ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐

สารบัญ

หน้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในศูนย์สุขภาพแคร์แมท
วุฒิพันธ์ จำปา 59

การประเมินต้นทุนต่อกิจกรรมและประสิทธิผลของโครงการการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex worker) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557
มณฑินี วสันติอุปโภคากร, สุเมธ องค์วรรณดี, วิภาดา มหรัตนวิโรจน์ 71

การศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในเขตภาคใต้ตอนล่าง
นพดล ไพบูลสิน, นิ่มอนงค์ ไทยเจริญ, ณัฐพร ฉั่วอรุญ 85

บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (AIDS 2016) ครั้งที่ 21 18-22 กรกฎาคม 2559 เดอร์บาน แอฟริกาใต้ 96

Thai AIDS Journal
Volume 29, Number 2, 2017

Page

Factor Affecting Targer Group's Decision Making of Health Service Using at Caremat Health Center
Wutthiphan Chamapa **59**

A Program Evaluation of Integrating HIV Prevention and Care on FSW Project, in Fiscal Year 2014
Montinee Vasantiuppapokakorn, Sumet Ongwandee, Wipada Maharattanaviroj **71**

Study of HIV-Related Stigma and Discrimination among Health Care Providers and People Living with HIV-Infected Individuals in Lower Southern, Thailand
Nopadol Piboonsin, Nimanong Thaicharoen, Nattaporn Chua Arun **85**

Abstracts of the Research Articles Related to Thailand Presented at the 21th International AIDS Conference, 18-22 July 2016 Durban, Africa **96**

Editor
Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen
Department of Microbiology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
E-mail : prasert.thongcharoen@gmail.com

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่างๆ นิสิต นักศึกษา ประชาชนทั่วไป

2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และโรคที่เกี่ยวข้องและใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง

3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

คณะที่ปรึกษา นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุดา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลคีรี

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี
นายแพทย์นิสิต คงเกริกเกียรติ
แพทย์หญิงมณฑินี วสันต์อุปโภคากร
นางสมจิตต์ ฤกษ์นิมิตร
นางสาวทองกร ยัณรังษี
นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน
นางสาวพัฒนา เพราะบรรเลง

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุลชีววิทยาชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ไปรษณีย์อีเล็คโทรนิค : prasert.thongcharoen@gmail.com

ผู้จัดการ นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริน

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์/โทรสาร(02)590-3289, 3291, 061-8753030
ไปรษณีย์อีเล็คโทรนิค : sunsanee_smith@yahoo.com

วารสารอีเล็คโทรนิค : E-Journal สืบค้นได้ที่ www.aidssti.ddc.moph.go.th และสืบค้นต่อที่ e-library

กำหนดออก ปีละ 3 ครั้ง หรือราย 4 เดือน: ตุลาคม-มกราคม, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, มิถุนายน-กันยายน

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

เรื่องที่ส่งมาตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารโรคเอดส์

การส่งต้นฉบับ ให้พิมพ์ดีดหน้าเดียวบนกระดาษสั้นขนาด 21.6 x 27.9 ซม.บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 2 ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ) ต้นฉบับไม่ต้องพับและลงทะเบียนส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งจดหมายกำกับจากผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นให้ได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านและผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความ ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

การตรวจแก้ไข ถ้าต้องการแก้ไขเอง โปรดแจ้งให้ทราบด้วย มิฉะนั้นคณะบรรณาธิการจะตรวจแก้ไขให้ตามแต่จะเห็นสมควร

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลวิจารณ์ผล สรุป และบทคัดย่อ ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย ควรประกอบด้วยบทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และบทคัดย่อ

บทฟื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วยบทนำ บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่นานนัก

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสารใด เมื่ออ้างถึงก่อนให้จัดเป็นอันดับหนึ่ง และเรียงตามลำดับไป
3. เอกสารภาษาไทย ให้เรียงลำดับจากชื่อต้นของผู้เขียนตามด้วยนามสกุล
4. เอกสารภาษาอังกฤษ เรียงลำดับด้วยนามสกุลของผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง
5. ชื่อย่อวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตาม Index Medicus

การอ้างวารสาร เรียงตามลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. บทความ. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี 7 คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรกแล้วเติม et al.

ตัวอย่าง

1. Baskett TF, Allen AC, Gray JH, Young DC, Young LM. Fetal biophysical profile and perinatal death. Obstet Gynecol 1987; 70:357-60.
2. Limanonda B, Van Griensven GJ, Chongvatana N, Tirasawat P, Coutinho RA, Auwanit W, et al. Condom use and risk factors for HIV-1 infection among female commerical sex workers in Thailand. Am J Public Health 1994: 84(12):2026-27.

การอ้างหนังสือหรือตำรา ให้จัดลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.

ตัวอย่างการอ้างหนังสือหรือตำรา

Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Williams obstetrics. 17th ed. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985:976.

ตัวอย่างการอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. *ใน:* ชื่อบรรณาธิการ. บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.

Merril JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. *In:* Danfort DN, Scott JR, eds. Obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1986:0368-83.

สำเนาพิมพ์ (reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน 20 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)

พิมพ์ที่
โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
314–6 ถ.บำรุงเมือง แขวงบ้านบาตร
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10200

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.) .....
2. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด..... วุฒิย่อ *(ภาษาไทย)*.....
   วุฒิย่อ *(ภาษาอังกฤษ)*.....
   สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....
   .....
3. สถานภาพผู้เขียน
   - ❍ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา *(ชื่อสถาบัน)*.....
     โปรแกรม.....คณะ.....
   - ❍ บุคลากรทางการแพทย์
     - ❍ผู้บริหาร
     - ❍แพทย์ พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข
     - ❍บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
4. ขอส่ง
   ❍นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....
5. ชื่อผู้เขียนร่วม *(ถ้ามี)*..... วุฒิย่อ *(ภาษาไทย)*.....
   วุฒิย่อ *(ภาษาอังกฤษ)*.....
   สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....
   .....
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
   เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
   ❍แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล .....
   ❍เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม..... ผู้เขียน
(.....)
วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร
(.....)
วันที่...../...../.....

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ในศูนย์สุขภาพแคร์แมท

*วุฒิพันธ์ จำปา**

Abstract

Factor Affecting Target Group's Decision Making of Health Service Using at Caremat Health Center

*Wutthiphan Chamapa**

*Caremat Community Health Center, Chiang Mai, M.B.A Management, Chiang Mai Rajabhat University,

Background: *This study aimed to study (a) health service seeking behavior among the targeted clients of Caremat Health Center; (b) the factors affecting their decision to seek health service; and (c) the relationship between such affecting factors and their health service seeking behavior. Participants were 350 clients specifically targeted for health services at Caremat Health Center, which included men who have sex with men (MSM), male to female transgender persons (TG) and male sex workers (MSW) in Mueang District, Chiang Mai Province, who aged 15 years or over. Data were collected through a set of questionnaire.*

Methods: *The tool used in this study was in a set of questionnaire. Statistics used were frequency, percentage, average and standard deviation with t-test, F-test and chi - square.*

Results: *The Study results showed that most participants were MSMs, in the type of receptive gay men, aged 21-30 years and single. Most clients held Thai nationality and were covered by universal health coverage scheme (30 Baht for all diseases). With regard to sexual activity, most of them had sex with men. For educational background, most participants were holding a senior high school or vocational certificate; and most of them were holding their status as a student. Their incomes were ≤ 10,000 Bath. Most participants had 3-4 members in their families and were living in a rental house/ dormitory/apartment. With regard to health service seeking behavior, most clients choose to seek HIV testing service and take a screening test for sexually transmitted infections (STIs) based on the reason that they wanted to know their HIV and STI statuses. Most of these clients used to take a previous test for HIV; and peer influence played important role for their decision to take the test again. The clients would have 1-2 friends or family members as the companions at each visit to the health center; and it was convenient for them to come on normal working days, i.e. Monday to Friday, from 09.00-11.00 am. The most preferable allotted period for receiving service was 1-2 hours. The clients tended to come every 3 months for this health service; and the amount of service fee they could afford at each visit was ≤ 500 Baht. Another reason for them to seek health service was the result of their risk assessment,*

* ศูนย์สุขภาพชุมชนแคร์แมท, นักศึกษาปริญญาโท คณะบริหารธุรกิจ สาขาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

which indicated that they were at a highest risk; and most clients were referred to the health center from some other facilities.

With regard to the factors affecting the decision of clients in choosing to use health service at Caremat Health Center, their overall decision-making scores were in a high level. Distributed by the scores of each factor; the personnel of health center had the highest level of influence on the decision of clients while the promotion of marketing activities had a moderate level. Other factors including product, pricing, place of distributing channel, process of service delivery, and physical environment share an equal level of influence on the decision, i.e. at a high level. With regard to the comparison between the affecting factors and clients' behavior in seeking health service, as distributed by their personal factors; overall, the personal factors in term of sexuality, type of target group, sexual role in a relationship (assertive vs. receptive), health benefits, educational background, occupation, income and the characteristics of domicile/living place were significantly different from each other (p=0.05). Meanwhile, age, relationship status, nationality and family size were not different from each other and not significant.

Conclusions: *With regard to the relationship between the affecting factors and clients' behavior in seeking health service at Caremat Health Center; product, pricing, place of distribution channel, promotion, personnel and physical environment were significantly related with "some aspects" of clients' behaviors in seeking health service at the Center (p= 0.01 and 0.05 respectively). Meanwhile, the servicing process was significantly related with clients' behavior in seeking health service at Caremat Health Center (p=0.05).*

Key Words: Factors Affecting Decision Making, Health Services Using, Decision Making of Choosing Health Service, Target Froup/Key Population, Caremat Health Center
Thai AIDS J 2017; 29 : 59-70

บทคัดย่อ

งานวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ศึกษาการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายในการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในศูนย์สุขภาพแคร์แมท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพกับศูนย์สุขภาพแคร์แมทซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการชาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 350 ราย ด้วยวิธีการเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถาม

วิธีการศึกษา *เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t–test F–test และการทดสอบไค–สแควร์ (Chi–square test)*

ผลการวิจัย *พบว่า ผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นเกย์และมีบทบาทในการมีเพศสัมพันธ์แบบเป็นฝ่ายรับ มีอายุระหว่าง 21–30 ปี มีสถานะภาพเป็นโสด ผู้เข้ารับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายส่วนมากถือสัญชาติไทย และมีสิทธิการรักษาแบบบัตรทอง (30 บาท) พฤติกรรมในการมีเพศสัมพันธ์นั้นส่วนมากจะมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย กลุ่มเป้าหมายที่มาเข้ารับบริการส่วนมากจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. และพบว่าส่วนใหญ่ยังคงเป็นนักเรียนนักศึกษาอยู่ มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีขนาดครอบครัว 3–4 คน และอาศัยอยู่บ้านเช่า/หอพัก/อพาร์ทเม้นท์ พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายเลือกเข้ารับบริการตรวจเอ็ชไอวีและตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุของการเข้ารับบริการตรวจเนื่องจากต้องการทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอ็ชไอวีและสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการตรวจ HIV มาก่อน และพบว่าเพื่อนเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในแต่ละครั้งกลุ่มเป้าหมายจะมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว 1–2 คน ร่วมเข้ารับบริการ ซึ่งสะดวกเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในวันทำการปกติคือ วันจันทร์–ศุกร์ระหว่างเวลา 09.00–11.00 น. ระยะเวลาในการตรวจสุขภาพในแต่ละครั้งกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจที่เข้ารับบริการที่ 1–2 ชั่วโมง และมักจะเข้ารับบริการตรวจสุขภาพทุกๆ 3 เดือน จำนวนเงินที่สามารถใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพอยู่ที่เท่ากับ 500 บาทหรือน้อยกว่าต่อการตรวจในแต่ละครั้ง สาเหตุในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพอีกประการหนึ่งคือจากการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่าตนเองมีความเสี่ยงมากที่สุด จึงได้มาเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มารับบริการ*

ส่วนใหญ่นั้นได้รับการส่งต่อมาจากที่อื่น

ผลการศึกษาด้านปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายในการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับการตัดสินใจมาก เมื่อเรียงตามลำดับปัจจัย พบว่า ด้านบุคลากรมีผลต่อการตัดสินใจอยู่ในระดับที่มากที่สุด และด้านการส่งเสริมการตลาด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยด้านอื่น คือ ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านลักษณะทางกายภาพ มีผลต่อการตัดสินใจในระดับที่เท่ากันคือ อยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า โดยภาพรวม ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศวิถี กลุ่มเป้าหมาย บทบาททางเพศสัมพันธ์ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และภูมิลำเนา/ลักษณะที่พักอาศัยซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ สถานะภาพความสัมพันธ์ สัญชาติ และขนาดครอบครัวไม่แตกต่างกัน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท พบว่า ด้านผลิตภัณฑ์ด้านราคาด้านช่องทางการจัดจำหน่ายด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านบุคลากร และด้านลักษณะทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทบางด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ส่วนด้านกระบวนการให้บริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทบางด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ *จากการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท กับพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านต่างๆมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของกลุ่มเป้าหมายที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมททั้งสิ้น โดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคลากรและกระบวนการให้บริการซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้นองค์กรจึงควรหาวิธีการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการให้บริการที่แตกต่างออกไป เพื่อให้ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและผู้รับบริการ รวมถึงการนำนวัตกรรมการตรวจรูปแบบใหม่ๆที่ทันสมัยมาใช้ และที่สำคัญสร้างวัฒนธรรมการมีจิตสำนึกในการให้บริการอย่างแท้จริงให้กับบุคลากร ให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายและเพื่อให้สร้างปัจจัยจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายกลับมาใช้บริการต่อไปในอนาคต*

คำสำคัญ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ, การตัดสินใจเลือกใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพ, กลุ่มเป้าหมายศูนย์สุขภาพแคร์แมท

วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 59–70

บทนำ

ศูนย์บริการสุขภาพแคร์แมท ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์และเป็นศูนย์บริการตรวจสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง รวมทั้งพนักงานบริการชาย ศูนย์สุขภาพองค์กรแคร์แมท ให้บริการในการตรวจสุขภาพภายใต้การดำเนินงานแบบโครงการเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบการดูแลสุขภาพเพื่อเข้าถึงการป้องกันและรักษา HIV ในกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบสูงโดยใช้ กลยุทธ์ R–R–T–T–R (Reach–Recruit–Test–Treat–Retain)[1]และรูปแบบของการบริการตรวจที่สามารถทราบผลได้ในวันเดียว (Same day result) เรียกว่า "การบริการแบบตรวจเร็วรักษาเร็ว (Test and Treat Model)"ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยการบริการจะให้บริการด้านการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ชไอวีและซิฟิลิสด้วยความสมัครใจ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือประสานส่งต่อในการรับบริการรักษาทางการแพทย์ การย้ายสิทธิการรักษา รวมทั้งช่วยติดต่อเพื่อรับบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการก่อนการเข้าสู่กระบวนการรักษา

แต่เนื่องจากกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเฉพาะมีข้อจำกัดด้านการไม่เปิดเผยตัวตน ค่านิยม และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่จำเพาะ ทัศนคติในการเลือกรับบริการที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง ความรู้สึกแตกแยกและกีดกันในการเข้ารับบริการสุขภาพ ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในดำรงตัวตนในพื้นที่แวดล้อม การเข้าถึงแหล่งข้อมูล สถานบริการที่รองรับและตอบสนองต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตเพศทางเลือกและเพศที่สาม[2] จึงเป็นอีกปัจจัยที่การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเป็นไปได้ค่อนข้างยาก และการที่จะนำพากลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงระบบการตรวจสุขภาพจึงยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพแคร์แมทในการนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนกลยุทธ์และวางแผนการดำเนินงานเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อเพิ่มยอดการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ศึกษาการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายในการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในศูนย์สุขภาพแคร์แมท

กลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพกับศูนย์สุขภาพแคร์แมทซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการชาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 350 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยทำการเก็บรวมรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น คือ แบบสอบถามจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย กล่าวคือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการชาย ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท ซึ่งผู้วิจัยจะทำการทดสอบแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาจากเอกสารทางวิชาการ การวิจัยที่เกี่ยวข้องและวิทยานิพนธ์แล้วนำมาสังเคราะห์เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการตรวจสุขภาพในศูนย์สุขภาพแคร์แมท ได้แก่ เพศวิถี กลุ่มเป้าหมาย บทบาททางเพศสัมพันธ์ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สัญชาติ สถานะภาพสมรส สิทธิการรักษา ขนาดครอบครัว และภูมิลำเนา/ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะคำถามปลายปิด โดยมีชนิดของคำถามเป็นแบบสำรวจตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทซึ่งเป็นคำถามปลายปิด โดยมีชนิดของคำถามเป็นลักษณะคำถามแบบสำรวจตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 3 เป็นคำถามที่เกี่ยวกับผลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในศูนย์สุขภาพแคร์แมทกับพฤติกรรมการเข้ารับ

บริการตรวจสุขภาพ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด โดยมีชนิดของคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จะเป็นการให้ระดับการตัดสินใจด้วยคะแนนโดย ระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับการตัดสินใจมากที่สุด ระดับการตัดสินใจมาก ระดับการตัดสินใจปานกลาง ระดับการตัดสินใจน้อย และระดับการตัดสินใจน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรครวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบริการครั้งต่อไป ซึ่งเป็นคำถามลักษณะปลายเปิด

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการในของกลุ่มตัวอย่างสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และนำเสนอในรูปตารางประกอบการอธิบาย

2. อธิบายพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ โดยหา ค่าเฉลี่ย (Mean $\bar{x}$) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทผลของกลุ่มเป้าหมาย มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด โดยมีชนิดของคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จะเป็นการให้ระดับการตัดสินใจด้วยคะแนนแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ คือ ระดับการตัดสินใจมากที่สุด ระดับการตัดสินใจมาก ระดับการตัดสินใจปานกลาง ระดับการตัดสินใจน้อย และระดับการตัดสินใจน้อยที่สุด เพื่อวิเคราะห์ระดับการตัดสินใจของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

4. วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและทดสอบสมมุติฐานโดยใช้สถิติ t–test และ F–test ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05

5. วิเคราะห์ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทกับพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการโดยการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ ไค–สแควร์ ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทของกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอม–พิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยโปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ วิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพโดยใช้สถิติ t–test และ F–test และวิเคราะห์ผลการศึกษาระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทกับพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพ โดยใช้สถิติ ไค–สแควร์ (Chi–square)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ในศูนย์สุขภาพแคร์แมท” สรุปตามประเด็นได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท พบว่าผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นเกย์ และมีบทบาทในการมีเพศสัมพันธ์แบบเป็นฝ่ายรับ มีอายุระหว่าง 21–30 ปี มีสถานะภาพเป็นโสด ผู้เข้ารับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายส่วนมากถือสัญชาติไทย และมีสิทธิการรักษาแบบบัตรทอง (30 บาท) พฤติกรรมในการมีเพศสัมพันธ์นั้นส่วนมากจะมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย กลุ่มเป้าหมายที่มาเข้ารับบริการส่วนมากจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. และพบว่าส่วนใหญ่ยังคงเป็นนักเรียน–นักศึกษาอยู่ มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีขนาดครอบครัว 3–4 คน และอาศัยอยู่บ้านเช่า/หอพัก/อพาร์ทเม้นท์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับบริการจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=350)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการตรวจสุขภาพ	จำนวน (n = 350)	ร้อยละ
1. เพศวิถี		
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	271	77.4
สาวประเภทสอง	79	22.6
2. กลุ่มเป้าหมาย		
เกย์	218	62.3
ไบเซ็กชวล	53	15.1
สาวประเภทสอง	76	21.7
3. บทบาททางเพศสัมพันธ์		
รุก	61	17.4
รับ	224	64
ทั้ง 2 แบบ	65	18.6
4. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	49	14
21–30 ปี	221	63.1
31–40 ปี	62	17.7
5. สถานภาพความสัมพันธ์		
โสด	257	73.4
คู่อยู่ด้วยกัน/แต่งงาน	65	18.6
คู่แยกกันอยู่/หย่าร้าง	28	8
6. สัญชาติ		
ไทย	338	96.6
ไทใหญ่	4	1.1
อื่นๆ	6	1.7

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการตรวจสุขภาพ	จำนวน (n = 350)	ร้อยละ
7. สิทธิการรักษา		
บัตรทอง (30 บาท)	222	63.4
ประกันสังคม	98	28
สิทธิข้าราชการ	13	3.7
8. ประวัติการมีเพศสัมพันธ์จำแนกตามเพศ		
ชาย	241	68.9
เกย์	47	13.4
ชาย/หญิง	16	4.6
9. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	159	45.4
ปริญญาตรี	89	25.4
10. อาชีพ		
รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	84	24
ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท	39	11.1
นักเรียน–นักศึกษา	138	39.4
11. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	228	65.1
10,001 ถึง 20,000 บาท	100	28.6
30,001 ถึง 40,000 บาท	10	2.9
12. ขนาดครอบครัว		
1–2 คน	7	2
3–4 คน	238	68
5–6 คน	105	30
13. ภูมิลำเนา/ลักษณะที่พักอาศัย		
บ้านพักของตนเอง	39	11.1
บ้านบิดา–มารดา	79	22.6
บ้านเช่า/หอพัก/อพาร์ทเม้นท์	232	66.3

2. พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายเลือกเข้ารับบริการตรวจเอ็ชไอวีและตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุของการเข้ารับบริการตรวจเนื่องจากต้องการทราบสถานะการติดเชื้อเอ็ชไอวีและสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการตรวจเอ็ชไอวีมาก่อน และพบว่าเพื่อนเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจ การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในแต่ละครั้งกลุ่มเป้าหมายจะมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว 1–2 คน ร่วมเข้ารับบริการ ซึ่งสะดวกเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในวันทำการปกติคือวันจันทร์–ศุกร์ระหว่างเวลา 09.00–11.00 น. ระยะเวลาในการตรวจสุขภาพในแต่ละครั้งกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจที่เข้ารับบริการที่ 1–2 ชั่วโมง และมักจะเข้ารับบริการตรวจสุขภาพทุกๆ 3 เดือน จำนวนเงินที่สามารถใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพอยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 บาทต่อการตรวจในแต่ละครั้ง สาเหตุในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพอีกประการหนึ่งคือจากการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเองซึ่งพบว่าตนเองมีความเสี่ยงมากที่สุด จึงได้มาเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่นั้นได้รับการส่งต่อมาจากที่อื่น

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท โดยภาพรวมผลประเมินอยู่ในระดับการตัดสินใจมาก เรียงตามลำดับ คือ ด้านบุคลากรมีผลต่อการตัดสินใจอยู่ในระดับที่มากที่สุด รองลงมา คือด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านลักษณะทางกายภาพ มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทในระดับที่เท่ากัน คืออยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยด้านการส่งเสริมการตลาด มีผลต่อการตัดสินใจในระดับปานกลางดังตารางที่ 2

4. ผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า โดยภาพรวม ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศวิถี กลุ่มเป้าหมาย บทบาททางเพศสัมพันธ์ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และภูมิลำเนา/ลักษณะที่พักอาศัยซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท โดยภาพรวม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการตรวจสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการตัดสินใจ
1. ด้านผลิตภัณฑ์	4.46	0.47	มาก
2. ด้านราคา	4.13	1.03	มาก
3. ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย	3.76	1.32	มาก
4. ด้านการส่งเสริมการตลาด	3.38	1.00	ปานกลาง
5. ด้านบุคลากร	4.63	0.19	มากที่สุด
6. ด้านกระบวนการให้บริการ	4.49	0.18	มาก
7. ด้านลักษณะทางกายภาพ	4.18	0.41	มาก
รวม	**4.10**	**0.40**	**มาก**

ตารางที่ 3. สรุปการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยภาพรวม

ปัจจัยส่วนบุคคล	ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท						
	ด้านผลิตภัณฑ์	ด้านราคา	ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย	ด้านการส่งเสริมการตลาด	ด้านบุคลากร	ด้านกระบวนการให้บริการ	ด้านลักษณะทางกายภาพ
เพศวิถี	–	–	–	–	–	–	–
กลุ่มเป้าหมาย	–	–	–	–	*	**	**
บทบาททางเพศสัมพันธ์	–	–	–	**	*	**	**
อายุ	–	–	–	–	–	–	–
สถานะภาพความสัมพันธ์	–	–	–	–	–	–	*
สัญชาติ	–	–	–	–	–	*	*
สิทธิการรักษา	–	*	–	**	–	*	–
ระดับการศึกษา	–	*	–	–	–	–	–
อาชีพ	–	**	–	**	**	*	*
รายได้	–	*	–	**	–	–	–
ขนาดครอบครัว	–	–	–	**	–	–	–
ภูมิลำเนา/ที่พักอาศัย	–	–	–	**	–	–	–

* Sig. < 0.05

** Sig. < 0.01

ที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ สถานะภาพความสัมพันธ์ สัญชาติ และขนาดครอบครัวไม่แตกต่างกัน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 3

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท พบว่าด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านบุคลากร และด้านลักษณะทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทบางด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ส่วนด้านกระบวนการให้บริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทบางด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในศูนย์สุขภาพแคร์แมท” พบว่า จากการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท จำแนกตามเพศวิถี พบว่า โดยรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ตารางที่ 4. สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายมารับบริการในศูนย์สุขภาพแคร์แมท กับพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท						
	ด้านผลิตภัณฑ์	ด้านราคา	ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย	ด้านการส่งเสริมการตลาด	ด้านบุคลากร	ด้านกระบวนการให้บริการ	ด้านลักษณะทางกายภาพ
ประเภทของการเข้ารับบริการ	–	–	–	**	**	–	–
สาเหตุของการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	–	–	–	**	–	–	**
ประวัติการตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี	*	*	–	**	*	–	–
ผู้ที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	–	–	**	**	–	–	*
จำนวนผู้เข้าร่วมบริการตรวจ	–	–	**	**	–	–	*
วันที่สะดวกเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	–	–	–	**	–	*	–
ช่วงเวลาที่สะดวกเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	–	–	–	**	–	–	–
ระยะเวลาที่สะดวกในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	–	–	–	–	–	–	–
ความถี่ในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	**	**	*	–	–	–	–
ค่าบริการต่อครั้งในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	*	*	–	*	–	*	–
ระดับของความเสี่ยงด้านสุขภาพ	*	*	–	**	*	–	–
แหล่งข้อมูลใดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ	**	**	–	*	–	–	–

* Sig. < 0.05

** Sig. < 0.01

ตารางที่ 5. การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท จำแนกตามเพศวิถี

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (n=271)		สาวประเภทสอง (n=79)		t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านผลิตภัณฑ์	4.45	0.42	4.50	0.40	−0.40	0.71
2. ด้านราคา	4.14	0.31	4.10	0.30	1.20	0.23
3. ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย	3.80	0.41	3.80	0.40	−0.51	0.60
4. ด้านการส่งเสริมการตลาด	3.40	0.31	3.43	0.25	−2.06	0.04*
5. ด้านบุคลากร	4.62	0.20	4.70	0.13	−2.74	0.00**
6. ด้านกระบวนการให้บริการ	4.50	0.34	4.60	0.31	−1.91	0.05*
7. ด้านลักษณะทางกายภาพ	4.20	0.40	4.14	0.33	1.20	0.20
รวม	**4.16**	**0.34**	**4.18**	**0.30**	−0.75	0.26

ด้านบุคลากรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ด้านการส่งเสริมการตลาด และด้านการให้บริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 5

ปัจจัยด้านพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในศูนย์สุขภาพแคร์แมท พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพในศูนย์สุขภาพแคร์แมท คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่เป็นกลุ่มเกย์ โดยเหตุผลในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ คือ ตรวจเอ็ชไอวี และตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรัณย์ พิมพ์ทอง (2554) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาเหตุของการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพเพื่อต้องการทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอ็ชไอวีของตนเอง และต้องการทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยผู้เข้ารับบริการส่วนมากเคยเข้ารับบริการตรวจเอ็ชไอวีมาก่อนแล้ว ผู้มีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพคือเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไพศาล พินทิสืบ (2555) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมในสถานพยาบาลจังหวัดลำปาง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท โดยภาพรวมผลประเมินอยู่ในระดับการตัดสินใจมาก เรียงตามลำดับคือ ด้านบุคลากรมีผลต่อการตัดสินใจอยู่ในระดับที่มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านลักษณะทางกายภาพ มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทในระดับที่เท่ากันคือ อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยด้านการส่งเสริมการตลาดมีผลต่อการตัดสินใจในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรีชา อาษาวัง (2558) ได้ศึกษาถึงการศึกษาปัจจัยจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการห้องสมุดมหาวิทยาลัยนครพนม

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทกับพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการในศูนย์สุขภาพแคร์แมทโดยใช้สถิติ ไค–สแควร์ ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 พบว่า ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท กับพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการในศูนย์สุขภาพแคร์แมทข้างต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของดนุรัตน์ ใจดี (2553) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเลือกใช้บริการร้านอาหารในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปัจจัยทั้ง 7 ด้าน กล่าวคือ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านลักษณะทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะ

จากการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมทจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท กับพฤติกรรมการใช้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมท แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านต่างๆ มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของกลุ่มเป้าหมายที่ศูนย์สุขภาพแคร์แมททั้งสิ้นโดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคลากรและกระบวนการให้บริการซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้นองค์กรจึงควรหาวิธีการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการให้บริการที่แตกต่างออกไป เพื่อให้ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและผู้รับบริการ รวมถึงการนำนวัตกรรมการตรวจรูปแบบใหม่ๆ ที่ทันสมัยมาใช้ และที่สำคัญสร้างวัฒนธรรมการมีจิตสำนึกในการให้บริการอย่างแท้จริงให้กับบุคลากร ให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อให้สร้างปัจจัยจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายกลับมาใช้บริการต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุระ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้การศึกษาอิสระมีความสมบูรณ์ อาจารย์บุญโฮม จันทร์สมดี อาจารย์วาสนา สมบูรณ์ไชยยา และอาจารย์มัสยา จุ้ยสม ที่ได้กรุณาช่วยตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษา ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพแคร์แมทที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลและอนุญาตให้เก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ 2557–2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร . 2555.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์ความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. สรุปสถานการณ์เอดส์แห่งประเทศไทย; 2558.

การประเมินต้นทุนต่อกิจกรรมและประสิทธิผลของโครงการการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex worker) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

มณฑินี วสันติอุปโภคากร , สุเมธ องค์วรรณดี*, วิภาดา มหรัตนวิโรจน์**

Abstract

A Program Evaluation of Integrating HIV Prevention and Care on FSW Project, in Fiscal Year 2014

*Montinee Vasantiuppapokakorn *, Sumet Ongwandee*, Wipada Maharattanaviroj**

*Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi

***Background**: Female sex workers(FSW) were the one of key population for Stop AIDS of AIDS Country Strategies 2015-2017 but the prevalent rate of FSW was not decrease,(2.2 % ; the target was 1%).The objective of this study were determination Cost Effectiveness Analysis (CEA)evaluation out come and procedure process of FSW and survey on quality of life of FSW from 15 provinces in Thailand for evaluation cost of health among FSW.*

***Methods**: Analyzed and evaluated out come and cost effective of this project in the view of third party.*

***Results**: The study analyzed the procedure process which it had invested 5,291,862 bahts and found that 73 % of condom utilization could protect infection averted 3,192 persons that calculated to 1,658 bahts per new HIV infection which compared with Integrating HIV Prevention and care on key population project which it had invested 1,122,000,000 bahts and found 83 % of condom utilization could protect infection averted 3,586 persons that calculated to 312,796 bahts per new HIV infection.*

***Conclusion**: This project was so the value of health because it was decrease new HIV infection among FSW and improved quality of life among FSW.*

Key Words: Female Sex Workers (FSW), Cost Effectiveness Analysis (CEA), The Value of Health
Thai AIDS J 2017; 29 : 71-84

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: *กลุ่มพนักงานบริการหญิง เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่ประเทศไทยมุ่งดำเนินการเพื่อลดการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ให้ได้ 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณในปี พ.ศ. 2559 แต่ข้อมูลในปี พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราความชุกการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง คือ ร้อยละ 2.2 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์ฯ เอดส์แห่งชาติ ที่กำหนดไว้ ร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2559 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 กรมควบคุมโรค ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในการจัดทำโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่นำร่อง 15 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี นนทบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม นครสวรรค์ พิษณุโลก อุดรธานี เลย สระแก้ว นครพนม นครศรีธรรมราช ชุมพร พังงา และ สตูล*

วัตถุประสงค์ : *1. เพื่อประเมินต้นทุนรายกิจกรรมของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557, 2. เพื่อประเมินต้นทุนประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางสาธารณสุขของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557, 3. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาโครงการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย*

วิธีการศึกษา : *การวิเคราะห์ประเมินต้นทุนและประสิทธิผลของโครงการ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนผลตอบแทนแบบไปข้างหน้า (Prospective) มุมมองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือมุมมองผู้จ่ายเงิน (Third Party) และการวิเคราะห์ประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข*

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : *ประชากรที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็นระดับนโยบาย ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สำนักโรคเอดส์ฯที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ 2) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 15 แห่ง 3) หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งรับผิดชอบโดยองค์กรภาคเอกชน (NGOs) 3 องค์กร ได้แก่ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ และสมาคมส่งเสริมพัฒนาการสังคม*

สถิติที่ใช้ในการวิจัย : *สถิติเชิงพรรณนา*

ผลการศึกษา : *การดำเนินโครงการดังกล่าวทำให้เกิดต้นทุนประมาณ 5,291,862 บาท พบการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการ ร้อยละ 73 สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (infection averted) 3,192 ราย คิดเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ 1,658 บาท/ราย เปรียบเทียบกับโครงการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยการส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงซึ่งใช้ต้นทุนทั้งสิ้น 1,122,000,000 บาท พบการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการร้อยละ 83 สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (infection averted) 3,586 ราย คิดเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ 312,796 บาท/ราย)*

สรุปผลการศึกษา : *สรุปผลได้อย่างชัดเจนจากการศึกษาครั้งนี้ คือ โครงการฯ นี้ มีความคุ้มค่าทางสาธารณสุข เนื่องจากลดอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง และทำให้กลุ่มพนักงานบริการหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น*

คำสำคัญ พนักงานบริการ, การวิเคราะห์ต้นทุน–ประสิทธิผล, การคาดประมาณการติดเชื้อเอ็ชไอวี, ความคุ้มค่าทางสาธารณสุข

วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 71–84

ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา

ตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557–2559[1] การรับและถ่ายทอดเชื้อฯ ผ่านกลุ่มพนักงานบริการหญิง เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่ประเทศไทยมุ่งดำเนินการเพื่อลดการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ให้ได้ 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งที่ผ่านมาแม้ว่านโยบายถุงยางอนามัย 100% จะทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่และอัตราความชุกของการติดเชื้อเอ็ชไอวีในประชากรกลุ่มนี้อย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2532–2540 แต่ในระยะหลังๆ การ

ดำเนินการตามนโยบายนี้เริ่มน้อยลง ทำให้การลดอัตราความชุกของการติดเชื้อฯ ในประชากรกลุ่มนี้ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง คือ ร้อยละ 2.2 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์ฯ เอดส์แห่งชาติ ที่กำหนดไว้ร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2559 อีกทั้งปัจจุบันพนักงานบริการหญิงมีลักษณะการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบแอบแฝง ไม่เปิดเผย และไม่มีสถานบริการสังกัดชัดเจน ทำให้สามารถเข้าถึงได้ยาก และมีพนักงานบริการหญิงที่เป็นคนต่างชาติจำนวนมากขึ้น จึงมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องการสื่อสารและการมีหลักประกันสุขภาพ จนอาจส่งผลให้พนักงานบริการหญิงเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและบริการดูแลรักษาได้น้อยลง

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 กรมควบคุมโรค ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในการจัดทำโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่นำร่อง 15 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี นนทบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม นครสวรรค์ พิษณุโลก อุดรธานี เลย สระแก้ว นครพนม นครศรีธรรมราช ชุมพร พังงา และสตูล โดยมีเป้าหมายหลัก 2 ประการ คือ

1. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง

2. เพื่อให้กลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยใช้แนวคิดการดำเนินงานแบบใหม่[2] คือ การผสมผสานระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการส่งเสริมการตรวจและรู้ผลการติดเชื้อฯ อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงบริการคัดกรอง ตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีการเข้าสู่การรักษาแต่เนิ่นๆ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้กลยุทธ์การสนับสนุนให้มีเครือข่ายเพื่อนที่ช่วยส่งเสริมให้พนักงานบริการหญิงเข้าถึงและใช้บริการต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวี บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการด้านสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินต้นทุนรายกิจกรรมของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

2. เพื่อประเมินต้นทุนประสิทธิผล และความคุ้มค่าทางสาธารณสุขของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

3. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาโครงการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

ขอบเขตการศึกษา

การประเมินต้นทุนในการศึกษาครั้งนี้จะคิดเฉพาะต้นทุนแปรผัน (variable costs) ซึ่งมีค่าแปรผันไปตามระดับการดำเนินกิจกรรม[3,4] หรือปริมาณการให้บริการของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่ม

พนักงานบริการหญิงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 และคิดเฉพาะต้นทุนที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 เท่านั้น โดยครอบคลุมกิจกรรม ต่อไปนี้

1. กิจกรรมโดยหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ (NGOs) ได้แก่ การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำฯ กิจกรรมเชิงรุกการรณรงค์สร้างความต้องการในการตรวจเอ็ชไอวี การสนับสนุนการรับบริการตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวีและบริการคัดกรองและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การผลิตสื่อเรื่องสิทธิและกฎหมาย การจัดระบบบริการและการสร้างความเข้าใจในวิถีชีวิตของพนักงานบริการหญิง และการจัดทำบัตร smart card

2. กิจกรรมสร้างศักยภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. กิจกรรมสร้างศักยภาพจากส่วนกลาง ได้แก่ การอบรมมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี/STIs การสนับสนุนสื่อและข้อมูลความรู้ฯ และการประชุมเพื่อทำความเข้าใจโครงการ สนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

กรอบการศึกษา

กรอบการประเมินครั้งนี้แสดงได้ดังในภาพที่ 1 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น การประเมินต้นทุน การประเมินประสิทธิผล และการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุขของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ดังนี้

1. การประเมินต้นทุนของโครงการฯ โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัดของโครงการฯ (แบบบันทึกตัวชี้วัด) ซึ่งมีการรายงานในช่วง 3 ไตรมาสแรก จำนวน 9 เดือน คือ ระหว่างเดือนมกราคม–กันยายน พ.ศ. 2557 โดยเป็นการรายงานของหน่วยงาน/องค์กรหลักๆ ที่รับผิดชอบในการดำเนินงานโครงการฯ ดังนี้

1.1 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของ 15 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี นนทบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม นครสวรรค์ พิษณุโลก อุดรธานี เลย สระแก้ว นครพนม นครศรีธรรมราช ชุมพร พังงา สตูล รวมถึงสำนักงานควบคุมโรคเขตต่างๆ ที่รับผิดชอบดูแลจังหวัดที่ดำเนินงานโครงการทั้ง 15 จังหวัด ดังกล่าว

1.2 หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งรับผิดชอบโดยองค์กรภาคเอกชน (NGOs) 3 องค์กร ได้แก่ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการและสมาคมส่งเสริมพัฒนาการสังคม

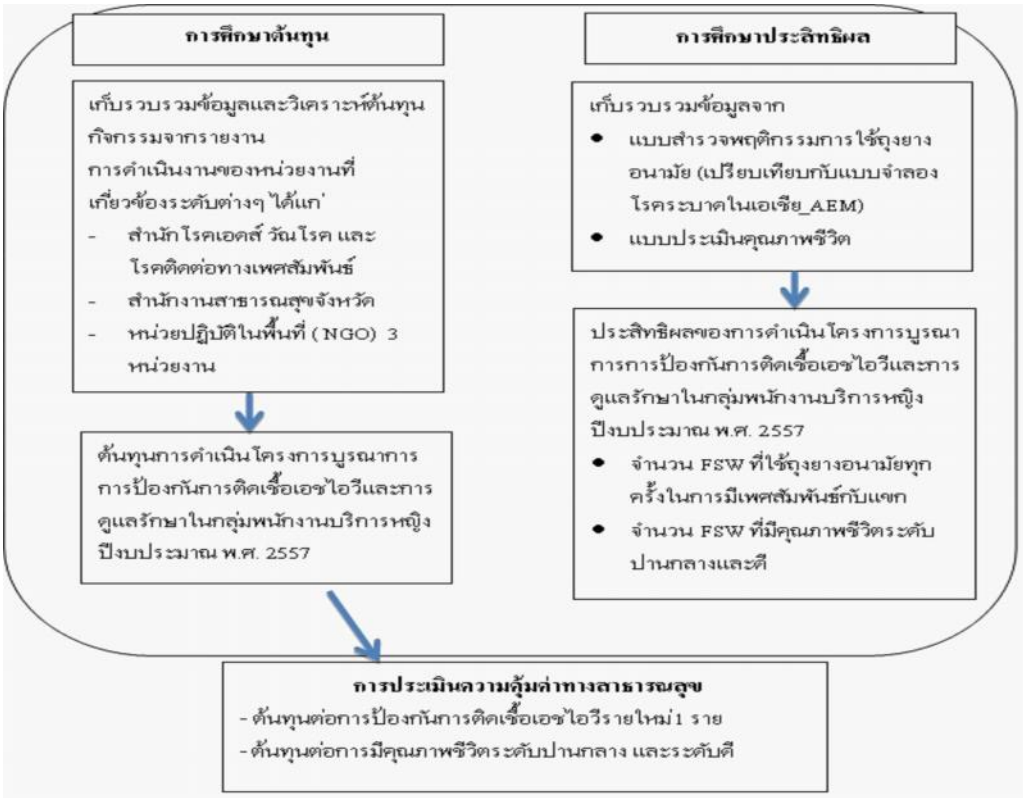
2. การประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการดำเนินงานในโครงการฯ ประกอบด้วยการประเมินผลลัพธ์ 2 ประการ ได้แก่

2.1. การประเมินผลลัพธ์ระยะกลาง (Intermediate outcome)[3,4] โดยในการประเมินครั้งนี้เลือกประเมินพฤติกรรมที่เป็นหัวใจหลักในการป้องกันสำหรับกลุ่มพนักงานบริการหญิง คือ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อใช้ในการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ โดยใช้แบบจำลอง AIDS Epidemic Model (AEM)[5] ที่มีการวิเคราะห์รูปแบบการแพร่เชื้อในประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มพนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาด้วยวิธีการฉีด ทั้งนี้เนื่องจากแบบจำลองนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใกล้เคียงกับรูปแบบการแพร่เชื้อเอ็ชไอวีในทวีปเอเชีย ทำให้แบบจำลองนี้สามารถสะท้อนการ

ติดเชื้อเอ็ชไอวีใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงในประเทศไทยได้มากกว่าแบบจำลองอื่น ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องนี้ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามที่ให้พนักงานบริการหญิงมีการประเมินตนเอง และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนกระจายในทุกจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ตัวแทนประชากรกลุ่มเป้าหมายในโครงการทั้งหมด

2.2 การประเมินผลลัพธ์ระยะสุดท้าย (Final outcome)[3,4] โดยในการประเมินครั้งนี้เลือกประเมินคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่มีการระบุไว้ในเป้าหมายข้อที่ 2 ของโครงการ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องนี้ดำเนินการโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งให้พนักงานบริการหญิงมีการประเมินตนเอง และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนกระจายในทุกจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ตัวแทนประชากรกลุ่มเป้าหมายในโครงการทั้งหมด (ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกับการประเมินพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย)

2.3 การประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข ซึ่งในการประเมินครั้งนี้เลือกใช้วิธีการวิเคราะห์แบบต้นทุนประสิทธิผล (cost–effectiveness analysis, CEA)[3,4] โดยประเมินใน 2 ส่วน คือ ต้นทุนต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ 1 ราย และต้นทุนต่อการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และระดับดี



ภาพที่ 1 กรอบการประเมินต้นทุนต่อกิจกรรมและความคุ้มค่าของโครงการการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

วิธีดำเนินการศึกษาขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาการดำเนินการประเมินต้นทุนต่อกิจกรรมและความคุ้มค่าของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม (Activity dictionary)[3,4] ที่ดำเนินการในโครงการฯ ดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลจากเอกสารโครงการ และรายงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมอันประกอบด้วย ข้อมูลจากรายงานการเงินของแหล่งทุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ข้อมูลต้นทุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ได้แก่ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ (NGOs) ได้แก่ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (PPAT) มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) และ SDA โดยกิจกรรมหลักๆ ที่มีการประเมิน ประกอบด้วย

1. กิจกรรมโดยหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ (NGOs)

2. กิจกรรมสร้างศักยภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. กิจกรรมสร้างศักยภาพจากส่วนกลาง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และ การสังเกตการทำงานจริงจากการลงพื้นที่ โดยสุ่มเลือกจาก 5 จังหวัด

3.1 ประเมินประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมของโครงการ[3,4] ตามตัวชี้วัดซึ่งเป็นผลผลิตของโครงการ ได้แก่ จำนวนพนักงานบริการหญิงที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายเพื่อนพนักงานบริการหญิง จำนวนพนักงานบริการหญิงที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายเพื่อนพนักงานบริการหญิงเข้ารับบริการตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอ็ชไอวีของตนเอง รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ระยะกลาง คือ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และการประเมินผลลัพธ์ระยะสุดท้าย (Final outcome) คือ คุณภาพชีวิตของพนักงานบริการหญิง ตามที่ที่มีการระบุไว้ในเป้าหมายข้อที่ 2 ของโครงการฯ

3.2 ประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข ด้วยวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost–effectiveness analysis CEA)[3,4] โดยประเมินใน 2 ส่วน คือ ต้นทุนต่อการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ 1 ราย และต้นทุนต่อการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และระดับดี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ซึ่งผู้รับผิดชอบงานต้องจัดทำและส่งตามขั้นตอนมายัง สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นรายไตรมาส จำแนกเป็น 4 ไตรมาส แต่ในการประเมินครั้งนี้มีข้อมูลที่รายงานเฉพาะ 3 ไตรมาสหลัง คือไตรมาสที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคม–มีนาคม 2557 ไตรมาสที่ 2 ระหว่างเดือนเมษายน–มิถุนายน 2557 ไตรมาสที่ 3 ระหว่างเดือนกรกฎาคม–กันยายน 2557

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและความต้องการสารหล่อลื่น ของพนักงานบริการหญิง เป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (หรือใช้การสัมภาษณ์ในกรณีที่มีข้อจำกัดในการอ่านหนังสือ) จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีทั้งคำตอบแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบแบบสั้นๆ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคลเรื่อง อายุ การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยกับบุคคลต่างๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เหตุผลในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย จำนวนถุงยางอนามัยที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน จำแนกตามขนาดของถุงยางอนามัย ปัญหาที่พบจากการใช้ถุงยางอนามัย ความเพียงพอของถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นที่ได้รับแจก วิธีดำเนินการในอนาคตหากไม่ได้รับการแจกถุงยางอนามัย

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับสั้นขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[6]

กลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทุติยภูมิจากการรายงานผลการดำเนินงานตามแบบบันทึกผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการดังข้างต้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในระดับของผลผลิตจะใช้ข้อมูลจากทุกชุดที่ได้รับรายงานและมีความสมบูรณ์ของข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งในเรื่องของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และการประเมินคุณภาพชีวิต จะดำเนินการโดยใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของประชากรพนักงานบริการหญิงซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ โดยมีวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1967)[7] ซึ่งได้เสนอสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ

$n = N/(1+Ne2)$ โดย n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

N = จำนวนประชากรที่ทราบค่า

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (ค่าความคลาดเคลื่อน คือ .05) โดยมีจำนวนประชากรพนักงานบริการหญิงที่เป็นเป้าหมายของโครงการ ใน 15 จังหวัด รวมทั้งหมดเท่ากับ 10,623 คน ดังนั้นเมื่อคำนวณตามสูตรข้างต้นพบว่าต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 385 คน แต่อย่างไรก็ตามเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลจึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำรองไว้ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 500 คน

วิธีการวิเคราะห์ต้นทุน

1. การวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในภาพรวมของโครงการ และรายกิจกรรม มีดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ต้นทุนรวม (Total cost)การวิเคราะห์ต้นทุนรวม (Total cost) คือ การนำรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงของแต่ละหน่วยงานมารวมกัน[3,4] โดยรายจ่ายที่รวบรวมได้มาจากรายงานการใช้จ่ายของโครงการที่ได้รับทุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนมกราคม ถึงกันยายน ปี พ.ศ. 2557

1.2 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (Unit cost) การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมคำนวณจากงบประมาณที่โครงการใช้ทั้งหมดหารด้วยจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ[3,4] ดังสมการ

$$\text{การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม} = \frac{\text{งบประมาณที่โครงการใช้ในการดำเนินกิจกรรม}}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม}}$$

2. การวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ วิเคราะห์โดยการคำนวณหาจำนวนผู้ที่ถูกป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ (HIV infections prevented) โดยเลือกใช้ค่าคงที่ (default values) ที่ได้มาจากการศึกษาว่าการใช้ถุงยางอนามัยสามารถให้ประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ คูณกับประสิทธิผลของ

โครงการฯ[2] ซึ่งในที่นี้ ใช้ค่าคงที่ ที่ 0.9 เป็นเกณฑ์ในการคำนวณ จากตารางที่ 1 และให้ค่าน้ำหนัก (weight) กับประชากรทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ

3. การประเมินต้นทุนประสิทธิผลของโครงการ (การประเมินความคุ้มค่า) คำนวณได้จากการคำนวณต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินโครงการทั้งหมด (Total Cost) ด้วยประสิทธิผลที่ได้จากโครงการ[2-4] ซึ่งแบ่งประสิทธิผลออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านคุณภาพชีวิต และด้านการป้องกันจากการติดเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์ ดังสมการ

3.1 การประเมินต้นทุนประสิทธิผลของโครงการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่

$$\text{Cost Effectiveness} = \frac{\text{ต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินโครงการทั้งหมด (Total Cost)}}{\text{การป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (infection averted)}}$$

3.2 การประเมินต้นทุนประสิทธิผลของโครงการด้านคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการด้านคุณภาพชีวิตของพนักงานบริการหญิงในการประเมินครั้งนี้จะคำนวณโดยแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับกลางๆ (61–95 คะแนน) และกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี (96–130 คะแนน) โดยมีสมการในการคำนวณต้นทุนประสิทธิผลของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

3.2.1 กลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี

$$\text{Cost Effectiveness} = \frac{\text{ต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินโครงการทั้งหมด (Total Cost)}}{\text{จำนวนของผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี}}$$

3.2.2 กลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับกลางๆ

$$\text{Cost Effectiveness} = \frac{\text{ต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินโครงการทั้งหมด (Total Cost)}}{\text{จำนวนของผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับกลางๆ}}$$

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์กิจกรรมหลักของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 จะขอนำเสนอผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. กิจกรรมโดยหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งรับผิดชอบโดยองค์กรภาคเอกชน (NGOs) 3 องค์กร หลักๆ ในพื้นที่ 15 จังหวัด ดังนี้ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย รับผิดชอบการดำเนินงานใน 10 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ พิษณุโลก เลย อุดรธานี นครพนม นครศรีธรรมราช ชุมพร พังงา สตูล และนนทบุรี มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ รับผิดชอบการดำเนินงานใน 4 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม และสระแก้ว สมาคมส่งเสริมพัฒนาการสังคมรับผิดชอบการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้งนี้โดยหน่วยปฏิบัติในพื้นที่จะรับผิดชอบดำเนินกิจกรรมหลักๆ ดังต่อไปนี้

1.1 การดำเนินงานเชิงรุกของพนักงานบริการอาสา (Volunteer Seed) พนักงานบริการอาสา (Volunteer seed) ของโครงการนี้จำนวนรวมทั้งสิ้น 49 คน จำแนกเป็นบุคลากรของ PPATHจำนวน 36 คน (10 จังหวัด) ของ SWING จำนวน 12 คน (4 จังหวัด) และของ SDA จำนวน 1 คน (1 จังหวัด) ซึ่งพนักงานบริการอาสาเหล่านี้จะได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานเชิงรุกกับพนักงานบริการหญิง

1.2 กิจกรรมเชิงรุกกับกลุ่มกับพนัก–งานบริการหญิงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.3 กิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความต้องการในการตรวจเอ็ชไอวี

1.4 การรณรงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการในชุมชน

1.5 การติดตามประเมินผล

1.6 กิจกรรมอื่นๆซึ่งเป็นการรับผิดชอบดำเนินการโดยบางองค์กร ได้แก่

1.6.1 การผลิตสื่อเรื่องสิทธิและกฎหมาย (ด้วยต้นฉบับของมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ)

1.6.2 การจัดระบบบริการและการสร้างความเข้าใจในวิถีชีวิตของพนักงานบริการหญิง (สำหรับนครศรีธรรมราชและจังหวัดใกล้เคียง) ในกระบวนการจัดทำแผนกับพื้นที่ดำเนินงานพบว่าจังหวัดมีส่วนขาดของทักษะการทำงานที่ต่างกัน โครงการจึงได้วางแผนเสริมทักษะตามส่วนขาดของแต่ละพื้นที่ด้วย

1.6.3 การอบรมเรื่องสิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพนักงานบริการหญิงสำหรับจังหวัดนนทบุรี

1.6.4 การผลิตบัตรสมาร์ทการ์ด (smart card) และการส่งต่อรับบริการ ซึ่งดำเนินการโดยมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)

2. กิจกรรมสร้างศักยภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการสนับสนุนจากสำนักงานควบคุมโรคเขต

2.1 ประชุมสรุปถอดบทเรียนในจังหวัด

2.2 การติดตามหนุนเสริมจากสำนักงานควบคุมโรคเขตต่างๆ ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่การดำเนินงานของ 15 จังหวัด ภายใต้โครงการฯ

3. กิจกรรมสร้างศักยภาพจากส่วนกลาง

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (อบรมมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวี/STIs สำหรับพนักงานบริการหญิง)

3.1 การสนับสนุนสื่อและข้อมูลความรู้เรื่องเพศ เอดส์ อนามัยการเจริญพันธุ์ ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด การประชุมเพื่อทำความเข้าใจโครงการกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ประเมินความคุ้มทุน และต้นทุนต่อกิจกรรมของโครงการ

3.2 การดำเนินงานโครงการในพื้นที่เป็นการลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เป็นการกำกับติดตามโครงการในพื้นที่ 15 จังหวัด

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินกิจกรรมของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

จากตารางที่ 1 พบว่า กิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex worker) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ที่เป็นกิจกรรมหลักและดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายโดยตรงดังตารางที่ 1 ซึ่งจะพบว่ากิจกรรมที่ใช้ต้นทุนสูง

ตารางที่ 1. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

รหัส	กิจกรรม	ต้นทุนจำแนกตามองค์กร				ต้นทุนรวม	ผลผลิต	ต้นทุนกิจกรรม
		SWING	SDA	PPAT	สอวพ.			
1	อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำเรื่องเอ็ชไอวี/เอดส์การตรวจเอ็ชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	1,452,280	0	324,000	667,330	2,443,610	8,253	296
2	กิจกรรมเชิงรุกกับกลุ่มกับพนักงานบริการ (workshop in bar)–HIV/STI/RH, VCT	119,820	8,522	522,577	0	650,919	55*	11,831
3	กิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความต้องการในการตรวจเอ็ชไอวี	196,334	4,258	514,570	0	715,162	3,260	219
4	สนับสนุนการรับบริการตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวีและบริการคัดกรองและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	14,874	900	220,354	0	236,128	2,294	103

*ผลผลิตของกิจกรรมเชิงรุกกับกลุ่มกับพนักงานบริการ (workshop in bar)– HIV/STI/RH, VCT คือจำนวน volunteer seed โดยคิดจาก volunteer seed 1 คนต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม 150 คน

ตารางที่ 2. ร้อยละของความนิยมการใช้ถุงยางอนามัยที่พนักงานบริการหญิงในแต่ละขนาดต้องการใช้ในแต่ละเดือน

ขนาดของถุงยาง(ซม.)	ร้อยละการใช้ถุงยางต่อเดือน	จำนวนเฉลี่ยที่ใช้ต่อเดือน (ชิ้น)
เบอร์ 52	81.1	28
เบอร์ 49	74.4	23
เบอร์ 54	40	19
เบอร์ 53	17	22
เบอร์ 56	.9	15

ที่สุด คือ การพัฒนาศักยภาพแกนนำและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในโครงการฯ ซึ่งใช้ต้นทุนไปทั้งสิ้น 3,518,998 บาท และกิจกรรมที่ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด คือ การส่งต่อเข้ารับบริการ ใช้ต้นทุนไปทั้งสิ้น 12,414 บาท เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับผลผลิตของโครงการพบว่า กิจกรรมที่ใช้ต้นทุนต่อหน่วยน้อยที่สุด คือ สนับสนุนการรับบริการตรวจการติดเชื้อเอ็ชไอวีและบริการคัดกรองและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้เงินไป 103 บาทต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม 1 คน และกิจกรรมที่ใช้ต้นทุนมากที่สุด คือ กิจกรรมเชิงรุกกับกลุ่มกับพนักงานบริการ (workshop in bar)–HIV/STI/RH, VCT ใช้เงินไปทั้งสิ้น 11,831 บาทต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม 1 คน

ตารางที่ 3. ผลการดำเนินงานเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน–ประสิทธิผลด้านคุณภาพชีวิต จากกลุ่มเป้าหมายของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

รายด้านคุณภาพชีวิต (n=445)	ต้นทุนรวม	จำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตกลางๆ (N=8,253)	จำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตกลางๆ (Sample size=445)	จำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (N=8253)	จำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Sample size=445)	ต้นทุนต่อหน่วยของการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ ในกลุ่มเป้าหมาย	ต้นทุนต่อหน่วยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในกลุ่มเป้าหมาย
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (n=426)	5,291,862	7,791	402	429	22	679	12,331
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (n=428)	5,291,862	6,536	339	1,428	74	810	3,706
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพและสังคม (n=439)	5,291,862	5,884	313	1,733	92	899	3,053
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (n=431)	5,291,862	6,124	320	1,700	89	864	3,113
คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน (n=410)	5,291,862	6,743	335	1,411	70	785	3,750

จากตารางที่ 3. แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน–ประสิทธิผลที่ด้านคุณภาพชีวิตจากกลุ่มเป้าหมายของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex worker) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 679 บาท และต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี เท่ากับ 12,331 บาท ต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 810 บาท และต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดี เท่ากับ 3,706 บาท ต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 899 บาท และต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมี

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพและสังคมอยู่ในระดับที่ดี เท่ากับ 3,053 บาท ต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 864 บาท และต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ดี เท่ากับ 3,113 บาท ต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 785 บาท และต้นทุนต่อหน่วยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย 1 คนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับที่ดี เท่ากับ 3,750 บาท

จากตารางที่ 4 แสดงการดำเนินงานเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน–ประสิทธิผล ประสิทธิผล ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (infection averted) โดยเปรียบเทียบกับการศึกษาในโครงการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยการส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า โครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ต้องใช้เงินจำนวน 1,658 บาท เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ 1 ราย

ตารางที่ 4. ผลการดำเนินงานเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน–ประสิทธิผล ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (Infection averted) จากกลุ่มเป้าหมายของโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 การประเมินต้นทุนประสิทธิผลของโครงการ

โครงการ	ต้นทุนการดำเนินโครงการ	ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการ	การป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (infection averted)	การป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (บาท/ราย)
โครงการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยการส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง	1,122,000,000	83	3,586	312,796
โครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง	5,291,862	73	3,192	1,658

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การดำเนินโครงการดังกล่าวทำให้เกิดต้นทุนประมาณ 5,291,862 บาท พบการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการ ร้อยละ 73 สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (infection averted) 3,192 ราย คิดเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ 1,658 บาท/รายเปรียบเทียบกับโครงการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยการส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการร้อยละ 83 สามารถป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ (infection averted) 3,586 ราย คิดเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ 312,796บาท/ราย ซึ่งสรุปผลได้อย่างชัดเจนจากการศึกษาครั้งนี้ คือ โครงการฯ นี้มีความคุ้มค่าทางสาธารณสุข เนื่องจากลดอัตราการติดเชื้อเอ็ชไอวีรายใหม่ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงและทำให้กลุ่มพนักงาน บริการหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงน่าจะเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาโครงการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงนี้เพื่อเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการดำเนินงานในกลุ่มพนักงานบริการหญิงของทั้ง 15 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอ็ชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 อาจได้รับงบประมาณจากแหล่งงบประมาณอื่นๆ นอกเหนือจากการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะงบประมาณที่เป็นต้นทุนในการบริหารจัดการซึ่งเป็นต้นทุนแบบคงที่ (fixed costs) เช่น ต้นทุนด้านบุคลากร ต้นทุนด้านสาธารณูปโภค ต้นทุนทรัพย์สินและค่าเสื่อมราคาต่างๆ แต่เนื่องจากผู้ประเมินไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับงบประมาณจากแหล่งอื่นซึ่งเป็นต้นทุนในลักษณะดังกล่าวไว้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้การประเมินต้นทุนต่อกิจกรรมที่ดำเนินการซึ่งเป็นผลจากการประเมินในรายงานฉบับนี้ จึงอาจไม่สะท้อนต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นจริง

นอกจากนี้เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณที่ล่าช้า ทำให้แต่ละจังหวัดเริ่มดำเนินงานโครงการฯ ไม่พร้อมกัน อีกทั้งข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้ประเมินจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากการรายงานเพียง 3 ไตรมาสแรก สำหรับการประเมินต้นทุนในครั้งนี้ จึงอาจเป็นเหตุหนึ่งที่อาจทำให้การประเมินผลการดำเนินกิจกรรม งบประมาณที่ใช้และผลผลิต/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ อาจมีความคลาดเคลื่อนและต่ำกว่าความเป็นจริงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญพักตร์ อุทิศ คุณชนัดดา ตั้งวงศ์จุลเนียม พญ.เพชรศรี ศิรินิรันดร์ ตลอดจนคณะทำงานวิชาการทุกท่าน กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11 (ณ.ช่วงเวลาดำเนินโครงการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี นนทบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม นครสวรรค์ พิษณุโลก อุดรธานี เลย สระแก้ว นครพนม นครศรีธรรมราช ชุมพร พังงา สตูล โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกแห่ง องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านเอดส์ที่เกี่ยวข้อง 3 องค์กร สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ และ สมาคมส่งเสริมพัฒนาการสังคม

บรรณานุกรม

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๗–๒๕๕๙. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
2. Dandona L, Sisodia P, Kumar SG, et al. HIV preventionprogrammes for female sex workers in Andhra Pradesh, India: Outputs, cost and efficiency. BMC Public Health. 2005; 5 : 98.
3. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrence GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nded. New York: Oxford University Press; 1997.
4. Kermick DP. Introduction to health economics for the medical practitioner. Postgrad Med J. 2003; 79: 147–50.
5. Brown T, Peerapatanapokin W. The Asian Epidemic Model: a process model forexploring HIV policy and programme alternatives in Asia. Sex Transm. Infect. 2004; Aug; 80 Suppl 1 : i19–24.
6. สุวัฒน์มหัตนิรันดรกุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด.เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
7. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis, 2nd Ed., New York: Harper and Row; 1967.

การศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในเขตภาคใต้ตอนล่าง

นพดล ไพบูลสิน, นิ่มอนงค์ ไทยเจริญ**, ณัฐพร ฉั่วอรุญ***

Abstract

Study of HIV-Related Stigma and Discrimination among Health Care Providers and People Living with HIV-Infected Individuals in Lower Southern, Thailand

Nopadol Piboonsin, Nimanong Thaicharoen**, Nattaporn Chua Arun***

*Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand
**Office of Disease Prevention and Control 12, Songkhla

Background: *Decreasing of stigma and discrimination dued to access to health system rapidly which effected to better health and attitude of providers as well. This cross-sectional descriptive research aimed to study situation of stigma and discrimination in health service system and to study the opinion of 554 providers and 663 people living with HIV/AIDS (PLWHA) of 12th region in 4 provinces of Thailand during July 2015 - September 2016.*

Methods: *Four kinds of questionnaires were used as data gathering instruments (the personal history, infectious prevention, hospital environment and agency policy) Mean and frequency were applied in statistical analysis.*

Result: *It was found that most providers were nurses (41.14%) patient care assistants (7.58%). About policy, most hospitals respected to patient rights, no testing without consent of HIV/AIDS (67.69%). About providers, worried to HIV infected from things touching (36.21%) dressing or needle puncture during nursing care (46.08%) HIV counseling & testing (38.16%). About PLWHA, not avoid to get service (86.27%). About service observation to discrimination, found often that not willing to service (0.54%) less quality service than normal patient service (0.54%).*

Key Words: Stigma, Discrimination, Provider, People living with HIV/AIDS
Thai AIDS J 2017; 29 : 85-95

*กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพส่งผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการและภาวะสุขภาพของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี การศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพของรัฐ 2) ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีในเขต 12 นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล ปัตตานี ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2558 – เดือนกันยายน 2559 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 554 ราย 2) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี จำนวน 663 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีตำแหน่งเป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 41.14 ด้านนโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอ็ชไอวี/เอดส์ พบว่า สถานบริการส่วนใหญ่มีการเคารพสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี โดยไม่ตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวีที่ปราศจากการไม่ยินยอมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 67.69 ผู้ให้บริการ ไม่มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอ็ชไอวีจากการให้บริการ จากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 46.08 ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ไม่เคยหลีกเลี่ยงการไปรับบริการสุขภาพที่สถานบริการร้อยละ 86.27 จากการสังเกตการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเห็นเป็นประจำ ที่เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจร้อยละ 0.54 ส่วนด้านเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปเห็นเป็นประจำ ร้อยละ 0.54 สรุป สถานการณ์การตีตราที่ลดลงในพื้นที่เขต 12 จะมีส่วนทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีเข้าสู่บริการได้เร็วขึ้น

คำสำคัญ การตีตรา, การเลือกปฏิบัติ, ผู้ให้บริการ, ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี, ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี, ผู้ป่วยเอดส์
วารสารโรคเอดส์ 2560; 29 : 85–95

บทนำ

ในประเทศไทย สถานการณ์การตีตราเป็นปรากฏการณ์ของคนในสังคมที่มีทัศนคติเชิงลบร่วมกันต่อกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างออกไปจากตนเอง การตีตราอาจนำไปสู่การปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่ถูกตีตราเรียกว่าการเลือกปฏิบัติ การตีตรา ถือว่าเป็นการละเมิดหลักสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องกับผู้อยู่ร่วมกับเอ็ชไอวี ถือเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และกระทบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ส่งผลให้อัตราการตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ชไอวี และการเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ล่าช้า ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2557–2559[1] เน้นเรื่องการไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดการตายจากเอดส์เป็นศูนย์ และไม่มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ถือเป็นเป้าหมายที่ท้าทาย เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการเข้าถึงกระบวน การป้องกัน การรักษา การดูแล และการสนับสนุนต่างๆ ซึ่งพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการถูกตีตราและการถูกเลือกปฏิบัติรวมไปจนถึงการวางเป้าหมายการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี (กลุ่มประชากรหลัก) ลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 สอดคล้องกับผลการสำรวจดัชนีการตีตราในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า การตีตราและเลือกปฏิบัติเกิดในสถานที่ทำงาน สถานศึกษา ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ประสบความยากลำบากในการประกอบอาชีพหรือการได้รับการว่าจ้างทำงาน การสัมภาษณ์ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี จำนวน 338 คน พบว่าร้อยละ 32.0 ต้องตกงานหรือขาดรายได้ในช่วง 1 ปี ก่อนการให้สัมภาษณ์ การติดเชื้อเอ็ช–

ไวีรยังทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีไม่มีที่อยู่อาศัย โดยพบว่าร้อยละ 15.0 ถูกบังคับ ให้ย้ายออกหรือไม่ให้เช่าที่พักอาศัยอีกต่อไปเนื่องจากการติดเชื้อเอ็ชไอวี ผลการสำรวจดัชนีการตีตราดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีร้อยละ 26 ถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมงานสังคม เช่นงานแต่งงาน งานศพ และร้อยละ 12 ไม่มีโอกาสได้ประกอบอาหารหรือร่วมรับประทานอาหารกับคนในครอบครัว รวมถึงขาดการยอมรับนับถือในสถานภาพหรือความเป็นตัวตนของพวกเขา โดยเห็นได้จากการที่พวกเขาไม่ได้รับบทบาทหรือมีส่วนร่วมใดๆ ในสังคม[1]

การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น ณ สถานบริการสุขภาพถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่ขัดขวางประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาด้านเอ็ชไอวี/เอดส์ ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่กล้าเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี สำหรับผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อก็จะปิดบังสถานภาพการติดเชื้อเอ็ชไอวีของตนเอง ทำให้การเข้ารับการรักษารวมไปจนถึงการคงอยู่ในกระบวนการรักษาและการรับยาอย่างต่อเนื่องต่ำอีกด้วย การสำรวจดัชนีการตีตราพบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีร้อยละ 20 ถูกปฏิเสธการให้บริการสุขภาพ และถูกเลือกปฏิบัติจากผู้ให้บริการสุขภาพเมื่อทราบว่าเขาติดเชื้อเอ็ชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีจำนวนหนึ่งมีความรู้สึกของการตีตราตนเอง โดยมีความรู้สึกละอาย รู้สึกผิด และรู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเอง ซึ่งเห็นได้จากการหลีกเลี่ยงที่จะไปรับบริการสุขภาพที่คลินิกและโรงพยาบาลถึงแม้จะมีความจำเป็น[2] การตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการละเมิดสิทธิมนุษยชนในหน่วยบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การรับรู้ของผู้รับบริการ การกีดกัน และการให้บริการล่าช้าในการตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี การรักษา หรือการรับยาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี มีคุณภาพชีวิตต่ำลง และส่งผลให้มีการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น

การศึกษารายงานวิจัยนำร่องการพัฒนาเครื่องมือและวิธีสำรวจตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวเนื่องกับเอ็ชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์และผู้ให้บริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2557[3] พบว่า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ให้บริการสุขภาพพบเห็นพฤติกรรมผู้ให้บริการที่แสดงออกถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติ โดยพบเห็นพฤติกรรมการไม่เต็มใจให้บริการร้อยละ 17.0 และร้อยละ 48.0 จังหวัด ก ร้อยละ 46.0 จังหวัด ข มีพฤติกรรมการป้องกันที่มากเกินไปคือสวมถุงมือสองชั้น โดยกลัวการติดเชื้อเอ็ชไอวี ในระหวางทำงานปกติ และร้อยละ 25.0 การให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีด้อยคุณภาพ กว่าผู้ป่วยอื่นร้อยละ 9.0 และร้อยละ 18.0 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ให้บริการของทั้งสองจังหวัดมีความกลัวต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีอยู่ในระดับสูง คือร้อยละ 63.0 และร้อยละ 68.0 ในส่วนของทัศนคติพบว่าผู้ให้บริการยังมีการตีตราต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีอยู่สูง ถึงร้อยละ 86 และร้อยละ 90.0 สำหรับผลการศึกษาในส่วนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี พบว่าใน 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ได้รับประสบการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องจากติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยถูกปฏิเสธ การรักษาพยาบาลร้อยละ 7 และร้อยละ 16.0 ให้รอรับบริการเป็นคิวสุดท้ายและรอนานร้อยละ 8.0 และร้อยละ 28.0 ได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ ร้อยละ 15.0 และร้อยละ 36.0 ถูกละเมิดสิทธิ์ (ตรวจเลือดหรือเปิดเผยสถานภาพ โดยไม่ได้รับการยินยอม) ร้อยละ 26.0 และร้อยละ 34.0 ตามลำดับ โดยประสบการณ์ที่ได้รับในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ช–

ไอวีทั่วไป และกลุ่มของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีที่เป็นกลุ่มประชากรหลักมีความแตกต่างกัน เช่น กรณีการได้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายและจัดให้รอนาน กลุ่มของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ ที่เป็นกลุ่มประชากรหลักมีประสบการณ์นี้ร้อยละ 11.0 ในขณะที่กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรหลักได้รับประสบการณ์นี้เพียงร้อยละ 6.0 เป็นต้น

การศึกษานี้ซึ่งเป็นการสำรวจเพื่อทราบสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพ ที่หน่วยบริการในระดับพื้นที่ จึงสอดคล้องกับพันธสัญญาข้างต้น และเป็นการปฏิบัติเพื่อความก้าวหน้าของเป้าหมายการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ที่ได้ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปใช้ในการกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีที่เป็นกลุ่มประชากรหลักทั้งในระดับพื้นที่และในประเทศไทยต่อไป นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังเป็นการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามและประเมินผลระดับชาติ พ.ศ.2555–2559[4] ที่ระบุช่องว่างที่ต้องการพัฒนา ได้แก่การดำเนินการให้มีข้อมูลเพื่อติดตามความก้าวหน้าสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในภาพรวมของประเทศและในระดับพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อจะนำไปใช้ในการดำเนินงานได้ การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพนี้ จึงจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เป็นผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบของประเทศ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ประเด็นเกี่ยวกับเอ็ชไอวี/เอดส์ ที่เกิดในสถานบริการสุขภาพในเขต 12

2. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ในสถานบริการสุขภาพในเขต 12

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ การสำรวจภาคตัดขวาง (Cross–sectional survey) โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งที่ให้บริการดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใน 4 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล ปัตตานี โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2558 – เดือนกันยายน 2559

ประชากรที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีโดยตรง ได้แก่ผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัสเอ็ชไอวี (ARV) คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) คลินิกวัณโรค (TB) และคลินิกให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาเชื้อในกระแสเลือด (VCT) และผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและกลุ่มที่มีพนักงานทำความสะอาด และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยประจำหอผู้ป่วย

2) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีที่กำลังรับบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ มีประชากรจากการสำรวจมีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัด

การคำณวนและการสุ่มตัวอย่าง

1. การจัดทำบัญชีรายชื่อสถานบริการ

สุขภาพ/โรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจทั้งระบุจำนวนของบุคลากรทางด้านการแพทย์กับบุคลากรสนับสนุนอื่นๆที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Samping size) ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของจังหวัดหนึ่ง คำณวนโดยใช้สูตร

$$N = \frac{Z^*Z\ (\ P\ (1-P)}{D^2}$$

โดย Z = 1.96 (ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 %)

P = ความชุกของการตีตราและเลือกปฏิบัติจากการคาดคะเนหรือจากการศึกษาอื่น

D = ขอบเขตของความคลาดเลื่อนที่ยอมรับได้ (อย่างน้อย 10%)

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยพิจารณาจาก finite population correction factor และได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 1,217 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 554 รายและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี จำนวน 663 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานสถานบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับตำแหน่งงานในปัจจุบัน

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ โดยมีลักษณะข้อคำถามที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึงไม่กังวล จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

1.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ โดยมีลักษณะข้อคำถามที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึงไม่กังวล จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ

1.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายหน่วยงาน โดยมีลักษณะข้อคำถามที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี

2.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ภาวะ ประเภทของประกันสุขภาพ และการรับยาต้านไวรัส

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี โดยมีลักษณะข้อคำถามที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชากรที่ได้รับผลกระทบโดยไม่คำนึงสถานภาพการติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยมีลักษณะข้อคำถามที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึงไม่เคยเห็น จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง เห็นเป็นประจำ มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

โดยแบบสอบถามพัฒนาจากเครื่องมือจากศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณา โดยการคำณวนค่าความถี่ ร้อยละ โดยทำผ่านโปรแกรม Redcap

ผลการศึกษา

ผลการสำรวจของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ในเขต 12 จำนวน 4 จังหวัด ตรัง พัทลุง สตูลและปัตตานี

จากข้อมูลแบบสอบถามส่วนบุคคล สำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพพบว่า มีตำแหน่งเป็นพยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 41.14 รองลงมาคือ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยร้อยละ 7.58 เภสัชกร ร้อยละ 6.32 ผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 5.42 และแพทย์ ร้อยละ 4.69

ผลการสำรวจของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี

จากข้อมูลพื้นฐานของแบบสอบถามส่วนบุคคล สำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.19 เพศหญิง ร้อยละ 50.82 อายุเฉลี่ย 42.3 ปี จำนวนปีที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอ็ชไอวี เฉลี่ย 8 ปี จำนวนปีที่ไปรับบริการตามสถานที่ให้บริการ เฉลี่ย 9.8 ปี มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.7 ปัจจุบันกำลังรับยาต้านไวรัส ร้อยละ 88.69

จากข้อมูลเกี่ยวกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า 86.27 ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยหลีกเลี่ยงการไปรับบริการสุขภาพด้านเอ็ชไอวี หรือ บริการสุขภาพทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับเอ็ชไอวี ที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

จากข้อมูลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยทราบว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี ระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 32.97 และไม่เคยตั้งครรภ์หลังการติดเชื้อเอ็ชไอวีร้อยละ 67.03

จากข้อมูลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่หลีกเลี่ยงไม่ไปฝากครรภ์ หรือที่ไม่ไปรับบริการ PMTCT พบว่าไม่เคยหลีกเลี่ยง ร้อยละ 80 และหลีกเลี่ยงร้อยละ 10

จากข้อมูลเกี่ยวกับการกังวลว่าจะติดเชื้อเอ็ชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ปฏิบัติการมีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอ็ชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวลว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี จากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ กังวลเล็กน้อยร้อยละ 36.21 จากการทำแผลให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ มีกังวลเล็กน้อยร้อยละ 46.08 และการเจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 31.26 กังวลเล็กน้อยร้อยละ 38.16 ดังตารางที่ 1

จากข้อมูล เกี่ยวกับการป้องกันตนเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยสวมถุงมือสองชั้น ร้อยละ 33.82 วิธีป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 45.88 ดังตารางที่ 2

จากข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เห็นเป็นประจำที่เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 0.54 เห็นเป็นประจำ ว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปร้อยละ 0.54 ดังตารางที่ 3

จากข้อมูลความรู้สึกอึดอัดลำบากใจ ที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี พบว่า รู้สึกอึดอัด /ลำบากใจที่จะทำ

ตารางที่ 1. ระดับความกังวลว่าจะติดเชื้อเอ็ชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวลว่าจะติดเชื้อเอ็ชไอวี

เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวลว่าจะติดเชื้อเอ็ชไอวี	ระดับ					
	ไม่กังวล จำนวน (ร้อยละ)	กังวลบ้างเล็กน้อย จำนวน (ร้อยละ)	กังวลพอสมควร จำนวน (ร้อยละ)	กังวลมาก จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตอบ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้ จำนวน (ร้อยละ)
หยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (Q2.1)	238 (48.97)	176 (36.21)	64 (13.17)	7 (1.44)	1 (0.21)	68 (12.3)
ทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (Q2.2)	119 (25.98)	200 (46.08)	96 (22.12)	11 (2.53)	8 (1.84)	120 (21.7)
เจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (Q2.3)	113 (25.98)	166 (38.16)	136 (31.26)	14 (3.22)	6 (1.38)	119 (21.6)

สัดส่วนผู้ที่กังวลข้อใดข้อหนึ่ง: 323 (77.64%)

งานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 2.17 ดังตารางที่ 4

จากข้อมูลด้านนโยบายของหน่วยงาน พบว่าเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอ็ชไอวี/เอดส์ พบว่า สถานบริการยอมรับการตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวีโดยที่ผู้รับบริการรู้หรือยินยอม ร้อยละ 67.69 และมีระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 56.14 ดังตารางที่ 5

จากข้อมูลด้านทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเห็นด้วยที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ส่วนใหญ่ไม่สนใจว่าเขาอาจจะแพร่เชื้อให้คนอื่นได้ ร้อยละ 33.03 เห็นด้วยที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานการณ์ติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 27.26 เห็นด้วยที่คิดว่าคนเราจะติดเชื้อเอ็ชไอวีได้เพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 31.23 และเห็นด้วยที่ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีสามารถมีลูกได้เมื่อต้องการ ร้อยละ 33.94

จากข้อมูลการสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ พบว่าพนักงานบริการทางเพศสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือดูแลผู้ป่วยที่คิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวี พบว่า พนักงานบริการทางเพศ สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ ร้อยละ 3.61 รองลงมาได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 3.25 และสาวประเภทสองร้อยละ 2.71

ตารางที่ 2. ความคิดเห็นต่อการป้องกันตนเอง มากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

	ระดับ			
เหตุการณ์ที่มักจะทำเมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	**ใช่** จำนวน (ร้อยละ)	**ไม่ใช่** จำนวน (ร้อยละ)	**ไม่ตอบ** จำนวน (ร้อยละ)	**ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้** จำนวน (ร้อยละ)
สวมถุงมือสองชั้น (Q3.1)	161 (33.82)	296 (62.18)	19 (3.99)	78 (14.1)
ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนไข้รายอื่นๆ (Q3.2)	223 (45.88)	253 (52.06)	10 (2.06)	68 (12.3)

สัดส่วนผู้ที่ใช่ข้อใดข้อหนึ่ง: 220 (47.01%)

ตารางที่ 3. การสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

	ระดับ			
ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประสบในสถานพยาบาลแห่งนี้	**ไม่เคยเห็น** จำนวน (ร้อยละ)	**เห็นบางครั้ง** จำนวน (ร้อยละ)	**เห็นบ่อยครั้ง** จำนวน (ร้อยละ)	**เห็นเป็นประจำ** จำนวน (ร้อยละ)
เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี (Q4.1)	411 (74.19)	114 (20.58)	13 (2.35)	3 (0.54)
เจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ที่สงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Q4.2)	432 (77.98)	87 (15.70)	19 (3.43)	3 (0.54)

สัดส่วนผู้ที่เห็นข้อใดข้อหนึ่ง: 146 (26.35%)

ตารางที่ 4. ความรู้สึกอึดอัดลำบากใจ ที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี

	ระดับ			
	ไม่อึดอัด จำนวน (ร้อยละ)	อึดอัดเล็กน้อย จำนวน (ร้อยละ)	อึดอัด จำนวน (ร้อยละ)	อึดอัดมาก จำนวน (ร้อยละ)
บุคลากรในสถานพยาบาลแห่งนี้มีความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ผู้อยู่ร่วมกับเอ็ชไอวี (Q5)	422 (76.17)	102 (18.41)	12 (2.17)	1 (0.18)

สัดส่วนผู้ที่อึดอัดข้อใดข้อหนึ่ง: 115 (20.76%)

ตารางที่ 5. นโยบายของหน่วยงานพบว่าเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอ็ชไอวี/เอดส์

	ระดับ		
	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)
สถานพยาบาลแห่งนี้ ไม่ยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม (Q6)	375 (67.69)	88 (15.88)	75 (13.54)

อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูล 4 จังหวัดภาคใต้ที่เป็นตัวแทนในเขตบริการสุขภาพที่ 12 พบว่า จากข้อมูลแบบสอบถามส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพพบว่า มีตำแหน่งเป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 43.14 พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยบริการสุขภาพ

ในเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวลว่าติดเชื้อเอ็ชไอวี จากการทำแผลให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ช–ไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มีกังวลเล็กน้อยร้อยละ 46.08 การเจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ กังวลเล็กน้อยร้อยละ 38.16 จากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ กังวลเล็กน้อยร้อยละ 36.21 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพ ยังมีความกังวลในการติดเชื้อเอ็ชไอวี ทำให้บุคลากรกังวลในการทำแผลว่าจะมีการหยิบจับ สัมผัส ปนเปื้อนกับสิ่งคัดหลั่งของแผลของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ทำให้มีความรู้สึกกังวลเล็กน้อย สูงกว่าการหยิบจับเสื้อผ้า การเจาะเลือดก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเลือด ขยะ เจาะเลือด มีโอกาสเข็มตำ ทำให้

ระดับความกังวลเล็กน้อยที่สูงกว่าการหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้

การป้องกันตนเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 45.88 และมีการสวมถุงมือสองชั้น ร้อยละ 33.82 แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการยังคงมีความกังวล โดยมีการกระทำที่แสดงให้เห็นว่ายังมีความวิตกกังวลเป็นพิเศษ และมีการใส่ถุงมือสองชั้น แต่จากการศึกษาของนารีรัตน์ และคณะ พบว่าการใช้ถุงมือสองชั้นไม่ลดความเสี่ยง แต่การที่พยาบาล/เจ้าหน้าที่ตระหนักต่อความระมัดระวังในขณะให้บริการจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ชไอวีมากกว่าปกติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงที่เจ้าหน้าที่จะได้รับจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีที่ถูกต้อง

จากข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เห็นเป็นประจำ ที่เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจ ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 0.54 เห็นเป็นประจำ ว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปร้อยละ 0.54 แสดงให้เห็นว่ามีการเลือกปฏิบัติกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี มีเพียงเล็กน้อย 0.54 เท่านั้น ส่วนใหญ่มีความเต็มใจในการไม่เลือกปฏิบัติ และตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี ทั้งนี้จากข้อมูลด้านนโยบาย ของหน่วยงานเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอ็ชไอวี/เอดส์ พบว่าสถานบริการส่วนใหญ่มีการเคารพสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี โดยไม่ตรวจหาเชื้อเอ็ชไอวี ที่ปราศจากการไม่ยินยอมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ช–ไอวี สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาแห่งชาติ พ.ศ. 2554–2559

ด้านความคิดเห็นต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีและผุ้ป่วยเอดส์ พบว่าเห็นด้วยที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอ็ชไอวี สามารถมีลูกได้เมื่อต้องการ ร้อยละ 33.94 ผู้อยู่กับเชื้อเอ็ชไอวีไม่สนใจว่าเขาอาจจะแพร่เชื้อให้คนอื่นได้ ร้อยละ 33.03 เห็นด้วยที่คิดว่าคนเราจะติดเชื้อเอ็ชไอวีได้เพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 31.23 เห็นด้วยที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวีควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานการณ์ติดเชื้อเอ็ชไอวี ร้อยละ 27.26 แสดงให้เห็นว่า ในเรื่องความรู้ ทัศนคติที่มีต่อการมีบุตร ยังอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษา จากข้อมูลพื้นฐานของแบบสอบถามส่วนบุคคล สำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ช–ไอวี พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.19 เพศหญิง ร้อยละ 50.82 อายุเฉลี่ย 42.3 ปี จำนวนปีที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอ็ชไอวี เฉลี่ย 8 ปี จำนวนปีที่ไปรับบริการตามสถานที่ให้บริการเฉลี่ย 9.8 ปี มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.7 ปัจจุบันกำลังรับยาต้านไวรัส ร้อยละ 88.69 ทั้งนี้จากข้อมูลเกี่ยวกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.27 ไปรับบริการสุขภาพตามนัด แสดงให้เห็นยังมีความตระหนักในเรื่องการรักษาและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมและลดอัตราการดื้อยาในระยะยาวได้

สรุป จากผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การตีตราในระบบการให้บริการมีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตของผู้มารับบริการและความกังวลของผู้ให้บริการสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ และทัศนคติ ของทั้งผู้ให้

บริการและผู้รับบริการ มีการดูแลบุคคลด้วยความเห็นอกเห็นใจและเคารพสิทธิ และไม่รังเกียจ ความถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการเพื่อลดความเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อได้ ในขณะที่ผู้รับบริการก็มีความมั่นใจในการมาขอรับบริการเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายในปี พ.ศ. 2573 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้

ข้อเสนอแนะ

การสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่จะทำการสำรวจครั้งต่อไป ควรเลือกจังหวัดอื่นที่ต้องการทราบสถานการณ์ของตนเอง และต้องการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ให้มีคุณภาพโดยปราศจากการตีตรา รังเกียจและเลือกปฏิบัติ โดยทำแบบสำรวจก่อน และหลังการอบรมหลักสูตร ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการในโรง – พยาบาล เพื่อให้มีการดูแลที่มีคุณภาพ ไม่มีการตีตราและรังเกียจ ผู้ติดเชื้อ ๆ เอ็ชไอวี และมีการสนับสนุนเรื่องประเด็นสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเอ็ชไอวี ในประเด็นที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในชุมชน เพื่อช่วยเร่งดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ในปี พ.ศ. 2573

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รตท.หญิงนวลตา อาภาคัพภะกุล รองศาสตราจารย์ นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบุญชัย, อาจารย์จรัญ เชื้อเย็น, คุณสามารถ พันธ์เพชร, ดร.ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, คุณพรทิพย์ เข็มเงิน และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง สตูล พัทลุง ปัตตานี เจ้าหน้าที่งานเอดส์ระดับโรงพยาบาล และอาสาสมัครผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในเขต 12 สงขลา

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555–2559.พิมพ์ครั้งที่1.นนทบุรี:ศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ: 2556.
2. GNP+, ICW Global, IPPF, UNAIDS. People living with HIV Stigma Index: Asia Pacific Regional Analysis 2011.
3. นารีรัตน์ ผุดผ่อง, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, ภูษิต ประคองสาย, กิตติกวิน ทองโสมสวัสดิ์, และคณะ. รายงานวิจัยนำร่องการพัฒนาเครื่องมือและวิธีสำรวจตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวเนื่องกับเอ็ชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอ็ชไอวี/เอดส์และผู้ให้บริการสุขภาพ: ของประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่1. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ: 2557.
4. National AIDS Committee Thailand. National Strategic Information and Monitoring and Evaluation Plan for HIV/AIDS 2012–2016 (draft) 2012.
5. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? Journal of the International AIDS Society 2009;12:15.

บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (AIDS 2016) ครั้งที่ 21 18–22 กรกฎาคม 2559 เดอร์บาน แอฟริกาใต้

Track A : Basic and Translational Research
Track B : Clinical Research
Track C : Epidemiology and Prevention Research
Track D : Social and Political Research, Law, Policy and Human Rights
Track E : Implementation Research, Economics, Systems and Synergies with other Health and Development Sectors

Track B : Clinical Research
Clinical trials: phase I/II

5. THPEB051 Antiviral activity and safety of ABX-464 in HIV-infected treatment-naive patients

J.-M. Steens[1], S. Khuanchai[2], R. Winai[3], K. Ruxungtham[4], R. Rouzier , D. Scherrer , P. Gineste[7], P. Pouletty[7], H. Ehrlich[7], R. Murphy[8]

[1]ABIVAX SA, Chief Medical Officer, Paris, France, [2]Chiang Mai University, Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai, Thailand, [3]Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Preventive and Social Medicine, Bangkok, Thailand, [4]Chulalongkorn University, Faculty of Medicine, Bangkok, Thailand, [5]Cap Research, Mauritius, Mauritius, [6]ABIVAX, Montpellier, France, [7]ABIVAX, Paris, France, [8]Northwestern Feinberg Medical School, Chicago, United States Presenting author email: jean-marc.steens@abivax.com

Background: ABX464 is a first-in-class antiviral drug candidate for the treatment of patients with HIV-infection. It is an orally available small molecule that blocks HIV replication through an entirely novel mechanism, inhibition of Rev activity. Preclinical data in humanized mice showed that ABX 464 monotherapy had an antiviral effect which was sustained after treatment interruption (Campos et al, Retrovirology 2015 12:30) A prior food-effect study demonstrated a 3-fold increase in parent drug exposure when administered with food without a significant impact on the active glucuronide metabolite.

Methods: The objective of this study was to evaluate the safety of ABX-464 at ascending doses versus placebo in HIV-infected treatment-naive patients. Patients were randomized into successive cohorts of 8 patients where 6 received 14-or 21 days of ABX 464 and 2 placebo. Patients from Mauritius and Thailand were included in the study after confirmation of HIV infection and no history of prior antiretroviral therapy. At day 0, patients received the first dose of ABX-464/ placebo in a once daily schedule. Safety assessments and laboratory parameters were recorded throughout the study. After completion of each cohort, a DSMB reviewed safety data and recommended whether the next cohort be initiated at a higher dose. Successive cohorts received 25, 50, 75, 100 and 150 mg QD. The 25, 50 and 100 mg.cohorts took drug fasting for 21 days, the 75 and 150 mg cohorts took drug with food for 14 days.

Results: Safety and Tolerability : No grade 3 or 4 events were noted. No patient stopped the study due to adverse events and all patients completed at least 14 days of treatment. Viral load reduction was observed in 3/12 patients in the 75 and 100 mg cohorts and 4/6 in 150 mg cohort; there were no significant viral load changes in the 6 placebo patients from these cohorts.

Conclusions: ABX 464 was well tolerated in this first study in HIV-infected patients. ABX 464 monotherapy showed early antiviral activity in HIV-infected treatment na- ïve patients. These results warrant the further planned development of this novel acting antiretroviral drug

6. THPEB089 Extremely low hepatitis C antibody prevalence among high-risk, HIV-positive and HIV-negative men who have sex with men and transgender women from community-based organizations in Thailand

V. Sapsirisavat[1], A. Avihingsanon[1,2], D. Trachunthong[1], S. Kerr[1,3], J. Jantarapakde[4], S. Pengnonyang[4], S. Jitjang[4], R. Janamnuaysook[4], P. Mingkwanrungrueng , J. Ohata[1], A. Sohn[5], A. Katz , N. Phanuphak[4]

[1]Thai Red Cross AIDS Research Centre, HIV-NAT, Bangkok, Thailand, [2]Chulalongkorn University, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Bangkok, Thailand, [3]Academic Medical Center, University of Amsterdam, Department of Global Health, Amsterdam Institute for Global Health and Development, Amsterdam, Netherlands, [4]Thai Red Cross AIDS Research Centre, TRCARC, Bangkok, Thailand, [5]amfAR, The Foundation for AIDS Research, TREAT Asia, Bangkok, Thailand, [6]University of Hawai'i at Manoa, Department of Public Health Sciences, Honolulu, United States Presenting author email: vorapot.s@hivnat.org

Background: Globally hepatitis C (HCV) incidence is increasing among HIV-infected men who have sex with men (MSM). Whether anti-HCV should be part of the screening algorithm for MSM entering HIV treatment and prevention cascades is unclear. This study aimed to estimate HCV antibody prevalence among MSM and transgender women (TG) in large urban centers in Thailand.

Methods: MSM and TG were enrolled at community-based organizations (CBOs) in Bangkok, Chiang Mai, Pattaya and Hat Yai into the Community-based Test and Treat Study during May-November 2015. Anti-HIV, anti-HCV, and syphilis serology were performed at study entry. We explored associations of anti-HCV prevalence with potential risk factors.

Results: Of 1025 participants (727 MSM and 298 TG), 853 were HIV-negative and 172 were HIV-positive. Median age was 25 (IQR 21-31) years; median monthly income was 280 USD. Positive anti-HCV tests were found in 7 (0.8%) HIV-negative and 1 (0.6%) HIV-positive participants. Five were MSM; 3 were TG. Compared to anti-HCV negative participants, anti-HCV positive persons were significantly older (median 34 [IQR 27-41] years; P=0.005), and more likely to have their highest educational attainment at or below junior high school (63% vs. 24%; P= 0.03). Although not statistically significant, anti-HCV-positive persons were more likely to be sex workers (50% vs. 26%; P=0.2) and to have used amphetamine-type stimulants in the past 6 months (25% vs. 8%; P=0.1). Both anti-HCV positive and negative persons reported high rates of unprotected sex (≥80%) and multiple partners (≥58%) in the past 6 months. Syphilis infection was identified in 1 (12.5%) anti-HCV positive and 63 (6%) anti-HCV-negative participants.

Conclusions: Regardless of HIV status, anti-HCV prevalence was extremely low among MSM

and TG who had reportedly high-risk behavior in our setting, which implies comparably low rates of chronic HCV infection. Our results do not support routine HCV testing of all MSM and TG in our setting. Targeted screening among MSM and TG who are sex workers or who have other behaviors known to be associated with HCV infection should be explored further.

7. FRAB0103LB Raltegravir (RAL) 1200 mg once daily (QD) is non-inferior to RAL 400 mg twice daily (BID), in combination with tenofovir/emtricitabine, in treatment-naïve HIV-1-infected subjects: week 48 results

P. Cahn[1], R. Kaplan[2], P. Sax[3], K. Squires[4], J.-M. Molina[5], A. Avihingsanon , W. Ratanasuwan[7], E. Rojas[8], M. Rassool[9], X. Xu[10], A. Rodgers[10], S. Rawlins[10], B.-Y. Nguyen[10], R. Leavitt[10], H. Teppler[10], for the ONCEMRK Study Group

[1]*Fundacion Huesped, Buenos Aires, Argentina,* [2]*Desmond Tutu HIV Foundation, Cape Town, South Africa,* [3]*Brigham & Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, United States,* [4]*Thomas Jefferson University, Philadelphia, United States,* [5]*Hopital Saint-Louis, Paris, France,* [6]*HIV-NAT Research Collaboration, Bangkok, Thailand,* [7]*Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand,* [8]*Cericap Multiclinicas, Guatemala City, Guatemala,* [9]*University of Witwatersrand, Helen Joseph Hospital, Johannesburg, South Africa,* [10]*Merck & Co., Inc., Kenilworth, United States*

Background: The investigational reformulated RAL 600mg tablet for QD use at 1200mg dose could provide a more convenient option for treatment of HIV-1 infection.

Methods: ONCEMRK is a phase 3, multicenter, double-blind, randomized, controlled trial to evaluate if reformulated RAL 1200mg QD is non-inferior to RAL 400mg BID. Treatment-naïve HIV-1-infected subjects were assigned (2:1) to reformulated RAL 2x600mg QD or RAL 400mg BID, both with tenofovir/emtricitabine, for up to 96 weeks. Randomization was stratified by screening HIV-1 RNA (vRNA) and chronic hepatitis B/C status. The primary efficacy endpoint was the proportion of subjects with vRNA <40 copies/mL at Week 48 (Non-Completer=Failure).

Results: Of 802 subjects randomized, 797 received study therapy and were included in the analyses; 732 (92%) completed 48 weeks of treatment. The study population was 85% male, 59% white, mean age 35.9 years, mean CD4 count 415/mm3 , mean plasma vRNA 4.6 log10 copies/mL, 28.4% had baseline vRNA >100,000 copies/mL, 2.9% had hepatitis B and/or C co-infection. Subjects in both groups achieved a rapid decline in vRNA (>50% reaching vRNA <40 copies/mL by Week 4). At Week 48, RAL 1200mg QD was non-inferior to RAL 400mg BID (vRNA < 40 copies/mL in 88.9% and 88.3%, respectively, Ä(QD-BID)=0.5%, 95% CI [-4.2,5.2]). Study results did not differ significantly by baseline vRNA or hepatitis co-infection status. RAL 1200mg QD also had comparable immunologic efficacy, as measured by change from baseline in CD4 cell counts. Both treatment regimens were well-tolerated with comparable incidence of clinical adverse events (table) and laboratory values exceeding predefined limits of change (based on DAIDS toxicity criteria).

Conclusions: In HIV-1-infected treatment-naïve subjects receiving tenofovir/emtricitabine, reformulated RAL 1200mg QD demonstrated potent and non-inferior efficacy compared to RAL 400mg BID at Week 48. RAL 1200mg QD was safe and well tolerated with a safety profile similar to RAL 400mg BID.

Track C : Epidemiology and Prevention Research

1. TUPEC156 Virological response to first-line ART in children in the European Pregnancy and Paediatric HIV Cohort Collaboration (EPPICC)

R.L. Goodall[1], E. Chiappini[2,3], D.M. Gibb[1], T. Klimkait[4], N. Ngo-Giang-Huong[5,6], C. Thorne[7], A. Turkova[1], A. Judd[1], European Pregnancy and Paediatric HIV Cohort Collaboration (EPPICC)

[1]MRC CTU at UCL, Institute of Clinical Trials and Methodology, London, United Kingdom, [2]University of Florence, Florence, Italy, [3]Anna Meyer Children's University Hospital, Florence, Italy, [4]University of Basel, Basel, Switzerland, [5]UMI 174-PHPT, Chiang Mai, Thailand, [6]University of Chiang Mai, Chiang Mai, Thailand, [7]UCL Institute of Child Health, London, United Kingdom Presenting author email: r.goodall@ucl.ac.uk

Background: Studies comparing efficacy of PI- and NNRTI-based initial ART regimens in children have shown inconsistent results. We investigated virological response in children from 18 cohorts across 16 European countries and Thailand.

Methods: Times of virological suppression ('response') was estimated as the midpoint between the first VL <400c/mL and previous VL ≥400c/mL Multivariable stepwise logistic regression models(backwards elimination, exit probability p=0.05) were used to identify factors associated with virological suppression by 12 months from ART initiation(baseline)

Results: 2202 children initiating ART <18 years with a boosted PI or NNRTI plus >2 NRTI had baseline VL and ≥1 VL measurement available within the first 15 months of ART. 91% were perinatally infected with median[IQR] age 3.8[0.8,8.5] years at HIV diagnosis and 6.4[1.6,10.7] years at ART initiation. Median[IQR] baseline CD4% was 16[8,24]. 91% achieved virological response by 12 months. In multivariable analysis, the effect of ART regimen on virological response varied by age at ART initiation

[Table: Factors at ART initiation associated with virological response by 12 months]

Conclusions: Most children achieve virological suppression by 12 months. Response was more likely in recent years and less likely in children starting NVP+2NRTI <3years, possibly due to under-dosing. Futher work will explore predictors of virological failure.

2. TUPEC183 Risk factors for acute HIV infection among Thai young men who have sex with men

W. Thienkrua[1], W. Leelawiwat , P.A. Mock[1], W. Sukwicha , E.F. Dunne[1,2], B. Raengsakulrach[1], P. Wasinrapee[1], A. Chitwarakorn[3], P. Sirivongrangson[3], T.H. Holtz[1,2]

[1]Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration, Nonthaburi, Thailand, [2]Division of HIV/AIDS Prevention, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States, [3]Thailand Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Nonthaburi, Thailand Presenting author email: hpx8@cdc.gov

Background: Men who have sex with men (MSM) and transgender women (TGW) are disproportionately affected by HIV in Bangkok, Thailand, and high incidence has been documented among younger members of these two populations in Asia. We evaluate factors associated with acute HIV infection (AHI) among young MSM and TGW in the Bangkok

MSM Cohort Study (BMCS).

Methods: From 2006 to 2010, we enrolled Thai MSM and TGW aged e"18 years into the BMCS, and followed participants for 3-5 years; for this analysis we restricted our data to those 18-24 years old. Socio-demographic and behavioral information were collected at each 4-month visit. At baseline and at each follow-up visit, anti-HIV Ab testing was performed on oral fluid with serologic confirmation. Starting in February 2010, blood samples from participants with oral fluid non-reactive anti-HIV were screened for AHI using pooled nucleic acid amplification testing (Aptima) and confirmed by viral load (Roche) and/or fourth generation EIA (Abbott). AHI was defined as undetectable anti-HIV Ab in blood with the presence of HIV-1 RNA and/or p24 Ag. We determined the proportion of participants with AHI and assessed factors independently associated with AHI using generalized estimating equations logistic regression modeling.

Results: From February 2010 to November 2015, we evaluated AHI in 343 young MSM and TGW with undetectable anti-HIV Ab in 2,253 visits. Median age among this subset was 22 years old. We detected AHI in 17 (5.0%) young MSM and TGW (0.8 infections per 100 tests, 95% CI 0.4-1.2). Factors independently associated with AHI included reporting more than two male steady partners in the past 4 months (adjusted Odds Ratio (aOR) 4.7, 95% CI 1.1-20.9), reporting fever in the past 4 months (aOR 5.9, 95% CI 1.1-32.2), positive hepatitis B core antibody (aOR 15.8, 95% CI 2.8-88.5), and ever having rectal Neisseria gonorrhea (aOR 58.2, 95% CI 5.2- 645.3).

Conclusions: Among young Thai MSM and TGW in our cohort who tested negative for anti-HIV, 5% had AHI. A history of STIs were highly associated with AHI. Increasing HIV and STI screening among young MSM and TGW can support and enhance HIV prevention efforts through provision of early treatment.

3. TUPEC229 Characteristics of HIV risks among Thai young men who have sex with men and transgender youth using an eCounseling platform

T. Anand[1,2], C. Nitpolprasert[1,2], J. Ananworanich[2,3,4], J. Jantarapakde[1], S.J. Kerr[5], A.H. Sohn[6], K.E. Muessig[7], L.B. Hightow-Weidman[8], P. Phanuphak[1,5], N. Phanuphak[1,2]

[1]The Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand, [2]SEARCH, The Thai Red Cross AIDS Research Center, Bangkok, Thailand, [3]U.S. Military HIV Research Program, Walter Reed Army Institute of Research, Silver Spring, United States, [4]Henry M. Jackson Foundation for the Advancement of Military Medicine, Bethesda, United States, [5]HIV-NAT, The Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand, [6]TREAT Asia/amfAR, The Foundation for AIDS Research, Bangkok, Thailand, [7]Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Department of Health Behavior, Chapel Hill, United States, [8]Behavior and Technology Lab, Institute for Global Health and Infectious Diseases, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, United States Presenting author email: tarandeepsinghanand@gmail.com

Background: Many young men who have sex with men (YMSM) and TG youth in Thailand are closeted, experience societal stigma and are not provided education on safe sex practices from their families or in schools, relying instead on the Internet or friends for basic information. We evaluated risk behaviors and characteristics of Thai YMSM and TG youth seeking sexual health advice and online HIV counseling.

Methods: Adam's Love (www.adamslove.org), an innovative HIV prevention intervention launched by The Thai Red Cross AIDS Research Centre (TRCARC) has established a sustainable e-counseling platform for Thai MSM and TG, to provide linkage to HIV testing and treatment services. Those counseled are encouraged to complete risk behavior surveys.

Results: Between Sep 2011 - Dec 2015, 17,357 MSM and TG received online counseling. Of 547 MSM and TG who received online counseling and completed a behavioral risk survey in the last quarter of 2015, 72% were age ≤25 years and almost half sought sex using social media (41.5%). Participants aged 14-18 years were less likely to use condoms with casual partners (50%) vs. those aged 19-25 years (33%) and aged ≥26 years (29%); P=0.004). Most had never been tested for HIV (79% vs. 51% for MSM aged 19-26 and 35% for those aged ≥26 years; P< 0.001). Seven percent of all participants reported illicit drug use in the previous 6 months, and rates were similar across age groups. In a multivariate logistic regression model, finding sex partners through social media (aOR 2.0, 95%CI 1.4-2.8; P< 0.001), using illicit drugs (aOR 2.1, 95%CI 1.1-4.1; P=0.03) and younger age was associated with inconsistent condom use with casual partners. Compared to participants aged ≥26 years, those aged 14-18 years had significantly higher odds of inconsistent condom use (aOR 2.8, 95%CI 1.6-4.9; P=0.001); in those aged 19-25 years the odds was comparable (aOR 1.3, 95%CI 0.8-1.9; P=0.3).

Conclusions: In this study, the youngest group of MSM and TG assessed engaged in the highest risk behaviors and had lower rates of testing. This highlights the need for continued investment in online interventions, such as e-counseling to provide linkage to HIV testing and treatment services.

4. WEPEC161 Implementation of integrated HIV biological and behavioral surveillance to monitor HIV prevalence and intervention outcomes among female sex workers outside sex establishments, Thailand

N. Punsuwan[1], S. Tanpradech[2], S. Jantaramanee[1], K. Yodruean[3], N. Mitipat[4], R. Senanoi[5], S. Poolkesorn[1], A. Teeraratkul[2], T. Durant[2,6], T. Plipat[1]

[1]Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Muang, Thailand, [2]Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration, Thailand Ministry of Public Health, Muang, Thailand, [3]Department of Disease Control, Chiangmai Provincial Health Office, Muang, Thailand, [4]Department of Disease Control, Chonburi Provincial Health Office, Muang, Thailand, [5]Department of Disease Control, Phuket Provincial Health Office, Muang, Thailand, [6]Center for Global Health, Division of Global HIV/ AIDS and TB, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States Presenting author email: niramon.ratta@gmail.com

Background: In Thailand, a shift in female sex work (FSW) to outside establishments (non-venue), i.e., FSWs seeking clients in parks, streets, via phone/internet, has made FSW more difficult to reach by intervention staff. Integrated Bio-Behavioral Surveillance (IBBS) surveys have been implemented to monitor HIV prevalence and progress of interventions toward the national Ending AIDS targets (i.e., 95% condom use and 90% HIV Counseling and Testing (HTC).

Methods: A cross-sectional IBBS, using Respondent-Driven Sampling (RDS), has been conducted in three tourist provinces (Chiangmai, Chonburi, and Phuket) biennially since 2011. Eligible FSW were aged >18 years and solicited clients outside sex establishments in the past

month. The sample size of 275 per province was designed to detect a 15% difference in HIV prevalence and behavior changes, using á 0.05, Power (1-β) 0.80 and a 2.0 design effect. Consenting participants completed a questionnaire and received HIV and STI (Neisseria Gonorrhoeae (NG) infections) screening. Data were analyzed using RDS Analysis Tool to generate descriptive statistics (percentage with 95% confidence interval).

Results: Decreased condom use during 2011 to 2015 was observed in Chonburi and Phuket, 92.1% (88.6-95.4) to 49.4% (41.1-57.7) and 96.6% (94.1-98.8) to 85.8% (79.9-91.7), respectively, but remained constant in Chiangmai at 92%. Increased HTC access was observed in all provinces, however the 2015 coverage was still less than two-thirds (Chiangmai: 36.4% (30.6-43.6) to 55.2% (47.9-62.4); Chonburi: 34.7% (27.7-41.6) to 62.1% (55.7-68.5); and Phuket: 43.2% (37.0-50.2) to 66.1% (58.7-73.5). HIV and NG prevalence remained unchanged

Conclusions: Although HIV and NG prevalence were not increasing, the belowtarget achievement for condom use and HCT coverage is critical to informing program managers for an intensified community outreach with condom promotion and HTC recruitment. On-going IBBS-RDS is recommended to monitor the intervention responses among non-venue FSW not collected as part of routine surveillance or monitoring systems.

5. WEPEC208 Enhancing access to HIV testing service for men who have sex with men (MSM) in Lao People's Democratic Republic (PDR)

B. Philavong[1], U. Kritsanavarin[2], T. Vixaysouk[3], C. Phinsavanh[1], P. Phetvixay[1], W. Kiatchanon[2], K. Duangphachanh[1], D. Xaymounvong[4], K. Banchongphanit , B. Jetsawang[2], A. Teeraratkul[2], S. Nookhai[2], A. Sukkul[2], C. Manopaiboon[2], T. Roels[2], M. Martin[2]

[1]Center for HIV/AIDS/STI, Ministry of Health, Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic, [2]Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration (TUC), CDC, Division of Global HIV/AIDS and TB, Thailand/Asia Regional Office, Nonthaburi, Thailand, [3]World Health Organization (WHO), Western Pacific Region, Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic, [4]Division of Global HIV/AIDS and TB, U.S. CDC-Lao PDR, American Embassy, Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic Presenting author email: pbounpheng@gmail.com

Background: Men who have sex with men (MSM) have a high HIV prevalence in Lao PDR: 5.6% in Vientiane in 2007. The Lao Center for HIV/AIDS/STI, in collaboration with US Centers for Disease Control and Prevention and World Health Organization, have worked since 2009 to strengthen Global Fund-supported MSM prevention programs in Vientiane Capital and Vientiane Province. In 2015, the team introduced additional recruitment strategies and capacity building training to increase access to HIV testing and ensure HIV-infected MSM were linked to care. Here we describe the outcomes of these initiatives.

Methods: We conducted MSM target mapping in Vientiane Capital and Province, and training for health care providers and staff of community-based organizations on HIV counseling, program monitoring, and improving the quality of counseling and laboratory services. Monitoring systems were implemented at 13 HIV testing sites (government and a community-based drop-in center) to allow continuous quality improvement. Mobile HIV testing and an incentivized, coupon-based, peerdriven intervention (PDI) were added to expand access to HIV testing using MSM mapping information. HIV-positive MSM were referred to antiretroviral treatment (ART) sites using referral cards and outreach case managers.

Results: The number of MSM tested for HIV in Vientiane Capital and Province rose from 98 in 2012 to 1,009 in 2015. Of the 1,009 MSM, 410 (41%) were recruited at the drop-in center, 300 (30%) using PDI; 188 (19%) at mobile clinics; and 111 (11%) at government testing clinics. Overall, 37 (4%) MSM were HIV infected; HIV prevalence was highest among MSM recruited at the government testing clinics (14%). HIV prevalence was < 3% among MSM recruited using PDI at mobile clinics, and at the drop-in center. In Vangvieng District, HIV infection was documented for the first time among 4/33 MSM (12%) who were tested at mobile HIV testing sites. Of the total 37 HIV-positive MSM, 30 (81%) were successfully referred and registered for care at ART sites.

Conclusions: We implemented a model that successfully increased HIV testing among MSM. The HIV prevalence in government clinics and Vangvieng District was higher than expected, signaling a need to accelerate HIV interventions among MSM in Laos.

6. WEPEC258 PrEP-30: an innovative model of fee-based pre-exposure prophylaxis for high-risk individuals in Bangkok, Thailand

D. Colby[1], M. Kongkabpan[2], S. Teeratakulpisarn[2], N. Teeratakulpisarn[2], C. Pondet[2], C. Pakam[2], P. Plodkratok[2], T. Anand[2], P. Phanuphak[2], N. Phanuphak[2]

[1]Thai Red Cross AIDS Research Centre, SEARCH, Bangkok, Thailand, [2]Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand Presenting author email: doctordonn@gmail.com

Background: Pre-exposure prophylaxis (PrEP) has been proven to be effective at preventing HIV infection for men who have sex with men (MSM) and other high-risk groups. However, awareness about PrEP and knowledge about its efficacy is still low among high-risk populations in Asia. In the region there is little experience providing PrEP and very limited availability of this new HIV prevention method.

Description: The Thai Red Cross Anonymous Clinic (TRCAC) has implemented the PrEP-30 project since December 2014 as part of a combination HIV prevention package. The PrEP service is operated as a fee-based model without any subsidy. Regular follow-up includes clinical examination, risk-reduction counseling, provision of condoms and lubricants, monitoring renal function, and HIV testing every 3 months. User fees total 30 Thai baht (less than US$1) per day, which include facility/physician fees, laboratory testing, and medication (local generic tenofovir/emtricitabine) costs.

Lessons learned: Through January 2016, a total of 231 people started PrEP. Referrals came mainly from the Adam's Love website and TRCAC HIV testing counselors. Clients were 98% biological male, 91% MSM, and 1% transgender women. Median age was 32 years (range 19-67). Risk factors as indications for PrEP included condomless anal intercourse (42%), multiple sex partners (35%), known HIV-infected sex partner (22%), previous non-occupational post-exposure prophylaxis use (14%), and/or sex work (4%). After 14 months, among those who completed follow-up HIV testing no new HIV infections have been detected

Conclusions/Next steps: PrEP can successfully and sustainably be provided through a cost-sharing model that does not require public or private subsidy. Most individuals accessing PrEP in Bangkok are male and MSM. More awareness and education is needed to inform at-risk groups in Thailand and other Asian countries that PrEP is both highly efficacious and available.

7. WEPEC273 Factors associated with the acceptance of immediate antiretroviral therapy after HIV diagnosis among HIV-positive clients of the Thai Red Cross Anonymous Clinic

W. Kingkaew[1,2], B. Kanchanatawan[2] , N. Teeratakulpisarn[1], D. Trachunthong[1], P. Plodgratoke[1],C. Pondet[1], C. Suksom[1], S. Noennoy[1], S. Teeratakulpisarn[1], N. Phanuphak[1], P. Phanuphak[1]

[1]The Thai Red Cross AIDS Research Centre, Prevention, Bangkok, Thailand, [2]Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Psychiatry, Bangkok, Thailand Presenting author email: waraporn_k@trcarc.org

Background: Thailand started to recommend antiretroviral therapy (ART) immediately after HIV diagnosis, regardless of CD4 count, in 2014. Willingness and readiness of people recently diagnosed with HIV are the key to successful ART initiation and long-term adherence. We studied factors associated with the acceptance of ART among Thai people immediately after their HIV diagnosis.

Methods: Self-administered questionnaire and in-depth interview were used to collect data from clients of the Thai Red Cross Anonymous Clinic which is the largest HIV testing and counseling center in Bangkok. HIV testing clients who received HIV-positive test results were consecutively enrolled during July to December 2015. Demographic data, HIV knowledge, acceptance of immediate ART if offered, incentives and barriers towards ART acceptance were assessed. Binary logistic regression was performed to assess factors related to immediate ART acceptance.

Results: Of 216 HIV-positive participants were enrolled, 62% were men who have sex with men, 16% were heterosexual men, 2% were transgender women, 6% were bisexual men, and 15% were women. Median (IQR) age was 29 (24-36) years, median (IQR) CD4 count was 274 (168-396) cells/mm3, 72% had unprotected sex over the past 6 months, and 7% had HIV-associated symptoms/AIDS-defining illnesses. Median (IQR) HIV knowledge score was 12 out of 15 (11-13.5), 85% were aware of possible adverse health outcomes and 74% knew about resistance development, both as a result of poor ART adherence. 95.4% indicated immediate ART acceptance. Multivariable analysis showed that the awareness that poor ART adherence could cause adverse health outcomes increased immediate ART acceptance (aOR 4.40, 95%CI 1.16-16.71, p=0.03). Awareness of the relationship between poor ART adherence and resistance development was not significantly associated with ART acceptance (aOR 3.90, 95%CI 0.99-15.41, p=0.052).

Conclusions: Acceptance of immediate ART after HIV diagnosis was very high among newly diagnosed HIV-positive clients in Bangkok. Awareness that poor ART adherence could cause adverse clinical consequences influenced ART acceptance. More efforts are needed to make newly diagnosed clients in Thai community aware of the very few side effects and small adherence burden of the currently recommended first-line ART regimens in order to support their decision to start ART.

8. WEPEC286 eCascade: real-time monitoring to measure and improve the HIV cascade for MSM/TG populations in Thailand

E. Stephan[1], M. Avery[1], C. Chariya[2], P. Chanlern[3], R. Ruenkumful[4], P. Sirinirund[5], M. Cassell[6], T. Sattayapanich[1] , A. Arunmanakul[1]

[1]FHI 360, Bangok, Thailand, [2]Chiang Mai Provincial Health Organization, Chiang Mai, Thailand, [3]Mplus+, Chiang Mai, Thailand, [4]Caremat, Chiang Mai, Thailand, [5]Thailand National Aids Management Center, Bangkok, Thailand, 6 USAID Regional Development Mission Asia, Bangkok, Thailand Presenting author email: mavery@fhi360.org

Background: Mobile applications that automate data collection and track individuals through the HIV cascade can facilitate real-time monitoring to improve HIV program performance. The USAID LINKAGES Project (managed by FHI 360) constructed a comprehensive, easy-to-use smartphone app to capture data related to client flow at outreach, HIV testing, and ARV treatment points.

Description: The smartphone application guides outreach and clinical staff through the steps of a multi-faceted HIV cascade model in four project sites. The app tracks individuals across multiple engagements, manages UIC codes and incentive coupon systems, ensures confidentiality and consent, and leverages SMS messaging to reduce a client's potential loss-to-follow-up. This tool both guarantees adherence to essential procedures and extracts cleaner data for cascade tracking. After a phased rollout from July 2015 to February 2016, the app registered 1257 individual clients, of which 1039 (83%) were successfully tested for HIV. Among those tested, 96 were confirmed positive (9.2% HIV yield), and 63 of these individuals initiated ARV treatment (66% treatment initiation uptake within a short time period).

Lessons learned: The application's recruitment coupon data resulted in a direct view of the structure of clients' social networks and indicated networks with higher numbers of positives for increased outreach focus. The application's GPS function made possible a geospatial visualization of outreach, providing greater analysis of the strategies undertaken by outreach implementers. Furthermore, among the workers operating the smartphones, clinical staff require greater facilitation of application use than outreach staff, as clinical facilities' logistics and existing systems present more constraints than outreach. Finally, the important task of integrating the app with government data systems requires sustained engagement.

Conclusions/Next steps: Client flows through diverse outreach, HIV testing, and treatment sites require more complex cascade analyses than originally envisioned but the tool can still be valuable to measure 90-90-90 goals of the HIV cascade. Furthermore, joint HIV cascade data ownership and use by government and NGOs is key to promoting complimentary and mutually respected community-based and government services for key populations.

9. THAC0101 A small proportion of acts of anal intercourse within homosexual male serodiscordant couples in three countries are high-risk for HIV transmission

B.R. Bavinton[1], N. Phanuphak[2], F. Jin[1], I. Zablotska[1], B. Grinsztejn[3], G. Prestage[1,4], A.E. Grulich[1], Opposites Attract Study Group

[1]The University of New South Wales, The Kirby Institute, Sydney, Australia, [2]Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand, [3]Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Rio de Janeiro, Brazil, [4]La Trobe University, Australian Research Centre in Sex, Health and Society, Melbourne, Australia
Presenting author email: bbavinton@kirby.unsw.edu.au

Background: There are few data about the range of strategies used to prevent sexual HIV transmission within homosexual male serodiscordant couples (HM-SDC).

Methods: Opposites Attract is an ongoing cohort study of HM-SDC. At baseline, HIV-positive partners (HPP) had viral load (VL) tested; HIV-negative partners (HNP) reported the previous three months' sexual behaviour and perception of the HPP's last VL test. Each act of condomless anal intercourse (CLAI) within couples was categorised by HIV prevention strategy.

Results: By February 2016, 331 couples were enrolled (Australia=151, Brazil=91, Thailand=89). At baseline, 78.8% of HPPs had undetectable VL (UVL); however, only 55.9% of HNPs perceived their partners to have UVL (96.4% of HPPs who were perceived to have UVL actually did). In the previous three months, 53.2% of couples had CLAI: 46.5%, 28.1%, and 15.7% of HNPs reported insertive CLAI, receptive CLAI with withdrawal, and receptive CLAI with ejaculation respectively. Eighteen HNPs (5.4%) took daily pre-exposure prophylaxis (PrEP). Over the previous three months, HNPs reported a total of 8,439 acts of anal intercourse with their HPP (mean per couple=25.5). Of these, 4,627 (54.8%) were protected by condoms, while there were 3,812 (45.2%) acts of CLAI. Of the CLAI acts, 2,488 (65.3%) were when the HNP perceived his HPP to have UVL; 94 (2.5%) were protected by PrEP in the HNP; and 244 (6.4%) were protected by perceived UVL in the HPP and PrEP in the HNP. Of the remaining 986 CLAI acts where the perceived VL was detectable or unknown and were not protected by PrEP, 484 were when the HNP was insertive (strategic positioning) and 428 were when the HNP was receptive (277 with withdrawal and 151 with ejaculation). Overall, 53.9% of all anal intercourse acts reported by HNPs were protected by condom use, 33.6% by perceived UVL, 4.2% by PrEP, and 6.0% by strategic positioning; while 3.4% were receptive with withdrawal, and 1.9% were receptive with ejaculation.

Conclusions: Couples used condoms, PrEP or perceived UVL for prevention in the vast majority of anal intercourse acts. Only a very small proportion of events were not protected, and the majority of receptive CLAI acts involved withdrawal.

Prevention for MSM

10. THPEC159 Active targeted HIV testing and linkage to care among men who have sex with men attending a gay sauna in Thailand

T. Khawcharoenporn[1], A. Apisarnthanarak[1], N. Phanuphak[2]

[1]Thammasat University, Infectious Diseases/Internal Medicine, Pathumthani, Thailand, [2]The Thai Red Cross AIDS and Research Center, Bangkok, Thailand

Background: Limited data exists on the feasibility of HIV testing and counseling (HTC) service and linkage to care among Thai men who have sex with men (MSM) in hotspots.

Methods: A prospective study of active targeted HTC program and linkage to care among MSM (≥18 years old) was conducted at a gay sauna in Thailand from November 2013 to October 2015. HIV risks and risk perception were evaluated through an anonymous survey. Participants were categorized as having low, moderate or high risk for HIV acquisition based on pre-defined risk characteristics. Participants who accepted HTC underwent HIV testing with result notification at the sauna. HIV care appointment for antiretroviral therapy (ART) initiation was arranged by the counselor for HIV-infected participants whose care engagement was subsequently assessed.

Results: There were 358 participants; median age was 30 years and 58% were at high-risk for HIV acquisition. Of the 358 participants, 148 (41%) accepted HTC, all of whom either had prior negative HIV tests [98/148 (66%)] or had not known their HIV status [50/148 (34%)]. The three most common reported reasons for not accepting HTC were prior HIV testing within 6 months (48%), not ready (19%), and perceiving self as no risk (11%). Among the 262 moderate- and high-risk participants, 172 (66%) had false perception of low HIV risk. Having false perception of low risk was significantly associated with no HTC acceptance. Of the 148 participants undergoing HTC, 25 (17%) were newly-diagnosed of HIV infection. Independent factors associated with HIV positivity included having false perception of low risk (P=0.004) and age < 30 years (P=0.02). Only 12 of the 25 HIV-infected participants (48%) had established HIV care with the median time of 24 days (range 4-255 days) since knowing HIV results, all of whom received immediate ART.

Conclusions: The active targeted HTC program and HIV care establishment was feasible among MSM attending the gay sauna. False perception of low HIV risk was the important factor associated with no HTC acceptance and HIV infection. Strategies to improve HIV risk perception and linkage to care are urgently needed among this high-risk population.

11. THPEC160 Sexual practices among men who have sex with men and transgender women in the antiretroviral pre-exposure prophylaxis trial in Chiang Mai, Thailand

A. Tangmunkongvorakul[1], S. Chariyalertsak[1,2], K.R. Amico[3,4], M. Guptarak[5], P. Saokhieo[1], V. Mcmahan[4], R. Grant[4]

[1]Chiang Mai University, Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai, Thailand, [2]Chiang Mai University, Faculty of Medicine, Chiang Mai, Thailand, [3]University of Connecticut, Center for Health, Intervention and Prevention, Connecticut, United States, [4]University of California, San Francisco, Gladstone Institute of Virology and Immunology, San Francisco, United States, [5]Chiang Mai University, Faculty of Nursing, Chiang Mai, Thailand Presenting author email: arunrat@rihes.org

Background: The study aimed to gain a comprehensive understanding of participation in a blinded antiretroviral pre-exposure prophylaxis (PrEP) clinical trial on sexual practices of men who have sex with men (MSM) and transgender women.

Methods: The study utilized both quantitative and qualitative methodology. Quantitative data relied on questionnaires from the parent study, Pre-exposure Prophylaxis Initiative (iPrEx) in Chiang Mai, conducted between 2009 and 2014. Data included reported PrEP medication adherence and sexual risk among all 114 study participants. Forty-six participants took part in the qualitative data collection, with 32 interviewed, and 14 participating in one of three focus group discussions. A semi-structured guide explored experiences with study medication and sexual lifestyles. For quantitative data analysis, average study medication adherence was calculated. Change in sexual risk was based on number of sex partners and incidents of sex without a condom. For qualitative data, content analysis was used to identify repeated normative themes, some of which arose spontaneously from interview interaction and some in response to open-ended questioning.

Results: The quantitative data indicated that on the whole, participants at the Chiang Mai site reported good adherence to the study medication. The data also suggested that the sexual risks taken by these participants were reduced at their final study visit though this was unrelated to level of adherence. While the data on sexual risk related to anal and vaginal sex needs to be regarded with caution given the low number of respondents, overall the pattern appeared to be one of reductions in partners and condomless events. Nevertheless, qualitative findings described sexual practices that were highly contextual and use of risk assessments to determine safe sex practice. Condoms were, for example, used with casual partners but not necessarily with primary partners.

Conclusions: Findings suggest that while PrEP is an exciting new development for future HIV interventions, it must be paired with behavioral interventions to fully address sexual risk among this population - interventions that provide this population with skills to negotiate condom use with their primary partners as well as in situations in which their sexual partners do not support condom use.

12. THPEC161 Application of the San Diego early test score to predict HIV infection among men who have sex with men, Bangkok, Thailand

S. Pattanasin[1], T.H. Holtz[1,2], B. Raengsakulrach[1], S. Winaitham1, S. Yafant[1], W. Sukwicha[1], S. Lertpruek[1], C. Ungsedhapand[1], P. Sirivongrangson[3], E.F. Dunne[1,2]

[1]Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration, Nonthaburi, Thailand, [2]Centers for Disease Control and Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention, Atlanta, United States, [3]Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Nonthaburi, Thailand Presenting author email: vpv6@cdc.gov

Background: The San Diego Early Test score (SDET) was developed and validated to identify target populations for HIV interventions, such as pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men (MSM) and transgender women (TGW). We applied the SDET method to predict HIV acquisition among MSM enrolled in the Bangkok MSM Cohort Study (BMCS), and to consider use of the risk score for prioritizing who receives PrEP.

Methods: We enrolled sexually-active Thai MSM and TGW aged ≥18 years in the BMCS from 2006-2010, with follow-up every four months for 5 years. At each visit, participants answered questions on HIV risk behavior in the past four months, and were tested for HIV infection using oral fluid and a rapid test algorithm. If negative, HIV Nucleic Acid Amplification Test (NAAT) was performed. HIV infection diagnosed by either test was considered to be acute. We retrospectively randomized participants by a 2:1 ratio to a derivation and validation dataset, respectively. Using the derivation dataset, behavioral predictors reported prior to HIV acquisition were assigned a point value that was close to its hazard ratio from a multivariable Cox regression. A diagnostic odds ratio (DOR) was calculated from the validation dataset to evaluate the validity of the cutoff score.

Results: Among 1,372 HIV-uninfected participants, 111 (8%) were lost to follow-up, and 225 acquired HIV infection by rapid test (n=215), or NAAT (n=10). Overall, HIV incidence was 4.6 per 100 person years (PY): 4.5 and 4.7 per 100 PY in derivative (n=906) and validation (n=466) dataset, respectively (p = 0.14). Three predictors were independently associated with HIV acquisition: more than four partners; condomless receptive anal intercourse; and attendance at sex parties. We used these predictors to calculate the SDET score: 3 points for condomless receptive anal intercourse, and 2 points for the other two predictors. A cutoff score of 3 significantly predicted HIV acquisition (DOR 2.5; 95% confidence interval: 2.0-3.0).

Conclusions: An SDET score cutoff of 3 can be used to identify MSM and TGW at greatest risk for HIV acquisition, and may be useful in identifying those in need of PrEP in Bangkok, Thailand.

13. THPEC227 Improving HIV case-finding through integrating hot spot-based outreach and peer-driven recruitment models

M. Avery[1], M. Cassell[2], S. Pengnonyang[3], P. Chanlern[4], R. Ruenkumful[5], T. Sattayapanich[1]

[1]FHI 360, Bangkok, Thailand, [2]USAID Regional Development Mission Asia, Bangkok, Thailand, [3]Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand, [4]Mplus Foundation, Chiang Mai, Thailand, [5]Caremat, Chiang Mai, Thailand Presenting author email: mavery@fhi360.org

Background: Although HIV testing is the critical entry point for antiretroviral treatment and pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men (MSM), fewer than half of MSM in Asia know their HIV status, and outreach-based test promotion has achieved low testing uptake and yield. The USAID-funded LINKAGES program, implemented by FHI 360 in Thailand, introduced an enhanced peer mobilizer (EPM) model to increase rates of HIV testing and counseling (HTC) and to strengthen case finding and access to ARV treatment for HIV-positive individuals.

Methods: EPM was implemented by community-based organizations Mplus Foundation and Caremat as part of a three-year program for MSM in Chiang Mai, Thailand. Under EPM, a small team of trained, salaried Community-Based Supporters (CBS) manage a wider, informal network of incentivized Peer Mobilizers (PMs) to recruit clients from their social networks. Data on client demographics, risk behaviors, and referrals are collected and shared via a digital, mobile data collection system. CBS are informed when a referral is successful and can respond proactively to losses to follow-up.

Results: From July to December 2015, 657 clients were registered under the EPM model and 4,791 were reached via traditional outreach. Clients reached via EPM were significantly more likely to receive an HIV test (72.6% versus 34.4%, p=0.00). Bivariate analysis identified that, under the EPM, clients recruited by PMs via social networking (n= 424) did not differ significantly to clients recruited by CBS via hot spot-based outreach (n=266) with regards to self-reported risk behavior, but were more than twice as likely to be HIV positive (10.6% HIV+ compared to 4.9%, p=0.01). Furthermore, 76.7% (n=43) of those diagnosed HIV+ in both groups initiated ART through proactive case management by the organizations. Initiation rates were higher for social network clients than for hot spot clients (81% v. 58%, p=0.02).

Conclusions: Social network recruitment through an informal pay-for-performance cadre that compliments a standard outreach workforce can expand reach, HIV case yields, and ART initiation. Expanded more widely, this outreach model offers a more sustainable and cost-efficient approach to HIV testing and ARV treatment initiation than traditional outreach models.

Track D : Social and Political Research, Law, Policy and Human Rights

1. TUPED262 Intervention for service providers to support maternal HIV disclosure in Thailand

S.J. Lee[1], L. Li[1], B. Nasungnoen[2], C. Lin[1]

[1]University of California, Psychiatry and Biobehavioral Sciences, Los Angeles, United States, [2]Thai Ministry of Public Health, Nakhon Ratchasima Provincial Health Office, Nakhon Ratchasima, Thailand
Presenting author email: lincq@ucla.edu

Background: With the advent of antiretroviral therapy, Mothers Living with HIV (MLH) in Thailand are living longer. One of the main challenges facing MLH is on their decisions on whether, why, and how they disclose their HIV status to their HIVnegative children. Service providers in Thailand can play a critical role in supporting MLH around their disclosure decisions. The goal of this study was to develop and implement an intervention for service providers to assist MLH with their HIV disclosure to children in Northeastern Thailand.

Methods: In Phase 1, we explored the barriers around HIV disclosure to children through in-depth interviews with 10 service providers and 30 MLH. In Phase 2, we developed the intervention for service providers via focus groups with 20 MLH and 10 service providers. In Phase 3, we implemented the intervention with 40 service providers over 3 weeks.

Results: Phase 1 in-depth interviews revealed various factors influencing MLH's HIV disclosure to children, including fear of privacy breach, self-blame, communication difficulties, fear of rejection. In Phase 2, for each of the barriers identified from Phase 1, the intervention content consisted of the following components: assessment of readiness for HIV disclosure, examination of the risks and benefits of HIV disclosure, and skills-building sessions to assist PLH with step by step behavioral practice around HIV disclosure. In the Phase 3 intervention pilot, 40 service providers participated in the 3-week intervention. At their 3-month follow-up meeting, service providers reported interacting with 106 MLH. Service providers reported having improved confidence and skills to better assist their MLH patients around HIV disclosure to their children. Service providers reported about 60% of MLH disclosed their HIV status (62 MLH) to their children aged 7-17 years. The majority of MLH reported improved interaction with their children

after disclosure, 97% reporting having no regrets about disclosing their status to children.

Conclusions: Our intervention pilot provided evidence for the next research phase of scaling up the intervention for service providers to better assist MLH around their HIV disclosure to children. We are currently developing strategies to integrate the intervention into the existing practice in the district hospitals.

2. TUPED288 "Walking together": cultural adaptation of an evidence informed psychosocial intervention to address the needs of pHIV+ youth in Thailand

G. Pardo[1], C. Saisaengjan[2], S. Lakhonpon[2], J. Ananworanich[2,3], T. Bunupuradah[4], P. Goplan[1], D. Friedman Nestadt[5], C. Mellins , M. McKay[1]

[1]New York University, McSilver Insititute/Social Work, New York, United States, [2]SEARCH, The Thai Red Cross AIDS Research Center, Bangkok, Thailand, [3]U.S. Military HIV Research Program, Henry M. Jackson Foundation for the Advancement of Military Medicine, Bethesda, United States, [4]The HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration (HIV-NAT), The Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand, [5]New York State Psychiatric Institute and Columbia University Medical Center, New York, United States Presenting author email: gap2009@nyu.edu

Background: Pediatric HIV has become an epidemic focused on adolescents, most of whom live in low resource countries with unmet psychosocial needs. Thailand has the highest HIV prevalence in Asia with more than 14,000 children with HIV. There is an acute need for evidence based interventions targeting mental health of perinatally infected HIV+ youth to improve adherence, reduce risky behaviors and decrease mortality rates.

Description: The Collaborative HIV Prevention and Adolescent Mental Health Program + (CHAMP+) is an evidence informed, family based HIV prevention and mental health promotion program developed specifically for pHIV+ early adolescents and their families, that has been pilot-tested in the U.S.A., Argentina and South Africa. Thai and US research teams used community-based participatory research (CBPR) methods to adapt CHAMP+ to the Thai cultural context. Formative research with pHIV+ youth, adult caregivers and health providers informed program changes to address language; cultural beliefs /concepts and Thai family life. "Walking Together" (Thai CHAMP+) consists of 11 sessions using a cartoon format and delivered via multiple family groups. Sessions focus on family communication, coping strategies, disclosure, stigma, social support, and HIV education. A small scale RCT pilot of the intervention is concluding this year with 88 pHIV+ youth participants.

Lessons learned: Culturally informed adaptations can be made while maintaining the core components responsible for program effect. The cartoon format (originally used in CHAMP+ South Africa) was selected by Thai stakeholders since it enabled reflective dialogue about key issues for HIV+ youth, made content available to those with limited literacy skills, and facilitated discussion of culturally "taboo' topics. Original cartoon story line was changed to reflect Thai culture and family life. Conclusions/Next steps: Preliminary results of the current pilot indicate that the cultural adaption of CHAMP+ was critical to engagement and acceptability of the intervention within the Thai context. Feasibility and acceptability data plus feedback from participants will inform further adaptations to ensure intervention efficacy and effectiveness.

3. TUPED295 The Passages Project: initial observations from a multi-country investigation into factors that impact transition from adolescent to adult HIV care

C.R. Carty[1,2,3], J.S. Lambert[4,5], L. Sidloyi[3], C. Oprea[6], R. Pierre[7], C. Christie-Samuels[7], R. Hansudewechakul[8], S. Watanporn[8], M. Archary[9], E. Machado[10], M.D.F. Lago Garcia[10], G. Avramovic[4,5], M. Picone[3], M. D'Eredita[3]

[1]University of Oxford, Department of Social Policy and Intervention, Oxford, United Kingdom, [2]University of Cape Town, AIDS and Society Research Unit, Cape Town, South Africa, [3]The Relevance Network, Johannesburg, South Africa, [4]University College Dublin, Dublin, Ireland, [5]Mater Misericordia University Hospital, Dublin, Ireland, [6]Victor Babes Clinical Hospital for Infectious and Tropical Diseases, Bucharest, Romania, [7]The University of the West Indies Mona, Mona, Jamaica, [8]Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai, Thailand, [9]King Edward VIII Hospital, Durban, South Africa, [10]Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil Presenting author email: cracar@msn.com

Background: Globally, the average age of perinatally HIV infected youth attending paediatric subspecialty programmes approaches the mid-teen years. With the concurrent swell of behaviourally infected adolescents, clinicians are faced with large populations of teenagers and young adults who require transition to adult settings. During this period of referral, many young patients become lost to care resulting in a population of drug experienced adolescents who are difficult to trace. To mitigate this, it becomes necessary to interrogate gaps in the existing frameworks designed to maintain youth populations in care, informed by adolescents themselves.

Methods: The Passages Project was conceived in response to empirical evidence across multiple sites that showed increases in non-compliance in the early-to-late teen years, which coincides with the age of transition to adult clinics. Geographically distant sites were selected based upon country profiles and HIV incidence/prevalence. Brazil, Ireland, Jamaica, Romania, South Africa, Thailand and the United Kingdom were selected to determine if challenges to successful transition were similar across sites. If so, an intervention that has far-reaching impacts could result from this investigation that involved in-depth interviews with adolescents, their caregivers and health care professionals (n=420). Topics included barriers to adherence, mental health, religiosity and social protection, to name a few. Data from the "complaint to care" cohort in the 5 low income countries (n=73, 46 male) were analysed using novel algorithms to create a concourse of themes.

Results: The analysis showed no significant difference between male and female respondents, and further suggested no significant differences across countries. The exceptions to this related to reasons for missed appointments and anxiety-related indicators. This, in conjunction with relatively low sample sizes, suggests that collapsing across additional locations could yield a more valid set of results.

Conclusions: The data suggest that (1) a healthy sample was captured and analyzed and (2) the analysis potentially produced the general findings needed to effectively inform a follow on study. This, in combination with processing speeds of < 1 minute for the entire data set, suggests that further research into the viability of this approach is warranted.

4. TUPED416 Labour inspection in entertainment establishments protect entertainment workers in Cambodia

C. Por[1] , A. Torriente[2] , R. Howard[3] , R. Ameur[4] , M. Licata[5] , S. Mabhele[6]

[1]International Labour Organization, Phnom Penh, Cambodia, [2]International Labour Organization, Geneva, Switzerland, [3]International Labour Organization, Bangkok, Thailand, [4]ILO, Pretoria, South Africa, [5]International Labour Organization (ILO), Geneva, Switzerland, [6]International Labour Organization, Pretoria, South Africa Presenting author email: chuong@ilo.org

Background: "Entertainment workers" in Cambodia include entertainers, massage staff, employees in nightlife establishments and beer promoters. Due to their working conditions, these workers are at high risk of HIV infection. Studies carried out by the ILO from 2005-2011 identified a number of specific vulnerabilities, including: work accidents; violence; sexual harassment; poor working conditions; forced alcohol consumption; and client refusals to use condoms.

Description: Based on the study findings, the ILO collaborated with the Cambodian Ministry of Labour and Vocational Training (MoLVT), trade unions, entertainment establishment owners and the Women's Network for Unity to develop a regulation on occupational safety and health for entertainment workers. These regulations mark an important "first" in protecting the basic rights of all entertainment workers, including their right to a safe and healthy workplace. The regulation, the first of its kind, was adopted by the MoLVT in August 2014 ("Working Conditions, Occupational Safety and Health Rules of Entertainment Service Enterprises, Establishment and Companies" (Prakas 194), available at:. The regulation extends labour protections available under Cambodian labour legislation to entertainment workers. IN 2015, to support implementation, the Government provided capacity building to labour inspectors and entertainment establishments. To date, the MoLVT has trained more than 150 labour inspectors, and organized regular feedback meetings between the inspectors and entertainment establishments owners/workers to discuss progress and challenges encountered in implementation.

Lessons learned: A key factor in the successful implementation of the regulation was the establishment of an effective monitoring system to track progress in implementation. Another important success factor is the on-going dialogue between the labour inspectors from the MoLVT and other key actors (including NGOs and civil society) to continuously promote improved working conditions and ensure occupational safety and health for all entertainment workers.

Conclusions/Next steps: The ILO will continue to provide technical support to promote the effective implementation of the regulations throughout all entertainment establishments in the country, with the aim of reducing HIV transmission among this key vulnerable group of workers.

5. WEPED292 Perceptions of HIV remission ("cure") trials and trial intentions among potential participants treated in acute HIV infection

H. Peay[1,2], T. Jupimai[3,4], G. Henderson[5], P. Pongtriang[6], N. Chomchey[3], N. Phanuphak[3], P. Prueksakaew[3], E. Kroon[3], J. Ananworanich[2,7], The RV254/SEARCH010 Study Group

[1]RTI International, Research Triangle Park, United States, [2]Henry M. Jackson Foundation for the Advancement of Military Medicine, Bethesda, United States, [3]SEARCH, The Thai Red Cross AIDS Research Center, Bangkok, Thailand, [4]HIV-NAT, The Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand, [5]University of North Carolina, School of Medicine, Dept of Social Medicine, Chapel Hill, United States, [6]Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, Surat Thani, Thailand, [7]U.S. Military HIV Research Program, Walter Reed Army Institute of Research, Silver Spring, United States Presenting author email: thidarat.j@hivnat.org

Background: A series of HIV remission trials are being conducted in the Thai Red Cross AIDS Research Centre. Prior to trial invitation, we surveyed eligible, acute HIV individuals on ART in the SEARCH cohort, exploring trial interest, perceived benefits and risks, and factors associated with intentions to participate.

Methods: A paper survey was provided in-clinic. Data collection is ongoing; results from Nov-Dec 2015 are presented. Analysis includes descriptive statistics and backwards elimination regression.

Results: Among 165 participants the large majority (97%) are male. 139 (84.2%) were somewhat/very interested in learning about HIV remission trials. On openended questioning about key factors in decision making, those somewhat/very interested most often referenced anticipated personal and altruistic benefits; those less interested most often referenced risks of harm and personal benefit. Most (n=148, 89.7%) reported that trial decision-making would be theirs alone. For personal benefit, more than half endorsed "a big chance" (n=60, 36.4%) or "definitely would benefit" (n=45, 27.3%). For risk, 59 (36.0%) chose "no chance" or "small chance of harm" and 96 (58.5%) chose "about a 50/50 chance." Most (n=118, 72.4%) chose "a big chance" or "definite" for scientific benefit. Factors associated with intentions to participate in a trial that includes stopping ART (n=96, 58.9% somewhat/very likely) were higher perceptions of scientific benefit (beta= .27, p< .001) and higher personality trait optimism (beta= .26, p< .001), R2 = .16 (F (2, 159)= 15.58, p< .01). Factors associated with intent to participate in a trial with an experimental drug and stopping ART (n=110, 68.3% somewhat/very likely) were higher perceptions of scientific benefit (beta= .35, p< .001) and lower perceived impact of HIV (beta= -.07, p=.03), R2 = .16 (F (2, 157)= 14.37, p< .01).

Conclusions: This cohort indicated high interest and intention to participate. Though they anticipate personal benefits and frequently described these factors as important to their decisions, the common factor associated with stated intentions was anticipated scientific benefit. Risks were less described, which may reflect uncertainty about types and magnitude of risks, and optimistic bias. The results suggest that informed consent should target the potential for and uncertainty about risks and how the trial design maximizes scientific benefit.