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทราบผลตรวจมากที่สุด (ร้อยละ 100) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของประชากรหลักที่เคยเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ประวัติการเข้าถึงบริการ	**อาชีพ (*N=806*)**								*P* value
	รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	**ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท**	**ค้าขาย / เจ้าของกิจการ**	**งานบริการ**	**นักเรียน/นักศึกษา**	**ราชการ/รัฐวิสาหกิจ**	**ทหาร/ตำรวจ**	**รวม**	
การเคยตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)									0.001***
เคย	3	3	3	180	28	0.0	0.0	217	
	(18.8)	(14.3)	(75.0)	(29.7)	(21.4)			(26.9)	
ไม่เคย	13	18	1	426	103	5	23	589	
	(81.2)	(85.7)	(25.0)	(70.3)	(78.6)	(100)	(100)	(73.1)	
รวม	16	21	4	606	131	5	23	806	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
การเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV)									0.000***
เคย	7	5	3	248	11	1	0.00	275	
	(43.8)	(23.8)	(75.0)	(40.9)	(8.4)	(20.0)		(34.1)	
ไม่เคย	9	16	1	358	120	4	23	531	
	(56.3)	(76.2)	(25.0)	(59.1)	(91.6)	(80.0)	(100)	(65.9)	
รวม	16	21	4	606	131	5	23	806	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
การทราบผลจากการเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี (*N=275*)									0.970
ทราบ	7	5	3	240	11	1	0.0	267	
	(100)	(100)	(100)	(96.8)	(100)	(100)		(97.1)	
ไม่ทราบ	0.0	0.0	0.0	8(3.2)	0.0	0.0	0.0	8(2.9)	
รวม	7	5	3	248	11	1	0.0	275	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)		(100)	

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

4.2.2 ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

โดยใช้ตัวแปรเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ และคู่นอนอื่นๆ ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ และอาการบ่งชี้ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)

จากการประเมินลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักทั้งหมด ในภาพรวม พบว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มประชากรหลักเคยมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 77.7) คู่นอนไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากถึงร้อยละ 97.6 และมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเพียง ร้อยละ 2.4 ส่วนด้านอัตราการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำมีร้อยละ 65.5 และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประจำ ร้อยละ 46.4 (ไม่ถึงร้อยละ 50) ด้านการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ใช้ถุงยางอนามัยมากถึง ร้อยละ 75.3 และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ร้อยละ 66.7 และในรอบ 6-12 เดือน ไม่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากถึงร้อยละ 90.8 ส่วนกลุ่มที่เคยมีอาการบางอย่างมีร้อยละ 9.2

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรหลัก จำแนกตามตัวแปรลักษณะข้อมูลทางประชากรได้แก่ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส กลุ่มเป้าหมายหลัก รูปแบบการทำงานของพนักงานบริการหญิง และอาชีพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า กลุ่มอายุกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้

กลุ่มอายุกับการเคยมีเพศสัมพันธ์ช่องทางต่างๆ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่า กลุ่มอายุ 45-54 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 93.5) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 92.9) กลุ่มอายุ 18-24 ปี ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ทางปากและทวารหนักมากที่สุด ร้อยละ 25.9 และ 40.6 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 18 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์ทางปากและทวารหนัก ร้อยละ 12.1 และ 39.4

กลุ่มอายุกับความถี่ในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดที่ระบุว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง คือ กลุ่มอายุ 54 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.7) รองลงมา กลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 51.9) ส่วนกลุ่มอายุอื่นระบุว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ไม่ถึงร้อยละ 50 ด้านกลุ่มอายุที่ระบุว่าใช้เป็นครั้งคราว คือ กลุ่มอายุ 18-24 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 35.0) ส่วนกลุ่มอายุที่ระบุว่าไม่เคยใช้ คือ กลุ่มอายุ 25-34 ปีมากที่สุด (35.8) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 33.3) ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มอายุกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มอายุ 45-54 ปี ระบุว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 75.3 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 73.7) ($p<0.001$) กลุ่มอายุที่ระบุว่าใช้เป็นครั้งคราว คือ กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 18 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.3) ส่วนกลุ่มอายุที่ระบุว่าไม่เคยใช้ คือ กลุ่มอายุ 25-34 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 18.7) ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนกลุ่มอายุกับการมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คู่นอนของกลุ่มประชากรหลัก การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ และอาการบ่งชี้ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา นั้นไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มประชากรหลักที่มีช่วงอายุต่างกันมีพฤติกรรมต่าง ๆ

และอาการบ่งชี้ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยทุกกลุ่มอายุมีคู่นอนทั้งมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคู่นอนไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย และไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ คู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยัง พบว่า ทุกกลุ่มอายุทั้งที่ไม่เคยมีอาการและเคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร

		กลุ่มอายุ (ปี) (*N=799*)							
รูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	***N=806***	**ต่ำกว่า 18**	**18-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**54 ขึ้นไป**	**รวม**	***P* value**
ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีเพศสัมพันธ์ช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)									
ช่องคลอด	626	56	113	213	145	72	21	620	**0.000*****
	(77.7)	(56.6)	(57.4)	(86.6)	(92.9)	(93.5)	(87.5)	(77.6)	
ทางปาก	104	12	51	20	15	3	2	103	**0.000*****
	(12.9)	(12.1)	(25.9)	(8.1)	(9.6)	(3.9)	(8.3)	(12.9)	
ทวารหนัก	162	39	80	31	8	3	1	162	**0.000*****
	(20.1)	(39.4)	(40.6)	(12.6)	(5.1)	(3.9)	(4.2)	(20.3)	
คู่นอนมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) หรือไม่									**0.105**
มี	19	6	4	7	1	1	0.00	19	
	(2.4)	(6.1)	(2.0)	(2.8)	(0.6)	(1.3)		(2.4)	
ไม่มี	787	93	193	239	155	76	24	780	
	(97.6)	(93.9)	(98.0)	(97.2)	(99.4)	(98.7)	(100)	(97.6)	
รวม	806	99	197	246	156	77	24	799	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่									**0.106**
ใช้	528	73	136	145	102	51	17	524	
	(65.5)	(73.7)	(69.0)	(58.9)	(65.4)	(66.2)	(70.8)	(65.6)	
ไม่ใช้	278	26	61	101	54	26	7	275	
	(34.5)	(26.3)	(31.0)	(41.1)	(34.6)	(33.8)	(29.2)	(34.4)	
รวม	806	99	197	246	156	77	24	799	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนประจำ บ่อยแค่ไหน									**0.000*****
ไม่เคยใช้	226	16	41	88	52	22	5	224	
	(28.0)	(16.2)	(20.8)	(35.8)	(33.3)	(28.6)	(20.8)	(28.0)	
ใช้ทุกครั้ง	374	49	87	104	74	40	16	370	
	(46.4)	(49.5)	(44.2)	(42.3)	(47.4)	(51.9)	(66.7)	(46.3)	

รูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	*N=806*	กลุ่มอายุ (ปี) (*N=799*)							*P* value
		ต่ำกว่า 18	18-24	25-34	35-44	45-54	54 ขึ้นไป	รวม	
ใช้เป็นครั้งคราว	206	34	69	54	30	15	3	205	
	(25.6)	(34.3)	(35.0)	(22.0)	(19.2)	(19.5)	(12.5)	(25.7)	
รวม	806	99	197	246	156	77	24	799	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด กับคู่นอนอื่น ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่									**0.234**
ใช้	607	71	140	186	118	65	20	600	
	(75.3)	(71.7)	(71.1)	(75.6)	(75.6)	(84.4)	(83.3)	(75.1)	
ไม่ใช้	199	28	57	60	38	12	4	199	
	(24.7)	(28.3)	(28.9)	(24.4)	(24.4)	(15.6)	(16.7)	(24.9)	
รวม	806	99	197	246	156	77	24	799	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนอื่น ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ บ่อยแค่ไหน									**0.000*** **
ไม่เคยใช้	130	16	28	46	28	9	3	130	
	(16.1)	(16.2)	(14.2)	(18.7)	(17.9)	(11.7)	(12.5)	(16.3)	
ใช้ทุกครั้ง	538	49	124	168	115	58	17	531	
	(66.7)	(49.5)	(62.9)	(68.3)	(73.7)	(75.3)	(70.8)	(66.5)	
ใช้เป็นครั้งคราว	138	34	45	32	13	10	4	138	
	(17.1)	(34.3)	(22.8)	(13.0)	(8.3)	(13.0)	(16.7)	(17.3)	
รวม	806	99	197	246	156	77	24	799	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) บ้างหรือไม่									**0.073**
ไม่เคยมี	732	94	184	215	139	69	24	725	
อาการใดๆ	(90.8)	(94.9)	(93.4)	(87.4)	(89.1)	(89.6)	(100)	(90.7)	
เคยมีอาการ	74	5	13	31	17	8	0.00	74	
บางอย่าง	(9.2)	(5.1)	(6.6)	(12.6)	(10.9)	(10.4)		(9.3)	
รวม	806	99	197	246	156	77	24	799	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามสถานภาพสมรสของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า โดยส่วนใหญ่สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรสและช่องทางการเคยมีเพศสัมพันธ์ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มประชากรหลักที่มีคู่ อยู่ด้วยกัน เคยมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดมากถึงร้อยละ 91.9 (p<0.01) และกลุ่มประชากรหลักที่มีสถานภาพโสด เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ร้อยละ 22.2 (p<0.001) ส่วนผลการวิเคราะห์สถานภาพสมรสกับคู่นอนมีประวัติเป็น STIs อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำและคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ความถี่การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ และคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และอาการบ่งชี้ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมานั้น ไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือกลุ่มประชากรหลักที่มีสถานภาพต่างกัน มีพฤติกรรมต่าง ๆ และอาการบ่งชี้ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังกล่าวที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่สัมพันธ์กัน โดยกลุ่มประชากรหลักที่มีสถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) ที่ระบุว่าเคยมีคู่นอนมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ (ร้อยละ 2.7 และ 0.0 ตามลำดับ) และคู่นอนไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 97.3 และ 100 ตามลำดับ) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ในภาพรวมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า กลุ่มประชากรหลักที่มีสถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) ที่ระบุว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ (ร้อยละ 65.5, 65.1 และ 80.0 ตามลำดับ) และไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 34.5, 34.9 และ 20.0 ตามลำดับ) ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มประชากรหลักที่ระบุว่า ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนประจำ (ร้อยละ 28.0, 27.9 และ 40.0 ตามลำดับ), ใช้ทุกครั้ง (ร้อยละ 45.5, 57.0 และ 40.0 ตามลำดับ) และใช้เป็นครั้งคราว (ร้อยละ 26.9, 15.1 และ 20.0 ตามลำดับ) ส่วนอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ (ร้อยละ 74.8, 79.1 และ 80.0 ตามลำดับ) และไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 25.2, 20.9 และ 20.0 ตามลำดับ) -ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มประชากรหลักที่ระบุว่า ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ (ร้อยละ 16.2, 15.1 และ 20.0 ตามลำดับ), ใช้ทุกครั้ง (ร้อยละ 65.5, 77.9 และ 60.0 ตามลำดับ) และใช้เป็นครั้งคราว (ร้อยละ 18.3, 7.0 และ 20.0 ตามลำดับ) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มประชากรหลักที่มีสถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) ที่ระบุว่าไม่เคยมีอาการใด ๆ ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 90.3, 94.2 และ 100 ตามลำดับ) และเคยมีอาการบางอย่าง (ร้อยละ 9.7, 5.8 และ 0.0 ตามลำดับ) ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งกลุ่มที่เคยมีอาการนั้นส่งผลให้มีความเสี่ยงมากที่สุดได้

การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายหลัก FSW และ MSM พบว่า โดยส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายหลัก FSW และ MSM กับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) มีดังนี้

กลุ่มเป้าหมายหลัก และช่องทางการเคยมีเพศสัมพันธ์ทั้ง 3 ช่องทาง ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า กลุ่ม FSW ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด (ร้อยละ 96.7) มากกว่า MSM (ร้อยละ 20.0) ส่วนในกลุ่ม MSM ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (ร้อยละ 32.0) และทางทวารหนัก (ร้อยละ 80.5) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 6.6 และ0.2) เป็นไปได้ว่าการที่กลุ่ม MSM มีเพศสัมพันธ์ทางทวารมากถึงร้อยละ 80.5 นั้น อาจเป็นปัจจัยหนึ่งนำไปสู่การมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้

กลุ่มเป้าหมายหลักกับการมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คู่นอน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่ากลุ่ม MSM ระบุว่าคู่นอนมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 6.5) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 1.0) ส่วนกลุ่ม FSW ระบุว่าคู่นอนไม่มี (ร้อยละ 99.0)

กลุ่มเป้าหมายหลักและการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ ในรอบ 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่ากลุ่ม FSW ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ร้อยละ 48.7) ไม่เคยใช้ (ร้อยละ 30.4) มากกว่า MSM (ร้อยละ 39.5 และ 21.0) ส่วนกลุ่ม MSM ระบุว่าใช้เป็นครั้งคราว (ร้อยละ 39.5) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 21.0)

กลุ่มเป้าหมายหลักและใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศ สัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า กลุ่ม FSW ระบุว่ามีอัตราใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 79.7) มากกว่ากลุ่ม MSM (ร้อยละ 62.0) ส่วนในกลุ่ม MSM ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 38.0) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 20.3)

กลุ่มเป้าหมายหลักและการใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ในรอบ 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า กลุ่ม FSW ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ร้อยละ 75.2) มากกว่า MSM (41.0) ส่วนในกลุ่ม MSM ระบุว่าใช้เป็นครั้งคราว และไม่เคยใช้ (ร้อยละ 40.0 และ 19.0) มากกว่า FSW (ร้อยละ 9.6 และ 15.2)

ส่วนด้านกลุ่มเป้าหมายหลัก กับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ และข้อบ่งชี้อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยกลุ่ม MSM และ FSW ระบุว่า มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 65.0 และ 65.7) ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ (ร้อยละ 35.0 และ 34.3) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และยังพบว่า กลุ่ม MSM และ FSW ระบุว่าไม่เคยมีอาการใด ๆ ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 94.0 และ 89.8) และเคยมีอาการบางอย่าง (ร้อยละ 6.0 และ 10.2) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันเช่นเดียวกัน

การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) แบบมีหลักแหล่ง (Venue) และไม่มีหลักแหล่ง (Non-venue) พบว่า รูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ที่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้

รูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) กับการเคยมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) โดยพบว่า กลุ่ม Non-venue (ร้อยละ 99.5) เคยมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่ม Venue (ร้อยละ 95.4)

รูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) กับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า กลุ่ม Non venue ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 75.5) มากกว่ากลุ่ม Venue (ร้อยละ 61.1) ส่วนกลุ่ม Venue ระบุว่าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 38.9) มากกว่ากลุ่ม Non-venue (ร้อยละ 24.5) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลให้กลุ่ม Venue มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่ม Non-venue ได้

รูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) และการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยพบว่า กลุ่ม Non-venue มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ร้อยละ 54.2) และไม่เคยใช้ (30.7) มากกว่ากลุ่ม Venue (ร้อยละ 46.1

และ 30.2) ส่วนกลุ่ม Venue ใช้เป็นครั้งคราว (ร้อยละ 23.7) มากกว่า Non-venue (ร้อยละ 15.1) ทั้งนี้ Non- venue ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนประจำ อาจนำไปสู่ปัจจัยเสียงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้

ส่วนด้านรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) กับการมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คู่นอน อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ความถี่การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และข้อบ่งชี้อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ระบุว่า คู่นอนมีและไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากัน (ร้อยละ 1.0 และ 99.0) ด้านอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ พบว่า กลุ่ม Venue และ Non-venue ระบุว่าการใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 81.2 และ 76.6) ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 18.8 และ 23.4) ส่วนกลุ่ม Venue และ Non-venue ระบุว่าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 14.7 และ 16.1) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ร้อยละ 75.8 และ 74.0) และใช้เป็นครั้งคราว (ร้อยละ 9.4 และ 9.9) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และยังพบว่า ในกลุ่ม Venue และ Non-venue ระบุว่าไม่เคยมีอาการใดๆ ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 88.6 และ 92.2) และเคยมีอาการบางอย่าง (ร้อยละ 1.4 และ 7.8) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร

รูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	**สถานภาพสมรส (*N=806*)**				**กลุ่มเป้าหมายหลัก (*N=806*)**			**รูปแบบการทำงานของ FSW (*N=606*)**		
	โสด	มีคู่ อยู่ด้วยกัน	มีคู่แยกกันอยู่	รวม	MSM	FSW	รวม	Venue	Non-venue	รวม
ในรอบ 12 เดือน เคยมีเพศสัมพันธ์ช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)										
ช่องคลอด	543	79	4	626	40	586	626	395	191	586
	(75.9)	(91.9)	(80.0)	(77.7)	(20.0)	(96.7)	(77.7)	(95.4)	(99.5)	(96.7)
P value		0.004**				0.000***			0.009**	
ทางปาก	97	7	0.00	104	64	40	104	27	13	40
	(13.6)	(8.1)		(12.9)	(32.0)	(6.6)	(12.9)	(6.5)	(6.8)	(6.6)
P value	0.252					0.000***		0.909		
ทวารหนัก	159	2	1	162	161	1	162	1	0.00	1
	(22.2)	(2.3)	(20.0)	(20.1)	(80.5)	(0.2)	(20.1)	(0.2)		(0.2)
P value		0.000***				0.000***		0.496		
คู่นอนมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) หรือไม่										
มี	19	0.00	0.00	19	13	6	19	4	2	6
	(2.7)			(2.4)	(6.5)	(1.0)	(2.4)	(1.0)	(1.0)	(1.0)
ไม่มี	696	86	5	787	187	600	787	410	190	600
	(97.3)	(100)	(100)	(97.6)	(93.5)	(99.0)	(97.6)	(99.0)	(99.0)	(99.0)
รวม	715	86	5	806	200	606	806	414	192	606
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
***P* value**	**0.290**					**0.000*** **			**0.930**	

รูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	สถานภาพสมรส (*N=806*)				กลุ่มเป้าหมายหลัก (*N=806*)			รูปแบบการทำงานของ FSW (*N=606*)		
	โสด	มีคู่ อยู่ด้วยกัน	มีคู่ แยกกันอยู่	รวม	MSM	FSW	รวม	Venue	Non-venue	รวม
มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่										
ใช้	468 (65.5)	56 (65.1)	4 (80.0)	528 (65.5)	130 (65.0)	398 (65.7)	528 (65.5)	253 (61.1)	145 (75.5)	398 (65.7)
ไม่ใช้	247 (34.5)	30 (34.9)	1 (20.0)	278 (34.5)	70 (35.0)	208 (34.3)	278 (34.5)	161 (38.9)	47 (24.5)	208 (34.3)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
P value	**0.790**				**0.861**					**0.001*** **
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนประจำ บ่อยแค่ไหน										
ไม่เคยใช้	200 (28.0)	24 (27.9)	2 (40.0)	226 (28.0)	42 (21.0)	184 (30.4)	205 (25.4)	125 (30.2)	59 (30.7)	184 (30.4)
ใช้ทุกครั้ง	323 (45.2)	49 (57.0)	2 (40.0)	374 (46.4)	79 (39.5)	295 (48.7)	395 (49.0)	191 (46.1)	104 (54.2)	295 (48.7)
ใช้เป็นครั้งคราว	192 (26.9)	13 (15.1)	1 (20.0)	206 (25.6)	79 (39.5)	127 (21.0)	206 (25.6)	98 (23.7)	29 (15.1)	127 (21.0)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
P value	0.147					0.000***			0.042 *	
มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด กับคู่นอนอื่น ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่										
ใช้	535 (74.8)	68 (79.1)	4 (80.0)	607 (75.3)	124 (62.0)	483 (79.7)	607 (75.3)	336 (81.2)	147 (76.6)	483 (79.7)
ไม่ใช้	180 (25.2)	18 (20.9)	1 (20.0)	199 (24.7)	76 (38.0)	123 (20.3)	199 (24.7)	78 (18.8)	45 (23.4)	123 (20.3)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
P value	**0.669**					**0.000*** **			**0.191**	
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนอื่น ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ บ่อยแค่ไหน										
ไม่เคยใช้	116 (16.2)	13 (15.1)	1 (20.0)	130 (16.1)	38 (19.0)	92 (15.2)	130 (16.1)	61 (14.7)	31 (16.1)	92 (15.2)
ใช้ทุกครั้ง	468 (65.5)	67 (77.9)	3 (60.0)	538 (66.7)	82 (41.0)	456 (75.2)	538 (66.7)	314 (75.8)	142 (74.0)	456 (75.2)
ใช้เป็นครั้งคราว	131 (18.3)	6 (7.0)	1 (20.0)	138 (17.1)	80 (40.0)	58 (9.6)	138 (17.1)	39 (9.4)	19 (9.9)	58 (9.6)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
P value	**0.102**					**0.000*** **			**0.876**	

รูปแบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	สถานภาพสมรส (*N=806*)				กลุ่มเป้าหมายหลัก (*N=806*)			รูปแบบการทำงานของ FSW (*N=606*)		
	โสด	มีคู่ อยู่ด้วยกัน	มีคู่ แยกกันอยู่	รวม	MSM	FSW	รวม	Venue	Non-venue	รวม
ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) บ้างหรือไม่										
ไม่เคยมีอากาใดๆ	646 (90.3)	81 (94.2)	5 (100)	732 (90.8)	188 (94.0)	544 (89.8)	732 (90.8)	367 (88.6)	177 (92.2)	544 (89.8)
เคยมีอาการบางอย่าง	69 9.7)	5 (5.8)	0.00	74 (9.2)	12 (6.0)	62 (10.2)	74 (9.2)	47 (1.4)	15 (7.8)	62 (10.2)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
P value	**0.394**				**0.072**				**0.181**	

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามอาชีพของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า โดยส่วนใหญ่อาชีพ ที่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) มีดังนี้ อาชีพ และการเคยมีเพศสัมพันธ์ทั้ง 3 ช่องทางในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มอาชีพงานบริการ เคยมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด มากที่สุด (ร้อยละ 96.7) ส่วนกลุ่มอาชีพทหาร/ตำรวจ เคยมีเพศสัมพันธ์ทางปากมากที่สุด (ร้อยละ 65.2) และกลุ่มอาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท อาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ อาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ และอาชีพทหาร/ตำรวจ ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมากถึงร้อยละ 100

อาชีพกับการมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คู่นอนของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า กลุ่มอาชีพค้าขาย /เจ้าของกิจการ และอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระบุว่า คู่นอนไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากที่สุด (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มอาชีพ ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท ระบุว่า คู่นอนมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากที่สุด (ร้อยละ 33.3)

อาชีพและอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ โดยพบว่า กลุ่มอาชีพ ค้าขาย /เจ้าของกิจการ ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัย มากที่สุด (ร้อยละ 75.0) รองลงมา คือ อาชีพทหาร/ตำรวจ (ร้อยละ 73.9) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 71.8) ส่วนกลุ่มอาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท นั้น ระบุว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 81.0) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 80.0) ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มอาชีพ ทหาร/ตำรวจ ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประจำ มากที่สุด (ร้อยละ 65.2) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพงานบริการ (ร้อยละ 48.7) กลุ่มอาชีพที่ระบุว่าใช้เป็นครั้งคราว คือ กลุ่มอาชีพค้าขาย /เจ้าของกิจการ มากที่สุด (ร้อยละ100) ส่วนกลุ่มอาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท นั้น ระบุว่าไม่เคยใช้ มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 40.0) ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

อาชีพและอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ พบว่า กลุ่มอาชีพงานบริการ ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัย มากที่สุด (ร้อยละ7 9.7) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพทหาร/ตำรวจ (ร้อยละ73.9) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 71.8) ส่วนกลุ่มอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจนั้น ระบุว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัย มากที่สุด (ร้อยละ 80.0) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท (ร้อยละ 76.2) เสี่ยงต่อเอชไอวีในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มอาชีพงานบริการ ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ มากที่สุด (ร้อยละ 75.2) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพทหาร/ตำรวจ (ร้อยละ 73.9) ด้านกลุ่มอาชีพงานค้าขาย /เจ้าของกิจการ ระบุว่าใช้เป็นครั้งคราว มากที่สุด (ร้อยละ 75.0) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป (ร้อยละ 56.3) ส่วนกลุ่มอาชีพงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระบุว่าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย มากที่สุด (ร้อยละ 40.0) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท (ร้อยละ 33.3) ส่วนอาชีพและข้อบ่งชี้อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่า ทุกอาชีพระบุว่าไม่เคยมีอาการใด ๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และเคยมีอาการบางอย่างในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามลักษณะทางประชากร

รูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	อาชีพ (*N=806*)								*P* value
	รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท	ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	งานบริการ	นักเรียน/นักศึกษา	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ทหาร/ตำรวจ	รวม	
ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีเพศสัมพันธ์ช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)									0.000***
ช่องคลอด	0.0	2(9.5)	0.0	586 (96.7)	36 (27.5)	2 (40.0)	0.00	626 (77.7)	
ทางปาก	7 (43.8)	10 (47.6)	1 (25.0)	40 (6.6)	29 (21.1)	2 (40.0)	15 (65.2)	104 (12.9)	
ทวารหนัก	15 (93.8)	21 (100)	4 (100)	1 (0.2)	93 (71.0)	5 (100)	23 (100)	162 (20.1)	
คู่นอนมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) หรือไม่									0.000***
มี	0.0	7 (33.3)	0.00	6 (1.0)	4 (3.1)	0.00	2 (8.7)	19 (2.4)	
ไม่มี	16 (100)	14 (66.7)	4 (100)	600 (99.0)	127 (96.9)	5 (100)	21 (91.3)	787 (97.60)	
รวม	16 (100)	21 (100)	4 (100)	606 (100)	131 (100)	5 (100)	23 (100)	806 (100)	
มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่									0.000***
ใช้	11 (68.8)	4 (19.0)	3 (75.0)	398 (65.7)	94 (71.8)	1 (20.0)	17 (73.9)	528 (65.5)	
ไม่ใช้	5 (31.3)	17 (81.0)	1 (25.0)	208 (34.3)	37 (28.2)	4 (80.0)	6 (26.1)	278 (34.5)	
รวม	16 (100)	21 (100)	4 (100)	606 (100)	131 (100)	5 (100)	23 (100)	806 (100)	

รูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	อาชีพ (*N=806*) รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท	ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	งานบริการ	นักเรียน/นักศึกษา	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ทหาร/ตำรวจ	รวม	*P* value
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนประจำ บ่อยแค่ไหน									0.000***
ไม่เคยใช้	5 (31.3)	14 (66.7)	0.0	184 (30.4)	18 (13.7)	2 (40.0)	3 (13.0)	226 (28.0)	
ใช้ทุกครั้ง	4 (25.0)	3 (14.3)	0.0	295 (48.7)	56 (42.7)	1 (20.0)	15(65.2)	374 (46.4)	
ใช้เป็นครั้งคราว	7 (43.8)	4 (19.0)	4 (100)	127 (21.0)	57 (43.5)	2 (40.0)	5 (21.7)	206 (25.6)	
รวม	16 (100)	21 (100)	4 (100)	606 (100)	131 (100)	5 (100)	23 (100)	806 (100)	
มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด กับคู่นอนอื่น ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่									0.000***
ใช้	5 (23.8)	5 (23.8)	2 (50.0)	483 (79.7)	94 (71.8)	1 (20.0)	17 (73.9)	623 (78.2)	
ไม่ใช้	11 (68.8)	16 (76.2)	2 (50.0)	123 (20.3)	37 (28.2)	4 (80.0)	6 (26.1)	174 (21.8)	
รวม	16 (100)	21 (100)	4 (100)	606 (100)	131 (100)	5 (100)	23 (100)	806 (100)	
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนอื่น ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ บ่อยแค่ไหน									0.000***
ไม่เคยใช้	2 (12.5)	7 (33.3)	1 (25.0)	92 (15.2)	25 (19.1)	2 (40.0)	1 (4.3)	130 (16.1)	
ใช้ทุกครั้ง	5 (31.3)	3 (14.3)	0.0	456 (75.2)	56 (42.7)	1 (20.0)	17 (73.9)	538 (66.7)	
ใช้เป็นครั้งคราว	9 (56.3)	11 (52.4)	3 (75.0)	58 (9.6)	50 (38.2)	2 (40.0)	5 (21.7)	138 (17.1)	
รวม	16 (100)	21 (100)	4 (100)	606 (100)	131 (100)	5 (100)	23 (100)	806 (100)	
ในรอบ 6-12 เดือนที่ผ่านมา มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) บ้างหรือไม่									0.289
ไม่เคยมีอาการใด ๆ	14 (87.5)	19 (90.5)	3 (75.0)	544 (89.8)	124 (94.7)	5 (100)	23 (100)	732 (90.8)	
เคยมีอาการบางอย่าง	2 (12.5)	2 (9.5)	1 (25.0)	62 (10.2)	7 (5.3)	0.00	0.00	74 (9.2)	
รวม	16 (100)	21 (100)	4 (100)	606 (100)	131 (100)	5 (100)	23 (100)	806 (100)	

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

4.2.3 ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

จากการประเมินระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักทั้งหมดในภาพรวม พบว่า กลุ่มประชากรหลักส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 80.9) รองลงมา คือ ระดับความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 17.7) และต่ำ (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรหลัก จำแนกตามตัวแปรลักษณะข้อมูลทางประชากร ได้แก่ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส กลุ่มเป้าหมายหลัก รูปแบบการทำงานของพนักงานบริการหญิง และอาชีพ มีดังนี้

จำแนกตามกลุ่มอายุของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า กลุ่มอายุ กับระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยกลุ่มอายุ 54 ปีขึ้นไปมีระดับความเสี่ยงต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 8.3) กลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี มีระดับความเสี่ยงปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 87.9) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 84.4) และกลุ่มอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 81.7) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 25-34 ปี มีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุด (ร้อยละ 22.4) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 18.6) และ กลุ่มอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ

จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรส กับระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มประชากรหลักทั้งที่มีสถานภาพโสดและมีคู่ (อยู่ด้วยกัน) มีระดับความเสี่ยงต่ำในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 1.0 และ 4.7 ตามลำดับ) ส่วนทั้ง 3 กลุ่มประชากรหลักที่มีสถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) มีระดับความเสี่ยงปานกลางร้อยละ 80.0 ขึ้นไปในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 81.0, 80.2 และ 80.0 ตามลำดับ) และยังพบว่ากลุ่มประชากรหลักที่มีสถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) มีระดับความเสี่ยงสูงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 18.0, 15.1 และ 20.0 ตามลำดับ)

จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW พบว่า กลุ่มเป้าหมายหลักกับระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่า กลุ่ม FSW มีระดับความเสี่ยงต่ำ และปานกลาง (ร้อยละ 1.7 และ 83.3) มากกว่ากลุ่ม MSM (ร้อยละ 0.5 และ 73.5) ส่วนกลุ่ม MSM มีระดับความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 26.0) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 15.0)

จำแนกตามรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) แบบมีหลักแหล่ง (Venue) และไม่มีหลักแหล่ง (Non-venue) พบว่า รูปแบบการทำงานของ FSW กับระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่ม Venue และ Non-venue มีระดับความเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 2.2 และ 0.5 ตามลำดับ) ระดับความเสี่ยงปานกลางเท่ากัน (ร้อยละ 83.3) และระดับความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 14.5 และ 16.1 ตามลำดับ) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

จำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพกับระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพงานบริการ มีระดับความเสี่ยงต่ำ มากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 0.8) กลุ่มอาชีพ นักเรียน/นักศึกษา มีระดับความเสี่ยงปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 84.0) รองลงมา คือ กลุ่มอาชีพงานบริการ(ร้อยละ 83.3) และค้าขาย /เจ้าของกิจการ (ร้อยละ 75.0) โดยกลุ่มอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) รองลงมา กลุ่มอาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท (ร้อยละ 76.2) และรับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป (ร้อยละ 1.3) และ ทหาร/ตำรวจ (ร้อยละ 26.1) ตามลำดับ การที่กลุ่มอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุดนั้น สืบเนื่องจากกลุ่มประชากรหลักดังกล่าว ระบุว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัย มากที่สุด (ร้อยละ 80.0) ไม่มีการประเมินความเสี่ยงตนเอง และไม่กล้าที่จะเข้ามารับบริการตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อรักษาภาพลักษณ์ และหน้าที่การงานตนเอง ส่วนกลุ่มอาชีพงานบริการ

มีระดับความเสี่ยงสูงน้อยที่สุด ร้อยละ 15.0 เนื่องจากส่วนใหญ่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูง (ร้อยละ7 9.7) (ตารางที่ 4.8 และ-4.10)

ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ระดับ ความเสี่ยง	*N=806*	**กลุ่มอายุ (ปี(*N=799*)**						
		ต่ำกว่า 18	**18-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**54 ขึ้นไป**	**รวม**
ต่ำ	11	1	1	3	1	2	2	10
	(1.4)	(1.0)	(0.5)	(1.2)	(0.6)	(2.6)	(8.3)	(100)
ปานกลาง	652	87	161	188	126	65	19	646
	(80.9)	(87.9)	(81.7)	(76.4)	(80.8)	(84.4)	(79.2)	(80.9)
สูง	143	11	35	55	29	10	3	143
	(17.7)	(11.1)	(17.8)	(22.4)	(18.6)	(13.0)	(12.5)	(100)
รวม	806	99	197	246	156	77	24	799
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
P value		**0.027***						

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

ตารางที่ 4.9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ระดับ ความเสี่ยง	**สถานภาพสมรส (*N=806*)**				**กลุ่มเป้าหมายหลัก (*N=806*)**			**รูปแบบการทำงานของ FSW (*N=606*)**		
	โสด	**มีคู่ อยู่ด้วยกัน**	**มีคู่ แยกกันอยู่**	**รวม**	**MSM**	**FSW**	**รวม**	**Venue**	**Non-venue**	**รวม**
ต่ำ	7	4	0.0	11	1	10	11	9	1	10
	(1.0)	(4.7)		(100)	(0.5)	(1.7)	(1.4)	(2.2)	(0.5)	(1.7)
ปานกลาง	579	69	4	652	147	505	652	345	160	505
	(81.0)	(80.2)	(80.0)	(80.9)	(73.5)	(83.3)	(80.9)	(83.3)	(83.3)	(83.3)
สูง	129	13	1	143	52	91	143	60	31	91
	(18.0)	(15.1)	(20.0)	(100)	(26.0)	(15.0)	(17.7)	(14.5)	(16.1)	(15.0)
รวม	715	86	5	806	200	606	806	414	192	606
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
P value	**0.090**					**0.001*****			**0.300**	

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ระดับความเสี่ยง	อาชีพ (*N=806*)							
	รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท	ค้าขาย / เจ้าของกิจการ	งานบริการ	นักเรียน/นักศึกษา	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ทหาร/ตำรวจ	รวม
ต่ำ	0.0	0.0	0.0	10 (1.7)	1 (0.8)	0.0	0.0	272 (33.7)
ปานกลาง	11 (68.8)	5 (23.8)	3 (75.0)	505 (83.3)	110 (84.0)	1 (20.0)	17 (73.9)	407 (50.5)
สูง	5 (31.3)	16 (76.2)	1 (25.0)	91 (15.0)	20 (15.3)	3 (80.0)	6 (26.1)	127 (15.8)
รวม	16 (100)	21 (100)	4 (100)	606 (100)	131 (100)	5 (100)	23 (100	806 (100)
P value	0.000***							

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

4.3 การศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

4.3.1 การวิเคราะห์เนื้อหาสำคัญจากขั้นตอนเตรียมการและวางแผน

กลวิธีสำคัญในขั้นตอนเตรียมการและวางแผน ได้แก่ การศึกษาขนาดและการหาจุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลัก ที่มีความเสี่ยงสูง (Target Mapping) เพื่อกำหนดแผนการจัดบริการเชิงรุกนอกหน่วยบริการ โดยอาศัยความร่วมมือของแกนนำชุมชน พบว่า มีจุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลักประเภทสถานที่เห็นหลักแหล่ง (Venue based) 49 แห่ง และไม่เป็นหลักแหล่ง (Non-venue based) 3 แห่ง รวมทั้งสิ้น 52 แห่ง (ภาพที่ 4.1)

ภาพที่ 4.1 แสดงจุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลัก MSM และ FSW ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี (Target Mapping)

4.3.2 การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ด้วยชุดบริการ RRTTR

จากการวิเคราะห์การได้รับบริการด้านเอชไอวีด้วยชุดบริการ RRTTR พบว่า ผลการให้บริการปรึกษาเพื่อตรวจคัดกรองการหาติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และเชื้อซิฟิลิส (Syphilis) โดยสมัครใจในภาพรวมพบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 6.7) และมีผู้ติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 1.9) และเป็นการตรวจบริการแบบทราบผลในวันเดียว (SDR) ซึ่งกลุ่มประชากรหลักทั้งหมดได้รับการปรึกษาก่อนตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้ฟังผลเลือด ร้อยละ 100

การวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามตัวแปร ลักษณะข้อมูลทางประชากร ได้แก่ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส กลุ่มเป้าหมายหลัก รูปแบบการทำงานของพนักงานบริการหญิง และอาชีพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เมื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า กลุ่มอายุกับผลการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ กล่าวคือ

ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV) พบว่า ทุกกลุ่มอายุมีผลเลือดเป็น Non reactive อยู่ในช่วงร้อยละ 89.6-99.0 ส่วนกลุ่มอายุที่มีผลเลือดเป็น Reactive พบมากในกลุ่มอายุ 45-54 ปี, 25-34 ปี และ18-24 ปี ร้อยละ (10.4, 8.9 และ 7.1 ตามลำดับ)

ผลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis) พบว่า ทุกกลุ่มอายุ มีผลเป็น Non reactive ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (อยู่ในช่วงร้อยละ 96.1 - 100) ส่วนกลุ่มอายุที่ผลเป็น Reactive พบมากในกลุ่มอายุ 45-54 ปี, 25-34 ปี และ 18-24 ปี (ร้อยละ 3.9, 2.4 และ 2.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร

		กลุ่มอายุ (ปี) (*N=799*)							
ผลการตรวจ	***N=806***	**ต่ำกว่า 18**	**18-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**54 ขึ้นไป**	**รวม**	***P* value**
การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV)									0.297
Non reactive	750 (96.1)	98 (99.0)	183 (92.9)	223 (90.7)	147 (94.2)	69 (89.6)	23 (95.8)	743 (93.0)	
Reactive	54 (6.7)	1 (1.0)	14 (7.1)	22 (8.9)	8 (5.1)	8 (10.4)	1 (4.2)	54 (6.8)	
Indeterminate	2 (0.2)	0.0	0.0	1 (0.4)	1 (0.6)	0.0	0.0	2 (0.3)	
รวม	806(100)	99 (100)	197 (100)	246 (100)	156 (100)	77 (100)	24 (100)	799 (100)	
การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis)									0.589
Non reactive	790(98.0)	98 (99.0)	193 (98.0)	240 (97.6)	154 (98.7)	74 (96.1)	24 (100)	783 (98.0)	
Reactive	15 (1.9)	1 (1.0)	4 (2.0)	6 (2.4)	1 (0.6)	3 (3.9)	0.0	15 (1.9)	
Indeterminate	1 (0.1)	0.0	0.0	0.0	1 (0.6)	0.0	0.0	1 (0.1)	
รวม	806 (100)	99 (100)	197 (100)	246 (100)	156 (100)	77 (100)	24(100)	799 (100)	

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

เมื่อวิเคราะห์สถานภาพสมรส และการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรส กับผลการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังนี้

ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV) พบว่า กลุ่มประชากรหลักทั้ง 3 กลุ่มสถานภาพ คือ สถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) มีผลเลือดลบ (Negative) ร้อยละ 92.6 97.7 และ 80.0 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีผลเลือดบวก (Positive) พบมากในกลุ่มมีคู่ (แยกกันอยู่) สถานภาพโสด และมีคู่ (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 20.0 , 7.1 และ 2.3 ตามลำดับ

ผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis) พบว่า กลุ่มประชากรหลักทั้ง 3 กลุ่มสถานภาพ คือ สถานภาพโสด มีคู่ (อยู่ด้วยกัน) และมีคู่ (แยกกันอยู่) มีผลเป็น Non reactive ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 98.0, 97.7 และ 100 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่ผลเป็น Reactive พบในกลุ่มสถานภาพโสด และมีคู่ (อยู่ด้วยกัน) (ร้อยละ 1.8 และ 2.3 ตามลำดับ) ซึ่งอยู่ในสัดส่วนใกล้เคียงกันเช่นเดียวกัน

เมื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW พบว่า กลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW กับผลการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่า กลุ่ม FSW มีผลเลือดเป็น Non reactive ร้อยละ 96.2 มากกว่า กลุ่ม MSM (ร้อยละ 83.5) ส่วนกลุ่ม MSM มีผลเลือดเป็น Reactive ร้อยละ 16.5 มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ3.5)

ผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) โดยพบว่า กลุ่ม FSW มีผลเป็น Non reactive (ร้อยละ 98.7) มากกว่ากลุ่ม MSM (ร้อยละ96.0) ส่วนกลุ่ม MSM มีผลเป็น Reactive (ร้อยละ4.0) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ1.2) และ

เมื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) แบบมีหลักแหล่ง (Venue) และไม่มีหลักแหล่ง (Non-venue) พบว่า

รูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) กับผลการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis) และการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่า

ผลตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV) พบว่า ทั้งกลุ่ม Venue และ Non venue มีผลเลือดเป็น Non reactive ร้อยละ 94.9 และ 99.0 ตามลำดับ ส่วนผลเลือดเป็น Reactive พบร้อยละ 4.6 และ 1.0 ตามลำดับ

ผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis) พบว่า ทั้งกลุ่ม Venue และ Non venue มีผลเป็น Non reactive (ร้อยละ 98.1 และ 100 ตามลำดับ) ส่วนผลเป็น Reactive พบเฉพาะในกลุ่ม Venue (ร้อยละ 1.7) (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร

	สถานภาพสมรส *(N=806)*	**กลุ่มเป้าหมายหลัก** *(N=806)*	**รูปแบบการทำงานของ** FSW (*N=606*)

ผลการตรวจ	โสด	มีคู่อยู่ด้วยกัน	มีคู่แยกกันอยู่	รวม	MSM	FSW	รวม	Venue	Non-venue	รวม
การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV)										
Non Reactive	662 (92.6)	84 (97.7)	4 (80.0)	750 (93.1)	167 (83.5)	583 (96.2)	750 (93.1)	393 (94.9)	190 (99.0)	583 (96.2)
Reactive	51 (7.1)	2 (2.3)	1 (20.0)	54 (6.7)	33 (16.5)	21 (3.5)	54 (6.7)	19 (4.6)	2 (1.0)	21 (3.5)
Indeterminate	2 (0.3)	0.0	0.0	2 (0.2)	0.00	2 (0.3)	2 (0.2)	2 (0.5)	0.0	2 (0.3)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
***P* value**	**0.338**				**0.000*** **			**0.052**		
การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis)										
Non Reactive	701 (98.0)	84 (97.7)	5(100)	790 (98.0)	192 (96.0)	598 (98.7)	790 (98.0)	406 (98.1)	192 (100)	598 (98.7)
Reactive	13 (1.8)	2 (2.3)	0.0	15 (1.9)	8 (4.0)	7 (1.2)	15 (1.9)	7 (1.7)	0.00	7 (1.2)
Indeterminate	1 (0.10)	0.0	0.0	1 (0.1)	0.0	1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.2)	0.0	1 (0.2)
รวม	715 (100)	86 (100)	5 (100)	806 (100)	200 (100)	606 (100)	806 (100)	414 (100)	192 (100)	606 (100)
***P* value**	0.988				0.01**			0.153		

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

เมื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพกับการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01 และ p<0.001) ดังนี้

ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV) กับอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีผลเลือดเป็น Non reactive มากที่สุด ร้อยละ 98.5 รองลงมา คือ อาชีพงานบริการ และอาชีพค้าขาย /เจ้าของกิจการ (ร้อยละ 96.2 และ 75.0 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มลูกจ้างโรงงาน/บริษัท มีผลเลือดเป็น Reactive มากที่สุดถึง ร้อยละ76.2 รองลงมา คือ อาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ และอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป (ร้อยละ 60.0 และ 31.3 ตามลำดับ) และพบน้อยที่สุด คือ อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 1.5

ผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis) กับอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพงานบริการ มีผลเป็น Non reactive มากที่สุด (ร้อยละ 98.7) รองลงมา คือ อาชีพนักเรียน/นักศึกษา และอาชีพทหาร/ตำรวจ (ร้อยละ 97.7 และ 95.7 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มอาชีพค้าขาย / เจ้าของกิจการ มีผลเป็น Reactive มากที่สุด (ร้อยละ 25.0) รองลงมา คือ อาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ และ ทหาร/ตำรวจ (ร้อย 20.0 เท่ากัน) (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการด้านเอชไอวี จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ผลการตรวจ	อาชีพ (*N=806*)								*P* value
	รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท	ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	งานบริการ	นักเรียน/นักศึกษา	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ทหาร/ตำรวจ	รวม	
การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV)									0.000***
Non Reactive	11	5	3	583	129	2	17	750	
	(68.8)	(23.8)	(75.0)	(96.2)	(98.5)	(40.0)	(73.9)	(93.1)	
Reactive	5(31.3)	16	1	21	2	3	6	54	
		(76.2)	(25.0)	(3.5)	(1.5)	(60.0)	(26.1)	(6.7)	
Indeterminate	0.0	0.0	0.0	2(0.3)	0.0	0.0	0.0	2(0.2)	
รวม	16	21	4	606	131	5	23	806	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis)									0.010**
Non Reactive	15	20	3	598	128	4	22	790	
	(93.8)	(95.2)	(75.0)	(98.7)	(97.7)	(80.0)	(95.7)	(98.0)	
Reactive	1	1	1	7	3	1	1	15	
	(6.3)	(4.8)	(25.0)	(1.2)	(2.3)	(20.0)	(20.0)	(1.90)	
Indeterminate	0.0	0.0	0.0	1(0.2)	0.0	0.0	0.0	1(0.1)	
รวม	16	21	4	606	131	5	23	806	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	

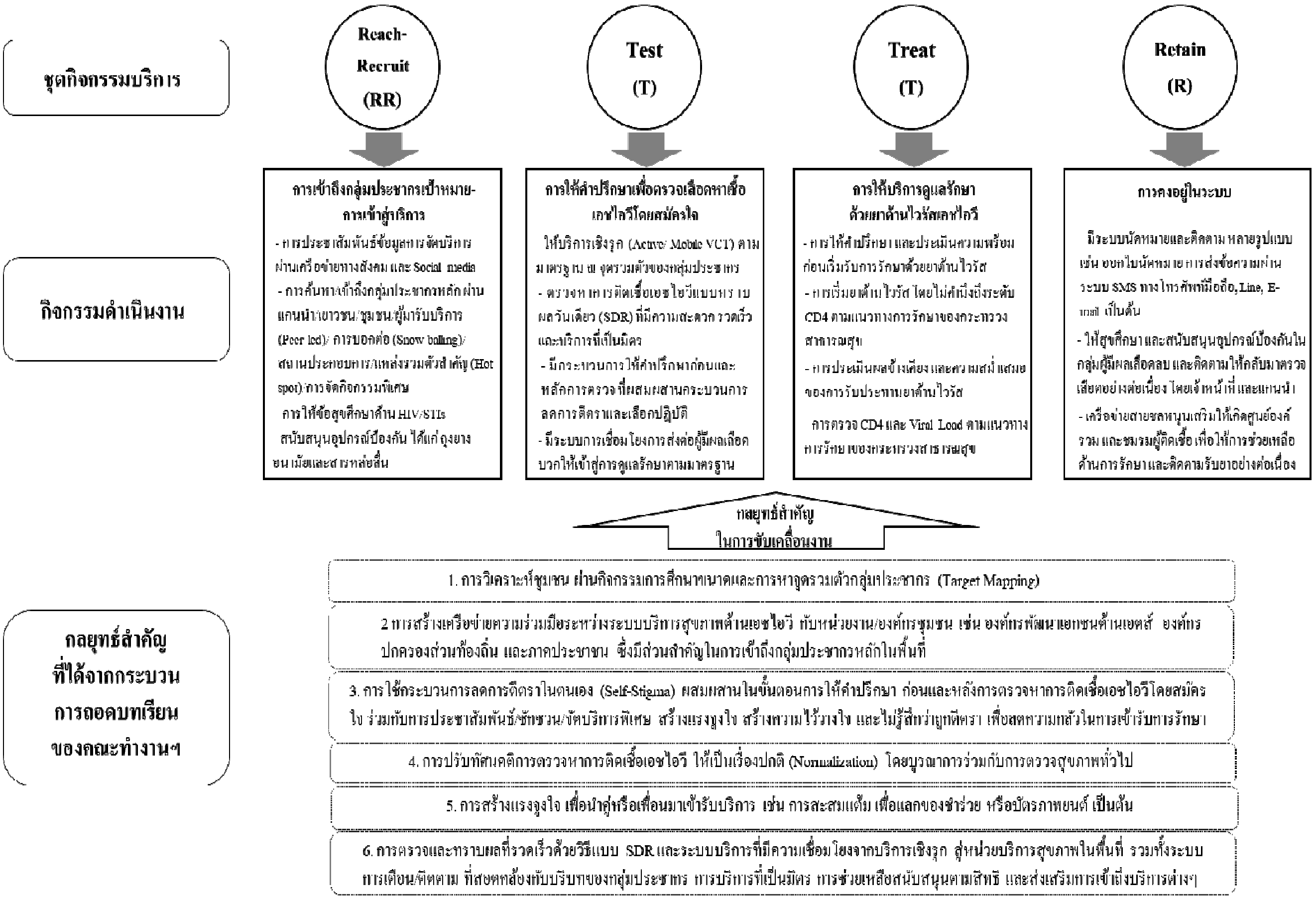
หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ * p≤0.05; **p≤0.01 ; ***p≤0.001

4.4 รูปแบบของระบบบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ จากการถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และกลุ่ม FSW ด้วยชุดบริการ RRTTR พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 54 ราย ร้อยละ 81.5 มีค่ามัธยฐานของระดับ CD4 แรกรับเท่ากับ 265 เซลล์ต่อ ลบ.มม. และผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในระบบที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 97.50 ซึ่งผลการดำเนินงานในครั้งนี้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้กลุ่มประชากรหลักทราบผลเลือด และเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ทันทีโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 อันจะมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และลดอัตราการเกิดโรคฉวยโอกาส และการเสียชีวิต รวมทั้งลดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานด้วยกระบวนการ AAR ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี พบว่า กลยุทธ์สำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง คือ 1) การวิเคราะห์ชุมชน ผ่านกิจกรรมการศึกษาขนาดและการหาจุดรวมตัวกลุ่มประชากร 2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างระบบบริการสุขภาพด้านเอชไอวี กับหน่วยงาน/องค์กรชุมชน เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ 3) การใช้กระบวนการลดการตีตรา

ในตนเอง (Self-Stigma) ผสมผสานในขั้นตอนการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ 4) การปรับทัศนคติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นเรื่องปกติ (Normalization) โดยบูรณาการร่วมกับการตรวจสุขภาพทั่วไป 5) การสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำคู่หรือเพื่อนมาเข้ารับบริการ 6) การตรวจและทราบผลที่รวดเร็วด้วยวิธีแบบ SDR และระบบบริการที่มีความเชื่อมโยงจากบริการเชิงรุก สู่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งระบบการเตือน/ติดตามที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มประชากร (ภาพที่ 4.2)



ภาพที่ 4.2 รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ที่มีประสิทธิภาพ ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง พื้นที่จังหวัดชลบุรี

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มพนักงานหญิงบริการ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยินดีสมัครใจ เข้ารับบริการของโครงการฯ ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำนวน 200 คน และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) จำนวน 606 คน รวมทั้งสิ้น 806 คน และประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและวางแผน (Preparing and Planning) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผล (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain (RRTTR) ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทุติยภูมิจากการดำเนินงานของเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ โดยตารางไขว้ ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วย Chi - square และการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการถอดบทเรียนผ่านกระบวนการ After Action Review technique (AAR) ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดการสรุป อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.2 เป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) และร้อยละ 24.8 เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 25-34 ปี ร้อยละ 30.5 อายุเฉลี่ย 30.3 ปี (SD 11.2) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 88.7 และอาชีพงานบริการ ร้อยละ 75.2

5.1.2 การศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

5.1.2.1 ประวัติการเข้ารับบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และเอชไอวี (HIV) ของกลุ่มประชากรหลัก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในภาพรวม พบว่า กลุ่มประชากรหลักเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 26.9 และเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี มีเพียงร้อยละ 34.1

เมื่อจำแนกตามตัวแปรลักษณะข้อมูลทางประชากร พบว่า ประวัติการเคยเข้ารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และเอชไอวี (HIV) กับ กลุ่มอายุ กลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW

และ อาชีพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$ และ $p<0.001$) โดยกลุ่มประชากรหลักที่มีประวัติเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 35.1 และ ร้อยละ 51.9) กลุ่ม FSW มีประวัติเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเคยเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่ม MSM โดยมีค่าร้อยละ 29.7 และร้อยละ 40.9 สำหรับกลุ่ม FSW และร้อยละ 18.5 และร้อยละ 13.5 สำหรับกลุ่ม MSM ตามลำดับ เมื่อพิจารณากลุ่มอาชีพค้าขาย /เจ้าของกิจการ พบว่ามีประวัติเคยเข้ารับบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา และรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี มากที่สุด (ร้อยละ 75.0)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์สถานภาพสมรส และรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ต่อประวัติการเคยเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมานั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

5.1.2.2 ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

ผลการประเมินลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักทั้งหมดในภาพรวม พบว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มประชากรหลักมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำมีร้อยละ 65.5 และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประจำ ร้อยละ 46.4 (ไม่ถึงร้อยละ 50) ด้านการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ใช้ถุงยางอนามัยมากถึง ร้อยละ 75.3 และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ร้อยละ 66.7

เมื่อจำแนกตามตัวแปรลักษณะข้อมูลทางประชากร พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี กับกลุ่มอายุ สถานภาพสมรส กลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW รูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) และอาชีพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มอายุ 45-54 ปี มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 75.3 กลุ่ม FSW มีอัตราใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ พบใน (ร้อยละ 79.7 และ 75.2) มากกว่ากลุ่ม MSM (ร้อยละ 62.0 และ 41.0) กลุ่ม FSW ประเภท Non venue มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำ (ร้อยละ 75.5) มากกว่ากลุ่ม FSW ประเภท Venue (ร้อยละ 61.1) นอกจากนี้ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ ในกลุ่มอาชีพงานบริการนั้นมีอัตราการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 79.7 และ 75.2) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ

5.1.2.3 ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

ผลการประเมินระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักทั้งหมดในภาพรวม พบว่า กลุ่มประชากรหลักส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 80.9) รองลงมา คือ ระดับความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 17.7) และต่ำ (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ

เมื่อจำแนกตามตัวแปรลักษณะข้อมูลทางประชากร พบว่า ระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี กับกลุ่มอายุ กลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW และอาชีพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$ และ $p<0.001$) โดยกลุ่ม MSM มีระดับความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 26.0) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 15.0) และกลุ่มอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี มีระดับความเสี่ยงสูง

มากที่สุด (ร้อยละ 22.4) ส่วนสถานภาพสมรส และรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) กับระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

5.1.3 การศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

5.1.3.1 การวิเคราะห์เนื้อหาสำคัญจากขั้นตอนเตรียมการและวางแผน

ผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง พบว่า กลวิธีสำคัญในขั้นตอนเตรียมการและวางแผน ได้แก่ การศึกษาขนาดและการหาจุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง (Target Mapping) เพื่อกำหนดแผนการจัดบริการเชิงรุกนอกหน่วยบริการ โดยอาศัยความร่วมมือของแกนนำชุมชน พบมีจุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลักประเภทสถานที่เห็นหลักแหล่ง (Venue based) 49 แห่ง และไม่เป็นหลักแหล่ง (Non-venue based) 3 แห่ง รวมทั้งสิ้น 52 แห่ง

5.1.3.2 การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ด้วยชุดบริการ RRTTR

การวิเคราะห์การได้รับบริการด้านเอชไอวีด้วยชุดบริการ RRTTR พบว่า ผลการให้บริการปรึกษาเพื่อตรวจคัดกรองการหาติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และเชื้อซิฟิลิส (Syphilis) โดยสมัครใจในภาพรวม พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 6.7) และมีผู้ติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 1.9) และ เป็นการตรวจบริการแบบทราบผลในวันเดียว (SDR) ซึ่งกลุ่มประชากรหลักทั้งหมดได้ได้รับการปรึกษาก่อนตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้ฟังผลเลือด ร้อยละ 100

เมื่อจำแนกตามตัวแปรลักษณะข้อมูลทางประชากร พบว่า การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีกับกลุ่มเป้าหมายหลัก MSM และ FSW และ อาชีพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$ และ $p<0.001$) โดยผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี กลุ่ม MSM มีผลเลือดเป็น Reactive ร้อยละ 16.5 มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 3.5) นอกจากนี้ กลุ่มอาชีพลูกจ้างโรงงาน/บริษัท มีผลเลือดเป็น Reactive มากที่สุดถึง ร้อยละ 76.2 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ และผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis) พบว่า กลุ่ม MSM มีผลเป็น Reactive (ร้อยละ 4.0) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ1.2) ($p<0.01$) เช่นเดียวกัน นอกจากนี้กลุ่มอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ มีผลเป็น Reactive มากที่สุด (ร้อยละ 25.0) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ สำหรับการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิส กับกลุ่มอายุ สถานภาพสมรส และรูปแบบการทำงานของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

5.1.4 รูปแบบของระบบบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ จากการถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชาหลัก MSM และ FSW ด้วยชุดบริการ RRTTR พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 54 ราย ร้อยละ 81.5 มีค่ามัธยฐานของระดับ CD4 แรกรับเท่ากับ 265 เซลล์ต่อ ลบ.มม. และผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในระบบที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 97.50 ซึ่งผลการดำเนินงานในครั้งนี้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้กลุ่มประชากรหลักทราบผลเลือด และเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ทันทีโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 อันจะมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และลดอัตราการเกิดโรคฉวยโอกาส และการเสียชีวิต รวมทั้งลดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานด้วยกระบวนการ AAR ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี พบว่า กลยุทธ์สำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง คือ 1) การวิเคราะห์ชุมชนผ่านกิจกรรมการศึกษาขนาดและการหาจุดรวมตัวกลุ่มประชากร 2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างระบบบริการสุขภาพด้านเอชไอวีกับหน่วยงาน/องค์กรชุมชน เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ 3) การใช้กระบวนการลดการตีตราในตนเอง (Self-Stigma) ผสมผสานในขั้นตอนการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ 4) การปรับทัศนคติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นเรื่องปกติ (Normalization) โดยบูรณาการร่วมกับการตรวจสุขภาพทั่วไป 5) การสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำคู่หรือเพื่อนมาเข้ารับบริการ 6) การตรวจและทราบผลที่รวดเร็วด้วยวิธีแบบ SDR และระบบบริการที่มีความเชื่อมโยงจากบริการเชิงรุก สู่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งระบบการเตือน/ติดตามที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มประชากร

ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของระบบบริการงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ FSW ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรหลักที่เข้าถึงยากกลุ่มอื่น รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ ได้

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ได้ดังต่อไปนี้

5.2.1 การศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

ผลการศึกษาพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ MSM และ FSW พบว่า กลุ่ม FSW มีประวัติเคยได้รับบริการด้านเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่ม MSM ($p<0.001$ และ $p\leq0.01$) โดยกลุ่ม FSW พบร้อยละ 40.9 และร้อยละ 29.7 ส่วนกลุ่ม MSM มีร้อยละ 13.5 และร้อยละ 18.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ FSW มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยด้านพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำในกลุ่ม FSW มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 79.7 ในขณะที่กลุ่ม MSM มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 62.0 นอกจากนี้กลุ่ม MSM ยังมีคู่นอนที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 6.5) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 1.0) ทั้งนี้ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ FSW มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยกลุ่ม MSM มีระดับความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 26.0) มากกว่ากลุ่ม FSW (ร้อยละ 15.0)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมีความเป็นไปได้ที่กลุ่ม MSM มีเพศสัมพันธ์ทางทวาร สูงถึงร้อยละ 80.5 นั้น เป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่ากลุ่ม FSW ดังข้อมูลของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย (2556) ที่มีการประมาณว่าโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก สูงกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดถึง 18 เท่า โดยฝ่ายรับทางทวารหนักมีโอกาสเสี่ยง ร้อยละ1-30 และฝ่ายรุกทางทวารหนักมีโอกาสเสี่ยง ร้อยละ 0.1-10 นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่ม MSM ที่มีค่าอยู่ในระดับต่ำ ประกอบกับการที่กลุ่ม MSM เคยมีคู่นอนที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอัตราที่ค่อนข้างสูง จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2560) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) อายุระหว่าง 15-24 ปี มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราว เพียงร้อยละ 51 และร้อยละ 35 กับคู่นอนประจำเท่านั้น มีการสรุปแนวทางการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายว่าควรเน้นการสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการเริ่มการสื่อสารเรื่องเพศและต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนทุกประเภทให้เป็นเรื่องปกติ

ตลอดจนการเข้ารับบริการของกลุ่มประชากรหลักยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะกลุ่ม MSM ซึ่งมีอัตราการเข้ารับบริการน้อยมากไม่ถึงร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรหลัก ไม่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่าที่ควร ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจาก MSM/TG ที่ไม่ต้องการเปิดเผยพฤติกรรมทางเพศหรือเพศวิถีของตนซึ่งอาจนำไปสู่การมีอคติ การตีตรา หรือการเลือกปฏิบัติทั้งจากผู้ให้บริการสุขภาพและสังคมรอบตัว และกลุ่ม FSW พนักงานบริการหญิงที่ไม่ต้องการเปิดเผยอาชีพของตน จึงทำให้กลุ่มประชากรเหล่านั้น ไม่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อที่ก่อให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปให้บุคคลอื่นได้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มการป่วยจากโรคฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2560) ที่จัดว่ากลุ่ม MSM เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีการติดเชื้อสูง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนพร้อม ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงให้มากที่สุดด้วยชุดบริการ RRTTR ที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

5.2.2 การศึกษาผลของการส่งเสริมชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง

ผลการศึกษาขนาดและการหาจุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง (Target Mapping) ทั้ง 52 แห่ง นั้นนับว่าเป็นกลวิธีสำคัญอย่างยิ่งในขั้นตอนเตรียมการและวางแผน เพื่อกำหนดแผนการจัดบริการเชิงรุกนอกหน่วยบริการ โดยอาศัยความร่วมมือของแกนนำชุมชน ซึ่งการทำจุดรวมตัวของกลุ่มประชากรหลักนั้นจัดว่าเป็นสืบเนื่องจาก การวิเคราะห์ชุมชน เป็นแนวทางวิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นอย่างรอบด้าน ข้อมูลและผลการวิเคราะห์มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ทำงานสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์กลุ่มเป้าหมาย วิถีชีวิตและบริบทชุมชน ซึ่งนำไปสู่การระบุ ช่องว่าง ปัญหา และอุปสรรคในพื้นที่ ดังนั้นการวิเคราะห์ชุมชนจึงนับว่ามีความสำคัญสำหรับผู้ทำงานในพื้นที่ในการสังเคราะห์ข้อมูลที่มีนำไปสู่การวางแผนงานที่รองรับกับความต้องการของพื้นที่ได้ข้อมูลจากการวิเคราะห์ชุมชนสามารถนำมาใช้กำหนดทิศทางและกลยุทธ์ ออกแบบแผนงานและรูปแบบกิจกรรมโครงการและใช้เป็นข้อมูลเพื่อการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการติดตามงานและประเมินผล ประเมินความครอบคลุม และประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมทั้งประเมินทรัพยากรในการดำเนินงานอีกด้วย การวิเคราะห์ชุมชน จึงควรดำเนินการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และให้ความสำคัญในทุกระดับ เพื่อให้คนในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความตระหนัก ถึงปัญหาและความเร่งด่วนของการแก้ไขปัญหา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556)

ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และกลุ่ม FSW ด้วยชุดบริการ RRTTR พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 54 ราย ร้อยละ 81.5 มีค่ามัธยฐานของระดับ CD4 แรกรับเท่ากับ 265 เซลล์ต่อ ลบ.มม. และผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในระบบที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 97.50 ซึ่งผลการดำเนินงานในครั้งนี้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบผลเลือด และเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ทันทีโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 อันจะมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และลดอัตราการเกิดโรคฉวยโอกาส และการเสียชีวิต รวมทั้งลดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานด้วยกระบวนการ AAR ของคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส จังหวัดชลบุรี พบว่า กลยุทธ์สำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการส่งเสริม

ชุดบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง คือ 1) การวิเคราะห์ชุมชน ผ่านกิจกรรมการศึกษาขนาดและการหาจุดรวมตัวกลุ่มประชากร 2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างระบบบริการสุขภาพด้านเอชไอวี กับหน่วยงาน/องค์กรชุมชน เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ 3) การใช้กระบวนการลดการตีตราในตนเอง (Self-Stigma) ผสมผสานในขั้นตอนการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ 4) การปรับทัศนคติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นเรื่องปกติ (Normalization) โดยบูรณาการร่วมกับการตรวจสุขภาพทั่วไป 5) การสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำคู่หรือเพื่อนมาเข้ารับบริการ 6) การตรวจและทราบผลที่รวดเร็วด้วยวิธีแบบ SDR และระบบบริการที่มีความเชื่อมโยงจากบริการเชิงรุก สู่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งระบบการเตือน/ติดตามที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มประชากรหลัก

ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM ด้วยวิธี RRTTR ในจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2559 – 2561 ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับเครือข่ายการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การวิเคราะห์ชุมชน การจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ การให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการที่เป็นมิตร ทัศนคติของบุคลากร ระยะเวลาการรอคอย การตรวจและการส่งต่อเพื่อรับบริการต่างๆ จึงทำให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 MSM เข้าถึงบริการป้องกันเพิ่มขึ้นในจำนวนนี้ MSM ได้รับการตรวจเลือดเป็นร้อยละ 82.62, 77.28 และ 74.55 ผลเลือดบวก ร้อยละ 8.73, 4.06 และ 6.51 ตามลำดับ ได้รับการรักษาร้อยละ 100 และยังคงอยู่ในระบบในปี 2560 – 2561 เป็นร้อยละ 97.89 และ 95.61 ตามลำดับ (ศันสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย และธัญภา ชาติสุภาพ, 2562) รวมทั้งงานวิจัยของมนต์ทิวา สุนันตา (2562) ที่ศึกษาการใช้มาตรการ RRTTR เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำตามแนวทางการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบบริการดังกล่าวมีการดำเนินงานสอดคล้องตามมาตรการ RRTTR ทำให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการป้องกัน 198 ราย ซึ่งบริการดังกล่าวเหมาะสมกับบริบทของเรือนจำที่มีผู้ต้องขังเข้าออกทุกเดือน ส่งผลให้ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงได้ทราบผลเลือดและเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วกว่าการตรวจคัดกรองประจำปี โดยมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้บริการเชิงรุกแบบกลุ่มในผู้ต้องขังรายใหม่ และมีแกนนำผู้ต้องขังให้บริการเชิงรุกแบบรายบุคคลเนื่องจากได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มเพื่อนผู้ต้องขังในการเปิดเผยปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้การจัดบริการป้องกันเอดส์ในเรือนจำได้เพิ่มการจัดระบบเบิกจ่ายถุงยางอนามัยอย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่าย ช่วยดูแลให้มีการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของระบบบริการงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ FSW ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยกลไกการส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงานให้ครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่การรับรู้ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนและตัดสินใจ การดำเนินงาน การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ดังกล่าวยังสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากรที่เข้าถึงยากกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะวัณโรค เป็นต้น

5.3.2 การวิจัยในครั้งต่อไป

1. การประเมินความรู้ ทัศนคติ ความเสี่ยง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. การศึกษาประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และอัตราการเสียชีวิต ในระยะยาว (Long term cohort study) ของผู้ป่วยเอชไอวีที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยชุดบริการ RRTTR

3. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ที่ได้รับบริการ RRTTR และมีผลเลือดเป็นลบ เพื่อประเมิลผลการคงสถานะของผลเลือดลบ (Negative Retention)

4. การประเมินผลการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ระดับหวัด โดยใช้ข้อมูลการดำเนินงานของโครงการในระยะ 3-5 ปี

บรรณานุกรม

กมล สุดประเสริฐ. (2540). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักประสานงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ.

กรมควบคุมโรค. (2562). เอชไอวี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=59 (วันที่ค้นข้อมูล: 5 ตุลาคม 2562).

การจัดทำแนวทางการดำเนินงานด้านเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับพนักงานบริการหญิง. (2555). ใน การประชุมเชิงปฏิบัติการ, วันที่ 24 เมษายน 2555 กรุงเทพมหานคร: โรงแรมมณเฑียร.

โกวิทย์ พวงงาม. (2541). การปกครองท้องถิ่นไทย: หลักการและมิติใหม่ในอนาคต . กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.

โกวิทย์ พวงงาม. (2545). การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. ใน เอกสารการบรรยายหลักสูตรการอบรม. สารวัตรสืบสวน กองบัญชาการตำรวจนครบาล.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ 2560-2573. กรุงเทพมหานคร: เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์. (2557). แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2562. กรุงเทพมหานคร: เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.

งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2562). การทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้ จาก:https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgebase/definition/1975/ (วันที่ค้นข้อมูล: 20 พฤษภาคม 2562).

ชิต นิลพานิช และกุลธน ธนาพงศธร. (2532). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน่วยที่ 8). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ดุสิตา พึ่งสำราญ. (2558). พนักงานบริการหญิงที่มีความเสี่ยงสูงกับการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี: โจทย์สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์. ความหลากหลายทางประชากรและสังคมในประเทศไทย ณ ปี 2558. 97-110.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพมหานคร: 598 Print.

นฤดม ทิมประเสริฐ. (2554). กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิชุมชนในการจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นทางทะเล: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, คณะรัฐประศาสนศาสตร์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

นฤมล รื่นไวย์. (2554). An After Action Review เรียนรู้จากบทเรียนร่วมกัน. KM Lite. 4 (3): 14-16.

นิตยา เงินประเสริฐศรี. (2544). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์,27(2): 61-73.

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

บัณฑร อ่อนดำ. (2544). การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เชียงใหม่: สถาบันส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ.

บุญดี บุญญากิจ. (2561). After Action Review. ใน เอกสารบรรยายและกิจกรรม AAR ณ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://amsoffice.kku.ac.th:50140/file/VPNYA00UDMCB.pdf (วันที่ค้นข้อมูล: 20 พฤษภาคม 2562).

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลีฟวิ่ง.

มนต์ทิวา สุนันตา. (2562). การใช้มาตรการ RRTTR เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 15(2): 34-43.

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักชาย จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 9(2): 62-75.

วรางคณา จันทร์คง. (ม.ป.ป.). การถอดบทเรียน ตอนที่ 2. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book572/rsearch572.pdf (วันที่ค้นข้อมูล: 20 พฤษภาคม 2562).

วิโรจน์ สารรัตนะ. (2556). Action Research. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.elic.ssru.ac.th/supotch_ch/pluginfile.php/18/mod_page/content/23/action%20research%202.pdf (วันที่ค้นข้อมูล: 8 พฤษภาคม 2562).

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2 (1): 29-49. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://e-journal.sru.ac.th/index.php/srj/article/view/241/195 (วันที่ค้นข้อมูล: 20 มีนาคม 2562).

ศรายุธ อุตตมางคพงศ์. (2561). ทิศทางและการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ภายใน ปีพ.ศ. 2573. ใน งานประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางการสร้างกลไกระดับพื้นที่ จังหวัดและเขต เพื่อยุติเอดส์, วันที่ 27 สิงหาคม 2561 ณ โรงแรมทีเคพาเลซ, กรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/60 (วันที่ค้นข้อมูล: 11 กันยายน 2561).

ศันสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย และธัญภา ชาติสุภาพ. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสคร. 9. 25(3): 64-75.

ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (2556).ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสเชื้อในแต่ละครั้งมีโอกาสเสี่ยงมากน้อยเพียงใด. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://th.trcarc.org/ (วันที่ค้นข้อมูล: 11 กันยายน 2562).

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2534). สังคมวิทยาชุมชน หลักการวิเคราะห์ และปฏิบัติงานชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.). (ม.ป.ป.). การทบทวนหลังทำงาน หรือหลังปฏิบัติหรือหลังกิจกรรม (After Action Review-AAR). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nstda.or.th/th/nstda-knowledge/144-km-knowledge/3282-after-action-review (วันที่ค้นข้อมูล: 20 พฤษภาคม 2562).

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2556ก). แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองระดับชาติ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2556ข). มาตรฐานการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับพนักงานบริการหญิง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2560ก). สรุปและสังเคราะห์องค์ความรู้. ใน งานการสัมมนาระดับชาติ โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ครั้งที่ 15, วันที่ 7-9 มีนาคม 2560. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์แจ้งวัฒนะ.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2560ข). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สุทัศน์ ดวงดีเด่น. (2552). ถอดบทเรียนหลังทำกิจกรรม (After Action Review : AAR). Productivity World. 14 (82): 73-76.

สุภางค์ จันทวานิช. (2549). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

องอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์. (2559). ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/november-2016/hiv-aids-infection-treatment (วันที่ค้นข้อมูล: 5 ตุลาคม 2562).

อรทัย ก๊กผล. (2546). การปกครองท้องถิ่นการมีส่วนร่วมของประชาชน. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.

อรทัย ก๊กผล. (2552). คู่คิด คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับนักบริหารท้องถิ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร: ส. เจริญการพิมพ์.

อรศรี วิทวัสมงคล. (2555). ความรู้เบื้องต้นสำหรับบุคลากรที่ดูแลเด็กและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiaidssociety.org/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=82 (วันที่ค้นข้อมูล: 5 ตุลาคม 2562).

อัมพร ภูแก้ว. (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เทศบาลตำบลพลวง

อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

อิระวัชร์ จันทร์ประเสริฐ. (2541). ยุทธศาสตร์เชิงรุกเพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่หมู่บ้าน: กรณีศึกษาศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน. ใน เอกสารวิจัยส่วนบุคคล. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1977). Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design, Implement and Evaluation. New York: The Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

Donald Clark**.** **(**2015**)**. After Action Review (AAR). [Online]. Available from: http://**www**.nwlink.com/~donclark/leader/leadaar.html [December 24, 2019].

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner. (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.

Thepthien, B., Srivanichakorn, S., Apipornchaikul, K., Subhaluksuksakorn, P., Prakongsai., P. (2015). Factors contributing to the voluntary counseling and HIV testing for persons at risk of HIV infection in Thailand. Medicine and Health Sciences. 22(1): 11-20.

World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland. (2019). HIV/AIDS. [Online]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids [December 15, 2019].

ภาคผนวก

ที่ ชบ ๐๐๓๒/๑๖๒๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ถนนวชิรปราการ ชบ ๒๐๐๐๐

๖ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูล

เรียน ประธานเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร่วมกับเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนในพื้นที่ และเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินกิจกรรมตามโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งข้อมูลการดำเนินงานดังกล่าวมีประโยชน์ต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ของจังหวัดชลบุรีเป็นอย่างมาก

ในการนี้ ข้าพเจ้า นางศิริวรรณ มุลิ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ จึงขอความอนุเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ปี ๒๕๖๑ มายังหน่วยงานของท่าน เพื่อประกอบการใช้ในงานวิจัยหัวข้อการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มพนักงานหญิงบริการ จังหวัดชลบุรี รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางศิริวรรณ มุลิ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทร ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๗๖
โทรสาร ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๗๖

ขอสนับสนุนข้อมูล การให้บริการป้องกันเชิงรุก เครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี

ข้อมูลพื้นฐาน						การเข้าถึงบริการ	การคัดกรองความเสี่ยง/ให้ความรู้													
ลำดับที่	เพศ (1-2)	อายุ	สัญชาติ	อาชีพ	กลุ่มเป้าหมาย	การได้รับบริการด้าน HIV ที่ผ่านมาในรอบ 12 เดือน	ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนหรือไม่	ในรอบ 12 เดือน เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่	ในรอบ 12 เดือน เคยมีเพศสัมพันธ์กับ	ในรอบ 12 เดือน เคยมีเพศสัมพันธ์ทาง	คู่นอนมีประวัติเป็น STIs หรือไม่	เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประจำใช้ถุงยางหรือไม่	ในรอบ 1 เดือน ใช้ถุงยางกับคู่นอนประจำบ่อยแค่ไหน	เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่คู่นอนประจำใช้ถุงยางหรือไม่	ในรอบ 1 เดือน ใช้ถุงยาง กับคู่นอนอื่น ที่ไม่ใช่คู่นอนประจำ บ่อยแค่ไหน	ในรอบ 6-12 เดือน มีอาการของ STIs บ้างหรือไม่	อาการของ STIs	ในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา เคยตรวจและรักษา STIs หรือไม่?	ในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา เคยตรวจหาเชื้อ HIV หรือไม่?	หากเคยตรวจหาเชื้อ HIV ทราบผลหรือไม่?
	1: ชาย 2: หญิง	ปี	ระบุ	ระบุ	1. MSM 2. FSW	0: ไม่เคยตรวจในชีวิต 1: ใหม่ (เคยรับบริการ แต่เป็นครั้งแรก ในรอบปี) 2: เก่า (รับบริการครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ในรอบปี)	1.เคย 2.ไม่เคย	1.เคย 2.ไม่เคย	1.ผู้ชาย 2.ผู้หญิง 3.ทั้งสองเพศ	1.ช่องคลอด 2.ทางปาก 3.ทวารหนัก	1.มี 2.ไม่มี	1.ใช้ 2.ไม่ใช้	1.ไม่เคยใช้ 2.ใช้ทุกครั้ง 3.ใช้เป็นครั้งคราว	1.ใช้ 2.ไม่ใช้	1.ไม่เคยใช้ 2.ใช้ทุกครั้ง 3.ใช้เป็นครั้งคราว	1.ไม่เคยมีอาการ 2.มีอาการ	ระบุ	1.เคย 2.ไม่เคย	1.เคย 2.ไม่เคย	1.ทราบ 2.ไม่ทราบ

บริการที่ได้รับ				ผลการตรวจสุขภาพ		หากผลตรวจเป็น Reactive			
1. การปรึกษาก่อนตรวจ	2. ตรวจหาการติดเชื้อ (Testing)	3. การฟังผลเลือด	4. ผลการคัดกรอง TB	Anti HIV	Anti Syphilis	Refer เพื่อรักษา HIV	Refer เพื่อรักษา Syphilis	ค่า CD4 แรกรับ	การได้รับ ARV
0: ไม่ได้ 1: ได้	0: ไม่ได้ตรวจเลือด 1 ตรวจเลือด	0: ไม่ได้ฟังผล 1: ได้ฟังผล	1.มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง 2.ไม่มีอาการ	1: Non Reactive 2: Reactive 3: Interminate	1: Non Reactive 2: Reactive 3: Interminate	โรงพยาบาลที่ส่งต่อ	โรงพยาบาลที่ส่งต่อ	ระบุ	ระบุ

สำนักงานเลขที่ 29/65 หมู่ 3 หมู่บ้านนาวีทอง 2 ตำบลสัตหีบ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 20180
โทรศัพท์ 097-069-6417 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099-4-00204725-5

ที่ คสช.ชบ.2563/04/0023

วันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2563

เรื่อง ตอบรับเรื่องขอความอนุเคราะห์ข้อมูล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามที่ เครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี ได้รับหนังสือเลขที่ ชบ 0032/1626 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2563 เรื่องขอความอนุเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงปี 2561 เพื่อประกอบการใช้ในงานวิจัยหัวข้อการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มพนักงานหญิงบริการ จังหวัดชลบุรี

ทั้งนี้ เครือข่ายสายชล จังหวดชลบุรี เห็นว่า ข้อมูลจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งและ ยินดีสนับสนุนข้อมูลเพื่อนำไปประกอบงานวิจัยฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวภัทธริณี เป้าบุญปรุง)
ประธานเครือข่ายสายชล จังหวัดชลบุรี