



กรมควบคุมโรค
สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร

ISSN 2651-0987

โรคเอดส์

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

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กันยายน 2563

- ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และค่านิยมด้านพฤติกรรมสุขภาพ: แนวโน้มการเลือกใช้ยาเพร็พ (PrEP) และการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มประชากรหลักๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในยุคปัจจุบัน
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามโมเดล Kirkpatrick





กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 มิ.ย. - ก.ค. 2563

สารบัญ

หน้า

- ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และค่านิยมด้านพฤติกรรมสุขภาพ: แนวโน้มการเลือก
ใช้ยาเพร็พ (PrEP) และการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มประชากรหลักๆ
ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในยุคปัจจุบัน
ณัฐววัฒน์ ตั่งปฐมวงศ์ 79
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง 94
- การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
ตามโมเดล Kirkpatrick 114
นุชนารถ แก้วดำเกิง สิริพร ภิชโยทัย จุฑามาศ มากบุญชร ศิริกุล ชัยเจริญ เบญจมาศ ใจงาม
เกศินี เขียนวารี



Thai AIDS Journal

Volume 32 No. 3 June - September 2020

	Page
FAMILIARITY, TRUST, AND HEALTH BEHAVIOR VALUES: TENDENCY OF CHOISING PrEP AND USE OR NOT TO USE CONDOM BY KEY POPULATION AT RISK OF HIV ACQUISITION AT THE MODERN TIME <i>Nuttawat Tangpatomwong</i>	79
A STUDY OF FACTORS AFFECTING SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES PREVENTION AND CONTROL IMPELEMEMENTED BY THE DIVISION OF AIDS AND STIs DURING 2010-2019 <i>Pensri Sawadcharoenying</i>	94
EVALUATION OF LEARNING BASED ON THE PROCESS OF HEALTH LITERACY OF HIV AND STIs (HIV&STIs LITERACY) ON THE KIRKPATRICK MODEL <i>Nutchanart Kaeodumkoeng, Siriporn Piyayothai, Juthamat Makkunchorn, Sirikoon Chaijarearn, Benjamard Jaingam, Kesinee Khainwaree,</i>	114

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

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

บรรณาธิการ	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	กรมควบคุมโรค
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ อังค์วรรณดี	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรสพร กิติเยวมาลัย	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุบลโกศการ	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	นายแพทย์วิวัฒน์ โจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	นายแพทย์พัลลภ คางคี่	คณะแพทยศาสตร์วิชัยพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
	รศ.ดร.สุคนธา คางคี่	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	นางนันทวัน ยันตะดิลก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	นักวิชาการอิสระ
	ผศ.พญ.พัชรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษา	สำนักวิชาการแพทยศาสตร์ ปมมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้จัดการ	แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม	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 แดงคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291 โทรศัพท์มือถือ 08 1788 3573	
	E-mail: aidsstijournal@gmail.com	

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

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

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ มีความยินดีรับเรื่อง/บทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยบทความฯ ที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น มาก่อน และวารสารวิชาที่เกี่ยวข้องความสัมพันธกัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความฯ ในรูปแบบภาษาไทย และมีบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ทั้งนี้ ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของคณะกรรมการ หรือของวารสารโรคเอดส์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อ ๆ ได้แก่ บทคัดย่อบทนำสั้น ๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์ บนมุมขวาของกระดาษใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไชยต่อท้ายชื่อ และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านแล้วผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อ เอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวม ข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อตามลำดับแต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสาร อ้างอิงไม่ถูกต้อง จะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3.รูปแบบการเขียนวารสาร (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสารปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร

(volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

- 1) Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.
- 2) Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
- 3) 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.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษแต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

- 1) ธีระ งามสุต, นิวัติ มนตรีวิสุต, สุรศักดิ์ สัมปตตะวานิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.
- 2) จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.



3) ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพิ่มทรัพย์ อีสี่ประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสกัดผิวหนังกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545;46:649-57.

4) จริฎา เลิศอรรถมณีนี, เอมอร รัชชมณี, อนุพันธ์ ต้นติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทิพรรณี วรกิจโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

2) Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.

3) Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

4) Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.

5) สมภพ เรื่องตระกูล. อาการปวด: โรคทางจิตเวชและการรักษา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

6) พลภัทร โรจนันครินทร์. โรคเลือดออกง่ายและหลอดเลือดอุดตันในเขตร้อน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

7) จันท์เพ็ญ สุวรรณ, อภิญญา เพียรพิจารณ์, รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2553.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัยบุญนาถ, ตระหนักจิต หะริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงศิลป์; 2533. หน้า 115-20.

2) รุจิเรศ ธนุรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. ใน: สุปราณี เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุดทอง; 2551. หน้า 677-97.

3) วิทยา เลิศวิริยะกุล. การให้ยาระงับความรู้สึกผู้สูงอายุ. ใน: วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชญาพันธ์, ศติ กานต์ นิยมมานรัชต์, ธิดา เอื้อกฤดาภิการ, บรรณาธิการ. วิทยุญญิตยาศลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการ พิมพ์; 2555. หน้า 247-70.

4) วราลักษณ์ ยมะสมิต. อาการคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์. ใน: วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. การ ดูแลปัญหาที่บ่บ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 7-16.

5) ปิยวรรณ เชียงไกรเวช. การบาดเจ็บในหญิงตั้งครรภ์. ใน: ปิยวรรณ เชียงไกรเวช, มณฑิรา ตัฒนุช, นครชัย ฝ่ือนปฐม, บรรณาธิการ. การบาดเจ็บในเด็ก. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556. หน้า 247-57.

6) เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู๊จันดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78

7) Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205-31.

8) Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125-51.

9) Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131-49.

10) 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.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; 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)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, รัตนา เตียงทิพย์. การหาโปรตีนในปัสสาวะที่บ่งชี้โรคไตด้วยวิธีโปรตีนโนมิคส์. ใน: ขจร ลักษณะชยปรกรณ์, บรรณาธิการ. ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปี 2552 Changes: new trends in medicine; วันที่ 14-17 กรกฎาคม 2552; ณ ห้องประชุมแพทย์โดม 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552. หน้า 23-40.



2) จูติมา สุนทรสัจ. การทำนายและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. ใน: ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 30 Tracks and trends in healthcare; 6-8 สิงหาคม 2557; ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา; 2557. หน้า 73-7.

3) 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.

4) Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-9

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือนวันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

2) 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>

3) สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปี้ยชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557];20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>

4) Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, ReKate HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus [Internet]. 2006 [cited 2014 Sep 15];20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/foc.2006.20.2.2>

5) Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon--where there's a wiggle, there's a way. J Pathol [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/ cited ปีเดือนวันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

- 1) ขนิษฐา กาญจนรังษิณนธ์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>
- 2) ศุภศิลาปี สุนทรภา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitamind.html
- 3) Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>
- 4) Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>
- 5) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/user_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

4. การส่งต้นฉบับ

- 4.1 รูปแบบไฟล์ต้นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ ขนาด A4 แบบอักษร TH SarabunPSK ส่วนหัวชื่อ ขนาด 18 pt. ส่วนเนื้อหา ขนาด 16 pt.
- 4.2 กราฟ/ตารางแสดงผล แสดงชื่อชัดเจน (ตัวหนา) มีการซ้ำหัวตารางแสดงผล ในกรณีที่ตารางแสดงผลต้องขึ้นหน้าถัดไป
- 4.3 รูปภาพประกอบ มีความละเอียด คมชัด สามารถปรับขยายได้
- 4.4 การส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์มาที่ระบบรับ^๑ ส่งบทความฯ เพื่อพิจารณาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ผ่านเว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ Peer Reviewers 3 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยต้องผ่านการอนุมัติให้เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ จาก Peer Reviewers 2 ใน 3 ท่าน

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาของพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

ความรับผิดชอบ

บทความฯ ที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียน จำต้องรับผิดชอบต่อบทความฯ ของตน

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และค่านิยมด้านพฤติกรรมสุขภาพ: แนวโน้มการเลือก
ใช้ยาเพิร์พ (PrEP) และการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มประชากรหลัก
ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในยุคปัจจุบัน

FAMILIARITY, TRUST, AND HEALTH BEHAVIOR VALUES: TENDENCY OF
CHOSING PrEP AND USE OR NOT TO USE CONDOM BY KEY POPULATION
AT RISK OF HIV ACQUISITION AT THE MODERN TIME

ณัฐวาทน์ ตังปฐมวงศ์*

Nuttawat Tangpatomwong*

*วัดอุโมงค์ (สวนพุทธธรรม) จังหวัดเชียงใหม่

*Wat Umong [Suan Buddha Dhamma], Muang,
Chaing Mai, Thailand

Received: 03/07/2020

Accepted: 01/09/2020

บทคัดย่อ

ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และค่านิยม มีผลต่อแนวโน้มในการที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยาเพิร์พ (PrEP) และการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มประชากรหลัก ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในยุคปัจจุบัน ตัวแปรที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเลือกใช้เพิร์พและถุงยางอนามัย คือในประเด็นความคุ้นเคย ควรสร้างให้เกิดการรับรู้ในผลิตภัณฑ์ฯ ที่มากยิ่งขึ้น ความไว้วางใจ ควรใส่ใจในแนวคิดด้านความภักดี เพราะความภักดีต่อการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เป็นตัวการส่งเสริมให้เกิดการดึงดูดให้กลุ่มประชากรหลักฯ มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น และค่านิยมควรนำเสนอให้มีการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ฯ ที่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มประชากรหลักฯ ตามรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งแนวทางหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และค่านิยม ได้แก่ มีการจัดสร้าง Page เพื่อให้กลุ่มประชากรหลักฯ มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวคิดหรือวิธีการในการดูแลสุขภาพสุขภาพ รวมถึงการดูแลตนเอง เพื่อแสดงให้เห็นถึงค่านิยมด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และค่านิยมที่มีร่วมกันในปัจจุบัน

Abstract

Familiarity, trust, and values influence the tendency to choose PrEP and use or not to use condoms in high-risk groups of HIV acquisition. At present, factors which will promote choosing the use of PrEP and condom include: familiarity- by creating activities to enhance greater awareness of the products, trust- by paying attention to the concept of loyalty, because loyalty to product is a measure to promote attraction among risk group to be more confident in the products, and value- by presenting products in a way which can respond to the need and go along with life-style of risk group. Familiarity, trust, and values can be promoted by constructing a Page for population at risk and convince them to share their experiences, ideas or methods of health care, including self-care to illustrate the health values that have changed over time and shared values in the modern era.

คำสำคัญ:

ความคุ้นเคย/ความไว้วางใจ/ค่านิยม/
กลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
/ยาเพร็พ/ถุงยางอนามัย

Keywords:

Familiarity/Trust/Values/
Population at risk of HIV acquisition
/PrEP/Condom

บทนำ

ปัญหาที่ไม่รู้จักของคนในยุคปัจจุบัน ที่มีต่อด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (กลุ่มประชากรหลัก) คือบนเทคโนโลยีที่พัฒนามากขึ้น แต่พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักฯ ดังกล่าวก็ยังเพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว รวมทั้งความรู้ด้านการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้นเท่าใด ก็ดูเหมือนว่าความรู้นั้นๆ ไม่สามารถแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรหลักฯ กลับมีแนวโน้มของการไม่ลดลงในจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้เหมือนอย่างเทคโนโลยีที่พัฒนาและการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้น จึงเป็นเสมือนสำนวนสุภาษิตที่ว่า “ขว้างงูไม่พ้นคอ (ผู้ที่มีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วพยายามจะปิดความรับผิดชอบ เพื่อที่จะให้ปัญหานั้นๆ ให้พ้นจากตัวเอง แต่ก็ไม่สามารถปิดความรับผิดชอบได้ ยังต้องได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นๆ อยู่ดี)”⁽¹⁾

หากย้อนเวลากลับไปในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา หน่วยงานองค์กรภาครัฐได้เร่งออกมาให้การรณรงค์พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยแก่กลุ่มประชากรหลักฯ ซึ่งในช่วงระยะเวลา 9 ปีที่ผ่านมา ผู้เขียนได้เคยทำการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวฯ และค้นพบข้อมูลที่น่าสนใจ สรุปได้ว่า “จากการสัมภาษณ์เฉพาะกลุ่ม (Focus Group) ของกลุ่มประชากรหลักฯ มีสาระสำคัญดังนี้ (1) ที่คนคิดต่อประเด็นและเนื้อหาซึ่งเผยแพร่ในสื่อประชาสัมพันธ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเห็นในรูปแบบในการนำเสนออย่างไม่มีเจตนาชัดเจน ไม่มีจุดดึงดูดความสนใจให้กลุ่มเป้าหมายสนใจและอยากเข้าไปอ่านและสื่อประชาสัมพันธ์มีอิทธิพลน้อยมากเป็นแค่การสร้างการรับรู้ แต่ในทางปฏิบัติแล้วการใช้หรือไม่ใช้ขึ้นกับสถานการณ์หลายๆ ปัจจัย เช่น สถานที่ไม่เอื้ออำนวย/ไม่มีถุงยางที่จะหาได้ทันเวลา/ไม่เห็นและไม่คาดคิดว่าจะ

ติดโรคในทันที เป็นต้น ถ้ามีการออกแบบมาและสื่อสารอย่างตรงประเด็นไม่ใช่เรื่องยากที่จะยอมรับปฏิบัติตามขึ้นกับความพึงพอใจที่จะกระทำในตัวเองมากกว่า (2) ที่คนคิดต่อรูปแบบของสื่อประชาสัมพันธ์การใช้ถุงยางอนามัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเห็นว่า ดารา นักร้อง นักแสดงเป็นตัวอย่างได้สำหรับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น สำหรับถุงยางอนามัยที่เผยแพร่ออกมาเป็นการเพิ่มสีสันและเชิญชวนให้เกิดการใช้ได้มากขึ้นเป็นการเน้นถึงการชักจูงใจได้ดี (3) ที่คนคิดต่อกลยุทธ์การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มฯ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเห็นว่าเป็นประเด็นและวัฒนธรรมที่ยังไม่เปิดกว้างที่มองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องลับๆ และควรมีการปกปิด ในขณะที่เดียวกันก็มีผู้เห็นว่าเป็นเรื่องของความใสใจมากกว่า ต้องยอมรับว่าทุกวันนี้สังคมก็เปิดกว้างพอสมควร ดังนั้นในเรื่องดังกล่าวฯ นำมาจากการมีคุณธรรมและจริยธรรมภายในตัวบุคคลนั้นๆ มากกว่า บางส่วนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ดีพอในเรื่องของความปลอดภัยในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ การใช้หรือไม่ใช้อาจมีผลมาจากหลายสาเหตุที่คาดเดาได้ เช่น บางคนติดเชื้อแล้วเลยไม่ใส่ใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย เป็นเรื่องไกลตัวไม่ให้ความสำคัญอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด ไม่ได้คิดอะไรมากกับชีวิตตนเองไม่น่าจะติดเชื้อโรคได้ ตนเองติดเชื้อแล้วกินยาต้านไวรัสแล้วไม่น่าจะไปใส่ใจเรื่องใช้หรือไม่ใช้ถุงยาง ไม่แคร์ว่าจะติดเชื้อหรือไม่ติดเพราะถ้าไม่มีให้ใช้ก็ไม่ใช้การใช้หรือไม่ใช้เป็นสิทธิส่วนบุคคล เป็นต้น”⁽²⁾

ข้อความข้างต้นมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของชัยชาญ บัวผัน ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของคู่รักชายในเขตกรุงเทพมหานคร” ที่พบว่า “ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัย

ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยและอิทธิพลจากค่านิยม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = 0.16, p < 0.05$) และความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย ($\beta = 0.18, p < 0.05$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 6.3 ($R^2 = 0.063$)⁽³⁾ และสอดคล้องกับข้อมูล ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ในรายงานฉบับย่อเรื่อง “วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย” พบว่าครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ข้อค้นพบหลักอีกประการพบว่าการประสบการณ์การรับบริการด้านสุขภาพที่ยังขาดการรักษาความลับของข้อมูลผู้รับบริการ ซึ่งทำให้พวกเขารู้สึกไม่อยากเข้ารับบริการด้านสุขภาพอีก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารุ่นนี้ได้เน้นบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว และชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนลักษณะนี้จะมีผลทั้งด้านบวกและลบต่อพฤติกรรมต่างๆ ของกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญว่า การพัฒนาโครงการที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เช่น โครงการเพื่อนผู้ให้ข้อมูลความช่วยเหลือด้านสุขภาพ มีส่วนช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและการเข้าถึงบริการโดยรวมสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชน การตัดสินใจในการออกแบบโครงการ ที่ดูเหมือนจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ เมื่อกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นเยาวชนได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงและมีบทบาทสำคัญในฐานะภาคีพัฒนาโครงการต่างๆ เหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นผู้รับผลประโยชน์⁽⁴⁾

นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้มีมติเห็นชอบในหลักการเชิงนโยบายว่าการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี Pre-Expo-

sure Prophylaxis (PrEP) สำหรับประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เป็นมาตรการเสริมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ โดยบรรจุไว้เป็นแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ดังนั้นเพร็พเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันที่เหมาะสมกับผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มสำคัญที่ควรได้รับบริการก่อน โดยการแนะนำให้เพร็พเป็นส่วนหนึ่งในชุดบริการ เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาเสริมในชุดบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานป้องกันซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่ยังมีความเสี่ยงและไม่สามารถใช้วิธีการป้องกันด้วยถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์⁽⁵⁾

จากการศึกษาวิเคราะห์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงปัญหาจากปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดแนวโน้มการไม่ลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มาเพียงพอซึ่งในบทความวิชาการชิ้นนี้ ผู้เขียนได้นำแนวคิดเรื่องการสื่อสารและการรับรู้ในตราและผลิตภัณฑ์ของสินค้ามาปรับประยุกต์ใช้เพื่อต้องการนำเสนอทัศนะที่เกี่ยวกับความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และค่านิยมด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อการเลือกใช้ยาเพร็พและการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มประชากรหลักๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในยุคปัจจุบัน อันจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้สามารถนำข้อมูลจากบทความวิชาการชิ้นนี้ มาใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มมูลค่าของการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงสุขภาพ การวางแผนกลยุทธ์ การพัฒนาและปรับเปลี่ยนกลวิธีที่มีอยู่ให้เหมาะสม นอกจากนี้แล้วยังเป็นประโยชน์ให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกๆ ภาคส่วน เพื่อใช้เป็นแนวทางเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มประชากรหลักๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในยุคปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ความคุ้นเคย (Familiarity)

“ความคุ้นเคย” ในผลิตภัณฑ์แสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย และมีการสะสมที่นำไปสู่การพัฒนาความรู้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ผลคือทำให้เกิดประสบการณ์และโครงสร้างความรู้ในหน่วยความจำที่แข็งแกร่งจากการโฆษณาให้กับผู้บริโภค ความคุ้นเคยจึงเป็นขอบเขตของประสบการณ์ตรงและทางอ้อมของผู้บริโภคที่มีต่อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้น ๆ โดยเฉพาะในการอ้างอิงข้อความข้างต้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรหลักๆ ในยุคปัจจุบันที่มีต่อการรู้จักและเลือกใช้ยาเพิร์พและการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย⁽⁶⁾ โดยความคุ้นเคยในเชิงพฤติกรรมหรือการกระทำดังกล่าว นั้นมีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นหรือความไว้วางใจของกลุ่มประชากรหลักๆ และยังส่งผลต่อทัศนคติที่มีต่อยาเพิร์พและถุงยางอนามัยเช่นกัน⁽⁷⁾ และระดับความคุ้นเคยของกลุ่มประชากรหลักๆ ที่มีความแตกต่างกันกับสถานที่หรือสถานการณ์อาจมีสาเหตุมาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีต่อความไว้วางใจในสถานการณ์นั้น ๆ⁽⁸⁾

ความคุ้นเคยเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในผลิตภัณฑ์และเป็นประสบการณ์ส่วนตัวของผู้บริโภคที่เกี่ยวกับการบริโภคต่อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ที่เฉพาะเจาะจงผ่านการซื้อ และการบริโภคที่มีอิทธิพลจากกระบวนการรับรู้ที่มีคุณภาพของผู้บริโภคโดยมุ่งเน้นคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องและการประเมินผลผลิตภัณฑ์ของพวกเขา ดังนั้น ความคุ้นเคย เป็นสิ่งที่จำเป็นของความรู้ผลิตภัณฑ์ฯ และความเชี่ยวชาญชำนาญของกลุ่มเป้าหมาย⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ความคุ้นเคยยังหมายถึง จำนวนประสบการณ์ของกลุ่มประชากรหลักๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ฯ ที่มีมาตั้งแต่อดีต ในการจัดการกับปัญหาผลิตภัณฑ์ฯ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น⁽¹⁰⁾ อีกทั้งความคุ้นเคยในผลิตภัณฑ์ฯ มาจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยหลายคนอาจจะไม่คุ้นเคยหรือมีประสบการณ์ต่อผลิตภัณฑ์ฯ นั้น ๆ⁽¹¹⁾ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายจะมีความคุ้นเคยก็ต่อเมื่อถึงช่วงปลายของผลิตภัณฑ์ฯ

เข้าสู่การได้ทดลองใช้และไม่ใช้ หรือเมื่อรู้ความจริงที่ว่าพวกเขายังไม่ได้สัมผัสกับผลิตภัณฑ์ฯ นั้น ๆ และความคุ้นเคยในผลิตภัณฑ์ฯ เป็นขอบเขตของประสบการณ์ตรงและทางอ้อมของกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ⁽¹²⁾ และได้มีข้อโต้แย้งที่ว่า นิสัยในการหาข้อมูลของกลุ่มประชากรหลักๆ จะขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้และความคุ้นเคยของผลิตภัณฑ์ฯ นั้น ๆ⁽¹³⁾ พฤติกรรมเช่นนี้เป็นนิสัยที่ใช้ในการตัดสินใจใช้และไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ ในชีวิตประจำวันอย่างอัตโนมัติ โดยไม่ต้องมีการใส่ใจในประเด็นเล็กๆ น้อยๆ⁽¹⁰⁾ หรือความเข้าใจของคน ๆ หนึ่งที่มีต่อผู้เกี่ยวข้อง โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีความเกี่ยวข้องกันมานานพอสมควร มีประสบการณ์และการเรียนรู้อะไร มีใครเข้าร่วมบ้าง มีวิธีการอย่างไร ได้กระทำเมื่อไร และมีสิ่งใดเกิดขึ้นบ้าง⁽¹⁴⁾

สรุปว่า ความคุ้นเคย เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องสร้างให้เกิดความรู้และความเชี่ยวชาญในผลิตภัณฑ์ในกรณีของยาเพิร์พและถุงยางอนามัย เป็นประสบการณ์ส่วนตัวของกลุ่มประชากรหลักๆ ที่เฉพาะเจาะจงผ่านการใช้และการไม่ใช้ นอกจากนี้ความคุ้นเคยยังได้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลที่อาจเกิดขึ้นของกระบวนการรับรู้ที่มีคุณภาพของกลุ่มประชากรหลักๆ ความคุ้นเคยจะช่วยให้กลุ่มประชากรหลักๆ มุ่งเน้นคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ฯ ที่เกี่ยวข้องและการประเมินผลผลิตภัณฑ์ฯ ของพวกเขาต่อไป⁽¹⁵⁾ โดยความคุ้นเคยในการรู้จักใช้ยาเพิร์พและการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาเพิร์พและถุงยางอนามัยที่หลากหลาย และมีการสะสมนำไปสู่การพัฒนาความรู้ผลิตภัณฑ์ฯ ที่เกี่ยวข้อง ผลคือทำให้เกิดประสบการณ์และโครงสร้างความรู้ในหน่วยความจำที่แข็งแกร่ง ดังนั้นปัจจัยเรื่องความคุ้นเคยจึงสามารถช่วยให้กลุ่มประชากรหลักๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตัดสินใจใช้ยาเพิร์พและถุงยางอนามัยได้มากขึ้น

ความไว้วางใจ (Trust)

ความไว้วางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จขององค์กรในด้านการตลาดและประชาสัมพันธ์ ความเชื่อถือว่าไว้วางใจเป็นเครื่องมือที่สำคัญและมีประสิทธิภาพมากที่สุดขององค์กร มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดลักษณะข้อผูกพัน เพื่อแสดงความสัมพันธ์ภาพระหว่างลูกค้าและองค์กร ดังนั้น ความไว้วางใจ จึงเป็นแนวความคิดรวมกันของความคิดที่มีเหตุผล (กระบวนการทางความคิด)⁽¹⁶⁾ โดยความไว้วางใจ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้หรือไม่ใช้และพฤติกรรมการใช้หรือไม่ใช้ อย่างแท้จริง

Crotts & Turner⁽¹⁷⁾ นิยามว่าความไว้วางใจ ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับความไว้วางใจที่มีต่อกันว่าแต่ละฝ่ายจะกระทำการหรือแสดงพฤติกรรมในลักษณะที่ส่งผลประโยชน์สูงสุดแก่อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งรูปแบบหรือระดับความไว้วางใจนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ความไว้วางใจแบบไร้เหตุผล (Blind trust) คือ การมีข้อมูลความรู้ไม่เพียงพอ จึงใช้หลักการที่ไร้เหตุผลมากำหนด ระดับที่ 2 ความไว้วางใจแบบมีแผน (Calculative trust) คือใช้หลักการด้านค่าใช้จ่ายหรือผลประโยชน์ในทางฉ้อฉล หรือในทางมิชอบมาตัดสินใจเพื่อดำเนินความสัมพันธ์ต่อไป ระดับที่ 3 ความไว้วางใจที่สามารถพิสูจน์ได้ (Verifiable trust) คือสามารถจะทำการตรวจสอบการกระทำอีกฝ่ายหนึ่งได้ว่ามีความเหมาะสมและสมควรแก่การให้ความไว้วางใจหรือไม่ ระดับที่ 4 ความไว้วางใจที่ได้รับมอบจากอีกฝ่ายหนึ่ง (Earned trust) คือเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ฝ่ายหนึ่งได้รับมาจากการกระทำของอีกฝ่ายหนึ่ง ระดับที่ 5 ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Reciprocal trust) คือทั้งสองฝ่ายมีให้ต่อกัน (Mutual trust) นั้นหมายถึงฝ่ายหนึ่งให้ความไว้วางใจอีกฝ่ายหนึ่ง เพราะฝ่ายนั้นให้ความไว้วางใจในตัวเอง ความไว้วางใจ (Trust) เป็นประเด็นและแนวคิดสำคัญที่ว่าคนหนึ่งคน มีความเต็มใจที่จะมีความเสี่ยงกับอีกคน หรือความไว้วางใจ คือ ความตั้งใจของบุคคลที่จะเสี่ยงกับบุคคลอื่น โดยขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่าอีกฝ่ายมีความสามารถเปิดเผยและเชื่อถือได้

นอกจากนี้ McKnight⁽¹⁸⁾ ให้คำจำกัดของความไว้วางใจว่า สามารถแบ่งโครงสร้างออกเป็น 6 ส่วน คือ 1) เจตนาเริ่มต้นแห่งความไว้วางใจ (Trusting intention) คือความรู้สึกปลอดภัย แม้ว่าจะได้รับผลลัพธ์ในแง่ลบที่ตามมาภายหลัง ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 อย่างคือ (1.1) ผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้น (1.2) การพึ่งพาอาศัยกัน (1.3) ความรู้สึกของความปลอดภัย (1.4) บริบทสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง (1.5) การขาดความเชื่อมั่นในการควบคุม 2) พฤติกรรมการไว้วางใจ (Trusting behavior) ได้แก่มอบหมายภาระหน้าที่และอำนาจให้อีกฝ่ายหนึ่งกระทำการใด ๆ แทนตนเอง แม้ว่าจะก่อให้เกิดสภาวะเสี่ยงขึ้นก็ตาม 3) ความเชื่อในการไว้วางใจ (Trusting beliefs) การที่บุคคลเชื่อว่า ความน่าเชื่อถือ (Trust worthy) จากบุคคลหนึ่งเต็มใจและสามารถที่ทำการสิ่งต่าง ๆ เพื่อผลประโยชน์ของผู้อื่นได้ ประกอบด้วย (3.1) ความเมตตากรุณา (3.2) ความซื่อสัตย์สุจริต (3.3) ความสามารถ (3.4) การคาดการณ์ได้ 4) ความไว้วางใจในระบบ (System trust) คือการทำให้ผู้ที่เข้าร่วมประสบความสำเร็จในอนาคต โดยโครงสร้างขององค์กรหรือหน่วยงาน สามารถแยกออกเป็น 2 ประเภทแตกต่างกัน ได้แก่ (4.1) Structural assurances (4.2) Situational normality 5) ความไว้วางใจต่อบุคคล (Dispositional trust) โดยไม่สนใจต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีความไว้วางใจในวงกว้างขึ้น และในสถานการณ์ต่างๆ 6) ความไว้วางใจต่อสถานการณ์ (Situational decision to trust) ในการที่จะสร้างความไว้วางใจ (Trust worthiness) ให้เกิดขึ้นสำหรับในแต่ละบุคคล ศักยภาพ (Ability) ความมีน้ำใจเมตตา (Benevolence) และความซื่อสัตย์มั่นคง (Integrity) เป็นปัจจัยสำคัญ ๆ ที่สามารถก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ (Trust worthiness) ได้

Rotter, J.B.⁽¹⁹⁾ สรุปปัจจัยสำคัญ ๆ ที่ก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ (Trust worthiness) ไว้ว่า ศักยภาพ (Ability) เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลที่จะมีความสามารถเฉพาะตัว คือความน่าเชื่อถือ (Trust worthiness) ที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะงานที่ได้ทำอยู่ในปัจจุบัน

ความเมตตากรุณา (Benevolence) คือความรู้สึกหรือรับรู้ถึงเจตนาที่ดีที่ได้กระทำไป โดยไม่ได้หวังผลตอบแทนหรือกำไร ความเมตตากรุณา (Benevolence) นี้ อาจทำให้เกิดเป็นความจงรักภักดีได้ ความซื่อสัตย์ มั่นคง (Integrity) บุคคลจะถูกพิจารณาว่ามีความเชื่อที่จะยึดมั่นในศีลธรรม ซึ่งทฤษฎีดังกล่าว นำมาเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความน่าเชื่อถือ ให้กับผู้มารับบริการต่างๆ เริ่มมีการสร้างคำมั่นสัญญา (Make the promise) ให้เกิดขึ้นผ่านสื่อต่างๆ หรือการส่งอีเมลไปยังกลุ่มเป้าหมายที่แต่ละคนก็เกิดความสนใจและเต็มใจ (Trusting intention) ที่จะเข้ามาที่เว็บไซต์ และหวังว่าคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้จะได้รับการตอบสนอง (Enable the promise)

Kotler⁽²⁰⁾ กล่าวว่า ในด้านการดำเนินธุรกิจเองต้องอำนวยความสะดวกในการซื้อขายสินค้า ด้วยการมีเครื่องมือค้นหาสินค้าที่ใช้ง่าย รวมไปถึงการสร้างจุดติดต่อที่พร้อมจะให้บริการ แก่ลูกค้าที่มีปัญหาเมื่อลูกค้าพึงพอใจกับการที่ธุรกิจทำตามสัญญา ก็จะเริ่มชื่นชอบและไว้วางใจมากยิ่งขึ้น เมื่อลูกค้าทำการสั่งซื้อสินค้าและบริการเรียบร้อยแล้ว ต้องมีระบบการชำระเงินที่สะดวก ตลอดจนการจัดส่งที่รวดเร็ว ลูกค้าทำการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับความคาดหวังที่เกิดจากคำมั่นสัญญาที่เกิดขึ้น หากลูกค้าพึงพอใจก็นำไปสู่ความไว้วางใจใจกันเกิดขึ้น ความไว้วางใจดังกล่าว ย่อมเสริมสร้างความสัมพันธ์ให้เข้มแข็ง และเมื่อมีมาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งย่อมทำให้เกิดความภักดีขึ้นต่อไป

ดังนั้นสถานบริการทางการแพทย์ต้องอำนวยความสะดวกในการเลือกใช้อาพร็พและส่งเสริมการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย ด้วยการมีเครื่องมือค้นหาที่ใช้ง่าย รวมไปถึงการสร้างจุดติดต่อ ที่พร้อมจะให้บริการยามที่กลุ่มประชากรหลักๆ มีปัญหา เมื่อกลุ่มประชากรหลักๆ พึงพอใจกับการที่สถานบริการทางการแพทย์ทำตามสัญญา ก็จะเริ่มชื่นชอบและไว้วางใจมากยิ่งขึ้น (Trusting behavior) นอกจากนั้น เมื่อกลุ่มประชากรหลักๆ ทำการใช้หรือไม่ใช้เรียบร้อยแล้ว ต้องมีระบบการรักษาสุขภาพที่สะดวก ตลอดจนการจัดส่งที่รวดเร็ว (Keep the promise) กลุ่มประชากรหลักๆ จะทำการเปรียบเทียบ

บริการที่ได้รับกับความคาดหวังที่เกิดจากคำมั่นสัญญาที่เกิดขึ้น หากกลุ่มประชากรหลักๆ พึงพอใจก็นำไปสู่ความไว้วางใจใจกันเกิดขึ้น ความไว้วางใจ (Trusting belief) ดังกล่าว ย่อมเสริมสร้างความสัมพันธ์ให้เข้มแข็ง และเมื่อมีมาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งย่อมทำให้เกิดความภักดีขึ้น ในบางกรณี แม้ว่ากลุ่มประชากรหลักๆ อาจไม่เชื่อถือข้อมูลจากสถานบริการทางการแพทย์ องค์กรการกุศล หน่วยงาน หรือผู้ดูแลกำกับระบบต่างๆ แต่พวกเขาได้ให้ความไว้วางใจในข้อมูลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สื่อมวลชน และผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นรูปแบบความไว้วางใจโดยรวม มีอิทธิพลในเชิงบวกต่อความตั้งใจใช้หรือไม่ใช้ และพฤติกรรมการใช้หรือไม่ใช้จริง ในทางตรงกันข้าม ถ้ากลุ่มประชากรหลักๆ ขาดความไว้วางใจในสถานพยาบาล องค์กรการกุศล หน่วยงาน หรือผู้ดูแลกำกับระบบต่างๆ ก็จะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้หรือไม่ใช้เช่นกัน⁽²¹⁾

ค่านิยม (Value)

Rokeach⁽²²⁾ กล่าวว่า ค่านิยมเป็นความเชื่ออย่างหนึ่งที่มีลักษณะยืนยงถาวร ซึ่งเป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติหรือเป็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ตนเองและสังคมเห็นดีเห็นชอบ สมควรที่จะยึดถือปฏิบัติมากกว่า วิธีปฏิบัติหรือเป้าหมายอื่น และ Rokeach ได้สร้างกรอบทฤษฎีจากฐานคติ (Assumption) เกี่ยวกับธรรมชาติแห่งค่านิยมของมนุษย์ 5 ประการ ต่อไปนี้ 1) จำนวนที่ค่านิยมแต่ละคนจะมีอยู่ไม่มากนัก และอยู่ในชายที่จะนับและศึกษาได้ 2) ความแตกต่างของค่านิยม จะแสดงออกเป็นระดับ 3) ค่านิยมต่างๆ สามารถนำมาจัดรวมกันเข้าเป็นระบบค่านิยมได้ 4) ค่านิยมของมนุษย์ สามารถสืบสานไปถึงวัฒนธรรม สังคม สถาบันสังคมต่างๆ ไปจนถึงบุคลิกภาพได้ สิ่งเหล่านี้ อาจถือได้ว่าเป็นบ่อเกิดของค่านิยม 5) ค่านิยมของมนุษย์ จะแสดงออกทางทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลเกือบจะทุกรูปแบบ

สรุปว่า Rokeach แสดงให้เห็นว่า ค่านิยมมี 2

ลักษณะ คือ ลักษณะที่เป็นจุดหมายปลายทางกับวิถีปฏิบัติ โดยที่ค่านิยมของบุคคลสามารถที่จะศึกษาและวัดออกมาให้เป็นระดับความแตกต่างของบุคคล หรือแต่ละสังคม โดยดูจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา พฤติกรรมจะเป็นเช่นใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคลิกภาพของบุคคลแตกต่างกันไป

Bellanca⁽²³⁾ มีความเห็นสอดคล้องกับ Rokeach โดยมองค่านิยมที่ส่วนบุคคลไว้ว่า ค่านิยมก่อให้เกิดความรู้สึกที่มั่นคง และลำดับการคิดในการตัดสินใจแก้ปัญหาอยู่ในทิศทางที่เหมาะสมตามความต้องการของบุคคล ค่านิยมเป็นขบวนการที่แยกไม่ออกจากความคิด และความรู้สึก โดยที่ความคิด (Thinking) เป็นขบวนการแก้ปัญหา (Problem solving) ค่านิยม (Value) เป็นขบวนการตัดสินใจที่สำคัญ (Deciding important) ความรู้สึก (Feeling) เป็นขบวนการยอมรับอย่างสมัครใจ (Accepting inclination)

แนวโน้มการตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้

ความตั้งใจใช้หรือไม่ใช้ (Used or Not used Intention) คือการมีเจตนาที่จะทำ หรือความต้องการที่จะทำ ซึ่งเป็นความพยายามจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งนี้ หากพฤติกรรมอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลอย่างสมบูรณ์ ความตั้งใจเพียงอย่างเดียวก็สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมได้ แต่หากพฤติกรรมไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล ความตั้งใจอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม

Zenithal, Berry & Parasuraman⁽²⁴⁾ ยังกล่าวว่าการตั้งใจใช้หรือไม่ใช้ เป็นการแสดงออกถึงการเลือกใช้บริการนั้นๆ เป็นทางเลือกแรก เช่น ผู้บริโภคที่จะซื้อเครื่องสำอางในห้างสรรพสินค้า นั้น มักจะมีการวางแผนมาก่อนล่วงหน้า เป็นต้น

ความตั้งใจหรือเจตนา (Intention) เป็นความตั้งใจหรือเจตนา ความต้องการความเป็นไปได้ ความพยายาม หรือการวางแผนของบุคคลที่จะทำพฤติกรรม

หนึ่ง ๆ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรม เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดความพร้อมของบุคคลในการที่จะกระทำพฤติกรรม และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม ซึ่งความตั้งใจเกิดขึ้นจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ประเด็น ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มบุคคล อ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความสำคัญของปัจจัยทำนายแต่ละตัว มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและประชากรที่สนใจศึกษา อย่างไรก็ตาม การวัดความตั้งใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เพื่อนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลว่าบุคคลทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมของทุกคนได้เสมอไป เนื่องจากเจตนาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยตัวแปรที่มีผลต่อเสถียรภาพของเจตนามีหลายตัว ได้แก่ ระยะเวลาระหว่างการวัดเจตนากับการวัดพฤติกรรม เจตนาภายใต้เงื่อนไข เจตนาของกลุ่มคน ตัวแปรอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตนาและพฤติกรรม ได้แก่ ประสบการณ์ตรง การเคยเห็นคนอื่นกระทำพฤติกรรมนั้น การมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม และการเกิดเหตุการณ์แทรกซ้อนที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า

Zenithal, Berry & Parasuraman⁽²⁴⁾ ยังกล่าวว่าความตั้งใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เป็นการแสดงถึงการใช้บริการนั้นๆ เป็นตัวเลือกแรก และกล่าวได้ว่า ความตั้งใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เป็นมิติหนึ่ง que แสดงให้เห็นถึงความจงรักภักดี จะประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) ความตั้งใจใช้หรือไม่ใช้ (Used or Not used Intention) 2) พฤติกรรมการบอกต่อ (Word of mouth communications) 3) ความอ่อนไหวต่อปัจจัยด้านราคา (Price sensitivity) 4) พฤติกรรมการร้องเรียน (Complaining behavior)

Howard⁽²⁵⁾ เสนอว่าความตั้งใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ ที่บ่งบอกถึงแผนการของลูกค้ำหรือผู้ใช้บริการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ โดยผลิตภัณฑ์หนึ่งในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยความตั้งใจนั้นจะเกิดขึ้นมา

จากทัศนคติที่ดีต่อผลิตภัณฑ์ฯ ของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ และความมั่นใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ ในการประเมินผลิตภัณฑ์ฯ ที่ผ่านมา โดยจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ราคาสินค้า ผู้จัดจำหน่าย และเวลาการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ และร้านค้าต่างๆ เป็นประสบการณ์ที่ผลิตเพลิน เช่น ความพึงพอใจ ความตั้งใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ มีผลโดยตรงต่อปริมาณการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เป็นต้น

ในกรณีของการเลือกใช้ยาเพิร์พ และการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรหลักฯ ความตั้งใจที่เกิดขึ้นเป็นความพยายามในการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ และสถานบริการทางการแพทย์โดยกลุ่มประชากรหลักฯ ความตั้งใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ ของกลุ่มประชากรหลักฯ มักเกิดขึ้นภายหลังจากที่กลุ่มประชากรหลักฯ ได้รับรู้ถึงประโยชน์ใช้สอย และคุณค่ามันๆ นอกจากนี้ความตั้งใจนั้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ ในทางผลลัพธ์ คือปริมาณการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ นั้นในแบบซ้ำๆ

สรุปว่า ความตั้งใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาเพิร์พและถุงยางอนามัย เป็นเรื่องที่กลุ่มประชากรหลักฯ ได้ประเมินที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ และการใช้บริการจากสถานบริการทางการแพทย์แล้วเกิดความพึงพอใจ รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องดังกล่าวนี้ๆ จะส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ ซ้ำๆ โดยเลือกที่จะใช้บริการจากสถานบริการทางการแพทย์ที่บุคลากรทางการแพทย์นั้นๆ เป็นผู้ให้บริการโดยบุคลากรรายเดิมจะเป็นตัวเลือกแรกๆ ที่กลุ่มประชากรหลักฯ จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ฯ และบริการ ทั้งนี้การเลือกรับบริการจากสถานบริการทางการแพทย์และจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริกาานั้น มักจะมีการวางแผนมาก่อนล่วงหน้า ซึ่งสิ่งนี้สามารถสะท้อนถึงพฤติกรรมที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ ของกลุ่มประชากรหลักฯ ได้โดยการที่กลุ่มประชากรหลักฯ พูดยังแต่เรื่องที่ดีเกี่ยวกับการเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ และสถานบริการ

ทางการแพทย์นั้นๆ รวมถึงแนะนำ และกระตุ้นให้บุคคลอื่นสนใจ และมาเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ จากสถานบริการทางการแพทย์นั้นๆ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ความจงรักภักดีของกลุ่มประชากรหลักฯ ที่มีต่อสถานบริการทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการได้จากการที่กลุ่มประชากรหลักฯ ไม่มีปัญหาเมื่อมีการขึ้นราคาและกลุ่มประชากรหลักฯ ยอมจ่ายในราคาที่สูงกว่าที่อื่น หากการบริการนั้นๆ สามารถตอบสนองความพึงพอใจได้

วิจารณ์

ยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ คือนวัตกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรูปแบบใหม่ที่ทรงประสิทธิภาพ มีไว้ให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีใช้ เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในกรณีที่มีการสัมผัสกับเชื้อไวรัส ยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อเป็นทางเลือกเพิ่มเติมจากชุดเครื่องมือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอยู่เพื่อให้เลือกใช้ได้ คำว่า “เพิร์พ (PrEP)” หรือ ยาเพิร์พ ย่อมาจาก Pre Exposure Prophylaxis และเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการการป้องกันเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในการบริการเพิร์พ ผู้ให้บริการจะจัดยาต้านไวรัสในสูตรเฉพาะ และให้ประชากรกลุ่มหลักฯ ทานเป็นประจำวัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพิร์พให้ผลที่มีประสิทธิภาพมากในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และสาวประเภทสอง ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สำหรับประเทศไทย การใช้เพิร์พเหมาะกับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น ผู้มีคู่นอนเสียดวงและคู่อำลักรอเริ่มยาต้านเอชไอวีอยู่ หรือคู่อำลักรอเอชไอวีแล้ว แต่ยังคงตรวจพบเชื้อไวรัสในเลือดอยู่ ผู้ที่มีคู่นอนเสียดวงที่ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ผู้ที่มาขอรับบริการ Post-Exposure Prophylaxis (PEP) อยู่เป็นประจำโดยไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายหรือหญิงที่ทำงานบริการ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่กำลังฉีดอยู่หรือฉีดครั้งสุดท้ายภายใน 6 เดือน และผู้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา⁽⁵⁾

ในการพัฒนาเพิร์พ พบว่า National Institutes of Health (NIH) หรือสถาบันวิจัยสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศผลการวิจัยเกี่ยวกับการจ่ายยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัส ผลปรากฏว่ายาต้านไวรัสทรูวาต้า (Truvada) ให้ประสิทธิภาพถึงร้อยละ 44 ในการเพิ่มการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย และสาวประเภทสองที่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง เป็นเวลาหนึ่งเดือน โดยมาตรการที่ดำเนินการควบคู่กันไปด้วย ได้แก่ การตรวจเลือดและการใช้ถุงยางอนามัย (ผลสรุปข้อมูลเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553)⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้ออกคำแนะนำว่า เพิร์พ สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายรักชาย หรือไบเซ็กชวล และสาวประเภทสอง ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพิร์พควรใช้ในกลุ่มบุคคลที่ได้รับการรับรองว่า เป็นผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น ผู้รับบริการ เพิร์พ จะต้องรับการตรวจเชื้อเอชไอวีในขั้นตอนแรกของการรับบริการ และจะต้องรับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ และผู้ที่ทานยาเพิร์พจะต้องดูแลและประเมินสุขภาพ เพราะการทานยาอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นมาได้ นอกจากนี้ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยยังคงยึดโยงกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดีที่สุด ซึ่งสถานบริการทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีการณรงค์และให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวนี้ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง การดำเนินป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการส่งเสริมให้กลุ่มประชากรหลักๆ เลือกใช้เพิร์พและถุงยางอนามัยนี้ สอดคล้องกับแนวนโยบายระดับสากล โดยโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ร่วมกับนานาประเทศ ได้ร่วมกันกำหนดนโยบายสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (getting to zero) ซึ่งประกอบด้วย 3 เป้าหมาย คือ การที่จะทำให้ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ (zero new infection) การไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ (zero death) และการทำให้การตีตราบาป และการแบ่งแยกหมดไป (zero stigma and discrimination)⁽²⁷⁾ อย่างไรก็ตาม พบว่า การใช้

ถุงยางอนามัยของชายไทยทั่ว ๆ ไปในยุคปัจจุบันยังคงอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาชายไทยอายุ 20-39 ปี ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 ราย พบว่า ร้อยละ 23 ของกลุ่มตัวอย่างใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ร้อยละ 37.50 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์⁽²⁸⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 205 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร พบว่า ร้อยละ 68.30 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน/คูครอง และมีจำนวนร้อยละ 47.10 เท่านั้น ที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 18 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังคูครอง/คูนอนของตน⁽²⁹⁾ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงว่า พฤติกรรมของคนกลุ่มดังกล่าวๆ ยังไม่ที่ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ คือ การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอและทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคูครอง/คูนอน/คูนัดที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้คูครอง/คูนอนของกลุ่มเสี่ยงทั้ง 3 กลุ่มข้างต้นนั้น อาจจะกลายเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวีได้ในอนาคต

ในการส่งเสริมให้มีการใช้ยาเพิร์พเพิ่มมากขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ แนวคิดของ Schiffman & Kanuk⁽³⁰⁾ ที่ว่า “วิธีการที่บุคคลมองโลกที่อยู่รอบๆ ตัวของบุคคล อย่างไรก็ตามยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของกระบวนการของบุคคลแต่ละคนที่จะมีส่วนเกี่ยวกับความต้องการ ค่านิยม การคาดหวัง และปัจจัยอื่นๆ ตามความหมายของการรับรู้ (Perception) คือ กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีทางเลือก การประมวล และการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมาให้มีความหมายนั้นๆ ตามที่ตนเองรับรู้และให้ความสนใจ” และเชื่อมโยงกับแนวคิดของ Schiffman & Kanuk⁽³⁰⁾ ที่ว่า “องค์ประกอบในการรับรู้ คุณลักษณะการรับรู้ของหลายประการของบุคคลในฐานะที่เป็นผู้รับรู้ มีความสำคัญต่อความเข้าใจถึงผลของการรับรู้ที่มีต่อพฤติกรรม การบริโภค ปัจจัยที่สำคัญในระหว่างคุณลักษณะเหล่านี้ ได้แก่ ระดับขีดขั้นของการรับรู้ที่บุคคลจะรับรู้ได้

ถือเป็นระดับขีดขั้นของการรับรู้ที่บุคคลจะรับรู้ได้ ข้อมูลของการรับรู้ในแต่ละครั้ง จะต้องมีการกำหนดลำดับก่อนหลังเสียก่อน ถ้าต้องการให้การกระทำนั้นบรรลุอย่างต่อเนื่องและมีทิศทาง จากการที่ได้กล่าวไว้แล้วในตอนต้นว่า พฤติกรรมของบุคคลกลุ่มดังกล่าว ในยุคปัจจุบันที่เกิดขึ้นนั้น หาได้น้อยมากที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากตัวกระตุ้นตัวเดียวจริงๆ แล้ว พฤติกรรมที่มีมักจะได้รับผลกระทบมาจากรูปแบบใด ๆ ของการกระตุ้นที่มากกว่าหนึ่งเสมอ ฉะนั้นคุณค่าและความหมายของตัวกระตุ้นทางตลาด หรือในตราสินค้า และผลิตภัณฑ์นั้น จึงเกิดขึ้นอยู่กับเนื้อหาของสิ่งที่จะได้รับจากการรับรู้ นอกจากนี้ประสาทสัมผัสของการรับรู้ของบุคคลก็มีข้อจำกัดบางอย่าง ต่อการที่จะตอบสนองต่อการถูกกระตุ้น ซึ่งข้อจำกัดในการตอบสนองต่อการถูกกระตุ้นนี้เรียกว่า ขีดขั้นการรับรู้ (Thresholds) การตอบโต้ของประสาทสัมผัสแต่ละอย่าง ของระดับขีดขั้นการรับรู้ที่บุคคล จะรับรู้ได้มีด้วยกัน 3 ประการ คือ 1) ขีดขั้นการรับรู้ขั้นต่ำ ที่บุคคลสามารถจะรับรู้ได้ (Lower thresholds) คือจุดที่ตัวกระตุ้นทางตลาดหรือในตราสินค้าและผลิตภัณฑ์นั้น ที่อยู่เหนือจุดนี้ จะไม่มีความแรงหรือกำลังเพียงพอสำหรับผู้บริโภคที่จะสังเกตเห็นได้ 2) ขีดขั้นการรับรู้ขั้นสูง ที่บุคคลจะสามารถรับรู้ได้ (Upper thresholds) คือจุดที่ซึ่งหากเพิ่มการกระตุ้นที่เหนือจากจุดนี้ไป ก็จะไม่ส่งผลต่อการตอบสนองที่จะรับรู้ได้เพิ่มขึ้น และ 3) ขีดขั้นการรับรู้ที่แตกต่างกัน ที่บุคคลจะสามารถรับรู้ได้ (Difference threshold) คือช่วงของการรับรู้ที่หากเพิ่มการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้ผู้บริโภคสังเกตเห็นได้” มีความสอดคล้องกับข้อค้นพบที่สรุปว่า “พฤติกรรมของคนกลุ่มดังกล่าว ในยุคปัจจุบัน แต่ละคนต่างก็มีลักษณะเฉพาะตัว ที่เกี่ยวกับขีดขั้นการรับรู้ขั้นสูง และขีดขั้นการรับรู้ขั้นต่ำ ในการรับรู้ นอกจากนี้ ข้อจำกัดระดับขีดขั้นของการรับรู้ที่จะรับรู้ได้ จะเป็นเรื่องของบุคคลแต่ละคนไม่ใช่ของทั้งกลุ่ม ระดับขีดขั้นของการรับรู้ที่จะรับรู้ได้มีประโยชน์ต่อนักการตลาดและบุคคลากรทางการแพทย์ ในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง หรือการคิดสร้างสรรค์

เครื่องมือการรักษาที่จะทำให้รับรู้ได้มากน้อยเพียงใด เช่น การรับรู้ด้านต่างๆ คือ ด้านผลิตภัณฑ์ การบรรจุภัณฑ์ ขนาดของการบรรจุภัณฑ์ สี สัน ระดับ ชื่อตราสินค้า เป็นต้น”

โดยมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Schiffman & Kanuk³¹ ที่พบว่า “ความสำคัญของสิ่งบอกเหตุ/ตัวกระตุ้นสิ่งบอกเหตุ คือสัญลักษณ์ที่รับรู้ได้ ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องชี้ หรือบ่งบอกถึงบางสิ่งบางอย่างมักจะใช้สิ่งบอกเหตุเป็นตัวกำหนดและประเมินผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น ตราสินค้า บรรจุภัณฑ์ สัญลักษณ์ของสถานพยาบาล ตัวโฆษณาประชาสัมพันธ์ การยืมแยมของบุคคลากรทางการแพทย์ การปฏิบัติกรของบุคคลากรทางการแพทย์ภายในสถานพยาบาล เป็นต้น เมื่อมีความปรารถนาถึงการรับรู้สิ่งใด ๆ ที่มีพื้นฐานที่อยากจะเข้าใจ ก็อาจแสดงออกตามสิ่งที่ชัดเจนนั้นได้ ดังนั้น สิ่งบอกเหตุอาจเป็นสิ่งไม่ชัดเจน ไม่สมบูรณ์ หรือมีมากเกินไปสำหรับการรับรู้สิ่งนั้น เนื้อหาความถูกต้องของสิ่งบอกเหตุที่ไม่ชัดเจน หรือไม่สมบูรณ์ อาจทำให้ต้องมีการคาดคะเนให้เกิดความสมบูรณ์ได้ จนกว่าจะมีข้อมูลอื่นเพิ่มเติมซึ่งบุคคลากรทางการแพทย์อาจใช้ประโยชน์ของสิ่งบอกเหตุในการดำเนินการรักษาได้ เช่น การสร้างสิ่งบอกเหตุให้สามารถตัดสินใจใช้ หรือไม่ใช่ได้ง่ายขึ้น โดยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจต่อการใช้และไม่ใช้ในผลิตภัณฑ์นั้นๆ”

ซึ่งมีข้อมูลเชื่อมโยงกับ ศุภร เสรีรัตน์³¹ พบว่าการกระทำของบุคคล บุคคลหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการทำให้มาและการใช้ ซึ่งสินค้าและบริการ ส่วนพฤติกรรมผู้ซื้อนั้นเป็นการกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนสินค้า และบริการด้วยเงิน ตลอดจนจนถึงการตัดสินใจ โดยพบว่า “แหล่งที่มาของตัวกระตุ้นทางสถานพยาบาลจะให้น้ำหนักความน่าเชื่อถือสิ่งที่รับรู้ได้จากแหล่งที่ผ่านเข้าม หรือจากแหล่งที่ชอบพอมากกว่าแหล่งอื่น ๆ ที่ผ่านเข้ามาเพื่อนฝูง อาจมีอิทธิพลต่อการเลือกเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ ในรูปแบบของการสนทนากันได้ มากกว่าแหล่งอื่น ๆ เช่น การโฆษณาประชาสัมพันธ์ของ

สถานพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้แล้วเรายังสามารถอธิบายถึงการโฆษณาประชาสัมพันธ์บางชิ้น ที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าโฆษณาประชาสัมพันธ์ชิ้นอื่นๆ ฉะนั้นบุคคลากรทางการแพทย์จะต้องเข้าใจแหล่งที่มาของตัวกระตุ้นที่จะนำเสนอให้ยอมรับได้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพ โดยการให้ข้อมูลที่แท้จริง และการใช้เทคนิคทางการโฆษณาประชาสัมพันธ์ในการดึงดูดความสนใจ และบุคคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าใจแหล่งที่มาของตัวกระตุ้นที่จะทำให้ยอมรับด้วย เพราะแต่ละคนมีการรับรู้ต่อแหล่งที่มาของตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ไม่เหมือนกัน” ผู้ที่รับประทานยาเพริฟ ไม่ควรมองว่า เพริฟ เป็นวิธีแรกที่จะป้องกัน แต่ให้มองว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เมื่อทานควบคู่ไปกับการตรวจเชื้ออย่างสม่ำเสมอ และการป้องกันวิธีอื่นๆ ด้วย ดังนั้น กลุ่มชายรักชายจะยังคงต้อง-ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง และทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรู้สถานะของตัวเอง-ตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เพราะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ-รับข้อมูลและคำแนะนำของการรับประทานยาทุกครั้ง รวมถึงลดความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันและการใช้ยาเสพติด -ลดจำนวนคู่นอนลง มีความสอดคล้องกับแนวคิดของศุภร เสรีรัตน์⁽³¹⁾ พบว่า “ปัจจัยด้านเทคนิคที่มีผลต่อการรับรู้ มีหลักฐานที่แสดงถึงสิ่งบอกเหตุ ที่เป็นเทคนิคด้านกายภาพ จะมีผลกระทบต่อการศึกษาคุณค่าของคุณภาพของผลิตภัณฑ์ฯ ได้มากกว่า สิ่งบอกเหตุที่ไม่ใช้ด้านกายภาพ เช่น คุณค่าภาพพจน์ของสถานพยาบาล เป็นต้น ปัจจัยด้านเทคนิคที่สำคัญมีผลต่อการรับรู้ได้แก่ 1) ขนาด ปกติสิ่งที่มีขนาดใหญ่กว่า จะดึงดูดความสนใจได้ดีกว่าสิ่งที่มีขนาดเล็ก ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าภาพโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่มีขนาดใหญ่กว่าเป็นที่ดึงดูดผู้บริโภคได้ดีกว่า 2) สี สัน สิ่งที่มีสีสันจะดึงดูดความสนใจและสร้างความประทับใจได้ดีกว่า สีขาวดำ วัตถุใดที่มีสีสันมักจะรับรู้ได้รวดเร็วกว่า และมักจะจดจำได้ดีกว่าด้วยสีสันสามารถใช้เพิ่มพูนความสำคัญให้กับส่วนต่างๆ ของ

วัตถุได้ และช่วยในการเรียนรู้ด้วย 3) ความเข้มข้น เสียงดัง ความสว่าง ความสำคัญ และความเด่นชัดต่างเป็นค่าที่ใช้แสดงถึงความเข้มข้นของวัตถุสิ่งของความเข้มข้นที่มีมากกว่าจะดึงดูด และเป็นจุดรวมของความสนใจได้มากกว่าด้วย 4) การเคลื่อนไหว เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสนใจได้ดี การเคลื่อนไหวเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ หรือช่วยในการขาย ป้ายเครื่องหมายของร้านค้าที่เคลื่อนไหวได้จะเรียกความสนใจได้ดีกว่า 5) การวางตำแหน่ง ตำแหน่งที่ตั้งของวัตถุ จะมีผลต่อการรับรู้ การเลือกตำแหน่งในการโฆษณาประชาสัมพันธ์จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้และจดจำได้ดี 6) การตัดกัน ไม่ว่าจะอยู่ในรูปของสี สัน หรือขนาดจะเพิ่มการดึงดูดความสนใจได้มากกว่า ซึ่งมักจะใช้กับการตกแต่งภายในร้านค้า/สถานพยาบาล หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการออกแบบป้ายฉลากของสินค้าและผลิตภัณฑ์ และ 7) ความโดดเด่น สามารถใช้ให้เกิดความสนใจและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ด้วย แม้ว่าสิ่งที่ใช้ความโดดเด่นจะมีขนาดเล็กก็ตามในผลิตภัณฑ์นั้นๆ เป็นต้น”

การรับประทานยาเพริฟเป็นประจำทุกวันสำคัญมาก เพราะงานวิจัยระบุว่า เพริฟให้ผลในการป้องกันในระดับที่สูง ในกลุ่มที่ทานเป็นประจำ การป้องกันจะไม่ได้ผลในกลุ่มที่ไม่ทานอย่างต่อเนื่อง-การทานยาเพริฟ จะต้องทานควบคู่ไปกับการได้รับคำปรึกษาเรื่องสุขภาพและตรวจเอชไอวี และมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย-ผู้ใดที่คิดว่าตัวเอง ควรได้รับประทานยาเพริฟ ควรปรึกษาแพทย์ มีความเชื่อมโยงกับแนวคิดของศุภร เสรีรัตน์⁽³¹⁾ ที่พบว่า “การเลือกที่จะสนใจข้อมูลมีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณการรู้ ถึงตัวกระตุ้นที่ตรงกับความต้องการ หรือตรงกับที่สนใจ และในทางตรงกันข้ามจะรู้ร้น้อยที่สุดถึงตัวกระตุ้น ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ ดังนั้นจึงมักจะสนใจดูโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่ตรงกับความต้องการ และร้านค้าที่สนใจที่จะไปซื้อหาผลิตภัณฑ์นั้นๆ มาใช้หรือไม่ใช้นั้น และจะไม่สนใจข้อมูลข่าวสารที่ไม่ตรงกับความต้องการ หรือมีความ

สำคัญต่อความสนใจของบุคคล จะหลากหลายในรูปของชนิดของข้อมูลที่จะได้รับ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของข่าวสารประเภทของสื่อที่ชอบ ดังนั้นการทำโฆษณาประชาสัมพันธ์จะต้องคำนึงถึงทั้งข้อความ และสื่อที่ใช้จะทำให้สนใจหรือชอบ โดยต้องมีลักษณะเด่นชัดเจน ที่จะทำให้อัปเดตตามตั้งใจรับข่าวสารนั้น จึงจะเกิดประโยชน์ต่อการให้บริการทางด้านสาธารณสุข” สอดคล้องกับแนวคิดของ Aaker⁽³²⁾ พบว่า “การรับรู้ถึงคุณค่าของผลิตภัณฑ์ คือกระบวนการที่รับรู้ สรุปลักษณะการรับรู้ จากสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สัมผัส เช่น ชื่อ ข้อความ สี สัญลักษณ์ หรือรูปแบบหรือสิ่งเหล่านี้ รวมกันที่เป็นสิ่งบ่งบอกถึงผลิตภัณฑ์ และคุณค่าความรู้สึกในจิตใจที่มีต่อคุณค่าของผลิตภัณฑ์ ได้ให้แนวคิดเรื่องคุณค่าตราคุณค่าของผลิตภัณฑ์ ทั้งในส่วนการรับรู้และพฤติกรรมที่สามารถอธิบายคุณค่าของตราผลิตภัณฑ์ได้ชัดเจน” ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดของ Aaker⁽³²⁾ พบว่า “การรู้จักตราสินค้า (Brand Awareness) สามารถจดจำชื่อตราผลิตภัณฑ์ ประเภทใดประเภทหนึ่งได้โดยทั่วไปจะเริ่มต้นจากการไม่รู้จักรตราสินค้า จนกระทั่งได้มีการสื่อสารไปด้วยวิธีต่างๆ รวมถึงการเป็นสปอนเซอร์ในกิจกรรมต่างๆ การใช้กลยุทธ์ขยายตราสินค้า การส่งเสริมการขายหรือบริการ จึงทำให้เริ่มรู้จัก ต่อมาเกิดการรับรู้และเมื่อได้ยินชื่อตราผลิตภัณฑ์ บ่อยๆ ลูกค้าย่อมจำได้และจำได้จนขึ้นใจ คุณภาพที่ถูกรับรู้ การรู้จักชื่อตราผลิตภัณฑ์ เป็นความสามารถในการจดจำ และระลึกได้เกี่ยวกับตราผลิตภัณฑ์ หรือสัญลักษณ์ของตราผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของคุณค่าตราผลิตภัณฑ์ ที่ช่วยในการสร้างคุณค่าให้กับตราผลิตภัณฑ์ โดยการจดจำ ในตราผลิตภัณฑ์ สร้างความคุ้นเคยและเป็นข้อผูกมัดต่อการนำไปสู่การตัดสินใจเลือกใช้หรือไม่ใช้ในตราผลิตภัณฑ์ นั้น ๆ เพราะในตราผลิตภัณฑ์ ที่คุ้นเคยหรืออยู่ในใจมักจะเป็นตราผลิตภัณฑ์ ที่เชื่อถือว่า มีความมั่นคงทางคุณค่า และมีคุณภาพดี ดังนั้นมักจะถูกเลือกขึ้นมาใช้หรือไม่ใช้มากกว่าตราผลิตภัณฑ์ ที่ไม่เคยรู้จัก” และ “ความเชื่อมโยงกับตราสินค้า (Brand Association) จะช่วยสร้างทัศนคติในเชิงบวกให้กับตราผลิตภัณฑ์ ในความรู้สึก เช่น คุณลักษณะ คุณสมบัติ หรือ

คุณประโยชน์ให้รับรู้ทำให้เกิดภาพลักษณ์ (Image) และทราบถึงตำแหน่งจุดยืน (Brand Position) ของผลิตภัณฑ์ นั้น จะช่วยสร้างคุณค่าโดยการที่ช่วยให้สามารถดึงข่าวสารออกมาจากความทรงจำ และช่วยในการสร้างความแตกต่างทำให้มีเหตุผลในการใช้และไม่ใช้ในผลิตภัณฑ์ นั้น ๆ” นอกจากนี้ “คุณภาพที่ถูกรับรู้ ของตราผลิตภัณฑ์ หรือการที่มีการรับรู้ถึงคุณค่าในคุณภาพโดยรวม หรือคุณภาพที่เหนือกว่าโดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ในการใช้งาน หรือคุณสมบัติจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการตัดสินใจเลือกใช้หรือไม่ใช้ และความภักดีต่อตราผลิตภัณฑ์ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ได้เห็นถึงความแตกต่าง และตำแหน่งของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งทำให้มีเหตุผลที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ด้วย” และ “ความซื่อสัตย์ต่อตราสินค้า (Brand Loyalty) ถือเป็นสิ่งที่รักและศรัทธาจนยากที่จะเปลี่ยนไปใช้ผลิตภัณฑ์ อื่น ๆ จะมีความคุ้นเคย การวัดความผูกพัน ความภักดีต่อตราผลิตภัณฑ์ นั้น เพราะจะเป็นเครื่องมือสะท้อนความเป็นไปที่จะเปลี่ยนไปใช้หรือไม่ใช้ตราผลิตภัณฑ์ อื่น ๆ หรือไม่ นอกจากนี้ความภักดีจะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้และไม่ใช้ และประสบการณ์ในการใช้ ยังเป็นการช่วยลดต้นทุนทางการตลาดและประชาสัมพันธ์ ช่วยสร้างอำนาจในการต่อรองกับหน่วยงานองค์กร การผลิตอื่น ๆ ดึงดูดใจให้เกิดการใช้และไม่ใช้ซ้ำ และเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของตราสินค้า ซึ่งจะช่วยปกป้องการถูกคุกคามโดยคู่แข่ง”

บทสรุป

บทความวิชาการเรื่อง “ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และค่านิยมด้านพฤติกรรมสุขภาพ: แนวโน้มการไม่ลดลงของจำนวนที่มีต่อในการรู้จักใช้ยาเพร็พ และการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในยุคปัจจุบัน” ได้ข้อค้นพบว่า “ความคุ้นเคย (Familiarity) ส่งผลต่อพฤติกรรมของคนกลุ่มดังกล่าว ในการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ ในอนาคต จากการได้รับรู้ข่าวสาร และเกิดความคุ้นเคยเพิ่มขึ้นอีกด้วย “ความไว้วางใจ (Trusting)” มีผลต่อ

แนวโน้มการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมของคนกลุ่มดังกล่าว การรักษารฐานเดิมเพื่อให้ครองใจในความภักดีต่อการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ฯ เป็นตัววัดการดึงดูดและบอกต่อไปยังบุคคลอื่น “ค่านิยมด้านสุขภาพ (Health Value) มีผลต่อแนวโน้มการที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ และพฤติกรรมของคนกลุ่มดังกล่าว โดยก่อให้เกิดความรู้สึกที่มั่นคงและลำดับการคิด ในการตัดสินใจแก้ปัญหา อยู่ในทิศทางที่เหมาะสมตามความต้องการของบุคคล เป็นขบวนการที่แยกไม่ออกจากความคิด และความรู้สึก โดยที่ความคิด (Thinking) เป็นขบวนการแก้ปัญหา (Problem solving) ค่านิยม (Value) เป็นขบวนการตัดสินใจที่สำคัญ (Deciding important) ความรู้สึก (Feeling) เป็นขบวนการยอมรับอย่างสมัครใจ (Accepting inclination)” ตามรูปแบบการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแนวโน้มพฤติกรรมของคนกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการสร้างเครือข่ายสังคมคนรักสุขภาพ ด้วยการสร้าง Page เพื่อให้มาแชร์ประสบการณ์แนวคิด หรือวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงการดูแลตนเอง เพื่อแสดงให้เห็นถึงค่านิยมด้านสุขภาพที่มีร่วมกัน ในคนกลุ่มวัยต่างๆ ให้เพิ่มมากขึ้น และควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มบุคคลต่างๆ เพื่อให้มีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการเพิ่มยอดการรักษาให้ผู้ที่อาจจะติดเชื้อฯ มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ในการขยายฐานกลุ่มฯ ในยุคปัจจุบัน ให้เกิดการตัดสินใจในการที่จะเลือกใช้ยาเพร็พ และถุงยางอนามัยให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการฉบับนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณแหล่งข้อมูลจากทุก ๆ แหล่งสืบค้น ที่ให้ใช้ข้อมูลเพื่อการอ้างอิงวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อบทความวิชาการฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาชิตสำนวนและคำพิงเพย. “สุภาชิตสำนวนและคำพิงเพยไทย”. กรุงเทพฯ: แพนด้าเลิร์นนิ่งบุ๊ก; 2553. หน้า 180.
2. ณีภูริวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. “การณรงค์ประชาสัมพันธ์และปัจจัยพยากรณ์ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชายในชวามนาเขตกรุงเทพมหานคร”. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2555. หน้า 100-104.
3. ชัยชาญ บัวผัน. “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร”. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559. หน้า 2-3.
4. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, “วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย”. รายงานฉบับย่อ, กรุงเทพฯ: 2560. หน้า 5-7.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. “แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2561 : HIV -PrEP 2018”. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2561. หน้า 1, 13.
6. Fischer, A. R. H., & Frewer, L. J. Consumer familiarity with foods and the perception of risks and benefit. Food Quality and Preference. 2009;20(8):576-585.
7. Laroche, M., Kim, C., & Zhou, L. Brand familiarity and confidence as determinants of purchase intention: An empirical test in a multiple brand context. Journal of Business Research. 1996; 37 (2):115-120.

8. Lafferty, B. A., Goldsmith, R. E., & Hult, G. T. M. The impact of the alliance on the partners: A look at cause-brand alliances. *Psychology and Marketing*. 2004; 21(7):509-531.
9. Chocarro, R., Cortinas, M., & Elorz, M. The impact of product category knowledge on consumer use of extrinsic cues: A study involving agrifood products. *Food Quality and Preference*. 2009; 20 (3):176-186.
10. Alba, J. W., & Hutchinson, J. W. Dimensions of consumer expertise. *Journal of the Consumer Research*. 1987;13(4):411-415.
11. Campbell, M. C., & Keller, K. L. Brand familiarity and advertising repetition effects. *Journal of Consumer Research*. 2003; 30(2):292-304.
12. Kent, R. J., & Allen, C. T. Competitive interference effects in consumer memory for advertising: The role of brand familiarity. *Journal of Marketing*. 1994; 58:97-105.
13. Boyer, E. L. *High school: A report on secondary education in America*. New York, NY: Harper & Row; 1983. P. 27-31.
14. Gefen, D. E-commerce: The role of familiarity and trust. *Omega: The International Journal of Management Science*. 2000; 28:725-737.
15. Dick, A., Chakravarti, D., & Biehal, G. Memory-based inferences during consumer choice. *Journal of Consumer Research*. 1990; 17(1):82-93.
16. Morgan, R. M., & Hunt, S. D. The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*. 1994; 58(3):20-38.
17. Crotts, J. C., & Turner, G. B. Determinants of intra-firm trust in buyer seller relationships in the international travel trade. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 1999; 11(2/3):116-123.
18. McKnight, P. J. An Explanation of top executive pay: A UK study. *British Journal of Industrial Relations*. 1996; 34(4):557-566.
19. Rotter, J.B. A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*. 1967;35:651-665.
20. Kotler, P. *Marketing management*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000. P. 24.
21. Suh, B., Eves, A., & Lumbers, M. Developing a model of organic food choice behavior. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 2015; 43:217-230.
22. สุนทรี โคมิน และสนธิ สมัครการ. ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย เครื่องมือในการสำรวจวัด. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2522. หน้า 11-19.
23. Bellanca, J. A. *Values and the search for self*. Washington, DC: National Education Association; 1975. P. 16, 64-67.
24. Zenithal, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. An empirical examination of relationships in an extended service quality model. *Marketing Science Institute Research Program Series*; December 1990; P. 90-122.
25. Howard, G. S. Why do people say nasty things about self-reports?. *Journal of Organizational Behavior*. 1994; 15(5):399-404.



26. สถาบันวิจัยสุขภาพ. “การถ่ายทอดพันไวรัส”. อินเทอร์เน็ต, [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2563]. จาก: <http://www.adamslove.org/b.php?cid=62.2563>.

27. UNAIDS. Thailand launches new AIDS strategy to ‘Get to Zero’. [Internet]. [update 2012 June 22; cited 2020 June 15]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/june/20120622thaizero/2020>.

28. Janepanish, P., Dancy, D., & Park, C. Consistent condom use among Thai heterosexual adult males in Bangkok, Thailand. *AIDS Care*. 2011; 23(4):460-466.

29. Promsorn, C., Termvises, P., Ramgomut, A., & Chumpathat, N. The unsafe sexual behavior on condom use of the HIV/AIDS patients at the Bamrasnaradura infection disease institute. International conference AIDS, 2004. July 11-16: abstract no. D12337.

30. Schiffman, L. G., & Kanuk, L. Consumer behavior (4th ed.). Engle Wood Cliff, NJ : Prentice-Hall. 1991. P.144-145.

31. ศุภกร เสรีรัตน์. พฤติกรรมผู้บริโภค พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เอ อาร์ บีซิเนส เพรส; 2545. หน้า 48-54.

32. Aaker, D. A. Managing brand equity: Capitalizing on the value of a brand name. New York: Free press. 1991. P.144-164.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปี 2553-2562 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

A STUDY OF FACTORS AFFECTING SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES PREVENTION AND CONTROL IMPLEMENTED BY THE DIVISION OF AIDS AND STIs DURING 2010-2019

เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง

Pensri Sawadcharoenying

กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs

Received: 20/07/2020

Accepted: 01/09/2020

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2557-2562 จาก 18.8 เป็น 33.8 ต่อแสนประชากร การศึกษานี้เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน ปี 2553-2562 ใช้วิธีผสมโดยทบทวนเอกสาร หลักฐาน รวมถึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์เนื้อหาตามโครงสร้าง แยกแยะข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ นำเสนอสถิติเชิงพรรณนา เรียบเรียงเนื้อหา ระบุข้อค้นพบ ตรวจสอบเปรียบเทียบ และเสนอข้อสรุป

พบว่าผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานต่ำ โดยมีหลักฐานยืนยันได้จากอัตราป่วยที่สูงขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราป่วยในวัยรุ่นมากขึ้น การป่วยโรคซิฟิลิสในผู้สูงอายุ มากกว่าครึ่งเป็นซิฟิลิสระยะท้าย แรงงานต่างด้าวมีอัตราป่วยสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถูกลดความสำคัญ ปรับบทบาท ถ่ายโอนงาน ยุบหน่วยงาน และควรวางงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เข้ากับงานเอดส์ในที่สุด 2) ผู้มารับช่วงต่อ มีอายุและประสบการณ์น้อย การถ่ายทอดงานให้ความสำคัญกับโรคเอดส์ มากกว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3) งบประมาณสนับสนุนจากราชการ และงบประมาณโดยรวมลดลง 4) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่เข้มข้น ปัจจัยส่งเสริมการดำเนินงาน ได้แก่ 1) งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศและหน่วยงานภายนอก 2) ความเข้มแข็งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค. ที่ยังมีการให้บริการตรวจรักษา มีความพร้อมทั้งโครงสร้าง ความรับผิดชอบ อายุและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะสำคัญ 1) กำหนดให้มีโครงสร้างแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับประเทศโดยมีผู้รับผิดชอบหลัก และทีมงาน พร้อมอัตรากำลังที่ชัดเจน 2) ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานในทุกระดับ

Abstract

The situation of the sexually transmitted infections (STIs) increased from 18.8 in 2014 to 33.8 per hundred thousand population in 2019. This study aimed to assess the effectiveness of prevention and control of sexually transmitted diseases in 2010-2019, and study what is facilitating and obstacle factors affecting the implementation of STIs prevention and control in view of the practitioner. This study used mixed

methods; reviewing disseminating documents; and using questionnaires and in-depth interviews with relevant key persons. The qualitative data used content analysis and quantitative data used descriptive statistics; frequency, mean and percentage. All content was compiled to examine and compare, as well as identify key findings and conclusions.

The results of the study showed that the performance of program implementation was low, whereas the STIs rate was tended to increase continuously. The rate of STIs infection has increased in adolescents, more than half of the elderly with syphilis are in late-stage, and migrant workers are the highest rates of STIs compared to all risk groups. The obstacles factors include: STIs program was judged as low priority as shown by reorganization and transfer STIs tasks to integrate with AIDS, frequently rotated of STIs staff, and the newly recruited staffs still have less experience; the budget allocated for the STIs program was reduced; and STIs program was weakening. The facilitating factors include; there was funding support from outside organizations, especially from the international organizations; and strength of the Regional Office of Disease Prevention and Control that have potential structure and experienced staff to provide STIs services.

The recommendation are as follows: establish a National STIs Program structure with the key persons, staff, and adequate resources; and review the STIs prevention and control strategies, design an effective operational plan, and policy recommendations for driving STIs prevention and control program at all levels.

<p>คำสำคัญ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน, ป้องกันควบคุมโรค, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p>	<p>Keywords Factors affecting operations, Disease control, Sexually Transmitted Infections</p>
---	---

บทนำ

ประเทศไทยประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในอดีตประเทศไทยมีรายงานการระบาดสูงสุดในปี 2529 โดยมีอัตราป่วย 7.85 ต่อประชากรพันคน⁽¹⁾ ถึงแม้้อัตราป่วยลดลงเรื่อยๆ จนในปัจจุบันลดลงเหลือ 33.8 ต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้การสนับสนุนป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง อย่างไรก็ตามอัตราป่วยมีแนวโน้มกลับมาสูงขึ้นอย่างมากในระยะ 5-10 ปีที่ผ่านมา โดยจากรายงานการเฝ้าระวังโรค ของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (รง.506) อัตราป่วยตั้งแต่ปี 2557-2562 เพิ่มขึ้นจาก 18.8 เป็น 33.8 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections : STIs) มีการดำเนินงานมายาวนานถึง 90 ปี นับตั้งแต่ปี 2473⁽¹⁾ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม เพื่อจะนำผลที่ได้รับมาปรับปรุงนโยบายและแผนการดำเนินงานในระดับประเทศ

ในปี 2545 เกิดการปฏิรูประบบราชการได้มีการยุบกองกามโรคลง และถ่ายโอนภารกิจมาเป็นส่วนหนึ่งของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค)⁽¹⁾

ปี 2555 ปรับโครงสร้างกรมและหน่วยงาน ควบรวมงาน ป้องกันควบคุม STIs กับงานป้องกันโรคเอดส์ กลุ่ม STIs จึงไม่มีโครงสร้างงาน National STIs Program มาจนถึง ปัจจุบัน และงบประมาณโดยรวมลดลง⁽³⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า ชุดสิทธิประโยชน์ประชากร ไทยที่ไม่ครอบคลุมถึงประชากรเป้าหมาย การที่จะ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ให้สิทธิประโยชน์ ในประชากรทั่วไปโดยคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เพียงอย่างเดียว ในขณะที่สิทธิประโยชน์การคัดกรองโรค ซิฟิลิสให้เฉพาะในหญิงตั้งครรภ์⁽⁴⁾ ซึ่งแม้ว่าจะรักษาหาย แล้วก็อาจจะไปติดกับสามีได้อีก เนื่องจากไม่มีการ คัดกรองสามีด้วย นี้คือ ช่องว่างเชิงนโยบายที่ทำให้ผลการ ดำเนินงานรักษาและป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ดีเท่าที่ควร⁽⁶⁾ จากการศึกษาที่โครงสร้างและทรัพยากร ที่เปลี่ยนไปของกลุ่ม STIs และช่องว่างเชิงนโยบาย ข้างต้น อาจจะส่งผลทำให้สถานการณ์การติดเชื้อ หรือ ความชุกของโรคสูงมากขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมิน สมรรถนะผลการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะ 10 ปี (ปี 2553-2562) และเพื่อศึกษาปัจจัย ที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคส่งต่อการดำเนิน งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในมุมมอง ของผู้ปฏิบัติงานในกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีผสม (mix method) โดยทำการทบทวนเอกสาร หลักฐาน ข้อมูล เผยแพร่ รวมถึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงาน STIs นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามโครงสร้างที่กำหนด โดยแยกแยะข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ วิเคราะห์สถิติเพิ่มเติมโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา เช่น สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย นำเนื้อหา มา เรียบเรียงตามลำดับเหตุการณ์ แยกเป็นปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกหน่วยงาน เพื่อประกอบการระบุ ข้อค้นพบและตรวจสอบเปรียบเทียบความเหมือนและ

ความต่างของแหล่งข้อมูลสนับสนุนต่างๆ เพื่อแสดง ข้อสรุปเป็นผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยอุปสรรคต่อการดำเนินงาน STIs และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานในอนาคต

โครงสร้างเนื้อหา

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ 1-3 นำมา วิเคราะห์ เนื้อหา แยกแยะ ข้อมูลเป็น เชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผลสัมฤทธิ์ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การศึกษา นี้อ้างอิงผลสัมฤทธิ์จากเป้าหมายของประเทศไทยที่ระบุ ให้อัตราป่วยไม่ควรเกิน 20 ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ หาก ผลการทบทวนพบอัตราป่วยสูงกว่าเป้าหมายจะถือว่า ไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ 2) ปัจจัยภายในหน่วยงาน ได้แก่ โครงสร้าง บุคลากร งบประมาณ และ นโยบาย/แผน และ 3) ปัจจัยภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ การทำงานและ นโยบายของเครือข่าย เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถานบริการสาธารณสุข กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทุติยภูมิได้จากการทบทวน เอกสารจากแหล่งสำคัญ ได้แก่

1.1 เอกสารการดำเนินงานภายในกองโรค เอดส์ฯ เช่น รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ข้อมูล โครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560- 2564 เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาแยกแยะปัจจัยภายใน ได้แก่ โครงสร้าง บุคลากร งบประมาณ และ นโยบาย/แผน

1.2 ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาด วิทยา การสำรวจสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานเฝ้าระวัง โรค 506 ของกองระบาดวิทยา เพื่อหาอัตราป่วย STIs จากในอดีตย้อนหลัง 10 ปี ถึงปัจจุบัน เพื่อประเมิน สมรรถนะผลการดำเนินงานป้องกันควบคุม STIs รายงาน การเฝ้าระวังโรคเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ประเทศไทย

(HIV sentinel sero - surveillance : HSS) เพื่อวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคตามกลุ่มประชากรเสี่ยง รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Surveillance Survey: BSS) เพื่อติดตามสถานการณ์พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มประชากรนักเรียน ม.5 และ ปวช.2 เป็นต้น

1.3 ข้อมูลทุติยภูมิที่สามารถสืบค้นได้ในสื่อสาธารณะทั่วไป เช่น ฐานข้อมูลวารสารออนไลน์ประเทศไทย (TCI-ThaiJO) ห้องสมุดหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คลังข้อมูลกรมควบคุมโรค เว็บไซต์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีความน่าเชื่อถือ เช่น กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทบทวนหลักฐานวิชาการ ระเบียบ นโยบายที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจข้อมูลการดำเนินงานในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สคร. ที่ 1-12 และ สปคม. รวม 13 แห่ง โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักงาน STIs แห่งละ 1 คนเป็นผู้ตอบแบบสำรวจ รวมทั้งสิ้นจำนวน 13 คน เนื้อหาครอบคลุมจำนวนอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการทำงาน การให้บริการคลินิกโรคติดต่อ

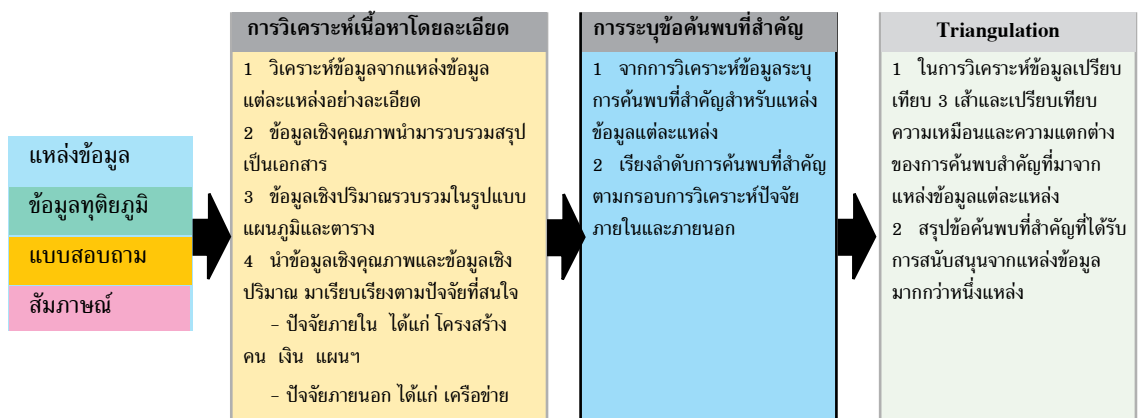
ทางเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบัน (แกมโรค) และงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนการดำเนินงาน STIs ย้อนหลัง 5 ปี

ส่วนที่ 3 การสัมภาษณ์ตัวต่อตัว (face to face interview) บุคลากรที่รับผิดชอบงาน STIs ทั้งในอดีตและปัจจุบัน แบ่งเป็น

3.1 สัมภาษณ์บุคลากรภายในกลุ่ม STIs และกลุ่มป้องกันโรคเอดส์ที่ยังปฏิบัติงานอยู่จำนวน 3 คน อดีตผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องอายุแล้วจำนวน 3 คน และผู้รับผิดชอบงาน STIs ของ สคร. จำนวน 2 คน เพื่อสอบถามความเข้าใจในกรณีที่เกิดจากการทบทวนเอกสารในส่วนที่ 1 แล้วข้อมูลไม่ชัดเจน มีความขัดแย้ง โดยทำการนัดหมายสัมภาษณ์ในช่วงนอกเวลาทำการของราชการ หรือเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

3.2 สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงาน STIs ของ สคร. ที่เป็นผู้ตอบแบบสำรวจในส่วนที่ 2 เพื่อยืนยัน สอบทานความเข้าใจให้ชัดเจนมากขึ้น มีผู้รับผิดชอบจาก STIs ของ สคร. จำนวน 4 คน จาก 4 แห่ง ที่จำเป็นต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยทำการนัดหมายสัมภาษณ์ในช่วงนอกเวลาทำการของราชการ

กรอบแนวคิด



การศึกษานี้เป็นการดำเนินงานวิจัยจากงานประจำ ซึ่งได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการจากผู้บริหารหน่วยงาน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ

ดำเนินการกิจประจำ จึงมิได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีการควบคุมการวิจัยโดยระมัดระวังความปลอดภัย มีการปกป้องความเป็น

ส่วนตัว รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและผู้ถูกกล่าวถึงอย่างรัดกุม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งการทบทวนออกเป็น 3 ส่วนหลัก ตามวัตถุประสงค์การศึกษา ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลสัมฤทธิ์ของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพิจารณาจากอัตราป่วยและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับอัตราป่วย เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1 และส่วนที่ 2-3 ปัจจัยภายในองค์กร และปัจจัยภายนอกองค์กร เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2

ส่วนที่ 1 ผลสัมฤทธิ์ของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อค้นพบ 1) อัตราป่วย STIs มีความรุนแรงมากขึ้น ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา และแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มเสี่ยง

จากข้อมูล รง. 506 พบอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี 2553-2557 มีอัตราไม่แตกต่างกันมากนัก แต่นับจากปี 2557 จนถึงปี 2562 อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 18.8 ต่อประชากรแสนคน เป็น 33.8 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 1.8 เท่า โรคที่พบป่วยมากที่สุดคือ โรคหนองใน อัตราป่วยเพิ่มจาก 10.5 เป็น 14.5 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 1.4 เท่า ในขณะที่โรคซิฟิลิส ในปี 2557 มีอัตราป่วยเพียงครึ่งหนึ่งของโรคหนองใน คือ 4.7 ต่อประชากรแสนคน กลับพบแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างมากโดยในปี 2562 มีอัตราป่วยถึง 13.8 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 2.9 เท่าของอัตราป่วยในปี 2557⁽²⁾

โดยกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกซิฟิลิสมากที่สุด ได้แก่ แรงงานต่างด้าว ร้อยละ 8.3 พนักงานบริการที่เป็นสาวประเภทสอง (TGSW) ร้อยละ 5 สาวประเภทสอง (TG) ร้อยละ 4 พนักงานบริการชาย (MSW) ร้อยละ 3 ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ร้อยละ 2.8 ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (PWID) ร้อยละ 1.5 พนักงานบริการหญิง (FSW) ร้อยละ 1.4 ผู้ต้องขัง ร้อยละ 0.45 ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีอัตราตรวจพบซิฟิลิส ร้อยละ 0.42 และ

ประชากรทั่วไป ร้อยละ 0.02 ตามลำดับ⁽⁶⁻¹³⁾

ข้อค้นพบ 2) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 15-24 ปี

จากข้อมูล รง. 506 พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยในปี 2562 กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือ 124.6 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-34 ปี, 35-44 ปี, มากกว่า 65 ปี, 45-54 ปี, น้อยกว่า 15 ปี และ 55-64 ปี โดยมีอัตราป่วย 51.0, 22.9, 13.7, 12.8, 11.0 และ 9.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾

จาก รง. 506 แสดงให้เห็นแนวโน้มอัตราป่วยในปี 2562 ที่เพิ่มขึ้นจากอดีตในปี 2557 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่เพิ่มรุนแรงที่สุดคือ อายุ 15-24 ปี อัตราป่วยเพิ่มจาก 54.2 เป็น 124.6 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 2.30 เท่า รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-34 ปี, น้อยกว่า 15 ปี, 35-44 ปี, มากกว่า 65 ปี, 55-64 ปี และ 45-54 ปี โดยมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นคิดเป็น 2.04, 2.04, 1.55, 1.49, 1.23 และ 1.05 เท่าตามลำดับ⁽²⁾

ข้อค้นพบ 3) วัยรุ่นในปัจจุบันมีพฤติกรรมเสี่ยงและความเข้าใจผิดต่อการติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการสำรวจ BSS ปี 2561 พบนักเรียนสายอาชีพ (ปวช.2) เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 40-51 ส่วนนักเรียนสายสามัญ (ม.5) เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 17-26 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15 ปี ส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่แฟนคูรัก สื่อถึงการมีคู่นอนหลายคน และยังพบว่าร้อยละ 1.9-3.4 เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน⁽¹⁴⁾

จากการสำรวจ BSS มีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่ามีผู้ตอบแบบสำรวจในถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ภาพรวมต่ำกว่าร้อยละ 60⁽¹⁴⁾ โดยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดพบว่านักเรียนทุกกลุ่มมีอัตราการใช้ถุงยางกับแฟนหรือคนรักต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทอื่น ๆ⁽¹⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรม การใส่ถุงยางอนามัยที่น้อยลงส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อ ที่ผิด “คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นั้นมีอยู่ในเฉพาะผู้ให้บริการทางเพศเท่านั้น และ ตราบไต่ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ผ่านการซื้อบริการ ก็ไม่ จำเป็นจะต้องป้องกัน”⁽¹⁵⁾ และ “เชื่อว่าการติดโรคจะ เกิดต่อเมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิเท่านั้น จึงสวมถุงยางอนามัย เมื่อใกล้จะหลั่งน้ำอสุจิ แต่โรค STIs จะติดต่อกันได้ทันที เมื่อสอดใส่โดยไม่สวมถุงยางอนามัย”⁽¹⁶⁾

ข้อค้นพบ 4) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซิฟิลิสระบบ ประสาท (Neurosyphilis) สูงขึ้น

จาก รง. 506 พบอัตราป่วยในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2558 เป็นต้นมา โดยมี อัตราป่วยเพิ่มจาก 8.5 เป็น 13.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2562 คิดเป็น 1.6 เท่า ในช่วงเวลาเพียง 4 ปี⁽²⁾ เมื่อพิจารณาสัดส่วนการป่วยด้วยซิฟิลิสระยะต่างๆ จาก ข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี 2561 แสดงให้ เห็นผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งตรวจพบซิฟิลิสในระยะท้าย รวมถึงป่วยเป็นซิฟิลิสระบบประสาทแล้ว เกิดการเสียหาย ของอวัยวะภายในและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต⁽⁹⁾

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในองค์กร

2.1) โครงสร้าง

ข้อค้นพบ 5) ในอดีตการทำงานมีแผน นโยบายชัดเจน และกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ ภาค เขต จังหวัด อำเภอ และชุมชน

จากรายงานการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ปี 2552⁽¹⁾ มีเนื้อหาสรุปความเป็นมา การปฏิบัติงานจากในอดีต สามารถไล่เรียงตามลำดับ การเกิดเหตุการณ์ ดังนี้

ปี 2490 งานควบคุมกามโรคขยายจาก ส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาคเป็นครั้งแรก ในเขตภาคเหนือ 2 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง และนครสวรรค์⁽¹⁾

ปี 2505 เกิดสงครามอินโดจีน 2 (สงคราม เวียดนาม) มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากการเข้ามาของทหาร ต่างชาติ จึงได้จัดตั้งหน่วยควบคุมกามโรคขึ้นที่อำเภอ

พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา และ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัด นครพนม⁽¹⁾

ปี 2510-2515 มีแผนระดับชาติด้านการ ควบคุมกามโรค โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 2 รวมถึงมีแผน ระดับกรม กำหนดระยะเวลาดำเนินการในแผน 15 ปี โดยในปี 2510 มีการจัดตั้งศูนย์ควบคุมกามโรคระดับ ภูมิภาค ใน 4 จังหวัด และขยายครบทุกเขต จำนวน 9 เขต ในปี 2515⁽¹⁾

ปี 2524 จัดตั้งอาสาสมัครต่อต้านกามโรค (อสกร.)⁽¹⁾

ปี 2526 เกิดการแพร่ของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ทั่วโลกและในประเทศไทย มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น และกองกามโรคได้รับมอบหมายให้ดูแลงานป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์ในระดับประเทศ⁽¹⁾

ปี 2534 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มึ การดำเนินการควบคุมกามโรคครอบคลุมทุกจังหวัด⁽¹⁾ และให้ทุกจังหวัดเร่งรัดดำเนินโครงการถุงยางอนามัย 100%⁽¹⁷⁾

ปี 2534-2538 มีนโยบายเร่งรัดการควบคุม โรคเอดส์ โดยจัดตั้งหน่วยงานกามโรคและโรคเอดส์ใน อำเภอที่มีปัญหาโสเภณี 507 อำเภอ⁽¹⁾

ข้อค้นพบ 6) มีการถ่ายโอนภารกิจจาก หน่วยงานส่วนกลาง ไปสู่หน่วยงานส่วนภูมิภาค

ปี 2525 มีการถ่ายโอนงานหน่วยกามโรค จังหวัด จากสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ ไปสู่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข⁽¹⁾

ปี 2531 โอนงานศูนย์กามโรคเขต จาก กองกามโรค ไปสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต ซึ่งมีการ เพิ่มจาก 9 เป็น 12 เขต ตั้งแต่ปี 2528 เป็นต้นมา⁽¹⁾

ปี 2540-2544 ปรับลดบทบาทกองกามโรค ให้มีบทบาทในด้านพัฒนางานและสนับสนุนทางวิชาการ โรคติดต่อ ในขณะที่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และจังหวัด รับผิดชอบงานเพิ่มขึ้นในการสนับสนุน

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น⁽¹⁾

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ อดีตผู้รับผิดชอบงาน พบว่านอกจากมีการถ่ายโอนงานหน่วยกामโรคแล้ว มีการยุบหน่วยกामโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในสังกัด กองกामโรคลง เพื่อให้สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบดำเนินงานต่อ โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ประมาณ ปี 2544 ได้มีการยุบหน่วยกामโรคให้กรุงเทพมหานคร ได้แก่ หน่วยกामโรคทำเรือ บ้านชีวิ ภาชีเจริญ ปิ่นเกล้า นางเลิ้ง วชิระ ยกเว้นหน่วยกामโรคบางเขน โดยโอนงาน ให้เป็นบทบาทของ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ”

ข้อค้นพบ 7) บทบาท หน้าที่ โครงสร้างของ แผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระดับประเทศ (National STIs Program) หายไป ภายหลังจากการปฏิรูประบบราชการ

ก่อนปี 2545 โครงสร้างของงาน STIs ยังเป็น กองกामโรค ประกอบด้วย 1) กลุ่มงานคลินิกบริการ รักษาผู้ป่วย STIs 2) กลุ่มงานชันสูตรโรค 3) กลุ่มงาน เภสัชกรรม 4) กลุ่มงานฝึกอบรมและเผยแพร่ และ 5) กลุ่มงานระบาด เป็นงานหลักที่ดำเนินงาน National STIs Program ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ อดีตผู้รับผิดชอบงาน ให้ข้อมูลโครงสร้างของกลุ่มงานระบาดประกอบด้วย งานย่อย 6 งาน โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “กลุ่มงาน ระบาด ขณะนั้นมี 1.งานแผนและติดตามประเมินผล 2.งานเฝ้าระวังโรค 3. งานควบคุมแหล่งแพร่โรค 4.งาน ข้อมูล 5.งานติดตามผู้สัมผัสโรค 6.เวชระเบียน” รวม 27 อัตรา

ปี 2545 จากการปฏิรูประบบราชการ โดย ยุบรวมกองโรคเอดส์ กองวัณโรค และกองกामโรค เป็น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีโครงสร้างภายในเป็น กลุ่มโรคเอดส์ กลุ่มวัณโรค และกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โครงสร้าง ปี 2545 คงเหลืองานบริการ ประกอบด้วย 1) กลุ่มงานคลินิก 2) กลุ่มงานชันสูตรโรค 3) กลุ่มงานเภสัชกรรม โครงสร้าง ยังคงเดิม เพียงลดอัตรากำลังแต่ไม่มาก กลุ่มงานฝึกอบรมและเผยแพร่ ปรับชื่อเป็น กลุ่มพัฒนาพฤติกรรม

กลุ่มงานระบาด (National STIs program) เดิมมี 6 งาน ปรับเหลือ 2 งาน คือ 1) งานแผนฯ ปรับชื่อเป็น กลุ่มงานสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยและติดตามประเมินผล 2) งานเฝ้าระวังโรค ปรับชื่อเป็น กลุ่มพัฒนารูปแบบการควบคุมโรค และยังปฏิบัติงานอยู่ ณ ที่ตั้งของกองกामโรค เดิม ได้ใช้โครงสร้างนี้จนถึงปี 2554

ปี 2555 ปรับโครงสร้างกรมควบคุมโรค และ ภายใต้อำนาจสำนักโรคเอดส์ฯ ยุบ งาน National STIs program และกลุ่มพัฒนาพฤติกรรม ต้องไปรวมกับงานอื่นๆ ที่ สำนักโรคเอดส์ฯ ที่ตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาพฤติกรรม ย้ายมาบางส่วน ที่เหลือยังปฏิบัติงานอยู่ที่กลุ่ม STIs ส่วนแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับประเทศ (National STIs program) ถูกควบรวมกับงานเอดส์ และไม่มีโครงสร้างงาน National STIs program มาจนถึงปัจจุบัน กลุ่ม STIs จึงเหลือเฉพาะงานบริการ⁽³⁾

ในปี 2561 ได้แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาระบบดูแล รักษา ป้องกัน และเฝ้าระวัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน STIs โดยเฉพาะ แต่ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน เนื่องจากผู้รับผิดชอบหลักมีการโยกย้ายงาน⁽¹⁸⁾

2.2) บุคลากร

ข้อค้นพบ 8) จำนวนผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างมาก จนสุดท้ายควรรวมผู้รับผิดชอบกับงานเอดส์

ในอดีตจนถึงปี 2545 มีจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบ National STIs Program จำนวน 27 อัตรา รับผิดชอบ 6 งาน และลดลงเรื่อย ๆ โดยในปี 2553 เหลือจำนวนบุคลากร 14 อัตรา รับผิดชอบ 2 งาน (กลุ่มงานสนับสนุนฯ กลุ่มพัฒนารูปแบบการควบคุมโรค) และ กลุ่มพัฒนาพฤติกรรม 6 อัตรา

ปี 2555 เกิดการปรับโครงสร้างกรมควบคุมโรค และภายใต้อำนาจสำนักโรคเอดส์ฯ งาน National STIs program ต้องไปรวมกับงานอื่นๆ ของสำนักโรคเอดส์ฯ โดยกลุ่มงานสนับสนุนฯ ควบรวมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ กลุ่มพัฒนารูปแบบการควบคุมโรค ควบรวมกับ

กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ ส่วนกลุ่มพัฒนาพฤติกรรม ย้ายมา เฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน คงเหลือนักวิชาการ ควบคุมโรค 2 คน และเจ้าพนักงานควบคุมโรค 3 คน ที่ยังปฏิบัติงานอยู่ที่กลุ่ม STIs ภายหลังตำแหน่ง เจ้าพนักงานควบคุมโรคทั้ง 3 อัตรากำลังไม่มีในโครงสร้าง เพราะเป็นตำแหน่งที่มาช่วยราชการ

ข้อค้นพบ 9) ในปัจจุบันนักวิชาการสาธารณสุข ที่ช่วยงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีจำนวนและ ประสบการณ์ทำงานน้อย

ข้อมูลจากงานการเจ้าหน้าที่ กองโรคเอดส์ พบว่าปัจจุบันมีจำนวนนักวิชาการสาธารณสุขทั้งสิ้น 40 คน มีคนที่อายุงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 35 คิดเป็นสัดส่วน 2 : 1 ซึ่งในจำนวน 40 คน มีนักวิชาการสาธารณสุขของกลุ่ม STIs 2 คน เป็น ผู้มีประสบการณ์ทำงานน้อย โดยมีอายุงานนับถึงเดือน สิงหาคม 2563 เพียง 1 ปี 9 เดือน และ 1 ปี 5 เดือน

ข้อค้นพบ 10) มีความพยายามสร้างความ เข้มแข็ง ให้แก่ งานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ไม่ ต่อเนื่อง

ในปี 2561 ผู้บริหารกรมควบคุมโรคให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันควบคุม STIs ได้แต่งตั้ง ผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงาน พัฒนาระบบดูแลรักษา ป้องกัน และเฝ้าระวัง STIs เพื่อเสริมความเข้มแข็ง ของการดำเนินงาน STIs โดยเฉพาะ มีการกำหนดแผน งานพัฒนาระบบบริการควบคุม ป้องกันและดูแลรักษา STIs อย่างชัดเจน

ปี 2562 เพียงปีเดียว สามารถระบุช่องว่างการ ดำเนินงาน ทราบปัญหา อุปสรรค ตลอดจนวางแผนแก้ไข การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ประเมินความ พร้อมของหน่วยบริการ พัฒนาระบบติดตามการคัดกรอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ลงพื้นที่ตรวจสอบข้อมูลการรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิด บุคลากรงานสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV & STIs literacy) ⁽¹⁸⁾ แต่ทว่าคณะทำงานดำเนินงานได้เพียงหนึ่งปี เนื่องจาก

หัวหน้าทีม ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้นและ ไปรับราชการที่หน่วยงานอื่น

2.3) งบประมาณ

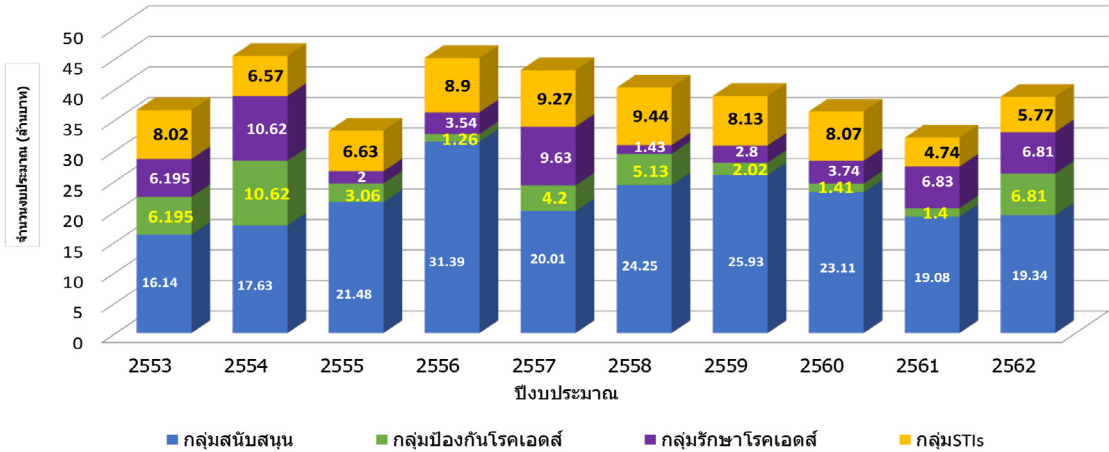
ข้อค้นพบ 11) ปี 2557-2561 เงินงบประมาณที่ได้รับในภาพรวมลดลง

เงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในภาพรวมลดลง ตั้งแต่ปี 2557-2561 จาก 43.11-32.05 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 25.65 เงินงบประมาณที่กลุ่ม STIs ได้รับลดลงปี 2559-2561 เท่ากับ 8.13 - 4.74 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 41.69 ตั้งแต่ปี 2555 งานป้องกัน STIs ได้ควบรวมกับงานป้องกันโรคเอดส์ งบประมาณที่ กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ได้รับจึงใช้สำหรับป้องกันควบคุม STIs ด้วย งบประมาณที่กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ได้รับ ลดลง ตั้งแต่ปี 2559-2561 เท่ากับ 2.02 - 1.4 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 30.69 (แผนภูมิที่ 1)

ข้อค้นพบ 12) เงินนอกงบประมาณมีแนวโน้ม ลดลง

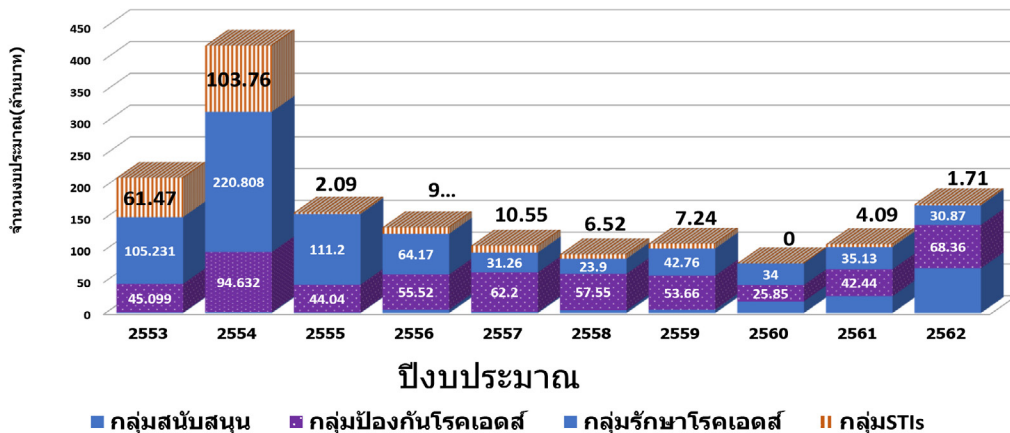
เงินนอกงบประมาณ ในภาพรวมมีแนวโน้ม ลดลง ตั้งแต่ปี 2555-2558 เท่ากับ 158-92.26 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 41.60 เงินนอกงบประมาณได้รับสนับสนุน จากกองทุนโลก (Global Fund : GF) มากที่สุด ลำดับที่ 2 ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข (Thailand MoPH-US CDC Collaboration: TUC) ลำดับที่ 3 สปสช. ร้อยละ 46.18 35.79 และ 11.12 ตามลำดับ GF เริ่มลดจำนวนสนับสนุน ตั้งแต่ ปี 2555 -2558 เท่ากับ 98.32, 69.62, 52.31 และ 22.46 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 77.15 ทำให้งบประมาณในภาพรวม ลดลงมาก ส่วน TUC ให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ ปี 2555-2559 เท่ากับ 20.85, 24.82, 27.93, 44.38 และ 49.21 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 1.3 เท่าตัว งบประมาณ จาก สปสช. ลดจำนวนสนับสนุนตั้งแต่ ปี 2556-2559 และไม่มีการสนับสนุนอีกเลย กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ ได้รับงบประมาณลดลงตั้งแต่ ปี 2557-2560 เท่ากับ 62.2 - 25.85 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 58.44 กลุ่ม STIs ได้รับลดลงตั้งแต่ปี 2557-2562 เท่ากับ 10.55 - 1.71 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 83.79 (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 1 เงินงบประมาณกองโรคเอดส์ฯ ปี พ.ศ. 2553-2562 จำแนกรายกลุ่ม



ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองโรคเอดส์ฯ ปี 2553-2562

แผนภูมิที่ 2 เงินนอกงบประมาณกองโรคเอดส์ฯ ปี พ.ศ. 2553-2562 จำแนกรายกลุ่ม



ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองโรคเอดส์ฯ ปี 2553-2562

ข้อค้นพบ 13) การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเยาวชนไม่สามารถดำเนินได้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์ฯ กลุ่ม STIs งบประมาณที่ได้รับส่วนใหญ่

สำหรับงานบริการ และการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข ส่วนงบประมาณที่กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ได้รับใช้สำหรับการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเยาวชนมีการดำเนินงานต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2558-2562 เป็นการทำงานในชุมชน งบประมาณได้รับไม่มาก จึงทำการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง

1-2 จังหวัด เช่น ปี 2559 ทำในพื้นที่ อุตรธานี และ ฉะเชิงเทราปี 2560 ทำที่ พระนครศรีอยุธยา นครศรีธรรมราช เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์บุคลากรของกองโรคเอดส์ฯ พบว่า การทำงานข้างต้นมีการติดตามประเมินผลในช่วงปลายปี มีการเชิญ สคร. และ สจ. เป็นทีมร่วมการติดตาม โดยให้หน่วยงานที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย สรุปรายงานของ แต่ละหน่วยงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สรุปรบเรียนและข้อเสนอแนะในการทำงานในปีถัดไป โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “มีติดตาม เอา สคร. สจ. ไปด้วย” “ปลายปี สรุปรบของพื้นที่ เพราะแต่ละที่ เช่น นครศรีฯ ทำกับหลาย อบต. 4 แห่ง จัดประชุม เพื่อให้ อบต.มาแลกเปลี่ยนกัน ว่าแต่ละ อบต. ทำอะไรกับวัยรุ่นในพื้นที่” “แล้วจัดประชุมสรุปรบเรียนกัน เพื่อที่จะ ถ่ายทอดองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการทำงานต่อไป”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกองโรคเอดส์ฯ พบว่า มีการถ่ายทอดความรู้โดยการจัดประชุมโดยเชิญกลุ่มเป้าหมายได้แก่ อบต. วัยรุ่น เนื้อหา การถ่ายทอดความรู้ เกี่ยวกับการทำงานของกรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ถ่ายทอดฯ ผ่านการประชุม สรุปรบ เรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน” “ให้ความรู้ 2 วัน จัดประชุมแล้ว เชิญกลุ่มเป้าหมาย เชิญ อบต. เชิญวัยรุ่นด้วย เชิญ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ลงไป ให้รายละเอียดการทำงานของ 3 กรมให้กับพื้นที่”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกองโรคเอดส์ฯ พบว่า ก่อนการเริ่มดำเนินงานจะมีการประชุม จัดทำกรอบแนวคิดในการทำงานร่วมกันก่อน แล้ว สคร. จะเลือกพื้นที่ เช่น สคร. ที่ 11 เลือก โรงพยาบาลปากพนัง รพ.ก็จะไปเลือกพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่องวัยรุ่นเป็นพื้นที่ ดำเนินงาน ซึ่งพื้นที่ที่ถูกเลือกจะร่วมกันออกแบบ กิจกรรมการดำเนินงานเองเพื่อจะได้มีความยั่งยืนในการดำเนินงาน โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “เหมือน มีประชุมทำกรอบด้วยกันก่อน ทำกรอบแนวคิดในการทำงาน แล้วเค้าไปเลือกพื้นที่ ออกแบบกิจกรรม สร้าง

ทีมงานในพื้นที่เอง จะได้มีความยั่งยืน” “สคร. เป็นคน เลือพื้นที่ เป็น รพ.ปากพนัง ๆ ก็ไปเลือกท้องถิ่นที่เป็น ปัญหา เลือ อบต.ไหนที่เยาวชนมีปัญหาบ้าง เลือมา 4 อบต. แล้วเขาไปทำกิจกรรมเชิงรุกให้ความรู้ในพื้นที่เขาเอง”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกองโรคเอดส์ฯ พบว่า ช่วง ปี 2557-2559 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการดำเนินงานในกลุ่มวัยต่าง ๆ และให้มีการบูรณาการระหว่างกรมที่เกี่ยวข้อง กลุ่มวัยรุ่น รับผิดชอบโดยกรมควบคุมโรค กรมอนามัย และ กรมสุขภาพจิต มีการจัดทำแผนบูรณาการการทำงานร่วมกัน ได้รับงบประมาณสนับสนุนแต่จำนวนไม่มาก จึงทำได้ เพียง 4 จังหวัด โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “เรื่องวัยรุ่น เราทำแผนบูรณาการขึ้นไปมีงบกระทรวงมาช่วย สนับสนุน แต่ไม่มาก งบฯ ในภาพกรมเป็นล้าน แบ่ง เอดส์ แอลกอฮอล์ บุหรี่ ภาพกรมมี 3 กอง เราได้ประมาณ 8-9 แสนบาท ทดลองแค่ 4 พื้นที่ มี นครศรีธรรมราช อุตรธานี ฉะเชิงเทรา อยุธยา” (แผนภูมิที่ 3)

ข้อค้นพบ 14) การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องใน บางกลุ่มเป้าหมาย

เงินงบประมาณ ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์ฯ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) ดำเนินการ ปี 2556-2557 เป็นการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงาน กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ดำเนินงาน ปี 2555 และ 2558 เป็นการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการทำงานในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มผู้ต้องขังดำเนินงาน ปี 2557-2558 เป็นการติดตามความก้าวหน้าของการนำแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และ ภัยสุขภาพในเรือนจำไปใช้ และคัดกรองการติดเชื้อ HIV และ STIs และปี 2562 เป็นการคัดกรอง STIs การติดเชื้อ HIV และไวรัสตับอักเสบบี การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยดำเนินงาน ปี 2555 และ 2559 (แผนภูมิที่ 3)

ข้อค้นพบ 15) เงินนอกงบประมาณที่ได้รับ เพื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มวัยรุ่น

ลดลง ทั้งกลุ่มเป้าหมายอื่นได้รับบงาดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

เงินนอกงบประมาณ ปี 2553-2557 เป็นงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน เพื่อขับเคลื่อนงานในสถานศึกษา การจัดระบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) งบที่ได้รับมีแนวโน้มลดลงและไม่มืงงบประมาณดำเนินงานอีกเลยตั้งแต่ปี 2558-2562 เนื่องจากแหล่งทุนเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายที่ให้การสนับสนุน เป็นกลุ่ม key population ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (PWID) และมีการดำเนินงานในกลุ่มอื่น ๆ แต่ไม่ต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ต้องขังดำเนินงานปี 2555 กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ดำเนินงานปี 2557 และการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ดำเนินงาน ปี 2556-2559 (แผนภูมิที่ 4)

จากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกองโรคเอดส์พบว่า การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มวัยรุ่นได้รับการสนับสนุน งบประมาณจากองค์กรต่างประเทศช่วงปี 2548-2552 แต่หลังจากนั้นไม่ได้รับการสนับสนุนเนื่องจากขณะนั้นกลุ่ม key population มีอัตราการติดเชื้อสูง แหล่งงบประมาณจากองค์กรต่างประเทศจึงเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนเป็นกลุ่ม key population โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ได้งบนอกทำงานวัยรุ่น ประมาณปี 2548-2552 งบประมาณ 5 ปี เหตุผลที่ไม่ทำกับกลุ่มวัยรุ่น ตอนนั้นกระแสเรื่อง key pop. อัตราการติดเชื้อ ค่อนข้างสูง เขาเหงบ่าทั้งหมดไปทำกลุ่มนั้นในช่วง 5 ปีหลัง จึงไม่มีการจัดกิจกรรมกับกลุ่มวัยรุ่น”

ข้อค้นพบ 16) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เปลี่ยนนโยบายการดำเนินงาน

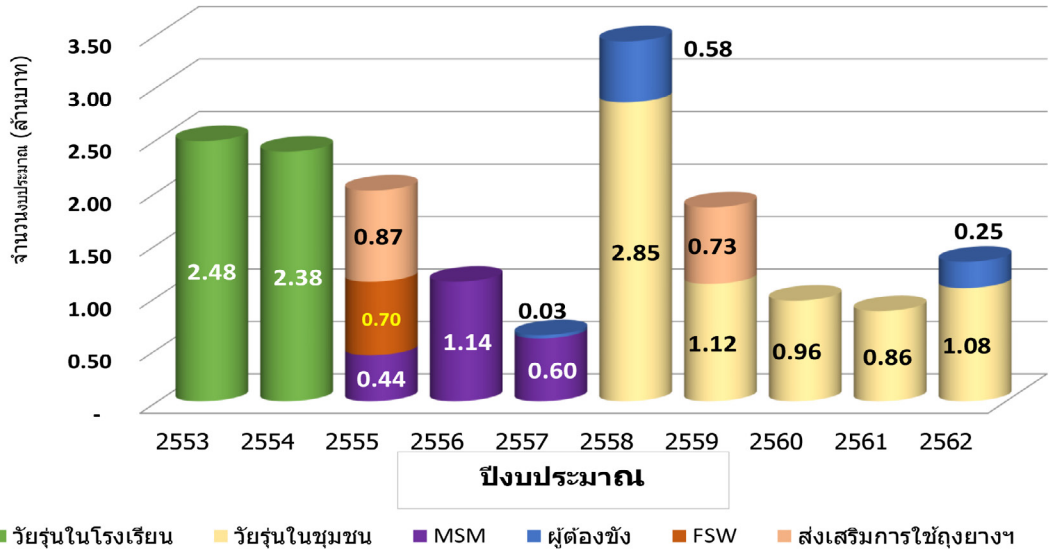
เงินนอกงบประมาณ ในปี 2555-2559 เป็นการดำเนินงาน การรักษาเสมือนการป้องกัน (Treatment as Prevention: TasP) ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และพนักงานบริการหญิงอิสระ และ

ปี 2560-2562 ดำเนินงานเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) (แผนภูมิที่ 4)

การทำงานป้องกันโรคเอดส์ ปรับแนวทางการดำเนินงานเป็น 1) การรักษาเสมือนการป้องกัน (Treatment as Prevention: TasP) เนื่องจากการสร้างตัวแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) สำหรับประเทศไทย พบว่า การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเลือดให้ได้ถึง ร้อยละ 90 ในกลุ่มประชากรสำคัญได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการ (SW) และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (PWID) ร่วมกับการให้ยาต้านเอชไอวีทันทีแก่ผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรนี้ โดยไม่คำนึงถึง CD4 จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงไปได้ถึง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณไว้ ซึ่งการดำเนินงานที่สำคัญของการรักษาเสมือนการป้องกัน (TasP) ได้แก่ 1) การส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อทำให้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองโดยเร็วให้มากที่สุด 2) การเริ่มยาต้านเอชไอวี ให้กับผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยได้มีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีได้ทันทีเมื่อมีการตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557⁽¹⁹⁾

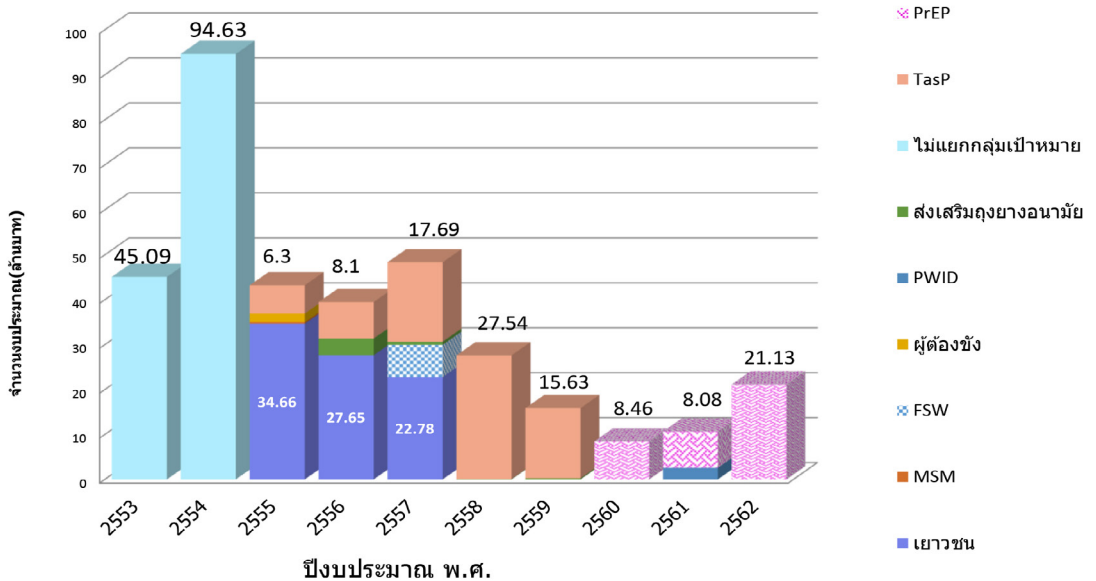
2) การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) มีหลักฐานว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรต่างๆ โดยการกินยา TDF/FTC ทุกวันสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 44 ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) (iPrEx) ร้อยละ 63 ในชายและหญิงรักต่างเพศ (TDF2) เป็นต้น ในประเทศไทยยังเป็นโครงการวิจัย และโครงการนำร่อง เพื่อผลักดันเข้าสู่นโยบายต่อไป PrEP เหมาะกับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีคู่นอนหลายคนที่ไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ชายหรือหญิงที่ทำงานบริการทางเพศ เป็นต้น⁽¹⁹⁾

แผนภูมิที่ 3 เงินงบประมาณ ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และSTIs จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์ฯ ปี 2553-2562

แผนภูมิที่ 4 เงินนอกงบประมาณ ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และ STIs จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์ฯ ปี 2553-2562

TasP หมายถึง Treatment as Prevention (การรักษาเสมือนการป้องกัน)

PrEP หมายถึง Pre-Exposure Prophylaxis (การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส)

2.4) นโยบาย/แผน

1. ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564

ข้อค้นพบ 17) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่เข้มแข็ง

กรมควบคุมโรคก็ได้มีนโยบายการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค จึงได้มีการวิเคราะห์ความเข้มแข็งของการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบอุปสรรคของการดำเนินงาน เช่น 1) ไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการดำเนินงาน และการทำงานไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการทำงานเชิงกลยุทธ์ 2) ไม่มีนวัตกรรมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่าง ๆ 3) ไม่มีการติดตามประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ และ 4) งบประมาณไม่เพียงพอ⁽²⁰⁾

การประเมินความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคประจำปี 2560 ของ สคร. แห่งหนึ่ง พบว่า ผลการประเมินแผนงานควบคุมโรค มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรกได้แก่ แผนงานควบคุมโรคเรื้อน (21.00 คะแนน) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (21.00 คะแนน) และแผนงานควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัส (28.50 คะแนน) เสนอให้สร้างความเข้มแข็ง ตั้งแต่กำหนดยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการ ควบคุมป้องกันโรค พัฒนาระบบข้อมูล มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง พัฒนาศักยภาพบุคลากร พร้อมทั้งมีงบประมาณที่เหมาะสมและต่อเนื่อง⁽²¹⁾

ข้อค้นพบ 18) ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่มีการนำไปใช้

ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 เป็นเพียงแผนยุทธศาสตร์กว้าง ๆ ยังไม่ได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการ (Operational plan) กิจกรรมการดำเนินงานไม่ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินงาน และยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน กองโรคเอดส์ยังไม่ได้ นำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมาใช้ในการกำหนดโครงการ และงบประมาณเพื่อดำเนินงาน เพียงแต่นำเป้าหมายลดโรคมาเป็นเป้าหมายดำเนินงาน ส่วนมาตรการ

การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค และการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ได้บูรณาการร่วมกับแผนงานเอดส์จากการสัมภาษณ์ บุคลากร ของสคร. คนที่ 1 พบว่า สคร. มีการนำยุทธศาสตร์ที่ 5 ของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาดำเนินงาน ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 1, 2 และ 3 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ จึงบูรณาการงาน STIs และโรคเอดส์ใช้ยุทธศาสตร์เอดส์ในการดำเนินงานของสคร. โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ยุทธศาสตร์ STIs ทำเรื่องเซตชูเกียรติ มาตรการ 5 สาเหตุควรจะมี เพราะ STIs เหมือนถูกทอดทิ้ง คนทำงาน STIs ไม่มีงบฯ ไม่มีคนเห็นผลงาน ดังนั้นต้องทำเวที เซตชูเกียรติให้เขา ส่วนข้ออื่น ๆ ก็เหมือนกันกับยุทธศาสตร์เอดส์ มาตรการที่ 1, 2, 3 จะคล้าย ๆ กัน ที่เซตชูเกียรติเอดส์ และ STIs เป็นเนื้อเดียว ดังนั้นเลยมาใช้แผนเอดส์เป็นหลัก”

ส่วนที่ 3 ปัจจัยภายนอกองค์กร

3.1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1-12 และ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.)

จากการสำรวจข้อมูลใน สคร. และ สปคม. จำนวน 13 แห่ง พบว่า ทุกแห่งมีผู้รับผิดชอบงาน STIs สคร. ละ 1-3 คน รวม 27 คน มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 55.55 ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 มีคลินิก STIs ที่ดำเนินการมาต่อเนื่อง จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.1

การดำเนินงานเฉพาะด้าน STIs งบประมาณที่ได้รับเฉลี่ย 125,624 บาท/ปี คิดเป็นร้อยละ 20.29 ของงบประมาณด้านเอดส์และ STIs ที่ สคร. ได้รับ ซึ่งเป็นการดำเนินงาน ประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในสถานบริการสาธารณสุข และการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานดูแลรักษา STIs งาน STIs ที่บูรณาการกับงานอื่น ส่วนใหญ่เป็นงานเอดส์ งบประมาณที่ได้รับเฉลี่ย จำนวน 202,836 บาท/ปี คิดเป็นร้อยละ 22.91 ของงบประมาณด้านเอดส์และ STIs ที่ สคร. ได้รับ

ข้อค้นพบ 19) ผู้มีประสบการณ์ทำงานของ สคร. สามารถเป็นพี่เลี้ยงช่วยการทำงาน STI ในพื้นที่ได้

จากการสัมภาษณ์บุคลากรของ สคร. พบว่า ผู้รับผิดชอบงาน STIs ที่มีประสบการณ์ทำงานมานาน โดยเฉพาะ สคร. ที่มีคลินิกบริการ จะมีความชำนาญทั้งด้านวิชาการและการจัดบริการ มีความเต็มใจที่จะถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานให้กับ เจ้าหน้าที่ที่เริ่มมารับผิดชอบงาน STIs ทั้งของ สคร. และสถานบริการสาธารณสุข โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ยินดีมากที่จะช่วยน้องสอนพี่ขอให้ถาม พาไปทำงานเชิงรุกด้วย ไม่ใช่เฉพาะ สคร. นะ รพ. ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทยก็ยินดีค่ะ”

3.2) สถานบริการสาธารณสุข

จากการสำรวจข้อมูลในสถานบริการจำนวน 314 แห่ง พบว่ามีเพียง 70 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.29 ที่มีการให้บริการเฉพาะ STIs ในสถานบริการที่ไม่มีคลินิกเฉพาะ การให้บริการ STIs จะถูกจัดบริการเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยนอก

ข้อค้นพบ 20) สถานบริการสาธารณสุขควร จะเปิดคลินิกเฉพาะ ในพื้นที่ท่องเที่ยว หรืออัตราป่วยสูง จากการสัมภาษณ์บุคลากรของ สคร. คนที่ 2 พบว่า การประเมินมาตรการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้ โปรแกรม STI QUAL ที่ผ่านไม่ได้กำหนดให้สถานบริการทุกแห่งต้องเปิดคลินิกเฉพาะ ซึ่ง สคร. และ สสจ. จะร่วมให้ความเห็น พิจารณาพื้นที่ที่ควร มีคลินิกเฉพาะ เช่น พื้นที่ท่องเที่ยวที่มีสถานบริการมาก หรือมีอัตราป่วยสูง เป็นต้น จึงจะขอให้ดำเนินการ สำหรับ สถานพยาบาลที่แม้จะไม่มีคลินิกเฉพาะ ก็จำเป็นต้อง เตรียมบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยมีเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ “การทำ STI QUAL การเปิดคลินิกเราไม่ได้เน้น เราเน้น แค่ให้เขาเปิดบริการ คือถ้ามีได้ก็โอเค แต่ถ้าไม่ได้ คุณแค่จัดบริการ ให้สอดคล้อง หากใครมีแหล่งเยอะ จะเปิดเป็นคลินิกก็ได้ อาจจะเป็น วัน ครึ่งวัน หรือ ถ้าไม่เปิด คนเข้ามาในระบบทั่วไป คุณวางระบบอย่างไร ที่เขาได้รับบริการอะไรประมาณนี้ ว่าต้องครบตามนี้ ว่ามีการติดตามตามนี้ เพราะว่าคงเป็นไม่ได้เพราะตอนนี้

คลินิกก็เยอะ บางทีก็ไม่คุ้ม ที่จะต้องมาเปิดคลินิก นอกจากพื้นที่ที่มันเยอะจริง ๆ อย่างเช่น ด้านนอกที่เขา ต้องเปิด สคร. กับ จังหวัด ก็จะมี control อยู่แล้ว ว่าควร จะเปิด ควรจะมี”

3.3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ข้อค้นพบ 21) ชุดสิทธิประโยชน์ประชากรไทย ให้ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติ

สิทธิประโยชน์การตรวจซิฟิลิสในปัจจุบัน ข้อมูลจาก คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2561 ได้จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กับประชาชนคนไทยอย่างทั่วถึง ทุกกลุ่มวัย ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ตรวจเลือดคัดกรอง ซิฟิลิส เอชไอวี โดยซิฟิลิสตรวจในหญิงตั้งครรภ์ 2 ครั้ง คือ เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเด็กเล็ก อายุ 0-5 ปี กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น อายุ 6-24 ปี กลุ่มอายุ 25-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้ตรวจเลือดคัดกรอง เฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾

อย่างไรก็ตาม พบปัญหาในทางปฏิบัติ โดยจากการศึกษาของ ศมิษา ต้นประเสริฐ และคณะ ทำการศึกษา ภาคตัดขวางเพื่อหาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดใน โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน 123 แห่ง ทั่วประเทศ รายงานอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบบ่อย คือ การติดตามสามีมาตรวจซิฟิลิสได้ลำบาก สามีอยู่ต่างจังหวัด สามีไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นทำให้ข้อมูล ไม่สมบูรณ์ เป็นต้น⁽²²⁾

3.4) กรมอนามัย

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนมาตั้งแต่ปี 2540 เพื่อให้บริการแก่ วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-24 ปี ปัจจุบัน มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งแล้ว 875 แห่ง ปี 2556 มีการพัฒนาและปรับใช้ มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS)⁽²³⁾

ข้อค้นพบ 22) วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

ในปี 2562 กรมอนามัย มอบให้ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเมินผลการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในประเทศไทย ข้อค้นพบที่สำคัญ ได้แก่ “ความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น” และยังขาด “การมีส่วนร่วมของวัยรุ่น” ในระดับที่เพียงพอ วัยรุ่นยังไม่ค่อยรู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับ วัยรุ่นและเยาวชน โดยร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินไม่เคยรู้จักบริการดังกล่าว วัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในโรงเรียนมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับบริการดังกล่าวมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียน บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนยังไม่เป็นที่นิยมของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่เคยใช้บริการมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 27 ของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินทั้งหมด⁽²³⁾

3.5) กรมสุขภาพจิต

ข้อค้นพบ 23) การดำเนินงานยังไม่ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557–2559 วัยรุ่น-วัยรุ่น เน้นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การพัฒนาทักษะชีวิต และการป้องกัน ปัญหาในการเรียนและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดย ดำเนินงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตในศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น TO BE NUMBER ONE พัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังปัญหา IQ-EQ ในเด็กวัยรุ่นที่เหมาะสมกับการดำเนินงาน ในชุมชน/ท้องถิ่น และพัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่น รวมทั้ง พัฒนาคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) ที่เชื่อมโยงกับระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เพื่อให้เด็กในวัยรุ่น-วัยรุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียน (เช่น ปัญหาความรุนแรง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การติดสารเสพติด การติดเกม-อบายมุข การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก ความบกพร่องทางการเรียนรู้ ความบกพร่องทางสติปัญญา ฯลฯ) ได้รับการดูแล/เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาในระบบบริการ

สาธารณสุข สนับสนุนเครื่องมือ องค์ความรู้ เพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานกับวัยรุ่น⁽²⁴⁻²⁵⁾

3.6) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ข้อค้นพบ 24) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีหน่วยงานคล้ายคลึงกับกองโรคเอดส์ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยกำหนดโครงสร้างแยกหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการ และหน่วยงานให้บริการออกจากกันชัดเจน

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีการแบ่งส่วนราชการ ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁶⁾ อย่างไรก็ตามมีศูนย์บริการฯ เพียง 9 แห่ง หรือร้อยละ 13 ของจำนวนศูนย์บริการฯ ทั้งหมด ที่จัดให้มีบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ศูนย์บริการฯ 3, 4, 9, 21, 23, 25, 28, 29 และ 43 โดยเปิดให้บริการทุกวัน เวลา 8.00–12.00 น.⁽²⁷⁾

นอกจากศูนย์บริการฯ แล้ว ยังมีหน่วยงานระดับกองและสำนักงานจำนวน 13 หน่วยงาน ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการแก่ศูนย์บริการสาธารณสุข รวมการวิจัยประเมินผล และหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยมีกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (อัตรากำลัง 6 คน) ภายใต้ออกควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ด้านการรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดมาตรฐานการควบคุมโรค พัฒนาการวิชาการเทคโนโลยี และบริการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค นิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน^(26, 28)

สรุปและวิจารณ์

ผลการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ในแง่ของอัตราป่วยระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นอัตราป่วยที่สูงขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สรุปได้ว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ มีผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานต่ำ จากที่พบ อัตราป่วยในวัยรุ่นมากขึ้น แสดงให้เห็นความล้มเหลวของการให้ความรู้แก่เยาวชน ถึงแม้มีการให้สุขศึกษา ในโรงเรียน มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ร่วมดำเนินการให้ความรู้ ส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเยาวชน และวัยรุ่นแล้วก็ตาม ยังไม่ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ลดลง ยังคงเห็นความรู้ ทักษะที่ผิด เช่น หากมีเพศสัมพันธ์กับคู่อริหรือแฟนแล้วไม่จำเป็นต้องสวมถุงยางอนามัย

ปัญหาที่กำลังจะตามมาและเป็นระเบิดเวลา ลูกใหญ่นั้นคือ การป่วยโรคซิฟิลิสในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมารับการรักษาเมื่อมีอาการแสดง และตรวจพบเป็นซิฟิลิสระยะท้าย กอปรกับประเทศไทย เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะทำให้พบจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสระยะท้ายมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอวัยวะภายในถูกทำลายแล้ว เสี่ยงต่อการพิการและเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมโดยรวม ซึ่งการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อ ลดจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสระยะท้าย ไม่ควรมุ่งเน้นมาตรการ ไปที่ผู้สูงอายุอย่างเดียว แต่ต้องรวมถึงการนำผู้ติดเชื้อ ระยะแฝง นั่นคือ กลุ่มวัยทำงาน เข้ารับการตรวจ เพื่อรักษาเน้น ๆ

เมื่อพิจารณาปัจจัยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน จะ พบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การให้ความสำคัญต่อการป้องกันควบคุม STIs ลดลงเป็นลำดับ จากในอดีตที่เคยมีโครงสร้างการทำงาน ที่ชัดเจนมาก มีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน ถูกลดการ สนับสนุนลงเนื่องจากสถานการณ์โรคที่ดีขึ้น พบผู้ป่วย น้อยลง ดังจะเห็นว่ามีการปรับบทบาท ถ่ายโอนงาน ยุบหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรวางงาน STIs เข้า กับงานเอดส์ในที่สุด ประกอบกับ 2) ผู้มารับช่วงต่อมีอายุ และประสบการณ์น้อย การถ่ายทอดงานให้มีความสำคัญ กับโรคเอดส์มากกว่า STIs ทำให้ผู้รับผิดชอบงาน ไม่มีความรู้ ความมั่นใจในการสนับสนุนวิชาการด้าน STIs ให้กับหน่วยงานอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) งบประมาณ สนับสนุนจากราชการและงบประมาณโดยรวมลดลง ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

และขาดความต่อเนื่อง 4) แผนงานควบคุมโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ไม่เข้มแข็ง และยุทธศาสตร์ที่จัดทำไว้ แล้ว ยังไม่มีการนำไปใช้จริง เนื่องจากยังไม่ได้กำหนด แผนปฏิบัติการที่มีรายละเอียดกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ชัดเจน

ปัจจัยส่งเสริมการดำเนินงาน มีอยู่ 2 ประการ ได้แก่ 1) งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศ และหน่วยงานภายนอก อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มได้รับ สนับสนุนลดลง เมื่อรวมกับงบประมาณจากราชการ ที่ได้รับลดลงเรื่อย ๆ ส่งผลให้งบประมาณโดยรวมลดลง และ 2) ความเข้มแข็งการดำเนินงาน STIs ของ สคร. ที่ยังมีการให้บริการตรวจรักษา “คลินิกโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ (กามโรค)” อยู่ในปัจจุบัน จำนวน 6 แห่ง มีความพร้อมทั้งในแง่โครงสร้าง ความรับผิดชอบ อายุและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

ถึงแม้ประเทศไทยมีปัจจัยเสริมโดยมีนโยบาย ให้คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เฉพาะการ คัดกรองซิฟิลิส แต่ยังพบช่องว่างการดำเนินงาน โดย ลิทธิประโยชน์ให้เฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ ไม่ครอบคลุม คู่สมรส และกลุ่มเสี่ยงสำคัญอื่น ๆ ถึงแม้มีความพยายาม ขยายสิทธิประโยชน์การคัดกรองให้ครอบคลุมคู่สมรส และกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เช่น MSM TG FSW โดยให้ คัดกรอง STIs ควบคู่กับการตรวจหาเชื้อ HIV ฟรี อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมเฉพาะประชากรไทย ไม่รวมแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีอัตราเสี่ยงสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มเสี่ยง

ข้อพึงระวังเพิ่มเติม ประเทศไทยมีทางเลือก การป้องกันเอชไอวีโดยให้การรักษาเสมือนการป้องกัน (TasP) และการทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีก่อนการสัมผัส (PrEP) มาตรการเหล่านี้ถึง แม้จะมีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อ HIV แต่ยังเป็นที่ยกเถียงถึงประโยชน์ในการป้องกัน STIs ดังแสดงในการศึกษา PROUD⁽²⁹⁾ ที่ทำการทดลอง ทางคลินิกแบบสุ่ม มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 544 คน ประมาณครึ่งหนึ่งได้ทานยา PrEP ติดตามเปรียบเทียบกับ ุบัติการณ์ติดเชื้อ HIV และ STIs รายงานว่า

กลุ่มที่ทานยา PrEP มีอุบัติการณ์ติดเชื้อ HIV น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทานยา PrEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) และรายงานอัตราการติดเชื้อ STIs ในกลุ่มที่ทานยา PrEP สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทานยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.27-0.99$) และปรากฏชัดว่า ผู้ทานยา PrEP มีโอกาสถูกติดตามใกล้ชิดและได้ตรวจ STIs บ่อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทานยา อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานทางวิชาการขัดแย้งกัน โดยการศึกษาเชิงอภิมานของ Kojima N และคณะ⁽³⁰⁾ วิเคราะห์อุบัติการณ์ป่วย STIs ในประชากรที่สนใจคือ MSM จากการศึกษา 14 งาน พบว่ากลุ่มที่ทานยา PrEP มีสัดส่วนอุบัติการณ์ STIs สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ทานยา PrEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งต่อมา Harawa NT และคณะ⁽³¹⁾ กล่าวแย้งวิธีการคัดเลือกวรรณกรรมและวิเคราะห์อภิมานของ Kojima N และคณะว่าไม่เหมาะสมและทำการวิเคราะห์อัตราป่วยใหม่ก็ยังพบอัตราป่วย STIs กลุ่มที่ทานยา PrEP สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ทานยา PrEP (30) อยู่ดี ทั้งนี้ไม่ปรากฏว่ามีกรายงานค่านัยสำคัญทางสถิติ

จึงต้องพึงระวังเป็นอย่างยิ่งในการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย PrEP ว่าการใช้ถุงยางอนามัยยังเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติทุกครั้งไม่ว่าจะทานหรือไม่ทานยากก็ตาม เพราะมีประโยชน์ป้องกัน STIs และเพิ่มประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการได้แก่ การกำหนดผลสัมฤทธิ์การป้องกัน STIs โดยอ้างอิงจากเป้าหมายระดับประเทศถึงแม้จะทำให้ข้อมูลมีความถูกต้องและครบถ้วนสูง อย่างไรก็ตามอาจไม่สามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาที่จำเพาะกับบางกลุ่มอายุกลุ่มความเสี่ยงได้ และยังคงจำเป็นต้องมีการศึกษาและดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่ การดำเนินการและติดตามยุทธศาสตร์ในระดับชาติ (National strategy implementation and monitoring) ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และจัดลำดับความสำคัญ 2) มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการและกฎหมายรองรับ 3) มีแผนการเงิน

การคลังระดับชาติ และ 4) มีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง⁽³²⁾ โดยมีข้อเสนอแนะตั้งนี้ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรดำเนินการต่อไปนี้

1. ติดตามสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก 2 โรค ได้แก่ อุตบัติการณ์ของซิฟิลิส และ หนองใน ทั้งนี้เป็นไปตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก⁽³²⁾ และขอความร่วมมือเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลมาตรฐานที่กระจายอยู่ในแต่ละหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลร่วมกันอย่างเป็นระบบ เช่น รายงานเฝ้าระวังโรค รง.506, สถิติการฝากครรภ์และให้กำเนิดทารก, รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก, ข้อมูลการรับบริการรักษาพยาบาล (health data center), สถิติผู้ต้องขังแรงงานต่างด้าว และกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

2. กำหนดให้มีโครงสร้างแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับประเทศ (National STIs Program) ที่ชัดเจน โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก และทีมงาน ระบุอัตรากำลังที่ชัดเจน

3. ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดค่าเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของมาตรการที่จะใช้ พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการควบคู่กับแผนงบประมาณที่มีรายละเอียดกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น วัยรุ่นและวัยทำงานโดยผนวกรวมกับการตรวจสุขภาพประจำปี

4. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอสนับสนุนทรัพยากร และวางแผนงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการขับเคลื่อนงานในทุกระดับ

5. ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ให้มีการตรวจคัดกรองซิฟิลิสร่วมด้วย

6. ทำงานประสานกับพื้นที่ เช่น สสจ. ในการควบคุม กำกับการให้บริการดูแลรักษา STIs ให้เป็นไปตาม มาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข ที่สนับสนุนให้ดำเนินการ ขอคุณ ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร ที่ให้ คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณผู้อำนวยการกอง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สนับสนุน ให้ดำเนินงาน ขอคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 1-12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หัวหน้า กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หัวหน้ากลุ่ม พัฒนาคือความร่วมมือและถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่าง ประเทศ หัวหน้ากลุ่มกลุ่มพัฒนาองค์กร หัวหน้า กลุ่มสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ เจ้าหน้าที่กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มบางรักโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มเทคโนโลยีระบบข้อมูล งานการ เจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกัน กลุ่มสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ ที่สนับสนุนข้อมูล ขอคุณเจ้าหน้าที่ กลุ่มนโยบายและแผน ที่สนับสนุน ข้อมูลและสนับสนุนการจัดทำ

เอกสารอ้างอิง

1. สมบัติ ศรีวิจนะ, บรรณาธิการ. การปฏิบัติงาน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2552. หน้า 1-3.
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังโรค 506 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=37>

3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการดำเนินงาน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ.2555. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2555. หน้า 1.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ใช้ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้น 10 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://ebook.dreamnolimit.com/nhso/095/>
5. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทาง การดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปี 2549. การประชุม“หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณและ ผลการจัดสรรงบประมาณลงสู่จังหวัด” ประจำปี 2549 ของกระทรวงสาธารณสุข; วันที่ 12-14 กันยายน 2548; โรงแรมเดอะแกรนด์, กรุงเทพมหานคร.
6. รสพร กิตติเยาวมาลย์, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ผดุงชัย พลไชยมาตย์, จิรวรรณ สว่างสุข, ธนพล ฉายประทีป, ชนาธิป ไชยเหล็ก. ความจำเป็นและ ความเป็นไปได้ของการขยายสิทธิประโยชน์ตรวจ คัดกรองซิฟิลิสในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่เข้า รับบริการตรวจเอชไอวีผู้ต้องขังและแรงงาน ต่างด้าว. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงาน พัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้าน บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ครั้งที่ 2/ 2562; 30 กันยายน. 2562; สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร.
7. Divisions of AIDS and STIs, Ministry of Public Health. Real Time Cohort Monitoring [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 2]. Available from: <https://rtcplus.ddc.moph.go.th/rtcml/>
8. Department of Health, Ministry of Public Health. Perinatal HIV Intervention Monitoring System [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 19]. Available from: <http://pmtct.anamai.moph.go.th/PHIMS>

9. Health Data Center, 2014-2018 [Internet]. Nonthaburi: Thailand Ministry of Public Health; 2019 [cited 2019 Jul 27]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>
10. Department of Corrections. Statistics of prisoner in Thailand [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://www.correct.go.th/stat102/display/result.php?date=2018-03-01>.
11. Foreign Workers Administration Office, Department of Employment. Situation of Migrant Worker [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 26]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/2e6a75ce1ebcd9bd74b6380ea293742a.pdf.
12. Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2019.
13. Strategy and Planning Division. Live births. In: Public Health Statistics AD2017 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. p. 145. Available from: bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf
14. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Surveillance Survey: BSS) กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
15. ชัยยศ ยงค์เจริญชัย. ซิฟิลิส : การกลับมาระบาดของอีกครั้ง และกามโรคในไทยพุ่งกระฉูดโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เหตุมาจากอัตราการใช้ถุงยางลดลง. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้น 13 พฤษภาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bbc.com/thai/thailand-48199586>
16. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections: STI). การอบรมเพื่อสร้างเสริมศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร; 6 มิถุนายน 2561; โรงแรมฟูราม่า, กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้น 11 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: www.bangkok.go.th>sti>3. STI 6 Jun 2018 FINAL MARKED.pdf
17. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. กามโรค: จากอดีตที่ลือลั่น...สู่ปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลง. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://irem.ddc.moph.go.th/content/detail/245>
18. ลีริพร มนยฤทธิ. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชน ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2557-2561 วิเคราะห์ตามกรอบระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
19. สุเมธ องค์วรรณดี, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560: 74, 344- 352
20. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
21. ดวงใจ ไทยวงษ์, กังสตาล สุวรรณรงค์, สุวีณา อ่อนประสงค์. การประเมินความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2560. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 26: 58-65

22.ศณิษา ตันประเสริฐ, ภาวินี ดั่งเงิน, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. ความชุกของซีพีอีเอสแต่กำเนิดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552. วารสารควบคุมโรค 2556;36:58-66. doi:10.14456/dcj.2013.26.

23.กรมอนามัย. WHO, UNFPA, UNICEF. เอกสารสรุปข้อค้นพบจากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้น 26 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/yfhs/no1/Jan2020_final-Policy-Brief-YFHS.pdf

24.กรมสุขภาพจิต. นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557-2558. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/policy/>

25.กรมสุขภาพจิต. นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2558-2559. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/policy/>.

26.สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การจัดโครงสร้างการบริหารราชการกรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 15 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000304/structure/7.health_Update.pdf

27.ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีคลินิกตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. 29 ม.ค. 2559 [สืบค้น 13 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.lovecarestation.com/>

28.สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ประวัติของสำนักอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 15 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://203.155.220.238/sdhd/index.php/th/about/aboutscdoh>

29.McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. Lancet. 2016;387:53-60. doi:10.1016/S0140-6736(15)00056-2.

30.Kojima N, Davey DJ, Klausner JD. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men. AIDS. 2016;30:2251-2. doi:10.1097/QAD.0000000000001185.

31.Harawa NT, Holloway IW, Leibowitz A, Weiss R, Gildner J, Landovitz RJ, et al. Serious concerns regarding a meta-analysis of preexposure prophylaxis use and STI acquisition. AIDS. 2017;31:739-40. doi:10.1097/QAD.0000000000001386.

32.World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 towards ending STIs. Geneva; 2016.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
ตามโมเดล Kirkpatrick

EVALUATION OF LEARNING BASED ON THE PROCESS FOR ENHANCING
HEALTH LITERACY ON HIV and STIs (HIV&STIs LITERACY) AMONG MEN
WHO HAVE SEX WITH MEN ACCORDING TO THE KIRKPATRICK MODEL

นุชนารถ แก้วดำเกิง*

Nutchanart Kaeodumkoeng*

สิริพร ภิชัยไทย์*

Siriporn Piyayothai*

จุฑามาศ มากบุญชู*

Juthamat Makkunchom*

ศิริกุล ชัยเจริญ*

Sirikoon Chaijareem*

เบญจมาศ ใจงาม*

Benjamard Jaingam*

เกศินี เขียนวารี*

Kesinee Khainwaree*

*กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

* Division of AIDS and STIs

Received: 27/08/2020

Accepted: 22/09/2020

บทคัดย่อ

การประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) ใช้รูปแบบการประเมินผล ตามโมเดล Kirkpatrick⁽¹⁾ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและเพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของทักษะ 5 ทักษะ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนและหลังร่วมการฝึกการเรียนรู้ตามกระบวนการของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งดำเนินงานระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เยาวชนกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน มีผู้เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ครูผู้สอน แกนนำในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ทีมวิทยากรกระบวนการ จำนวน 7 คน รวมกลุ่มเป้าหมาย 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังร่วมกิจกรรม แบบบันทึกกิจกรรม และแนวทางการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการประเมินให้ข้อมูล 4 ด้านคือ (1) การตอบสนอง (reaction) ได้แก่ แนวความคิด และทัศนคติ (2) การเรียนรู้ (learning) ได้แก่ การสร้างเสริมความรู้ ทักษะสำคัญ ๆ เช่น ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างควมเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ (3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และ (4) ผลลัพธ์ (results) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและมีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) การตอบสนอง (reaction) แนวความคิดของกลุ่มเป้าหมายโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบบันทึกกิจกรรมการแสดงออกทางบวกและทางลบ (positive & negative reaction) พบว่า กลุ่มเป้าหมาย

มีทัศนคติ และการยอมรับ กระบวนการของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ทักษะการเรียนรู้ (learning) ทักษะที่สำคัญๆ 5 ทักษะ อันได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) พฤติกรรมเป้าหมายของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน เพิ่มสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) รูปแบบการประเมินนี้สามารถให้ข้อมูลและมุมมองที่รอบด้านมากขึ้น สำหรับใช้พัฒนากระบวนการฯ เพื่อให้กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

Abstract

The learning evaluation process for enhancing health literacy on HIV & STIs Literacy has used the Kirkpatrick evaluation model. The objective are to evaluate the activity patterns in the HIV and STIs Health Literacy manual among men who have sex with men, and to compare the effects of the changes of the five skills among men who had sex with men before and after participating in a process of enhancing health literacy on HIV and STIs. It is conducted between June and July 2020. The sample consisted of 13 youth men who had sex with men, and 7 participants from relevant target groups such as local vocal teachers, health workers, facilitator team, totally the target group of 20 participants. Data were collected by using the pre- and post-activity assessments, the activity log form, and the interview guidelines. Data were analyzed by descriptive statistics. The mean difference was analyzed by paired t-test statistics and content analysis. The results provided information in four areas: (1) reaction: concept and attitude (2) learning: building knowledge and important skills such as accessibility skills, understanding skills, questioning skills, decision making skills, and application skills (3) behavior change: behavioral health and (4) results: behavioral changes of the target groups. It was found that there was better improvement and a difference in comparison between pre- and post-learning management following the HIV and STIs Literacy enhancement process. Reaction of the target group's concept by collecting qualitative data with the activity log form, positive & negative reaction was found that the target group have attitude and acceptance of the process for enhancing health literacy, consisting of 5 learning skills: accessibility, understanding, questioning, decision making and application skills including behavior change. Target behaviors among men who having sex with men have the mean scores of HIV prevention and testing behaviors, and STIs screening before and after learning finding that the target group had an average score of protective behavior higher than before learning statistically significant ($p = 0.042$). This evaluation model can provide a more comprehensive information and perspective for developing the process in order that men to have sex with men can learn effectively.

<p>คำสำคัญ การประเมิน Kirkpatrick, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p>	<p>Keywords Kirkpatrick's evaluation, Health Literacy, HIV and STIs</p>
---	--

บทนำ

กรมควบคุมโรคได้ร่วมผลักดันและดำเนินการขับเคลื่อนเรื่องความรู้ด้านสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ปี พ.ศ. 2561-2580) โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และนำองค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูล สื่อความรู้ คู่มือแนวทางการรณรงค์ และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน⁽²⁻³⁾ โดยระยะแรกได้ดำเนินการนำร่องพัฒนาคู่มือเชิงกระบวนการเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 5 กลุ่ม สำหรับใช้เผยแพร่สนับสนุนการดำเนินงานและเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากร ภาคีเครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเป้าหมายหลักในการยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี 2573⁽⁴⁾ คือ ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90 จึงมีเป้าหมายหลักในการสร้างเสริมความรู้ในด้านสุขภาพทางเพศ ที่เป็นช่องทางในการติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอชไอวี การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นทิศทางการดำเนินงานเพื่อใช้หลักการและกระบวนการในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับมติการประชุมกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 8 ก.พ. 2560 เห็นความสำคัญของ “ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม” และคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ” ตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2559

ฉบับลงประชามติ ได้กำหนดไว้ใน มาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้น การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพจึงเป็นนโยบายเร่งด่วนในการผลักดันให้การทำงานเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการสร้างพลเมืองไทยให้เป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญ⁽⁵⁾ ผลจากการวิเคราะห์ของผู้มีส่วนร่วมการดำเนินงานของทั้งส่วนกลางและพื้นที่ พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมเป้าหมายยังไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวัง กลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายในการยุติเอดส์ได้มีผลการวิเคราะห์จากสถานการณ์ปัญหา และกลุ่มภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ พบว่า มีกลุ่มที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงาน ดังนี้ 1. กลุ่มประชากรหลัก (key populations) เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และผู้หญิงข้ามเพศ (TG) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) เป็นต้น 2. กลุ่มประชาชนทั่วไป ที่สำคัญเน้นที่กลุ่มเยาวชน และ 3. กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ระบบการศึกษายังไม่สามารถที่จะสร้างทักษะด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารจนสามารถที่จะประเมินว่าควรที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือบริการ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตไปในทิศทางใด เพื่อให้เกิดสุขภาพและการกินอยู่ที่ดี ความรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัด ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง สุขภาพไม่ดีและไม่สามารถที่จัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น⁽⁶⁾ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้พัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคู่มือสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy)⁽⁷⁾ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 มีกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น จัดประชุมคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ภาคีเครือข่ายที่ทำงานกับกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ร่วมกันพัฒนาเนื้อหาคู่มือร่วมทั้งการนำไปทดสอบคู่มือ นำข้อมูลที่ได้มาประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมและบรรลุวัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินรูปแบบกิจกรรมในคู่มือการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของทักษะ 5 ทักษะ ในแต่ละกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายก่อนและหลังร่วมการฝึกการเรียนรู้ตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการประเมินผล ตามโมเดล Kirkpatrick เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

ประชากรศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน ดำเนินงานระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึง กรกฎาคม 2563 พื้นที่จังหวัดลพบุรี มีกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 20 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการดังนี้

1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two-Stage Random Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) มีเกณฑ์คัดเลือกคือ (1) มีพฤติกรรมแสดงออกเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (2) เป็นเครือข่ายที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะ ทั้งกระบวนการ และ

(3) มีพื้นที่ตั้งอยู่ในจังหวัดลพบุรี

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินใช้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 2 โรงเรียน ที่คัดเลือกได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานศึกษา (2) มีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 13 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่มหาวิทยาลัยกระบวนการ

ผู้ประเมินคัดเลือกที่มหาวิทยาลัยฯ ในโครงการฯ ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้จัดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ที่ได้รับการคัดเลือก รวมวิทยาลัยฯ ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 7 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การประเมิน และขั้นตอนการดำเนินการประเมินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลกับที่มหาวิทยาลัยฯ ผู้ประเมินมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างความเข้าใจ ผู้ประเมินจัดอบรมที่วิทยากร มีเนื้อหา ดังนี้ (1) แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และรูปแบบกิจกรรม (2) กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล (3) สรุปบทเรียนและการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินงานกิจกรรม (4) การวิเคราะห์ข้อมูล และ (5) การเขียนรายงาน

ขั้นตอนที่ 2 จัดกระบวนการ ผู้ประเมินมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับที่วิทยากรฯ ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดขึ้นในกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) โดยกระบวนการมี 5 ทักษะ คือ (1) ทักษะการเข้าถึง (2) ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการไต่ถาม (4) ทักษะการตัดสินใจและ (5) ทักษะการนำไปใช้⁽⁸⁻⁹⁾

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนและสรุปผล ผู้ประเมิน ประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการบันทึกในแบบบันทึก กิจกรรมร่วมกับทีมวิทยากรฯ จำนวน 2 ครั้ง คือระหว่างการดำเนินงาน และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เพื่อทบทวน กระบวนการ ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจน ของข้อมูลที่บันทึกไว้

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง จำนวน 8 ข้อ ทักษะการสร้างความเข้าใจ จำนวน 8 ข้อ ทักษะการไต่ถาม จำนวน 8 ข้อ ทักษะ การตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ และทักษะการนำไปใช้ จำนวน 8 ข้อ ตามระดับความสามารถ ทำได้ยากมาก (1) ทำได้ ค่อนข้างยาก (2) ทำได้ค่อนข้างง่าย (3) ทำได้ง่ายมาก (4)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมิน ดังนี้ ปฏิบัติ สม่าเสมอ (ทุกครั้ง) ปฏิบัติบางครั้ง (เคยทำบ้าง แต่ ไม่ได้ทำทุกครั้ง) และไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่ทำเลย)

2. แบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ มีการประเมินกิจกรรม มีการนำผลการประเมินมาใช้

พัฒนา ประกอบด้วย ข้อดีของทักษะ ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุง

3. แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

ที่ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรม มีประเด็นคำถาม จำนวน 4 ข้อ 1. สถานการณ์ปัญหาที่พบในพื้นที่ 2. ประโยชน์ที่ได้รับ จากการเข้าร่วมกิจกรรม 3. ทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้ มากที่สุด 4. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการ

ดังนี้ (1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาตามหลักวิชาการ และนำมาปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ (2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 58 ชุด การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของข้อคำถาม 5 ด้าน มีดังนี้ ด้านทักษะการเข้าถึง (Access) จำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ด้านทักษะการ สร้างความเข้าใจ (Understand) จำนวน 8 ข้อ ค่าความ เที่ยงเท่ากับ 0.84 ด้านทักษะการไต่ถาม (Questioning) จำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 ด้านทักษะ การตัดสินใจ (Decision making) จำนวน 8 ข้อ ค่าความ เที่ยงเท่ากับ 0.87 ด้านทักษะการนำไปใช้ (Apply) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 ผลการ วิเคราะห์ค่าความเที่ยง รวม 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

ใช้กรอบการประเมินผล(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กรอบการประเมินผลการเรียนรู้และการจัดกระบวนการฯ ตามโมเดล Kirkpatrick

ตัวชี้วัดการประเมิน	ลักษณะข้อมูล	วิธีการและแหล่งข้อมูล	ผลการเรียนรู้และการจัดกระบวนการฯ
ส่วนที่ 1 ประเมินผลที่เกิดขึ้น			
1) การตอบสนอง (reaction) - แนวความคิดของกลุ่มเป้าหมาย - ทักษะของผู้เกี่ยวข้อง	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	แบบบันทึกกิจกรรม	การแสดงออกทางบวกและทางลบ (positive & negative reaction) ของกลุ่มเป้าหมาย
		แนวทางการสัมภาษณ์	ทัศนคติและการยอมรับกระบวนการฯ ของผู้เกี่ยวข้อง
2) การเรียนรู้ (learning) - ทักษะการเข้าถึง - ทักษะการสร้างความเข้าใจ - ทักษะการไต่ถาม - ทักษะการตัดสินใจ - ทักษะการนำไปใช้	- ข้อมูลเชิงปริมาณ	แบบประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม	การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) - พฤติกรรมเป้าหมายของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	- ข้อมูลเชิงปริมาณ	แบบสอบถามกลุ่มเป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
4) ผลลัพธ์ (results) - ปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพ - ผลต่อบุคคล องค์กร	- ข้อมูลเชิงปริมาณ	ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม	การเปลี่ยนแปลงของทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้
	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	แบบบันทึกกิจกรรม แบบการสัมภาษณ์	การนำไปใช้

ประเด็นจริยธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ ที่ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง จำนวน 40 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ โดยการลงทะเบียนผ่าน Google form ในมือถือ และมีการจัดรูปแบบการทำกิจกรรม แบบ Social distancing

ตามมาตรการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 และให้เวลาในการทำแบบประเมิน จนครบทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยชี้แจงตามหลักการดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการขอความยินยอมจากผู้ที่เป็กลุ่มเป้าหมายของการศึกษา ให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษา
2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) โดยระบุว่ากลุ่มเป้าหมายจะได้รับประโยชน์หรือไม่ ประโยชน์อะไร หรือ

ประโยชน์อื่น ๆ อาจเกิดความเสียหายอะไรต่อตัวกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของกลุ่มเป้าหมาย โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี identifier ที่จะระบุถึงตัวกลุ่มเป้าหมาย

3. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและออกชัดเจน ไม่มีอคติมีการกระจายประโยชน์และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรรายกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) และวิเคราะห์ประเด็นที่บันทึก

ตารางที่ 2 คุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามการมีเพศสัมพันธ์ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และช่องทางการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบประเมินเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 69.23 ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 84.62 ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 92.31 ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป) ร้อยละ 76.92 รองลงมาคือ เว็บไซต์ของหน่วยงาน สื่อวิทยุทัศน์ และเอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่ ร้อยละ 69.23, 30.77 และ 23.08 ตามลำดับ สำหรับช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป ทุกคนใช้ช่องทางสมาร์ตโฟนและสื่อออนไลน์ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์ เอกสาร/สิ่งพิมพ์ ทีวี สื่อบุคคล และวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 53.85, 30.77, 23.08, 15.38 และ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	จำนวน	ร้อยละ
เคยมีเพศสัมพันธ์		
เคย	9	69.23
ไม่เคย	4	30.77
เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี		
เคย	2	15.38
ไม่เคย	11	84.62
เคยตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
เคย	1	7.69
ไม่เคย	12	92.31

ตารางที่ 2 คุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามการมีเพศสัมพันธ์ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	จำนวน	ร้อยละ
ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป)	10	76.92
เว็บไซต์ของหน่วยงาน	9	69.23
สื่อวีดิทัศน์	4	30.77
เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่	3	23.08
ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทั่วไป		
สมาร์ทโฟนและสื่อออนไลน์	13	100.00
เว็บไซต์ผ่านคอมพิวเตอร์	7	53.85
เอกสาร/สิ่งพิมพ์	4	30.77
ทีวี	3	23.08
สื่อบุคคล	2	15.38
วิทยุ	1	7.69

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1 ระดับความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดและประเมินความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 40 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 40-160 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 136-160 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 112-135 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนน

อยู่ระหว่าง 40-111 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 125.08 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 30.77 (ตารางที่ 3)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 128.92 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ไม่มีผู้อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (136-160 คะแนน)	4 (30.77)	3 (23.08)
ระดับปานกลาง (112-135 คะแนน)	5 (38.46)	10 (76.92)
ระดับต่ำ (40-111 คะแนน)	4 (30.77)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	125.08	128.92
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	20.24	13.90
คะแนนต่ำสุด	92	119
คะแนนสูงสุด	158	160

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 125.08 คะแนน (SD = 20.24) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 128.92 คะแนน (SD = 13.90) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.063$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ก่อนการเรียนรู้	125.08	20.24	.793	12	.063
หลังการเรียนรู้	128.92	13.90			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.1 ระดับพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวัดและประเมินพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-20 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-15 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน ผลการ

วิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 11.23 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.54 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่ากับ 15.92 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 มิ.ย. - ก.ย. 2563

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามระดับพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

พฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	4 (30.77)	8 (61.54)
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	1 (7.69)	2 (15.38)
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	8 (61.54)	3 (23.08)
ค่าเฉลี่ย	11.23	15.92
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.86	4.19
คะแนนต่ำสุด	0	10
คะแนนสูงสุด	20	20

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 20 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่าการก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรอง

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 11.23 คะแนน (SD = 5.86) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 15.92 คะแนน (SD = 4.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบัง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้

พฤติกรรมกำบัง	X	SD	t	df	p-value
ก่อนการเรียนรู้	11.23	5.86	3.461	12	.042
หลังการเรียนรู้	15.92	4.19			

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาวิจัยทักษะตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้

4.1 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 เท่ากับ 25.15 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมา

อยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 7) หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการเข้าถึง เท่ากับ 26.38 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.46 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการเข้าถึง ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการเข้าถึง	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	5 (38.46)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	9 (69.23)	8 (61.54)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	1 (7.69)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	25.15	26.38
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.76	3.20
คะแนนต่ำสุด	19	24
คะแนนสูงสุด	32	32

4.2 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

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการสร้างความเข้าใจก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการสร้างความเข้าใจ	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	3 (23.08)	3 (23.08)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	9 (69.23)	10 (76.92)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	1 (7.69)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	25.54	25.54
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.35	2.70
คะแนนต่ำสุด	17	24
คะแนนสูงสุด	32	32

4.3 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

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการไต่ถาม เท่ากับ 25.15 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 23.08 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการไต่ถาม เท่ากับ 25.46 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.77 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการไต่ถาม ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการไต่ถาม	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	4 (30.77)	4 (30.77)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	6 (46.15)	9 (69.23)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	3 (23.08)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	25.15	25.46
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.19	2.75
คะแนนต่ำสุด	16	23
คะแนนสูงสุด	32	32

4.4 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 เท่ากับ 24.62 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.46 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 30.76 (ตารางที่ 10)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ 25.46 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการตัดสินใจ	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	5 (38.46)	3 (23.08)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	4 (30.76)	10 (76.92)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	4 (30.76)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	24.62	25.46
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.19	2.87
คะแนนต่ำสุด	16	23
คะแนนสูงสุด	32	32

4.5 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

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ เท่ากับ 24.62 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.15 รองลงมา อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 38.46 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนำไปใช้ เท่ากับ 26.00 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.77 ไม่มีผู้อยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับทักษะการนำไปใช้ ก่อนและหลังการเรียนรู้

ทักษะการตัดสินใจ	กลุ่มเป้าหมาย (n=13)	
	ก่อนการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (27-32 คะแนน)	5 (38.46)	4 (30.77)
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	6 (46.15)	9 (69.23)
ระดับต่ำ (8-21 คะแนน)	2 (15.38)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	24.62	26.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.41	3.16
คะแนนต่ำสุด	16	24
คะแนนสูงสุด	32	32

สรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. ความเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนอง (reaction) การเรียนรู้ (learning) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) และผลลัพธ์ (results) ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

1) การตอบสนอง (reaction)

1.1 แนวความคิดของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ข้อมูลจากแบบบันทึกกิจกรรม พบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะ 5 ทักษะ ก่อนและหลังการเข้ารับการเรียนรู้ ได้แก่ แนวคิดในการเรียนรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งถือเป็นการแสดงออกทางบวก (positive reaction) มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลจากการสัมภาษณ์กล่าวว่า เป็นเรื่องใกล้ตัว สามารถเอาไปปรับใช้ในการบอกต่อเพื่อน ๆ

1.2 ทศนคติของผู้เกี่ยวข้อง ในการศึกษา มีการสัมภาษณ์ครูผู้สอน แกนนำที่ทำงานกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติในเชิงบวกต่อกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เข้าร่วมกิจกรรม และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่อไป ซึ่งถือเป็นการแสดงออกทางบวก ไม่พบแสดงออกทางลบ นอกจากอยากให้มีเวลาเพิ่มขึ้นในการเรียนรู้แต่ละทักษะ ดังตัวอย่าง

ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กล่าวว่า “รู้สึกดีใจที่ได้มาอบรม เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องใกล้ตัวของเราส่วนใหญ่ที่เราเจอเพื่อนๆ ที่มีความเสี่ยงบ้าง จะได้นำความรู้ที่ได้ไปบอกเพื่อน พี่น้อง ที่โรงเรียน ส่วนตัวชอบทักษะการไต่ถามเพราะได้กระบวนการคิดการถามคำถาม เพื่อใช้ในการทำงานจริงๆว่าทำอะไรเมื่อมีอาการแล้ว สมมติเรามีเชื้อแล้วควรจะทำอย่างไรต่อ การอบรมในครั้งนี้ทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง น่าจะเป็นทักษะสุดท้ายคือทักษะการนำไปใช้ ถ้าเมื่อเราเจอกับตัวเราจะได้

วางแผน สมมติว่าเรามีเชื้อแล้วหรือเรามีความเสี่ยงไม่ใช่อุจยงอนามัยเราควรจะไปตรวจเลือดยังไง จะไปโรงพยาบาลแล้วควรทำอย่างไร”

2) การเรียนรู้ (learning)

2.1 การรับรู้แนวความคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เพิ่มขึ้น จากก่อนการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ย 11.23 คะแนน เป็นหลังการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ย 15.92 คะแนน

2.2 ทักษะที่สำคัญในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า การวัดและประเมินความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ เมื่อวิเคราะห์และประเมินความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 136-160 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 112-135 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-111 คะแนน ผลการวิเคราะห์ ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 125.08 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน ร้อยละ 30.77 หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 128.92 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ไม่มีผู้อยู่ในระดับต่ำ

3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavior change) ได้แก่ ระดับพฤติกรรม การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดและประเมินพฤติกรรมการป้องกัน และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน เมื่อวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-20 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-15 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 11.23 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ

หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 15.92 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ

4) ผลลัพธ์ (results) ระดับพฤติกรรม การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 20 คะแนน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 11.23 (SD=5.86) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 15.92 (SD=4.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกัน เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$)

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ได้เห็นประโยชน์ของการ เข้าร่วมกิจกรรม และกระบวนการฝึกทักษะช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่าง

ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กล่าวว่า “กิจกรรมให้เรานำความรู้ในเชิงปฏิบัติและเชิงทฤษฎีเพื่อมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน คนที่ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ จะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแนวทางการรักษา กิจกรรมนี้ทำให้ได้รู้การปฏิบัติตัวในสังคมได้ จากการอบรมสามารถนำไปใช้ในการแนะนำคนอื่น ตนเอง เพื่อน หรือคนที่ต้องการคำปรึกษา การอบรมใน 2 วัน ถือว่าได้ประโยชน์กับทุกคนรวมทั้งตัวเองด้วย ใน 5 ทักษะนี้ คิดว่าทักษะที่จำเป็นก็คือทักษะการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจไม่ดี หรือความหนักแน่นไม่เพียงพอ ผลที่เกิดตามมาอาจจะผิดพลาดได้ การตัดสินใจที่แน่วแน่ จะทำให้เรามีวิธีการจัดการกับตนเอง มีการตัดสินใจที่ดี ผลดีจะเกิดกับตัวเรา ถือว่าเป็นทักษะที่ดี”

ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กล่าวว่า “ชอบทักษะ การไต่ถามเพราะได้กระบวนการคิด การถามคำถาม เพื่อใช้ในการทำงานจริง ๆว่าทำอะไรเมื่อมีอาการแล้ว สมมติเรามีเชื้อแล้วควรจะทำอย่างไรต่อ การอบรมในครั้งนี้ ทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง น่าจะเป็นทักษะสุดท้ายคือทักษะการนำไปใช้ ถ้าเมื่อเราเจอกับตัวเรา จะได้วางแผน สมมติว่าเรามีเชื้อแล้วหรือเรามี ความเสี่ยงไม่ใช่ว่าจะยอมง่ายเราควรจะไปตรวจเลือดยังไง จะไปโรงพยาบาลแล้วควรทำอะไร”

วิจารณ์

การพัฒนาและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาคุกคามระดับโลก การประเมินผลการจัดการกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย อภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 125.08 คะแนน (SD = 20.24) หลังการเรียนรู้ เท่ากับ 128.92 คะแนน (SD = 13.90) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า หลังการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการรับรู้แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (ทักษะที่สำคัญ ๆ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้) และมีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรทศ สุฝน⁽¹⁰⁾ ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ คือ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรม

การสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี 5 ด้าน แบบประเมินความรู้ก่อน-หลัง แบบประเมินความพึงพอใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. มีระดับความรู้โดยรวม ในระดับไม่พอเพียงมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.50 และระดับพอเพียง ร้อยละ 12.50 และหลังการอบรมตามโปรแกรม พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรู้ดีขึ้น โดยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.50 และ ระดับพอเพียง ร้อยละ 57.50

ผลการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะ และมีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรทศ สุฝน⁽¹⁰⁾ พบว่า นอกจากนี้โปรแกรมฯ นี้ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและทักษะการใช้คำถามการซักถามที่เป็นประโยชน์และช่วยในการตัดสินใจและการนำไปใช้เตือนตนเอง กำกับตนเองในการลดการรังเกียจตีตราต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในชุมชน ส่งผลดีต่อการนำไปใช้ได้จริงในชุมชนโดยเริ่มจากการเตือนตนเอง กำกับตนเอง และขยายผลในครอบครัว

ผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น กล่าวได้ว่ากระบวนการสร้างเสริมด้านสุขภาพด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามระยะเวลาที่กำหนด การประเมินผลตามโมเดล Kirkpatrick ชี้ให้เห็นว่าการจัดกระบวนการฯ เพื่อพัฒนาทักษะตามแนวคิดของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยทีมวิทยากร ทีมแกนนำที่รับผิดชอบกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีพื้นฐานความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้สามารถเรียนรู้ได้เร็ว ประกอบกับมีการเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนร่วมสถานศึกษา และเพื่อนในต่างสถานศึกษาซึ่งผลการศึกษาของ Goldgruber & Ahrens⁽¹¹⁾ พบว่า การใช้กิจกรรมอย่างหลากหลาย โดยเน้นการสร้างการเรียนรู้

ที่ดี จะช่วยพัฒนาพฤติกรรมและทำให้กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีสุขภาพดี Egan et al.⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบริบทพื้นฐานขององค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายแต่ละแห่ง มีคุณลักษณะที่แตกต่างกันบ้าง เช่น สภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย บริบทของกลุ่มเป้าหมาย พื้นฐานความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ครูผู้สอน เป็นต้น ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้ ทั้งนี้จึงต้องอาศัยการวางแผน การเตรียมทีมวิทยากร สื่อประกอบการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมวิทยากร กระบวนการอย่างสม่ำเสมอในการปรับแผนการดำเนินงานและการเลือกใช้กิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัยการพัฒนาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและระบบการจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่ง เช่น องค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่ และการพัฒนาทักษะของกลุ่มเป้าหมาย ที่ทำงานร่วมกันอยู่ในองค์กรอีกส่วนหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

การสร้างทักษะ เพื่อมุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ คือ การสร้างให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเข้าถึงได้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข ควรปรับข้อมูลด้านสุขภาพและการจัดบริการในสถานบริการสาธารณสุขให้เป็นลักษณะประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนการเรียนรู้/การศึกษา ต่อเนื่องตลอดชีวิต และมีการพัฒนาทักษะ เพื่อก่อให้เกิดการมีสุขภาพดี เพื่อป้องกันโรคเรื้อรังโรคติดต่อ และภัยสุขภาพ

ผลที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามโมเดล Kirkpatrick ในกลุ่มเป้าหมาย ในระดับพื้นที่ อาศัยการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการฯ อย่างมีขั้นตอน โดยพัฒนา

ความสามารถและทักษะของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการทำงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แก่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการในทักษะด้านต่างๆ ทั้งนี้จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการประเมินการเรียนรู้และการจัดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) ตามโมเดล Kirkpatrick ช่วยทำให้เกิดการรวบรวมข้อมูลด้วยมุมมองที่รอบด้านมากขึ้น กระบวนการประเมินที่ใช้ในครั้งนี้ ทำให้ได้มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน มีการตรวจสอบ แลกเปลี่ยนข้อมูล และทบทวนสิ่งที่ได้พัฒนาขึ้น นำข้อมูลต่างๆ มาปรับกิจกรรม เพื่อให้เกิดความชัดเจน ดังนั้น รูปแบบการประเมินนี้จึงสามารถประยุกต์ใช้เพื่อออกแบบกิจกรรม ให้มีความสมบูรณ์ สำหรับการพัฒนาระบบการฯ การพัฒนาทักษะ และสรุปผลการดำเนินงาน

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายควรจัดระเบียบวิธีการบริการสุขภาพให้ง่ายขึ้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่ายขึ้น ลดความเสี่ยงจากการให้บริการสุขภาพ พัฒนางค์กรให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ

การสื่อสารเป็น “เครื่องมือ” ที่จะทำให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นปัจจัยสำคัญ สำหรับกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ความตระหนักในการสร้างค่านิยมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขณะเดียวกันการคัดเลือกประเด็นที่จะสื่อสารก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่า ช่องทางและวิธีการสื่อสาร นอกจากนี้ ควรบูรณาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในหน่วยงาน เช่น โรงเรียน ที่จะ

ส่งเสริมให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กำหนดว่าอะไรคืออุปสรรคของการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ใช้วิธีการ และสื่อที่ผสมผสาน และเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ใช้การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนแบบสนทนาแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม การเปิดโอกาสให้มีการถาม ควรสำรวจเพื่อค้นหาแนวทางใหม่ๆ ที่สร้างเสริมการเรียนรู้ เพื่อไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี องค์กรพิงมังกีเพื่อความหลากหลายทางเพศ ประเทศไทย โรงเรียนพิบูลวิทยาลัย โรงเรียนพระนารายณ์ สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kirkpatrick D.L. Kirkpatrick's learning and training evaluation theory. University of Wisconsin, US. 1999.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ชุดความรู้การดูแลรักษา สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2556.
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. พ.ศ. 2559.
4. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2560-2573. นนทบุรี. 2560.
5. กรมอนามัย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. (Health Literacy) สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563. เข้าถึงจาก http://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=data_hl

6. วิมล โรมา. กรมอนามัย. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชน เป็นฐาน CBI NCDs สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 17 มกราคม 2561. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563. เข้าถึงจาก http://foods.anamai.moph.go.th/download/D_HLO/Health%20Literacy%20&%20Health%20Communication.pdf.
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมคณะทำงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในงานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพกรมควบคุมโรค, วันที่ 14-15 มกราคม 2562.
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าใจ เข้าใจ และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). 2561.
9. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). 2562.
10. ภรท สุน. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. วารสารโรคเอดส์ 2563; 32(1): 1-14.
11. Goldgruber J, Ahrens D. Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions. J Public Health. 2010;18: 75-88.
12. Egan M, Bamba C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. J Epidemiol Community Health 2007;61:945-54.