



กรมควบคุมโรค
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร

ISSN 2651-0987

โรคเอดส์

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 - มกราคม 2565

- การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี
- การวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
- ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร
- การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา
- ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์เสี่ยงในการใช้ถุงยางอนามัยกับความสนใจใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง





วารสารโรคเอดส์

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 ต.ค. 2564 - ม.ค. 2565

สารบัญ

หน้า

<p>การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จุฑามาศ มากบุญชร นุชนารณ แก้วดำเกิง สิริพร ภิโยทัย ศิริกุล ชัยเจริญ เบญจมาศ ใจงาม ภัทร์ศยา มุกสิมาศ เกศินี เขียนวารี</p>	1
<p>การวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีผลต่อความสำเร็จ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สามารถ พันธุ์เพชร</p>	20
<p>ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิก ของผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร มณฑาทิพย์ ศรีวรรณ สมฤทัย พวงศิลป์</p>	35
<p>การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา กัลยาณี จันธิมา ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ วีรพล จันธิมา ดวงจันทร์ จันท์เมือง</p>	46
<p>ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์เสี่ยงในการใช้ถุงยางอนามัย กับความสนใจใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์ ดุสิตา พึ่งสำราญ ดลชัย สะวังจู คมกฤษ ตะเพียนทอง สุรางค์ จันท์แย้ม</p>	58



Thai AIDS Journal

Volume 34 No.1 Oct 2021 - Jan 2022

	Page
THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROCESSES ON HIV AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV	1
Juthamat Makkunchorn, Nuchanart Kaeodumkoeng, Siriporn Piyayothai, Sirikoon Chaijareem, Benjamard Jaingam, Patsaya Mookleemas, Kesinee Khainwaree	
INFORMATION TECHNOLOGY READINESS FACTORS AFFECTING THE SUCCESS OF THE DEVELOPMENT TO IMPROVE THE QUALITY OF A HOSPITAL INFORMATION SYSTEM FOR HIV PREVENTION AND TREATMENT	20
Samart Punpetch	
PREVALENCE OF NEISSERIA GONORRHEA INFECTION, SEXUAL RISK BEHAVIORS AND CLINICAL MANIFESTATIONS AMONG FEMALE PATIENTS WHO DIAGNOSED GONORRHEA ATTENDING SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS CLINIC, BANGKOK	35
Montatip Sriwan, Somreutai Phungsin	
DEVELOPMENT OF THE HIV/AIDS PATIENT CENTERED CARE IN COMMUNITY HOSPITALS IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE	46
Kulyanee Junthima, Siwayut Singpru, Weerapol Chunthima, Doungian Chanmuang	
RELATIONSHIPS BETWEEN CONDOM COERCION AND PREP INTEREST AMONG FEMALE SEX WORKERS	58
Niphon Darawutthimaprakorn, Dusita Phuengsamran, Donlachai Hawangchu, Khomkrit Tapienthong, Surang Janyam	

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิศัลย์ มูลศาสตร์	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิติเยวมาลัย	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันตอุโปโกการ	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	รศ.พญ.วัฒนา สุทธิไพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รศ.ดร.สุนธรา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	อ.นันทวัน ยันตะดิลก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ตุลิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
	ผศ. ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ

ผู้จัดการ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สำนักงานผู้จัดการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4
 เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราดูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
 โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง
ผู้ประสานงาน นางสาวผกามาศ แต่งคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291
 E-mail: aidsstijournal@gmail.com

ระบบรับ-ส่งบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

กำหนดออก: ตุลาคม-มกราคม, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, มิถุนายน-กันยายน



Thai AIDS Journal

Thai AIDS Journal is an academic journal Published by Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Objective

To encourage workers Public health personnel and researchers have the opportunity to disseminate academic and knowledge works Associated with AIDS, tuberculosis, sexually transmitted diseases. And hepatitis B and C As a research source Further academic reference, Which content articles / research results That is published and presents information Advances in Health Sciences And to promote knowledge support for medical and public health personnel So that it can be applied to the public service In the prevention and treatment of AIDS and sexually transmitted diseases is the most beneficial.

Editor in chief:	Wiwat Rojanapithayakorn	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Editorial boards:	Taweessap Siraprasasiri	Department of Disease Control
	Visal Moolasart	Department of Disease Control
	Pornsak Yoocharoen	Department of Disease Control
	Weerawat Manosuthi	Department of Disease Control
	Sumet Ongwandee	Department of Disease Control
	Rossaphorn Kittiyaowamarn	Department of Disease Control
	Monthinee Vasantiuppapokakorn	Department of Disease Control
	Parichart Chantcharas	Department of Disease Control
	Siriphan Saengaroon	Department of Medical Sciences
	Assoc. Prof. Wattana Sukeepaisarnjaroen	Faculty of Medicine, Khon Kaen University
	Assoc. Prof. Dr. Sukhontha Kongsin	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Assoc. Prof. Dr. Manirat Therawiwat	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Nunthawan Yuntadilok	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Dusita Phuengsamran	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
Asst. Prof. Dr. Sirima Mongkolsomlit	Faculty of Public Health, Thammasat University	
Asst. Prof. Dr. Ronnapoom Samakkeekarom	Faculty of Public Health, Thammasat University	
Akechitra Sukkul	The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) (HA)	
Asst. Prof. Sakchai Dettrairat	Academician	
Sombat Thanprasertsuk	Academician	

Journal manager: Director, Division of AIDS and STIs

Manager office: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health
Department of Disease Control 2nd Building, 4th Floor,
88/21 Moo 4 Tumbol Talat Khwan, Amphoe Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, Thailand. 11000
Tel. (+66) 2590 3289, 3291

Cover designer: Boonyarit Mabklang

Journal Coordinator: Phakamat Tangkuha E-mail: aidsstijournal@gmail.com Tel. (+66) 2590 3289, 3291

Submit your articles: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

Publication schedule: October–January, February–May, June–September.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. ประเภทของบทความที่เผยแพร่โดยวารสารโรคเอดส์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า โดยใส่เลขหน้าบนมุมขวากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป โดยมีการอ้างอิงเอกสารที่เป็นปัจจุบันทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้เขียนหลายคนควรระบุชื่อตามการมีส่วนร่วมในบทความ และมีการใส่เครื่องหมายดอกจันในรูปแบบ ด้วยทลหลังนามสกุลของผู้เขียนทุกคน ซึ่งเชื่อมโยงกับหน่วยงาน สถาบัน หรือสังกัด ของผู้เขียนแต่ละคน

เนื้อเรื่อง ควรเป็นภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจ หากมีการใช้ตัวย่อควรใช้คำที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรกในข้อความหลัก

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่ควรเกิน 300 คำ และเขียนเป็นร้อยแก้วมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีการเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. หากเป็นการอ้างอิงวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

หมายเหตุ: การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกต้อง จะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

การอ้างอิงเอกสารสำหรับวารสารโรคเอดส์ ผู้เขียนควรอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ผู้เขียนใส่วงเล็บหลังการอ้างอิงว่า In Thai (in Thai)

3.1 บทความวารสาร (Articles in Journals)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ในกรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 6 คน จะมีรายชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-,) ตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361:1529-38.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์วารสาร 2551;52:241-53.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2. รัสสรค์ ปัญญาธัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ /editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15–19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Bengtsson S, Solheim BG.. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปี พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-In-terpretation/dp/3540777717#reader_3540777717
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

ในกรณีที่เป็นบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การพิมพ์

- ◆ พิมพ์โดยใช้โปรแกรม MS-Word แบบอักษรควรเป็น TH Sarabun New ขนาด 16 pt.
- ◆ การใช้ทศนิยม สามารถใช้ทศนิยมหนึ่งหรือสองตำแหน่งได้ และใช้ให้เหมือนกันทั้งเอกสาร
- ◆ ข้อมูลอ้างอิงควรเป็นภาษาอังกฤษ
- ◆ ภาพประกอบ แผนภาพ หรือรูปภาพควรเป็นภาพที่มีความคมชัดสูง คำอธิบายควรเขียนแยกกัน ไม่ควรเขียนไว้บนภาพ
- ◆ รูปแบบตารางต้องสร้างขึ้นใหม่ในโปรแกรม MS-Word ไม่ควรใช้เป็นตารางที่เป็นรูปภาพ

4.2 การส่ง

- ◆ ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความฯ ของตนเอง ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>
- ◆ ดำเนินการลงทะเบียน สัมครสมาชิก (Register)
- ◆ ดำเนินการ log in เข้าสู่ระบบ เลือก “ส่งบทความใหม่” กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกขั้นตอน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- ◆ ผู้เขียนจะได้รับ Email ยืนยัน การส่งต้นฉบับ จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 ต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งมา วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการส่งต่อให้ Peer reviewer อย่างน้อย 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 วารสารโรคเอดส์ จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณา ตอบรับ หรือมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขปรับปรุง/ปฏิเสธ การเผยแพร่บทความฯ ในวารสารโรคเอดส์ ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5.3 เรื่องที่ผ่านการพิจารณา และตอบรับการเผยแพร่บทความฯ วารสารโรคเอดส์จะแจ้งและเผยแพร่ไฟล์บทความฯ ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ให้แก่ผู้เขียนและผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดได้ ระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ (รายฉบับ)

ความรับผิดชอบ

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย และการวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

จริยธรรมการตีพิมพ์

จรรยาบรรณการเผยแพร่วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ (Thai AIDS Journal) ได้รับการเผยแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบ และภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบบ และใช้เป็นเวทีในการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่สนใจ นักวิชาการและผู้ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การเผยแพร่บทความ ควรขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารโรคเอดส์ และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่เผยแพร่ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้เขียนบทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ

2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือสมควร เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์หรือไม่

3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้เขียนในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียน

4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้เขียน

6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ

7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารโรคเอดส์อย่างเคร่งครัด

8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารโรคเอดส์ รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

9. ทำการชี้แจง การแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขออภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้เขียนต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์แล้ว
2. ผู้เขียนจะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. ชื่อคณะผู้เขียนที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิดการออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ
4. หากบทความที่เสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์มีความเกี่ยวกับในเรื่องมนุษย์ ผู้เขียนจะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
5. ผู้เขียนไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง
6. ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารโรคเอดส์ จะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)
7. ในบทความ ผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
8. หากเป็นไปได้ ผู้เขียนจะต้องขออนุญาต จากผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษา ก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารโรคเอดส์ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องดำเนินการแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารโรคเอดส์กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ



การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROCESSES
ON HIV AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION AMONG PEOPLE
LIVING WITH HIV

จุฑามาศ มากบุญชร

Juthamat Makkunchorn

นุชนารถ แก้วดำเกิง

Nutchant Kaeodumkoeng

สิริพร ภิชัยทัฬห

Siriporn Piyayothai

ศิริกุล ชัยเจริญ

Sirikoon Chaijareern

เบญจมาศ ใจงาม

Benjamard Jaingam

ภัทร์ศยา มุกลีมาศ

Patsaya Mookleemas

เกศินี เขียนวารี

Kesinee Khainwaree

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

Received: 30/06/2021

Revised: 20/07/2021

Accepted: 27/07/2021

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน ได้แก่ ผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 13 คนที่เป็นกลุ่มเดิม และที่มหาวิทยาลัยกระบวนกรฯ จำนวน 9 คน รวบรวมข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้มีเชื้อเอชไอวี และสนทนากลุ่มย่อย ที่มหาวิทยาลัยกระบวนกรฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเรียนรู้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการนี้มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างว่ากระบวนการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง อาจปรับใช้เนื้อหาตามความเหมาะสม การจัดการเวลา การเตรียมตัวของที่วิทยากร และการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกัน ในส่วนของพฤติกรรมกรการรักษเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้ว ดังนั้น กระบวนการนี้จึงควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ในระดับบุคคลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และครบถ้วนทุกทักษะ รวมถึงการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ เช่น นโยบาย สื่อความรู้ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น และควรมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระยะยาว

Abstract

This study is mixed-method model, using quantitative data studies by selecting a specific sample of 13 PLHIV and voluntarily participating in the activity. Data were collected by answering questionnaires. And study qualitative data, the sample group consisted of 22 people, including 13 PLHIV in the original group and 9 people of the process facilitator team. Collect data from activity logs based on the skills learned of people living with HIV, and a small group discussion of the process facilitator team. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Variable differences were compared with statistic paired t-test and qualitative data were analyzed by content analysis by examining the information triangulation. The results showed that after learning, the mean scores on HIV and STIs literacy were higher than before, statistically significant ($p < 0.05$). It has been shown that this process is effective in enhancing health literacy on HIV and STIs among PLHIV. This is consistent with the opinions from the sample that the process is useful and practical. Content may be adapted as appropriate, time management, preparation of the process facilitator team and building atmosphere for learning together. In terms of the behavior of the treatment HIV and STIs quickly and continuously before and after it was not different, because PLHIV already have good behavior. Therefore, this process should be continuously, continually and comprehensively enhancing the knowledge at the individual level. Including the development of systemic factors such as policies, knowledge media, information access channels, etc., and should be monitored for long-term behavioral changes.

คำสำคัญ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ,
เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
ผู้มีเชื้อเอชไอวี

Keywords

Health Literacy,
HIV and Sexually Transmitted Infection,
People Living with HIV (PLHIV)

บทนำ

รายงานจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า ในปี 2019 (พ.ศ. 2562) ผู้มีเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 690,000 คน⁽¹⁾ และจากการคาดประมาณสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 (Spectrum-AEM 2019) พบว่า ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 462,376 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 4,855 คน (เฉลี่ย 13 ราย/วัน) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตอันเนื่องจากเอดส์

จำนวน 11,882 คน (เฉลี่ย 33 ราย/วัน)⁽²⁾

ปัจจุบันประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์อย่างมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 โดยมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ (1) ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย (2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ (3) ลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ 90⁽³⁾ จากผลการดำเนินงาน

ตามเป้าหมาย 90-90-90 ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่และรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 99.80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด แต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 79.90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย และในจำนวนผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถกดไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ ร้อยละ 97.30⁽²⁾ โดยสรุปยังมีผู้มีเชอไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งส่งผลต่อจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอดส์มีจำนวนเพิ่มขึ้นได้ จึงต้องมีการเร่งรัดการเข้าถึงการรักษาให้รวดเร็วและการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ลดการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอดส์

กรมควบคุมโรคได้ร่วมผลักดันและดำเนินการขับเคลื่อนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ปี พ.ศ. 2561-2580) มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และนำองค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูล สื่อความรู้ คู่มือแนวทาง ระบบเฝ้าระวัง และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าคือ “ทักษะต่างๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ”⁽⁴⁾ ในปีงบประมาณ 2562 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้มีการพัฒนาคู่มือเชิงกระบวนการเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ รวมถึงกลุ่มผู้มีเชอไอวี ซึ่งการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชอไอวี มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมได้รับการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽⁵⁻⁶⁾ และแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม

(Information-Motivation-Behavioral Skill Model: IMB)⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ให้ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ หากบุคคลได้รับข้อมูลที่ดี ได้รับแรงจูงใจจนเกิดเจตคติหรือรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสีย ก็จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากกลุ่มผู้มีเชอไอวีไม่เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและเกิดการถ่ายทอดเชื้อแก่คู่ การฝึกทักษะในการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องฝึกฝนจนเกิดความรอบรู้ในการดูแลตนเอง ตามกระบวนการฝึกทักษะเพิ่มความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (K-shape)⁽⁸⁾ ทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ จนเกิดความเชื่อมั่นที่จะกระทำและส่งผลให้กลุ่มผู้มีเชอไอวีเข้าสู่บริการรักษาโดยเร็วและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เชอไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชอไอวี

เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชอไอวี

วิธีการศึกษา

1) รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชอไอวี และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาการ

พัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี โดยจัดกิจกรรมตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และประเมินผลก่อนและหลังการเรียนรู้ โดยดำเนินการศึกษาในปีงบประมาณ 2563

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดสระบุรี โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่เป็นกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในจังหวัดสระบุรีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน ส่วนการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 22 คน ได้แก่ ผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และทีมวิทยากรกระบวนการที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 9 คน

3) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1) เครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ ประกอบด้วย แนวทางการออกแบบเชิงกระบวนการกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ขั้นตอน และแผนการจัดกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ (1) กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง (2) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างความรู้ (3) กิจกรรมฝึกทักษะการโต้ถาม (4) กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ และ (5) กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้

3.2) เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง มีข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น

ทักษะการเข้าถึง จำนวน 8 ข้อ ทักษะการสร้างความรู้ด้านเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ ทักษะการโต้ถาม จำนวน 8 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ และทักษะการนำไปใช้จำนวน 8 ข้อ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง จำนวน 9 ข้อ

3.2.2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้

(1) แนวทางการออกแบบเชิงกระบวนการกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ขั้นตอน เพื่อพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี (2) แบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความเห็นต่อกิจกรรมแต่ละทักษะลงแบบบันทึกโดยไม่ลงชื่อ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้พัฒนากระบวนการ ประกอบด้วย ข้อดีของทักษะแต่ละด้าน และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา กิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ด้านเอชไอวี ทักษะการโต้ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ และ (3) สนทนากลุ่มย่อยที่วิทยากรกระบวนการมีแนวคำถามปลายเปิด เพื่อพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

4) ขั้นตอนการดำเนินงานและเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ได้ทดสอบกระบวนการในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ศึกษาทำการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อรับรู้สถานการณ์ปัญหา และค้นหาปัจจัยสาเหตุในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ศึกษาวางแผนเตรียมทีมงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จากภาครัฐและภาคประชาสังคม รวมทั้งกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เพื่อร่วมดำเนิน

การตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ศึกษาร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมร่วมออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ระหว่างวันที่ 20-21 มกราคม พ.ศ. 2563 ณ โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี และปรับแก้ไขกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้าน เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ในเดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงาน มีดังนี้

จัดเตรียมทีมวิทยากรกระบวนการ เพื่อชี้แจงกระบวนการและแบ่งบทบาทหน้าที่ และคัดเลือกกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในจังหวัดสระบุรีเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้ ระหว่างวันที่ 1-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ดำเนินการจัดกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ตามขั้นตอนที่ 3 ระหว่างวันที่ 16 - 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ณ โรงแรมไออุ่นรีสอร์ท จังหวัดสระบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน เข้าร่วมกิจกรรม และทีมวิทยากรกระบวนการ จำนวน 9 คน รวม 22 คน โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการนำเสนอผลกิจกรรมเป็นภาพรวม

สรุปผลกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยทีมวิทยากรกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

5) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1) สร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 58 คน

5.2) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยวิเคราะห์ส่วนที่ 2 ข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.84, 0.89, 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง รวม 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

6) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ก่อนและหลังเรียนรู้ ด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลผลการศึกษาเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามด้วยตนเอง และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และการสนทนากลุ่มกับทีมวิทยากรกระบวนการ

ผลการศึกษา

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลเชิงลึก เพื่อรับรู้สถานการณ์ปัญหา และค้นหาปัจจัยสาเหตุในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาข้อมูลสถิติ ผลการดำเนินงานการดูแล

รักษาของผู้มีเชื้อเอชไอวีในหน่วยบริการจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า ข้อมูลจากปีงบประมาณ 2562 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 79.90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งยังไม่ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ คือ ร้อยละ 90.00 เมื่อศึกษาข้อมูลผลการดำเนินงานของจังหวัดสระบุรี ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวน 5,162 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 4,158 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.00 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งยังไม่ตรงตามเป้าหมาย ร้อยละ 90.00 เช่นกัน จึงต้องมีการเร่งรัดการเข้าถึงการรักษาให้รวดเร็วและการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ลดการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอ็ดส์

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมทีมงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จากภาครัฐและภาคประชาสังคม รวมทั้งกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เพื่อร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยจัดเตรียมทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท และกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นที่วิทยากรกระบวนการฝึกพัฒนาทักษะ และผู้มีเชื้อเอชไอวี เข้าร่วมกิจกรรมและนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปพัฒนากระบวนการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมได้รับการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽⁵⁻⁶⁾ และแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skill Model: IMB)⁽⁷⁾ เพื่อวางแผนและออกแบบการจัดกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะ ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการ

ตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ดังนี้

(3.1) กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะการค้นหาข้อมูล การกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที กิจกรรมโดยค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ (1) สื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก แฟนเพจ ไลน์ เป็นต้น (2) สื่อออฟไลน์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น และ (3) สื่อบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น โดยเขียนข้อมูลที่ค้นหาจากแต่ละแหล่ง จากนั้นนำมากลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลใช้กลวิธี เครื่องมือตรวจสอบ และบันทึกคะแนน (Checklist & Scorecards)⁽⁵⁾

(3.2) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างความเข้าใจ เพื่อให้มีความสามารถจดจำและเข้าใจการรับการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่องได้ ระยะเวลาจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง กิจกรรมโดยวิทยากรให้ความรู้ และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์ข้อดีของการรับบริการโดยเร็ว ข้อเสียของการชะลอการเริ่มการรักษา และผลของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้ประยุกต์มาจากชุดความรู้การดูแลรักษา สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง⁽⁹⁾ ใช้กลวิธีเทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela Technique) และเทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Technique)⁽⁵⁾

(3.3) กิจกรรมฝึกทักษะการไต่ถาม เพื่อให้มีความสามารถในการวางแผนการใช้คำถาม จัดเตรียมคำถาม ใช้คำถาม และประเมินคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการรักษาโดยเร็วของผู้มีเชื้อและการดูแลรักษาของผู้มีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ใช้กลวิธีการสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (Shame-free) และการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (Ask Me3)⁽⁵⁾

(3.4) กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้มีความสามารถในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก

ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน ทำให้เกิดการพัฒนากิจกรรมตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการตัดสินใจ ภายต่อนื่อง โดยเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียได้ โดยใช้แผนผังแขนงกิ่งไม้ (Tree diagram)⁽⁶⁾ ช่วยในการวิเคราะห์ และตัดสินใจ ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง ใช้กลวิธีการตรวจสอบตามรายการ (Chunk & Check Methods) และการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me)⁽⁵⁾

(3.5) กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้เพื่อพัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวโดยการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเอง เกี่ยวกับการเริ่มรักษาเร็วและต่อเนื่อง ของผู้มีเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ใช้กลวิธีการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me)⁽⁵⁾ และใช้บุคคลตัวแบบ (Live model/ Symbolic model)⁽⁶⁾

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงาน โดยการจัดเตรียมทีมวิทยากรกระบวนการและคัดเลือกกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการจัดกิจกรรม และสรุปผลการจัดกิจกรรม

(1) จัดเตรียมทีมวิทยากรกระบวนการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท และกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อชี้แจงกระบวนการและแบ่งบทบาทหน้าที่ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี และคัดเลือกกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีในจังหวัดสระบุรีเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้

(2) ดำเนินการจัดกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ตามขั้นตอนที่ 3 โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ จำนวน 2 วัน

(3) สรุปผลกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทีมวิทยากรกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสรุปผลกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มที่มวิทยากรกระบวนการ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

มีรายละเอียด ดังนี้

(3.1) ทักษะการเข้าถึง ทีมวิทยากรเห็นตรงกันในเรื่องของการเพิ่มเวลาและการให้ข้อมูลในการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูล รวมถึงการเตรียมตัวของวิทยากร โดยกล่าวว่า

“ในแหล่งสื่อออฟไลน์ควรชี้แจงว่าจะต้องดูวันเดือนปีตรงไหน ซึ่งต้องการเวลามากกว่านี้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาจดูไม่เป็น อาจต้องเน้นชี้แจงว่าต้องตรวจสอบอะไรบ้าง”

“ควรเพิ่มระยะเวลาแต่ละฐาน อาจจะใช้เวลาฐานละ 15 นาที”

“สื่อบุคคล ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาล โดยปกติการพูดคุยจะมีสื่อประกอบด้วย หากมีการนำไปใช้จริงควรมีสื่อการสอนสำหรับผู้ให้ข้อมูลด้วย”

“สื่อบุคคลเป็นการสื่อสารแบบ Two way communication (การสื่อสารแบบสองทาง) เหมือนเวลาคนไข้มาปรึกษาหมอ สื่อบุคคลจึงต้องเตรียมตัวและโต้ตอบการซักถามของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้”

(3.2) ทักษะการสร้างใจ ทีมวิทยากรได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องการเพิ่มเติมเนื้อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มากขึ้น การสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และแบบประเมินความรู้ในกิจกรรมควรกระชับและทำเพียงแค่ออนเรียนรู้อีกวิทยากรสรุปหลังเรียนรู้อีกกระชับเนื้อหาและเวลา กล่าวคือ

“เนื้อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังไม่มีข้อมูลความรู้ให้มากนัก”

“แบบประเมินความรู้ในทักษะนี้อาจทำแค่ก่อนเรียนรู้อีกแล้วค่อยสรุปสุดท้ายเลย”

“วิทยากรควรเน้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทบทวน จดบันทึก และสามารถจดจำได้”

(3.3) ทักษะการไต่ถาม ทีมวิทยากรให้ข้อเสนอแนะในเรื่องการอธิบายระดับของทักษะการไต่ถาม โดยใช้คำให้ง่ายขึ้น หรือใช้การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น

“การอธิบายระดับความจำ เข้าใจ นำไปใช้อาจจะยากไป น่าจะยกไปสรุปสุดท้าย”

“อาจเพิ่มวิดีโอหรือ Role Play (การแสดงบทบาทสมมติ) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้เข้าใจได้ง่ายถ้าพบกับเหตุการณ์นั้นๆ”

“ทักษะนี้สำคัญ เพราะคนไข้ไม่กล้าถามหมอ ถ้าได้ทักษะนี้ก็จะดี”

(3.4) รวมไปถึงการระมัดระวังประเด็นอ่อนไหว เนื่องด้วยในกิจกรรมมีฝึกปฏิบัติการตั้งคำถามและตอบคำถาม และการสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมด้วย ทั้งนี้วิทยากรประจำกลุ่มมีส่วนคอยช่วยกระตุ้นและเสริมแรงได้ จึงควรเพิ่มข้อมูล Tips & Trick และการเพิ่มบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิทยากร

“ประเด็น Sensitive (อ่อนไหว) ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะถาม เช่น ภาวะระดับ CD4 ของคู่นอน ต้องเขียนไว้ใน Tips & Trick”

“เพิ่มการสร้างบรรยากาศ ระหว่างวิทยากรกับกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี”

“การแบ่งกลุ่มต้องมีวิทยากรประจำกลุ่มเพื่อคอยกระตุ้นและเสริมแรง และควรเพิ่มไว้ในบทบาทของผู้ช่วยวิทยากร”

(3.5) ทักษะการตัดสินใจ ทีมวิทยากรที่ให้ข้อเสนอแนะว่า

“วิทยากรต้องช่วยบอกว่ามีข้อดี ข้อเสียในการตัดสินใจอย่างไร”

“อธิบายวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนก่อนทำกิจกรรม”

“วิทยากรประจำกลุ่มสำคัญ ต้องเตรียมตัวก่อน ต้องคอยเตือน กระตุ้น และช่วยเพิ่มเติม”

“การเสนอทางเลือก บอกในกลุ่มว่าเลือกทางบวกและลบได้”

(3.5) ทักษะการนำไปใช้ ทีมวิทยากรเห็นว่า

“โจทย์ควรท้าทายความคิดผู้เข้าร่วมมากกว่านี้”

“เมื่อฝึกกระบวนการครบ 5 ทักษะ น่าจะมีกิจกรรมเพิ่ม ให้เขาฝึกทักษะที่ 1-5 จะได้เห็นผลเลยว่า

เข้าใจหรือไม่ เช่น Role play หรือทำคลิบวิดีโอ”

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยผลการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีจำนวน 13 คน ส่วนใหญ่ติดเชื้อเป็นระยะเวลา 16-20 ปี ถึงร้อยละ 46.15 รองลงมา ระยะเวลา 11-15 ปี ถึงร้อยละ 23.08 6-10 ปี และ 1.5 ปี มีค่าที่เท่ากันเท่ากับร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 92.31 ยังไม่ได้ได้รับการรักษา ร้อยละ 7.69 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 61.54 รองลงมา คือ เคยมีอาการและรักษาหายแล้ว และเคยมีอาการแต่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 30.77 และ ร้อยละ 7.69 ตามลำดับ

ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ คือ เข้าถึงข้อมูลจากผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน ร้อยละ 69.23 รองลงมา คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป) ร้อยละ 30.77 เว็บไซต์ของหน่วยงาน และเอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่เท่ากัน ร้อยละ 23.08 และสื่อวิทยุทัศน์ ร้อยละ 7.69 สำหรับช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป ส่วนใหญ่ใช้ช่องทางเอกสาร/สิ่งพิมพ์ ร้อยละ 61.54 รองลงมาคือ สื่อบุคคล ร้อยละ 53.85 สมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์ ร้อยละ 23.08 เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์ และวิทยุเท่ากัน ร้อยละ 15.38 และไม่มีผู้ใช้ช่องทางโทรทัศน์ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสำรวจ จำแนกตาม ระยะเวลาที่มีเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีเชื้อเอชไอวี		
16-20 ปี	6	46.15
11-15 ปี	3	23.08
6-10 ปี	2	15.38
1-5 ปี	2	15.38
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
รับการรักษา	12	92.31
ยังไม่ได้เข้ารับการรักษ	1	7.69
เคยมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่เคย	8	61.54
เคยและรักษาหายแล้ว	4	30.77
เคย แต่ยังไม่ได้รับการรักษา	1	7.69
ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง		
ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน	9	69.23
สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟซบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูบ)	4	30.77
เว็บไซต์ของหน่วยงาน	3	23.08
เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่	3	23.08
สื่อวีดิทัศน์	1	7.69
ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป		
เอกสาร/สิ่งพิมพ์	8	61.54
สื่อบุคคล	7	53.85
สมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์	3	23.08
เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์	2	15.38
วิทยุ	2	15.38
โทรทัศน์	0	0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างควมเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ก่อนและหลังการเรียนรู้

2.1 ทักษะการเข้าถึง

การวัดและประเมินทักษะการเข้าถึง มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการเข้าถึง แบ่งเป็น 3

ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าถึง 25.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ เท่ากัน ร้อยละ 30.77 (ตารางที่ 2)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 ทักษะการเข้าถึง 27.85 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ และไม่มีผู้อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการเข้าถึง ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการเข้าถึง	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	4 (30.77)	8 (61.54)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	5 (38.46)	5 (38.46)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	4 (30.77)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	25.54	27.85
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.86	3.69
คะแนนต่ำสุด	17	22
คะแนนสูงสุด	32	32

2.2 ทักษะการสร้างความเข้าใจ

การวัดและประเมินทักษะการสร้างความเข้าใจ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการสร้างความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการสร้างความเข้าใจ 24.62 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 รองลงมา อยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการสร้างความเข้าใจ 27.00 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 38.46 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการสร้างความเข้าใจ

ทักษะการสร้างความเข้าใจ	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	8 (61.54)	5 (38.46)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	2 (15.38)	2 (15.38)
ค่าเฉลี่ย	24.62	27.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.19	4.06
คะแนนต่ำสุด	16	21
คะแนนสูงสุด	31	32

2.3 ทักษะการไต่ถาม

การวัดและประเมินทักษะการไต่ถาม มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการไต่ถาม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการไต่ถาม ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการไต่ถาม	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	6 (46.15)	6 (46.15)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	4 (30.77)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	23.54	27.15
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.57	4.20
คะแนนต่ำสุด	19	20
คะแนนสูงสุด	30	32

2.4 ทักษะการตัดสินใจ

การวัดและประเมินทักษะการตัดสินใจ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการตัดสินใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ 23.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.15 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 23.08 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ 27.15 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 46.15 และอยู่ระดับในระดับต่ำ ร้อยละ 7.69 (ตารางที่ 4)

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ 23.31 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ 27.85 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.85 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 38.46 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการตัดสินใจ	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	2 (15.38)	7 (53.85)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	8 (61.54)	5 (38.46)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	3 (23.08)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	23.31	27.85
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.73	3.85
คะแนนต่ำสุด	16	21
คะแนนสูงสุด	31	32

2.5 ทักษะการนำไปใช้

การวัดและประเมินทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินทักษะการนำไปใช้ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-32 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-26 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการนำไปใช้ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการนำไปใช้	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	7 (53.85)	6 (46.15)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	3 (23.08)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	22.38	27.54
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.04	4.24
คะแนนต่ำสุด	13	20
คะแนนสูงสุด	30	32

2.6 ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.6.1 ระดับความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดและประเมินความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ 22.38 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.85 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 23.08 (ตารางที่ 6)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ 27.54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.69 (ตารางที่ 6)

ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 40-160 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 136-160 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 112-135 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 40-111 คะแนน ผลการวิเคราะห์

มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 118.38 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.85 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.77 และระดับสูง ร้อยละ 15.38 (ตารางที่ 7)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 137.38 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.69 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (136-160 คะแนน)	2 (15.38)	6 (46.15)
ระดับปานกลาง (112-135 คะแนน)	7 (53.85)	6 (46.15)
ระดับต่ำ (40-111 คะแนน)	4 (30.77)	1 (7.69)
ค่าเฉลี่ย	118.38	137.38
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	17.57	19.39
คะแนนต่ำสุด	87	104
คะแนนสูงสุด	146	160

2.6.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เท่ากับ 118.38 คะแนน (S.D.=17.57) หลังการเรียนรู้เท่ากับ 137.38 คะแนน (S.D.=19.39) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ตัวแปร	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
ก่อนการเรียนรู้	118.38	17.57	3.83	12	0.002
หลังการเรียนรู้	137.38	19.39			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมกรรการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง

3.1 ระดับพฤติกรรมกรรการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง

การวัดและประเมินพฤติกรรมกรรการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องมีข้อ

คำถาม ทั้งหมด 9 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-18 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมกรรการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-18 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-14 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่

ระหว่าง 0-10 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง 16.00 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.62 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง 16.00 ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 15.38 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่อง ก่อนและหลังการเรียนรู้

พฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (15-18 คะแนน)	11 (84.62)	10 (76.92)
ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน)	1 (7.69)	1 (7.69)
ระดับต่ำ (0-10 คะแนน)	1 (7.69)	2 (15.38)
ค่าเฉลี่ย	16.00	16.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.42	2.94
คะแนนต่ำสุด	9	9
คะแนนสูงสุด	18	18

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง มีข้อคำถาม ทั้งหมด 9 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 18 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและ

ต่อเนื่อง เท่ากับ 16.00 (S.D.=2.42) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 16.00 (S.D.=2.94) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t	df	p-value
พฤติกรรมกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง					
ก่อนการเรียนรู้	16.00	2.42	0.00	12	1.000
หลังการเรียนรู้	16.00	2.94			

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม ต่อกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่อกิจกรรม ฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน จากการบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน โดยไม่ได้ลงชื่อ ในการแสดงความคิดเห็น มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ทักษะการเข้าถึง

ข้อดีของทักษะการเข้าถึง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทุกคนเห็นว่ากิจกรรมทักษะการเข้าถึงมีประโยชน์ และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง มีผู้ให้ความเห็นว่า

“ชอบกิจกรรมนี้ เพราะสอนให้วิเคราะห์ ข้อมูลได้ และสามารถใช้ได้จริง”

“เนื้อหา มีประโยชน์ มีความครอบคลุม ให้ความรู้ดี น่าสนใจ”

“ให้ทักษะการศึกษาข้อมูล เป็นแนวทางการ ทำงานลงพื้นที่”

ข้อเสนอแนะ ทุกคนให้เพิ่มเวลาในการเรียนรู้ แต่ละแหล่งข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดเห็นว่า

“ขอให้มีเวลาหาข้อมูลมาก ๆ ให้เห็นแหล่งที่มา จะทำให้ได้จากแหล่งใดได้อีกบ้าง”

4.2 ทักษะการสร้างใจ

ข้อดีของทักษะการสร้างใจ ผู้เข้าร่วม กิจกรรมทุกคนมีความคิดเห็นว่าเป็นทักษะที่ได้รับ ความรู้ดี นำไปปรับใช้ได้ ให้ความเห็นว่า

“กิจกรรมเนื้อหาดี ได้ไปปรับใช้”

“เป็นการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย”

ข้อเสนอแนะ เน้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้จดจำ เนื้อหาและมีการสรุปข้อมูลความรู้ที่ได้จากกิจกรรม โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นระยะเวลาการเรียนรู้ที่กระชับเนื้อหาและเวลาให้พอดีกัน ได้แสดงความคิดเห็นว่า

“กิจกรรมน่าจะมียุทธศาสตร์ที่มากขึ้น”

“ให้รายละเอียดกับตัวอาการของโรค และ แนวทางการดูแลรักษาที่เจาะลึกกว่านี้”

4.3 ทักษะการไต่ถาม

ข้อดีของทักษะการไต่ถาม ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ (จำนวน 9 คน) เห็นว่าเนื้อหาดีและมีประโยชน์ ให้ความเห็นว่า

“เป็นการสร้างทักษะของผู้เข้าอบรม”

“กิจกรรมเนื้อหาดี ปรับใช้ในการทำงานได้ด้วย มีการให้ข้อมูลดี”

ข้อเสนอแนะ ควรเน้นการอธิบายทักษะการ ไต่ถามให้ชัดเจน และมีการฝึกฝนทักษะให้กับกลุ่ม เป้าหมาย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ให้ข้อเสนอแนะการ อธิบายและระยะเวลาเพิ่มเติมว่า

“เวลากระชับกว่านี้”

“คำอธิบายยังเข้าใจยากพอสมควร”

“อยากให้ถามมากกว่านี้”

4.4 ทักษะการตัดสินใจ

ข้อดีของทักษะการตัดสินใจ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทุกคนเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและปรับใช้ได้จริง เห็นว่า

“เป็นกิจกรรมที่ดี สามารถไปปรับใช้กับ กิจกรรมในกลุ่มให้เกิดความเข้าใจในปัญหาต่าง ๆ ”

“ทำให้รู้จักการตัดสินใจ และกล้าที่จะเลือก”

“เป็นกิจกรรมที่ชัดเจนและวิเคราะห์ปัญหาได้”

ข้อเสนอแนะ เน้นให้วิทยากรช่วยเพิ่มเติม ข้อมูลหรือชี้แนะข้อดี ข้อเสีย ในการตัดสินใจ ผู้เข้าร่วม กิจกรรมกล่าวว่า

“ควรมีข้อมูลที่ละเอียดกว่านี้ เนื้อหาน้อยไป ควรเพิ่มเติม”

4.5 ทักษะการนำไปใช้

ข้อดีของทักษะการนำไปใช้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ (จำนวน 10 คน) เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและ ปรับใช้ได้จริง ได้กล่าวว่า

“เป็นการเรียนรู้สร้างทักษะเพื่อการนำไปใช้ ได้จริง”

“ได้ความรู้มากขึ้น ส่งต่อเพื่อน ๆ ได้”

ข้อเสนอแนะ เสนอประเด็นกำหนดโจทย์ ที่หลากหลายและมีเวลาสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ ฝึกกระบวนการทั้งหมด รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อ

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกล่าวว่า

“อยากให้มีกรอบอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาแกนนำต่อไป”

“มีบทเรียนให้ความเข้าใจ ให้เยอะมากขึ้น”

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้มีเชื้อเอชไอวีมีความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ หลังการเรียนรู้ดีกว่าก่อนการเรียนรู้ทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ร้อยละ 137.38 (S.D. = 19.39) มากกว่าก่อนการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 118.38 (S.D. = 17.57) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการได้รับกิจกรรมการพัฒนาทักษะและความสามารถตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี มีการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ (1) ทักษะการเข้าถึง เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะการค้นหาข้อมูล การกลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล การดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อการรักษาโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ สื่อออนไลน์ สื่อออฟไลน์ และสื่อบุคคล โดยระบุข้อมูลที่ค้นหาจากแต่ละแหล่ง จากนั้นนำมากลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล โดยทักษะนี้ต้องมีการเพิ่มระยะเวลาในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้อย่างเต็มที่ และอธิบายขั้นตอนการกลั่นกรองและตรวจสอบให้ชัดเจน (2) ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้สามารถจดจำและเข้าใจการรับการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเร็วและต่อเนื่องได้ โดยวิทยากรให้ความรู้และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์ข้อดีของการรับบริการ

โดยเร็ว ข้อเสียของการชะลอการเริ่มการรักษา และผลของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องเป็นวิทยากรจะต้องให้ความรู้ อธิบาย และสรุปความเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการจดจำและเข้าใจ (3) ทักษะการไต่ถาม เพื่อให้มีความสามารถในการวางแผนการใช้คำถาม จัดเตรียมคำถาม ใช้คำถาม และประเมินคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการรักษาโดยเร็วของผู้มีเชื้อ และการดูแลรักษาของผู้ป่วยเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยทักษะนี้เป็นทักษะที่จำเป็นจะต้องฝึกฝนเป็นประจำ หากมีข้อสงสัยสามารถนำทักษะนี้ไปใช้ได้เหมาะสม (4) ทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้มีความสามารถในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการตัดสินใจกินยาต่อเนื่อง โดยเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียได้ โดยใช้แผนผังแขนงกิ่งไม้ (Tree diagram) ช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจ และ (5) ทักษะการนำไปใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวโดยการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเอง เกี่ยวกับเกี่ยวกับการเริ่มรักษาเร็วและต่อเนื่องของผู้มีเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของภรท สุธมน(10) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีการประเมินความรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน ตามระดับความสามารถและทักษะ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า อสม. มีความรู้ด้านเอชไอวี มีระดับความรู้หลังอบรมอยู่ในระดับเพียงพอ และระดับดีในทุกด้าน ซึ่งหลังการอบรมโปรแกรม อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้าน ช่วยให้อสม. เข้าถึงข้อมูลโรคเอดส์ ได้ถูกต้อง เข้าใจรูปแบบการตีตรารังเกียจในชุมชนและผลกระทบ รวมทั้งทักษะการใช้คำถาม การซักถามที่เป็นประโยชน์ และช่วยในการตัดสินใจและการนำไปใช้เตือนตนเอง กำกับตนเองเพื่อลดการรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน

ในด้านพฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเร็วและต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมก่อนการเรียนรู้ของกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.60 เนื่องด้วยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้มีเชื้อเอชไอวีในระยะเวลา 16-20 ปี ร้อยละ 46.20 รองลงมา ระยะเวลา 11-15 ปี, และ 6-10 ปี, 1-5 ปี เท่ากับ ร้อยละ 23.10 และ 15.40 ตามลำดับ กลุ่มเป้าหมายจึงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องแล้ว อีกทั้งระยะเวลาในการจัดกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เป็นอยู่เดิม ทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalichman et al.⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง Randomized clinical trial of HIV treatment adherence counseling interventions for people living with HIV and limited health literacy ได้ทดลองทางคลินิกแบบสุ่มของการรักษาเอชไอวี โดยให้คำปรึกษาและสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ผลการทดลองพบว่า มีการให้ข้อมูลความรู้โดยใช้ภาพแสดงให้เห็นถึงระดับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ที่มีความรอบรู้ระดับต่ำในก่อนการทดลอง แม้ว่าผลลัพธ์จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาและสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะ โดยผู้วิจัยได้วัดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณไวรัส พบว่า ในกลุ่มนี้มีแนวโน้มจากที่ตรวจพบปริมาณไวรัสเป็นไม่ตรวจพบเชื้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม หากเห็นผลชัดเจนจะต้องมีการติดตามผลเป็นระยะ เช่น หลังเสร็จ

สิ้นกิจกรรม 1 เดือน 3 เดือน 12 เดือน เป็นต้น

จากการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี พบว่า หลังการเรียนรู้มีความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนการเรียนรู้ โดยภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการได้มีการสรุปผลกิจกรรมฝึกทักษะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีและที่มหาวิทยาลัยกระบวนการว่ากระบวนการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง ทั้งนี้มีประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา กิจกรรม โดยสรุปดังนี้ (1) เนื้อหาสาระในแต่ละทักษะมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง แต่อาจมีการปรับใช้เนื้อหาตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย (2) การจัดการเวลาในแต่ละกิจกรรมควรจัดสรรให้เหมาะสมและอธิบายให้กระชับ เข้าใจง่าย (3) การเตรียมตัวของวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร โดยก่อนจัดกิจกรรมจะต้องมีการฝึกซ้อมและทำความเข้าใจเนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย วิทยากรจะต้องมีการสรุปผลการเรียนรู้ในทุกทักษะ และผู้ช่วยวิทยากรจะต้องเป็นผู้กระตุ้นเสริมแรง และเพิ่มเติมข้อมูลในการเรียนรู้แต่ละทักษะได้ และ (4) การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองกับกลุ่มเป้าหมายจะทำให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปด้วยดี รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายจะกล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์การดำเนินงานต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาการประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามโมเดล Kirkpatrick พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมและกระบวนการฝึกทักษะ ซึ่งสามารถช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะ

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อ เอชไอวี ควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ในระดับบุคคล อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และครบถ้วนทั้ง 5 ทักษะ เพื่อให้มีความสามารถและพัฒนาทักษะที่จำเป็นได้อย่างรอบด้าน รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและทันต่อข้อมูล ความรู้ และการดูแลรักษาสุขภาพในปัจจุบัน

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้มีเชื้อ เอชไอวี ควรมีการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ เช่น นโยบาย การจัดเตรียมสื่อความรู้ที่ทันสมัย เพิ่มช่องทางเข้าถึง แหล่งข้อมูลของภาครัฐ เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการพัฒนา ทักษะที่จำเป็นของกลุ่มเป้าหมายอย่างยั่งยืน

ควรนำกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการทำกลุ่มของ ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่มีกิจกรรมในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์

ควรมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรมในระยะยาว รวมทั้งผลการเปลี่ยนแปลงของ ปริมาณไวรัสเอชไอวี ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาการพัฒนากระบวนการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และขอบคุณบุคลากรจากสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท ที่ร่วมพัฒนากระบวนการฯ รวมทั้งแกนนำผู้มีเชื้อ เอชไอวีที่เข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่ทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [Internet]. [cited 2020 May 19]. Available from <https://www.unaids.org/en>
2. HIV info hub. Division of AIDS and STIs [Internet]. [cited 2020 May 19]. Available from <http://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
3. Taweessap Siraphaphasiri. National Strategy on Ending AIDS 2017-2030, Bangkok: NC concept Co., Ltd (TH); 2017. (in Thai)
4. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva: 1998.
5. Kwanmuang Kaeodumkoeng. Health Literacy: access understand and application. 2nd edition. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public., Ltd; 2018. (in Thai)
6. Kwanmuang Kaeodumkoeng. Health Literacy: functional interactive critical. 1st edition. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public., Ltd; 2019. (in Thai)
7. Fisher, J. D., & Fisher, W.A.. Changing AIDS risk behavior. Psychological Bullentin. 1922; 111(3): 455-74. DOI: 10.1037/0033-2909.111.3.455
8. Kwanmuang Kaeodumkoeng. K-shape 5 skills to increase health literacy. Journal of the Health Education Professional Association 2020; 35(2): 22-6.
9. Pornthip Yuktanon, Lisa Kanthamala and Penpak U-thit. HIV/AIDS treatment Literacy. 4th edition. Bangkok: National Buddhism Publishing House; 2013. (in Thai)

10. Porakot Soofon. The result of HIV Literacy Program to promote behavior of living together without abhorrence among village health volunteers. Thai AIDS journal. 2020; 32(1): 1-14.
11. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Amaral C, White D, Grebler T, et al. Randomized clinical trial of HIV treatment adherence counseling interventions for people living with HIV and limited health literacy. JAIDS. 2013; 63(1): 42-50. DOI: 10.1097/QAI.0b013e318286ce49
12. Nuchanart Kaeodumkoeng, Siriporn Piyayothai, Juthamat Makkunchorn, Sirikoon Chaijarern, Benjamard Jaingam, Kesinee Khainwaree. Evaluation of learning based on the process for enhancing health literacy on HIV and STIs (HIV and STIs Literacy) among men who have sex with men according to the Kirkpatrick model. Thai AIDS journal. 2020; 32(3): 114-31.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีผลต่อความสำเร็จ
ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

INFORMATION TECHNOLOGY READINESS FACTORS AFFECTING THE
SUCCESS OF THE DEVELOPMENT TO IMPROVE THE QUALITY OF A HOSPITAL
INFORMATION SYSTEM FOR HIV PREVENTION AND TREATMENT

สามารถ พันธุ์เพชร

Samart Punpetch

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control,

กระทรวงสาธารณสุข

Ministry of Public Health

Received: 08/07/2021

Revised: 13/08/2021

Accepted: 15/09/2021

บทคัดย่อ

เครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI) เป็นโปรแกรมดำเนินงานที่ใช้ในการจัดการฐานข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ และเพื่อเตรียมความพร้อมในการขยายพื้นที่การดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านฮาร์ดแวร์ ด้านซอฟต์แวร์ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคเอดส์ของโรงพยาบาลที่ใช้เครื่องมือ DQI เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผลรวมและแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลสำเร็จของการดำเนินงาน โดยใช้สถิติ Fisher-Freeman-Halton Test

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด แต่พบความสัมพันธ์กับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านซอฟต์แวร์ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ($p < 0.05$) นอกจากนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติกับปัจจัยความพร้อมด้านฮาร์ดแวร์ และด้านซอฟต์แวร์ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทั้ง 5 ด้านเป็นตัวกำหนดสำคัญที่มีผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลในโรงพยาบาล และการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังเป็นข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจเพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยบูรณาการงานไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับพื้นที่ต่อไป

Abstract

The Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI) is an AIDS program applied to maintain the hospital information system on HIV prevention and treatment following the Thailand National Strategy to End AIDS. This information may enhance the effectiveness of services within the health care unit toward the 90-90-90 target. Prepare a program to expand the area of operations nationwide. This study aimed to examine the five dimensions of information technology readiness factors that affect the success of the development to improve the quality of a hospital information system for HIV prevention and treatment, such as software, personal, process, and utilization of data dimension.

The study was a cross-sectional study. A structured questionnaire was also used to obtain information from health care staff responsible for using the DQI tool in HIV units. Data was collected using aggregates data form and questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, and the Fisher-Freeman-Halton Test is used to determine the relationship between independent and dependent variables.

The results showed that the five dimensions of information technology readiness factors were not related to the operational effectiveness of improving the quality of a hospital information system according to the 90-90-90 target. There were four dimensions associated with the confidence of operational efficiency by improving the quality data, including software, personal, process, and utilization of data dimension ($p < 0.05$). In addition, readiness factors of hardware and software dimensions related to the confidence of implementing the DQI tool on an organization-wide basis ($p < 0.05$).

These findings point to the importance of five dimensions of information technology-readiness factors as a critical determinant of the confidence of operational efficiency on strengthening the quality of hospital information systems and this success approaching the 90-90-90 target in areas. In addition, this information can be used in decision-making and planning to expand quality improvement operations to cover the country by integrating with HIV delivery services.

<p>คำสำคัญ ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาคุณภาพข้อมูล เอชไอวี</p>	<p>Keywords Information technology availability factor, Data quality improvement, HIV</p>
---	--

บทนำ

เป้าหมายการเข้าถึงบริการตามตัวชี้วัด 90-90-90 ภายในปี พ.ศ. 2563 ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ในการวัดผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับนานาชาติ⁽¹⁾ รวมถึงประเทศไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์⁽²⁾ ได้กำหนดระดับความสำเร็จของเป้าหมายตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัด 90 ที่หนึ่ง: ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ตัวชี้วัด 90 ที่สอง:

ร้อยละ 90 ของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และตัวชี้วัด 90 ที่สาม: ร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่า 1,000 Copies/ml) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยได้ขยายความครอบคลุมในการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสโดยไม่จำกัดระดับเม็ดเลือดขาว (CD4) แต่จากข้อมูลผลการดำเนินงาน ในปี พ.ศ. 2562⁽³⁾ พบว่าผลการดำเนินงาน

ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายจึงเป็นความท้าทายของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับจังหวัดเป็นอย่างมาก และยังมีความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลของโรงพยาบาล เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างปัญหาของการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ข้อมูลในการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษาให้กลับมาอยู่ในระบบการดูแลรักษา และมีผลสำเร็จของการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ได้พัฒนาเครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI)⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นโปรแกรมดำเนินงาน (software) ที่ช่วยในการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) และระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) โดยเชื่อมโยงระบบสารสนเทศข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือ DQI ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ จ.ขอนแก่น จ.นครราชสีมา จ.ภูเก็ต และ จ.อุดรธานี พร้อมทั้งได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่ ให้มีความรู้ความสามารถ ในการใช้โปรแกรมดำเนินงานตลอดจนกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอน ตั้งแต่การบันทึกข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินงาน การติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การส่งข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ การประมวลผลข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และใช้ในการวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้นิยามความสำเร็จของการดำเนินงานอย่างหลากหลายจากแนวคิดของสมใจ ลักษณะ⁽⁵⁾ ได้นิยามความสำเร็จในการดำเนินงาน หมายถึง การวินิจฉัย การรับรู้ และประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคคล หรือ หน่วยงานว่ามีการปฏิบัติงานอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจ มีประสิทธิผล และบรรลุในผลที่คาดหวังของหน่วยงาน โดยมีความคาดหวังในความสำเร็จด้านต่างๆ เช่น การบรรลุเป้าหมายความสำเร็จ การจัดหา และการใช้ทรัพยากร กระบวนการปฏิบัติงาน และความพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ดังนั้นในการบรรลุผลความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ 90 ที่สามในการศึกษาครั้งนี้ ยังพิจารณาผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการโดยใช้เครื่องมือ DQI ได้แก่ ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล ประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงาน ประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงาน⁽⁶⁾ โดยมีองค์ประกอบปัจจัยความพร้อมทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ด้านฮาร์ดแวร์ ด้านซอฟต์แวร์ และด้านบุคลากรและทรัพยากรบุคคล รวมไปถึงด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล⁽⁷⁻⁸⁾ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด 90-90-90 ภายในปี พ.ศ. 2563 และเพื่อการเตรียมความพร้อมในการขยายพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย การวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านฮาร์ดแวร์ ด้านซอฟต์แวร์ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลของโรงพยาบาลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านฮาร์ดแวร์ ด้านซอฟต์แวร์ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Study)⁽⁹⁾ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคเอดส์ของโรงพยาบาลนำร่องที่ใช้เครื่องมือ DQI ใน 4 จังหวัดเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนทุนหรือวิชาการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการเอชไอวีและเอดส์ภายใต้โครงการ PEPFAR จำนวน 13 แห่ง แห่งละ 2 คน **นิยามศัพท์**

ตัวแปรต้น: ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ตัวแปรตาม: ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล หมายถึง ผลสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม โดยวัดผลจากผลการดำเนินงานจริงในภาพรวมจังหวัดเป้าหมาย รวมไปถึงผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานโครงการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล ประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงาน ประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน โดยวัดผลจากการตอบแบบสอบถาม

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ หมายถึง การมีอยู่อย่างเพียงพอและพร้อมต่อการใช้งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1. ด้านฮาร์ดแวร์ ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน 2. ด้านซอฟต์แวร์

ได้แก่ เครื่องมือ DQI 3. ด้านบุคลากร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ เจ้าหน้าที่สารสนเทศ และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการระดับโรงพยาบาลที่ความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมดำเนินงาน 4. ด้านกระบวนการ ได้แก่ วิธีการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาคุณภาพข้อมูล ตั้งแต่การบันทึกข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินงาน การส่งออกข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ การประมวลผลข้อมูลการบริหารจัดการและการติดตามการรักษา และ 5. ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และใช้ในการวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับพื้นที่ โดยประเมินระดับความคิดเห็นจากการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1: แบบบันทึกข้อมูลผลรวมการดำเนินงานระดับจังหวัดตามเป้าหมายตัวชี้วัด

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC)⁽¹⁰⁾ เท่ากับ 0.67 - 1.00 เนื้อหาของแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ จังหวัด อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน เป็นต้น ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านฮาร์ดแวร์ ด้านซอฟต์แวร์ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล โดยให้ค่าคะแนนความคิดเห็นระดับมากที่สุด = 5 คะแนน ระดับมาก = 4 คะแนน ระดับปานกลาง = 3 คะแนน ระดับน้อย = 2 คะแนน และระดับน้อยที่สุด

= 1 คะแนน และผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ ซึ่งได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือ DQI จำนวน 8 ราย ผลทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค⁽¹¹⁾ เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่ 1 จากผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใต้โครงการเสริมสร้างระบบสารสนเทศด้านการบริการสุขภาพ การเฝ้าระวังและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงกลยุทธ์ เพื่อส่งเสริมการวางแผนโปรแกรม HIV/AIDS ที่มีประสิทธิภาพในประเทศไทย ปี 2563 สำหรับข้อมูลส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจากบุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคเอดส์และงานที่เกี่ยวข้อง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 โดยคำนึงถึงข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและความยินยอมสมัครใจในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามก่อนทุกครั้ง ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษา พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ กำหนดรูปแบบ หรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพข้อมูลที่เหมาะสมในระดับพื้นที่ และเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน และพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ โดยจะนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลภาพรวมการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์สถิติพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายรายละเอียดของปัจจัยต่างๆ ของการศึกษา และใช้สถิติ

เชิงอนุมานในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน และผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ โดยใช้สถิติ Fisher-Freeman-Halton Test⁽¹²⁾

การแปลผลระดับความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert rating scales) ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.00-1.49	ระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49	ระดับน้อย
2.50-3.49	ระดับปานกลาง
3.50-4.49	ระดับมาก
4.50-5.00	ระดับมากที่สุด

ผลการศึกษา

ผลสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม

ผลสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม ของ 4 จังหวัดเป้าหมาย พบว่า ไม่มีจังหวัดใดดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง แต่พบว่า มี 1 จังหวัด ที่สามารถบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม ได้แก่ จ.อุตรธานี คิดเป็นร้อยละ 25.00 (ตารางที่ 1) โดยสรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ ร้อยละ 78.63 และร้อยละ 87.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของจังหวัดเป้าหมายที่มีผลสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม

ตัวแปร	ตัวชี้วัด 90 ที่สอง		ตัวชี้วัด 90 ที่สาม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลสำเร็จของโครงการ				
จังหวัดดำเนินการได้ตามค่าเป้าหมาย	0	0.00	1	25.00
จังหวัดดำเนินการได้น้อยกว่าค่าเป้าหมาย	4	100.00	3	75.00

จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 23 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม ร้อยละ 88.46 โดยกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 65.22 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 35 - 44 ปี และช่วงอายุ 25 - 34 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 21.74 และร้อยละ 13.04 มีตำแหน่งเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาล ร้อยละ 73.91 มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 23.43 ปี S.D. = 11.26 ปี และมีประสบการณ์การทำงานด้านโรคเอดส์เฉลี่ย 11.18 ปี S.D. = 7.91 ปี

ผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 13.04 มีการพัฒนาในระดับมาก ร้อยละ 56.52 และมีการพัฒนาในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.44 นอกจากนี้ ส่วนใหญ่เชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ DQI สามารถลดระยะเวลาดำเนินงานได้ ร้อยละ 78.26 มีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล เพื่อการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่องและใช้ในการวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับพื้นที่ได้ ร้อยละ 73.91 และมีความพึงพอใจการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลระดับโรงพยาบาล ร้อยละ 86.96

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน

1. ด้านฮาร์ดแวร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 3.70 ± 0.10 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถาม พบว่า ข้อ 1.1 คอมพิวเตอร์ของหน่วยงานมีความเพียงพอต่อ

ความต้องการ 3.78 ± 0.90 คะแนน ข้อ 1.2 คอมพิวเตอร์ของหน่วยงานอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ดี และเอื้อต่อการดำเนินงาน 3.70 ± 0.88 คะแนน ข้อ 1.3 คอมพิวเตอร์ของหน่วยงานมีความทันสมัยและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต 3.65 ± 0.83 คะแนน ข้อ 1.4 คอมพิวเตอร์ของหน่วยงานสามารถรองรับการประมวลผลที่รวดเร็ว ทันท่วงทีการใช้งาน 3.61 ± 0.89 คะแนน และข้อ 1.5 มีสถานที่เก็บอุปกรณ์และเครื่องมืออย่างเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัย 3.87 ± 0.76 คะแนน โดยสรุปได้ว่าความพร้อมด้านฮาร์ดแวร์ทุกข้อคำถามอยู่ในระดับมาก

2. ด้านซอฟต์แวร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 3.70 ± 0.19 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถาม พบว่า ข้อ 2.1 สามารถใช้คู่มือการใช้งานเครื่องมือ DQI ในการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพข้อมูล 3.70 ± 0.82 คะแนน ข้อ 2.2 ทราบขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนการนำข้อมูลเข้าเครื่องมือ DQI 3.74 ± 0.81 คะแนน ข้อ 2.4 เครื่องมือ DQI มีการใช้งานสะดวก ง่ายสำหรับการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพข้อมูล 3.70 ± 0.70 คะแนน และข้อ 2.5 เครื่องมือ DQI มีระบบการรักษาความปลอดภัยฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 3.96 ± 0.64 คะแนน โดยสรุปมี 4 ข้อคำถามที่มีความพร้อมด้านซอฟต์แวร์อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ข้อ 2.3 ความสามารถดาวน์โหลดและติดตั้งเครื่องมือ DQI 3.43 ± 0.73 คะแนน มีความพร้อมด้านซอฟต์แวร์อยู่ในระดับปานกลาง

3. ด้านบุคลากร กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 3.96 ± 0.2 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถาม พบว่า ข้อ 3.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 4.04 ± 0.56 คะแนน ข้อ 3.2 มีเข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 4.09 ± 0.60 คะแนน ข้อ 3.3 หน่วยงานมีความพร้อมที่จะใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 4.09 ± 0.73 คะแนน ข้อ 3.4 หน่วยงานได้รับความร่วมมือในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 3.96 ± 0.88 คะแนน และข้อ 3.5 มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI 3.61 ± 0.84 คะแนน โดยสรุปได้ว่าความพร้อมด้านบุคลากรทุกข้อคำถามอยู่ในระดับมาก

4. ด้านกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 3.90 ± 0.13 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถาม พบว่า ข้อ 4.1 หน่วยงานมีการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล 3.70 ± 0.63 คะแนน ข้อ 4.2 หน่วยงานมีความเข้าใจในกระบวนการเตรียมข้อมูล 4.00 ± 0.74 คะแนน ข้อ 4.3 หน่วยงานมีความเข้าใจกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI 3.87 ± 0.69 คะแนน ข้อ 4.4 หน่วยงานมีความเข้าใจกระบวนการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งสองแหล่งข้อมูล 4.00 ± 0.67 คะแนน และข้อ 4.5 หน่วยงานมีความเข้าใจในการบริหารจัดการและติดตามผู้ที่ขาดการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดตามเกณฑ์ 3.96 ± 0.77 คะแนน โดยสรุปได้ว่าความพร้อมด้านกระบวนการทุกข้อคำถามอยู่ในระดับมาก

5. ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 3.90 ± 0.08 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถาม พบว่า ข้อ 5.1 หน่วยงานมีการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4.00 ± 0.67 คะแนน ข้อ 5.

หน่วยงานมีการใช้ข้อมูลในการกำกับติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 3.96 ± 0.71 คะแนน ข้อ 5.3 สามารถนำผลการวิเคราะห์จากเครื่องมือ DQI ไปใช้ในการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง 3.96 ± 0.71 คะแนน ข้อ 5.4 สามารถนำผลการวิเคราะห์จากเครื่องมือ DQI ไปใช้ในการติดตามให้ผู้ติดเชื้อขาดตรวจไวรัสในกระแสเลือดเมื่อเข้าเกณฑ์การตรวจได้อย่างต่อเนื่อง 3.83 ± 0.72 คะแนน และข้อ 5.5 หน่วยงานมีการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ และสรุปข้อมูลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพเสนอผู้บริหารให้รับทราบอย่างต่อเนื่อง 3.83 ± 0.72 คะแนน โดยสรุปได้ว่าความพร้อมด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลทุกข้อคำถามอยู่ในระดับมาก

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทั้ง 5 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม (ตารางที่ 2) แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสัมพันธ์กับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านซอฟต์แวร์ ($p = 0.010$) ด้านบุคลากร ($p = 0.045$) ด้านกระบวนการ ($p < 0.001$) และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ($p = 0.013$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อมั่นระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่มีความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อมั่นระดับมาก ส่วนใหญ่มีความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อมั่นระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสัมพันธ์กับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวน 1 ด้าน คือ ด้านซอฟต์แวร์ (p=0.021) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่า “เห็นด้วย” ส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านซอฟต์แวร์ระดับมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่า “ไม่เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ” ส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านซอฟต์แวร์ระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสัมพันธ์กับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพ

การนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านฮาร์ดแวร์ (p=0.035) และด้านซอฟต์แวร์ (p=0.007) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่า “เห็นด้วย” ส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านฮาร์ดแวร์และด้านซอฟต์แวร์ในระดับมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่า “ไม่เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ” ส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านฮาร์ดแวร์และด้านซอฟต์แวร์ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5) นอกจากนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม (n = 23)

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ		ผลสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม				P-value
		บรรลุเป้าหมาย		ไม่บรรลุเป้าหมาย		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.ด้านฮาร์ดแวร์	ปานกลาง	5	50.00	5	38.46	0.861
	มาก	3	30.00	6	46.15	
	มากที่สุด	2	20.00	2	15.38	
2.ด้านซอฟต์แวร์	ปานกลาง	5	50.00	5	38.46	1.000
	มาก	4	40.00	6	46.15	
	มากที่สุด	1	10.00	2	15.38	
3.ด้านบุคลากร	ปานกลาง	4	40.00	4	30.77	0.877
	มาก	4	40.00	5	38.46	
	มากที่สุด	2	20.00	4	30.77	
4.ด้านกระบวนการ	ปานกลาง	4	40.00	1	7.69	0.148
	มาก	4	40.00	10	76.92	
	มากที่สุด	2	20.00	2	15.38	
5.ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล	ปานกลาง	3	30.00	4	30.77	0.487
	มาก	6	60.00	5	38.46	
	มากที่สุด	1	10.00	4	30.77	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลความเชื่อมั่น
 ต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (n = 23)

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ	ผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล	P-value						
		ระดับปานกลาง		ระดับมาก		ระดับมากที่สุด		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.ด้านฮาร์ดแวร์	ปานกลาง	4	57.14	6	46.15	0	0.00	0.205
	มาก	2	28.57	6	46.15	1	33.33	
	มากที่สุด	1	14.29	1	7.69	2	66.67	
2.ด้านซอฟต์แวร์	ปานกลาง	6	85.71	4	30.77	0	0.00	0.010
	มาก	1	14.29	8	61.54	1	33.33	
	มากที่สุด	0	0.00	1	7.69	2	66.67	
3.ด้านบุคลากร	ปานกลาง	3	42.86	5	38.46	0	0.00	0.045
	มาก	4	57.14	5	38.46	0	0.00	
	มากที่สุด	0	0.00	3	23.08	3	100.00	
4.ด้านกระบวนการ	ปานกลาง	5	71.43	0	0.00	0	0.00	<0.001
	มาก	2	28.57	12	92.31	0	0.00	
	มากที่สุด	0	0.00	1	7.69	3	100.00	
5.ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล	ปานกลาง	4	57.14	3	23.08	0	0.00	0.013
	มาก	3	42.86	8	61.54	0	0.00	
	มากที่สุด	0	0.00	2	15.38	3	100.00	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลความเชื่อมั่น
 ต่อประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงาน (n = 23)

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	ผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงาน	P-value				
		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.ด้านฮาร์ดแวร์	ปานกลาง	7	38.89	3	60.00	0.807
	มาก	8	44.44	1	20.00	
	มากที่สุด	3	16.67	1	20.00	
2.ด้านซอฟต์แวร์	ปานกลาง	5	27.78	5	100.00	0.021
	มาก	10	55.56	0	0.00	
	มากที่สุด	3	16.67	0	0.00	
3.ด้านบุคลากร	ปานกลาง	6	33.33	2	40.00	0.370
	มาก	6	33.33	3	60.00	
	มากที่สุด	6	33.33	0	0.00	
4.ด้านกระบวนการ	ปานกลาง	4	22.22	1	20.00	0.784
	มาก	10	55.56	4	80.00	
	มากที่สุด	4	22.22	0	0.00	
5.ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล	ปานกลาง	5	27.78	2	40.00	0.542
	มาก	8	44.44	3	60.00	
	มากที่สุด	5	27.78	0	0.00	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน (n = 23)

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	สารสนเทศ	ผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติ				
		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.ด้านฮาร์ดแวร์	ปานกลาง	5	29.41	5	83.33	0.035
	มาก	9	52.94	0	0.00	
	มากที่สุด	3	17.65	1	16.67	
2.ด้านซอฟต์แวร์	ปานกลาง	4	23.53	6	100.00	0.007
	มาก	10	58.82	0	0.00	
	มากที่สุด	3	17.65	0	0.00	
3.ด้านบุคลากร	ปานกลาง	5	29.41	3	50.00	0.249
	มาก	6	35.29	3	50.00	
	มากที่สุด	6	35.29	0	0.00	
4.ด้านกระบวนการ	ปานกลาง	2	11.76	3	50.00	0.158
	มาก	11	64.71	3	50.00	
	มากที่สุด	4	23.53	0	0.00	
5.ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล	ปานกลาง	4	23.53	3	50.00	0.321
	มาก	8	47.06	3	50.00	
	มากที่สุด	5	29.41	0	0.00	

อภิปรายผล

ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาและเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และสามารถกดควบคุมไวรัสสำเร็จ ตามเป้าหมายการเข้าถึงบริการหรือตัวชี้วัด 90-90-90 ภายใน ปี พ.ศ. 2563⁽²⁾ จากข้อมูลระบบ NAP พบว่าผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาระดับประเทศที่มีผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 75.22 และร้อยละ 84.68 ตามลำดับ⁽¹³⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันประเทศไทยยังพบปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ตัวชี้วัด 90 ที่สอง) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สามารถกดควบคุมไวรัสได้ตามเกณฑ์ (ตัวชี้วัด 90 ที่สาม) ส่งผลให้การดำเนินงานโครงการยังไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดตามที่

กำหนด ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ความครอบคลุมของการรายงานในระบบ NAP ความถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลาของการรายงานในระบบ NAP ความครอบคลุมของการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ การเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการเปรียบเทียบข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ NAP และระบบ HIS ของโรงพยาบาล พบว่าข้อมูลการให้บริการทั้ง 2 ระบบมีความสอดคล้องกันสูง⁽¹⁴⁾ เมื่อพิจารณาผลต่างของจำนวนข้อมูลจำแนกตามการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV service delivery cascade) พบว่าส่วนใหญ่ มีการบันทึกข้อมูลในระบบ NAP น้อยกว่าระบบ HIS ของโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 5) ยกเว้นในส่วนข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความต่างของข้อมูลร้อยละ 6.34 ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระบบ NAP ประเทศไทย

มีคุณภาพ มีความครอบคลุมการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับพื้นที่⁽¹⁵⁾ ดังนั้น ประเด็นปัญหาด้านระบบข้อมูลในปัจจุบัน อาจไม่ใช่ปัญหาด้านคุณภาพของการรายงานผู้ป่วยเป็นหลัก แต่พบปัญหาในส่วนของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วน ยังไม่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสและมีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษาจากระบบเป็นจำนวนมาก นับเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด จึงควรเร่งรัดติดตามผู้ขาดการรักษาให้เข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว พร้อมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ (adherence) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ได้ดำเนินการเพียง 4 จังหวัดเป้าหมายเท่านั้น จึงควรขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ในประเทศไทย พร้อมทั้งบูรณาการงานไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลรักษา (Care Process) เช่น บริการการให้การปรึกษา บริการยาต้านไวรัส บริการดูแลผู้ติดเชื้อฉวยโอกาส บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระบบสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁷⁾ โดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ภายในปี พ.ศ. 2563 และเป้าหมายตัวชี้วัด 95-95-95 ภายในปี พ.ศ. 2573

แม้ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด แต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการโดยใช้เครื่องมือ DQI ซึ่งอาจเป็นผลมาจากบุคลากรที่ดำเนินงานมีความพร้อมในการใช้งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่อการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลของโรงพยาบาลในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัฒน์ เปลี่ยนบางยาง และคณะ⁽¹⁸⁾ โดยคิดเห็นว่าความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การบรรลุวัตถุประสงค์ การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ ประสิทธิภาพในการทำงาน

และความพึงพอใจในการทำงาน โดยความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับที่สูงจะมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน⁽⁶⁾ ซึ่งอาจเกิดจากความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีความสอดคล้องต่อการใช้งานและการปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลของโรงพยาบาลรายไตรมาส พบว่าโรงพยาบาลนำร่องส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สองและตัวชี้วัด 90 ที่สาม แต่พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนโรงพยาบาลนำร่องทั้งหมดหลังจากการพัฒนาคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สองและตัวชี้วัด 90 ที่สามเพิ่มขึ้น รวมถึงการเร่งรัดการติดตามผู้ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่องอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนรายงานผู้ขาดการรักษาในระบบ NAP ในภาพรวม มีแนวโน้มลดลงร้อยละ 15.84 ดังนั้น เมื่อบุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยี มีความพร้อมด้านการปฏิบัติงาน และตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและติดตามการรักษาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้บุคลากรในพื้นที่ มีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลของโรงพยาบาล

ปัจจัยความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านซอฟต์แวร์ หรือ เครื่องมือ DQI⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นโปรแกรมดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงกันของการบันทึกข้อมูลระหว่างระบบ NAP กับระบบ HIS ของหน่วยบริการเพื่อเป็นข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล ผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงาน และผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ DQI ไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือ DQI ช่วยอำนวยความสะดวกในการพัฒนาคุณภาพระบบ

ข้อมูล ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย จึงควรขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีปัญหาด้านคุณภาพข้อมูล

ปัจจัยความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งนับว่าเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลในพื้นที่ให้สำเร็จตามเป้าหมายและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของปรวีร์ เขียววิจิตร และคณะ⁽⁶⁾ ที่ให้ความคิดเห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความสามารถในด้านการใช้งานจากเทคโนโลยีสารสนเทศมีผลต่อการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ต้องเริ่มตั้งแตระดับผู้บริหาร โดยมีความเข้าใจเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และให้การสนับสนุนดำเนินงาน รวมถึงร่วมติดตามกำกับผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานต้องมีความเข้าใจในเป้าหมายและวัตถุประสงค์การดำเนินงาน มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมดำเนินงาน ตั้งแต่การบันทึกข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินงาน การส่งออกข้อมูล การประมวลผลข้อมูล การบริหารจัดการข้อมูล การติดตามการดูแลรักษา และปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ตลอดจนสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงาน รวมถึงการนำเสนอผลการดำเนินงานสำคัญต่อผู้บริหารเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจวางแผนการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับพื้นที่

สำหรับปัจจัยความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านฮาร์ดแวร์ ไม่มีความสัมพันธ์ความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความพร้อมทางด้านฮาร์ดแวร์

ในระดับมาก ตั้งแต่คอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน มีความเพียงพอต่อความต้องการ อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ดีและเอื้อต่อการดำเนินงาน มีความทันสมัยและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต สามารถรองรับการประมวลผลที่รวดเร็วทันต่อการใช้งาน และมีสถานที่เก็บอุปกรณ์และเครื่องมืออย่างเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านฮาร์ดแวร์ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ DQI ไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานเช่นเดียวกับ ปัจจัยด้านซอฟต์แวร์ อาจเกิดจากการมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และโปรแกรมการดำเนินงานที่ประสิทธิภาพ เพียงพอ และพร้อมใช้งานจะช่วยให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระดับพื้นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽¹⁹⁾

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการวัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สองและตัวชี้วัด 90 ที่สาม โดยใช้ข้อมูลผลรวมของจังหวัดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้วัดจากผลสำเร็จของโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างโดยตรง อาจทำให้ผลทดสอบไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย นอกจากนี้ในการออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยไม่ได้พิจารณาปัจจัยความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เนื่องจากระบบเครือข่ายในการจัดเก็บข้อมูล นโยบายการจัดการข้อมูล รวมถึงนโยบายการรักษาปลอดภัยและความลับของข้อมูลได้ใช้แนวทางการดำเนินงานเดียวกัน สำหรับคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถาม เนื่องจากมีจำนวนโรงพยาบาลอื่น เพียง 8 แห่ง นอกเหนือจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้เครื่องมือ DQI ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบเพื่อความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด 8 ราย ซึ่งพบว่าแบบสอบถามความเชื่อมั่นสูง นอกจากนี้วัตถุประสงค์ของการศึกษามุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมด้านเทคโนโลยี 5 ด้าน ซึ่งยังไม่รวมถึงปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย ปัจจัยการรักษา⁽²⁰⁾ เป็นต้น

สรุป

ผลสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลในภาพรวมระดับจังหวัดตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และตัวชี้วัด 90 ที่สาม ยังไม่มีบรรลุตามเป้าหมายกำหนด แต่พบว่าผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในระดับโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูล ประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงาน ประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติ และมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อความพร้อมทางเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านฮาร์ดแวร์ ด้านซอฟต์แวร์ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล อยู่ในระดับมาก

ปัจจัยความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ด้าน ไม่มีสัมพันธ์กับผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม แต่มีความสัมพันธ์กับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านซอฟต์แวร์ ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ และด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล และพบความสัมพันธ์ระหว่างผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพ การนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติกับปัจจัยความพร้อมด้านฮาร์ดแวร์ และด้านซอฟต์แวร์ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมทางด้านซอฟต์แวร์กับผลความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการลดระยะเวลาดำเนินงาน ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตาม แม้ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด แต่จากการดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า จำนวนโรงพยาบาลนําร่องมากกว่าร้อยละ 50 มีผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สองและตัวชี้วัด 90 ที่สาม แนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีจำนวนรายงานผู้ที่ขาดการรักษาในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ส่งผลให้บุคลากรในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลของโรงพยาบาล

เพื่อการเตรียมความพร้อมในการขยายพื้นที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลให้ครอบคลุมพื้นที่ในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมของบุคลากรระดับพื้นที่ โดยเฉพาะความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทั้ง 5 ด้าน พร้อมทั้งบูรณาการทำงานไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาให้สามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัด 95-95-95 เพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ภายในปี พ.ศ. 2573

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล (DQI) ที่พัฒนาเครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI) และแนวทางการใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนด้านดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลดังกล่าว ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. [Internet]. [cited 2021 Jul 3]. Available from <https://www.unaids.org>
2. National Committee for the Prevention and Response to AIDS. Thailand National Strategy to End AIDS 2017-2030. Bangkok: the National AIDS Management Center (TH); 2017. (in Thai)
3. National Monitoring and Evaluation Unit. 2018 Thailand Progress Report. [Internet]. [cited 2021 Jul 1]. Available from <https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php> (in Thai)

4. Division of AIDS and STIs. Guideline of using the DQI tool in health care facilities for HIV care services improvement. 1st ed. Nonthaburi; 2020. (in Thai)
5. Thararin Chaieurponsukh. Factors affecting the success of the quality accounting firm in THAILAND. [master's thesis]. [Bangkok]: Sripatum University; 2018. (in Thai)
6. Poravee Khiewvichit, Viroj Jadesadalug. Information technology availability and development of information technology competency affecting operational effectiveness through potential of application in operations of staff in the office of the permanent secretary, ministry of tourism and sports. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2018; 11(2): 781-91.
7. Pornchai Chanyagorn, Bundid Kungwan narongkun. ICT Readiness Assessment Model for Public and Private Organizations in Developing Country. International Journal of Information and Education Technology. 2011; 1(2): 99-106.
8. Panicha Tiyyawat, Poomporn Thamsatitdej. Critical success factors of agile software development in Thai insurance industry. [master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2020. (in Thai)
9. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies Maninder Singh Setia. Indian J Dermatol. 2016; 61(3): 261-4.
10. Pisit Tuntavanitch, Phana Jindasri. The Real Meaning of IOC. JEM-MSU 2018; 24(2): 3-12.
11. Conbach, L. Joseph. Essential of psychology and education. New York: Mc-Graw Hill; 1984.
12. Mehta CR. The exact analysis of contingency tables in medical research. Stat Methods Med Res. 1994; 3(2): 135-56. doi: 10.1177/096228029400300203. PMID: 7952429.
13. Division of AIDS and STIs. Implementation of HIV prevention and the AIDS response. [Internet]. [cited 2021 Jul 1]. Available from <https://hivhub.ddc.moph.go.th/dashboard/national.php> (in Thai)
14. Suchunya A. Data quality assessment on HIV treatment of the health care unit to the planning of ending AIDS. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2020. (in Thai)
15. Samart Punpetch. The result of improving the quality of the hospital information system to promote efficient planning of HIV/AIDS programs in Thailand. [Internet]. [cited 2021 Aug 20]. Available from https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=11688 (in Thai)
16. Maher K, Klimas N, Fletcher MA, Cohen V, Maggio CM, Triplett J et al. Disease Progression, Adherence, and Response to Protease Inhibitor Therapy for HIV Infection in an Urban Veterans Affairs Medical Center. JAIDS. 1999; 22: 358-363.
17. Division of AIDS and STIs. Quality Coach for HIV. [Internet]. [cited 2021 Aug 1]. Available from https://ddc.moph.go.th/das/forecast_detail.php?publish=9715&deptcode=das (in Thai)
18. Siritwat Pleanbangyang. Effectiveness in Using Information Technology for Working of Local Administration Organization Officials Case Study: Amphoe Phutthamonthon. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2015; 8(3): 1051-62.
19. Sathaporn Saengsupho, Somkid Kaewtip. Applied Information Technology in Community Economy: A Case Study of The Financial

Institution of The Community, Chiangmai Province. [Internet]. [cited 2021 Aug 3]. Available from http://webpac.library.mju.ac.th:8080/mm/fulltext/research/2558/sathaporn_saeng-supho_2557/fulltext.pdf(in Thai)

20.Ickovics, Jeannette R. Meade, Christina S. Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: a critical link between behavioral and biomedical sciences. JAIDS. 2002; 31: 98-102

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิก
ของผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน
คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร

PREVALENCE OF NEISSERIA GONORRHEA INFECTION, SEXUAL RISK
BEHAVIORS AND CLINICAL MANIFESTATIONS AMONG FEMALE
PATIENTS WHO DIAGNOSED GONORRHEA ATTENDING
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS CLINIC, BANGKOK

มณฑาทิพย์ ศรีวรรณ

Montatip Sriwan

สมฤทัย พวงศิลป์

Somreutai Phungsin

ศูนย์การแพทย์บำรกรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bangrak STIS Center,

Division of AIDS and STIs

Received: 31/08/2021

Revised: 28/09/2021

Accepted: 29/10/2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน 2) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และ 3) ศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยกำหนดตัวแปรที่จะศึกษาในแฟ้มประวัติผู้รับบริการเพศหญิงที่รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหนองใน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า (1) ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองในในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร เฉลี่ยเท่ากับ 0.75 (2) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.79 มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย 0-7 วัน สามมี แพน และคู่นอนชั่วคราวมีอาการ รวมร้อยละ 75.73 คู่นอนไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 68.93 และ (3) ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ที่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 63.10 อาการที่พบบ่อยคือตกขาวสีเหลือง ร้อยละ 16.50 และร้อยละ 33.00 พบมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคอื่น ๆ การวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคหนองในที่เหมาะสมและรวดเร็วในผู้ป่วยหญิงสามารถลดการติดต่อโรคไปสู่คู่นอนได้

Abstract

Objectives of this study were to 1) study prevalence of *Neisseria gonorrhoeae* infection 2) describe sexual risk behaviors, and 3) describe clinical manifestations among female patients who diagnosed gonorrhea attending Sexually transmitted infections clinic, Bangkok. We conducted retrospective descriptive study using medical records of female clients who were diagnosed with gonorrhea between 2017 and 2020. Descriptive

statistics were employed for data analysis. The finding indicated that (1) The average prevalence of *Neisseria gonorrhoeae* infection among female patients attending Sexually transmitted infections clinic, Bangkok was 0.75. (2) Sexual risk behaviors were demonstrated as follows. The majority (73.79%) had the duration of last sex between 0 to 7 days. The husbands and sexual partners have symptoms (75.73%). No condom use of sexual partners (68.93%). (3) For clinical manifestations, most of female patients reported abnormal symptoms (63.10%) and the most common symptom was yellow discharge (16.50%). And 33% were found with other sexually transmitted diseases and comorbidities. The timely diagnosis and appropriate treatment of gonorrhoea among female patients can reduce gonococcal transmission to their partners.

คำสำคัญ

ความชุก เชื้อโรคหนองใน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
ลักษณะทางคลินิก

Keywords

Prevalence, *Neisseria gonorrhoeae*, Sexual risk behaviors,
Clinical manifestations

บทนำ

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ซึ่งได้จากการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลรัฐ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559⁽¹⁾ พบว่าอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 20.10 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เป็น 25.30 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โรคหนองในเพิ่มขึ้นจาก 11.70 เป็น 14.30 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ซึ่งสะท้อนถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย นอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าว แล้วยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอชพีวี ไวรัสตับอักเสบบีและซีด้วย⁽²⁾ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหนองในที่เป็นเพศหญิง พบว่า ผู้ป่วยโรคหนองในที่เป็นเพศหญิงถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ การดูแลรักษาโรคที่ไม่ถูกต้อง ความรู้ที่ไม่เพียงพอและไม่ถูกต้องทำให้มีความเชื่อและมีวิธีปฏิบัติที่ผิดๆ ต่อการดูแลสุขภาพสภาพ สถานะผู้เข้าเมืองผิดกฎหมายทำให้หญิงชายบริการชาวลาวเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ⁽³⁾ นอกจากนี้ มีงานวิจัยพบว่าหญิงผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศพบความชุกของการติดเชื้อโรคหนองในเทียม ร้อยละ 10.50 และโรคหนองใน ร้อยละ 5.40 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ ผู้ถูกล่วงละเมิดที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วกับการล่วงละเมิดทางเพศโดยคนรู้จัก และจากการศึกษานี้มีส่วนช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ในการให้ยาป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽⁴⁾ กรมควบคุมโรค เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาโรคหนองในให้มีความทันสมัยมีประสิทธิภาพ ในการรักษา เพื่อสามารถตอบสนองการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโรคหนองในในประเทศไทยอีกด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน 2) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และ 3) ศึกษาลักษณะทางคลินิก เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคหนองในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยกำหนดตัวแปรที่จะศึกษาในแฟ้มประวัติผู้รับบริการเพศหญิง

คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ที่รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหนองใน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 - 2563 (1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2563) จำนวนทั้งหมด 103 แพ้ ผู้วิจัยนำตัวแปรที่ศึกษาออกจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการเพศหญิงที่รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหนองในมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อหาความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อและการป้องกันควบคุมโรคโรคหนองใน รวมถึงลักษณะทางคลินิกของกลุ่มผู้มารับบริการเพศหญิงที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ปี 2560-2563 โดยมีจำนวนข้อมูล 103 ข้อมูล ได้แก่ ปี 2560 จำนวน 27 ข้อมูล ปี 2561 จำนวน 29 ข้อมูล ปี 2562 จำนวน 31 ข้อมูล และ ปี 2563 จำนวน 16 ข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา คือ 1) ข้อมูลผู้มารับบริการมีอายุ 13 ปีขึ้นไป 2) ข้อมูลผู้มารับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหนองใน

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษาข้อมูลของผู้มารับบริการที่นำมาศึกษา คือ 1) ผู้มารับบริการไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูล

เกณฑ์การยุติการศึกษาทั้งโครงการ คือ 1) ขาดข้อมูลระบุเป็นเพศหญิงมารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ปี 2560-2563

ผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอนวิธีการดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) จากฐานข้อมูลที่ได้จากการตรวจหาการติดเชื้อโรคหนองใน โดยสมัครใจ

2. รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการเพศหญิงที่รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหนองใน โดยสมัครใจทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2563 นับจำนวนข้อมูลของผู้รับบริการและบันทึกจำนวนแต่ละปี

3. ผู้วิจัยทำหน้าที่คัดเลือกตัวแปรจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการเพศหญิงที่รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ

โรคหนองใน โดยสมัครใจ ซึ่งในขั้นตอนลงทะเบียนเข้ารับการรักษาครั้งแรกในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร เจ้าหน้าที่ได้ชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบแล้ว ว่าหน่วยงานต้องมีการประมวลผลข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม และรายงานผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาวางแผนการให้บริการ การกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และผู้รับบริการได้ลงนามรับทราบไว้เป็นหลักฐาน ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการบังคับให้เข้าร่วมวิจัย หรือก่อให้เกิดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการของข้อมูลผู้มารับบริการ

4. คัดเลือกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการเพศหญิงที่รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหนองใน โดยสมัครใจ ซึ่งแสดงว่าเป็นข้อมูลของผู้มารับบริการที่ติดเชื้อก่อนเข้าร่วมโครงการ

5. สร้างฐานข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและประมวลผล

6. นำตัวแปรที่จะศึกษาและจำนวนข้อมูลที่เข้าเกณฑ์ศึกษาออกจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการเพศหญิงที่รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคหนองใน และนำเข้าฐานข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

7. นำตัวแปรมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

8. สรุปผลการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา

สามารถแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 พหุติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย อาการคู่นอน การใช้ถุงยางของคู่นอน ส่วนที่ 3 ลักษณะทางคลินิก ได้แก่ อาการการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคหนองในเทียม หูดหงอนไก่ ปากมดลูกอักเสบ เชื้อราในช่องคลอด พยาธิในช่องคลอด เป็นต้น ส่วนที่ 4 ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เหตุผลที่มาครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

2. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดย ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

1. ผู้ศึกษาตั้งข้อมูลตัวแปรจากแฟ้มประวัติผู้รับ บริการ และกำหนดค่าตัวแปรเป็นตัวเลขใหม่แทนข้อมูล ตัวอักษร ดังนั้นหากข้อมูลถูกเปิดเผยออกมา ผู้ที่ไม่มีส่วน เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยจะไม่ทราบความหมายของ รหัสตัวเลขได้

2. มาตรการรักษาความลับของข้อมูลการศึกษา ผู้ศึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่นำมาจากแฟ้ม ประวัติผู้รับบริการได้ ข้อมูลดังกล่าวจะเก็บไว้เป็นเวลา 5 ปี ในรูปของโปรแกรมสำเร็จรูป และจะมีการทำลาย โดยการลบข้อมูลจากที่เก็บข้อมูล เมื่อครบเวลาจัดเก็บ ข้อมูล

บริการ

3. การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มารับ บริการ
4. การได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลของผู้มารับ บริการจากหน่วยงานที่เป็นผู้เก็บรักษาข้อมูล โดยแสดง หนังสืออนุญาตของหน่วยงานฯ ต่อบรรณาธิการของ วารสาร

ผลการศึกษา

1. ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน พุทธกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย เพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร

1.1 ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน ของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ปี 2560 เท่ากับ 0.79 ปี 2561 เท่ากับ 0.76 ปี 2562 เท่ากับ 0.76 ปี 2563 เท่ากับ 0.67 และรวมเฉลี่ย ปี 2560-2563 เท่ากับ 0.75 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองในของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ปี 2560-2563

ช่วงเวลา	จำนวนคนที่เสี่ยงเป็นโรคทั้งหมด	จำนวนคนเป็นโรค	ความชุกของโรค ($\bar{X}=0.75$)
ปี 2560	34	27	0.79
ปี 2561	38	29	0.76
ปี 2562	41	31	0.76
ปี 2563	24	16	0.67
รวม	137	103	

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.2.1 กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ มีอายุ 21-30 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 45.63 อายุ

13-20 ปี, 31-40 ปี จำนวนกลุ่มละ 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 21.36 อายุ 41-50 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.83 และอายุ 51-60 ปี, มากกว่า 60 ปี จำนวน กลุ่มละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.91 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละและจำนวนของปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ (N=103)

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
13-20 ปี	22	21.36
21-30 ปี	47	45.63
31-40 ปี	22	21.36
41-50 ปี	6	5.83
51-60 ปี	3	2.91
มากกว่า 60 ปี	3	2.91
รวม	103	100.00

1.2.2 กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 41.75 อาชีพนักศึกษา จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15.53 อาชีพว่างงาน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 อาชีพนักเรียน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.68 อาชีพค้าขาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.77 อาชีพบริการทางเพศ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 และอาชีพรับราชการ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.91 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละและจำนวนของปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามอาชีพ (N=103)

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ว่างงาน	15	14.56
รับจ้าง	43	41.75
นักเรียน	11	10.68
นักศึกษา	16	15.53
บริการทางเพศ	7	6.80
ค้าขาย	8	7.77
รับราชการ	3	2.91
รวม	103	100.00

1.2.3 กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 75.73 และสถานภาพคู่อีกจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 24.27 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละและจำนวนของปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามสถานภาพการสมรส (N=103)

สถานภาพการสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	78	75.73
คู่	25	24.27
รวม	103	100.00

1.2.4 กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 43.69 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 40 คน คิดเป็น

ร้อยละ 38.83 การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.65 และการศึกษาระดับปวส./อนุปริญญา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.83 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละและจำนวนของปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามระดับการศึกษา (N=103)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	12	11.65
มัธยมศึกษา	45	43.69
ปวส./อนุปริญญา	6	5.83
ปริญญาตรี	40	38.83
รวม	103	100.00

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของผู้ป่วย เพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร 76 คน คิดเป็นร้อยละ 73.79 มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย 8-14 วัน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15.53 มี

2.1 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย 0-7 วัน จำนวน

เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย 15-21 วัน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 และมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย มากกว่า 21 วัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.88 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละและจำนวนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำแนกตามการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (N=103)

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	จำนวน	ร้อยละ
0-7 วัน	76	73.79
8-14 วัน	16	15.53
15-21 วัน	7	6.80
มากกว่า 21 วัน	4	3.88
รวม	103	100.00

2.2 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำแนกตาม จำนวนกลุ่มละ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.07 ไม่ทราบ อาการคู่นอน กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่สามมีมีอาการ แพนมีอาการ

อาการคู่นอน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 24.27 และ คู่นอนชั่วคราวมีอาการ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 13.59 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละและจำนวนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำแนกตามอาการคู่นอน (N=103)

อาการคู่นอน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	25	24.27
สามีมีอาการ	32	31.07
แฟนมีอาการ	32	31.07
ชั่วคราวมีอาการ	14	13.59
รวม	103	100.00

2.3 การใช้ถุงยางอนามัยของคู่นอน กลุ่มส่วนใหญ่คู่นอนไม่ใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 71 คน ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คิดเป็นร้อยละ 68.93 และใช้ถุงยางอนามัย จำนวน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.07 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละและจำนวนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำแนกตามการใช้ถุงยางอนามัยของคู่นอน (N=103)

การใช้ถุงยางอนามัยของคู่นอน	จำนวน	ร้อยละ
ใช้	32	31.07
ไม่ใช้	71	68.93
รวม	103	100.00

3. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเพศหญิงที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร 16.50 อาการแสบขัด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15.53 อาการคันจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.68 อาการตกขาวสีเขียว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.77

3.1 ลักษณะทางคลินิก จำแนกตามอาการ กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร อาการเป็นตุ่ม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.85 และ อาการปวดท้องน้อย มีกลิ่น จำนวนกลุ่มละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.88 และไม่มีอาการ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 36.89 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละและจำนวนของลักษณะทางคลินิก จำแนกตามอาการ (N=103)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	38	36.89
ตกขาวสีเขียว	8	7.77
ตกขาวสีเหลือง	17	16.50
คัน	11	10.68
ปวดท้องน้อย	4	3.88
กลิ่น	4	3.88
แสบขัด	16	15.53
ตุ่ม	5	4.85
รวม	103	100.00

3.2 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคร่วมอื่น ๆ กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ปี 2560 - 2563 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคร่วมอื่น ๆ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 66.99 เป็นโรคปากมดลูกอักเสบ เชื้อราในช่องคลอด จำนวนกลุ่มละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ

7.77 เป็นโรคหนองในเทียม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.88 เป็นโรคต่อม Bartholin อักเสบ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.91 และเป็นโรคหูดหงอนไก่ พยาธิในช่องคลอด จำนวนกลุ่มละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.94 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ร้อยละและจำนวนของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคร่วมอื่น ๆ (N=103)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคร่วมอื่น ๆ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	69	66.99
หนองในเทียม	7	6.80
หูดหงอนไก่	2	1.94
พยาธิในช่องคลอด	2	1.94
ปากมดลูกอักเสบ	8	7.77
เชื้อราในช่องคลอด	8	7.77
ต่อม Bartholin อักเสบ	3	2.91
โรคมะเร็งปากมดลูก	4	3.88
รวม	103	100.00

4. เหตุผลที่มากที่สุดนี้ของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร

4.1 เหตุผลที่มากที่สุดนี้ กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เหตุผลมาจากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจำนวน 53 คน คิดเป็น

ร้อยละ 51.46 มาจากคู่นอนเพศสัมพันธ์สังตรวจ/คู่นอนเพศสัมพันธ์มีอาการ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 36.89 มาจากการติดตามผู้สัมผัส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.85 มาจากการตรวจร่างกาย เจ้าหน้าที่ที่ติดตาม จำนวนกลุ่มละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.91 และมาจากการปรึกษา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.97 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละและจำนวนของปัจจัยอื่น ๆ จำแนกตามเหตุผลที่มากที่สุดนี้ (N=103)

เหตุผลที่มากที่สุดนี้	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการผิดปกติ	53	51.46
ตรวจร่างกาย	3	2.91
คู่นอนเพศสัมพันธ์สังตรวจ/คู่นอนเพศสัมพันธ์มีอาการ	38	36.89
เจ้าหน้าที่ที่ติดตาม	3	2.91
จากติดตามผู้สัมผัส	5	4.85
ปรึกษา	1	0.97
รวม	103	100.00

สรุป

การศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน พหุติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร พบว่า 1) ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน ปี 2560 เท่ากับ 0.79 ปี 2561 เท่ากับ 0.76 ปี 2562 เท่ากับ 0.76 ปี 2563 เท่ากับ 0.67 และรวมเฉลี่ย เท่ากับ 0.75 2) พหุติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ ครั้งสุดท้าย 0-7 วัน ร้อยละ 73.79 สามี่ แพน และ คู่นอนชั่วคราวมีอาการ รวมร้อยละ 75.73 คู่นอนไม่ใช้ ถุงยางอนามัย ร้อยละ 68.93 และ 3) ลักษณะทางคลินิก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.09 ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ โดยมี อาการที่พบบ่อย คือ ตกขาวสีเหลือง ร้อยละ 16.50 แสบขัด ร้อยละ 15.53 และพบมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 33.0 จากผลการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานศึกษา สถานประกอบการ มูลนิธิ และ องค์กรเอกชน ควรมีการประสานความร่วมมือ เพื่อระดม สมอบสำหรับการกำหนดกลยุทธ์ใหม่ในการปรับเปลี่ยน พหุติกรรมวัยรุ่น และกลุ่มมีอายุ 21-40 ปี ซึ่งเป็นกลุ่ม นักเรียน นักศึกษา และวัยทำงานตามลำดับ ควรเพิ่ม ช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัยให้มากขึ้น โดยเฉพาะ กลุ่มอาชีพรับจ้าง ให้สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้มาก ยิ่งขึ้น ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตปัจจุบันยิ่งขึ้น และควรมี การศึกษาเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูงตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรสเพื่อให้ได้ แนวปฏิบัติที่ดี ซึ่งผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวางแผนการรักษา การป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายของโรคหนองในและหนองใน เติ้มได้ พร้อมทั้งควรมีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลต่อไป

อภิปรายผล

จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรค หนองใน พหุติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิก

ของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร มีผลอภิปรายดังนี้

1. ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองในของ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ปี 2560 เท่ากับ 0.79 ปี 2561 เท่ากับ 0.76 ปี 2562 เท่ากับ 0.76 ปี 2563 เท่ากับ 0.67 และรวมเฉลี่ย ปี 2560-2563 เท่ากับ 0.75 จากการศึกษาสถานการณ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชน ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561⁽⁵⁾ พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระบบรายงาน การเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557 -2561) พบว่า มีจำนวนการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบโรคหนองในสูงที่สุด รองลงมาคือซิฟิลิส หนองในเทียม แผลริมอ่อน และ ฝีมะม่วง/กามโรคต่อมน้ำเหลือง โดยมีความชุกของการ ติดเชื้อโรคหนองใน ปี 2557 เท่ากับ 38.74 ปี 2558 เท่ากับ 50.61 ปี 2559 เท่ากับ 59.27 ปี 2560 เท่ากับ 68.13 และปี 2561 เท่ากับ 63.68 หากพิจารณา แนวโน้มความชุกของโรคหนองในของผู้ป่วยเพศหญิง ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร พบว่าความชุกของโรคหนองในลดลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสถานการณ์โรคหนองในในเยาวชน ประเทศไทยดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ปรากฏเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้าตรวจที่คลินิก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร มีจำนวน ไม่มากนัก ทำให้ผลการวิเคราะห์ความชุกในแต่ละปี ไม่แตกต่างกันมากนัก

2. พหุติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ ครั้งสุดท้าย 0-7 วัน ร้อยละ 73.79 สามี่ แพน และ คู่ นอนชั่วคราวมีอาการ รวมร้อยละ 75.73 คู่นอนไม่ใช้ ถุงยางอนามัย ร้อยละ 68.93 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ บ่อยครั้ง คู่่นอนมีอาการ และไม่ใช้ถุงยางเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อโรคหนองในในผู้ป่วยเพศหญิง การสร้างความตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาความตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร⁽⁶⁾ พบว่า มีความตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังนี้ 1) การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยมีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่ามีเพศสัมพันธ์ เมื่ออายุมาก 2) การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องจะสวมเมื่ออวัยวะเพศชายแข็งตัวเท่านั้น และ 3) หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือนเพราะจะทำให้เกิดโรคติดต่อได้ง่ายกว่าปกติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยและชีวิต ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิวัฒนาการใหม่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศถูกเปลี่ยนจากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง เป็นชายกับชายและหญิงกับหญิง และการเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อเพศสภาวะโดยเฉพาะวัยรุ่น ได้แก่ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ภาพยนตร์ วีซีดี หนังสือลามก รูปภาพยั่วเย้าทางเพศ เป็นต้น ส่งผลให้ประชาชนมีความสนใจทางเพศมากขึ้น มีการคบเพื่อนต่างเพศ มีการเที่ยวสถานบันเทิง และมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะอิทธิพลของวัฒนธรรม ตะวันตกก็ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การทำแท้ง การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ ในเพศเดียวกัน การเก็บแฉับ การเที่ยวสถานชายบริการทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเหล่านี้เป็นผลทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 63.09 และเหตุผลที่มา

ครั้งนี้ ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ รองลงมาคือคู่อุปสรรคส่งตรวจ/คู่อุปสรรคมีอาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองของผู้ป่วยเพศหญิง และหรือคู่อุปสรรค เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา ดังนั้นการสร้างความตระหนักรู้ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงมีความสำคัญและจำเป็น การพบมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคร่วมอื่นๆ ร้อยละ 33.00 แสดงให้เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากทำให้เกิดโรคหนองในแล้วยังอาจทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ร่วมด้วย รวมถึงในระยะยาวอาจเป็นโรคมะเร็งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคหนองในมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นสัญญาณอันตรายและบ่งชี้ถึงสภาพปัญหาสังคม ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง ตลอดจนสถานบริการทางเพศ และรูปแบบการให้บริการทางเพศทั้งทางตรง และแฝงที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดความตระหนักรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชน การลดลงของความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ หรือการลดลงของคลินิกเฉพาะทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระบบบริการสาธารณสุข อาจทำให้ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงโรคหนองใน ได้รับการรักษาที่ล่าช้าและหรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์ผลลัพธ์ และการออกแบบกิจกรรม การติดเชื้อโรคหนองในของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ควรเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นผลกระทบจากการดำเนินงานและจะนำสู่การออกแบบกิจกรรมแก้ปัญหาเพื่อลดปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. ควรพัฒนาช่องทางการรายงานข้อมูล การติดเชื้อโรคหนองในของผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และสร้างความ ตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบ รายงาน ข้อมูลอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมา วางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานศึกษา สถานประกอบการ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัยให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพรับจ้าง ให้สามารถเข้าถึงถุงยาง อนามัยได้มากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับวิถีชีวิตปัจจุบัน ยิ่งขึ้น

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานศึกษา สถานประกอบการ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง ตามอายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice)

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control, sexually transmitted disease group. Learn and understand sexually transmitted diseases and AIDS. Bangkok: Agricultural Cooperative Association of Thailand (TH); 2016. (in Thai)

2. Wilawan Thipmontree, Chenchit Chayachinda, and Rossaphorn Kittiyowamarn. STI surveillance and prevention: gonorrhoea. Siriraj Medical Bulletin, 2020; 13(3): 196-204.

3. Pichetpong Sotawong, Teerayut Thongsuth and Somchit Pimsorn. Sex services, perceptions of STD, health problems and sexual violence of female Lao sex workers at the chong mek Thai-Lao border, Ubon Ratchathani Province. Journal of Phrapokkiao Nursing College, 2011; 30(1): 22-30.

4. Atita Ruengsaen, Seree Teerapong, Athirat Janpanichjaroen and Danukrit Kalampakorn. Correlated factors of sexually transmitted infections in sexual assault victims receiving services at police general hospital. Journal of the Police Nurses, 2017; 9(1): 197-205.

5. Sriripon Monyarit. Situation of the 5 main sexually transmitted diseases among youth in Thailand, fiscal year 2014-2018. Bangkok: Department of Disease Control; 2020. (in Thai)

6. Jinthapha Thasiri. The awareness of sexual risk behaviors for sexually transmitted diseases among undergraduate student at a private university in Bangkok. In: Rangsit Boontam, Sulee Thongwichein, Thongnard Kamjai, Chaowayut Pornpimolthep, Yosanan Jantharawakin, Rewadeetas Robkob, et al., editor. "Research and Innovation for the Development of Society toward Sustainability". The eight national symposium an the fourth international symposium Bangkokthonburi University; 26 May 2020; Online. Bangkok: Office of Research, Bangkokthonburi University; 2020. p.47-56. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนากระบวนการจัดการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง
ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา

DEVELOPMENT OF THE HIV/AIDS PATIENT CENTERED CARE

IN COMMUNITY HOSPITALS IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

กัลยาณี จันธิมา*

Kulyanee Junthima*,

ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ**

Siwayut Singpru**,

วีรพล จันธิมา***

Weerapol Chunthima***,

ดวงจันทร์ จันทร์เมือง*

Doungian Chanmuang*

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

*The Office of Disease Prevention and Control 9th

Nakhon Ratchasima

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

**Nakhon Ratchasima Provincial Health Office

*** มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

***Suranaree University of Technology

Received: 15/08/2021

Revised: 16/09/2021

Accepted: 12/11/2021

บทคัดย่อ

การจัดระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในจังหวัดที่มีภาระผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงเช่นจังหวัดนครราชสีมาของประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 7 แห่งในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2563 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมผู้บริหาร 10 คน ทีมผู้ให้บริการ 20 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 40 คน มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณระดับปฐมภูมิโดยใช้แบบสอบถาม และระดับทุติยภูมิโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) และมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากทีมสหวิชาชีพในการจัดการบริการในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและไม่ระบุตัวตน รวมถึงข้อมูลจากการประชุมถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความและสร้างข้อสรุปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางมีการดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่ 1) ศึกษาปัญหาและพัฒนาโครงการพัฒนาระบบการจัดการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง 2) เพิ่มศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อช่วยให้คำปรึกษาในการดำเนินงานฯ อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา และบริการปรึกษา 3) หน่วยบริการเป้าหมายดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามสถานการณ์บริบทแต่ละพื้นที่ ปรับปรุงระบบการใช้ข้อมูลเอดส์ และประเมินผล 4) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ด้านผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการจัดการ สามารถให้บริการครอบคลุมตามเป้าหมายส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับ

ที่สูงถึงร้อยละ 94.15 และสามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้ < 1,000 copies/ml ได้ ร้อยละ 96.67 โดยมีการตรวจปริมาณไวรัส (Viral load) ได้ ร้อยละ 85.00

การใช้กระบวนการเครือข่ายแลกเปลี่ยนกิจกรรมหลักพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้มีการใช้ข้อมูลในการพัฒนาบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น ควรมีการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ สังคม กาย และจิตใจ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Abstract

HIV/AIDS patient centered care in community hospital service is an important strategy to sustain expanding access to antiretroviral therapy (ART) in high HIV burden area such as in Nakhon Ratchasima province in Thailand. This action research aimed to develop the health service system for HIV/AIDS patients in hospitals.

The research was conducted in 7 community hospitals in Nakhon Ratchasima province during October 2018 to September 2020. Participants were 10 health executives, 20 health personnel and 40 people living with HIV/AIDS. The research instruments consisted of quantitative and qualitative data collection tools using questionnaires for primary data collection, extractions of data from NAP database, and collecting qualitative data from the multidisciplinary team with in-depth interviews, focus group discussions and non-participatory observation without identification including data retrained from lesson learned activities. Data were analysed using classification techniques, interpretation and conclusion.

The findings of research were as follows. The differentiated care and task sharing for HIV/ AIDS patients process for appropriateness and continuity of the HIV/AIDS patients included: 1) problem solving study and development of a HIV/AIDS patient centered service project, 2) development of capability of the coach team at the provincial level to assist in the consultancy operations which include training to increase the potential of the multi-disciplinary team in maintenance and counseling services, 3) target service unit operated to improve service quality according to the situation each area context (Quality Improvement: QI) by improving the system to use NAP-Program data and evaluation, 4) taking off the operating lessons and coaching results. Outcome of service system development were as follow patient medication adherence to ARV was improved to 94% and HIV viral suppression to <1,000 copies/ml was 96% and viral load test was performed 85% of the patients.

QI approach, using learning networks to exchange data-driven methods for improving and addressing HIV/AIDS patient centered system could assist districts to quickly reach coverage targets. It is recommended to further develop service system structure, as well as operation and standard in HIV/AIDS patient centered care to cover every aspect service such as economical, social, physical and mental aspect while patients were receiving-care in the hospital.

คำสำคัญ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
การจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็น
ศูนย์กลาง จังหวัดนครราชสีมา

Keywords

HIV/AIDS,
HIV/AIDS patients centered care,
Nakhon Ratchasima province

บทนำ

จังหวัดนครราชสีมา เป็น 1 ใน 15 จังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่สูงสุด การดำเนินการในการควบคุมเอดส์ ตามกลยุทธ์ 90-90-90 มีผลการดำเนินการ คือ >95-76-86⁽¹⁾ ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติที่ได้กำหนดไว้⁽²⁾ ทั้งนี้ จังหวัดนครราชสีมาได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในหน่วยโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยสูงของจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเพื่อผลต่อการจัดบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการมากขึ้น ในด้านการจัดบริการดูแลรักษา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสมในจังหวัดนครราชสีมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 11,477 คน ในจำนวนนี้มีรายงานการเสียชีวิต 1,494 คนจากฐานข้อมูลการรักษา พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยกินยาต้านไวรัส 10,330 คน กินยาต่อเนื่อง 8,716 คน ร้อยละ 84.34 และสามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวี < 50 copies/ml ได้ ร้อยละ 91.51 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรายใหม่เฉลี่ย 876 คนต่อปี ประเด็นปัญหาสำคัญคือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยยังพบการติดเชื้อวัณโรค เนื่องจากการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แรกรับเข้ารักษามีค่ามัธยฐาน CD4 < 100 เซลล์ต่อไมโครลิตร ร้อยละ 53.65 ผลการรักษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตร้อยละ 13.69 หลังทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีแล้วได้รับยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 76.76 ตรวจปริมาณไวรัส (Viral load) ร้อยละ 88.35 อุปสรรคต่อการจัดบริการพบว่า มีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก เนื่องมาจากยังมีการตีตราและเลือกปฏิบัติ การให้ข้อมูลการตรวจหา

การติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการขาดบุคลากรในแต่ละจุดบริการ รวมทั้งบุคลากรในแต่ละจุดบริการขาดทักษะในการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี พร้อมกับการให้คำปรึกษาดการตีตราในกลุ่มประชากรหลัก การส่งต่อในรายที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบวก เมื่อได้รับการตรวจจากจุดบริการอื่นๆ เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และพบว่าผู้ป่วยบางส่วนขาดข้อมูลหรือได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในการรักษาและการติดตามการรักษา ผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ทั้งระยะการติดตามเข้ารับการรักษาเนิ่นนานไป คลินิกมีความแออัด ผู้ป่วยจำนวนมาก รอานาน พบการมาผิผัด และการขาดการรักษาในรายที่มีผล CD4 ต่ำหรือในรายที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสในเลือดได้

จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและพบว่าผู้ป่วยขาดการรักษาเพิ่มขึ้น อันเป็นปัญหาจากการให้บริการที่ไม่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นจังหวัดนครราชสีมาจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพ (differentiated care and task sharing) โดยร่วมกับกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา ในการปรับปรุงระบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการ เพิ่มสมรรถนะการให้คำปรึกษาในการจัดบริการต่างๆ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตรวจปริมาณไวรัส และเพิ่มอัตราการกดปริมาณไวรัสให้ < 1,000 copies/ml

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนาระบบโดยใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพ PAOR ดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 และเก็บข้อมูลประเมินผลในเดือน ธันวาคม 2563 มีการดำเนินงานตามวงจร คือ การวางแผน (Plan) การวางแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ได้แก่ 1) บุคลากรด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบ่งเป็นผู้บริหาร 10 คน ทีมผู้ให้บริการจำนวน 20 คน ร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา และ 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถร่วมกิจกรรมได้จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1. แบบตรวจสอบรายการทบทวนเอกสารเป็นการทบทวนนโยบายเอดส์และสรุปผลการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2. แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3. ประเด็นหลักในการถอดบทเรียนการดำเนินงานและ 4. แบบตรวจสอบรายการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม นอกจากนี้มีการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพและจัดทำเป็นแผนเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาหลังจากที่วิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขการปฏิบัติตาม

แผนที่กำหนด (Act) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observer) และการสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน (Reflect) ให้ผู้ที่มีส่วนร่วมได้วิพากษ์วิจารณ์ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข การปฏิบัติงานในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติที่พอใจ โดยหาเหตุผลของการปฏิบัติจากปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้วนำมาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎีและสรุปเป็นหลักการภายหลัง เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็ก แล้วจึงขยายเป็นวงจรใหญ่⁽³⁾

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

- 1) ศึกษาปัญหาและพัฒนาโครงการพัฒนาระบบการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง
- 2) พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง (Coach) ระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อช่วยให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ประมวลปัญหาและระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างครอบคลุมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 3) อบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา และบริการปรึกษา โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาเพื่อพิจารณานำวิธีการพัฒนาระบบการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบที่เหมาะสมเพื่อจะนำไปใช้ในแต่ละโรงพยาบาล
- 4) หน่วยบริการเป้าหมายดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามสถานการณ์บริบทแต่ละโรงพยาบาล (Quality Improvement)
- 5) ปรับปรุงระบบการใช้ข้อมูลจากโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลเอดส์ (NAP Program) และประเมินผล
- 6) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้ได้ระบบที่สามารถนำไปใช้ในแต่ละโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและบุคลากร

ในทีมของแต่ละโรงพยาบาลยอมรับและนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยต่อไป เป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 7 แห่ง ที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สูงในจังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยแบ่งเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การวางแผนการพัฒนาระบบการจัดการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน จัดหมวดหมู่วิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาพรรณนาอธิบาย

จริยธรรมในการวิจัย คณะผู้วิจัยได้นำโครงการเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างและมีการลงนามยินยอมให้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจงแผน ประกอบด้วย (1) ศึกษาปัญหาและพัฒนาโครงการพัฒนาระบบการจัดการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง (2) จัดตั้งคณะกรรมการและพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและระดับเขต (Regional AIDS Committee: RAC) เพื่อช่วยให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ประมวลปัญหาและร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างครอบคลุมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการวางแผนร่วมกันนี้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในงานด้านโรคเอดส์ของแต่ละโรงพยาบาลเป้าหมาย ได้นำปัญหาที่ระบุได้มาร่วมประชุมปรึกษา กำหนดแนวทางและดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง พบว่ามีปัญหาและวางแผนในแต่ละ

โรงพยาบาล ดังนี้

- โรงพยาบาล ก. พัฒนาระบบเพิ่มประสิทธิภาพบริการเพื่อลดป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- โรงพยาบาล ข. เพิ่มประสิทธิภาพบริการในกลุ่มคู่อุญตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดต่าง
- โรงพยาบาล ค. เพิ่มการเข้าถึงบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรเสี่ยง โดยกิจกรรมลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล
- โรงพยาบาล ง. เพิ่มประสิทธิภาพบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรเสี่ยงโดยเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาลเครือข่าย
- โรงพยาบาล จ. มีแผนป้องกันการขาดยาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเพิ่มประสิทธิภาพบริการเพื่อลดภาวะป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- โรงพยาบาล ฉ. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ RRTTR ในกลุ่มประชากรเสี่ยง
- โรงพยาบาล ช. เน้นการลดระยะเวลาเข้าถึงบริการ RRTTR ในกลุ่มประชากรเสี่ยงโดยจัดบริการเคลื่อนที่เชิงรุก

2. ขั้นตอนปฏิบัติการ การดำเนินการตามแผน ได้แก่ การอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา และบริการปรึกษาโดยมีทีมผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาเพื่อพิจารณานำวิธีการพัฒนาระบบการจัดการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบที่เหมาะสมเพื่อจะนำไปใช้ในแต่ละโรงพยาบาลในการดำเนินงานในโรงพยาบาล ทั้ง 7 แห่ง พบว่ามีการปรับปรุงระบบบริการดูแลหรือทบทวนกระบวนการใหม่ ดังนี้

2.1 ทบทวนระบบการเก็บข้อมูล โปรแกรม Hos XP, NAP, HDC หรือ แหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น แฟ้มประจำตัวผู้รับบริการ การบันทึกข้อมูลและคุณภาพของข้อมูล ทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวางแผนงานและการออกแบบ

บริการ ทบทวนตัวชี้วัด การสรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด และการนำเสนอผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงาน

2.2 จัดสร้างทีมงานทบทวน และแต่งตั้ง คณะทำงาน โดยให้มือค้ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และแต่งตั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบหลัก จัดการประชุม คณะทำงาน โดยคณะทำงานร่วมกันทบทวนภาระงานและ สมรรถนะของคนทำงาน จัดการพัฒนาศักยภาพ คณะทำงาน การสื่อสารภายในองค์กร การสร้างระบบ ที่ปรึกษา การส่งต่อข้อมูล การสร้างเครือข่ายการทำงาน ร่วมกับ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย เน้นการทำงานเชิงรุก ร่วมกัน

2.3 ทบทวนกระบวนการดำเนินงาน ทบทวนระบบบริการทั้งองค์กร ทบทวนขั้นตอนการให้ บริการ และการเชื่อมโยงบริการในจุดบริการต่าง ๆ ทบทวนระบบการส่งต่อ ทบทวนระบบการติดตาม และ จัดทำแนวทางปฏิบัติฯ หลังการทบทวน

2.4 วางแผนการดำเนินงานและทดสอบ การ ปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพบริการตามสถานการณ์ บริบทแต่ละโรงพยาบาล ออกแบบระบบการเก็บข้อมูล โปรแกรม Hos XP, NAP และ HDC หรือแหล่งข้อมูล อื่น ๆ เช่น เพิ่มประจำตัวผู้รับบริการ ออกแบบการ ประชุมคณะทำงาน การประสานงานของแต่ละจุดบริการ และการพัฒนาระบบที่ปรึกษาทั้งภายในและภายนอก วางแผนพัฒนาศักยภาพ ออกแบบระบบบริการที่ เชื่อมโยงบริการในจุดบริการ ระบบส่งต่อและติดตาม รวมถึงการจัดทำแนวทางการปฏิบัติฯ โดยมีการดำเนิน งานในการวางแผน ดังนี้

2.4.1 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา โครงการฯ ระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์และประเมินระบบบริการในการปรับปรุง ระบบบริการ ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญด้าน เวชกรรมป้องกัน (ผชชว.) ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน และ ผู้แทนจากหน่วยต่างๆ ได้แก่หน่วยปฏิบัติการชั้นสูงตร เกสัชกร ผู้ประสานงานโรคเอดส์ในโรงพยาบาล และ เจ้าหน้าที่งานเอดส์ฯ คณะทำงานฯ ข้างต้นมีหน้าที่กำหนด

นโยบายในพื้นที่

2.4.2 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา โครงการฯ ระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์และประเมินระบบบริการ เพื่อนำไปใช้ในการ ปรับปรุงระบบบริการ และสร้างต้นแบบในการพัฒนา ระบบบริการ พร้อมทั้งปรับปรุงคู่มือปฏิบัติการฯ ในการ ขยายบริการในหน่วยบริการทุกแห่ง ให้บริการที่พัฒนา ขึ้นสามารถเชื่อมโยงบริการอื่นๆ ภายในโรงพยาบาลฯ และทบทวนมาตรฐานการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ ประชุมต่อเนื่องทุกไตรมาส เพื่อรายงาน ผลการดำเนินงาน และรายงานต่อผู้บริหาร

2.4.3 แต่งตั้งและเพิ่มศักยภาพทีม พี่เลี้ยงระดับเขตและจังหวัด เพื่อช่วยให้คำปรึกษาในการ ดำเนินงานในพื้นที่ จุดแข็ง คือ การเตรียมและวิเคราะห์ พื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามสถานการณ์บริบท แต่ละโรงพยาบาลในพื้นที่เป้าหมายทุกแห่งอย่างเข้มข้น โดยใช้งบประมาณของจังหวัด จัดให้มีการให้คำปรึกษา ในแต่ละวิชาชีพได้แก่ แพทย์ เกสัชกร งานชั้นสูงตร พยาบาล และงานข้อมูล

2.5 การอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพทีม สหวิชาชีพในการดูแลรักษา และบริการปรึกษา

2.5.1 พัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน ในระดับจังหวัด โดยทีมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2.5.2 วิเคราะห์สถานการณ์จาก NAP สามารถใช้ข้อมูลประกอบพัฒนาคุณภาพบริการตาม สถานการณ์ บริบทแต่ละพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพบริการ (Quality Improvement)

2.5.3 อบรมหลักสูตรเข้มข้นการ ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการติดตาม ผลการรักษาด้วยการตรวจหาปริมาณไวรัส (Enhanced Adherence Counseling and Viral Load Monitoring Training)

3. ขั้นสังเกต (Observe) โดยการสังเกตผลของ การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ศึกษา และคณะทำงานพัฒนาโครงการฯ ระดับจังหวัด ร่วมกัน

สังเกตการณ์การดำเนินงานในหน่วยบริการเป้าหมายรวมถึงผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามสถานการณ์บริบทแต่ละโรงพยาบาล (Quality Improvement) โดยการนิเทศ ติดตาม สนับสนุน ปรับปรุงระบบการใช้ข้อมูล NAP และประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง

4. ขึ้นสะท้อนผล จากการถอดบทเรียนการดำเนินงาน แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้ได้ระบบที่สามารถนำไปใช้ในแต่ละโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และบุคลากรในทีมของแต่ละโรงพยาบาลยอมรับและนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยต่อไป

จากการใช้รูปแบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กระบวนการเครือข่ายแลกเปลี่ยนกิจกรรมหลักพัฒนาคุณภาพส่งผลให้มีการใช้ข้อมูลในการพัฒนาบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น และพบว่ามีการจัดระบบและขั้นตอนการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วขึ้น เพิ่มจำนวนมากขึ้น และลดระยะเวลา

การเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จากการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งพบว่า มีจำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.15 ในปี 2561 เป็น ร้อยละ 23.82 ในปี 2563 และอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงจากร้อยละ 2.50 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 1.45 ในปี 2563 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พบในระหว่างปี 2561-2563 จำนวน 186, 196 และ 145 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับยาต้านไวรัส 159, 177 และ 113 ราย หรือร้อยละ 85.15, 90.31 และ 77.93 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบตามลำดับ (ตารางที่ 1)

นอกจากนี้ระบบใหม่ที่จังหวัดนครราชสีมาพัฒนาขึ้นนี้ส่งผลต่ออัตราการคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อัตราการตรวจหาปริมาณไวรัสที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการจัดบริการนั้รับยาในรายที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ดีขึ้นเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับยา โดยพบว่าสัดส่วนของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสในวันเดียวกันกับที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.24 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 30.09 ในปี 2563 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่ได้รับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี กินยาต้านไวรัส การตรวจปริมาณไวรัสภายใน 12 เดือน และติดตามภายใน 12 เดือน ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2561 -2563

พื้นที่	ปี 2561						ปี 2562						ปี 2563					
	ตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	กินยาต้านไวรัส	สัดส่วน การตรวจ CD4 (%)	สัดส่วน การตรวจ ปริมาณไวรัส ภายใน 12 เดือน (%)	สัดส่วน ติดตาม ภายใน 12 เดือน (%)	ตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	กินยาต้านไวรัส	สัดส่วน การตรวจ CD4 (%)	สัดส่วน การตรวจ ปริมาณไวรัส ภายใน 12 เดือน (%)	สัดส่วน ติดตาม ภายใน 12 เดือน (%)	ตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	กินยาต้านไวรัส	สัดส่วน การตรวจ CD4 (%)	สัดส่วน การตรวจ ปริมาณไวรัส ภายใน 12 เดือน (%)	สัดส่วน ติดตาม ภายใน 12 เดือน (%)
รพช.ภ.	482	24	14	3333	91.66	100.00	1,237	28	28	35.71	85.71	89.29	1,129	20	14	15.00	85.00	95.00
รพช.ข.	1,099	10	13	50.00	90.00	90.00	977	12	9	25.00	91.66	91.67	516	11	10	18.18	81.82	81.82
รพช.ค.	1,908	24	18	20.85	95.83	95.83	2,056	26	17	34.62	88.46	96.15	1,333	22	13	22.73	81.82	100.00
รพช.ง.	1,199	27	22	51.85	92.59	96.30	1,522	30	30	53.33	93.33	90.00	835	22	12	59.10	77.27	86.36
รพช.จ.	1,264	48	43	31.25	89.58	95.83	1,767	53	48	35.85	90.56	100.00	1,256	26	25	46.15	88.46	87.31
รพช.ฉ.	219	23	21	43.48	86.96	82.61	948	11	9	63.64	90.91	100.00	717	9	8	77.78	66.67	93.89
รพช.ช.	1,321	30	28	30.00	90.00	93.33	1,372	36	36	25.00	91.67	91.67	4,158	35	31	91.43	74.29	97.14
รวม	7,492	186	159	(85.48 %)			9,879	196	177	(90.31 %)			9,944	145	113	(77.93 %)		

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (จำนวนรวม และ จำนวนแยกแยะตามระยะเวลาที่เริ่มกินยา) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (จำนวนรวม และ จำนวนแยกแยะตามระยะเวลาที่เริ่มกินยา) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (จำนวนรวม และ จำนวนแยกแยะตามระยะเวลาที่เริ่มกินยา) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (จำนวนรวม และ จำนวนแยกแยะตามระยะเวลาที่เริ่มกินยา) ปี 2561 -2563

พื้นที่ ดำ เนิน การ	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนรวม และ จำนวนแยกแยะ (ราย) ตามระยะเวลาที่เริ่มกินยา ปี 2561						จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนรวม และ จำนวนแยกแยะ (ราย) ตามระยะเวลาที่เริ่มกินยา ปี 2562						จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนรวม และ จำนวนแยกแยะ (ราย) ตามระยะเวลาที่เริ่มกินยา ปี 2563					
	จำนวน รวม	กินยา ในวัน เดียวกัน	กินยา ใน 1-7 วัน	กินยา ใน 8-14 วัน	กินยา ใน 15- 30วัน	กินยา ใน>30 วัน	จำนวน รวม	กินยา ในวัน เดียวกัน	กินยา ใน 1-7 วัน	กินยา ใน 8-14 วัน	กินยา ใน 15- 30 วัน	กินยา ใน>30 วัน	จำนวน รวม	กินยา ในวัน เดียวกัน	กินยา ใน 1-7 วัน	กินยา ใน 8- 14วัน	กินยา ใน 15- 30วัน	กินยา ใน>30 วัน
รพช.ก.	17	2	1	3	5	6	28	4	3	8	9	4	14	7	3	2	1	1
รพช.ข.	13	6	1	0	1	5	9	4	2	1	1	1	10	7	0	1	2	0
รพช.ค.	18	1	0	0	7	10	17	2	2	3	6	4	13	1	1	4	2	5
รพช.ง.	23	6	0	0	3	14	30	7	5	1	8	9	12	5	1	1	1	4
รพช.จ.	44	4	1	6	13	20	48	13	3	11	10	11	25	2	6	5	4	8
รพช.ฉ.	18	1	0	2	4	11	9	2	4	0	3	0	8	0	0	4	3	1
รพช.ช.	26	9	1	3	4	9	36	6	6	2	18	4	31	12	2	4	1	12
รวม	159	29 (82.24 %)	4 (2.52 %)	14 (8.81 %)	37 (23.27 %)	75 (47.19 %)	177	38 (21.47 %)	25 (14.12 %)	26 (14.89 %)	55 (31.07 %)	33 (18.24 %)	113	34 (30.09 %)	13 (11.50 %)	21 (18.58 %)	14 (12.49 %)	31 (27.43 %)

หมายเหตุ จำนวนรวมผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส นับเฉพาะรายที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

อภิปรายผล

จากการศึกษาการดำเนินงานการจัดการบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาล ในจังหวัดนครราชสีมา สามารถอภิปรายตามประเด็นข้อค้นพบได้ดังนี้

การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งมีนโยบายที่ชัดเจนในการบริหารและดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการบริการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับการดูแลและช่วยเหลือในทุกกิจกรรมที่เป็นไปตามบริบทของสถานบริการสุขภาพที่จัดให้และทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีกิจกรรมการบริการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องเป็นไปตามแผนที่กำหนดโดยให้ความสำคัญกับกิจกรรมดูแลด้านร่างกาย เช่น การประเมินสภาพปัญหา การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา การให้สุขศึกษา และการดูแลสุขภาพ ความแตกต่างกันตามความหลากหลายของชุมชน ข้อจำกัดของการดูรักษา ได้แก่ การขาดมาตรฐานในการจัดการกับสิ่งแฉะลื้อมในระบบบริการสุขภาพ เช่น การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกคนที่ต้องได้รับ เป็นต้น⁽⁴⁾

การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนทำให้ได้รูปแบบในการดำเนินงานที่ง่ายต่อการปฏิบัติ รวมทั้งมีการติดตามกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความตั้งใจจริงของผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและทีมที่เสี่ยงในการดำเนินงาน เช่น การให้ข้อมูลเพื่อนสมาชิก ให้เปิดตัวมากขึ้นและสามารถเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐานการสื่อสารในเรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและเพิ่มการรับรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย ผลการศึกษาส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ ทวีสิทธิ์ และ สุรีย์พร พันพิ่งในปี 2551⁽⁵⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากมีทัศนคติว่าการอยู่ในภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักถูกมองว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนล่าสอนทางเพศทำให้การพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์

ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตรามากขึ้น ดังนั้นการทำกลุ่มสัมพันธ์และมีการให้ความรู้โดยแกนนำ มีการจัดทำสื่อประกอบการสอนเมื่อพบรายที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลและแกนนำให้คำปรึกษารายบุคคล จากการปรับปรุงครั้งนี้ทำให้มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีและได้มาตรฐาน ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและความมีคุณค่าของบุคลากรที่ปฏิบัติงานข้อค้นพบในส่วนนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของนริศลักษณ์ สุวรรณโนบล และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประสบความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายระดับกระทรวง ระดับเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวกและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมและแกนนำกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธิดาพร จิระวัฒนะไพศาล ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในกิจกรรมการร่วมให้ความรู้ ด้านการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ช่วยแนะนำ การกินยาอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ และการศึกษาของศรีศักดิ์และบุญมาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ถูกสังคมนรังเกียจและสังคมนพยายมผลักเขาเหล่านั้นออกไป โดยการไม่คบค้าสมาคมด้วยและไม่จ้างงานมีเพียง อสม.และผู้นำชุมชน เท่านั้นที่ไปเยี่ยมให้กำลังใจ⁽⁸⁾

จากการประเมินผลการจัดกิจกรรมตามโครงการมีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระบบ NAP plus และโปรแกรม Hos Xp มาใช้อ้างอิงตามมาตรฐานและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการเพื่อการเข้าถึงบริการดูแลรักษาและลดการตีตราและเลือกปฏิบัติควบคู่ไปกับมาตรการหลักในการป้องกันและดูแลรักษาที่มุ่งเน้น RRTTR เพื่อรองรับนโยบาย “ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์” ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานบริการเอชไอวี สำหรับ Case manager (Standard Operation Procedure: SOP) และถ่ายทอดกระบวนการตาม SOP ให้กับทุกหน่วยบริการ

2. ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ให้พิจารณาจำแนกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มๆ หากเป็นกลุ่มที่กินยาได้อย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้ดี สามารถปรับการให้ยาโดยสมัครใจรับยาทางไปรษณีย์ หรือจัดจุดบริการ One stop service ในหน่วยบริการ การสร้าง Drop in center ตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรพนักงานบริการหญิงและกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและส่งต่อบริการคลินิกยาต้านไวรัส

3. ควรสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจผู้เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานเชิงรุกที่ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบบริการต่อไป

4. ควรนำเทคโนโลยีด้านการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ในการติดตามผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชัน Line เพื่อให้สะดวกในการติดตามการใช้ยาและปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา และช่วยเพิ่มช่องทางการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการให้ทั่วถึงและรวดเร็ว

5. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบที่จะช่วยสนับสนุนให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ยอมเปิดเผยตนเองให้ยอมรับและเข้าสู่กระบวนการกลุ่มเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

6. การสร้างทีมงานสหวิชาชีพที่เป็นมืออาชีพ โดยการใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์รวมทั้งเข้าใจในเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งวิถีเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ

โรงพยาบาลจักราช คุณบุญช่วย นาสูงเนิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาที่ให้การสนับสนุนและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งขอขอบคุณกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนด้านวิชาการ และงบประมาณ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคณะผู้ร่วมวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. HIV INFO HUB. Response [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2019. [cited 2019 Aug 1]. Available form: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/response.php>. (in Thai)
2. UNAIDS. UNAIDS DATA 2018. [Internet] 2018 [cited 2020 June 13]. Available form: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf.
3. Stephen Kemmis, Robin Mc Taggart. The action research planner. 3rd edition. Victoria: Deakin University press; 1990.
4. Yothin Sawangdee, Pimonpan Isarabhakdi, Malee Sanpuwan. Problems and sufferings Experienced by Patients Obtaining Services at Health Care Facility. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2000. (in Thai)
5. Suchada Taweessit, Sureeporn Punpueng. Understanding and accessing the worldview of sexuality of people with HIV with a gender perspective. In: Krittaya Archavanitkul, Kanchana Tangcholathip, Editors. Population and Society 2008: Gender Dimensions in Population and Society. Nakhon Pathom: Population and Society Publishing House. 2008. p.180-193. (in Thai)
6. Nareelux Suwanobol, Srikiat Anansawat, Ratcha-

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ดำเนินงานเอดส์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลพิมาย โรงพยาบาลด่านขุนทด โรงพยาบาลสีคิ้ว โรงพยาบาลชุมพวง โรงพยาบาลนครบุรี โรงพยาบาลบัวใหญ่ และ

- dapon Jai-ai. Success Factors and Barriers to Develop the Caring System for People Living with HIV and AIDS. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(1): 70-78. (in Thai)
7. Thidaporn Jirawattanapisal. Antiretroviral Treatment Service Delivery and Roles of Human Resource for Health in Different Levels of Care. Thai AIDS Journal. 2017; 29(1): 1-9. (in Thai)
8. Srisak Tangjittham, Boonma Soontrawirat. Mutual assistance of HIV/AIDS patients through group process Thali Hospital. Journal of the Office of Disease Prevention and Control No. 6th, Khon Kaen. 2007; 15(2): 124-30. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์เสี่ยงในการใช้ถุงยางอนามัยกับความสนใจใช้ยา
ต้านไวรัสป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง

RELATIONSHIPS BETWEEN CONDOM COERCION AND PREP INTEREST
AMONG FEMALE SEX WORKERS

นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์

Niphon Darawutthimaprakorn*

ดุสิตา พึ่งสำราญ

Dusita Phuengsamran *

ดลชัย ฮะวังจุ

Donlachai Hawangchu **

คมกฤษ ตะเพียนทอง

Khomkrit Tapienthong *

สุรางค์ จันทน์แย้ม

Surang Janyam ***

*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

*Institute for Population and Social Research

มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol University

**คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

**Faculty of Social Sciences and Humanities

มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol University

***มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ

***Service Workers in Group Foundation

Received: 31/08/2021

Revised: 23/09/2021

Accepted: 23/11/2021

บทคัดย่อ

การศึกษาสถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย (Condom coercion conditions) กับความสนใจใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP) หรือยาเพิร์พ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (N=144) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) พบว่า พนักงานบริการหญิงเผชิญสถานการณ์บังคับในการใช้ถุงยางอนามัยหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ลูกค้าเสนอเพิ่มเงินให้เพื่อไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัย ลูกค้าแอบถอดถุงยางออกขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือ ลูกค้าพาคนอื่นมามีเพศสัมพันธ์ด้วยมากกว่าที่ตกลงกันไว้ ซึ่งสถานการณ์หลังสุดนี้ มีผลให้พนักงานบริการหญิงมีความสนใจที่จะใช้ยาเพิร์พมากกว่าพนักงานบริการหญิงที่ไม่ต้องเผชิญสถานการณ์นี้ถึง 4.3 เท่า (P-value = 0.049) ภาวะจำเป็นที่ทำให้เข้ามาประกอบอาชีพนี้คือการมีภาระในการส่งเสียลูกและครอบครัวทำให้เกิดความสนใจในการใช้ยาเพิร์พถึง 3.3 เท่า (P-value = 0.018) ด้วยสถานการณ์เหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องขยายความครอบคลุมในการให้บริการยาเพิร์พในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ซึ่งยังอยู่ในระดับต่ำมากในปัจจุบัน

Abstract

This study explored condom coercion conditions and the interests and acceptance of female sex workers to take the Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) (N=144), using the logistic regression. It found that

female sex workers were exposing to various condom coercion conditions, including that client offering more money for not using condom, clients removing condom or declining to use though prior agreed, and clients bringing more people to have sex than agreed. Female sex works who faced the latter condition were 4.3 times (P -value = 0.049) more likely to be interested in taking PrEP than those who never faced the condition. Those who having familial burdens as the reason to become sex workers was 3.3 times (P -value = 0.018) PrEP interest than those who did not have such reason. The findings indicate the essential to increase PrEP services coverage among female sex workers as the current coverage is very low.

คำสำคัญ

สถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย
พนักงานบริการหญิง ยาต้านไวรัสป้องกัน
ก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

Keywords

Condom coercion, Female sex workers,
Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)

บทนำ

พนักงานบริการหญิง เป็นกลุ่มประชากรหลักในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ถึงแม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในประเทศไทยจะอยู่ในระดับต่ำกว่าอัตราการติดเชื้อในประชากรหลักกลุ่มอื่นๆ แต่ก็ยังถือว่าสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรทั่วไป การรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานต้านเอชไอวีของประเทศไทยล่าสุดจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ระบุว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงนอกสถานบริการคิดเป็นสัดส่วน 2% ของการติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมดของประเทศไทยในปี 2018⁽¹⁾ และข้อมูลจากการสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ (Integrated Biological Behavioral Surveillance หรือ IBBS) โดยสำนักระบาดวิทยา พบว่า พนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.00 (ปี 2559) ในขณะที่พนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ ร้อยละ 2.30 (ปี 2560) อย่างไรก็ตามเคยมีการศึกษาที่พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงสูงกว่าข้อมูลที่พบจากการสำรวจเฝ้าระวังถึง 10 เท่า โดยในกรุงเทพฯ พบอัตราการ

ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงนอกสถานบริการสูงถึงร้อยละ 20-45⁽²⁾

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีมาจากการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่สม่ำเสมอการสำรวจสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ของพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดของพนักงานในสถานบริการ (venue-based) และพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non venue-based) คือ ร้อยละ 95.90 และ ร้อยละ 97.00 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับพนักงานหญิงที่สังกัดสถานบริการและร้านอาบอบนวดซึ่งมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ร้อยละ 99.20 ถึงร้อยละ 100 ตามลำดับ⁽³⁾ มีเพียงร้อยละ 56.80 ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 99.50 ของพนักงานบริการหญิง เคยได้ยินเกี่ยวกับโรคเอดส์และมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง (ตอบถูกเฉลี่ย 5 จาก 6 คำถามมาตรฐานที่ใช้วัด) ความรู้ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการอยู่ระดับต่ำกว่าพนักงานหญิงที่สังกัดสถานบริการ⁽³⁾ ผลการศึกษานี้เกิดขึ้นในขณะที่ทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีเพียงถุงยางอนามัยและยังไม่มีบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure prophylaxis; PrEP)

หรือยาเพิร์พ ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง เป็นหนึ่งในมาตรการป้องกันการติดเชื้อใน Comprehensive package of interventions ขององค์การอนามัยโลกในปี 2016

ในปี 2564 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการให้ยาเพิร์พ สำหรับบุคคลที่มีสัญชาติไทย ไม่จำกัดอายุ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มประชากรหลักซึ่งรวมถึงพนักงานบริการหญิงด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการรับยาเพิร์พ จะต้องมีการรับบริการอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามระยะเวลาที่กำหนด จึงอาจจะเป็นเงื่อนไขที่ทำให้พนักงานบริการหญิงบางส่วน ยังคงไม่เข้าถึงบริการดังกล่าวได้จริง

รายงานผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี 2559–2564 พบว่า จำนวนพนักงานบริการหญิง ทั้งนอกและในสถานบริการ ที่กินยาเพิร์พอยู่ในปัจจุบัน 16 ราย เท่านั้น และมีจำนวนผู้เข้ารับคำปรึกษาเกี่ยวกับ ยาเพิร์พทั้งหมดเพียง 164 ราย ในขณะที่ข้อมูลรวมทุก กลุ่มประชากรหลัก ผู้รับคำปรึกษาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อยู่ที่ 10,593 ราย และมีผู้กินยาปัจจุบัน 1,119 ราย⁽⁴⁾

การทำให้พนักงานบริการหญิงมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และสามารถเข้าถึงบริการได้จริง จำเป็นต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อกระจายข้อมูล ความรู้และชักชวนให้มารับบริการ แต่การดำเนินงาน ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงก็ยังคงความเข้มข้นในการให้ บริการเพื่อเพิ่มความครอบคลุมมากเท่ากับกลุ่มประชากร หลักอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากข้อมูลความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวีของพนักงานบริการหญิงอยู่ในระดับต่ำกว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก กลุ่มอื่น ๆ เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือสาว ประเภทสอง เป็นต้น

การประกอบอาชีพบริการทางเพศ ก็ยังคง นำพนักงานบริการหญิงเข้าสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีได้สูงอยู่ ประกอบกับอัตราการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับลูกค้า มีแนวโน้มที่ลดลง

ในทั้งพนักงานบริการหญิงที่สังกัดและไม่สังกัด สถานบริการ โดยลดลงจากกว่าร้อยละ 95.00 ในปี 2559 มาเหลือเพียงประมาณร้อยละ 80.00 ในปี 2560⁽¹⁾ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการให้บริการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) ให้ครอบคลุมกลุ่มพนักงานบริการหญิงให้มากขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง และ 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อฯ กับระดับความต้องการยาต้านไวรัสก่อน การสัมผัสเชื้อของพนักงานบริการหญิง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยเรื่องการยอมรับและความสนใจในการกินยาเพิร์พเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการหญิงโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับวิทยาลัยสาธารณสุขจอห์นส์ ฮอปกินส์ บลูม เบิร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา และมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากมูลนิธิ เพื่อการวิจัยด้านโรคเอดส์ amfAR/TREAT Asia ได้เก็บข้อมูลในกรุงเทพฯ และ พัทยา ในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ พนักงานบริการหญิง จำนวน 142 ราย โดยพนักงานบริการนอกสถานบริการ (non-venue) ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มตาม วัตถุประสงค์ (purposeful recruitment) และพนักงาน บริการในสถานบริการ (venue-based) ใช้วิธี stratified proportional-to-establishment size randomized sampling การสุ่มตัวอย่างใช้ฐานข้อมูลประชากรจาก แผนที่สำรวจสถานบริการ (Mapping) ในพื้นที่กรุงเทพฯ และเมืองพัทยา ซึ่งจัดทำโดยมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายระดับความเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อเอชไอวีตามตัวชี้วัดในกรอบการวิเคราะห์ และ ใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear

Regression) สำหรับการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ซึ่งเป็น การศึกษาระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ระหว่างระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและระดับ ความสนใจหรือการยอมรับยาต้านไวรัสก่อนการติดเชื้อ เอชไอวี (PrEP) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22 การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรม ในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม (คจ.วบส.) หนังสือรับรองหมายเลข COA. No. 2016/05-044 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2559

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 144 คน พนักงานบริการหญิง ปัจจุบันมีอายุเฉลี่ยที่ประมาณ 34 ปี และเข้าสู่อาชีพนี้เมื่ออายุเฉลี่ย 27.70 ปี สถานภาพ สมรสพบว่าร้อยละ 30.55 เป็นโสด ร้อยละ 44.44 มีประสบการณ์หย่าร้างแยกกันอยู่หรือเป็นหม้าย ส่วนที่เหลือมีสถานภาพแต่งงาน มีสามีหรือแฟน ร้อยละ 18.06 พักอาศัยอยู่ร่วมกับสามีหรือแฟนในขณะที่ ประกอบอาชีพนี้ เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาพบว่า ร้อยละ 38.89 จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา คือ ร้อยละ 35.42 จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ สูงกว่าส่วนผู้ที่จบระดับประถมมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 25.69 เหตุผลของการเข้ามาสู่อาชีพพนักงาน บริการหญิง ได้แก่ การแก้ปัญหาทางการเงินหรือ เศรษฐกิจ เหตุผลลำดับแรกคือ ต้องการเงินในการเลี้ยง ดูลูก (ร้อยละ 59.03) รองลงมาคือ ต้องการเงินสำหรับ ค่าใช้จ่ายประจำวัน เช่น ค่าเช่าที่พัก ค่าอาหารและอื่น ๆ (ร้อยละ 56.25) และสำหรับภาระในการเลี้ยงดูลูก พบว่า ร้อยละ 56.25 มีลูกที่ต้องดูแลจำนวนหนึ่งหรือ สองคน ร้อยละ 10.42 ต้องดูแลลูกมากกว่าสองคน และมีเพียงจำนวน 1 ใน 3 เท่านั้นที่ไม่มีภาระในการ เลี้ยงดูลูก

สถานการณ์การทำงาน ในช่วงที่ดำเนินการ ศึกษาพนักงานบริการหญิงร้อยละ 60.42 ไม่ได้มีลูกค่า

ทุกวัน และในกลุ่มของคนที่มีลูกค่าทุกวัน พบว่า ร้อยละ 25.00 มีลูกค่าเฉลี่ยวันละ 1 คนและมีเพียงร้อยละ 14.58 มีลูกค่าเฉลี่ยมากกว่าหนึ่งคนต่อวัน นอกจากนั้น พนักงานบริการหญิงมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ ลูกค่า ร้อยละ 7.64 มีคู่นอนอื่น ๆ มากกว่าหนึ่งคน ร้อยละ 33.33 มีคู่นอนอีก 1 คนที่ไม่ใช่ลูกค่า และส่วน ใหญ่หรือร้อยละ 59.03 ไม่มีคู่นอนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ลูกค่า การใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ร้อยละ 82.64 มีการใช้ ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค่า ในขณะที่เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั่วไปที่ไม่ใช่ลูกค่า พบว่า ร้อยละ 19.44 เท่านั้นที่มีการใช้ถุงยางอนามัย (ใช้บ้าง ครั้งและใช้สม่ำเสมอ) นอกจากนี้ ยังพบว่า พนักงาน บริการหญิงเคยมีประสบการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรงทั้ง ในระหว่างการทำงานบริการทางเพศ (ร้อยละ 38.89) และในชีวิตประจำวันทั่วไป (ร้อยละ 18.06) ซึ่งสถานการณ์ ความรุนแรงเหล่านี้ อาจมีส่งผลต่อการใช้ถุงยางอนามัย ของพนักงานบริการหญิงได้

สถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย (condom coercion condition) ในการศึกษาี้ หมายถึง สถานการณ์ก่อนหรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ที่ส่งผล ต่อการใช้หรือไม่ใช้ถุงยาง หรือทำให้การใช้ถุงยางอนามัย ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน จากตารางที่ 1 แสดงให้ เห็นว่า สถานการณ์ที่พบมากที่สุดคือ ร้อยละ 47.22 ลูกค่าเสนอจ่ายค่าตัวเพิ่มเพื่อแลกกับการไม่ใช้ถุงยาง อนามัย รองลงมาคือ ร้อยละ 40.28 เกิดถุงยางอนามัย หลุด แตก หรือฉีกขาดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 27.08 ลูกค่าใช้กำลังหรือความรุนแรงในการมีเพศ สัมพันธ์ร้อยละ 25.00 ลูกค่าแอบถอดถุงยางอนามัยออก ทั้งที่ตกลงกันแล้วว่า จะใช้ถุงยางอนามัย และร้อยละ 13.89 ลูกค่าพาคนอื่นมามีเพศสัมพันธ์ด้วยโดยไม่ได้ ตกลงกันมาก่อน สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึง ความเสี่ยงที่พนักงานบริการหญิงต้องเผชิญในการทำงาน

ตารางที่ 1 สถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย (condom coercion condition) (N=144)

สถานการณ์	จำนวน (n)	ร้อยละ
ลูกค้าเสนอจ่ายค่าตัวเพิ่มเพื่อแลกกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย	68	47.22
เกิดถุงยางอนามัยหลุด แตก หรือนึกขาดระหว่างมีเพศสัมพันธ์	58	40.28
ลูกค้าใช้กำลังหรือความรุนแรงในการมีเพศสัมพันธ์	39	27.08
ลูกค้าแอบถอดถุงยางอนามัยออกทั้งที่ตกลงกันแล้วว่าจะใช้ถุงยางอนามัย	36	25.00
ลูกค้าพาคนอื่นมามีเพศสัมพันธ์ด้วยโดยไม่ได้ตกลงกันมาก่อน	20	13.89

จากการที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ ทำให้พนักงานบริการมีความความสนใจและการยอมรับยาต้านไวรัสก่อนการติดเชื้อเอชไอวีหรือยาเพร็พ (PrEP) ค่อนข้างสูง โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อคำถาม 5 ข้อ เพื่อดูว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมและคิดว่าจะสอบถาม

จากผู้ให้บริการเกี่ยวกับยาเพร็พคิดว่าตนเองจะรับประทานยาเพร็พได้ทุกวันเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะใช้ถุงยางถึงแม้จะกินยาเพร็พแล้วและเต็มใจที่จะตรวจเลือดเอชไอวีทุก ๆ 3 เดือนได้หรือไม่ผลที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสนใจและตั้งใจที่จะใช้ยาต้านไวรัสก่อนการติดเชื้อเอชไอวีหรือยาเพร็พ (PrEP) (N=144)

ความสนใจและความตั้งใจ	จำนวน (n)	ร้อยละ
ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาเพร็พ	128	88.89
จะยังคงใช้ถุงยางถึงแม้จะกินยาเพร็พแล้ว	124	86.11
เต็มใจที่จะตรวจเลือดเอชไอวีทุก ๆ 3 เดือนในระหว่างที่กินยาเพร็พ	125	86.81
คิดว่าจะสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับยาเพร็พ	110	76.39
คิดว่าตนเองจะกินยาเพร็พได้ทุกวันเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	115	79.86

ในภาพรวม ความสนใจและความตั้งใจที่จะกินยาต้านไวรัสก่อนการติดเชื้อเอชไอวี (PrEP) ของพนักงานบริการ (ตารางที่ 2) อยู่ในระดับสูงมาก กล่าวคือ ในแง่ของความสนใจ พบว่า ร้อยละ 88.89 ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยา ร้อยละ 76.39 คิดว่าจะสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับยาเพร็พ และในส่วนของการยอมรับ ร้อยละ 86.81 เต็มใจที่จะตรวจเลือดเอชไอวีทุก ๆ 3 เดือน ในระหว่างที่กินยาเพร็พ ร้อยละ 86.11 จะใช้ถุงยางถึงแม้จะกินยาเพร็พแล้ว และร้อยละ 79.86 คิดว่าตนเองจะกินยาเพร็พได้ทุกวันเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

แบ่งออกเป็น ความต้องการยาเพร็พในระดับสูง คือ ผู้ที่ตอบว่า เห็นด้วยและตัดสินใจว่าจะทำ ในทั้ง 5 ข้อ (รวม 10 คะแนน) ร้อยละ 60.42 ในขณะที่ผู้ที่มีความต้องการยาเพร็พในระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนนรวมต่ำกว่า 10 คะแนน) ร้อยละ 39.58

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) เพื่อพยากรณ์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับระดับความต้องการยาเพร็พประกอบด้วยตัวแปรของ “การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ไม่ได้มีการซื้อขาย” “ประสบการณ์ที่บังคับให้ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย” “อายุที่เริ่มประกอบอาชีพพนักงานบริการ” “ระดับการศึกษา” “สถานภาพสมรส” “จำนวนบุตรที่ต้องดูแล” “จำนวนผู้มาใช้บริการเฉลี่ยต่อวัน” “สาเหตุในการประกอบอาชีพนี้” “ประสบการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรง” “การตรวจหาเชื้อเอชไอวี” “การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” “จำนวนคู่นอนที่ไม่ได้มาจากการซื้อ

จากนั้น คำตอบของ 5 ข้อคำถามนี้ ได้นำมาทำเป็นคะแนนรวม โดยผู้ที่ตอบว่า เห็นด้วยหรือจะทำได้ คะแนน 2 ตอบว่าไม่แน่ใจ ได้คะแนน 1 และ ไม่เห็นด้วยหรือไม่ทำแน่นอน ได้คะแนน 0 และเมื่อรวมคะแนนคำตอบของ 5 ข้อ เพื่อวัด “ระดับความต้องการยาเพร็พ”

บริการ” “แหล่งของถุงยางอนามัย” และ “ความสะดวก ทางเพศสัมพันธ์” โดยผลที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3
ในการเข้าถึงบริการตรวจรักษาต้านเอชไอวีและโรคติดต่อ

ตารางที่ 3 ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับระดับความต้องการยาเพรีฟ (N=142)

ตัวแปรต้น: ความสนใจใช้ยาเพรีฟ (อ้างอิง: สนใจมาก)	B	S.E.	OR	P value	95% C.I. for OR	
					Lower	Upper
ถุงยางอนามัยกับลูกค้า-ไม่ได้ใช้เป็นประจำ (Ref. ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าเป็นประจำ)	1.1 20	.61 0	3.0 66	0.06 6	.928	10.1 28
อายุ (ปี)	-.00 2	.03 6	0.9 98	0.96 4	.930	1.07 1
อายุเมื่อเข้าสู่อาชีพบริการทางเพศ (ปี)	.02 3	.04 0	1.0 24	0.55 5	.947	1.10 7
สถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย:						
ลูกค้าเสนอจ่ายค่าตัวเพิ่มเพื่อแลกกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Ref. No)	-.37 2	.50 3	0.6 89	0.46	.257	1.84 9
ลูกค้าใช้กำลังหรือความรุนแรงในการมีเพศสัมพันธ์ (Ref. No)	.78 6	.52 5	0.4 56	0.13 4	.163	1.27 5
ลูกค้าพาคนอื่นมามีเพศสัมพันธ์ด้วยโดยไม่ได้ตกลงกันมาก่อน (Ref. No)	1.4 72	.74 9	4.3 57	.04 9*	1.00 4	18.9 15
ลูกค้าแอบถอดถุงยางอนามัยออกทั้งที่ตกลงกันแล้วว่าจะใช้ถุงยางอนามัย (Ref. No)	.01 0	.51 3	0.9 9	0.98 4	.362	2.70 7
เกิดถุงยางอนามัยหลุด แดก หรือฉีกขาดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (Ref. No)	.15 5	.50 9	1.1 68	0.76 1	.430	3.17 0
การศึกษา (Ref. ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า)						
มัธยมต้น	.15 9	.57 2	1.1 72	0.7 81	.382	3.59 4
มัธยมปลายหรือสูงกว่า	1.5 25	.61 4	4.5 96	.013 **	1.38 0	15.3 06
สถานภาพสมรส (Ref. โสด หรือไม่ได้มีคู่เป็นผู้ชาย)						
อยู่กับสามี แฟน หรือคู่	.05 8	.71 1	1.0 6	0.93 5	.263	4.27 1
หย่า แยก หม้าย	-.20 7	.56 7	0.8 13	0.71 5	.267	2.47 0

ตารางที่ 3 ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับระดับความต้องการยาเพร็พ (N=142) (ต่อ)

ตัวแปรต้น: ความสนใจใช้ยาเพร็พ (อ้างอิง: สนใจมาก)	B	S.E.	OR	P value	95% C.I. for OR	
					Lower	Upper
มีคู่ แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	.60 9	1.0 39	0.5 44	0.55 8	.071	4.16 7
จำนวนบุตรหลานที่ต้องดูแล (Ref. ไม่มีบุตรหลานที่ต้องเลี้ยงดู)						
1-2 คน	.30 3	.50 5	0.7 39	0.54 9	.275	1.98 9
มากกว่า 2 คน	.28 0	.80 7	0.7 55	0.72 8	.155	3.67 5
จำนวนลูกค้าเฉลี่ยต่อวัน (Ref. ไม่ได้มีลูกค้าทุกวัน)						
เฉลี่ยวันละ 1 คน	.05 8	.53 0	1.0 6	0.91 3	.375	2.99 7
เฉลี่ยมากกว่าหนึ่งคนต่อวัน	.02 0	.61 4	0.9 8	0.97 3	.294	3.26 2
เหตุผลที่มาทำงานบริการทางเพศ คือ ต้องการเงินเพื่อใช้จ่าย (Ref. = ไม่ใช่)	.00 5	.43 8	1.00 5	0.99 2	.426	2.37 1
เหตุผลที่มาทำงานบริการทางเพศ คือ ต้องการเงินเพื่อเลี้ยงดูบุตรหลานหรือครอบครัว (Ref. = ไม่ใช่)	1.2 06	.51 2	3.3 4	.018 **	1.22 6	9.10 5
มีประสบการณ์ความรุนแรงทั้งในการทำงานหรือนอกเวลาทำงาน (Ref. ไม่เคยมีประสบการณ์ความรุนแรง)	.41 1	.42 2	.66 3	0.33	.290	1.51 7
การตรวจเลือดเอชไอวี (Ref. ตรวจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)						
ไม่เคยตรวจ	.71 9	.67 5	0.4 87	0.28 7	.130	1.83 1
เคยตรวจนานมาแล้ว	.15 4	.47 7	0.8 57	0.74 6	.337	2.18 2
มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Ref. ไม่มีอาการ)	.16 2	.51 6	1.17 6	0.75 3	.427	3.23 6
จำนวนคู่นอนที่ไม่ใช้ลูกคา (Ref. ไม่มี)						
หนึ่งคน	.86 5	.63 6	0.4 21	0.17 4	.121	1.46 5

ตารางที่ 3 ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับระดับความต้องการยาเพิร์พ (N=142) (ต่อ)

ตัวแปรต้น: ความสนใจใช้ยาเพิร์พ (อ้างอิง: สนใจมาก)	B	S.E.	OR	P value	95% C.I. for OR	
					Lower	Upper
มากกว่าหนึ่งคน	-.35 6	1.0 97	0.7	0.74 5	.082	6.00 9
แหล่งที่มาของถุงยางอนามัยสำหรับใช้ (Ref. ได้ฟรีจาก NGOs หรือสถานบริการ)						
ลูกค้า	.92 7	.52 8	0.3 96	0.07 9	.141	1.11 3
ซื้อเอง	-.62 3	.71 2	0.53 6	0.38 2	.133	2.16 6
มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Ref. เข้าถึงได้ง่าย)	.63 2	.680	1.8 82	0.35 2	.496	7.13 1

พนักงานบริการที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับลูกค้ามีความสนใจยาเพิร์พในระดับสูงมากกว่าพนักงานบริการที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าถึง 3 เท่า (p -value = 0.066) และเมื่อดูรูปแบบ “สถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย” พบว่า การที่ลูกค้าพาคนอื่นมา มีเพศสัมพันธ์ด้วยมากกว่าที่ตกลงกันไว้ ก็เป็นสถานการณ์ที่ทำให้พนักงานบริการมีความสนใจยาเพิร์พในระดับสูงมากกว่าพนักงานบริการที่ไม่พบกับเหตุการณ์นี้ถึง 4.3 เท่า (p -value = 0.049) พนักงานบริการที่มีเหตุผลในการเข้ามาประกอบอาชีพนี้ คือ เพื่อหาเงินให้ลูกและครอบครัวมีความสนใจในการใช้ยาเพิร์พมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีเหตุผลนี้ในการเข้ามาประกอบอาชีพ ถึง 3.3 เท่า (p =0.018) ในส่วนของคุณลักษณะทางประชากร พบว่า พนักงานบริการที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า มีความสนใจยาเพิร์พในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่จบระดับประถมหรือต่ำกว่า ถึง 4.5 เท่า (p -value = 0.013) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่ส่งผลอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติต่อความสนใจยาเพิร์พในระดับสูงที่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า พนักงานบริการหญิงจำนวนไม่น้อยที่ต้องตกอยู่ในสถานการณ์บังคับที่ทำให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ไม่สำเร็จ (Condom coercion conditions) และเป็นสถานการณ์ที่ทำให้พนักงานบริการหญิงให้ความสนใจในระดับสูงที่จะใช้ยาเพิร์พเป็นทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะการที่ลูกค้าพาคนอื่นมา มีเพศสัมพันธ์ด้วยมากกว่าที่ตกลงกันไว้ ส่งผลต่อความสนใจกินยาเพิร์พมากที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่า สถานการณ์เช่นนี้อาจเป็นสิ่งที่จัดการได้ยากที่สุดเพราะไม่ใช่การเผชิญหน้ากันเพียงลำพัง แต่ฝ่ายลูกค้ามีจำนวนคนที่มากกว่า ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ใช้ตัวแปรนี้ในการวิเคราะห์การใช้ถุงยางอนามัยในพนักงานบริการหญิง แต่มีการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่พบว่า เพศสัมพันธ์แบบหลายคนส่งผลให้แนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยลดลง⁽⁵⁾

สถานการณ์บังคับที่ทำให้ใช้ถุงยางได้ไม่สำเร็จในกลุ่มพนักงานบริการเป็นสิ่งที่พบในการศึกษาอื่นๆ ด้วย การสำรวจสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 ที่ระบุว่า ร้อยละ 71.50 ของพนักงานบริการฯ มีประสบการณ์

ที่ถูกลูกค้าปฏิเสธที่จะใช้ถุงยางอนามัย⁽³⁾ หรือแม้กระทั่งข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพนักงานบริการ ที่พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยลดลงจากกว่าร้อยละ 95.00 จากการสำรวจในปี 2559 เหลืออยู่ที่กว่าร้อยละ 80.00 ในปี 2560⁽¹⁾ ถึงแม้การสำรวจนี้จะไม่มียอดข้อมูลว่า เพราะเหตุใดพนักงานบริการจึงไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย แต่อัตราการใช้ที่ลดลง ก็สะท้อนถึงความจำเป็นในการทำให้พนักงานบริการหญิงได้รับบริการยาเพิร์ฟได้ครอบคลุมมากขึ้น

มีการศึกษาเกี่ยวกับการต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างพนักงานบริการ และลูกค้าพบว่า มีสถานการณ์ที่ลูกค้าที่เสนอเงินให้มากกว่าปกติ⁽⁶⁾ ในการศึกษาพบว่า เป็นสถานการณ์ที่พบมากที่สุดด้วย (ร้อยละ 47.22) เมื่อเทียบกับสาเหตุอื่นที่ทำให้ใช้ถุงยางอนามัยไม่สำเร็จ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2555 - 2559 ระบุว่าประเภทของคู่นอนมีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของพนักงานบริการหญิง โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับสามีหรือคนรักอยู่ในระดับต่ำสุด (ต่ำกว่าร้อยละ 35.00) เมื่อเทียบกับลูกค้าประจำที่ประมาณร้อยละ 94.00 และกับลูกค้าทั่วไปที่มากกว่าร้อยละ 98.00⁽⁴⁾ รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2561 แม้อัตราการใช้ถุงยางฯ กับคู่นอนประจำอย่างสม่ำเสมอจะสูงกว่าเมื่อปี พ.ศ. 2555 ที่มีเพียงร้อยละ 21.8⁽³⁾

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายจากมุมมองของโครงการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ที่ส่วนใหญ่จะสร้างบนฐานทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) และมีข้อค้นพบที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากหลายประเทศทั่วโลกที่น่าทึ่งที่ทั้งสองนี้ไปใช้ในงานวิจัยและสร้างโครงการป้องกันแต่การศึกษานี้จะขออภิปรายผลโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher และ Rosenstock ปี ค.ศ. 1977⁽⁷⁾ กล่าวคือ 1. พนักงานบริการฯ ระบุว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง

(Perceived susceptibility) ต่อการติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับยาเพิร์ฟในระดับสูง (ร้อยละ 88.89) 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ในกลุ่มพนักงานบริการฯ ทำให้มีความคิดและตัดสินใจที่จะถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับยาเพิร์ฟในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 76.39) 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action) สะท้อนให้เห็นจากพนักงานบริการฯ มีความว่าถ้ากินยาเพิร์ฟแล้ว ยังจะใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ เพราะเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง 4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากงานวิจัยจากฐานข้อมูลเดียวกันที่เผยแพร่ก่อนหน้านี้ ซึ่งระบุว่าร้อยละ 25.00 ของลูกค้าจะไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยถ้ารู้ว่าตนเองกินยาเพิร์ฟ⁽⁸⁾ 5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึงสภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ กัน เพื่อเกิดความร่วมมือในด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากพนักงานบริการฯ ร้อยละ 79.86 จะรับประทานยาเพิร์ฟเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทุกวัน และ 6. ปัจจัยอื่น ๆ (Social factor) คือ คนในครอบครัวซึ่งพนักงานบริการฯ ในการศึกษาครั้งนี้ระบุว่าสาเหตุหลักที่มาประกอบอาชีพนี้เพื่อต้องการรายได้ให้ลูกและสมาชิกครอบครัว ซึ่งกว่าสองในสามต้องเลี้ยงดูลูก 1-3 คน จึงเป็นแรงผลักดันให้ตนเองต้องดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้หรือการยอมรับยาเพิร์ฟในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในประเทศอื่น ๆ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความต้องการใช้ยาเพิร์ฟของพนักงานบริการทางเพศเป็นอย่างมาก ถึงแม้การรับรู้เกี่ยวกับบริการยาเพิร์ฟจะไม่สูงมาก อาจเพราะบริการยังไม่ครอบคลุมมากพอ⁽⁹⁻¹²⁾ แต่อย่างไรก็ตามการรับยาเพิร์ฟอย่างต่อเนื่องก็ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ซึ่งมีงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวนหนึ่งพบว่า

ผลข้างเคียงของยา ความกลัวการถูกตีตรา และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการยาเพิร์พ เป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ที่ทำให้ไม่มีการใช้ยาเพิร์พอย่างต่อเนื่อง^(1,3)

บริการยาเพิร์พของพนักงานบริการหญิงทั้งในและนอกสถานบริการ

สรุป

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญคือ สถานการณ์ในการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งพบว่า ถึงแม้จะมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่าร้อยละ 80.00 แต่ก็มีสถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย (condom coercion condition) ที่อาจนำไปสู่การใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือทำให้การใช้ถุงยางอนามัยไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันในอัตราสูงด้วยเช่นกัน

พนักงานบริการหญิงในการศึกษานี้มีความสนใจที่จะใช้ยาเพิร์พในระดับสูง และปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสนใจดังกล่าว คือ การที่พนักงานบริการหญิงต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ที่อาจทำให้ การใช้ถุงยางอนามัยไม่เกิดขึ้นหรือไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ข้อมูลจากการสำรวจอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการมีแนวโน้มลดลง เป็นอีกข้อมูลที่ยืนยันถึงความจำเป็นในการจัดบริการยาเพิร์พให้กับกลุ่มพนักงานบริการหญิงด้วยเช่นกัน ความสนใจยาเพิร์พในระดับสูงซึ่งประกอบด้วยความเต็มใจที่จะยังคงใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ใช้ยาเพิร์พด้วย ก็สะท้อนให้เห็นว่า พนักงานบริการหญิงมีความต้องการที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างจริงจัง และยังคงเห็นความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ถึงแม้ยาเพิร์พจะสามารถเป็นอีกทางเลือกในการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันได้

ในปัจจุบันซึ่งการให้บริการยาเพิร์พสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้นและครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่กลับพบว่า จำนวนพนักงานบริการหญิงที่เข้ารับบริการรับคำปรึกษาและกินยาเพิร์พอยู่ในปัจจุบันมีจำนวนน้อยมาก ประกอบด้วยสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีการเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ และอาจไม่สามารถป้องกันได้ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการเข้าถึง

ข้อเสนอแนะ

ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษานี้ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการขยายความครอบคลุมในการให้บริการยาเพิร์พไปในกลุ่มพนักงานบริการหญิงให้มากขึ้น จากสถิติผู้รับบริการในกลุ่มนี้ซึ่งต่ำกว่า แต่ในขณะที่พนักงานบริการหญิงที่เผชิญกับสถานการณ์ที่อาจทำให้ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีอยู่จำนวนไม่น้อย และในขณะเดียวกัน จำเป็นต้องขยายความครอบคลุมของการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพของพนักงานบริการในการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ถึงแม้จะมีการใช้ยาเพิร์พแล้วก็ตาม

ในทางวิชาการ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์บังคับเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย (condom coercion condition) ให้มากขึ้น ถึงแม้การสำรวจเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงจะพบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างสูง แต่สถานการณ์ที่อาจส่งผลให้ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ ยังไม่เป็นที่รับรู้และเข้าใจมากพอ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการนำมาออกแบบบริการหรือมาตรการในการแก้ไขและป้องกันสถานการณ์ดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนเพียง 144 ราย ซึ่งข้อค้นพบต่างๆ ที่อภิปรายไว้ข้างต้นอาจจะไม่สามารถใช้อธิบายประชากรกลุ่มเดียวกันในพื้นที่อื่นได้อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้คัดเลือกจากพื้นที่ที่มีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ฐานข้อมูลประชากรจากแผนที่สำรวจสถานบริการ (Mapping) ในกรุงเทพฯ และเมืองพัทยา ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนจากพนักงานบริการในพื้นที่ที่เลือกเอาไว้แล้ว ดังนั้นจึงอาจจะไม่ใช่ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของพื้นที่ (ระดับจังหวัด) ที่เก็บข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะผู้วิจัยวิทยาลัยสาธารณสุขจอห์นส์ ฮอปกินส์ บลูม เบิร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา นำโดย ดร. มิเชล เดกเกอร์ ร่วมด้วยคุณเจนนิเฟอร์ เซอร์วูด นักวิจัยจากมูลนิธิเพื่อการวิจัยด้านโรคเอดส์ amfAR/TREAT Asia และที่สำคัญคือมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) ที่มีส่วนในการเก็บข้อมูลทั้งในพื้นที่กรุงเทพฯ และพัทยา

เอกสารอ้างอิง

1. HIV AIDS Asia Pacific Research Statistical Data Information Resources AIDS Data Hub. HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific Review in slides Thailand [Internet]. Bangkok: HIV/AIDS Data Hub Office, UNAIDS RST AP; 2018 [cited 2019 Nov 15] Available from: <https://www.aidsdatahub.org/resource/data-availability-slides>.
2. Manopaiboon C, Dimitri Prybylski, Subhachaturas W, Tanpradech S, Suksripanich O, Siangphoe U, et al. Unexpectedly high HIV prevalence among female sex workers in Bangkok, Thailand in a respondent-driven sampling survey. *International journal of STD & AIDS*. 2013; 24(1): 34–38. doi:10.1177/0956462412472300.
3. Philip Guest. 2007 survey of sexual and reproductive health of sex workers in Thailand. 1st edition. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2007.
4. Division of Epidemiology. AIDS Surveillance System [Internet]. Nonthaburi: publisher unknow. c2019 [updated 2019 Nov 15; cited 2019 Nov 15] Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system. (in Thai)
5. Wijnand van den Boom, Udi Davidovich, José Heuker, Femke Lambers, Prof Maria Prins, Theo Sandfort, et al. Is group sex a higher-risk setting for HIV and other STIs compared to dyadic sex among MSM?. *Sexually transmitted diseases*. 2016; 43(2): 99–104.
6. Jaruwan Kownakla, Darunee Rujkorakarn. Unsafe Sexual Behavior among People Living with HIV/AIDS and Methods to Avoid Unsafe Sexual Intercourse. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018; 36(4): 195–203.
7. Strecher VJ, Champion VL, Rosenstock IM. The health belief model and health behavior 1: Personal and social determinants. 1997; New York, NY, US: Plenum Press; p.71–91.
8. Sumet Ongwandee, Cheewanan Lertpiriyasawat, Thana Khawcharoenporn, Ploenchan Chetchotisak, Ekkachai Thiansukhon, Niramom Leerattana-etch, et al. Implementation of a Test, Treat, and Prevent HIV program among men who have sex with men and transgender women in Thailand, 2015–2016. *PloS one*. 2018; 13(7): e0201171. doi.org/10.1371/journal.pone.0201171
9. Robyn Eakle, Adam Bourne, Judie Mbogua, Nyaradzo Mutanha, Helen Rees. Exploring acceptability of oral PrEP prior to implementation among female sex workers in South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2018; 21(2): e25081. doi: 10.1002/jia2.25081
10. Zixin Wang, Joseph T. F. Lau, Xueying Yang, Yong Cai, Danielle L. Gross, Tiecheng Ma, et al. Acceptability of Daily Use of Free Oral Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among Transgender Women Sex Workers in Shenyang, China. *AIDS Behav*. 2017; 21(12): 3287–98. doi.org/10.1007/s10461-017-1869-4

11. Carmen H Logie, Ying Wang, Patrick Lalor, Davina Williams, Kandasi Levermore. Pre and Post-exposure Prophylaxis Awareness and Acceptability Among Sex Workers in Jamaica: A Cross-Sectional Study. *AIDS Behav.* 2021; 25(2): 330-43. doi: 10.1007/s10461-020-02972-5.
12. Sarah M Peitzmeier, Catherine Tomko, Erin Wingo, Anne Sawyer, Susan G Sherman, Nancy Glass, et al. Acceptability of microbicidal vaginal rings and oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among female sex workers in a high-prevalence US city. *AIDS Care.* 2017; 29(11): 1453-7. doi:10.1080/09540121.2017.1300628.
13. Diantha Pillay, Kayla Stankevitz, Michele Lanham, Kathleen Ridgeway, Mercy Murire, Elmarie Briedenhann, et al. Factors influencing uptake, continuation, and discontinuation of oral PrEP among clients at sex worker and MSM facilities in South Africa. *PLOS ONE.* 2020; 15(4): e0228620. doi: 10.1371/journal.pone.0228620