

การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบบูรณาการ จังหวัดยโสธร

Development of integrated prevention strategies for HIV, hepatitis, and STIs (HHS) in Yasothon Province

ธีระพงษ์ แก้วอมร¹

Theerapong Kaewpamorn¹

แมน แสงภักดิ์²

Man Saengpak²

ถนอม นามวงศ์^{3*}

Thanom Namwong^{3*}

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

¹ Ubon Ratchathani Provincial Health Office

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

² Yasothon Provincial Health Office

³ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

³ Sirindhorn College of Public Health,

Ubon Ratchathani

*Corresponding author e-mail: tanom2006@yahoo.com

DOI: 10.14456/taj.2024.12

Received: September 16, 2024 Revised: November 8, 2024 Accepted: November 13, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติการ (3) การสังเกตการณ์ และ (4) การสะท้อนผล ตัวอย่างเป็นกลุ่มประชากรหลักและเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์การดำเนินงาน มี 7 องค์ประกอบ โดยใช้ 5 กลไกหลักในการขับเคลื่อน ผลจากการนำกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่พบว่า กลุ่มประชากรหลักเข้าถึงการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อเข้าสู่การรักษาและได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม และมีความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสามารถทำได้ดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย เป็นโอกาสพัฒนาในลำดับต่อไป โดยเน้นประเด็นการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ และการจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

Abstract

This action research aimed to develop strategies for preventing HIV, hepatitis, and sexually transmitted infections (STIs). The research consisted of four stages: (1) planning, (2) action, (3) observation, and (4) reflection. The sample consisted of key populations and stakeholders in Yasothon Province. The study identified that the strategy comprises seven components driven by five main mechanisms. The implementation of the strategy revealed that key populations had increased access to screening. Infected individuals were referred for treatment and received higher-quality care. Stakeholders actively participated and expressed

satisfaction with the developed strategy. However, while progress toward the 95-95-95 targets set by the Ministry of Public Health has improved, it remains below the goal. This presents an opportunity for further development, with a focus on reducing stigma and discrimination related to HIV/AIDS and delivering services tailored to the context of key populations.

คำสำคัญ

เอชไอวี, ตับอักเสบบี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กลยุทธ์การป้องกันโรคแบบบูรณาการ

Keywords

HIV, hepatitis, STIs, integrated prevention strategies

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS) โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (hepatitis B and C) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections, STIs) ทั้ง 3 โรครวมกันเป็นภัยคุกคามที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมายต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย กรมควบคุมโรคคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม 520,345 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,485 คน/ปี และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 9,322 ราย/ปี⁽¹⁾ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564-2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 29.2 และ 31.7 ตามลำดับ⁽²⁾ ส่วนสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B) ภาพรวมระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2563-2564 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 9.71 และ 6.74 ตามลำดับ⁽³⁾

จังหวัดยโสธร เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว ข้อมูล ณ วันที่ 7 เมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2,240 คน เสียชีวิตแล้ว 61 คน ยังมีชีวิตอยู่ 2,179 คน⁽⁴⁾ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ปี พ.ศ. 2564-2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 26.7 และ 29.0 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ด้านโรคไวรัสตับอักเสบบี การศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2563 พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนทั่วไป ร้อยละ 3.9⁽⁶⁾ ส่วนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี การศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการติดเชื้อไวรัส

ตับอักเสบบี ซี ในพนักงานคัดแยกขยะ ร้อยละ 3.1⁽⁷⁾ จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนว่าปัญหาเอชไอวี/เอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง และส่งผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อที่จะยุติปัญหาเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจริงจัง มีแผนและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติฉบับล่าสุด ได้แก่ แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2566-2569 ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 มีกรอบการดำเนินงาน 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุม (2) ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืน (3) พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพ รอบด้านและยั่งยืน (4) ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิเพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ (5) เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบการลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ และ (6) ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ^(8,9) นอกจากนี้ ยังมียุทธศาสตร์ด้าน

อุยงอนามัย (พ.ศ. 2563-2573) ที่เน้นการส่งเสริมให้การใช้ถุงยางอนามัยของประชาชน⁽¹⁰⁾ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565-2573 มีอยู่ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รายใหม่ (2) ส่งเสริมการเข้าถึงความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี (3) ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (4) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และ (5) พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ ร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566-2573 มีอยู่ 4 มาตรการ ได้แก่ (1) เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย (2) พัฒนาระบบบริการต้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีคุณภาพ เป็นมิตร ครอบคลุม ทัวถึง และเท่าเทียม (3) พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และ (4) สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำกลยุทธ์ภาคส่วนสุขภาพระดับโลก ภายใต้โครงการบูรณาการด้านเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับโลก ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2565-2573 มีเป้าหมายร่วมกันในการกำจัดทั้ง 3 โรค (HIV-Hepatitis-STIs, HHS) กลยุทธ์ใหม่นี้เสนอวิสัยทัศน์ร่วมกันในการยุติการระบาด และส่งเสริมการครอบคลุมด้านสุขภาพถ้วนหน้า การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความมั่นคงด้านสุขภาพ ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะโรคเพื่อยุติโรคเอดส์ การแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในปี พ.ศ. 2673 มีกรอบแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าหมาย 5 กลยุทธ์

ได้แก่ (1) การจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง (2) เพิ่มประสิทธิภาพของระบบและความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ (3) พัฒนาระบบข้อมูลและขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้ข้อมูล (4) สร้างพลังและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคม และ (5) ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในการดำเนินงาน ทั้งนี้ ในการดำเนินงานแต่ละโรคมักกลยุทธ์และแนวทางย่อยๆ ในการดำเนินงานอีกเป็นจำนวนมาก⁽¹³⁾

บริบทการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดยโสธร ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักจะเป็นการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่และองค์กรภาคประชาสังคม กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัดที่สำคัญ คือ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ได้ปรับลดบทบาทลงอย่างเห็นได้ชัดเจนในช่วง 10 ปีให้หลัง ทำให้การขับเคลื่อนและการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ลดลงและไม่ต่อเนื่อง ส่งผลกระทบถึงเป้าหมายการดำเนินเพื่อยุติปัญหาเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่ ได้แก่ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงหรือไม่ถึงเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อบางส่วนไม่เข้าสู่การรักษา โดยข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2564 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนแต่ยังไม่ได้กินยา ร้อยละ 15.2, 18.0 และ 8.3 ตามลำดับ และมีผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีสามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/mm³ เพียงร้อยละ 43.6, 37.9 และ 51.7 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ถึงแม้องค์การอนามัยโลกและประเทศไทยจะมีกลยุทธ์การดำเนินงานที่ชัดเจน และกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ขยายผลไปสู่การปฏิบัติในแต่ละจังหวัด แต่การที่จะดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายในการกำจัดทั้ง 3 โรค ถือเป็นความท้าทายสำหรับผู้บริหารและคนทำงานในพื้นที่ เพราะแต่ละโรคมักกลยุทธ์และเป้าหมายการดำเนินงานที่แตกต่างกัน บางกลยุทธ์อาจคล้ายกันและมีเป้าหมายการดำเนินงาน ในกลุ่มประชากรเดียวกัน นอกจากนี้ การนำกลยุทธ์ต่างๆ

ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ยังไม่มีรูปแบบและกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน ประกอบกับกลยุทธ์หรือแนวทางเดิมที่มีอยู่ก็ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งอาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ กลยุทธ์การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบกับกลุ่มเป้าหมายหลักมีวิถีชีวิตที่ซับซ้อนและเข้าถึงค่อนข้างยาก บางกลุ่มมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และทัศนคติเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและความหลากหลายทางเพศที่ยังคงมีอยู่ในสังคมไทย

จากสภาพปัญหาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดยโสธรขึ้น เพื่อพัฒนากลยุทธ์ขึ้นมาใหม่ โดยการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อกำจัดทั้ง 3 โรค เป็นหนึ่งเดียว ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ เกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้ง 3 โรค และการบูรณาการของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้กับพื้นที่อื่น ๆ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดยโสธร ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - เดือนพฤศจิกายน 2566

1. กระบวนการวิจัย ประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹⁴⁾ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การวางแผน (planning) เพื่อสำรวจสภาพปัญหา บริบทดำเนินงาน และวางแผนพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน โดยการทบทวนเอกสาร ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565

2) การปฏิบัติการ (action) ถ่ายทอดกลยุทธ์

การดำเนินงานสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติด้วยการจัดระบบบริการเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565

3) การสังเกตการณ์ (observing) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้วยการออกเยี่ยมติดตามในพื้นที่ ประเมินผลการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและการดูแลรักษาในระบบฐานข้อมูล HIV info HUB⁽⁴⁾ รวมทั้งสำรวจการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565 - เดือนตุลาคม 2566

4) การสะท้อนผล (reflecting) สรุปผลคืนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถอดบทเรียนให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมกับรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2566

2. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มประชากรหลักทุกคนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดยโสธร และกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน HHS

ตัวอย่าง มีอยู่ 3 ส่วน ได้แก่

1) ตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อสำรวจปัญหา บริบทการดำเนินงาน และวางแผนพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 9 อำเภอ อำเภอละ 12 คน ได้แก่ (1) แพทย์อายุรกรรมในโรงพยาบาล 1 คน (2) เภสัชกรที่ทำหน้าที่จ่ายยารักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาล 1 คน (3) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคในโรงพยาบาล 1 คน (4) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาล 1 คน (5) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน (6) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 คน (7) เครือข่าย ศูนย์องค์รวม (เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี) 2 คน (8) ตัวแทนกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ 2 คน และ (9) ตัวแทนกลุ่มพนักงานบริการในพื้นที่ 2 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกได้แก่ ก) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาแล้วอย่างน้อย 3 ปี ข) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วย หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่างๆ

2) ตัวอย่างสำหรับนำกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นกลุ่มประชากรหลักทุกคนในพื้นที่จังหวัดโยธธา ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มเยาวชน พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง ประชาชนในชุมชน เด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

3) ตัวอย่างสำหรับประเมินผลการดำเนินงาน และความพึงพอใจ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 159 คน ประกอบด้วย (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 6 คน (2) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ทั้ง 9 แห่ง แห่งละ 2 คน (3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทั้ง 9 อำเภอ อำเภอละ 2 คน และ (4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 117 แห่ง แห่งละ 1 คน กำหนดเกณฑ์คัดเลือกได้แก่ ก) มีส่วนร่วมกับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง และ ข) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และกำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่างๆ

3. เครื่องมือที่ใช้และคุณสมบัติของเครื่องมือ มีอยู่ 3 ส่วน ได้แก่

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม หรือสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการพัฒนากลยุทธ์ พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 6 ข้อ ได้แก่ (1) สภาพปัญหา การแพร่ระบาดของโรค (2) บริการด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่ผ่านมา (3) สาเหตุการเข้าถึงระบบบริการ (4) จุดเด่น จุดด้อยของรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา

(5) กระบวนการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหลักเข้าถึงระบบบริการ และ (6) ข้อเสนอแนะในการพัฒนากลยุทธ์

2) แบบเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน HHS พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 3 ส่วน รวม 13 ข้อ (1) จำนวนกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่ (2) ผลการดำเนินการเข้าถึงบริการของ HHS และ (3) ผลการเข้าถึงบริการ 95-95-95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 2 ส่วน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 10 ข้อ และ (2) ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น 11 ข้อ

การประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ (1) ทำการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือตามข้อ 2)-3) ด้วยการหาค่า CVI (content validity index) โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ได้ค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83-1 และ (2) หาค่าความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (internal reliability) เครื่องมือตามข้อ 3) ด้วยการนำไป try out แล้ววิเคราะห์หาค่าแอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เท่ากับ 0.95 ส่วนความพึงพอใจ เท่ากับ 0.98

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน HHS ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย (1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจ นำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best⁽¹⁵⁾ เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง และ (2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบสัดส่วนผลการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมายหลักก่อนการพัฒนากลยุทธ์ คือ ข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และหลังการพัฒนากลยุทธ์

คือ ข้อมูลในปั๊บบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยใช้สถิติ Z-test

5. จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6580 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2565

ผลการศึกษา

1. ขั้ววางแผน

1.1 สภาพปัญหาและบริบทดำเนินงาน ปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร ยังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โรคที่พบอัตราการติดเชื้อค่อนข้างสูง คือ ซิฟิลิส ตับอักเสบบี และ บี ตามลำดับ การติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และผู้ต้องขังรายใหม่ เป็นตัวแทนที่สะท้อนถึงขนาดปัญหาที่มีอยู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไป การติดเชื้อดังกล่าวสะท้อนถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงระบบการตรวจรักษา ไม่รู้สถานการณ์ติดเชื้อขาดโอกาสในการรักษา เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้กินยาถึง ร้อยละ 8.3 และผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีสามารถกดไวรัสได้เพียง ร้อยละ 51.7 การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวียังคงมีอยู่ ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าสู่การรักษา การดำเนินงานที่ผ่านมามีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังขาดรูปแบบที่มีความชัดเจนขาดกลไกขับเคลื่อนและการบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ระบบสารสนเทศด้าน HHS มีค่อนข้างครบถ้วนและหลากหลาย แต่การใช้ประโยชน์หรือส่งต่อข้อมูลให้กับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างน้อย

1.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน ควรมีการเร่งรัดการส่งเสริมความรู้ การเข้าถึงถุงยางอนามัย การตรวจคัดกรอง และมีระบบส่งต่อเข้าสู่การรักษา พัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มเยาวชน และกลุ่มเสี่ยงสูงอื่นๆ เพิ่มช่องทางการ

ส่งต่อเพื่อการรักษาในคลินิกการตรวจรักษาเฉพาะโรค สนับสนุนให้มีจุดบริการเพื่อส่งเสริมให้เข้าถึงบริการในระดับพื้นที่/ชุมชน และยกระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

1.3 การวางแผนพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน

จากข้อมูลข้างต้นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้ประชุมระดมความคิดเห็น นำไปสู่การวางแผนกลยุทธ์การดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ กลยุทธ์การดำเนินงาน และกำหนดกลไกในการขับเคลื่อนกลยุทธ์

1) กลยุทธ์การดำเนินงาน มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ Reach - Recruit - Test - Treat - Prevention - Retain (RRTTPR) ทั้งการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ (2) เร่งรัดยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติจาก HHS โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด (3) ส่งเสริมความรู้ HHS และส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ทั้งยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (pre-exposure prophylaxis, PrEP) และถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยงสูง (4) ยกระดับมาตรฐานคลินิก HHS เพื่อการรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ (5) บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และ (6) พัฒนาระบบฐานข้อมูล

2) กลไกหลักในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กรรมการ ซึ่งเป็นคณะทำงานในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ ได้แก่ รพ.สต., สสอ., โรงพยาบาล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด, เครือข่ายภาคประชาสังคม, ชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (2) กองทุน เป็นแหล่งงบประมาณในการดำเนินงาน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น, งบท้องถิ่น, จาก CUP (contracted unit of primary care), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 อุบลราชธานี, จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทาง-เพศสัมพันธ์ (3) อุปกรณ์ เป็นการเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ยาให้พร้อมและเพียงพอ ได้แก่ ชุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น (rapid test), ถุงยางอนามัย และการ

บริหารยา (4) การจัดการ ได้แก่ การเตรียมแนวทางหรือสร้างระบบการดำเนินงานให้มีความชัดเจน (protocol/CPG) การกำกับติดตาม (monitoring) อย่างเข้มข้น การบริหารงานด้วยข้อมูล (data-driven) การเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง (empowerment) และการสร้างนวัตกรรมหรือพัฒนางานด้วยการวิจัย (R2R) (5) การหนุนเสริมจากหน่วยงานระดับเขตและกรมควบคุมโรค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร. 10) จังหวัดอุบลราชธานี สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี กองโรคเอดส์-และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกองระบาดวิทยา และ (6) บูรณาการแบบมีส่วนร่วม (involvement & integrate) จากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

2. ชั้นปฏิบัติการ

ได้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ให้สามารถจัดบริการและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม จากนั้นถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในพื้นที่โดยใช้กลไกหลักที่เป็นคณะกรรมการ และใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ระดับจังหวัด เป็นกลไกในขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน และมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยข้อมูล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นฝ่ายเลขานุการ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อเชื่อมโยงนโยบายหรือยุทธศาสตร์ระดับชาติ สู่กลยุทธ์การดำเนินงานระดับพื้นที่ และเชื่อมโยงการทำงานของคณะกรรมการระดับต่าง ๆ และมีทีมหนุนเสริมจากระดับเขต คือ สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี และ สคร.10 อุบลราชธานี คอยเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน รวมทั้ง กรมควบคุมโรคที่สนับสนุนด้านวิชาการและจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

3. ชั้นสังเกตการณ์ นำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน

3.1 ผลการจัดระบบบริการ

1) ยกระดับการให้บริการของคลินิกในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการให้บริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยโรงพยาบาลทุกแห่ง

เข้าร่วมประเมินตนเองในระบบออนไลน์ เพื่อวิเคราะห์ GAP และสาเหตุของการดำเนินงานในคลินิก จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้ โดยยึดผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่ต้องรับการประเมินจาก สคร.10 อุบลราชธานี และผ่านการประเมินทั้ง 2 แห่ง

2) เพิ่มศักยภาพของคลินิกเอชไอวี/เอดส์สำหรับให้บริการยา PrEP ในพื้นที่จังหวัดยโสธร มีโรงพยาบาล 7 แห่งเข้าร่วมโครงการ จากทั้งหมด 9 โรงพยาบาล

3) เผื่อระวังพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มเยาวชนทหารกองประจำการ กลุ่มพนักงานบริการ โดยบูรณาการการดำเนินงานประจำปี ร่วมกับกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

4) เผื่อระวังการติดเชื้อหรือตรวจคัดกรองเชิงรุก ได้แก่ เผื่อระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยชุดตรวจ rapid test จัดบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาด้วยชุดตรวจ rapid test ซึ่งดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการตรวจคัดกรองและการให้คำปรึกษา

5) ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จากเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. และส่งต่อให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

6) ตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับโครงการราชทัณฑ์ปันสุข

7) ตรวจคัดกรองเชิงรุกและการส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ RRTPR ในกลุ่มพนักงานบริการในสถานบันเทิง และกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

8) รณรงค์สร้างกระแสอย่างต่อเนื่องในวันสำคัญต่างๆ ได้แก่ วันเอดส์โลก วันแห่งความรัก วันตับอักเสบบีโลก วันลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ทั้งการจัดกิจกรรมเชิงรุกและการรณรงค์ผ่านสื่อออนไลน์ตามช่องทางต่างๆ เช่น เพจ เฟซบุ๊ก กลุ่มไลน์ และ สื่อสารมวลชนในพื้นที่

9) จัดกิจกรรมการสร้างความรู้เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนนักร้องในโรงเรียนมัธยม จำนวน 4 แห่ง

10) ส่งเสริมการจัดบริการด้านเอชไอวีไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนนักร้องในพื้นที่ต้นแบบ ชื่อว่า “บ้านฮักฮัก” ณ บ้านหนองขุม อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน บริการให้คำปรึกษา แจกถุงยางอนามัย การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น

11) ส่งเสริมการดำเนินงานยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์ครอบคลุมในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดยโสธร

12) ส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย 100% (condom 100%) โดยทุกสถานบริการจัดให้มีบริการถุงยางอนามัยผ่านแอปเป่าตังค์ รวมทั้ง สนับสนุนถุงยางอนามัยสำหรับป้องกันโรค และการรณรงค์ทั่วไปอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ ยังเกิดอำเภอต้นแบบของการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คือ อำเภอป่าต้ว และอำเภอมหาชนะชัย

13) เร่งรัดลดการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการกลไกคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด ในการรณรงค์เพื่อลดการตีตรา และจัดให้มีช่องทางรับเรื่องร้องทุกข์หากมีการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ พร้อมทั้งมีระบบเข้าดำเนินการปรับปรุงแก้ไขหากมีเรื่องร้องเรียน

14) บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่ายทหาร โรงเรียน และเครือข่ายผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และภาคประชาสังคมอื่นๆ ทั้งการป้องกัน การสร้างความรอบรู้ในโรงเรียน

การส่งเสริมให้เข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ตรวจรักษา และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบ

15) การเยี่ยมเสริมพลังและการติดตามการดำเนินงานด้วยระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

3.2 การเข้าถึงระบบบริการ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2566

1) ผลการติดตามเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 จังหวัดยโสธรมีเป้าหมายในการดำเนินงาน 80 ราย สามารถติดตามเด็กมารับการตรวจ ได้ 145 ราย (ร้อยละ 181.3) พบเด็กที่ติดเชื้อจากแม่ 1 ราย (ร้อยละ 0.7)

2) ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับโครงการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป้าหมาย 3,000 คน สามารถดำเนินการได้ 3,000 คน (ร้อยละ 100) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 34 ราย (ร้อยละ 1.1) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 39 ราย (ร้อยละ 1.3)

3) ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งยังมีชีวิตอยู่ 2,179 ราย ตรวจคัดกรองได้ ร้อยละ 88.3

4) ผลการตรวจเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขัง จากผู้ต้องขังรายใหม่ 996 ราย ได้รับการตรวจ 558 ราย (ร้อยละ 56.0) ติดเชื้อเอชไอวี 8 ราย (ร้อยละ 1.4) ติดเชื้อซีฟิลิส 19 ราย (ร้อยละ 3.4) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 16 ราย (ร้อยละ 2.9)

5) ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และ พนักงานบริการ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 554 ราย ติดเชื้อเอชไอวี 6 ราย (ร้อยละ 1.1) ติดเชื้อซีฟิลิส 16 ราย (ร้อยละ 2.9) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 6 ราย (ร้อยละ 1.1) ส่วนกลุ่มพนักงานบริการ 67 ราย ไม่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีติดเชื้อซีฟิลิส 2 ราย (ร้อยละ 3.0) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 ราย (ร้อยละ 1.5)

6) ผลการตรวจเอชไอวีและซิฟิลิสในกลุ่มเยาวชน 1,630 ราย ติดเชื้อเอชไอวี 2 ราย (ร้อยละ 0.1) ติดเชื้อซิฟิลิส 4 ราย (ร้อยละ 0.2)

ทั้งนี้ สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วพบการติดเชื้อ ทุกคนได้รับการส่งต่อเพื่อทำการตรวจยืนยันและเข้าระบบการรักษา

7) ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อได้รับ

การวินิจฉัย (1st 95) ร้อยละ 108.1 ปัจจุบันได้รับยาต้านไวรัส (2nd 95) ร้อยละ 81.8 กดไวรัสสำเร็จ (3rd 95) ร้อยละ 81.5 เมื่อเปรียบเทียบกับผลงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย (1st 95) และสามารถกดไวรัสสำเร็จ (3rd 95) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) แต่การได้รับยาด้านไวรัส (2nd 95) เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95

ตัวแปร	ปีงบประมาณ พ.ศ.		Proportions diff	95%CI	p-value
	2565 n (%)	2566 n (%)			
คาดประมาณผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่	2,240	2,209			
ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย (1 st 95)	2,301 (102.7)	2,388 (108.1)	5.4	1.1, 9.7	0.014
ได้รับยาด้านไวรัส (2 nd 95)	1,873 (81.4)	1,954 (81.8)	0.4	-1.8, 2.6	0.724
กดไวรัสสำเร็จ (3 rd 95)	1,416 (75.6)	1,593 (81.5)	6.2	3.6, 8.8	<0.001

8) อัตราการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีผู้มารับการตรวจ 7,126 ราย ติดเชื้อ 91 ราย (ร้อยละ 1.3) ส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้มารับการตรวจเอชไอวี 9,135 ราย ติดเชื้อ 111 ราย (ร้อยละ 1.2)

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล

ผลการสำรวจการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ระดับมาก ร้อยละ 75.5 และมีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 80.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น (n=159)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกลยุทธ์		
น้อย	4	2.5
ปานกลาง	35	22.0
มาก	120	75.5
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน		
น้อย	4	2.5
ปานกลาง	27	17.0
มาก	128	80.5

จากนั้นได้คืนข้อมูล และรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ กลยุทธ์และกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน HHS จังหวัดยโสธร หลังจากที่ได้ปรับปรุงแล้ว รายละเอียดดัง

1) กลยุทธ์การดำเนินงาน มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) เร่งรัดยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติจาก HHS โดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (2) ส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ RRTTPR ทั้งจัดบริการ

เชิงรุกและเชิงรับ (3) ส่งเสริมความรอบรู้ HHS และส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ทั้งยา PrEP และถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยงสูง (4) ยกระดับมาตรฐานคลินิก HHS โดยมีคลินิกเฉพาะโรคและมีทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญให้บริการ เพื่อการรักษา ที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ (5) ยกระดับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษา (6) บูรณาการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และ (7) การบริหารงานด้วยข้อมูลและการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

2) กลไกหลักในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ มี 5 กลไก ได้แก่ (1) กรรมการ ซึ่งเป็นคณะทำงานในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด, เครือข่ายภาคประชาสังคม, ชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (2) กองทุน เป็นแหล่งประมาณในการดำเนินงาน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น, งบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, จาก CUP, สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (3) อุปกรณ์ เป็นการเตรียมอุปกรณ์

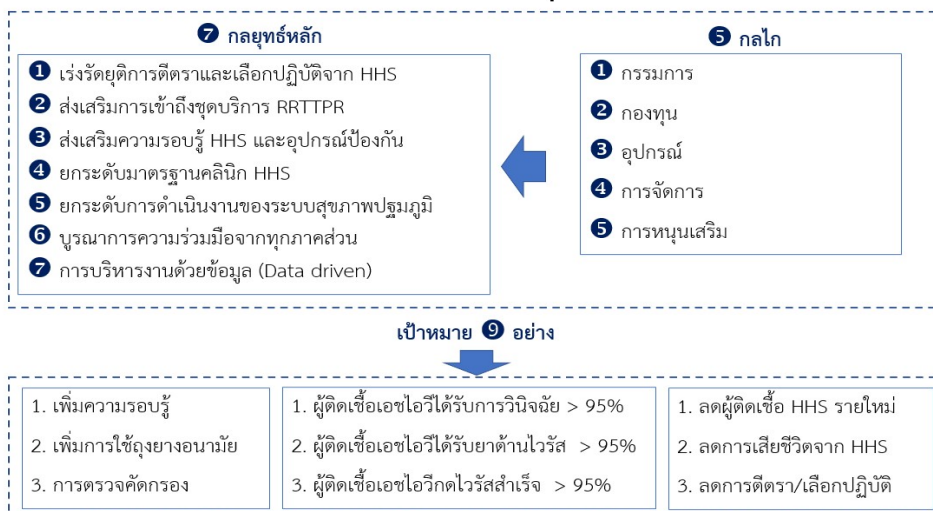
และเวชภัณฑ์ยาให้พร้อมและเพียงพอ ได้แก่ ชุดตรวจ rapid test, ถุงยางอนามัย, การบริหารยา (4) การจัดการ ได้แก่ การเตรียมแนวทางหรือสร้างระบบการดำเนินงานให้มีความชัดเจน (protocol/CPG) การเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง (empowerment) การสร้างนวัตกรรมหรือพัฒนางานด้วยการวิจัย (R2R) และ (5) การหนุนเสริมจากหน่วยงานระดับเขตและกรมควบคุมโรค ได้แก่ สคร.10 อุบลราชธานี, สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกองระบาดวิทยา

มีเป้าหมาย 9 อย่าง คือ (1) เพิ่มความรอบรู้ (2) เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย (3) กลุ่มประชากรหลักได้รับการตรวจคัดกรอง (4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย (5) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส (6) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกิดไวรัสสำเร็จ (7) ลดผู้ติดเชื้อ HHS รายใหม่ (8) ลดการเสียชีวิตจาก HHS และ (9) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจาก HHS

ทั้งนี้ อาจเรียกโดยรวมว่า กลยุทธ์การดำเนินงาน 7 องค์ประกอบ ขับเคลื่อนด้วย 5 กลไกหลัก เพื่อเป้าหมาย 9 อย่าง หรือ “7x5x9” ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อยุติปัญหา HHS จังหวัดยโสธร

Yasothon 7x5x9 ยุติ HHS



วิจารณ์

การศึกษานี้ แบ่งการวิจารณ์ออกเป็น 2 ประเด็น คือ (1) การพัฒนาและการขับเคลื่อนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และ (2) ประสิทธิภาพของกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น รายละเอียดดังนี้

1) การพัฒนาและการขับเคลื่อนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ กลยุทธ์การดำเนินงาน HHS ที่มี 7 องค์ประกอบพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จากการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์และแนวทางแก้ไขที่ตกผลึกจากการคิดร่วมกันของทุกภาคส่วน มาเป็นกรอบในการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และประชาชนหรือชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกลยุทธ์ในการดำเนินงานนั้น สุดท้ายการดำเนินงานจะมีความยั่งยืน⁽¹⁶⁾ การวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้เห็นขนาดของปัญหาที่ชัดเจน นำไปกำหนดกลยุทธ์ได้ตรงกับเป้าหมาย สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานของไทยและองค์การอนามัยโลก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith DK และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกันเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของ Marin-Navarrete และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีในประเทศเม็กซิโกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กลยุทธ์การดำเนินงานนี้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ เพื่อบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานที่มีการบูรณาการเพื่อดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาทั้ง 3 โรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rich KM และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลโดยบูรณาการร่วมกันทั้งการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และยังมีผลสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2563-2573⁽⁹⁾ ยุทธศาสตร์ด้านอุ้งยางอนามัย พ.ศ. 2563-2573⁽¹⁰⁾ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565-2573⁽¹¹⁾ และยุทธศาสตร์กำจัด HHS ของ

องค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ แต่อาจแตกต่างกันในรายละเอียด เพื่อให้กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการขับเคลื่อนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ใช้กลไกหลายระดับ ทั้งในระดับจังหวัดและในระดับพื้นที่ที่มาจากหลายหน่วยงานเพื่อบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน โดยเฉพาะการเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้เข้ามามีบทบาทในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานงานหลัก เชื่อมโยงยุทธศาสตร์ระดับชาติสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ และเป็นกลไกสำคัญในการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ในระดับจังหวัด ด้านงบประมาณได้รับการสนับสนุนจากหลายแหล่งและเพียงพอ ทั้งงบที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในการให้บริการ HHS และงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคจากงบกองทุน สปสช. ตำบล จาก CUP จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จาก สคร.10 อุบลราชธานี, การสนับสนุนจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และงบจากภาคประชาสังคม ด้านอุปกรณ์ มีการบริหารจัดการเพื่อให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน ทั้งการจัดซื้อเองในพื้นที่ และการขอสนับสนุนจากหน่วยงานระดับเขต และจากส่วนกลาง ได้แก่ ชุดตรวจ rapid test และอุ้งยางอนามัย โดยมีการสร้างแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งระบบการตรวจคัดกรอง การส่งต่อเข้าสู่การรักษา และการกำกับติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยนำกลยุทธ์การบริหารงานด้วยข้อมูลและการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือ data-driven มาเป็นเครื่องมือ การมีกลไกในการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม ทำให้การขับเคลื่อนหรือการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลกและของประเทศอาจไม่ได้รับรู้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ การขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จนั้นอาจต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เน้นการมีส่วนร่วม และคำนึงถึงบริบทของพื้นที่^(20,21)

กลยุทธ์และกลไกการขับเคลื่อนกลยุทธ์จากการศึกษานี้ ยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการจัดการระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ (Six Building Blocks Plus)⁽²²⁾ ทั้งการจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทหรือสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย การเตรียมทีมหรือบุคลากรเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานการบริหารงาน และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยข้อมูล การจัดระบบบริการทั้งการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ การจัดการด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมในพื้นที่ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคประชาสังคมในพื้นที่

3) ประสิทธิผลของกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น

จากการนำกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงาน HHS เข้าถึงการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อเข้าสู่การรักษา และได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูง ผลการดำเนินงานนี้สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพ ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (access) เพิ่มความครอบคลุม (coverage) บริการมีคุณภาพและความปลอดภัย (quality and safety) ซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดี (healthy) และมีความยั่งยืน (sustainable) และมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายเพื่อกำจัด 3 โรค ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2673 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพยิ่งขึ้น การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในการตรวจรักษากลุ่มเสี่ยง และการจ่ายเงินชดเชยจากการให้บริการตรวจคัดกรองให้แก่โรงพยาบาลและ รพ.สต. โดยตรง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายต่างๆ การรณรงค์สร้างกระแส และการจัดกิจกรรมลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลไกการขับเคลื่อนที่

เข้มแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของประจักษ์ เทิกขุนทด⁽²³⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว และการศึกษาของดวงกมล วัตราดุลย และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พัฒนารูปแบบเครือข่ายแกนนำจิตอาสาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สำหรับวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตเมือง ที่มีการดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย และส่งผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพ

ทั้งนี้ ประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดี คือ การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้งการติดตามเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนในชุมชน การตรวจเอชไอวี ชิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มผู้ต้องขัง และการตรวจเอชไอวีและชิฟิลิสในกลุ่มเยาวชน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 จะทำผลงานได้ดีขึ้น แต่การได้รับยาต้านไวรัสและกดไวรัสสำเร็จ ยังต่ำกว่าเป้าหมาย กว่าร้อยละ 10 ถือเป็นโอกาสพัฒนาในลำดับถัดไป โดยต้องเน้นเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ HHS และการจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ด้านข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลายและมีกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่ม อาจทำให้การติดตามประเมินผลไม่สามารถลงลึกในรายละเอียดได้ครบทุกกลุ่ม เช่น ยังขาดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้ถุงยางอนามัย สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมทั้งสาเหตุการไม่เข้าสู่อุปกรณ์รักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ กลยุทธ์การดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความจำเพาะกับบริบท สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่น ผู้ที่จะนำกลยุทธ์นี้ไปใช้ต่อควรขยายผล ควรคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ควรมีการทดลองใช้หรือมีการขยายผลกลยุทธ์ HHS นี้ ในจังหวัดอื่นๆ โดยต้องคำนึงถึงบริบท

ความต้องการ และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

2) ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งในแง่ของประสิทธิผลและความยั่งยืนในการดำเนินงาน

3) ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกประเด็นตามกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้ถุงยางอนามัย สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมทั้ง ศึกษาสาเหตุการไม่เข้าสู่การรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดยโสธร สคร.10 อุบลราชธานี, สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกองระบาดวิทยา ที่สนับสนุนการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- HIV Info HUB. Fact sheet: the HIV situation in Thailand in 2021 [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/report.php> (in Thai)
- HIV Info HUB. Epidemic [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php> (in Thai)
- AIDS Surveillance System. The hepatitis B situation in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2022 [cited 2022 Oct 12]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/ (in Thai)
- HIV Info HUB. The HIV/AIDS situation in Yasothon Province [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/province.php> (in Thai)
- AIDS surveillance system. The results of behavioral surveillance related to HIV infection among men who have sex with men (MSM) [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2022 [cited 2022 Nov 20]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=bbs
- Namwong T. Development of a model for hepatitis B prevention and surveillance in communities, Yasothon Province [doctoral's thesis]. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2020. 181 p.
- Thanapathomsinchai P, Duangkaew J, Namwong T. Model development for hepatitis B and C prevention among waste sorting employees in Local Government Organization, Yasothon province. Dis Control J. 2021;47(3):531-41.
- National AIDS Committee. Thailand national operational plan to end AIDS 2023-2026. Bangkok: NC Concept; 2023.
- National AIDS Committee. Thailand national strategy to end AIDS 2017 - 2030. Bangkok: NC Concept; 2017.
- Division of AIDS and STIs, Department of Disease control. Condom strategy (2020-2030) under Thailand national strategy to end AIDS 2017 - 2030. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2020.

11. Division of AIDS and STIs, Department of Disease control. Thailand national strategies to eliminate viral hepatitis 2022 - 2030. Samut Prakan: S.B.K. Printing; 2023.
12. Division of AIDS and STIs, Department of Disease control. Action plan for the prevention and control of sexually transmitted diseases, 2023 - 2030. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2023.
13. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
14. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
16. Noisommit S, Kantiya C. Public participation in public policy. The Journal of Research and Academics. 2019;2(1):101-16. (in Thai)
17. Smith DK, Henny KD, Weidle PJ. The evidence base for initial intervention strategies for ending the HIV epidemic in the U.S. Am J Prev Med. 2021;61(5):s1-s5.
18. Marin-Navarrete R, Magis-Rodriguez C, Villalobos-Gallegos L, Villafuerte-Garcia A, Perez-Lopez A, Ruiz-Herrera K, et al. Development of an evidence-based model of rapid testing, counseling and referral patients with HIV, HCV and other STDs in Mexican addiction treatment centers. Salud Ment. 2019;42(4):191-201.
19. Rich KM, Bia J, Altice FL, Feinberg J. Integrated models of care for individuals with opioid use disorder: how do we prevent HIV and HCV? Curr HIV/AIDS Rep. 2018;15(3):266-75.
20. Tongsir S, Saensak S, Ploylearmsang C, Phrom-sattayaport V, Klangkan S. Theories and concepts of public health policy implementation research: call for systematic action to achieve efficient implementation strategies. Health Systems Research Journal. 2018;12(1):7-26. (in Thai)
21. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. Adm Policy Ment Health [Internet]. 2009;36(1):24-34. [cited 2022 Nov 6]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
22. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
23. Herkkhontod P. Development of care model for people living with HIV and AIDS in Song Dao Hospital. Thai AIDS Journal. 2021;33(3):151-64. (in Thai)
24. Wattradul D, Lerwitworapong W, Khasemophas D, Kangerruer K. Developing a model of volunteer spirit of the peer group in preventing HIV/AIDS for the youths in academic institutions in the city. Journal of The Polic Nurses. 2020;12(2):368-79. (in Thai)