การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดบุรีรัมย์

Program Development for HIV Prevention and Treatment in Men Who Have Sex with Men, Buriram Province, Thailand

ศันสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย และ ธัญภา ชาติสุภาพ
Sunsanee Phattharasrivongchai and Tanyapar Chartsupap
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
Buriram Provincial Public Health office
*Corresponding author E-mail : 1966sunsanee@gmail.com
(Received: January 15, 2019 ; Accepted : March 19, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ในจังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงาน 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** ใช้แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการทำงานบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Kuder-Ricahardson; KR-20) เป็น 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดบริการฯ **การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรม 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 ทัศนคติของบุคลากร ระยะเวลาการรอคอย การตรวจและการส่งต่อเพื่อรับบริการต่าง ๆ ทำให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 MSM เข้าถึงบริการป้องกันเพิ่มขึ้นในจำนวนนี้ MSM ได้รับการตรวจเลือดเป็นร้อยละ 82.62 77.28 และ 74.55 ผลเลือดบวกร้อยละ 8.73 4.06 และ 6.51 ตามลำดับ ได้รับการรักษาร้อยละ 100 และยังคงอยู่ในระบบในปี 2560 – 2561 เป็นร้อยละ 97.89 95.61 ตามลำดับ โดยผู้ได้รับบริการมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ปี 2560 ร้อยละเท่ากับ 59.77 และปี 2559 ร้อยละเท่ากับ 55.30

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

คำสำคัญ: ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, บุรีรัมย์

Abstract

This study is the action research. The objectives were to situation analysis of risk factors related to HIV infection and to develop model regarding to HIV prevention and treatment for key populations (Men Who Have Sex with Men; MSM) in Buriram Province. There were 4 steps. 1) Planning; researcher review and analyze problematic situations for plan at each step 2) Action; follow the plan 3) Observing; observe plan compliance by observing technique, questionnaire and performance evaluation and 4) Reflection; reflect the results by after action review activities and summarize obstacles to developing program and implementation. The researcher conducted 3 cycles in 3 phases as following; Phase 1 was to develop program of HIV prevention and treatment in key population (Men who have sex with men; MSM). Phase 2 was to experiment the program in Buriram province and phase 3 was to expand the program cover all key population (MSM) in Buriram province. The population in the study consisted of the committee for development model both district level and provincial level and MSM who willing to join the project. The subjects was selected by purposive sampling including project's staff (33 persons in phase 1, 40 persons in phase 2, and 142 persons in phase 3) and project's client who received care in the project (2,784 cases in phase 2 and phase 3). The tools used in this study were secondary data (document review) and questionnaire. The values ofKuder-Ricahardson20 (KR-20) of questionnaire regarding the understanding of the integration of HIV prevention and treatment in the project's staff and MSM group were 0.78 and 0.82, respectively. In addition, key population's satisfaction and opinion on the program were also take to account. The data analysis using the Epi info version 7. Descriptive statistics (such as frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics such as Pair t-test (P=0.05) were used for statistical analysis in part of quantitative analysis. The content analysis used for the qualitative analysis. The results of this study shown that the model have been successful in the integration of HIV service package (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) in Buriram province. Project's staff who have passed the training have significantly knowledge increased (P<0.001) in all 3 phases.To achieved the success model, several factors were taken to account including the strength of public – private partnership, assessing key populations, community analysis, proactive services, providing information, friendly services, personnel staff's attitude, waiting time as well as the screening and referral system. In the outcomes from 2016 – 2018 found that MSM increased accessibility rate to preventive services. They have been HIV screened from 82.62 percent, 77.28 percent and 74.55 in respectively. Moreover, positive HIV results have been shown in 8.73 percent, 4.06 percent and 6.51 in respectively. In addition, 100 percent of MSM with HIV positive results have been sent to receive care. In the year 2017 and 2018, 97.89 percent and 95.61 percent of them still being treated continuously

and remaining in the system and were satisfied in the highest level at 59.77 percent and 55.30 percent. Recommendations for the development program of HIV prevention and treatment. There were essential factors to drive mechanisms including1. Preparing and training project's staff to increase their knowledge, understanding and attitude correction 2. Potential development of project's staff for proactive and passive working 3. The covering of services packagein all level of health care service 4. Linking system for prevention, treatment and referral in both service area and out of service area 5. Developing cooperation among the government, community, organization's leader in formal and informal method 6. Friendly services providing in accordance with the context of the target group that is confidential and private.

Keyword : MSM, RRTTR, Buriram

บทนำ

ปัจจุบันการระบาดของเอชไอวีประเทศไทยผ่านช่วงการระบาดสูงสุด โดยที่การติดเชื้อรายใหม่โดยรวมลดลง[1] แต่จำนวนนี้พบว่าร้อยละ 62[2] เป็นการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่ม MSM **(Men Who Have Sex With Men)** พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง สาวประเภทสอง ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด และติดเชื้อสูงสุดในกลุ่ม MSM ถึงร้อยละ 41[3] จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้มีแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2562 โดยจะเร่งรัดการดำเนินงานในพื้นที่ 30 จังหวัด ที่อยู่ในลำดับต้นของการเรียงลำดับภาระโรค แผนปฏิบัติการนี้มุ่งเน้นเพิ่มผลการป้องกันจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่น ๆ และใช้กรอบการดำเนินงานที่มุ่งเน้นความต่อต่อเนื่องของ การเข้าถึง – การเข้าสู่บริการ-การตรวจหาเชื้อเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) เพื่อปิดช่องว่างและเชื่อมต่อระหว่างการป้องกันและการรักษา[3]ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอหลักข้อหนึ่ง จากรายงานการประเมินของโครงการรับการสนับสนุนจากกองทุนโลก คือ การปรับแนวคิดการให้บริการเชิงรุก ที่นอกจากการสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรส่งเสริมให้ MSM รู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ควบคู่ไปกับการส่งเสริมความต้องการเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี[2]เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่ม MSM และให้ MSM ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[4]

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นพื้นที่หนึ่งที่ต้องดำเนินการภายใต้โครงการฯ ดังกล่าว ถูกจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่เร่งรัดเข้มข้น (บริบทเฉพาะ) ถือเป็นพื้นที่มีความเสี่ยงสูงเพราะเป็นพื้นที่มีการคาดประมาณว่ามีจำนวน MSM และสาวประเภทสอง ประมาณ 3000 ราย[3] และปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย (ร้อยละ 8.61) ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 3.55) [4] ผู้วิจัยจึงทำการศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษา ในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น โดยการบูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญให้ต่อเนื่องกัน กล่าวคือ การเข้าถึง – การเข้าสู่บริการ-การตรวจหาเชื้อเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (RRTTR) ภายใต้บริบทของจังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าถึงบริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. เพื่อปรับปรุงและขยายรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
4. เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ (การเข้าถึง–การเข้าสู่บริการ-การตรวจหาเชื้อเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (RRTTR) สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ขอบเขตการศึกษา การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญให้ต่อเนื่องกัน กล่าวคือ การเข้าถึง – การเข้าสู่บริการ-การตรวจหาเชื้อเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (RRTTR) ในกลุ่มหลักข้างต้น

นิยามศัพท์

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หมายถึง บุคคลที่กำเนิดและมีสรีระเป็นเพศชาย มีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน เป็นคำที่ระบุพฤติกรรมไม่ใช่ระบุอัตลักษณ์ทางเพศ[3]

ชุดบริการ (RRTTR) หมายถึง การจัดชุดบริการที่บูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องในการเข้าถึง (Reach) – เข้าสู่ (Recruit) – การตรวจเอชไอวี (Test) – การรักษา (Treat) – การคงอยู่ในระบบ (Retain)[4]

ขั้นตอนการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยทบทวนสภาพปัญหา และแนวคิดการดำเนินโครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ในพื้นที่เร่งรัดภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 และวางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละระยะร่วมกับคณะทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา จังหวัดบุรีรัมย์ 2. ปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน(Action)ได้แก่ การอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ 3. ใช้การสังเกต แบบสอบถาม และผลการปฏิบัติงาน (Observe) 4. สะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) จากการทบทวนระหว่างการปฏิบัติ (After Action Review Technique :AAR) ถอดบทเรียนและสรุปปัญหาอุปสรรค โดยผ่านการอภิปรายปัญหาซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนา และเป็นข้อมูลไปสู่การปรับปรุงพัฒนาวางแผนและปฏิบัติต่อไป กระบวนการ PAOR ข้างต้นผู้วิจัยดำเนินการ 3 รอบ ใน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ตั้งแต่ พฤษภาคม 2557 – ธันวาคม 2558 ระยะที่ 2 การทดลองรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2559 ระยะที่ 3 ขยายพื้นที่ดำเนินการเพื่อความครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่มกราคม 2560 – ธันวาคม 2561

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) คณะทำงานเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่ม MSM ระดับจังหวัดและอำเภอ 2) ผู้รับบริการ (MSM) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 2.1) MSM ที่มีแกนนำและเป็นสมาชิกของกลุ่ม 2.2) MSM (ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม) แต่ร่วมกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่และยินยอมร่วมมือในการวิจัย (เป้าหมายตามโครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ในพื้นที่เร่งรัดภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[6] (เป้าหมายจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะที่ 2 1,924 คน และระยะที่ 3 2,784 ราย)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรกลุ่มที่ 1 ใช้คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (PurposiveSampling) ประกอบด้วย ผู้ดำเนินโครงการและผู้ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่เชิงรุก (Outreach Coordinator) ทุกคน องค์กรชุมชนที่ทำงานด้านเอดส์ และแกนนำ MSM สมัครร่วมโครงการ (ระยะที่ 1 คณะทำงานระดับจังหวัด 33 คน ระยะที่ 2 คณะทำงานอำเภอนำร่อง 40 คน และระยะที่ 3 ระดับอำเภอพื้นที่ขยาย 142 คน)จากประชากรกลุ่มที่ 2 1) MSM ที่มีแกนนำและเป็นสมาชิกกลุ่มทุกคน (ระยะที่ 2 พื้นที่นำร่อง 298 คน และระยะที่ 3 พื้นที่ขยาย 474 ราย) 2) กลุ่ม MSM (ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม) ที่ร่วมกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่และยินยอมร่วมมือในการวิจัย (ระยะที่ 2 พื้นที่นำร่อง 1,670 คน และระยะที่ 3 พื้นที่ขยาย 2,310 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี 2553 – 2557 และการเข้าถึงบริการในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2556 - 2558

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม SWOT Analysis เพื่อรับฟังแนวคิดแก้ไขปัญหาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและร่วมกำหนดนโยบายการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา

3. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจการบูรณาการ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่มMSM นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดบุรีรัมย์ และปรับปรุงจนได้ค่า Kuder-Ricahardson20 (KR-20)[5]= 0.78 จำนวน 45 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน การแปรความหมายของระดับคะแนนดังนี้ ระดับความรู้มาก ช่วงคะแนน 36 – 45 คะแนน ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 27 – 35 คะแนน ระดับน้อย คะแนน 0–26 คะแนน

4. แบบประเมินความรู้ หลักสูตรคนทำงานในกลุ่ม MSM นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดบุรีรัมย์ และปรับปรุงจนได้ค่า Kuder-Ricahardson20 (KR-20)=0.82 จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปรความหมายของระดับคะแนนดังนี้ ระดับความรู้มาก ช่วงคะแนน 16-20 คะแนนปานกลาง ช่วงคะแนน 12-15 คะแนนน้อย คะแนน 0 – 11 คะแนน

5. แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษากลุ่ม MSM 2 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการ/การให้บริการ จำนวน 8 ข้อ และ2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ

6. ความคิดเห็นต่อรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ใช้การทบทวนระหว่างการปฏิบัติ (After Action Review technique :AAR) เพื่อถอดบทเรียนและสรุปปัญหาอุปสรรค

7. การปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM นำผลของ AAR มาประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานมาปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่ม MSM ระดับจังหวัด

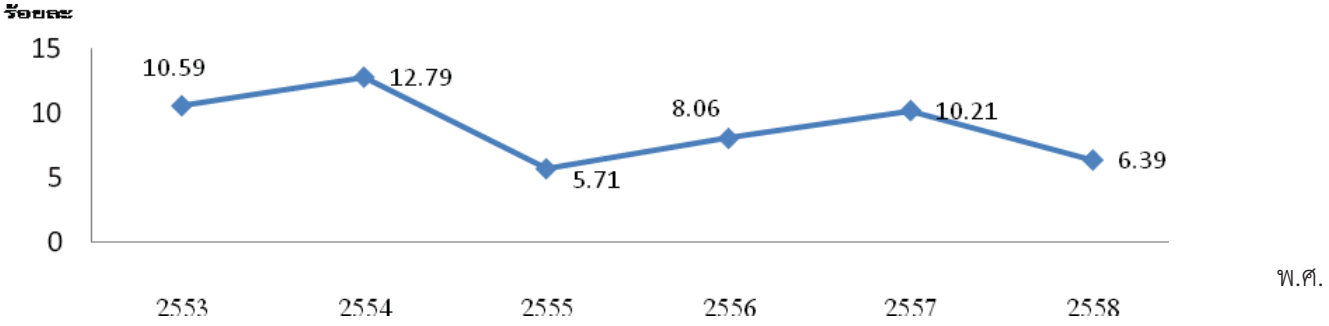
8. สรุปผลการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) และวัตถุประสงค์ของการศึกษา และใช้ Pair t-test ในการทดสอบความแตกต่างของการประเมินความรู้การบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา และการประเมินความรู้ หลักสูตรคนทำงานในกลุ่ม MSM

ผลการศึกษา

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ใน MSM พบว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มลดลง ต่ำสุดในปี พ.ศ.2555 ร้อยละ 5.71 และสูงสุดในปี พ.ศ.2554 ร้อยละ 12.79 กราฟมีลักษณะขึ้นลง ส่วนหนึ่งมาจากในช่วงที่เก็บข้อมูล การยอมรับว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังเป็นเรื่องที่น่าอายและถูกตีตรา

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของ MSM ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2558



แหล่งข้อมูล รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดบุรีรัมย์

จำนวน MSM ที่มารับบริการการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2557 มีจำนวนน้อยมาก เนื่องจากก่อนปี 2558 การมารับบริการปรึกษา จะบันทึกข้อมูลเพศเป็นชาย/หญิง และพฤติกรรมเสี่ยง คือ การมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ไม่สามารถจำแนกข้อมูลตามช่องทางการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนของ MSM มารับบริการการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2558

การรับบริการ	พ.ศ. 2556		พ.ศ. 2557		พ.ศ. 2558	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การบริการปรึกษาก่อนตรวจเลือด	19		23		168	
2.รับบริการตรวจเลือดเอชไอวี	19	100	23	100	168	100
3.ฟังผลการตรวจเลือด	19	100	23	100	168	100
4.ผลเลือดบวก	1	5.26	1	4.35	39	23.21
5.รับยาต้านไวรัส	1	100	1	100	39	100

แหล่งข้อมูล NAP Plus งานระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์[5]

ยังพบอีกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มสูงขึ้นสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 23.21 ทำให้ต้องมีแผนปฏิบัติการเร่งรัดแก้ไขปัญหาการติดเชื้อและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ในบริบทเฉพาะกลุ่ม MSM ขึ้นการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม (MSM) จึงมีการดำเนินการ 3 ระยะ กล่าวคือในแต่ละระยะมีการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานฯ จังหวัดและอำเภอ โดยการอบรมแนวคิดการบูรณาการ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาแผนเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2562 และแนวคิด RRTTR พบว่า ในระยะที่ 1 ก่อนและหลังการอบรมคณะทำงานระดับจังหวัดส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 48.89, 84.85 ตามลำดับ ระยะที่ 2 ก่อนการอบรมคณะทำงานนำร่อง ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับปานกลางร้อยละ 47.50 หลังการอบรมมีความรู้ระดับมากสูงสุด ร้อยละ 60.00 ระยะที่ 3 ก่อนการอบรมคณะทำงานในพื้นที่ขยาย ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับปานกลางร้อยละ 42.25 หลังการอบรมมีความรู้ระดับมากสูงสุด ร้อยละ 71.83 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้การอบรมการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560

ระดับความรู้	อบรมระยะที่ 1 N=33		อบรมระยะที่ 2 N=40		อบรมระยะที่ 3 N=142	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
มาก	16 (48.49)	28(84.85)	9(22.50)	24(60.00)	55(38.73)	102(71.83)
ปานกลาง	12(36.36)	5(15.15)	19(47.50)	16(40.00)	60(42.25)	40(28.17)
น้อย	5(15.15)	0(0.00)	12(30.00)	0(0.00)	27(19.02)	0(0.00)
	$\overline{X}$ =34.03 (S.D. = 4.69) Max=39 Min=25	$\overline{X}$ =34.03 (S.D. = 4.69) Max=39 Min=25	$\overline{X}$ =31.40 (S.D. = 5.26) Max=40Min=19	$\overline{X}$ =38.25 (S.D. = 4.69) Max=41Min=30	$\overline{X}$ =32.66 (S.D. = 5.26) Max=41Min=19	$\overline{X}$ =39.05 (S.D. = 3.39) Max=45Min=34

พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนของความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการอบรมการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p >0.001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนของความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการอบรมการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาจังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	d	df	t-test	p-value	95%CI
ระยะที่ 1 หารูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.76/0.89	0.10/0.06	0.13	32	8.951	>0.001	0.10-0.16
ระยะที่ 2 ทดลองรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.70/0.85	0.12/0.07	0.15	39	5.723	>0.001	0.10-0.21
ระยะที่ 3 ขยายรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.73/0.87	0.11/0.08	0.14	141	18.749	>0.001	0.13-0.16

พบว่าการอบรมหลักสูตรคนทำงานในกลุ่ม MSM ในระยะที่ 1 ก่อนและหลังการอบรม คณะทำงานระดับจังหวัดส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 75.76, 100 ตามลำดับ ระยะที่ 2 ก่อนการอบรมคณะทำงานนำร่อง ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.00 หลังการอบรมมีความรู้ระดับมากสูงสุด ร้อยละ 67.50 ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการอบรมคณะทำงานในพื้นที่ขยาย ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมากสูงสุด ร้อยละ 50.00, 67.61 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความรู้การอบรมหลักสูตรความรู้คนทำงานในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาจังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 – 2560

ระดับความรู้	อบรมระยะที่ 1 N=33		อบรมระยะที่ 2 N=40		อบรมระยะที่ 3 N=142	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
มาก	25(75.76)	33(100)	15(37.50)	27(67.50)	71(50.00)	96(67.61)
ปานกลาง	8(24.24)	0(0.00)	18(45.00)	12(30.00)	61(42.96)	46(32.29)
น้อย	0	0(0.00	7(17.50)	1(2.50)	10(7.04)	0(0.00)
	$\overline{X}$ =16.33	$\overline{X}$ =18.60	$\overline{X}$ =15.05	$\overline{X}$ =16.82	$\overline{X}$ =15.47	$\overline{X}$ =17.54
	(S.D. = 1.08)	(S.D. = 1.00)	(S.D. = 1.97)	(S.D. = 1.90)	(S.D. = 1.72)	(S.D. = 1.44)
	Max= 18 Min=14	Max=20 Min=16	Max= 18 Min=9	Max= 20 Min=11	Max=18Min=9	Max= 20 Min=14

พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนของความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรความรู้คนทำงานในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาจังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p >0.001 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรความรู้คนทำงานในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาระดับจังหวัด จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 – 2560

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	d	df	t-test	p-value	95%CI
ระยะที่ 1 หารูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.82/0.93	0.05/0.06	0.11	32	12.946	>0.001	0.09-0.13
ระยะที่ 2 ทดลองรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.75/0.84	0.15/0.16	0.09	39	6.126	>0.001	0.06-0.12
ระยะที่ 3 ขยายรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.77/0.87	0.86/0.71	0.10	141	12.686	>0.001	0.08-0.12

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจที่มารับบริการ ระยะที่ 2 ต่อกระบวนการให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 54.93 ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สูงสุดในระดับมาก ร้อยละ 51.09 และระยะที่ 3 มีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการและต่อเจ้าหน้าที่ในระดับที่มากที่สุด สูงสุด ร้อยละ 52.24, 60.27 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

จากชุดบริการ RRTTR จังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่าสามารถเข้าถึงกลุ่ม MSM และให้บริการชุดบริการ RRTTR ได้ผลอย่างชัดเจนดังในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษากลุ่ม MSM ที่มารับบริการในจังหวัดบุรีรัมย์ปี 2559 – 2560

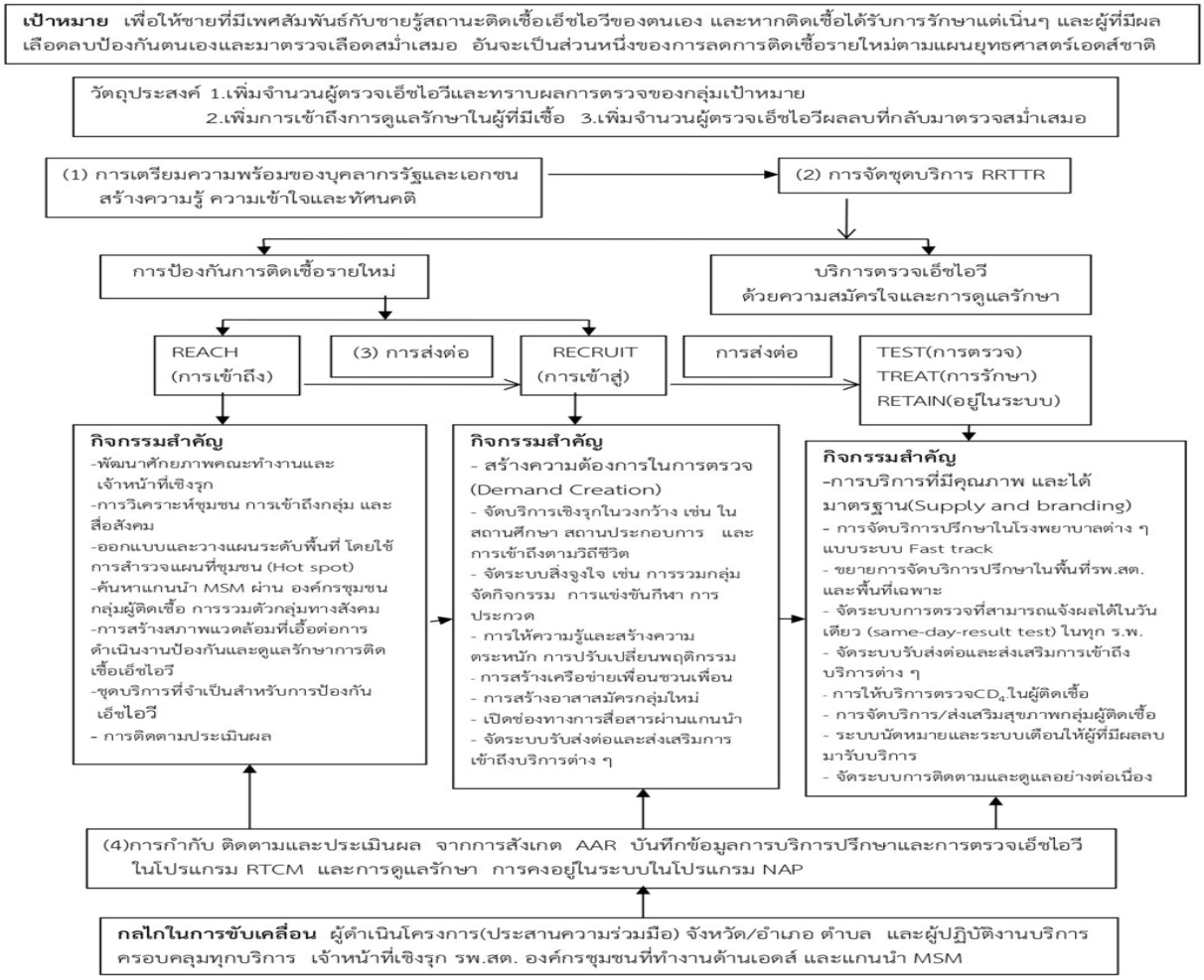
ระดับความพึงพอใจ	กระบวนการให้บริการ		เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ		ระดับความพึงใจภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปี 2559 ระยะที่ 2 ทดลองรูปแบบ						
มากที่สุด	730	54.93	621	46.73	735	55.30
มาก	371	27.92	679	51.09	558	41.99
ปานกลาง	228	17.16	29	2.18	36	2.71
น้อย	0	0.0	0	0.0	0	0.0
น้อยที่สุด	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	$\overline{X}$ = 4.26 (S.D.=0.64)		$\overline{X}$ = 4.35(S.D.=0.43)		$\overline{X}$ = 4.32 (S.D.=0.46)	
	Max=5.0 Min=4.26		Max=5.0 Min=3.38		Max=5.0 Min=3.43	
ปี 2560 ระยะที่ 3 ขยายรูปแบบ						
มากที่สุด	1,144	52.24	1,320	60.27	1,309	59.77
มาก	1,001	45.71	621	28.36	869	39.68
ปานกลาง	45	2.05	249	11.37	12	0.55
น้อย	0	0.0	0	0.0	0	0.0
น้อยที่สุด	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	$\overline{X}$ = 4.37(S.D=0.57)		$\overline{X}$ = 4.42 (S.D.=0.41)		$\overline{X}$ = 4.40 (S.D.=0.43)	
	Max=5.0 Min=3.0		Max=5.0 Min=3.38		Max=5.0 Min=3.43	

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ MSM มารับบริการชุดบริการ RRTTR จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 – 2561

	2559		2560		2561	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เป้าหมายการเข้าถึง	N=1968		N = 2784		N=2784	
1.การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย(Reach)	1968	100	2784	100	2784	100
2.การเข้าถึงบริการป้องกัน(Recruit)	1726	87.70	2310	82.97	2346	84.27
3.การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (Test)	1426(n=1726)	82.62	1785(n=2310)	77.28	1749(n=2346)	74.55
4.การติดเชื้อเอชไอวี ผลบวก(รายใหม่)	142(n=1426)	8.73	89(n=1785)	4.99	114(n=1749)	6.52
5.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านTREAT	142(n=142)	100	89(n=89)	100	114(n=114)	100
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีการคงอยู่ Retain	-	-	139(n=142)	97.89	218(n=228)	95.61
7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลลบ ได้รับการตรวจเลือดซ้ำ> 1 ครั้งใน 6 เดือน	295(n=1284)	22.96	375(n=1696)	22.11	326(n=1635)	19.94

แหล่งข้อมูล NAPPlus งานระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์[4]และ RIHIS ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ[6]

โมเดลการดำเนินงาน RRTTR พัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ของผู้วิจัยคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีฯ การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสมาชิกกลุ่ม รวมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดบุรีรัมย์

จากการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาตั้งแต่พฤษภาคม 2557 – ธันวาคม 2561 ที่ใช้แนวคิดการจัดชุดบริการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาที่มุ่งเน้นความต่อเนื่อง (RRTTR) และกรอบการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2558 -2562[5] มีรูปแบบการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถวิเคราะห์ชุมชน เข้าใจบริบทของกลุ่มและวางแผนเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 2) การสร้างความต้องการใช้บริการ ด้วยกระบวนการเชิงรุก การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ 3) การจัดบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ครอบคลุมทุกระบบ โดยมีระบบการส่งต่อเป็นตัวเชื่อมบริการจากแต่ละขั้นตอน กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อน คือผู้ประสานความร่วมมือซึ่งต้องมีในทุกระดับ ทีมปฏิบัติงานบริการครอบคลุมทุกบริการ เจ้าหน้าที่ดำเนินการเชิงรุก องค์กรชุมชนที่ทำงานด้านเอดส์และแกนนำกลุ่ม MSM

วิจารณ์

จากชุดบริการ RRTTR จังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่าสามารถเข้าถึงกลุ่ม MSM และให้บริการชุดบริการ RRTTR ทั้งนี้เพราะผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงกลุ่ม MSM และสร้างความต้องการในการตรวจเอชไอวี มีระบบบริการแบบตั้งรับและบริการเชิงรุก เช่น บริการปรึกษาและตรวจเอชไอวีนอกสถานที่ การตรวจเอชไอวีที่รู้ผลในวันเดียว การส่งต่อเพื่อรับบริการต่าง ๆ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาสุธิดา อินทรเพชร[7] เสนอว่ากลยุทธ์หนึ่งในการดำเนินงานชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือ การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและการจัดบริการที่เข้าถึงง่ายกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ระยะที่ 2 มีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 54.93 ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สูงสุดในระดับมาก ร้อยละ 51.09 และระยะที่ 3 มีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการและต่อเจ้าหน้าในระดับที่มากที่สุด ร้อยละ 52.24, 60.27 ตามลำดับทั้งนี้ เพราะมีการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่ม MSMสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑินี วสันติอุปโภคากร[8] พบว่าความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเชิงรุกสามารถช่วยให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เช่นการใช้ใบส่งต่อ พาไปเอง หรือนัดหมาย

การออกแบบรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษา ใน MSM เป็นการบูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญให้ต่อเนื่องกัน (RRTTR) โดยบุคลากรที่ดำเนินการต้องผ่านการพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การอบรมความรู้ของคนทำงานกับกลุ่มMSM[9] มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) การอบรมการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย การเชื่อมโยง ส่งต่อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ทั้ง 3 ระยะ โดยการออกแบบต้องคำนึงถึง เครือข่ายการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การวิเคราะห์ชุมชน การจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ การให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายการจัดบริการที่เป็นมิตร ทัศนคติของบุคลากร ระยะเวลาการรอคอย การตรวจและการส่งต่อเพื่อรับบริการต่าง ๆ[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวคิด การจัดชุดบริการ RRTTR สำหรับกลุ่ม MSM ไปปรับใช้ในทุกพื้นที่รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก
2. ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับแกนนำ และประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความต้องการในการตรวจเอชไอวี
3. บุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ควรใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนในการวางแผนเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
4. สร้างความร่วมมือจากหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาส่งเสริมการพัฒนาระบบเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนช่วยเติมเต็มช่องว่างการให้บริการเชิงรุกเชิงรับและการจัดบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายวิทิต สฤษฎ์ชัยกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นางนิภา สุทธิพันธ์ นางสาวลิซ่า กันธมาลา นางปนัดดา ไชยชมพู ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอทุกท่านองค์กรชุมชน แกนนำและกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ในการสนับสนุน ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นในการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2558 นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025, A2 Analysis and Advocacy, 2008, Family Health International and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand.
3. Sullivan PS, Carballo-Die′guez A, Coates T, et al. Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. The Lancet 2012; 380 : 388-99.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือการใช้งานระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ NAP Web Report.2559 [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2561].แหล่งข้อมูล : http://www.cqihiv.com/Manual_NAPPWebReport_V1_010959_final.pdf
5. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์.แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2562.นนทบุรี: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2557.
6. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ชาติ. คู่มือการบันทึกข้อมูลและจัดทำรายงานการให้บริการเชิงรุกและบริการในสถานพยาบาลเพื่อการติดตามงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (KAPs) และกลุ่มเยาวชน (Youth). นนทบุรี: ม.ป.ท.; 2557.
7. สุทธิดา อินทรเพชร, ชมนาด พจนามาตร์และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสภาพยาบาล 2551; 23 (4) : 72-85.
8. มณฑนี วสันติอุปโภคากร, สุเมธ องค์วรรณดีและพิชพันธ์ พงษ์สกุล. การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครและพื้นที่เร่งรัดภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์. วารสารโรคเอดส์ 2560 ; 29 (1) : 10-24.
9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองระดับชาติ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2556.
10. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.แนวทางการอบรมคนทำงานในกลุ่ม MSM เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. นนทบุรี: จัดพิมพ์โดย กลุ่มงานป้องกันทางพฤติกรรมและชุมชน สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2551.