



แนวทางการวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อเร่งรัด การดำเนินงาน ยุติเอดส์ ระดับเขตและจังหวัด

Guideline for analyzing and using data
to accelerate AIDS
elimination efforts at the district
and provincial levels



เรื่อง

แนวทางการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับเขตและจังหวัด

ที่ปรึกษา

พญ.ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์
นพ.สุทัศน์ โชตนะพันธ์
นางนุชนารถ แก้วดำเกิง

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คณะผู้จัดทำ

นางธันนดา นัยวัฒน์กุล
นางพรทิพย์ เข้มเงิน
รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนนวิบุญชัย

นักวิชาการอิสระ
ข้าราชการบำนาญ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการ

น.ส.นภกานต์ คนชื้อ
น.ส.นันทวรรณ วงษ์ทิพย์

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

หน่วยงานรับผิดชอบ

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0 2590 3829



คำนำ

ประเทศไทยมีระบบข้อมูลเอชไอวี/เอดส์ที่มีการจัดเก็บและรายงานข้อมูลตัวชี้วัดค่อนข้างครอบคลุม สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ใช้งานมีความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์ใช้ข้อมูล และมีการใช้วงจรการติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลสะท้อนกลับและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน การใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีหน้าที่ติดตามงาน และผู้ได้รับการติดตาม จะนำไปสู่วงจรการพัฒนาทั้งระบบบริการและระบบสนับสนุน รวมถึงการพัฒนาเชิงนโยบายเพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพ ครอบคลุม ตามเป้าหมายยูดีเอดส์ ตามที่ตั้งไว้ ได้แก่ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตจากเอดส์ และไม่มีการตีตราเลือกปฏิบัติ อันเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศสภาพ

แนวทางการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยูดีเอดส์ระดับเขตและจังหวัด เล่มนี้ เป็นการถอดบทเรียนจากโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเขตในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อการติดตามการดำเนินงานและขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่ และรวบรวมประสบการณ์ตรงในการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการติดตามการดำเนินงาน เพื่อค้นหาช่องว่างในการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ ของผู้ที่ดำเนินงานเรื่องการกำกับติดตามการดำเนินงานเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยมาเป็นเวลายาวนาน ด้วยหวังที่จะถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานให้กับเจ้าหน้าที่/นักวิชาการที่ดำเนินงานเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ในระดับพื้นที่ นำไปศึกษาและปรับใช้ในการติดตามงานได้ด้วยตัวเอง โดยแนวทางฯ ฉบับนี้ ได้รวบรวมแนวทางการวิเคราะห์ชุดข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ในการการระบุช่องว่าง และแนวทางแก้ไข ปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายยูดีเอดส์ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 ตามยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้

คณะผู้จัดทำ
23 สิงหาคม 2567

สารบัญ

| | หน้า | | หน้า |
|--|------|---|------|
| คำนำ | 1 | 7. การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุช่องว่างในการดำเนินงานยุติเอดส์ | 27 |
| สารบัญ | 2 | 7.1 การวิเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (current epidemic status) | 28 |
| สารบัญตาราง | 3 | 7.2 หลักการวิเคราะห์ขนาดปัญหา ช่องว่างการดำเนินงานตามเป้าหมายยุติเอดส์ | 28 |
| สารบัญรูป | 4 | 7.3 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่างการติดเชื้อรายใหม่ (New Infection) | 30 |
| คำย่อ | 6 | 7.4 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่างการเสียชีวิต (death) | 50 |
| 1. ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการจัดทำแนวทางการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับเขตและจังหวัด | 8 | 7.5 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่างการติดตามและเลือกปฏิบัติ | 57 |
| 2. ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์เพื่อยุติเอดส์ประเทศไทย | 10 | 8. การนำเสนอและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล | 67 |
| 3. กรอบแนวคิดเชิงตรรกะ และการติดตามและประเมินผลการยุติเอดส์ประเทศไทย | 12 | 8.1 แนวทางการนำเสนอข้อมูล | 67 |
| 4. การติดตามการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับประเทศ | 13 | 8.2 การใช้ประโยชน์จากข้อมูล | 68 |
| 4.1 การติดตามผลกระทบระยะยาว (impact) | 13 | 9. แหล่งข้อมูล | 70 |
| 4.2 การติดตามผลลัพธ์ (outcome) | 14 | 9.1 ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย | 70 |
| 5. การติดตามการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับพื้นที่ | 17 | 9.2 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามและเลือกปฏิบัติที่สำคัญของประเทศไทย | 72 |
| 5.1 การติดตามผลกระทบระยะยาว (impact) ระดับพื้นที่ | 17 | 10. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา | 74 |
| 5.2 การติดตามระดับผลลัพธ์ (outcome) ระดับพื้นที่ | 18 | ภาคผนวก 1: ตารางที่สรุปตัวชี้วัดสำคัญระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และแหล่งข้อมูลที่ใช้ตอบตัวชี้วัด | 82 |
| 6. แนวทางการตั้งเป้าหมายระดับพื้นที่ (เขตและจังหวัด) | 19 | ภาคผนวก 2: คำถามที่พบบ่อย | 84 |
| 6.1 การกำหนดค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดระดับผลกระทบ (impact) ในระดับพื้นที่ | 19 | ภาคผนวก 3: บทเรียนจากโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเขตในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการติดตามการดำเนินงานและขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567) | 91 |
| 6.2 การตั้งเป้าหมาย และวิธีการกำหนดค่าเป้าหมาย ระดับผลลัพธ์ (outcome) | 23 | รายชื่อที่ปรึกษาหลักสุด | 93 |
| | | รายชื่อผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการติดตามการดำเนินงานและขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่ | 93 |



สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมายระดับประเทศของแต่ละกลุ่มประชากรตามแผนติดตามและประเมินผล | 15 |
| ตารางที่ 2 การตั้งเป้าหมายระดับเป้าประสงค์ (impact) ระดับประเทศ เขต จังหวัด และการหาสัดส่วน | 21 |
| ตารางที่ 3 ตัวอย่างการตั้งเป้าหมายแบบไต่ระดับ | 23 |
| ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ผลลัพธ์สะสมระหว่างปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ถึง 2020 (พ.ศ. 2563) ของการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่จากการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยแบบจำลองคณิตศาสตร์ | 31 |
| ตารางที่ 5 ตัวอย่างแสดงคะแนนการตีตราภายในของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากวิธีวิเคราะห์ 2 แบบ | 61 |
| ตารางที่ 6 ชุดข้อมูลและผู้ดูแลระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานเอชไอวีของประเทศไทย | 70 |
| ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีในแต่ละแหล่งข้อมูล | 73 |
| ตารางที่ 8 ระบุประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ต้องการจัดลำดับความสำคัญ | 74 |
| ตารางที่ 9 ระบุเกณฑ์การพิจารณาที่จะใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา | 75 |
| ตารางที่ 10 กำหนดค่าถ่วงน้ำหนักของเกณฑ์การพิจารณาแต่ละข้อ | 76 |
| ตารางที่ 11 กำหนดคะแนนระดับความสัมพันธ์ของปัญหา และเกณฑ์การพิจารณา | 78 |
| ตารางที่ 12 การรวมคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา | 79 |

สารบัญรูป

| | หน้า |
|---|------|
| รูปที่ 1 กรอบยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ และเป้าประสงค์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 – 2573 | 10 |
| รูปที่ 2 กรอบการบริการ ตามกลยุทธ์ RRTTPR | 11 |
| รูปที่ 3 กรอบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเอดส์ | 12 |
| รูปที่ 4 เป้าหมายการดำเนินงานและการติดตามเป้าประสงค์ (impact) ระดับประเทศ | 14 |
| รูปที่ 5 เป้าหมายการติดตามตามกลยุทธ์ RRTTPR เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยุติเอดส์ ประเทศไทย | 16 |
| รูปที่ 6 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในฉากทัศนการณ์การดำเนินงานปกติ (baseline) และการดำเนินงานเร่งรัดยุติเอดส์ (accelerated ending AIDS) ของจังหวัด A | 22 |
| รูปที่ 7 วงจรการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ | 27 |
| รูปที่ 8 กรอบการวิเคราะห์ขนาดปัญหา ช่องว่างการติดเชื้อรายใหม่ (New Infection) | 30 |
| รูปที่ 9 ขนาดปัญหาจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จากค่าคาดประมาณและเป้าหมายยุติเอดส์ ปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) – 2020 (พ.ศ. 2563) ของจังหวัด A | 31 |
| รูปที่ 10 ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานตรวจรักษาเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ A ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมดและในกลุ่ม MSM ในปี 2561 – 2565 | 42 |
| รูปที่ 11 Cascade ของบริการยาต้านไวรัส และการกดไวรัสใน MSM ปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาล 2 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ A จากรายงาน NAP และ การใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพข้อมูล (DQI) | 43 |
| รูปที่ 12 การวิเคราะห์ช่องว่างการให้บริการ PrEP: PrEP Cascade | 48 |
| รูปที่ 13 แนวทางการวิเคราะห์เชื่อมโยงเรื่องการเสียชีวิต | 50 |
| รูปที่ 14 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค | 51 |

สารบัญรูป (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| รูปที่ 15 การวิเคราะห์สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการในระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค A | 53 |
| รูปที่ 16 สัดส่วนของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในฐานข้อมูล NAP | 54 |
| รูปที่ 17 การคัดกรองและรักษา HIV ในผู้ป่วยวัณโรคจากฐานข้อมูล NTIP ในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2564 | 55 |
| รูปที่ 18 การคาดประมาณร้อยละของการรักษาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยองค์การอนามัยโลก | 56 |
| รูปที่ 19 สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตสุขภาพ A | 56 |
| รูปที่ 20 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์การตีตราและเลือกปฏิบัติ | 57 |
| รูปที่ 21 ทิศนคติด้านลบของบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทย ต่อเอชไอวี | 63 |
| รูปที่ 22 ร้อยละของการถูกเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ | 66 |
| รูปที่ 23 แผนผังแสดงแหล่งข้อมูลเอชไอวี/เอดส์และการนำเสนอในรูปแบบของแดชบอร์ด (dashboard) ในเว็บไซต์ HIV Info Hub | 72 |

คำย่อ

คำย่อภาษาอังกฤษ

| | | |
|-------|--|--|
| AEM | AIDS Epidemic Model | แบบจำลองคาดการณ์การระบาดของเอชไอวี |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome | กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) |
| ART | Anti-retroviral Therapy | การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี |
| BBS | Biobehavioral Survey | การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงกับการติดเชื้อเอชไอวี (การสำรวจชีวพฤติกรรม) |
| BSS | Behavioral Surveillance Survey | การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี |
| CRS | Crisis Response System | ระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครอง การละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ |
| CBO | Community-based Organization | องค์กรภาคประชาสังคม |
| EIIS | Epidemic Intelligence Information System | ระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรค |
| FSW | Female Sex Worker | พนักงานบริการหญิง |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus | ไวรัส (เอชไอวี) ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องในคน |
| GC | Gonorrhea | โรคหนองใน |
| HSS | HIV Sero-sentinel Surveillance | การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี |
| ICT | Information Communication Technology | ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร |
| KPLHS | Key population led health services | การให้บริการที่นำโดยชุมชน/กลุ่มประชากรหลัก |
| M&E | Monitoring and Evaluation | การติดตามและประเมินผล |
| MICS | Multiple Indicator Cluster Surveys | การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย |
| MSM | Men who have Sex with Men | ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย |
| MSW | Male Sex Worker | พนักงานบริการชาย |
| MTCT | Mother-to-Child-Transmission | การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก |
| NAP | National AIDS Program Database System | ฐานข้อมูลแผนงานเอดส์แห่งชาติ |
| NHES | National Health Examination Survey | การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย |
| NSO | National Statistical Office of Thailand | สำนักงานสถิติแห่งชาติ |
| NTIP | National Tuberculosis Information Program | ระบบข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ |
| PHIMS | Perinatal HIV Intervention Monitoring System | รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซีฟลิส ไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก |
| PLHIV | People Living with HIV | ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี |

| | | |
|--------|--|---|
| PMTCT | Prevention of Mother-to-Child Transmission | การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก |
| PrEP | Pre-Exposure Prophylaxis | ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ |
| PWID | People who Inject Drugs | ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด |
| S&D | Stigma and Discrimination | การตีตราและการเลือกปฏิบัติ |
| STI | Sexually Transmitted Infections | โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| SW | Sex Worker | พนักงานบริการทางเพศ |
| RRTTPR | Reach Recruit Test Treat Prevent Retain | กลยุทธ์หลักของประเทศไทยในการเร่งรัดการยุติเอดส์ |
| SY | Syphilis | โรคซิฟิลิส |
| TB | Tuberculosis | วัณโรค |
| TGW | Transgender Women | หญิงข้ามเพศ |
| TPT | TB Preventive Therapy | การรักษาเพื่อป้องกันวัณโรค |
| UNAIDS | The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS | โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ |
| UNICEF | United Nations Children's Fund | องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ |
| VCT | Voluntary Counseling and Testing | การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ |
| WHO | World Health Organization | องค์การอนามัยโลก |

คำย่อภาษาไทย

| | |
|-------|---|
| ค.ศ. | คริสต์ศักราช |
| บสต. | ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ |
| พ.ศ. | พุทธศักราช |
| สปสช. | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| สคร. | สำนักงานป้องกันควบคุมโรค |
| สสจ. | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |

1.

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ ของการจัดทำแนวทางการวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อเร่งรัด การดำเนินงานยุติเอดส์ระดับเขต และจังหวัด



สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย จากการคาดประมาณ โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM (12 มีนาคม พ.ศ. 2567) คาดว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2566 ทั้งสิ้น 576,397 ราย ผู้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,072 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,083 ราย ซึ่งเป้าหมายการยุติเอดส์ ได้แก่ 1) ลดการติดเชื้อรายใหม่ 2) ลดการเสียชีวิตจากเอชไอวี/เอดส์ และ 3) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยใช้กลยุทธ์ RRTR ในการดำเนินงาน ตั้งแต่การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Reach) และนำเข้าสู่ระบบบริการตรวจวินิจฉัย (Recruit, Test) เพื่อให้ผู้ที่มีผลเลือดบวกได้รับรักษาจนกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (Treat) และคงอยู่ในระบบบริการ (Retain) ส่วนผู้ที่ยังมีผลเลือดลบจะได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อ (Prevent) ซึ่งเป้าหมายความสำเร็จในการเข้าถึงบริการดังกล่าว คือ 95-95-95

การกำกับติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้รู้ถึงสถานการณ์ ขนาด และประเด็นช่องว่างในการดำเนินงานในการนำไปแก้ไขสถานการณ์ และปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานได้อย่างทันท่วงที โดยการวิเคราะห์ใช้ประโยชน์จากข้อมูล รวมถึงการจัดการข้อมูลที่ดีและมีคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่ประจักษ์ถึงสถานการณ์และการดำเนินงาน คือ หัวใจสำคัญของการกำกับติดตามการดำเนินงานที่จะช่วยเพิ่มความสามารถและเร่งรัดความสำเร็จในการยุติเอดส์ประเทศไทยได้ตามเป้าหมาย

อนึ่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) คือกลไกหนึ่งที่สำคัญในการติดตามความสำเร็จในการดำเนินงานยุติเอดส์ในพื้นที่เขตสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาททั้งในด้านการนำนโยบายตามกลยุทธ์ มาตรการยุติเอดส์ตามแนวทางของประเทศไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และมีบทบาทสำคัญในการกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ที่ครอบคลุมถึงระดับจังหวัด ดังนั้น บุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการกำกับติดตามสถานการณ์ และการดำเนินงาน รวมทั้งระบุความสำเร็จ ขนาดปัญหา และชี้ประเด็นที่เป็นช่องว่างการดำเนินงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนบรรลุเป้าหมายยุติเอดส์ในพื้นที่ได้ตามที่วางไว้ แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร เวลา งบประมาณ และผู้ที่มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ประกอบกับบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยน หมุนเวียนผู้รับผิดชอบใหม่ อยู่เสมอ ทำให้ขาดการเชื่อมโยงงาน ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการวิเคราะห์ใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าว สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับเขต และจังหวัด เพื่อช่วยให้การดำเนินงานยุติเอดส์ระดับเขต และจังหวัด มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการจัดทำแนวทางการวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับเขตและจังหวัด

เพื่อเป็นแนวทางให้แก่นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเอชไอวี/เอดส์ในพื้นที่ โดยเฉพาะระดับเขต จังหวัด และส่วนกลาง นำมาปรับใช้ในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล ให้ได้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์มาใช้ในการติดตามเร่งรัดการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายยุติเอดส์ประเทศไทย ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยเสริมศักยภาพในการระบุความสำเร็จ ประเด็นปัญหา และช่องว่างการดำเนินงานในพื้นที่อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การกำหนดแผนและแนวทางการดำเนินงานยุติเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อนำข้อมูลจากระบบรายงาน ระบบเฝ้าระวัง และแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้องมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการกำกับติดตามการดำเนินงาน โดยการจัดการข้อมูล วิเคราะห์ เชื่อมโยงและประมวลชุดข้อมูลให้เป็นข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ การดำเนินงาน ขนาด ประเด็นปัญหา และช่องว่าง (gap) ที่ถูกต้องและชัดเจน



2.

ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์เพื่อยุติเอดส์ประเทศไทย

ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์เพื่อยุติเอดส์ประเทศไทย เป็นตัวยึดโยงหลักในการดำเนินงานให้กับภาคีที่ทำงานเอดส์ทุกระดับ เพื่อให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน ระหว่างยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และระบบการติดตามและประเมินผล ตลอดจนเข้าใจเป้าหมาย ตัวชี้วัดแต่ละระดับอย่างชัดเจน จึงจำเป็นต้องเข้าใจภาพรวม ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ ที่เป็นนโยบายการดำเนินงานของประเทศ

ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ปี พ.ศ. 2560-2573 ได้กำหนดเป้าประสงค์ (goal) ในการบรรลุการยุติเอดส์ ภายในปี พ.ศ. 2573 ไว้ 3 เป้าประสงค์ ได้แก่ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 4) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศภาวะ น้อยกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานไว้ 6 ด้านตามยุทธศาสตร์ที่ 1 – 6 และกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานไว้ 17 ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ ผลลัพธ์ ที่ 1.1 ถึง 6.2 ตามรูปที่ 1 และกรอบการให้บริการตามยุทธศาสตร์ ตามรูปที่ 2

รูปที่ 1 กรอบยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์และเป้าประสงค์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 – 2573

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 3 เป้าประสงค์ 6 ยุทธศาสตร์ 17 ผลลัพธ์



ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ <1000 ราย

ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ <4000 ราย

ลดการรังเกียจ และเลือกปฏิบัติ ร้อยละ 90

1

2

3

4

S1. มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง
1.1 ประชากรเป้าหมายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสสูงในการติดเชื้อเอชไอวีได้รับชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 95

S2. ยกระดับคุณภาพและบูรณาการงานป้องกันที่มีประสิทธิภาพให้เข้มข้นและยั่งยืน
2.1 ทุกจังหวัดบรรลุเป้าหมายการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในเด็กแรกเกิด
2.2 ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี
2.3 บริการป้องกันเอชไอวีได้บูรณาการในแผนงานของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบประชากรเป้าหมาย

S3. พัฒนาและเร่งรัดการรักษาดูแลและช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพและยั่งยืน
3.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และควบคุมไวรัสสำเร็จตามเป้าหมาย ร้อยละ 95-95-95
3.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ ได้รับการดูแลทางสังคม ร้อยละ 75
3.3 การเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง ร้อยละ 75
3.4 ระบบบริการสุขภาพ ระบบคุ้มครองทางสังคม และระบบชุมชนมีความเชื่อมโยง

S4. ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ
4.1 ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้ ความเข้าใจ สิทธิมนุษยชน และความหลากหลายทางเพศเพิ่มขึ้น
4.2 จำนวนหน่วยงานที่มีนโยบาย และมาตรการการดำเนินการที่ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ไม่มีการรังเกียจกีดกันเลือกปฏิบัติ
4.3 กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ที่เป็นทางเลือกปฏิบัติ ได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาขึ้น
4.4 ทุกจังหวัดมีกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์และสิทธิทางเพศ

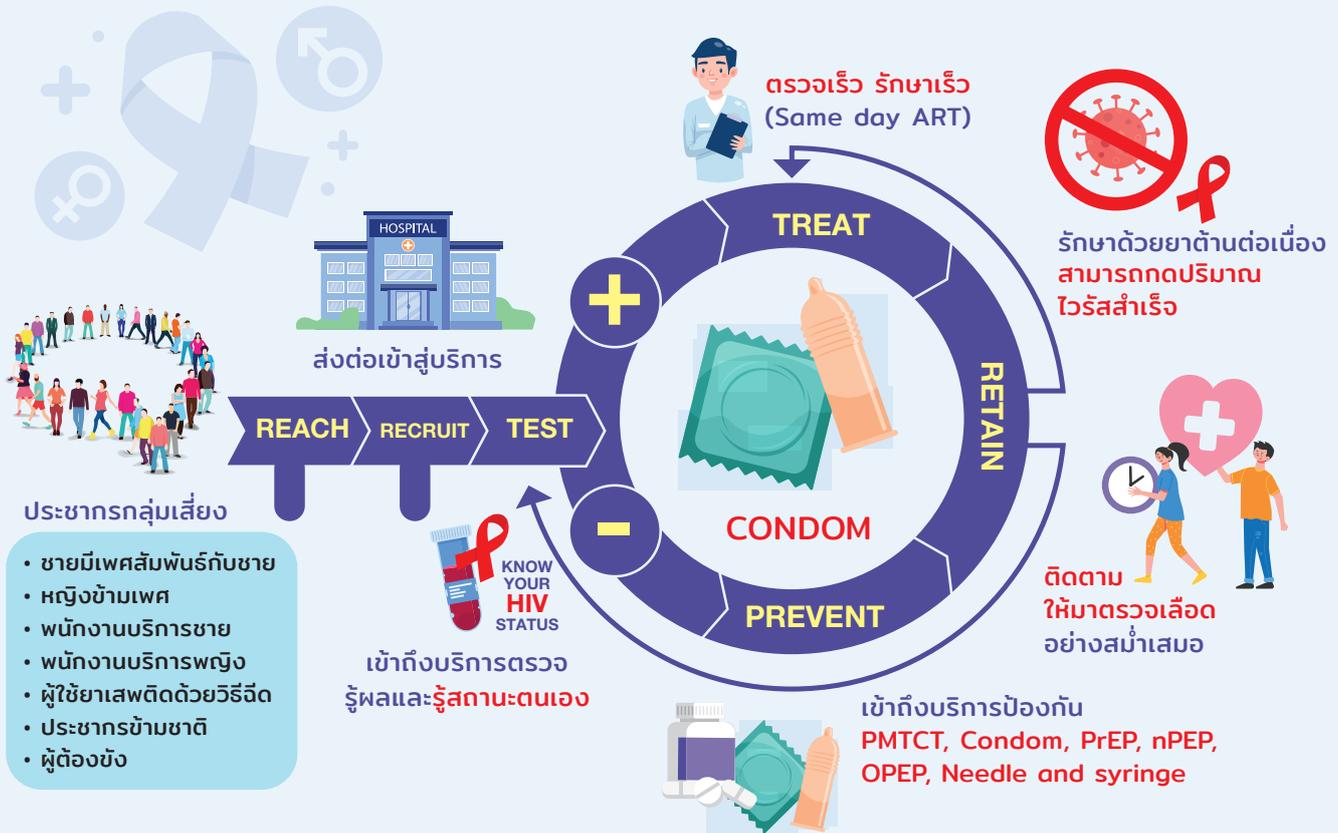
5

S5. เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนและทุกระดับ
5.1 จำนวนงบประมาณภายในประเทศ และจากภาครัฐในการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด และที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนเพิ่มขึ้น
5.2 จำนวนองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานบริการชุมชนเพิ่มขึ้น
5.3 จำนวนจังหวัดที่มีแผนงาน งบประมาณ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐานการยุติปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น

6

S6. ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ
6.1 ร้อยละขององค์กร/จังหวัด/หน่วยงานที่มีระบบและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการวางแผนจัดนโยบาย และจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น
6.2 จำนวนการวิจัยที่ได้มีการนำความรู้และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์และการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น

การเข้าถึงบริการตามกลยุทธ์ RRTTPR ในทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ



R (Reach), R (Recruit), T (Test), T (Treat) P (Prevent), R (Retain) คือ กลยุทธ์หลักของประเทศไทย ในการเร่งรัดการยุติเอดส์ โดยการจัดบริการเพื่อเข้าถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยง นำเข้าสู่ระบบบริการ และให้การรักษา ผู้ที่ติดเชื้อจนสามารถกดไวรัสได้ อีกทั้งยังครอบคลุมถึงการให้บริการป้องกันในกลุ่มที่ยังไม่ติดเชื้อด้วย (รูปที่ 2) ภายใต้กลยุทธ์ดังกล่าว แต่ละพื้นที่มีกิจกรรมและปริมาณการดำเนินงานมากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงานจะนำไปสู่ผลลัพธ์และเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ฯ

3.

กรอบแนวคิดเชิงตรรกะ และการติดตาม และประเมินผลการยุติเอดส์ประเทศไทย

การติดตามและประเมินผล มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับการจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของมันและกัน โดยที่การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่จะถูกนำไปใช้ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน ซึ่งแนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเอดส์ ที่นานาชาติประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย นำมาใช้ เป็นกรอบแนวคิดเชิงตรรกะ (Logic model) ดังรูปที่ 3 กรอบนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบต่อกัน ในเชิงของความเป็นเหตุและผล ตั้งแต่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงาน ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ โดยเริ่มที่ การรู้สถานการณ์ด้านระบาดวิทยาของเอชไอวี/เอดส์ (know epidemic) รู้ปัจจัยนำเข้า (input) และรู้มาตรการ การดำเนินงานหรือบริการที่ดำเนินการ (activity) ซึ่งจะส่งผลต่อทั้งผลระยะสั้นที่เกิดขึ้นทันทีหลังการดำเนินงาน คือ ผลผลิต (output) และผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในระยะกลาง ได้แก่ผลลัพธ์ลัพธ์ (outcome) และส่งผลกระทบต่อ สูดท้ายปลายทางในระยะยาวที่ยากให้เกิดขึ้น หรือผลกระทบ (impact) เช่น ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดอุบัติการณ์และความชุก รวมถึงการลดผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งการวางกรอบแนวคิด เชิงตรรกะนี้ จะเป็นตัวกำหนดชุดข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำมาใช้ในการกำกับติดตาม รวมทั้งแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ทำให้รู้สถานการณ์และผลการดำเนินงานในแต่ละระดับ ข้อมูลส่วนใหญ่ที่นำมาใช้ในการกำกับติดตามดังกล่าว มาจากระบบเฝ้าระวัง การคาดประมาณการ และข้อมูลจากระบบบริการ นอกจากนี้ อาจจำเป็นต้องมีข้อมูล จากการประเมินผลมาประกอบเพิ่มเติม เพื่อให้การอธิบายเชิงตรรกะมีความเป็นเหตุและผลที่สมบูรณ์และน่าเชื่อถือ มากขึ้น

รูปที่ 3 กรอบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเอดส์



4.

การติดตามการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับประเทศ

การติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์หรือแผนยุติเอดส์ของประเทศ ที่จะกล่าวในที่นี้ มุ่งเน้นการติดตามการดำเนินงานตามเป้าประสงค์ (goal) และการติดตามกลยุทธ์หรือมาตรการ ได้แก่ การติดตามในระดับผลกระทบหรือผลลัพธ์ระยะยาว (impact) และระดับผลลัพธ์ (outcome) เป็นหลัก ซึ่งได้มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนไว้ในแผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย (National M&E plan พ.ศ. 2564 – 25968) เพื่อให้หน่วยงานทุกระดับนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำกับติดตามการดำเนินงาน

ทั้งนี้ ในการติดตามการดำเนินงานทุกระดับ ทั้งระดับผลกระทบหรือผลลัพธ์ หรือผลผลิต จะกำหนดเป้าหมายของการติดตามซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังที่แสดงตามรูปที่ 4 เป้าหมายการดำเนินงานและการติดตามเป้าประสงค์ระดับประเทศ และรูปที่ 5 เป้าหมายการติดตามตามกลยุทธ์ RRTTPR เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยุติเอดส์ของประเทศ

4.1 การติดตามผลกระทบระยะยาว (impact)

เป็นการติดตามการดำเนินงานที่มุ่งวัดความสำเร็จในระดับเป้าประสงค์ (Goal) ทั้ง 3 เป้าประสงค์ ตามยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ซึ่งประเทศได้กำหนดเป้าหมายการติดตาม โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตาม ดังนี้

ตัวชี้วัดผลกระทบและค่าเป้าหมาย ระดับประเทศ ได้แก่

- จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ค่าเป้าหมาย น้อยกว่า 1,000 ราย/ปี
- จำนวนการเสียชีวิตจากเอดส์ ค่าเป้าหมาย น้อยกว่า 4,000 ราย/ปี

แหล่งข้อมูล: ทั้งสองเป้าหมาย จากการคาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์

- ตัวชี้วัดการติดตามผลกระทบการตีตราและเลือกปฏิบัติ ระดับประเทศ มี 2 ตัวชี้วัด ได้แก่
 - ร้อยละของประชาชนที่มีทัศนคติเชิงลบต่อเอชไอวี
ค่าเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10 แหล่งข้อมูลจาก MICS โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - ร้อยละของผู้ร่วมให้ข้อมูลที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
ค่าเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10

แหล่งข้อมูล: การสำรวจดัชนีชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma index) ระดับประเทศ

หมายเหตุ: ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในแต่ละระดับ ตามนโยบายหรือกลยุทธ์ที่หรือแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568 (National Monitoring and Evaluation Plan for Ending HIV/AIDS 2021 – 2025) ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามฉบับที่จะมีการปรับปรุงใหม่

รูปที่ 4 เป้าหมายการดำเนินงานและการติดตามเป้าประสงค์ (impact) ระดับประเทศ

เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย

- Zero 1** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่เกิน 1,000 คน ในปี 2573
เร่งรัด ลดจาก 6,600 คน (ปี 2563) เป็น 2,700 คน (ปี 2569)
- Zero 2** ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ ไม่เกิน 4,000 คน ในปี 2573
เร่งรัด ลดจาก 11,215 คน (ปี 2563) เป็น 6,600 คน (ปี 2569)
- Zero 3** ประชาชนทั่วไปมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่เกิน 1096 ในปี 2573
เร่งรัด ลดจาก 27% (ปี 2562) เป็น 10% (ปี 2568)

เป้าหมายรายปี

| เป้าประสงค์ | เป้าหมาย | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 |
| ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ น้อยกว่า | 3,600 คน | 3,300 คน | 3,000 คน | 2,700 คน |
| ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ น้อยกว่า | 7,800 คน | 7,400 คน | 7,000 คน | 6,600 คน |
| ประชาชนทั่วไปมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี น้อยกว่า | | | 10% | |

แหล่งข้อมูล: การประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 15 มีนาคม 2566

4.2 การติดตามผลลัพธ์ (outcome)

เป็นการติดตามการดำเนินงานที่มุ่งวัดความสำเร็จที่ระดับกลยุทธ์และมาตรการสำคัญที่ใช้ในการเร่งรัดการยุติเอดส์ของประเทศ เพื่อบรรลุ 3 เป้าประสงค์หลัก ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ของประเทศ ซึ่งปัจจุบันกลยุทธ์หลักได้แก่ RRTTPR การจัดบริการให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าถึงบริการรักษาโดยเร็วและสามารถกดไวรัสได้ ตามเป้าหมาย 95-95-95 การป้องกันฯ ด้วย PrEP การป้องกันด้วยถุงยางอนามัย(Condom) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กแรกเกิด (PMTCT) สำหรับการติดตามความสำเร็จกลยุทธ์และมาตรการอื่น ๆ ที่มีในแผนตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2573 นั้น สามารถศึกษารายละเอียดการติดตามการดำเนินงาน หรือกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายเพิ่มเติมได้ในแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568 (National Monitoring and Evaluation Plan for Ending HIV/AIDS 2021 – 2025)

ทั้งนี้ ประเทศไทยได้กำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายเพื่อติดตามผลสำเร็จในระดับผลลัพธ์ไว้ สอดคล้องกับโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ซึ่งได้บรรจุในแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568 โดยตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ที่สำคัญ มีดังนี้

1) การติดตาม: 95-95-95 หรือ three 95s

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และค่าเป้าหมาย ระดับประเทศ ดังนี้

- 95 ที่ 1: ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัย และรู้สถานะการติดเชื้อ
ค่าเป้าหมายร้อยละ 95 ในปี พ.ศ. 2573
- 95 ที่ 2: ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ การติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95 ในปี พ.ศ. 2573
- 95 ที่ 3: ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และสามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml
ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95 ในปี พ.ศ. 2573

2) การติดตาม: การป้องกันด้วย PrEP

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และค่าเป้าหมาย ระดับประเทศ ดังนี้

- ร้อยละของการได้รับบริการ PrEP ในกลุ่มประชากรเสี่ยง (PrEP coverage)
ค่าเป้าหมายร้อยละ 60 ในปี 2568 และร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2573

3) การติดตามผลลัพธ์: การป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรสำคัญ และการใช้เข็ม รวมถึง กระจกฉีดยาปลอดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และค่าเป้าหมาย ระดับประเทศ ดังตารางที่ 1

- ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด, ใช้สม่ำเสมอ ในกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มเยาวชน
- ร้อยละของการใช้เข็มและกระจกฉีดยาปลอดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)
- อัตราป่วยซิฟิลิส หนองใน (SY, GC) ในกลุ่มเยาวชน ที่เป็นสัญญาณเตือนถึงโอกาสเกิดการติดเชื้อรายใหม่
ค่าเป้าหมายระดับประเทศ SY: น้อยกว่า 1/ประชากร 100,000 ราย และ GC: น้อยกว่า 1/ประชากร 100,000 ราย ในปี พ.ศ. 2573 แหล่งข้อมูล ระเบียบรายงาน 506

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมายระดับประเทศของแต่ละกลุ่มประชากรตามแผนติดตามและประเมินผล

| กลุ่มประชากร | ปี 2568 | ปี 2573 |
|--|---------|---------|
| ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัย | | |
| กลุ่ม MSM | 91 | - |
| กลุ่ม TG | 91 | - |
| กลุ่ม SW | - | 90 |
| กลุ่ม PWID | - | 70 |
| ร้อยละของการใช้เข็มและกระจกฉีดยาปลอดเชื้อ | | |
| กลุ่ม PWID | - | >95 |

หมายเหตุ: ชิดว่าง (-) หมายถึง ประเทศยังไม่ได้ระบุค่าเป้าหมายไว้ในแผนติดตามและประเมินผล

4) การติดตาม: ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

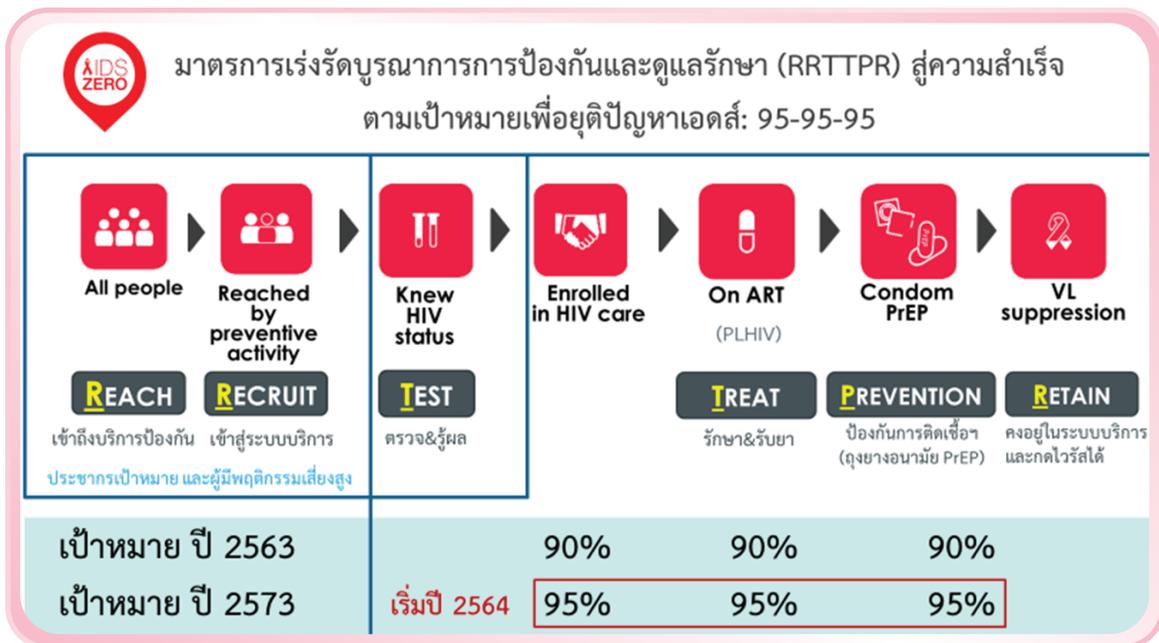
ตัวชี้วัดผลลัพธ์และค่าเป้าหมาย ระดับประเทศ ดังนี้

- ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพพรายงานถึงทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อ
- ค่าเป้าหมายระดับประเทศ ร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2567
- ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างให้บริการ
- ค่าเป้าหมายระดับประเทศ ร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2567
- ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ตีตราตนเอง (self-stigma หรือ internalize stigma) ค่าเป้าหมายระดับประเทศ ร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2567

แหล่งข้อมูล: การสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (stigma survey)

หมายเหตุ: อาจมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในแต่ละระดับ รายละเอียดให้ติดตามศึกษาจากแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2568 – 2573

รูปที่ 5 เป้าหมายการติดตามตามกลยุทธ์ RRTTPR เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานยุติเอดส์ ประเทศไทย



5.

การติดตามการดำเนินงานยุติเอดส์ระดับพื้นที่

การติดตามการดำเนินงานยุติเอดส์ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะระดับเขตและจังหวัด สามารถยึดแนวทางการกำหนดตัวชี้วัดทั้งระดับผลกระทบ (impact) และผลลัพธ์ (outcome) เช่นเดียวกับระดับประเทศ เนื่องจากระดับเขต จังหวัดส่วนใหญ่ มีการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความคล้ายคลึงกับระดับประเทศ ตัวชี้วัดส่วนใหญ่จะเป็นตัวเดียวกัน อาจจะมีแตกต่างกันเฉพาะในส่วนของค่าเป้าหมาย ซึ่งพื้นที่ต้องพิจารณากำหนดขึ้นเองในบางตัวชี้วัด ดังนี้

5.1 การติดตามผลกระทบระยะยาว (impact) ระดับพื้นที่

เป็นการมุ่งวัดความสำเร็จตามเป้าประสงค์การดำเนินงานในพื้นที่ที่กำหนดเป็น 3 ประสงค์เช่นเดียวกับระดับประเทศ แต่ค่าเป้าหมายพื้นที่ต้องกำหนดเอง

ตัวชี้วัดผลกระทบ ระดับพื้นที่ได้แก่

- จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
 - จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับเอชไอวี
 - ตัวชี้วัดการติดตามผลกระทบ การตีตราและเลือกปฏิบัติ
 - ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่มีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการสุขภาพ (experienced stigma)
 - ร้อยละของบุคลากรที่สังเกตเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (observed stigma)
- แหล่งข้อมูล:** ทั้ง 2 ตัวชี้วัด จากการสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์ของพื้นที่ (S&D survey)

ทั้งนี้ ตัวชี้วัดระดับผลกระทบในส่วนการตีตราฯ ของพื้นที่มีความแตกต่างจากระดับประเทศ 3 ประการ คือ ตัวชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ระดับพื้นที่ **ไม่ใช่**ตัวชี้วัด ร้อยละของประชาชนที่มีทัศนคติเชิงลบต่อเอชไอวี เนื่องจากพื้นที่ไม่มีข้อมูลการสำรวจ MICS ประการที่ 2 ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่มีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการสุขภาพ (experienced stigma) ระดับประเทศใช้ข้อมูลจากการสำรวจ Stigma Index ซึ่งไม่ได้วัดเฉพาะในสถานบริการสุขภาพเท่านั้น และพื้นที่ไม่มีการสำรวจนี้ และประการที่ 3 ระดับพื้นที่เพิ่มตัวชี้วัด ร้อยละของบุคลากรที่สังเกตเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (Observed stigma)

5.2 การติดตามระดับผลลัพธ์ (outcome) ระดับพื้นที่

ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามและวัดความสำเร็จตามกลยุทธ์สำคัญๆ ของประเทศที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามเป้าประสงค์ของประเทศและพื้นที่ ตัวชี้วัดที่สำคัญ มีดังนี้

1) การติดตาม: 95-95-95 หรือ three 95s

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ระดับพื้นที่ ดังนี้

- 95 ที่ 1: ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี
- 95 ที่ 2: ร้อยละของผู้รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
- 95 ที่ 3: ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml

2) การติดตาม: การป้องกันด้วย PrEP

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ระดับพื้นที่

- ร้อยละของการได้รับบริการ PrEP ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (PrEP coverage among risk and key populations)

3) การติดตาม: การป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ระดับพื้นที่

- ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มเยาวชน

4) การติดตาม: ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอชไอวี/เอดส์

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ระดับพื้นที่

- ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพรายงานถึงทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อ
- ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างให้บริการ
- ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการตีตราภายใน (การตีตราตนเอง)

แหล่งข้อมูล: ทั้ง 3 ตัวชี้วัด จากการสำรวจและเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (S&D survey)

หมายเหตุ: อาจมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในแต่ละระดับตามนโยบายหรือกลยุทธ์ที่หรือกรอบแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568 (National Monitoring and Evaluation Plan for Ending HIV/AIDS 2021 – 2025) ที่มีการปรับปรุงใหม่

6.

แนวทางการตั้งเป้าหมายระดับพื้นที่ (เขตและจังหวัด)

การตั้งเป้าหมายระดับพื้นที่ มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการดำเนินงานและการระดมทรัพยากรเพื่อบรรลุเป้าหมายยุติเอดส์ นอกจากนี้การกำหนดเป้าหมายจะช่วยให้ทราบว่าต้องเร่งรัดการดำเนินงานอีกมากน้อยเพียงใด จากสถานการณ์และการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (current status) จึงจะบรรลุถึงเป้าหมาย การตั้งเป้าหมาย ประกอบด้วย การกำหนดตัวชี้วัด และการกำหนดค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดนั้นๆ ซึ่งในหัวข้อที่แล้ว ได้กล่าวถึงตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการติดตามการดำเนินงานแต่ละระดับสำหรับพื้นที่ไปแล้ว ต่อไปจะกล่าวถึงในส่วนของการกำหนดตั้งค่าเป้าหมายแต่ละตัวชี้วัด

6.1 การกำหนดค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดระดับผลกระทบ (impact) ในระดับพื้นที่

เป้าหมายระดับผลกระทบ เป็นเป้าหมายปลายทางในระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่จะมีช่วงเวลายาวนาน ดังนั้น เพื่อให้การกำกับติดตามการดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ โดยสามารถแก้ไข ปิดช่องว่างการดำเนินงาน ลดขนาดปัญหาได้อย่างทันท่วงที ควรมีการตั้งค่าเป้าหมายในระหว่างทางร่วมด้วย โดยทั่วไปมักจะตั้งค่าเป้าหมายเป็นระยะๆ ทุก 5 ปี และการกำหนดค่าเป้าหมายแบบไต่ระดับ นับเป็นทางเลือกหนึ่งของการตั้งเป้าหมายที่ดี

สำหรับการกำหนดหรือตั้งค่าเป้าหมายในแต่ละตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการติดตามการดำเนินงานนั้นพื้นที่ควรพิจารณาจากค่าเป้าหมายที่ประเทศกำหนดว่าสามารถนำมาใช้ในพื้นที่ได้เหมาะสมหรือไม่ บางตัวชี้วัดอาจยึดค่าเป้าหมายเช่นเดียวกับระดับประเทศได้ บางตัวชี้วัดพื้นที่ต้องพิจารณากำหนดเอง

1) การติดตาม: ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการเสียชีวิตจากเอดส์

ตัวชี้วัดผลกระทบที่ใช้: จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอดส์

วิธีการกำหนดค่าเป้าหมาย ระดับพื้นที่

การกำหนดค่าเป้าหมายของทั้ง 2 ตัวชี้วัดนี้ ตามหลักการแล้วพื้นที่สามารถใช้ค่าตัวเลข/ข้อมูลจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM ในฉากทัศน์ที่มีการดำเนินงานแบบเร่งรัดยุติเอดส์ (Accelerated ending AIDS scenario) มากำหนดเป็นค่าเป้าหมายในการดำเนินงานในพื้นที่ได้โดยตรงเช่นเดียวกับการกำหนดค่าเป้าหมายของประเทศ แต่เนื่องจากข้อมูลการคาดประมาณฯ ฉากทัศน์แบบเร่งรัดดังกล่าวมีการจัดทำเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น ดังนั้น วิธีการกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดนี้ จึงแบ่งเป็น 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 สำหรับพื้นที่ที่มีข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในฉากทัศน์ที่มีการดำเนินงานตามปกติ (Baseline scenario, current status) และการดำเนินงานแบบเร่งรัดยุติเอดส์ (Accelerated ending AIDS scenario) และวิธีที่ 2 สำหรับพื้นที่ที่มีเฉพาะข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในฉากทัศน์ที่มีการดำเนินงานตามปกติ (Baseline scenario, current status) เท่านั้น ซึ่งข้อมูลชุดนี้มีการจัดทำสำหรับทุกจังหวัด

วิธีที่ 1 ใช้ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ในฉากทัศน์ที่มีการดำเนินงานแบบเร่งรัดยุติเอชไอวี (Accelerated ending AIDS scenario) ข้อมูลชุดนี้มีการจำแนกเป็นรายปีต่อเนื่อง พื้นที่ที่สามารถนำค่าตัวเลขแต่ละปีมาใช้กำหนดเป็นค่าเป้าหมายในปีที่ต้องการได้โดยตรง ดังนั้น วิธีนี้จึงใช้ได้เฉพาะพื้นที่ที่มีข้อมูลชุดนี้เท่านั้น

วิธีที่ 2 ใช้ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ ในฉากทัศน์การดำเนินงานแบบปกติ (Baseline scenario) และคำนวณเพิ่ม ด้วยการจำลองสถานการณ์ของประเทศมาสู่ระดับพื้นที่

วิธีนี้ใช้สำหรับกรณีพื้นที่ที่ไม่มีชุดข้อมูลคาดประมาณแบบเร่งรัดฯ โดยการคำนวณจากค่าสัดส่วนค่าเป้าหมายที่ลดลงจากเดิมในระดับประเทศ และนำมาทอนเป็นค่าเป้าหมายของพื้นที่

วิธีการคำนวณ มีขั้นตอนดังนี้

1) **หาค่าสัดส่วนการลดลงจากค่าเป้าหมายในภาพของประเทศ** โดยใช้ข้อมูลค่าคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในฉากทัศน์การดำเนินงานแบบเร่งรัดยุติเอชไอวี เป็นตัวตั้ง และใช้ค่าคาดประมาณฉากทัศน์การดำเนินงานตามปกติในปีเดียวกันเป็นตัวหาร ตามตารางที่ 2 (ใช้ปีเดียวกันกับที่จะตั้งเป้าหมายของพื้นที่)

2) **นำค่าสัดส่วนการลดลงของประเทศที่ได้ มาเป็นตัวคูณกับค่าคาดประมาณในฉากทัศน์การดำเนินงานตามปกติของพื้นที่** เพื่อประมาณการเป็นค่าเป้าหมายที่เป็นแบบเร่งรัดยุติเอชไอวี ด้วยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ที่คล้ายกับวิธีการทำ proportional to size โดยทอนค่าเป้าหมายของประเทศลงมาเป็นค่าเป้าหมายของเขตหรือจังหวัดจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 ตามตารางที่ 1 และรูปที่ 6

3) **คำนวณค่าตัวเลขเป้าหมายรายปีต่อเนื่องได้** เพื่อใช้เปรียบเทียบกับค่าตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อในฉากทัศน์การดำเนินงานแบบปกติที่มีข้อมูลแยกรายปีต่อเนื่องเช่นกัน

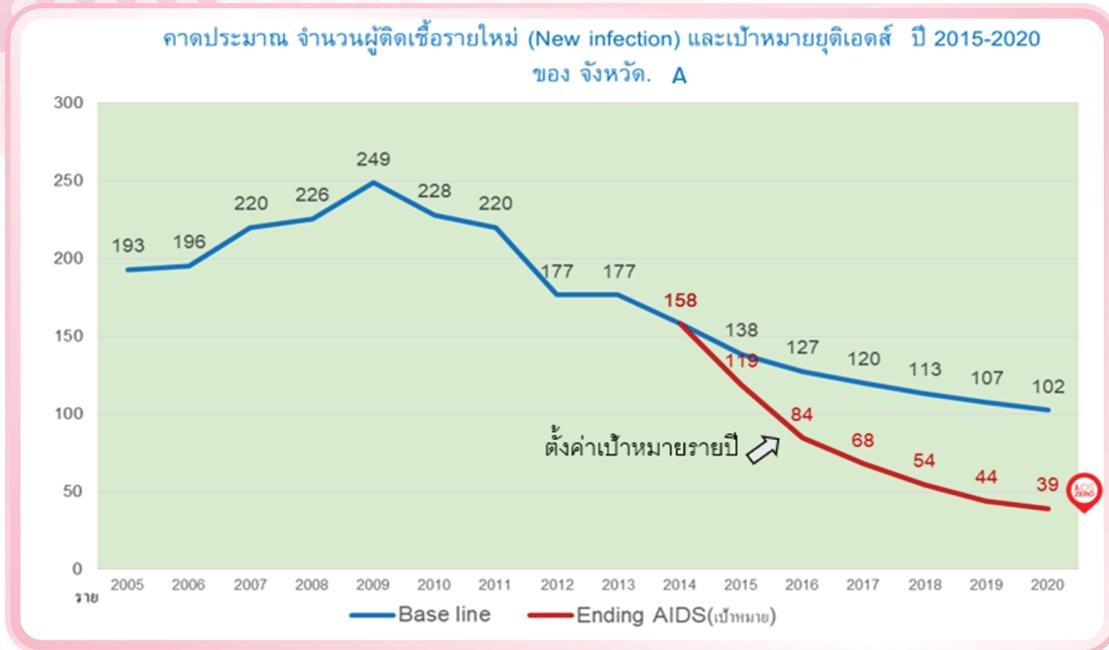
แม้ว่าการคำนวณหาค่าเป้าหมายด้วยวิธีการจำลองสถานการณ์ของประเทศมาสู่ระดับพื้นที่ โดยอ้างอิงสัดส่วนจากระดับประเทศมาใช้ในการคำนวณเป็นของพื้นที่วิธีนี้จะไม่ได้ใช้ข้อมูลของพื้นที่เองมาคำนวณทั้งหมด เหมือนกับการคาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์แต่ในระหว่างที่พื้นที่ยังไม่มีข้อมูลการคาดประมาณการดำเนินงานแบบเร่งรัด วิธีการนี้ก็ทำให้พื้นที่ได้เห็นภาพเป้าหมายของตนเอง และนำมาใช้ประโยชน์ต่อไปได้

สำหรับการคาดประมาณ**ค่าเป้าหมายจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตจากเอดส์** สามารถใช้วิธีการเช่นเดียวกันกับการตั้งค่าเป้าหมาย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ **แต่เปลี่ยนไปใช้ชุดข้อมูลคาดประมาณผู้เสียชีวิตแทน**

ตารางที่ 2 การตั้งเป้าหมายระดับเป้าประสงค์ (impact) ระดับประเทศ เขต จังหวัด และการหาสัดส่วน

| เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์และสถานการณ์การดำเนินงานในปัจจุบันของประเทศ (New infection: จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่) | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| สถานการณ์ | ค.ศ. (พ.ศ.) | | | | | | |
| | 2014 (2557) | 2015 (2558) | 2016 (2559) | 2017 (2560) | 2018 (2561) | 2019 (2562) | 2020 (2563) |
| การดำเนินงานปกติ (baseline scenario) = ตัวหาร | 7,695 | 7,324 | 7,012 | 6,752 | 6,537 | 6,347 | 6,180 |
| การดำเนินงานแบบ เร่งรัด (accelerated ending AIDS scenario) = ตัวตั้ง | - | 6,290 | 4,646 | 3,813 | 3,139 | 2,602 | 2,350 |
| สัดส่วนการลดลง จากการดำเนินงานปกติ (proportion of reduction from baseline) | - | 0.86 (6,290/7,324) | 0.66 (4,646/7,012) | 0.56 (3,813/6,752) | 0.48 (3,139/6,537) | 0.41 (2,602/6,347) | 0.38 (2,350/6,180) |
| เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์และสถานการณ์การดำเนินงานในปัจจุบันของเขต/จังหวัด | | | | | | | |
| สถานการณ์ | ค.ศ. (พ.ศ.) | | | | | | |
| | 2014 (2557) | 2015 (2558) | 2016 (2559) | 2017 (2560) | 2018 (2561) | 2019 (2562) | 2020 (2563) |
| การดำเนินงานปกติ (baseline scenario) | 158 | 138 | 127 | 120 | 113 | 107 | 102 |
| การดำเนินงานแบบ เร่งรัด (accelerated ending AIDS scenario) | - | 119 (138x0.86) | 84 (127x0.66) | 68 (120x0.56) | 54 (113x0.48) | 44 (107x0.41) | 39 (102x0.38) |

รูปที่ 6 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในฉลากทัศนคติการดำเนินงานปกติ (baseline) และการดำเนินงานเร่งรัดยุติเอดส์ (accelerated ending AIDS) ของจังหวัด A



ตามรูปที่ 6 พื้นที่ A นำเสนอค่าเป้าหมายการดำเนินงานลดการติดเชื้อรายใหม่ ที่ใช้ข้อมูลคาดประมาณ ทั้ง 2 ชุด ในฉลากทัศนคติการดำเนินงานแบบปกติและฉลากทัศนคติแบบเร่งรัดที่ใช้เป็นเป้าหมาย มาประกอบนำเสนอให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันในปี ค.ศ. 2014 และอนาคตถึงปี ค.ศ. 2020 นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงค่าเป้าหมายในแต่ละปีแล้วยังทำให้เห็นขนาดช่องว่างของปัญหา ระยะห่างจากเป้าหมายการลดการติดเชื้อรายใหม่ หรือการลดการเสียชีวิต ดังที่แสดงในรูปที่ 9

2) การติดตาม: การติดตามลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ตัวชี้วัดผลกระทบที่ใช้ ระดับพื้นที่ ได้แก่

- ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติในการรับบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ค่าเป้าหมายระดับประเทศ น้อยกว่าร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2572
- ร้อยละของบุคลากรที่สังเกตเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ค่าเป้าหมายระดับประเทศไม่มีการกำหนดไว้

แหล่งข้อมูล: ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ใช้ข้อมูลจากการสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ระดับเขต (S&D survey, กองโรคเอดส์ฯ) โดยมีการสำรวจทุก 2 ปี

วิธีการกำหนดค่าเป้าหมาย ระดับพื้นที่

สำหรับตัวชี้วัดทั้งสองตัวนี้ พื้นที่อาจตั้งค่าเป้าหมายเท่ากับประเทศ กรณีหากระดับประเทศยังไม่มี การกำหนดไว้ อาจใช้ค่าเฉลี่ยของผลการดำเนินงานประเทศมาใช้เป็นค่าเป้าหมายของพื้นที่ หรืออาจตั้งแบบไต่ระดับ โดยเทียบกับค่า baseline ของพื้นที่เอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้พร้อมทั้งพิจารณาจากองค์ประกอบ ด้านทรัพยากรและนโยบายในพื้นที่

หมายเหตุ: คำอธิบายและวิธีการคำนวณอยู่ในการวิเคราะห์การระบุช่องว่างการตีตราและเลือกปฏิบัติ (7.6.1)

6.2 การตั้งเป้าหมาย และวิธีการกำหนดค่าเป้าหมาย ระดับผลลัพธ์ (outcome)

เป้าหมายในการกำกับการดำเนินงานยุติเอดส์ในระดับพื้นที่ทั้งระดับเขตและจังหวัด สามารถกำหนดตัวชี้วัดได้ เช่นเดียวกับกับระดับประเทศ เพียงแต่ระดับพื้นที่ควรกำหนดค่าเป้าหมายเฉพาะของแต่ละพื้นที่ แตกต่างกันไปตามสถานการณ์และการดำเนินงาน รวมถึงบริบทที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของพื้นที่ตนเอง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ระดับเขตจนถึงระดับจังหวัด ทุกพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับการตั้งเป้าหมายระดับผลลัพธ์ (outcome) โดยกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดที่สามารถวัดได้จากระบบกำกับติดตามที่มีอยู่ในพื้นที่ ทั้งนี้ ตัวชี้วัดและวิธีการกำหนดค่าเป้าหมายที่สำคัญที่นำมาใช้ในการกำกับติดตามระดับผลลัพธ์ระดับพื้นที่ มีดังนี้

1) การติดตาม: 95-95-95

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ใช้ ระดับพื้นที่ ดังนี้

- 95 ที่ 1: ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย และรู้สถานะการติดเชื้อ
 - 95 ที่ 2: ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ การติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
 - 95 ที่ 3: ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และสามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml
- ทั้ง 3 ตัวชี้วัด ระดับประเทศ ทุกตัวชี้วัดกำหนดค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 95 (95-95-95) ภายในปี พ.ศ. 2573

วิธีการกำหนดค่าเป้าหมาย ระดับพื้นที่

พื้นที่ทุกระดับทั้งระดับโรงพยาบาล จังหวัด และเขต สามารถตั้งเป้าหมายที่ปลายทาง โดยกำหนดค่าเป้าหมายที่ 95-95-95 ในปี พ.ศ. 2573 ได้เช่นเดียวกับระดับประเทศ อย่างไรก็ตามแนะนำให้พื้นที่ตั้งเป้าหมายในระหว่างทางทุก 2-3 ปี ด้วย และกำหนดค่าเป้าหมายเพิ่มขึ้นแบบไต่ระดับ โดยเทียบกับค่า baseline ใช้ข้อมูลผลการดำเนินงานของพื้นที่ล่าสุดเป็นฐานในการกำหนด บางพื้นที่อาจตั้งค่าเป้าหมายปลายทางร้อยละ 95 ก่อนจะถึงปี พ.ศ. 2573 ก็ได้ ซึ่งการตั้งค่าเป้าหมายควรพิจารณาถึงแผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนั้นๆ ที่พื้นที่ได้กำหนดไว้ด้วยว่ามีความเป็นไปได้ หรือมีโอกาสดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใดและควรกำหนดค่าเป้าหมายให้ท้าทายมากน้อยเพียงใด

ตัวอย่างเช่น พื้นที่เขต A ได้กำหนดเป้าหมายผลสำเร็จของการเข้าถึงบริการรักษา ณ ปี พ.ศ. 2562 โดยพิจารณาถึงแผนการดำเนินงาน และศักยภาพของหน่วยงานและโรงพยาบาลในพื้นที่แล้วกำหนดค่าเป้าหมายแบบไต่ระดับ เพิ่มจากผลการดำเนินงานล่าสุด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการตั้งเป้าหมายแบบไต่ระดับ

| ค่าเป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | เป้าหมาย | | |
|-------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | ปี พ.ศ. 2562 | ปี พ.ศ. 2565 | ปี พ.ศ. 2568 | ปี พ.ศ. 2573 |
| 95 ที่ 1 | 93 | 95 | 97 | 98 |
| 95 ที่ 2 | 88 | 91 | 93 | 95 |
| 95 ที่ 3 | 87 | 92 | 95 | 97 |

2) การติดตาม: การป้องกันด้วย PrEP

ตัวชี้วัดที่ใช้ ระดับพื้นที่: ร้อยละ (ความครอบคลุม) ของการได้รับบริการ PrEP ในประชากรกลุ่มเสี่ยง สำหรับตัวชี้วัดนี้ เป็นการติดตามผลลัพธ์ของการให้บริการ PrEP ว่าสามารถทำให้ผู้รับบริการในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับบริการ PrEP เป็นจำนวนเท่าไร และสามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับบริการ (กินยา) PrEP ทั้งหมดได้มากน้อยเพียงใด โดยเทียบจำนวนผู้ที่ได้รับบริการ กับจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับบริการ (กินยา) PrEP ทั้งหมด

ระดับประเทศกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดนี้ไว้ที่ ร้อยละ 60 ในปีพ.ศ. 2568 และร้อยละ 90 ในปีพ.ศ. 2573 สำหรับระดับพื้นที่สามารถใช้ค่าเป้าหมายเดียวกับระดับประเทศได้ แต่การจะตัดสินใจว่าควรจะใช้ค่าดังกล่าวหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือผลการดำเนินงานของพื้นที่ ว่าค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดนั้น สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่หรือมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ทรัพยากรสนับสนุนให้ไปถึงเป้าหมายนั้น มากน้อยเพียงใด และมีความท้าทายอย่างไร ซึ่งจะต้องเปรียบเทียบค่าเป้าหมายกับข้อมูลพื้นฐานผลการดำเนินงานของพื้นที่ตนเองเป็นหลัก หากพื้นที่พิจารณาแล้วว่าควรจะกำหนดค่าเป้าหมายสำหรับพื้นที่เอง เช่น ในบางจังหวัดหรือเขตอาจจะเพิ่งเริ่มมีบริการ PrEP และจำนวนหน่วยบริการในพื้นที่ยังมีน้อย การตั้งค่าเป้าหมายโดยใช้ค่าเดียวกับระดับประเทศอาจจะท้าทายมากเกินไป ดังนั้น พื้นที่ที่มีบริบทหรือความท้าทายเช่นนี้ การตั้งค่าเป้าหมายแบบใดระดับขึ้นไปตามผลการดำเนินงานที่เป็นอยู่ น่าจะสอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่มากกว่า

อย่างไรก็ดี ในกรณีที่พื้นที่เพิ่งเริ่มมีการให้บริการ PrEP ช่วงเริ่มต้นจำนวนกลุ่มประชากรหลักยังมารับบริการน้อย การกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามการดำเนินงานระดับผลลัพธ์ (outcome) ที่เป็นความครอบคลุม (ร้อยละ) อาจจะไม่ชัดเจน ดังนั้น พื้นที่ที่สามารถกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายเป็นจำนวน (ราย) ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับบริการแทน ซึ่งจะทำให้แสดงผลการติดตามได้ชัดเจนกว่า ทั้งนี้ ในแผนการติดตามและประเมินผล การดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2564 – 2568 ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดนี้ อยู่ในระดับผลลัพธ์ (output)

วิธีคำนวณ: ความครอบคลุมของกลุ่มประชากรหลักที่จำเป็นต้องได้รับบริการ PrEP หรือ ร้อยละของการได้รับบริการ PrEP ในกลุ่มประชากรหลัก ดังนี้

ตัวตั้ง คือ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับบริการ PrEP X 100

ตัวหาร คือ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับบริการ PrEP ทั้งหมด

ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณ มีดังนี้

ตัวตั้ง: จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับบริการ PrEP (ราย)

แหล่งข้อมูล: ระบบรายงานข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP web report) หรือ เข้าถึงได้จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/>

ตัวหาร: การประมาณการขนาด จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับบริการ PrEP ทั้งหมด ซึ่งในระดับพื้นที่ ข้อมูลจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง สามารถใช้ข้อมูล คาดประมาณจำนวนประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง แต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งกองระบาดวิทยาและภาคีได้จัดทำ โดยมีข้อมูลรายจังหวัด

แหล่งข้อมูล: เว็บไซต์ AIDS Surveillance System (http://aidsboe.moph.go.th/aids_system) และสามารถเข้าถึงได้จาก <https://hivhub> ในหน้าการคาดประมาณกลุ่มประชากรหลัก ของกองระบาดวิทยาทั้งหมด size estimation)

- ในระดับพื้นที่ สามารถกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน PrEP เป็น จำนวน แทนค่าร้อยละได้ เนื่องจากไม่มีการคาดประมาณ ขนาดของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับบริการ PrEP
- และดูแนวโน้มจำนวนการเพิ่มขึ้นที่สอดคล้องกับการดำเนินงานบริการในพื้นที่

หมายเหตุ:

- ข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับบริการ PrEP ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรตามนโยบาย หรือ ตามแนวทางการให้บริการ PrEP ของประเทศ ซึ่งในปัจจุบัน ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), หญิงข้ามเพศ (TGW), ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (PWID), พนักงานบริการทางเพศ (Sex Workers: SW, FSW, MSW) คู่เพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดเป็นลบ (HIV serodiscordant partner)
- ผู้ที่ได้รับบริการ PrEP หมายถึง ผู้ที่มีผลเอชไอวีเป็นลบและได้กินยา PrEP เพื่อป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี

3) การติดตาม: การป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ใช้: ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในกลุ่มประชากรหลักและเยาวชนระดับพื้นที่จะคุ้นเคยกับการใช้ข้อมูลตัวชี้วัดนี้ในการติดตามการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และติดตามงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นอย่างดี ซึ่งในพื้นที่ที่มีการดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน (BSS) และเป็นพื้นที่ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยง (BBS) ในกลุ่มประชากรหลัก จะมีข้อมูลในการนำมาใช้ติดตามระดับผลลัพธ์ ในพื้นที่ได้รายละเอียดของเป้าหมาย รายการตัวชี้วัดที่ใช้และค่าเป้าหมายระดับประเทศ ได้กล่าวในหัวข้อเป้าหมายในระดับประเทศแล้ว ส่วนรายละเอียดวิธีการคำนวณ จึงขอละไว้ซึ่งสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากเอกสารที่เกี่ยวข้องที่กองระบาดเผยแพร่มาน website และช่องทางต่าง ๆ

วิธีการกำหนดค่าเป้าหมาย

พื้นที่สามารถพิจารณาตั้งค่าเป้าหมายได้เองตามข้อมูลพื้นฐาน และบริบทของพื้นที่ ซึ่งควรตั้งแบบไต่ระดับหรืออาจจะใช้ค่าเป้าหมายเช่นเดียวกับประเทศได้ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงการมีอยู่ของระบบข้อมูลในพื้นที่ด้วย ระบบข้อมูลที่นำมาใช้ในการติดตามเป้าหมายนี้ เช่น การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BBS) ในกลุ่มเยาวชนหรือในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งหากพื้นที่ไม่มีการสำรวจก็จะมีข้อมูลให้ใช้ในการติดตาม

4) การติดตาม: ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ใช้ ระดับพื้นที่ มีดังนี้

- ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพรายงานถึงทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
ค่าเป้าหมายระดับประเทศ ร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2567
- ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพกังวลว่าจะติดเชื้อระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
ค่าเป้าหมายระดับประเทศ ร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2567
- ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักมีการตีตราภายใน/การตีตราตนเอง
ค่าเป้าหมายระดับประเทศสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2568

แหล่งข้อมูล: ทั้ง 3 ตัวชี้วัด จากการสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (S&D survey) ในพื้นที่ 12 เขตและ กทม. ดำเนินการเป็นระบบเฝ้าระวังทุก 2 ปี

วิธีการกำหนดค่าเป้าหมาย

พื้นที่อาจตั้งค่าเป้าหมายเท่ากับระดับประเทศ ซึ่งค่าเป้าหมายได้กล่าวรายละเอียดไว้ในหัวข้อก่อนหน้านี้แล้ว หรือพื้นที่อาจตั้งค่าเป้าหมายแบบไต่ระดับตามผลการสำรวจสถานการณ์ S&D ดังกล่าวแล้ว

สำหรับตัวชี้วัดทั้งสามตัวใช้แหล่งข้อมูลจากการสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ

หมายเหตุ:

1. คำอธิบายและวิธีการคำนวณอยู่ในการวิเคราะห์การระบุช่องว่าง การตีตราและเลือกปฏิบัติ (7.6.1-7.6.3)
2. มีการกำหนดค่าเป้าหมายจำแนกตามแต่ละกลุ่มประชากร และอาจมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดในแต่ละระดับตามนโยบายหรือกลยุทธ์ที่มีการปรับปรุงตามกรอบการกำกับติดตามงานของประเทศในอนาคต ซึ่งในที่นี้ ค่าเป้าหมายส่วนใหญ่อ้างอิงตามแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568

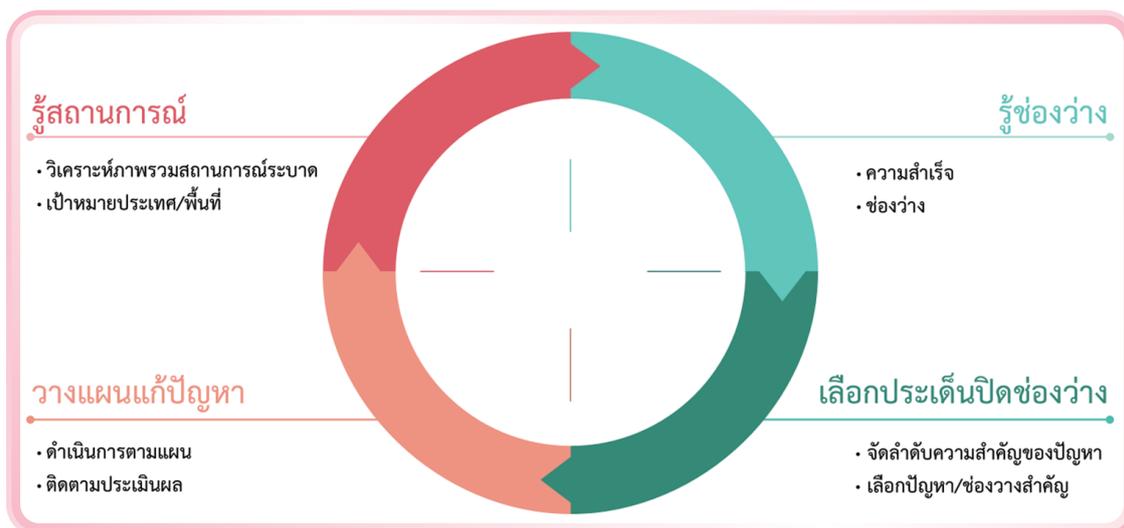
ตัวชี้วัดที่กล่าวมาในข้อ 1 – 4 เป็นตัวชี้วัดในระดับผลลัพธ์ที่สำคัญในการกำกับติดตามการยุติเอดส์สำหรับผลลัพธ์อื่นๆ หากพื้นที่มีสถานการณ์ประเด็นปัญหาที่บ่งชี้ช่องว่าง หรือมีการดำเนินงานอื่นๆ เฉพาะพื้นที่ที่จำเป็นต้องติดตามนอกเหนือจากการติดตามการดำเนินงานการให้บริการ RRTTPR ที่กล่าวมาแล้ว สามารถศึกษาตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายเพิ่มเติมได้จากแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568

7.

การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุช่องว่าง ในการดำเนินงานยุติเอดส์

การวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เป็นวงจรที่ควรเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในระหว่างการทำงานตามรูปที่ 7 เพื่อปรับปรุง พัฒนา และขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพจนบรรลุเป้าหมาย โดยวงจรดังกล่าวเริ่มจากวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นสถานการณ์ การดำเนินงานในภาพรวม ประเด็นปัญหา และช่องว่าง ซึ่งหากมีชุดข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงให้เห็นถึงสาเหตุหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องได้ ก็จะช่วยให้เห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น โดยเมื่อได้ประเด็นปัญหาและช่องว่างแล้ว ก็สามารถเลือกประเด็นที่สำคัญที่สุดตามลำดับ และนำไปจัดทำแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปิดช่องว่าง (gap)

รูปที่ 7 วงจรการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์



แนวทางวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ต่างๆ มีแนวคิดที่สำคัญคือ เป็นการนำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างครอบคลุมทุกประเด็นและมองอย่างรอบด้าน (วิเคราะห์ข้อมูลจากทุกระบบเป็นเสมือนกระดาดขาด) แล้วจึงนำมาพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ และสรุปเฉพาะชุดข้อมูลที่สำคัญ เพื่อแสดงให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ปัจจุบันว่าเราอยู่ตรงไหน รวมทั้งการระบุขาดปัญหา ช่องว่าง และนำประเด็นปัญหาที่พบมาวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงข้อมูลสนับสนุนในการสรุปประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของประเด็นและช่องว่างนั้น ๆ รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดช่องว่าง ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามเป้าหมายการยุติเอดส์ (ลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิต และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ) โดยมีแนวทางการวิเคราะห์ ดังนี้

7.1 การวิเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (current epidemic status)

การวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์ฯ ณ ปัจจุบันควรจะประกอบด้วยการวิเคราะห์ชุดข้อมูลต่อไปนี้

7.1.1 ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ของประเทศไทย (Spectrum-AEM) ทำให้เห็นภาพสถานการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน ดังนี้

- 1) สถานการณ์ในภาพรวมการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ ณ ปัจจุบันของพื้นที่ (เขต หรือจังหวัด) ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ (PLHIV) จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (new infection) และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี (death) ณ ปัจจุบัน และแนวโน้ม อดีต ปัจจุบัน และอนาคต เพื่อดูว่ามีแนวโน้มมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลง ช่วงไหน อย่างไร
- 2) การติดเชื้อรายใหม่ (new infection) เกิดขึ้นที่ไหนกับใครมากที่สุด เพื่อชี้ให้เห็นพื้นที่ปัญหา (จำแนกรายจังหวัด) และกลุ่มเป้าหมาย (พฤติกรรมเสี่ยง/กลุ่มประชากร เพศ กลุ่มอายุ)

7.1.2 วิเคราะห์อัตราความชุกและอุบัติการณ์จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังต่างๆ เพื่อให้เห็นความรุนแรงและทิศทางของการระบาด ซึ่งส่งผลต่อสถานการณ์การติดเชื้อในกลุ่มประชากรสำคัญต่างๆ ว่ามีแนวโน้มเป็นอย่างไร โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังจากกองระบาดวิทยา เช่น

- 1) แนวโน้มความชุกการติดเชื้อและพฤติกรรมเสี่ยงการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรหลัก (จังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวัง: BBS)
- 2) แนวโน้มอัตราการใช้อุปกรณ์อนามัย ในกลุ่มเยาวชน (BSS) และ อัตราป่วย SY, GC ในกลุ่มเยาวชน (รง 506)
- 3) แนวโน้มอัตรา จำนวน การติดเชื้อฯ ในเด็กแรกเกิด (vertical transmission rate - PMTCT) จาก โปรแกรม PHIMS และอัตราการติดเชื้อฯ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย (young ANC) จากระบบเฝ้าระวัง HSS

7.1.3 ผลสำเร็จของการได้รับบริการดูแลรักษา (95-95-95) และบริการป้องกัน (PrEP)

เนื่องจากการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 95-95-95 เป็นกุญแจหลักที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายยุติเอดส์ จึงควรวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลให้เห็นถึงสถานการณ์ในส่วนนี้ ในภาพรวมระดับเขตและพื้นที่ที่สำคัญ (ดูรายละเอียดในเชิงลึกในหัวข้อ 7.3.2 – 7.3.3)

7.2 หลักการวิเคราะห์ขนาดปัญหา ช่องว่าง การดำเนินงานตามเป้าหมายยุติเอดส์

หลักการสำคัญของการวิเคราะห์หาช่องว่างการดำเนินงานตามเป้าหมายยุติเอดส์ คือ

- ต้องรู้ว่า เป้าหมายคืออะไร และรู้ว่า การติดตามเป้าหมายใช้ตัวชี้วัดอะไร และค่าเป้าหมายเท่าไร
- รู้ว่าจะวัดด้วยระบบข้อมูลใดและแหล่งข้อมูลที่ใช้มาจากไหน พื้นที่มีข้อมูลที่จะใช้กำหนดค่าเป้าหมาย และใช้ในการติดตามหรือไม่

- ในกรณีของเป้าหมายในระดับผลกระทบ (ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ และลดการเสียชีวิต) พื้นที่มักจะไม่มีข้อมูลที่สามารถกำหนดและวัดค่าเป้าหมายได้โดยตรง หากพื้นที่มีข้อจำกัดนี้ให้ใช้ข้อมูลอื่นเทียบเคียงแทน เช่น ข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลถึงเป้าหมาย หรือสัญญาณเตือนที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายระดับผลกระทบ วิธีการวิเคราะห์ระบุขนาดช่องว่างของประเด็นปัญหา โดยการเปรียบเทียบค่าที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน (current status) กับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ค่าเป้าหมายลบ กับ ค่า ณ ปัจจุบัน หรืออาจจะเปรียบเทียบค่า ณ ปัจจุบัน กับค่าเฉลี่ยของประเทศหรือค่าเฉลี่ยของระดับเขต เป็นต้น
- รู้ว่าประเด็นปัญหา อยู่ที่ไหน (กลุ่มประชากร กลุ่มอายุ พื้นที่) รู้สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับเป้าหมาย
 - กลุ่มประชากร: จำแนกข้อมูลกลุ่มประชากรหลัก หรือกลุ่มเปราะบางต่อการติดเชื้อ เช่น กลุ่มที่มีคู่นอนเลือดต่าง (serodiscordant couples)
 - กลุ่มอายุ: จำแนกข้อมูลตามกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางต่อการเกิดการติดเชื้อรายใหม่ เช่น กลุ่มอายุน้อย และควรกำหนดพิสัย (range) เป็น 15 - 19 และ 20 - 24 ปี หรือ 15 - 24 ปี (ถ้ากำหนดพิสัยไว้ถี่ หากต้องการรวมกลุ่มอายุก็จะทำได้ง่าย แต่ถ้ากำหนดพิสัยไว้กว้าง ก็จะแยกแบบละเอียดที่หลังได้ยากกว่า ทั้งนี้ การกำหนด กลุ่มอายุ (range) จึงเหมาะสมขึ้นอยู่กับประเด็นปัญหาและข้อมูลที่ปรากฏ)
 - พื้นที่ปัญหา: จำแนกข้อมูลตามพื้นที่ ได้แก่ ระดับเขตจำแนกเป็นรายจังหวัด และระดับจังหวัดจำแนกข้อมูลเป็นรายอำเภอและรายโรง พยาบาล เพื่อทราบปัญหาเกิดที่พื้นที่ใด
 - ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือประเด็นที่เชื่อมโยง กับเป้าหมายการดำเนินงานหรือเป้าหมายการติดตามงาน ข้อมูลส่วนนี้ เช่น ข้อมูลที่สนับสนุนประเด็นปัญหา หรือข้อมูลที่ทำให้เห็น สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ซึ่งทำให้เห็นช่องว่างการดำเนินงาน และช่วยทำให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยง ตั้งแต่ประเด็นปัญหา ขนาดปัญหา ช่องว่างการดำเนินงาน และสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วน และชัดเจนมากขึ้น ซึ่งแนวทางการวิเคราะห์ดังกล่าว จะเป็นไปตาม

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นเสมือนแผนที่นำทางให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างรอบด้าน และเชื่อมโยงความเป็นเหตุและผลเป็นระบบ ทำให้ทราบประเด็นปัญหา ขนาด ช่องว่าง และเชื่อมโยงไปถึง สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง ได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลตาม logic model ของการดำเนินงาน จะใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากทุกแหล่ง ตั้งแต่ข้อมูลคาดประมาณ ข้อมูลเฝ้าระวัง ข้อมูลการดำเนินงาน และประสบการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมามาประกอบการวิเคราะห์เพื่อติดตามการดำเนินงานตั้งแต่ระดับผลกระทบ และที่เชื่อมโยงไปถึงเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์ส่งผลต่อเป้าประสงค์ รวมถึงการดำเนินงานที่ส่งผลกับผลลัพธ์เป็นลำดับ การมีกรอบแนวคิดตามการดำเนินงาน logic model จึงมีความสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิดในการนำข้อมูลมาใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

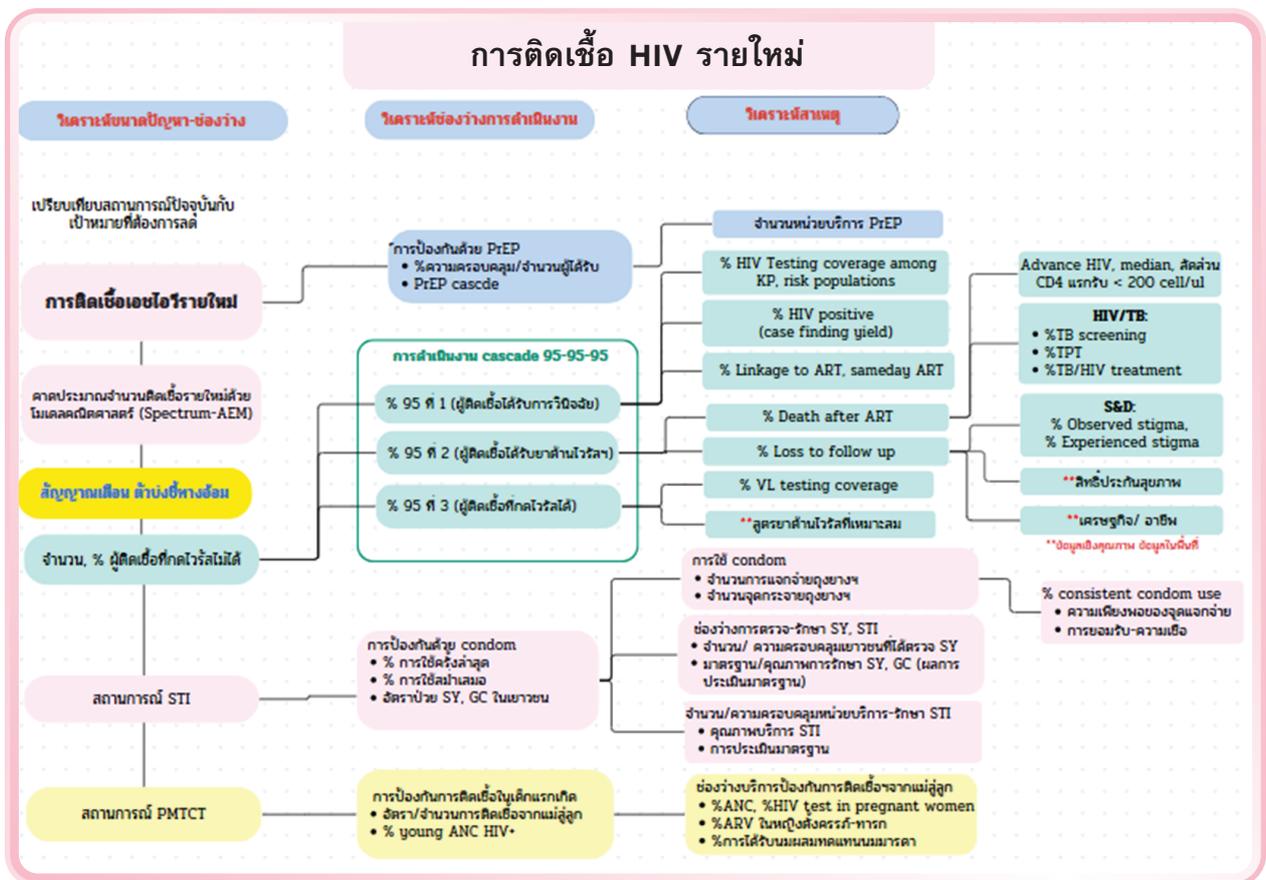
การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำให้รู้ว่า ประเด็นปัญหานั้นคืออะไร ขนาดมากน้อยเท่าใด แนวโน้มเป็นอย่างไร มีมากพื้นที่ไหน ใครเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ยังมีช่องว่างของการดำเนินงานหรือบริการใด เพื่อนำข้อมูลหรือผลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนลงทุน แก้ปัญหาได้ถูกต้อง ตรงจุด อาจพบประเด็นปัญหาและช่องว่างการดำเนินงานหลายเรื่อง ควรมีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือช่องว่างที่ต้องทำก่อนหลัง เลือกประเด็นปัญหา เลือกพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย ตามหลักการดำเนินงานอย่างชาญฉลาดเลือกที่ทำน้อยได้ผลมาก ทำ 20 ได้ 80

กรอบการวิเคราะห์ ที่จะกล่าวต่อไปในหัวข้อที่ 7.3 - 7.6

7.3 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่างการติดเชื้อรายใหม่ (New Infection)

การลดการติดเชื้อรายใหม่ เป็นเป้าหมายในระดับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งในระบบข้อมูลเอดส์ที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และเชื่อมโยงให้เห็นตั้งแต่ขนาดปัญหา ช่องว่างในการดำเนินงาน ปัจจัยเสี่ยงหรือสัญญาณเตือนต่างๆ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อมูลสนับสนุนถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อเป้าหมาย ซึ่งกรอบการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชี้ช่องว่าง ขนาดปัญหา และชุดข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับเป้าหมายการลดการติดเชื้อรายใหม่ มีกรอบแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล (รูปที่ 8) ดังนี้

รูปที่ 8 กรอบการวิเคราะห์ขนาดปัญหา ช่องว่างการติดเชื้อรายใหม่ (New Infection)



7.3.1 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ ด้วยข้อมูลจากการคาดประมาณฯ

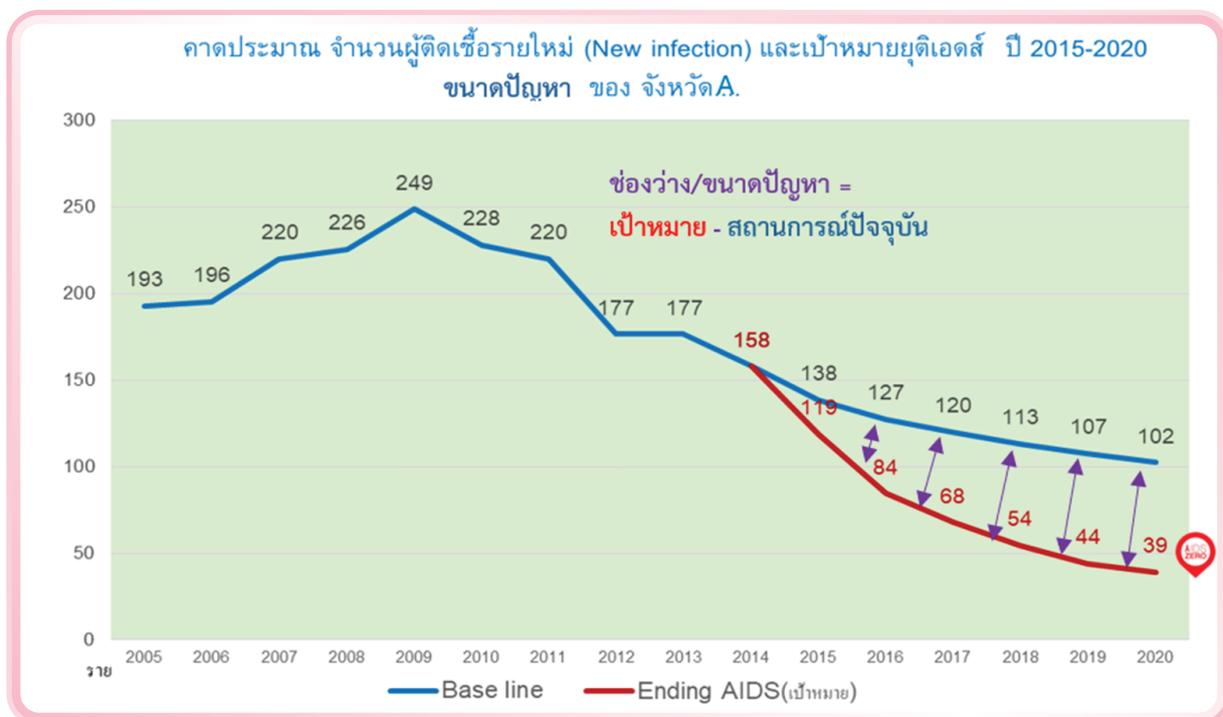
การวิเคราะห์เพื่อทราบขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ จะวัดจากเป้าหมายระดับผลกระทบ ที่กำหนดตัวชี้วัดเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ลดลง ในพื้นที่ที่มีชุดข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Spectrum-AEM) วิเคราะห์ขนาดปัญหาสามารถทำได้โดยการเปรียบเทียบหรือหาส่วนต่างของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่มีอยู่กับค่าเป้าหมายโดยตรง โดยใช้ข้อมูลจากการคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จากฉากทัศน์แบบการดำเนินงานปกติ (baseline) กับจำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ที่กำหนดไว้ให้ลดลง ในปีเดียวกัน (รายละเอียดวิธีการตั้งค่าเป้าหมายมี 2 วิธี ได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อที่ 6) ผลต่างระหว่างค่าเป้าหมายกับสถานการณ์จริงปัจจุบัน ทำให้รู้ว่าอยู่ห่างจากเป้าหมายที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด ยังต้องลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่อีกกี่คนถึงจะบรรลุตามเป้าหมาย ผลต่างจำนวนราย คือ ขนาดปัญหา ที่เป็นความท้าทายในการที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง หรืออีกนัยหนึ่งคือ ความท้าทายในการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่ขึ้น ดังแสดงตัวอย่างในตารางที่ 4 และรูปที่ 9

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ผลลัพธ์สะสมระหว่างปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ถึง 2020 (พ.ศ. 2563) ของการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่จากการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยแบบจำลองคณิตศาสตร์

| การดำเนินงาน | ปีปัจจุบัน | ผลสำเร็จของการลดหรือป้องกันการเกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่ | | | | | |
|---|------------|--|------|------|------|------|------|
| | ปี 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| การดำเนินงานในปัจจุบัน | 158 | 138 | 127 | 120 | 113 | 107 | 102 |
| การดำเนินงานเร่งรัดยุติเอ็ดส์ | 158 | 119 | 84 | 68 | 54 | 44 | 39 |
| ความต่าง | 0 | 19 | 43 | 52 | 59 | 63 | 63 |
| ผลรวมจำนวนที่ลดลงได้สำเร็จ หรือป้องกันได้ | | | | | | | 299 |

ตามตารางที่ 4 เป็นวิธีการคิดผลรวมของขนาดปัญหาในช่วงเวลา 6 ปี โดยรวมจากผลต่างสะสมจากรายปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) จนถึงปีเป้าหมายสุดท้าย ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) ขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ของพื้นที่ A คือ ถ้าจะบรรลุเป้าหมาย ต้องทำให้ผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงอีก 229 ราย ภายใน 6 ปีข้างหน้า หรือต้องป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นอย่างน้อย 229 ราย

รูปที่ 9 ขนาดปัญหาจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จากค่าคาดประมาณและเป้าหมายยุติเอ็ดส์ ปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) – 2020 (พ.ศ. 2563) ของจังหวัด A



ตัวอย่าง การเสนอผลวิเคราะห์ขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ ตามแผนภูมิในรูปที่ 9 ที่แสดงถึงขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ในพื้นที่ A ที่มีการตั้งเป้าหมายระยะยาวในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) ที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงเหลือ 39 ราย ความหมาย คือ ถ้าต้องการจะบรรลุเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จาก 138 ราย ในปี 2015 (พ.ศ. 2558) ลงเหลือ 39 ราย ภายในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) ต้องป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นอย่างน้อย 229 ราย จึงจะบรรลุเป้าหมายได้สำเร็จตามที่กำหนด ซึ่งขนาดปัญหาจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละปี มากน้อยแปรตามตัวเลขผลต่าง

นอกจากจะใช้ในการนำเสนอให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เห็นขนาดปัญหา และความท้าทายว่าแต่ละปี ต้องมีการป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมากน้อยเท่าไรแล้ว ยังใช้ประโยชน์ของข้อมูลตัวเลขจำนวนสะสมที่ป้องกันการติดเชื้อได้ ในการชักชวนให้พื้นที่ได้ใช้แผนงานแบบเร่งรัดยุติแอดส์โดยใช้มาตรการกลยุทธ์ ตามนโยบายของประเทศ เช่น PrEP การเร่งรัดบรรลุเป้าหมาย 95-95-95 เป็นต้น เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ให้สำเร็จตามเวลาด้วย

แนวทางการวิเคราะห์และแปลความข้อมูล เพื่อชี้ให้เห็นขนาดปัญหาในพื้นที่ มีดังนี้

- วิเคราะห์ภาพรวมขนาดปัญหาว่าห่างกันเท่าใด ดังตัวอย่าง ตามตารางที่ 4 และแผนภูมิรูปที่ 9 ขนาดปัญหามากน้อยแปลตามค่าผลต่าง (ค่าผลลบ)
- จำแนกพื้นที่รายจังหวัดเพื่อชี้ให้เห็นขนาดปัญหาในพื้นที่อยู่ในจังหวัดใดมากที่สุด จังหวัดใดมีช่องว่างจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ห่างจากเป้าหมายมากที่สุด เพื่อบอกความสำคัญของพื้นที่ ที่กระทบต่อขนาดปัญหาในภาพรวม เพื่อวางแผนการใช้ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหา
- ถ้าขนาดปัญหายังมีมาก แสดงว่าบริการและการดำเนินงานดังกล่าวในปัจจุบันยังมีบางโครงการกิจกรรมใดที่ยังขาดประสิทธิภาพ
- ขนาดปัญหา ที่เกิดขึ้นแสดงถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการจัดบริการตั้งแต่การทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยโดยเร็วจนถึงการได้รับการรักษาจนกดไวรัสได้นั้นมีมากน้อยเพียงใด (95 -95-95) การป้องกันโดยการใช้ PrEP การใช้ถุงยางอนามัย ตลอดจนการป้องกันเมื่อแรกเกิด ว่ายังมีช่องว่างของการดำเนินงานอย่างไร
- วิเคราะห์ข้อมูลต่อเพิ่มเติม
 - ข้อมูลที่แสดงการสนับสนุนปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ หรือข้อมูล สถานการณ์ที่เป็นสัญญาณเตือนบ่งชี้ทางอ้อม รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ
 - วิเคราะห์ช่องว่างที่เชื่อมโยงกับขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ ดังกล่าว ได้แก่ 95-95-95 การป้องกันโดยการใช้ PrEP การใช้ถุงยางอนามัย ตลอดจนการป้องกันเมื่อแรกเกิด เพื่อให้ทราบแนวทางการแก้ไขปัญหาปิดช่องว่างได้ชัดเจนขึ้น ตามกรอบแนวทางในรูปที่ 8 ดังจะกล่าวต่อไป

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- การคาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์นี้จะมีปรับปรุงทุก 3-5 ปี เพื่อทำนายหรือคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ขนาดปัญหาจะมีการเปลี่ยนแปลงตามการคาดประมาณ
- ถ้าไม่มีการคาดประมาณค่าเป้าหมายจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉพาะของพื้นที่ไว้ ให้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะเทียบสัดส่วนจากการคาดประมาณระดับประเทศ จากการคาดประมาณด้วย Spectrum AEM model ตามหัวข้อที่ 6 การตั้งค่าเป้าหมาย

7.3.2 การวิเคราะห์ขนาดปัญหา ช่องว่างการติดเชื้อรายใหม่ ด้วยชุดข้อมูลที่แสดงโอกาสเสี่ยง หรือสัญญาณเตือน (ตัวบ่งชี้ทางอ้อม)

หากพื้นที่ไม่มีการตั้งค่าเป้าหมายจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่โดยตรง การชี้ช่องว่างและขนาดปัญหาอาจใช้ข้อมูลจากการติดตามสถานการณ์ การดำเนินงานที่แสดงถึงโอกาสเสี่ยง และสัญญาณเตือน (ตัวบ่งชี้ทางอ้อม) ที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อรายใหม่ ดังนี้

1) ผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสไม่สำเร็จ (unsuppressed VL)

ดังที่ทราบว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในสูตรที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษาเอชไอวีของประเทศ สามารถควบคุมไวรัสได้สำเร็จจนถึงระดับวัดไม่ได้ (undetectable) ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ (U=U) ไม่ให้เกิดการกระจายเชื้อต่อไปได้ หากพื้นที่ยังมีผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ หรือได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แล้วแต่ยังกดไวรัสไม่ได้ จะมีโอกาสเกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่ขึ้น ซึ่งสถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่จะมากขึ้นขึ้นอยู่กับขนาดของจำนวนผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสไม่ได้ หรือไม่สำเร็จด้วยว่ามีจำนวนมากน้อยเพียงใด ที่จะส่งกระทบต่อผลการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายลดการติดเชื้อรายใหม่

จากที่กล่าวข้างต้น ข้อมูล ผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสไม่สำเร็จ (unsuppressed VL) จึงถือได้ว่าเป็นสัญญาณเตือน หรือเป็นเสมือนตัวบ่งชี้ทางอ้อม (Proxy indicator) ที่สำคัญที่สะท้อนได้ถึงโอกาสการติดเชื้อรายใหม่สามารถใช้เทียบเคียงกับโอกาสเกิดการติดเชื้อรายใหม่ได้ใกล้เคียงมากที่สุด เมื่อเทียบกับข้อมูลสัญญาณเตือนตัวอื่น การทราบถึงขนาดปัญหา หรือทราบจำนวนและแนวโน้มของผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสไม่สำเร็จว่ามีมากน้อยเท่าใด จะช่วยในการคาดการณ์ สถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่ในอนาคตได้ระดับหนึ่ง

ในกรณีพื้นที่ที่ไม่มีการตั้งเป้าหมายจากข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ แต่ต้องการทราบขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่ผ่านมาในเบื้องต้นได้ โดยใช้ข้อมูล ผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสไม่สำเร็จ เพื่อดูขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ทางอ้อมได้

นอกจากนั้น การรู้ขนาดปัญหาจากชุดข้อมูลนี้ จะช่วยสอบถามและยืนยันความสอดคล้องของขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ จากการวิเคราะห์ด้วยข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วยว่าแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับขนาดปัญหาจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่หรือไม่ ขนาดปัญหานี้แสดงด้วยค่า จำนวนหรือร้อยละของผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสไม่สำเร็จ โดยใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่ง และวิธีการคำนวณ ดังนี้

ข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสได้สำเร็จ (แหล่งข้อมูลจาก NAP, HIV info Hub) และข้อมูลคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตทั้งหมด จากการคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM model (รวมจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาแล้วกดไวรัสได้สำเร็จ + ผู้ที่รักษาแล้วแต่กดไวรัสยังไม่ได้ + ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการ) ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดนี้ เสมือนเป็นเป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อกดไวรัสให้ได้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อทุกคน **ลบด้วย** จำนวนผู้ติดเชื้อที่กดไวรัสได้สำเร็จ (แหล่งข้อมูลจาก NAP, HIV info Hub) **ส่วนต่างที่ได้** คือ ขนาดของปัญหา หรือช่องว่าง ความท้าทายที่ต้องเร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาและกดไวรัสให้สำเร็จ เพื่อจะปิดโอกาสหรือลดช่องว่างของการติดเชื้อรายใหม่

ขนาดช่องว่าง (จำนวน) = คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ - จำนวนผู้ติดเชื้อที่ก่ดไวรัสสำเร็จ
ขนาดช่องว่าง (ร้อยละ) =

$$(1) \frac{(\text{จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จากการคาดประมาณ} - \text{จำนวนผู้ติดเชื้อที่ก่ดไวรัสได้สำเร็จ}) \times 100}{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จากการคาดประมาณ}}$$

(2) 100% - ผลที่ได้จาก (1)

แนวทางการวิเคราะห์และแปลความข้อมูล

- วิเคราะห์ขนาดปัญหาจากข้อมูลจำนวน ร้อยละของจำนวนของผู้ติดเชื้อที่ก่ดไวรัสไม่ได้ ในภาพรวมของพื้นที่ ณ ปัจจุบัน
- วิเคราะห์แนวโน้มของขนาดปัญหาที่ผ่านมา ได้แก่ จำนวน/ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ก่ดไวรัสไม่ได้ ในภาพรวมพื้นที่ เพื่อเทียบเคียงกับแนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ผ่านมา พิจารณาความสอดคล้องของสถานการณ์ปัญหาว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่
- จำแนกพื้นที่ เพื่อค้นหาพื้นที่/จังหวัดใดมีช่องว่างขนาดปัญหามากที่สุด เพื่อเลือกพื้นที่เร่งรัด (priority area) สำหรับการดำเนินงานแก้ปัญหา ปิดช่องว่าง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ขนาดปัญหามากหรือน้อย แปรตรงตามค่าตัวเลข จำนวนผลต่าง (ผลลบ) หรือค่าร้อยละ ถ้าขนาดปัญหายังมากแสดงถึงการดำเนินงานในปัจจุบัน ตามกลยุทธ์ มาตรการ โครงการที่ดำเนินงานยังขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และสามารถก่ดไวรัสลงได้ ตั้งแต่การเข้าถึง และทำให้ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยเร็ว จนถึงได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และก่ดไวรัสได้สำเร็จตามมาตรการ 95-95-95
- การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม ถึงช่องว่างการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลกับขนาดปัญหา **จำนวนผู้ติดเชื้อที่ก่ดไวรัสไม่สำเร็จ** และเชื่อมโยงต่อเนื่องถึงการเกิดการติดเชื้อรายใหม่ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วน ผลสำเร็จและช่องว่างการดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 ตามกรอบแนวทางการวิเคราะห์ดังแสดงในรูปที่ 8 เพื่อวิเคราะห์ว่ายังมีช่องว่างประเด็นใดที่ต้องแก้ไขพัฒนา และเนื่องจากมีรายละเอียดมากจึงแยกกล่าวในหัวข้อหัวข้อ 7.5

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- ✓ การวิเคราะห์ขนาดปัญหาด้วยการใช้ค่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่ก่ดไวรัสไม่ได้วิธีนี้ เป็นการหาค่าขนาดปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาปัจจุบัน และที่ผ่านมา
- ✓ ข้อมูลที่นำมาใช้ ให้พิจารณาร่วมกับความครอบคลุมของการได้ตรวจ viral load (VL) ตามแนวทางการดูแลรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสฯ ด้วยผู้ที่กินยาต้านไวรัสฯ เกิน 6 เดือน ควรได้รับการตรวจ VL อย่างน้อยปีละครั้ง หากความครอบคลุมยังต่ำกว่า 70% ข้อมูลผลการก่ดไวรัสอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีในเรื่องการก่ดไวรัสในคนที่กินยาต้านไวรัสฯ ทั้งหมด และอาจไม่สามารถนำผลมาใช้อ้างอิง
- ✓ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ก่ดไวรัสได้สำเร็จ ควรใช้ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจปริมาณ ไวรัสฯ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ✓ พิจารณาคุณภาพของการบันทึกข้อมูลการตรวจ VL และการลงผลด้วย จากข้อมูลเชิงคุณภาพ หากพบมีความล่าช้า ในการบันทึกข้อมูล มีผลต่อผลการวิเคราะห์ข้อมูลชุดนี้ และหากมีประเด็นปัญหา ควรเร่งรัดเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลที่ถูกต้อง

2) สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Syphilis, Gonorrhea) ในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อย

การติดเชื้อและป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะซิฟิลิส (Syphilis: SY) และหนองใน (Gonorrhea: GC) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยเฉพาะซิฟิลิส ผู้ที่เคยป่วยด้วย SY มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนทั่วไป 2-5 เท่า ซึ่งหากมีแนวโน้มสถานการณ์การระบาดของ SY, GC สูง โอกาสเสี่ยงการเกิดการระบาดของเอชไอวีในอนาคตก็มีโอกาสสูงขึ้นด้วย ถือได้ว่าเป็นตัวบ่งชี้ (proxy indicator) หรือสัญญาณเตือนที่สำคัญอีกตัวหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การวิเคราะห์ให้เห็นสถานการณ์การระบาดของ SY, GC แสดงถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดสถานการณ์ การติดเชื้อรายใหม่ในอนาคต และที่สำคัญ คือการนำไปสู่การวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานการรักษาและควบคุมโรค SY, GC การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ต่อไปด้วย

แนวทางการวิเคราะห์ และแปลความข้อมูล

- ขนาดปัญหา โดย
 - เปรียบเทียบอัตราป่วยภาพรวมพื้นที่ ณ ปัจจุบัน กับเป้าหมายของประเทศ ในการลดอัตราป่วย ทั้งสองโรคให้ น้อยกว่า 1 ต่อประชากรแสนรายภายในปี พ.ศ. 2573 หรือ
 - เทียบค่าเฉลี่ยประเทศ
- แนวโน้มอัตราป่วย SY และ GC ต่อประชากรแสนราย
- จำแนกเพศ และกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี หรือ 15 – 20 และ 20 – 24 ปี
- จำแนกรายพื้นที่ กลุ่มอายุ ดูแนวโน้มสถานการณ์ของจังหวัด/เขตที่พบการเพิ่มขึ้นการติดเชื้อ SY หรือ GC ว่าพื้นที่ใดมีขนาดปัญหามาก สถานการณ์รุนแรง เพื่อคัดเลือกจัดลำดับพื้นที่และกลุ่มประชากร มาใช้วางแผนดำเนินการ
- การวิเคราะห์เทียบเคียงกับข้อมูลแนวโน้มความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน (positive rate จาก NAP) เพื่อพิจารณาความสอดคล้อง และเฝ้าระวังสถานการณ์ที่จะมีผลต่อการเกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่
- หากอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ SY, GC อยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายดังกล่าว หรือมีแนวโน้มสูงขึ้น หมายถึงการดำเนินงานโปรแกรมยังไม่มีประสิทธิผล ต้องการแก้ไขพัฒนา เช่น การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย (condom promotion) ยังไม่ครอบคลุม การใช้ถุงยางอนามัยยังต่ำ หรืองานบริการรักษาโรคยังไม่ดีพอ ไม่มีคุณภาพและไม่ได้ตามมาตรฐานรักษาไม่ครบ ต้อยา หรือการดำเนินงานในโปรแกรม RRTTPR โดยเฉพาะในส่วนของ การเข้าถึง Reach, Test (screening SY) ซึ่งต้องนำข้อมูลที่มีอยู่ในพื้นที่มาวิเคราะห์เพิ่ม
- วิเคราะห์เพิ่มเติม ถึงช่องว่างการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่เป็นสัญญาณเตือน ตามกรอบการวิเคราะห์ ดังแสดงในรูปที่ 8

¹Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng HY, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect. 2021 Nov;97(7):525-533. doi: 10.1136/sextrans-2020-054706. Epub 2020 Nov 20. PMID: 33219164; PMCID: PMC8543214.

- ความครอบคลุมของการได้รับการตรวจคัดกรอง SY ในกลุ่มเยาวชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยให้พบ และส่งต่อไปรับการรักษา
- จำนวนและความครอบคลุมของสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน STIs ว่ามีบริการที่เพียงพอ และมีคุณภาพในการรักษาให้หายขาดได้ตามมาตรฐานเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อต่อไป
- อัตราการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งได้จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมฯ (BSS) ในกลุ่มนักเรียน และในกลุ่ม KPs อายุน้อย ทั้งเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้าย (last sex) และความสม่ำเสมอของการใช้ถุงยางอนามัย (consistent condom use) ที่จะต้องนำมาพิจารณาร่วมด้วย
- การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย เช่น การกระจายถุงยางอนามัย: จำนวนจุดกระจาย และมีความสะดวกในการเข้าถึงหรือไม่ ความเพียงพอของถุงยางอนามัย: เคยมีการขาด stock หรือไม่ ขนาดถุงยางอนามัย: สอดคล้องกับความต้องการใช้ของกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ (อาจใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการติดตามประกอบ)

3) สถานการณ์การติดเชื้อในเด็กเด็กแรกเกิด (HIV Vertical Transmission) และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุน้อย

ข้อมูลจำนวนเด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อ และอัตราการการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เป็นตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงมีผู้ติดเชื้อรายใหม่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน หากมีจำนวนผู้ติดเชื้อเมื่อแรกเกิดมาก จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ก็ย่อมมากขึ้นตามด้วย ข้อมูลนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาการติดเชื้อรายใหม่ พื้นที่ควรให้ความสำคัญในการวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์แนวโน้มข้อมูลชุดนี้รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเมื่อแรกเกิด โดยเฉพาะความชุกการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย ดังจะกล่าวต่อไปด้วย เพื่อใช้เป็น**สัญญาณเตือน**ในการเทียบเคียงกับขนาดปัญหาการติดเชื้อรายใหม่

วิธีการหาค่าอัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด หรือ อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (HIV Vertical Transmission rate หรือ mother-to-child HIV transmission rate) โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน PHIMs กรมอนามัย

$$\frac{\text{จำนวนทารกแรกเกิดที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกในปีที่รายงาน} \times 100}{\text{จำนวนทารกที่เกิดจากการติดเชื้อที่ได้รับการตรวจเอชไอวี ในช่วงเวลาที่รายงาน}}$$

แนวทางการวิเคราะห์และแปลความข้อมูล

- วิเคราะห์ขนาดปัญหา อัตราการติดเชื้อการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกภาพรวมของพื้นที่ โดย
 - เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายของประเทศ หรือ ค่าเฉลี่ยของประเทศ
 - แนวโน้ม
 - จำแนกพื้นที่
- พิจารณาเทียบสถานการณ์ แนวโน้มอัตราการติดเชื้อในเด็กแรกเกิดกับสถานการณ์ แนวโน้มความชุกของการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย เพื่อพิจารณาทิศทางความสอดคล้อง การติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยๆ มีโอกาสสูงที่จะเป็นการติดเชื้อรายใหม่) ข้อมูลนี้เป็น**สัญญาณเตือน**และตัวบ่งชี้เช่นกันจากระบบเฝ้าระวัง การสำรวจการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ (HSS) ในกลุ่มอายุน้อย (15 - 24 ปี)

- การวิเคราะห์สถานการณ์ขนาดปัญหา **ความชุกของการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย** โดย
 - เปรียบเทียบข้อมูล ณ ปี ปัจจุบันกับค่าประเทศ
 - วิเคราะห์แนวโน้ม
 - จำแนกพื้นที่
- จำนวนเด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อมีมากขึ้น แสดงว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในพื้นที่ เพิ่มขึ้นตามจำนวนเด็กแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น และหากมีแนวโน้มของสถานการณ์การถ่ายทอดเชื้อเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น โดยมีแนวโน้มอัตราการติดเชื้อในเด็กแรกเกิด จำนวนเด็กติดเชื้อเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น และแนวโน้มการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้น เป็นสัญญาณเตือนว่าภาพรวมสถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่ อาจจะมากขึ้นด้วย และแสดงว่าการดำเนินงานโปรแกรม PMTCT ยังดีไม่พอ ยังมีช่องว่างในการดำเนินงาน ที่ควรวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม หากมีข้อมูลใดข้อมูลหนึ่งสูงขึ้น ต้องเฝ้าติดตามสัญญาณเตือนทั้งสองอย่างใกล้ชิด รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานอื่นที่เกี่ยวข้องสนับสนุนเพิ่มเติม
- **วิเคราะห์เพิ่มเติม ประเด็น ช่องว่างการดำเนินงาน (PMTCT) ที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเมื่อแรกเกิด ที่เป็นสัญญาณเตือนการติดเชื้อรายใหม่** โดย
 - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ ที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ หรือมาฝากครรภ์ช้า
 - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจเอชไอวี และผล positive
 - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านไวรัส รวมถึงสูตรยาที่เหมาะสมตามแนวทางการดูแลรักษาของประเทศ
 - ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อที่ไม่ได้ยาต้านไวรัส หรือไม่ได้รับนมผสมสนับสนุน
 - ร้อยละเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อได้ตรวจเอชไอวี และไม่ตรวจเอชไอวี

ผลวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้เพื่อนำมาพิจารณาร่วมกัน เช่น พบว่ายังมีช่องว่างของการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อมาก ผลอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ที่คำนวณได้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงได้ จึงควรวิเคราะห์ต่อถึงประวัติการฝากครรภ์ (ว่ามีแม่ผู้ติดเชื้อที่ no ANC หรือไม่) และวิเคราะห์ความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัสฯ ของแม่ขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการได้ยาต้านไวรัสฯ ของเด็กเมื่อแรกเกิดด้วย ถ้าแม่ไม่มีการฝากครรภ์ และ/หรือไม่ได้รับยาต้านไวรัสฯ ขณะตั้งครรภ์ คลอด และลูกไม่ได้รับยาต้านไวรัสฯ เมื่อแรกเกิด และ/หรือไม่ได้รับนมผสมทดแทนนมมารดา จะทำนายได้ว่าเด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวี และมีผลให้อัตราการติดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกสูงขึ้นได้อีก

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- ✓ การวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อเมื่อแรกเกิดของ**ประเทศ**จะใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Spectrum) คาดประมาณปีละครั้ง โดยใช้ข้อมูลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในทารก การได้รับยาต้านไวรัสของมารดาและทารกมาใช้ในการคาดประมาณ แต่ใน**ระดับพื้นที่** สามารถใช้ข้อมูลจากระบบรายงานกำกับติดตาม PHIMS ตามวิธีการคำนวณข้างต้น

- ✓ การวิเคราะห์ที่ใช้ข้อมูลต้องมีข้อมูลความครอบคลุมของการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อฯร่วมด้วย (ได้รับการตรวจ PCR ตามแนวทางของประเทศ) เพราะมีความสำคัญต่อการวิเคราะห์อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ถ้าความครอบคลุมของการตรวจหาการติดเชื้อฯ ของเด็กต่ำกว่าร้อยละ 70 ข้อมูลอัตราการถ่ายทอดเชื้อฯ ในพื้นที่นั้นอาจไม่น่าเชื่อถือหรือข้อมูลนั้นไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดี

7.3.3 การวิเคราะห์ชี้ประเด็นปัญหา ช่องว่างการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการติดเชื้อรายใหม่

1) ผลสำเร็จและช่องว่างของการเข้าถึงบริการตามเป้าหมาย 95-95-95 หรือ HIV cascade

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อชี้ประเด็นปัญหา และช่องว่างการดำเนินงานตามเป้าหมาย 95 - 95 -95 เป็นกุญแจที่สำคัญในการนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายลดการติดเชื้อรายใหม่ และลดการเสียชีวิต ซึ่งในการวิเคราะห์และแปลความข้อมูลควรจะต้องทำทั้ง 3 ตัวชี้วัดหลัก เนื่องจากมีความสัมพันธ์ส่งผลต่อกัน ดังนี้

- **95 ที่ 1:** ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยเอชไอวีรายใหม่ (new diagnosis) x 100

ตัวหาร คือ จำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(ภายในกรอบเวลาของการรายงาน จำแนกพื้นที่และกลุ่มประชากร)

- **95 ที่ 2:** ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้มีผลเอชไอวีเป็นบวกและกำลังกินยาต้านไวรัสฯ x 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้มีผลเอชไอวีเป็นบวกที่ยังมีชีวิต

(ภายในกรอบเวลาของการรายงาน จำแนกพื้นที่และกลุ่มประชากร)

- **95 ที่ 3:** ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กดปริมาณไวรัสฯ สำเร็จ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้กินยาต้านไวรัสฯ กดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copy/ml x 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้มีผลเอชไอวีเป็นบวกและกำลังกินยาต้านไวรัสฯ

(ภายในกรอบเวลาของการรายงาน จำแนกพื้นที่และกลุ่มประชากร)

แนวทางการวิเคราะห์ ขนาดปัญหา และช่องว่างการดำเนินงาน 95-95-95

ทำได้โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ, กินยาต้านไวรัสฯ และกดไวรัสได้สำเร็จ เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการตามเป้าหมาย 95-95-95 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่ใช้บ่อยและมีความสำคัญ สามารถใช้ในการกำกับติดตามได้ทั้งในระดับ outcome และ output และใช้ได้ทั้งในระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการแต่ในระดับหน่วยบริการจะติดตามได้เฉพาะ 95 ที่สองและที่สามเท่านั้น เนื่องจากไม่มีค่าคาดประมาณ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับอำเภอ มาเป็นตัวหาร

(1) วิเคราะห์ เทียบร้อยละของผู้ที่ได้รับการบริการกับเป้าหมาย ณ ปีที่รายงาน

95 ที่ 1:

- วิเคราะห์จำนวนที่ได้รับการตรวจและรู้ผล เปรียบเทียบกับค่าคาดประมาณจำนวน PLHIV ในพื้นที่ในช่วงปีเดียวกัน
- คำนวณค่าร้อยละเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ร้อยละ 95 ของประเทศ
- ถ้าเป็นระดับโรงพยาบาลจะไม่มีค่าคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับอำเภอ ให้ใช้ภาพรวมของจังหวัดแทน

95 ที่ 2:

- วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ เปรียบเทียบกับจำนวนที่ได้รับการตรวจรู้ผล และยังมีชีวิตในพื้นที่ในช่วงปีเดียวกัน
- คำนวณค่าร้อยละเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ร้อยละ 95

95 ที่ 3:

- วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ และสามารถกดไวรัส สำเร็จได้เปรียบเทียบกับจำนวนที่ยังคงกินยาต้านไวรัสฯ ในพื้นที่และในช่วงปีเดียวกัน
- คำนวณค่าร้อยละเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ร้อยละ 95

(2) วิเคราะห์แนวโน้มภาพรวมเขต รายจังหวัด ของแต่ละตัว 95 ที่ 1 ที่ 2 และที่ 3

- จำแนกกลุ่มอายุ เพศ และในกลุ่มประชากรหลัก (KP)
- ช่องว่างของแต่ละบริการตามเป้าหมายร้อยละ 95
- ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการในแต่ละบริการ
- ขนาดช่องว่างทั้งจำนวนและร้อยละในแต่ละบริการ

(3) วิเคราะห์ขนาดช่องว่างหรือรอยรั่ว (linkage) ของ cascade ที่เชื่อมโยงจากบริการหนึ่งไปสู่ อีกบริการหนึ่ง เช่น

- **ช่องว่างของ 95 ที่ 2:** ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัย รู้สถานะตนเอง และกินยาต้านไวรัสฯ วิเคราะห์โดย
 - จำนวนและสัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเป็นบวกได้เริ่มยาต้านไวรัสฯ (ART Initiation)
 - จำนวนผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ ลบกับ จำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาต้านไวรัสฯ (new ART or ART initiation)

- จำนวนผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ ลบกับ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ
- จำนวนและสัดส่วนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต (death) ก่อนได้รับยาต้านไวรัสฯ
- จำนวนและสัดส่วนผู้ติดเชื้อที่หลุดออกจากระบบ (LFU) ก่อนได้รับยาต้านไวรัสฯ
- **ช่องว่างของ 95 ที่ 3:** สาเหตุของผู้ติดเชื้อที่กตปริมาณไวรัสได้น้อย วิเคราะห์โดย
 - ความครอบคลุม (coverage) ของการได้ตรวจหาปริมาณไวรัส
 - จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ ลบกับ จำนวนผู้ติดเชื้อที่กตปริมาณไวรัสได้
 - จำนวน สัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่กำลังกินยาต้านไวรัสฯ หลุดออกจากระบบบริการ
 - จำนวนและสัดส่วนผู้ติดเชื้อที่กินยาเสียชีวิต (death) ในแต่ละปี
 - เปรียบเทียบจำนวนระหว่าง 3 ประเด็น (ตายก่อนลงทะเบียน NAP, ลงทะเบียนแต่ไม่ได้รับยา หรือตายหลังจากรับยาต้านไวรัสฯ) ให้ชัดเจน

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

95 ที่ 1:

- ✓ แสดงความครอบคลุมและช่องว่างของบริการตรวจเอชไอวี ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการค้นหา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและส่งเข้าสู่ระบบบริการ (case finding) และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ติดเชื้อ เข้าสู่บริการด้านการป้องกัน (screening for prevention)
- ✓ ควรวิเคราะห์ความครอบคลุมของการตรวจเอชไอวีและจำแนกตามกลุ่มประชากรด้วย เพราะในภาพรวมอาจจะมีจำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีค่อนข้างสูง แต่เมื่อแยกตาม กลุ่มประชากรจะมีความแตกต่างและมีความครอบคลุมต่ำในประชากรกลุ่มเสี่ยง
- ✓ สามารถวิเคราะห์ 95 ที่ 1 ได้ในระดับจังหวัด เขตและประเทศ เท่านั้น ไม่สามารถคำนวณได้ ในระดับหน่วยบริการ เนื่องจากตัวเลขคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อที่ใช้เป็นตัวหาร มีการคาดประมาณ ถึงระดับจังหวัดเท่านั้น ไม่สามารถคาดประมาณในระดับอำเภอ หรือหน่วยบริการได้
- ✓ กรณีเมื่อวิเคราะห์จำแนกกลุ่มประชากร แล้วพบว่ามีความครอบคลุมที่ต่ำ อาจเป็นผลมาจากการเข้ารับบริการที่น้อยจริงๆ หรือเป็นผลจากระบบรายงานที่มีข้อจำกัดในเรื่องคุณภาพของข้อมูลด้วย เช่น ไม่สามารถจำแนกสถานะกลุ่มประชากร หรือไม่ได้บันทึกประเภทของกลุ่มประชากรใน NAP ดังนั้น จึงควรพิจารณาปัจจัยเรื่องคุณภาพและข้อจำกัดของข้อมูลด้วยเสมอ
- ✓ กรณีความครอบคลุมสูงเกิน 100% เนื่องจากตัวหารเป็นตัวเลขคาดประมาณ ซึ่งมาจากข้อมูล การเฝ้าระวังและการคำนวณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ ที่อาจมีข้อจำกัดจากข้อมูลนำเข้า รวมถึงการเคลื่อนย้ายของประชากร โดยจะมีผลเมื่อจำแนกจำนวนคาดประมาณรายพื้นที่
- ✓ เนื่องจากตัวเลขคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับเขตและจังหวัด (ที่ใช้เป็นตัวหาร) จะมีการปรับปรุงให้ทันต่อเหตุการณ์ทุก 3 – 5 ปี จึงควรตรวจสอบและใช้ชุดข้อมูลค่าคาดประมาณ จากชุดข้อมูลที่มีการปรับปรุงล่าสุดเสมอ เช่น ข้อมูลชุด พค 2567 คือชุดข้อมูลที่มีการปรับปรุง ล่าสุด ณ ขณะนี้

95 ที่ 2:

- ✓ แสดงความครอบคลุมและผลลัพธ์ของการนำผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- ✓ การวิเคราะห์ 95 ที่ 2 ทำได้ตั้งแต่ระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต และประเทศ จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ทุกหน่วยควรใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ ควรเริ่มยาต้านไวรัสทันที เพื่อสุขภาพของผู้รับบริการ ลดโอกาสการหลุดออกจากระบบ และกลับเข้าสู่ระบบอีกครั้งเมื่อมีอาการป่วย
- ✓ ในระดับพื้นที่ เช่น ระดับจังหวัด หรือหน่วยบริการอาจมีเป้าหมายระหว่างทางแบบไต่ระดับ โดยตั้งตามสถานการณ์ เช่น ผลงานในปี พ.ศ. 2566 ของจังหวัด A อยู่ที่ร้อยละ 88 ทางจังหวัด จึงตั้งเป้าหมายปี พ.ศ. 2568 ให้เป็นร้อยละ 90, ปี พ.ศ. 2570 ร้อยละ 92, ปี พ.ศ. 2573 ร้อยละ 95 เป็นต้น
- ✓ การตั้งเป้าแบบไต่ระดับ จะทำให้สามารถติดตามประเมินผล แก้ปัญหาหรือเร่งรัดมาตรการได้ ถี่ขึ้น รวมถึงตอบสนองต่อปัญหาได้รวดเร็วขึ้น

95 ที่ 3:

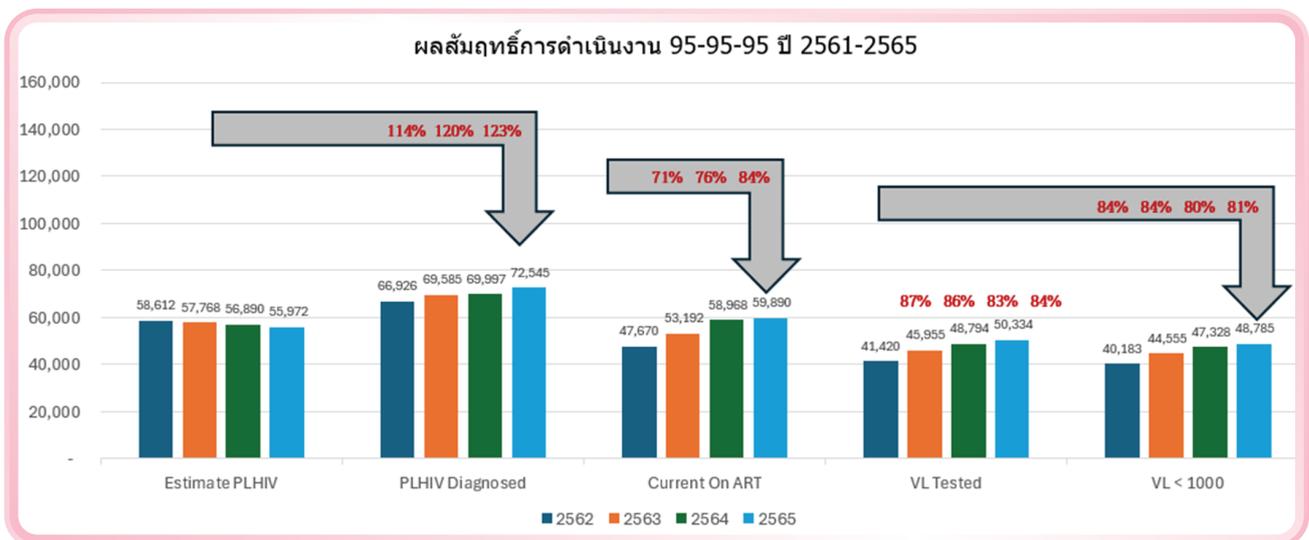
- ✓ แสดงความครอบคลุมและผลลัพธ์สำคัญต่อการกวดปริมาณไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ซึ่งเป็นผลจากผู้ที่ได้รับการตรวจปริมาณไวรัสตามเกณฑ์)
- ✓ การวิเคราะห์ 95 ที่ 3 สามารถวิเคราะห์ได้ตั้งแต่ระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต และประเทศ จึงเป็นเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ทุกหน่วยควรใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการติดตามผลการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์
- ✓ การพิจารณาความสำเร็จของตัวชี้วัดนี้ เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้านตั้งแต่การได้ตรวจหาปริมาณไวรัสตามเกณฑ์ (viral load testing coverage ในผู้ที่กินยาต้านไวรัส นานเกิน 6 เดือน) การลงผลการตรวจ วินิจฉัยในการกินยาต้านไวรัส และประสิทธิภาพของสูตรยาที่กิน
- ✓ สูตรยาต้านไวรัส ตามแนวทางของประเทศเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถกวดปริมาณไวรัสให้ต่ำกว่า 1,000 หรือ 50 copy/ml ได้ภายในเวลา 3 - 6 เดือนหลังเริ่มยา ดังนั้นหากพบว่ามีผู้รับบริการที่ไม่สามารถกวดไวรัสได้ ควรตรวจสอบความครอบคลุมของการส่งตรวจและการรายงาน ควบคู่กันไปกับบริการทางคลินิกควบคู่กันไปด้วยเสมอ
- ✓ ในทางคลินิก แพทย์จะดูผลลัพธ์การกวดปริมาณไวรัสที่น้อยกว่า 50 copy/ml จึงควรวิเคราะห์ ข้อมูลนี้ควบคู่ไปด้วย
- ✓ ปัจจัยที่พบบ่อยที่อาจส่งผลต่อการตรวจหาปริมาณไวรัสและคุณภาพข้อมูลผลการกวดปริมาณไวรัส ได้แก่
 - ผู้รับบริการมีการขาดยา หรือวินัยการกินยาไม่ดี ทำให้มีการส่งตรวจล่าช้ากว่ากำหนด
 - การบริหารจัดการเรื่องวันนัดตรวจ การเจาะเลือดและส่งเลือดไปตรวจ
 - แนวปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาแบบหลายเดือน (multi-month dispensing, MMD) ซึ่งกำหนดนัดติดตามผู้รับบริการอาจจะเลยระยะเวลานัดตรวจปริมาณไวรัส

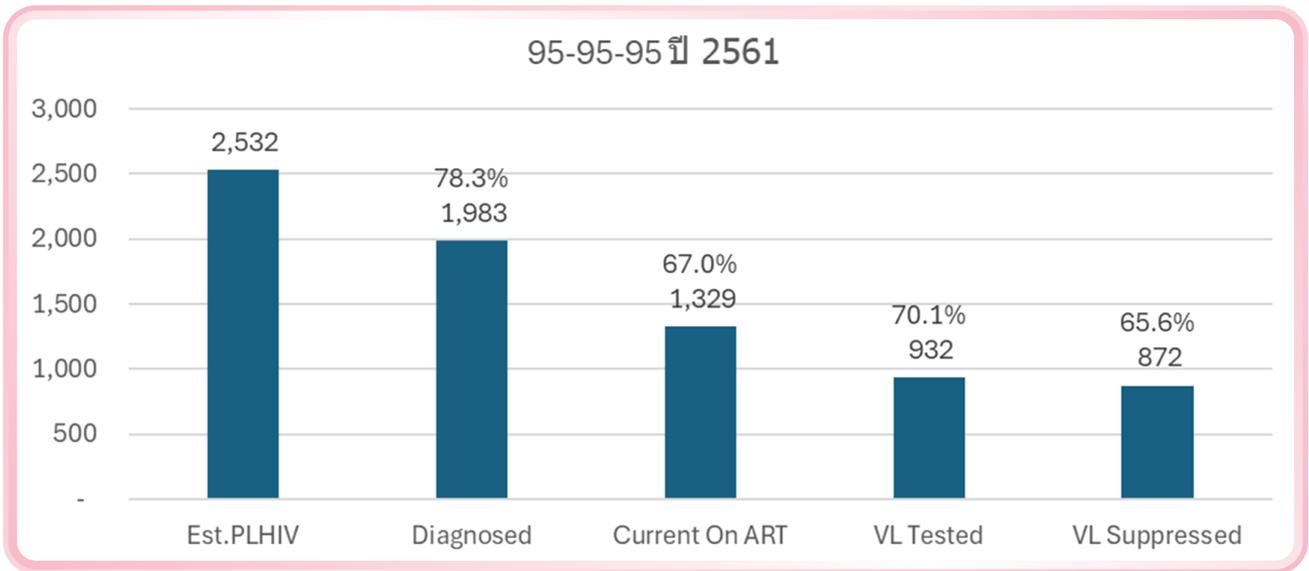
- ย้ายที่รับบริการ ซึ่งอาจส่งผลให้การป้อนข้อมูลส่งตรวจและลงผลตรวจไม่สอดคล้องกัน ถ้าหน่วยบริการบันทึกข้อมูลขอส่งตรวจ VL (lab request), หน่วยที่ลงผลตรวจและหน่วยบริการที่ผู้รับบริการไปติดตามแตกต่างกันอาจมีผลต่อความครบถ้วนของข้อมูลผล VL
- ลงผลตรวจใน NAP ล่าช้า
- ✓ ในหน่วยบริการที่ใช้เครื่องมือ DQI ที่ทางกองเอดส์ฯ พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูล พบว่าทำให้ผลงานตัวชี้วัดนี้เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 10-20 ดังนั้น นอกเหนือจากการวิเคราะห์และแก้ปัญหาคุณภาพของการให้บริการแล้ว ควรประเมินและแก้ไขปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูลควบคู่ไปด้วยเสมอ

ตัวอย่างการวิเคราะห์ HV cascade

รูปที่ 10 แสดงการวิเคราะห์ผลลัพธ์ต่อเป้าหมาย 95-95-95 ของเขตสุขภาพที่ A ในทุกกลุ่มประชากร และในกลุ่ม MSM แสดงว่ากลุ่มประชากรทุกกลุ่มยังไม่บรรลุเป้าหมาย 95 ที่สองและสาม และมีค่า 95 ที่หนึ่งมากกว่า 100 ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากยังไม่ได้ใช้ข้อมูลคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการปรับปรุงล่าสุด (ปี พ.ศ. 2567) ส่วนกลุ่ม MSM ยังไม่บรรลุทั้ง 3 เป้าหมาย การที่ MSM ได้รับยาต้านไวรัสฯ ต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั้งหมด อาจเนื่องมาจากช่องว่างของการให้บริการกับกลุ่ม KP หรือจากไม่มีการจำแนก หรือบันทึกข้อมูลกลุ่มประชากรหลัก ใน NAP ไม่ครบถ้วน (under report) นอกจากนี้ยังแสดงความครอบคลุมของการตรวจหาปริมาณไวรัสต่ำกว่าที่ควร (ร้อยละ 70 - 87) จึงควรวิเคราะห์หาสาเหตุของการได้รับยาต้านไวรัสฯ และการตรวจหาปริมาณไวรัสที่ต่ำ ร่วมกับผู้ให้บริการและแก้ไขตามสาเหตุ

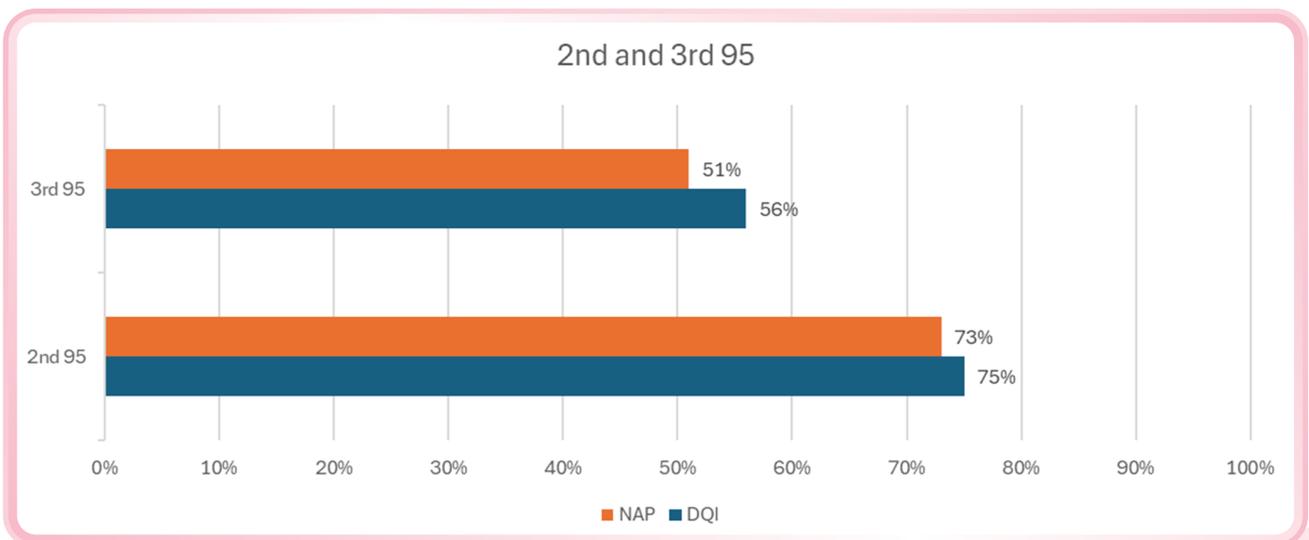
รูปที่ 10 ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานตรวจรักษาเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ A ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด และในกลุ่ม MSM ในปี 2561 – 2565





ตัวอย่างรูปที่ 11 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลในหน่วยบริการที่มีการพัฒนาคุณภาพข้อมูล (DQI) ร่วมกับระบบ NAP และข้อมูลจาก HIS ของโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือ DQI web application ของโรงพยาบาล 2 แห่งในเขตสุขภาพที่ A แสดงผลความครอบคลุมของ 95 ที่ 2 และ 3 ในกลุ่ม MSM เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56 และ 75 เมื่อมีการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลด้วย DQI ดังนั้นเรื่องคุณภาพของข้อมูลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะสะท้อนผลลัพธ์ของ HIV cascade

รูปที่ 11 Cascade ของบริการยาต้านไวรัส และการกดไวรัสใน MSM ปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาล 2 แห่งในเขตสุขภาพที่ A จากระายงาน NAP และการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพข้อมูล (DQI)



(4) วิเคราะห์ชุดข้อมูลที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของผลงาน 95-95-95

- จำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (newly diagnosed PLHIV) และอัตราการตรวจพบผลเลือดบวก (% HIV positive yield หรือ case finding yield)

วิธีคำนวณ: ร้อยละของการตรวจพบผลเลือดบวก (HIV positive/case finding yield)

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก x 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้รับบริการที่รับการตรวจเอชไอวีทั้งหมด

วิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบเวลาของการรายงานเดียวกัน โดยจำแนก เพศ กลุ่มอายุ กลุ่มประชากร พื้นที่ และช่องทางการเข้ารับการตรวจ (HIV testing modality) เช่น ในคลินิก VCT งานเชิงรุก คลินิกโรคติดต่อ คลินิก STI และคู่ของผู้ติดเชื้อ (Index testing)

แนวทางการวิเคราะห์

- ดูตัวเลขจำนวนและแนวโน้มว่าเป็นอย่างไร (เพิ่มขึ้นหรือลดลง)
- ดูความครอบคลุมที่ได้รับการตรวจ รวมถึงอัตราการตรวจพบผลเลือดบวก (positive rate) ในกลุ่ม KP กลุ่มคู่ของผู้ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี (partner) โดยใช้ตัวหารเป็นจำนวนคาดประมาณขนาดประชากร KP แต่ละกลุ่ม และจำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หรือดูแนวโน้มผลงาน
- ดูผลการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีว่าทำได้หรือไม่ เช่น self-test, index testing โดยเปรียบเทียบ % HIV-positive yield หรือ จำนวน case finding แต่ละกิจกรรมการตรวจ

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- ✓ จำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์และควรดูบ่อยๆ เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการทำ case finding หรือกระบวนการ VCT
- ✓ ควรวิเคราะห์ร่วมกับ 95 ที่ 1 เสมอ โดยเฉพาะในงานเชิงรุก เพื่อบอกข้อมูลเปอร์เซ็นต์ (%) ของอัตราการตรวจพบผลเลือดบวก (HIV positive หรือ HIV-positive yield) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของการค้นหา เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มเสี่ยง (case finding) การมีเปอร์เซ็นต์ HIV positive yield สูงแสดงถึงการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะค้นพบผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้จำนวนมาก ดังนั้นข้อมูลกิจกรรม พื้นที่ และกลุ่มประชากรที่พบ HIV-positive yield สูง ถือเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนการค้นหาผู้ติดเชื้อ และนำเข้าสู่การดูแลรักษา เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานกิจกรรมในพื้นที่และกลุ่มประชากรนั้นๆ ต่อไป ตัวอย่างกิจกรรมที่ให้ HIV-positive yield สูง เช่น
 - o บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในคู่ของผู้ที่มีผลเลือดบวก (Index partner testing) HIV-positive yield สูงถึง 25 - 30% ในขณะที่ในคลินิก VCT จะมี HIV-positive yield อยู่ที่ประมาณ 1 - 3%

- o บริการตรวจเอชไอวีเชิงรุก (mobile testing) ในการแสดงของคณะหมอลำ
- ✓ พื้นที่ที่พบผล HIV-positive yield ต่ำ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นงานเชิงรุก มีการลงทุนสูง ควรมีการปรับเปลี่ยนลดกิจกรรมนั้นลง เพื่อสามารถพุ่งเป้าไปที่กิจกรรมที่ค้นพบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก หรือให้ positive yield สูงแทน
- ✓ กิจกรรมที่เคยพบ HIV-positive yield สูงๆ แต่ต่อมาพบว่า yield ต่ำลงอาจแปลความหมายได้ว่า ได้ค้นหาประชากรที่ติดเชื้อไปถึงจุดอิ่มตัวแล้ว (saturation) มาตรการป้องกันได้ผลดี หรือ กิจกรรมนั้นๆ ไม่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงได้อีกต่อไป (low yield activity) จึงควรต้องพิจารณาข้อมูล บริบทอื่นๆ ประกอบ เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมรวมตัวของกลุ่มเสี่ยง การย้ายถิ่นฐาน เคลื่อนย้ายแรงงาน สภาพเศรษฐกิจสังคม จำนวนคาดประมาณกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น
- ✓ ในบางกิจกรรม ถึงแม้จะมี HIV-positive yield ที่ต่ำ แต่เป็นกิจกรรมที่อยู่ในระบบบริการปกติ ไม่ต้องการการลงทุนเพิ่มเติม และสามารถค้นหาผู้ติดเชื้อได้จำนวนมาก ก็สามารถสนับสนุน การดำเนินการต่อไปได้ เช่น การตรวจคัดกรองในหญิงฝากครรภ์ และการตรวจคัดกรองผู้ป่วย ในห้องฉุกเฉิน

• **การเริ่มยาต้านไวรัสฯ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ (ART linkage/initiation rate หรือ linkage to treatment)**

วิธีคำนวณ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้เริ่มยาต้านไวรัสฯ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ × 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

วิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบเวลาของการรายงานเดียวกัน โดยจำแนก เพศ กลุ่มอายุ กลุ่มประชากร

พื้นที่

• **การเริ่มยาต้านไวรัสฯ เร็ว (ภายในวันเดียวหรือภายใน 7 วัน) same-day/rapid ART rate (SDART)**

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้เริ่มยาต้านไวรัสฯ ภายในวันเดียวกันกับที่ได้รับการวินิจฉัย/ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัย

วิธีคำนวณ ร้อยละของผู้เริ่มยารายใหม่ที่ได้รับ same-day ART

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้เริ่มยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ ที่มี วันเริ่มยาคั้งแรก ลบ วันที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อฯ = 0 วัน × 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้เริ่มยารายใหม่ทั้งหมด

วิธีคำนวณ ร้อยละของผู้เริ่มยารายใหม่ที่ได้รับ rapid ART

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้เริ่มยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ที่มี วันเริ่มยาคั้งแรก ลบ วันที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อฯ ≤ 7 วัน × 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้เริ่มยารายใหม่ทั้งหมด

• การขาดการรักษา/การคงอยู่ในระบบบริการ/การขาดการรักษา (loss to follow/retention rate/interruption in treatment)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาติดตามการรักษา/รับยาต้านไวรัสฯ นานเกิน 28 หรือ 90 วัน จากวันที่มาโรงพยาบาล/หรือรับยาครั้งสุดท้าย (WHO ปรับเวลาเป็น 28 วัน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ viremia จากการขาดยาต้านไวรัสฯ แต่ในรายงาน NAP ยังใช้ 90 วัน)

วิธีคำนวณ ร้อยละของการขาดการรักษา

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้กินยาต้านฯ ที่มี วันสุดท้ายของช่วงเวลารายงาน (เช่น 30 กย. 2566) ลบ
วันที่มารับยาครั้งสุดท้าย > 28* หรือ 90** วัน x 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้รับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- ✓ เป็นชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของ 95 ที่สอง
- ✓ การเริ่มยาต้านไวรัสฯ เร็วจะช่วยลดการหลุดออกจากระบบไปก่อนเริ่มยา เป็นการดำเนินงานที่ส่งผลต่อ 95 ที่ 2 และอาจลดความเสี่ยงของการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีในระยะรุนแรงซึ่งส่งผลต่อการลดการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ✓ *ข้อมูลการหยุดชะงักการรักษา (ไม่มาตามนัดเกิน 28 วัน) แสดงถึงความเสี่ยงที่ผู้รับบริการจะขาดยาและมีปริมาณไวรัสเพิ่มในกระแสเลือด (กดไวรัสไม่ได้) เป็นโอกาสสำคัญในการติดตามผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการรักษา ก่อนที่จะขาดการรักษาไปจริงๆ
- ✓ **ข้อมูลการขาดการรักษา (ไม่มาตามนัดเกิน 90 วัน) (ซึ่งการคงอยู่ในระบบบริการซึ่งเป็นข้อมูลส่วนกลับของการขาดการรักษา) แสดงความเสี่ยงของการรักษาที่ล้มเหลวและผู้รับบริการจะกลับเข้าระบบเมื่อมีอาการของโรคเอดส์ (advanced HIV disease หรือ AHD) แล้ว
- ✓ หากมีจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อและได้เริ่มยาต้านไวรัสฯ (ART initiation) ต่ำกว่า 95% ควรหาสาเหตุและแก้ไขอย่างเร่งด่วนที่สุด
- ✓ การรายงานหรือการบันทึกข้อมูลใน NAP ล่าช้า หรือไม่ครบถ้วน อาจเนื่องมาจากสิทธิ์การรักษาของผู้รับบริการที่ไม่ได้มีการเบิกจ่ายจากสิทธิ์ UC หรือประกันสังคม ซึ่งอาจมีส่วนทำให้ผลการดำเนินงานต่ำกว่าความเป็นจริง
- ✓ ในหน่วยบริการที่ใช้เครื่องมือ DQI ที่ทางกองเอดส์ฯ พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูลพบว่าทำให้ผลงานตัวชี้วัดนี้เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 10 - 20 ดังนั้น นอกเหนือจากการวิเคราะห์และแก้ปัญหาคุณภาพของการให้บริการแล้ว ควรประเมินและแก้ไขปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูลควบคู่ไปด้วยเสมอ

2) ช่องว่างการดำเนินงานการให้บริการ PrEP

ประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ไม่มั่นใจว่าจะสามารถใช้อย่างสม่ำเสมอได้ทุกครั้ง หากได้รับบริการและได้กินยา PrEP จะสามารถป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีได้ เป็นมาตรการกลวิธีป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ และมีผลสำคัญต่อเป้าหมายลดการติดเชื้อรายใหม่เป็นอย่างมากในยุคปัจจุบัน แต่การจัดบริการนี้เกิดขึ้นได้ไม่นาน และยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ดังนั้นการติดตามการดำเนินงานให้รู้ประเด็นปัญหา ช่องว่างการดำเนินงาน จึงสำคัญในการขยาย และพัฒนาการจัดบริการ

เป้าหมายในการดำเนินงาน PrEP ในระดับพื้นที่ กำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม เป็น จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงที่ได้กิน PrEP ดังนั้น ขนาดช่องว่าง คือจำนวนประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่ไม่ได้กิน PrEP ซึ่งหาค่าได้โดย

วิธีการหาขนาดช่องว่าง (จำนวน)

= จำนวนประชากรหลักที่มีความเสี่ยง (ดูวิธีการคาดประมาณในข้อ 6.2) – (ลบด้วย)
จำนวนประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่ได้กินยา PrEP ปัจจุบัน
หรือ จำนวนประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่กำหนดเป็นค่าเป้าหมาย – (ลบด้วย)
จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้กินยา PrEP ปัจจุบัน

วิธีการหาความครอบคลุม (ร้อยละ)

= จำนวนประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยง (ดูวิธีการคาดประมาณในข้อ 6.2) – (ลบด้วย)
จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยง ที่ได้กินยา PrEP x 100
จำนวนกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง

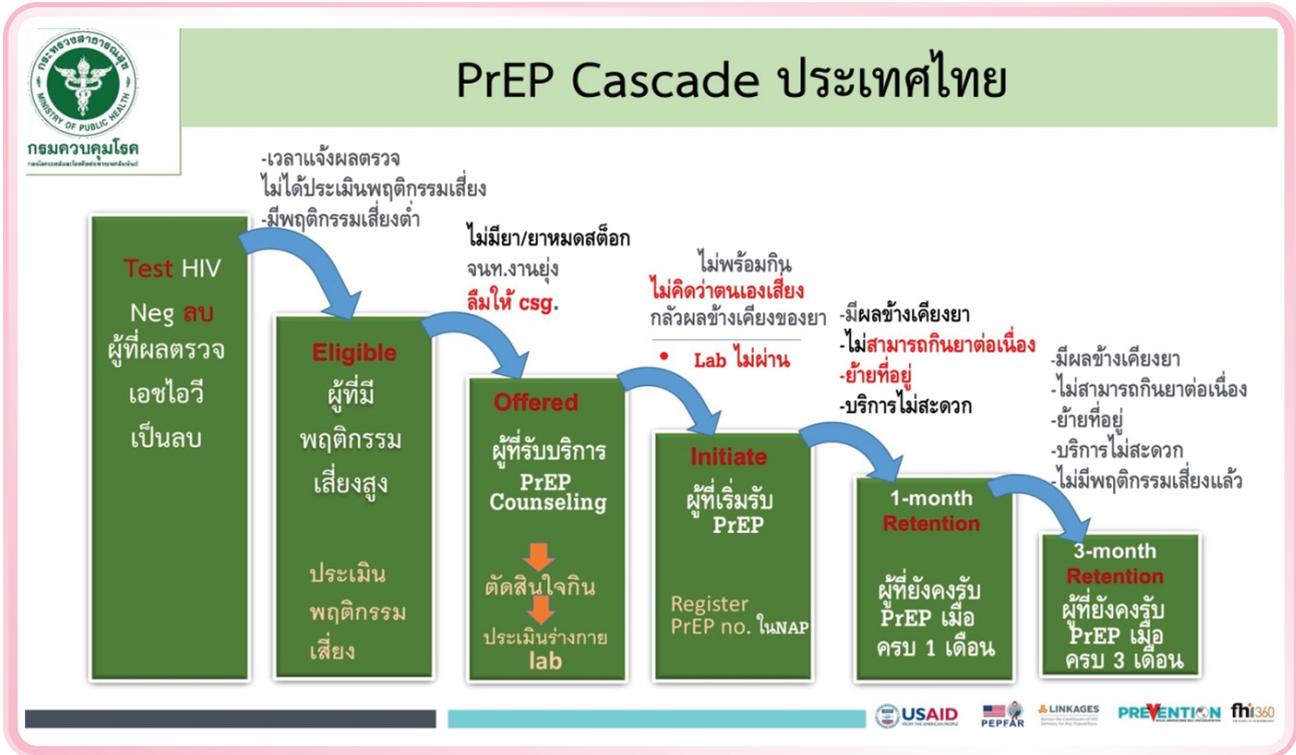
แนวทางการวิเคราะห์ เพื่อชี้ ขนาด ช่องว่างการดำเนินงานให้บริการ PrEP ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ดังนี้

- วิเคราะห์ขนาดปัญหา โดยใช้ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้กินยา PrEP ทั้งหมด ภาพรวมพื้นที่ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน
 - เทียบกับค่าเป้าหมายของพื้นที่ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (ถ้ามีการตั้งไว้)
 - ความครอบคลุม ร้อยละของประชากรกลุ่มมีความเสี่ยง ที่ได้กิน PrEP (ถ้ามีข้อมูลคาดประมาณกลุ่มที่จำเป็น)
- แนวโน้มจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้กินยา PrEP
- วิเคราะห์ จำแนก
 - รายกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่มเสี่ยง
 - รายพื้นที่ ถึงระดับโรงพยาบาล
 - หน่วยบริการของภาคประชาสังคม (CBO-KPLHS) และหน่วยบริการของภาครัฐ

วิเคราะห์เพิ่ม: PrEP Cascade ของบริการที่ได้รับ เพื่อชี้ประเด็นช่องว่างว่าอยู่ที่ขั้นตอนใด

ของบริการ

รูปที่ 12 การวิเคราะห์ช่องว่างการให้บริการ PrEP: PrEP Cascade



การวิเคราะห์ PrEP cascade ดังแสดงในรูปที่ 12 จำเป็นมากสำหรับการติดตามงานในระดับจังหวัด และโรงพยาบาล ซึ่ง cascade ของบริการ PrEP มีการวิเคราะห์ไว้ในระบบรายงาน NAP web report แล้วแต่ระบบ ข้อมูลรายงานอาจจะยังไม่สมบูรณ์ ประเด็นสำคัญ คือการแปลความข้อมูลให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง โดยการวิเคราะห์ข้อมูล PrEP cascade ทำให้เห็นช่องว่างการดำเนินงานของแต่ละบริการ จากการแสดงชุดข้อมูลที่วิเคราะห์เรียงตามลำดับของบริการ ดังนี้

- จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจ HIV และมีผลเลือดลบ
- จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูง
- จำนวนผู้ที่ได้รับคำปรึกษา และเสนอให้กินยา PrEP
- จำนวนผู้ที่ตัดสินใจเริ่มกินยา PrEP
- จำนวนผู้ที่กินยา PrEP ครบ 1 เดือน
- จำนวนผู้ที่กินยา PrEP ครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุช่องว่างใน PrEP cascade มีดังนี้

- ช่องว่างระหว่าง จำนวนผู้ที่มีผลเลือดลบ กับ จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงว่ามีความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจเกิดจาก การแจ้งผลตรวจล่าช้า ไม่ได้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง หรือประเมินแล้วพบว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ
- ช่องว่างระหว่าง จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงว่ามีความเสี่ยงสูง กับ จำนวนผู้ที่ได้รับคำปรึกษา เพื่อเสนอบริการ PrEP อาจเกิดจาก ยังไม่มียา PrEP ให้บริการ หรือยาหมดสต็อก หรือเจ้าหน้าที่ ไม่ได้เสนอบริการ PrEP จากเหตุผลใด ๆ ในด้านเจ้าหน้าที่ เช่น ภาระงาน ทักษะ ฯลฯ

- ช่องว่างระหว่าง จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง กับ จำนวนผู้ที่เริ่มกินยา PrEP ซึ่งอาจเกิดจาก ผู้รับบริการตัดสินใจไม่กินยา เนื่องจากไม่พร้อมกิน ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยง กลัวผลข้างเคียงของยา ผลตรวจ Lab ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด แพทย์ไม่สั่งให้เริ่มกินยา
- ช่องว่างของตัวเลข จำนวนหรือร้อยละของผู้ที่เคยมีผลเลือดก่อนกินยา PrEP เป็นลบแล้วเปลี่ยนเป็นบวก (seroconversion) ข้อมูลจำนวน/ร้อยละผู้ที่มีผลเลือดบวกเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ บอกถึงประสิทธิผลของการให้บริการป้องกันด้วย PrEP ทั้งกระบวนการ/ระบบบริการ ทั้งนี้ หากพบคนที่เริ่มกินยา PrEP แล้วมีผลเลือดเปลี่ยนเป็นบวก ควรหาต่อว่าเกิดขึ้นจากสาเหตุใด เช่น กินยาไม่ครบ dose กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือมีช่องว่างในแต่ละขั้นตอนบริการ โดยพิจารณาจาก PrEP cascade ข้างต้น หรือแม้แต่อาจเกิดจากการบันทึกข้อมูลผิดพลาด

$$\text{ร้อยละของ seroconversion} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่กินยา PrEP แล้วมีผลเลือดเปลี่ยนเป็นบวก} \times 100}{\text{จำนวนผู้ที่ได้กินยา PrEP ที่ได้ตรวจหาการติดเชื้อ}}$$

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

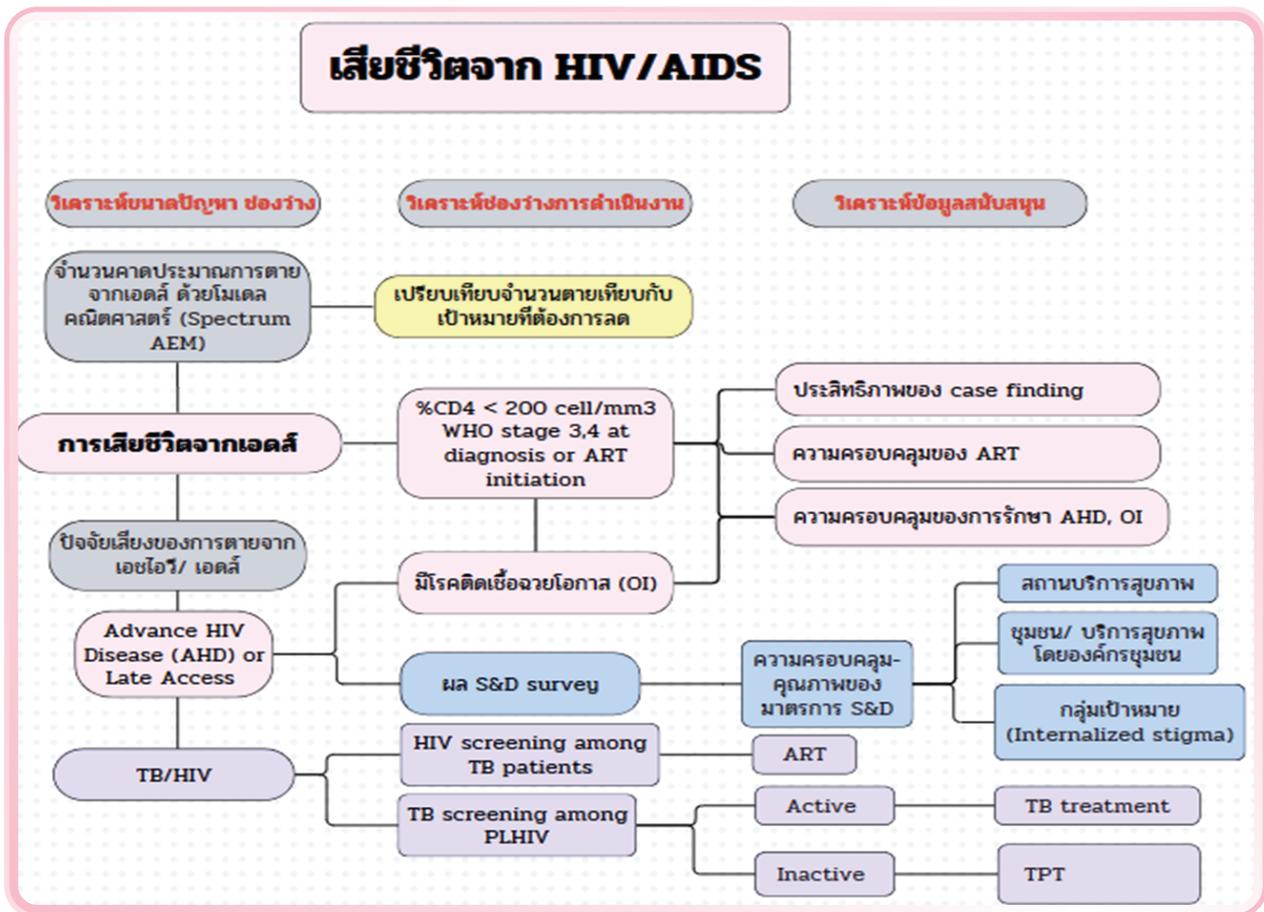
- ✓ ควรให้ความสำคัญกับความครบถ้วน ถูกต้องของการบันทึกข้อมูล และพัฒนาคุณภาพข้อมูล
- ✓ รวบรวมข้อมูลให้ครบทุกสถานพยาบาลที่ให้บริการ PrEP โดยเฉพาะในหน่วยงานของ CBO (KPLHS)



7.4 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่างการเสียชีวิต (death)

การลดการเสียชีวิตจากเอชไอวี เป็นเป้าหมายระดับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งหากข้อมูลที่น่ามาใช้ไม่ได้มีการตั้งค่าเป้าหมายจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตโดยตรง ก็สามารถชี้ช่องว่าง ขนาดปัญหา จากการติดตามตัวชี้วัดที่เป็นโอกาสเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน ที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อการเสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลสนับสนุนหรือสาเหตุในการสรุปประเด็นการเสียชีวิต โดยมีกรอบแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล (รูปที่ 13) ดังนี้

รูปที่ 13 แนวทางการวิเคราะห์เชื่อมโยงเรื่องการเสียชีวิต



7.4.1 การวิเคราะห์ขนาดปัญหา ช่องว่าง การเสียชีวิตด้วยข้อมูลจากการคาดประมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลวิธีนี้เป็น การเปรียบเทียบจำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตกับเป้าหมายโดยตรง โดยใช้ข้อมูลจากการคาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Spectrum-AEM) ในฉากทัศน์แบบการดำเนินงานปกติ (baseline) ในปีนั้นๆ โดยเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่พื้นที่ได้กำหนดให้ลดลงไว้ (ในกรณีที่มีการตั้งเป้าหมายในระดับพื้นที่ไว้แล้ว) ส่วนต่างระหว่างค่าเป้าหมายกับสถานการณ์จริงปัจจุบัน คือ ขนาดปัญหาหรือช่องว่างที่จะบรรลุดตามเป้าหมายลดการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งการตั้งเป้าหมายได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อ 6

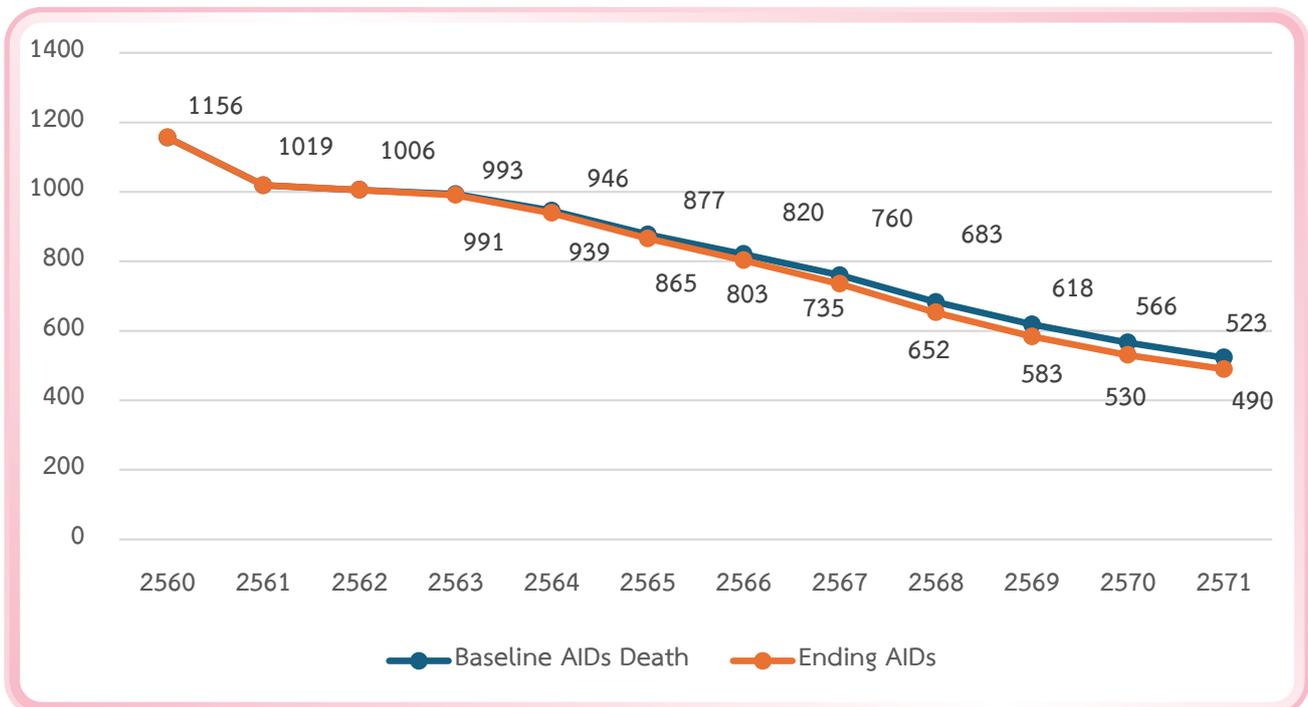
แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อชี้ให้เห็นขนาดปัญหาในพื้นที่ (รูปที่ 13 และ 14) มีดังนี้

- ดูภาพรวมของพื้นที่ จำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเทียบเป้าหมายในปีที่วางไว้ ว่าห่างกันเท่าใด
- จำแนกรายพื้นที่รายจังหวัดว่าจังหวัดใดมีช่องว่างจำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตที่ห่างจากเป้าหมายมากที่สุด
- วิเคราะห์ต่อเนื่อง เพื่อหาสาเหตุ ปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง กับช่องว่างการเสียชีวิต ตามกรอบแนวทางฯ ในรูปที่ 13

ตัวอย่างการใช้ข้อมูล

การวิเคราะห์การคาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ของเขตสุขภาพ จากการคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM ที่มีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2567 ดังแสดงในรูปที่ 14 แสดงการคาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ในฉกทศน์ปัจจุบันที่ดำเนินงานตามปกติด้วยเส้นสีฟ้า (baseline) และคาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ในฉกทศน์ที่มีการดำเนินงานเร่งรัดยุติเอดส์ในเส้นสีส้ม (accelerated) ซึ่งก็คือค่าเป้าหมายยุติเอดส์ โดยที่จะลดผู้เสียชีวิตจากเอดส์จากปีละ 735 ราย ในปี 2567 ให้เหลือ 490 ในปี พ.ศ. 2571 ซึ่งจำนวนการติดเชื้อที่ลดลงในเขตสุขภาพนี้จะมีส่วนช่วยลดการตายจากเอดส์ตามสัดส่วนของประเทศ เพื่อบรรลุเป้าหมายลดการตายที่ตั้งไว้

รูปที่ 14 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต
ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค



สำหรับการวิเคราะห์ผลสำเร็จของการลดจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต ทำได้โดยการรวมผลต่าง (ผลลบ) ระหว่างข้อมูลคาดประมาณในฉกทศน์เร่งรัดยุติเอดส์ (accelerated ending AIDS) กับข้อมูลการคาดประมาณในฉกทศน์ดำเนินงานปกติ (baseline) ณ ปัจจุบันในแต่ละปี ซึ่งแสดงแล้วในส่วนของการวิเคราะห์ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (ตารางที่ 4)

- ขนาดปัญหามาน้อยแปรตรงตามค่าผลต่าง (ค่าผลลบ)
- ถ้าขนาดปัญหายังมาก แสดงถึงการดำเนินงานในปัจจุบัน ยังมีบางโครงการ กิจกรรมการดำเนินงานที่ยังขาดประสิทธิผล
- ขนาดช่องว่างที่เกิดขึ้นแสดงถึงความสำเร็จในการดำเนินงานจัดบริการตั้งแต่การทำให้ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยโดยเร็วจนถึงการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและกดไวรัสได้มากขึ้นเพียงใด และยังมีช่องว่างที่เชื่อมโยงกับการดำเนินงานที่ต้องการการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งติดตามผลการดำเนินงานจากผลสำเร็จการดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 และการเข้าถึงระบบบริการรักษา และโอกาสเกิด advanced HIV disease
- ทั้งนี้ช่องว่าง จะอยู่ที่กิจกรรม โครงการ โปรแกรมการดำเนินงานใด จะทราบได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่อง ตามกรอบแนวทาง โดยได้กล่าวต่อไปตามกรอบ **ในรูปที่ 13**

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- ✓ การคาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์นี้จะมีปรับปรุงทุก 3 - 5 ปี เพื่อทำนายจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากการคาดประมาณเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด
- ✓ ถ้าไม่มีการคาดประมาณการตายเฉพาะของพื้นที่ไว้ ให้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะเทียบสัดส่วนจากการคาดประมาณระดับประเทศ เช่นเดียวกับข้อ 2.2 (การติดเชื้อรายใหม่) โดยใช้ชุดข้อมูลการตายจากเอตส์ลดจากการคาดประมาณด้วย AEM Spectrum model

7.4.2 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่างการเสียชีวิต ด้วยชุดข้อมูลที่แสดงโอกาสเสี่ยงหรือสัญญาณเตือน (ตัวบ่งชี้ทางอ้อม)

การวิเคราะห์ข้อมูลวิธีนี้เป็น การเปรียบเทียบจำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตกับเป้าหมายโดยตรง โดยใช้ข้อมูลจากการคาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Spectrum-AEM) ในฉากทัศน์แบบการดำเนินงานปกติ (baseline) ในปีนั้นๆ โดยเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่พื้นที่ได้กำหนดให้ลดลงไว้ (ในกรณีที่มีการตั้งเป้าหมายในระดับพื้นที่ไว้แล้ว) ส่วนต่างระหว่างค่าเป้าหมายกับสถานการณ์จริงปัจจุบัน คือ ขนาดปัญหาหรือช่องว่างที่จะบรรลุตามเป้าหมายลดการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งการตั้งเป้าหมายได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อ 6

หากไม่มีการตั้งค่าเป้าหมายจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตโดยตรง การชี้ช่องว่างและขนาดปัญหาอาจใช้ข้อมูลจากการติดตามตัวชี้วัดที่แสดงถึงโอกาสเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และสัญญาณเตือนที่เกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิต ดังนี้

1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่การระบบบริการในระยะรุนแรง (advanced HIV disease) หรือการเข้าถึงบริการล่าช้า (late access to HIV services)

ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาในระยะรุนแรง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีหรือเริ่มยาต้านไวรัสฯ เมื่อมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในระดับต่ำ ซึ่งได้แก่ มีผล CD4 ครั้งแรกน้อยกว่า 200 cell/mm³ และ/หรือมี WHO stage 3, 4 หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น PCP, Cryptococcosis

แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

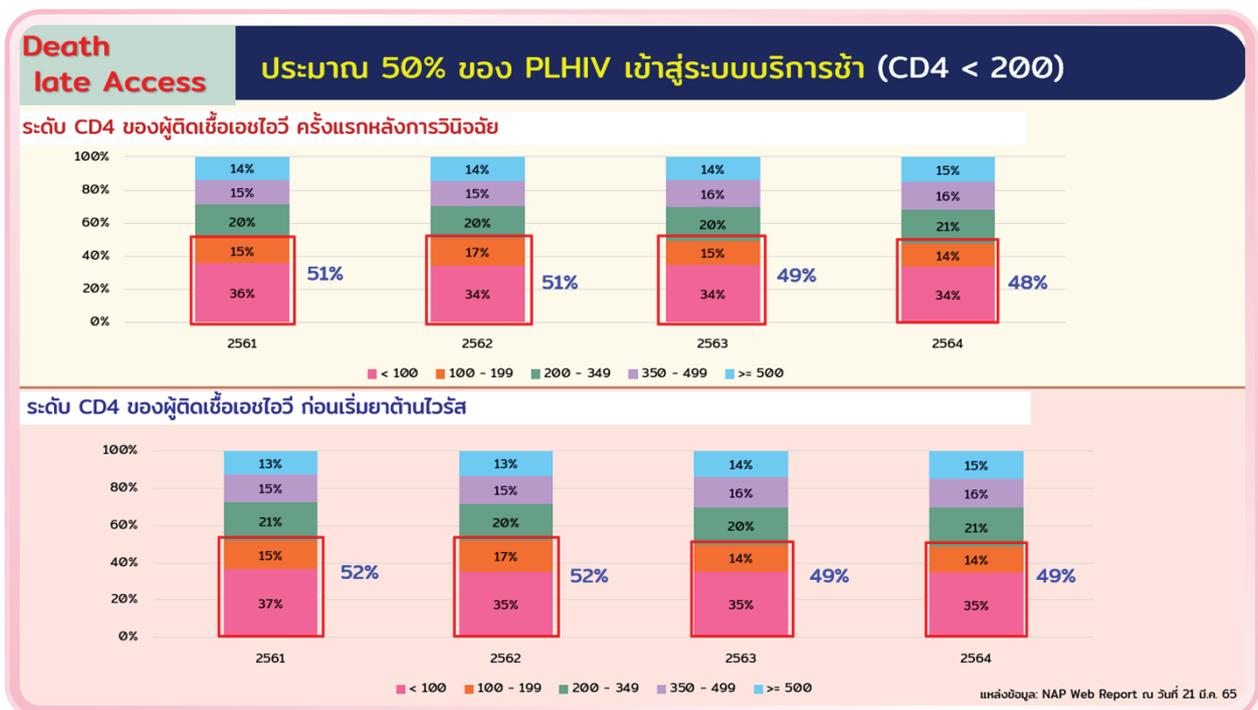
- ดูจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตและแนวโน้มผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตในระบบบริการในแต่ละปี (กราฟที่ 4) และวิเคราะห์จำแนกกลุ่มประชากร เพศ อายุ รายพื้นที่

- ใช้ข้อมูล จำนวน ร้อยละ และสัดส่วน ของผู้ที่มี CD4 ต่ำเมื่อวินิจฉัยเอชไอวี หรือเริ่มยาต้านไวรัส (median CD4 at HIV diagnosis, ART initiation) โดยดูจากค่ามัธยฐาน (median CD4) และร้อยละ (%) ของผู้ติดเชื้อที่มี CD4 < 100, 200 cell/mm³ จำแนกเพศ อายุ กลุ่มประชากร และพื้นที่ เพื่อระบุช่องว่าง
- ใช้ข้อมูลโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจากรายงาน EIS ของกองระบาดวิทยา และรายงาน NAP web report รวมถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเข้ารับบริการในระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง ซึ่งจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยบริการและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย
- พิจารณปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการกับการเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การตีตราเลือกปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ stigma survey, stigma index, self-stigma (มีรายละเอียดในหัวข้อที่ 7.6)
- ดูสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ โดยดูโรคร่วมที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ถ้ามีระบบข้อมูล เช่น EIS ของกองระบาดวิทยา หรือ กองโรคเอดส์ที่กำลังพัฒนา

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล การเข้าสู่การระบบบริการในระยะรุนแรงหรือการเข้ารับบริการล่าช้า

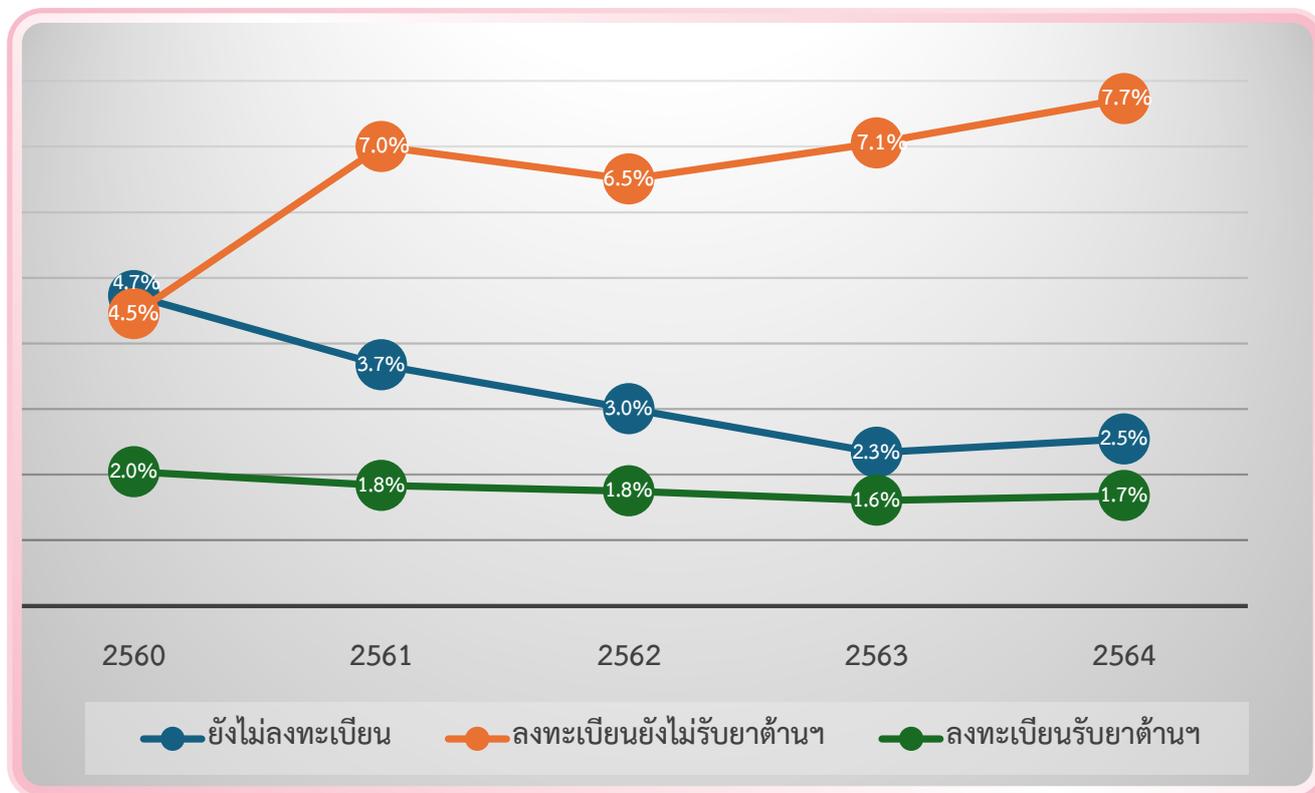
ในรูปที่ 15 แสดงให้เห็นว่าประมาณครึ่งหนึ่ง (50%) ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หรือเริ่มยาต้านไวรัส ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค A มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cell/mm³ ซึ่งแสดงถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เข้าสู่ระบบบริการวินิจฉัยและรักษาเอชไอวีเมื่อมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องแล้ว) และมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อยจาก 52% เป็น 49% ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2564 ดังนั้นจึงควรค้นหาสาเหตุของการเข้ารับบริการล่าช้า และวางกลยุทธ์ในการนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการเอชไอวีให้เร็วขึ้น (early case finding)

รูปที่ 15 การวิเคราะห์สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการในระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค A



รูปที่ 16 แสดงข้อมูลอัตราการตายในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเอชไอวีที่ยังไม่ลงทะเบียนใน National AIDS Program และที่ลงทะเบียนแล้วแต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสฯ ซึ่งพบว่ามีอัตราสูงกว่าผู้ที่ลงทะเบียนและได้รับยาต้านไวรัสฯ แล้ว ดังนั้นการรับยาต้านไวรัสฯ เป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ

รูปที่ 16 สัดส่วนของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในฐานข้อมูล NAP



แหล่งข้อมูล: NAP Web Report ณ วันที่ 21 มี.ค.65

ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- ✓ ควรดูความครอบคลุมของการตรวจ CD4 เมื่อแรกวินิจฉัยและเริ่มยาต้านไวรัสฯ (จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจ CD4 หารด้วยจำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี หรือจำนวนเริ่มยาต้านไวรัสฯ) ถ้าความครอบคลุมของการตรวจและบันทึกผล CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 70 ต้องระมัดระวังในการแปลผล เนื่องจากอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดี และควรค้นหาสาเหตุของการไม่มีผล CD4 ว่าเกิดจากการไม่ได้ตรวจ หรือไม่ได้บันทึกผล หรือบันทึกผลล่าช้า พร้อมทั้งแก้ไขตามสาเหตุ เพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูล CD4
- ✓ ควรวิเคราะห์ทั้งจำนวนการตาย และสัดส่วน (%) การตายควบคู่กันไปด้วย จำนวนมีความสำคัญถึงแม้ว่าร้อยละจะต่ำ เนื่องจากเป้าหมายประเทศกำหนดเป็นจำนวนการตายจากเอดส์น้อยกว่า 4,000 รายในปี 2573 ดังนั้นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากอาจจะคำนวณร้อยละของการตายต่ำ แต่มีจำนวนการตายสูงได้

2) วัณโรค (TB) และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) อื่น ๆ

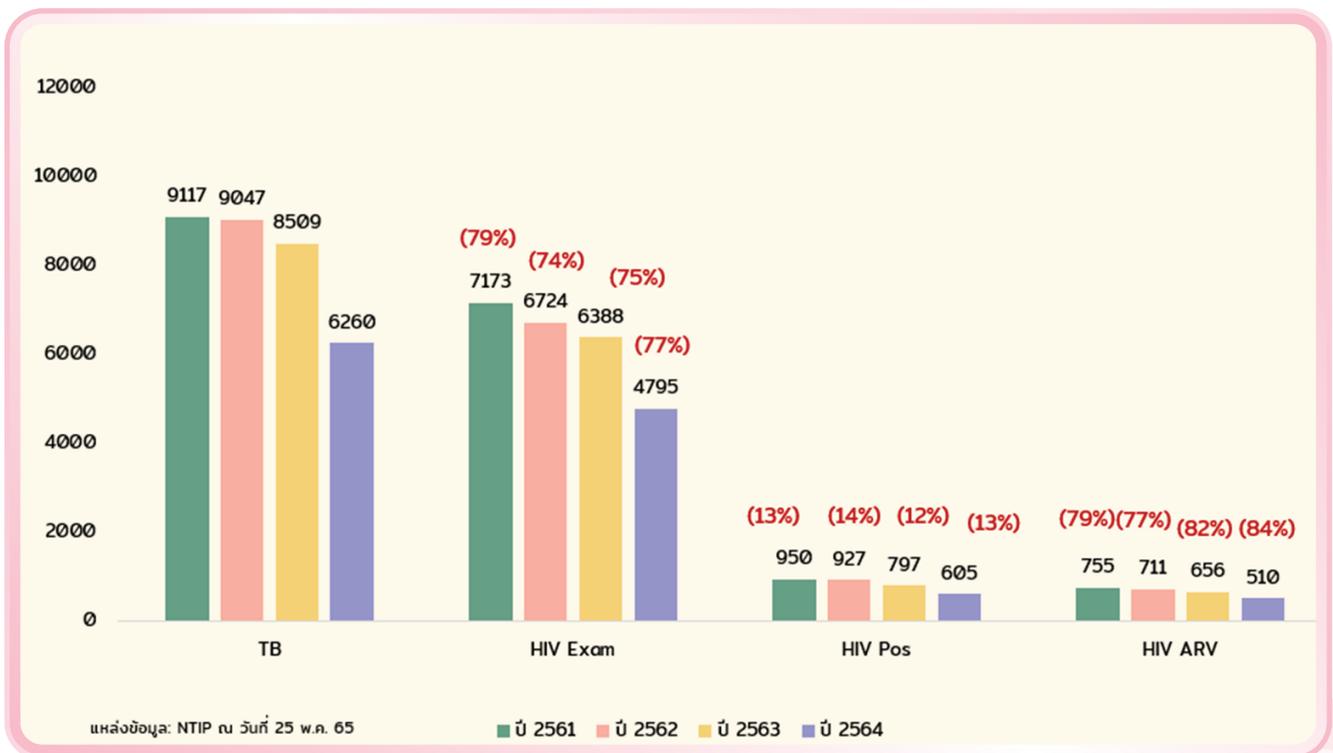
TB และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันหรือรักษาได้ แต่ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากเอดส์ จึงควรวิเคราะห์ขนาดของปัญหาและปัจจัยเสี่ยงจากข้อมูลดังต่อไปนี้

- การรักษา TB จากฐานข้อมูลของกองวัณโรค (NTIP) เพื่อหาร้อยละของการคัดกรองและการรักษา TB ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตรวจและรักษาเอชไอวีในผู้ป่วย TB และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งสองโรค
- การดำเนินงานและความครอบคลุมการให้ยารักษา Latent TB หรือ TB Preventive Treatment (TPT) มีหน่วยบริการที่ให้บริการ TPT หรือไม่ รวมถึงมีปัญหาอุปสรรคอย่างไร

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล

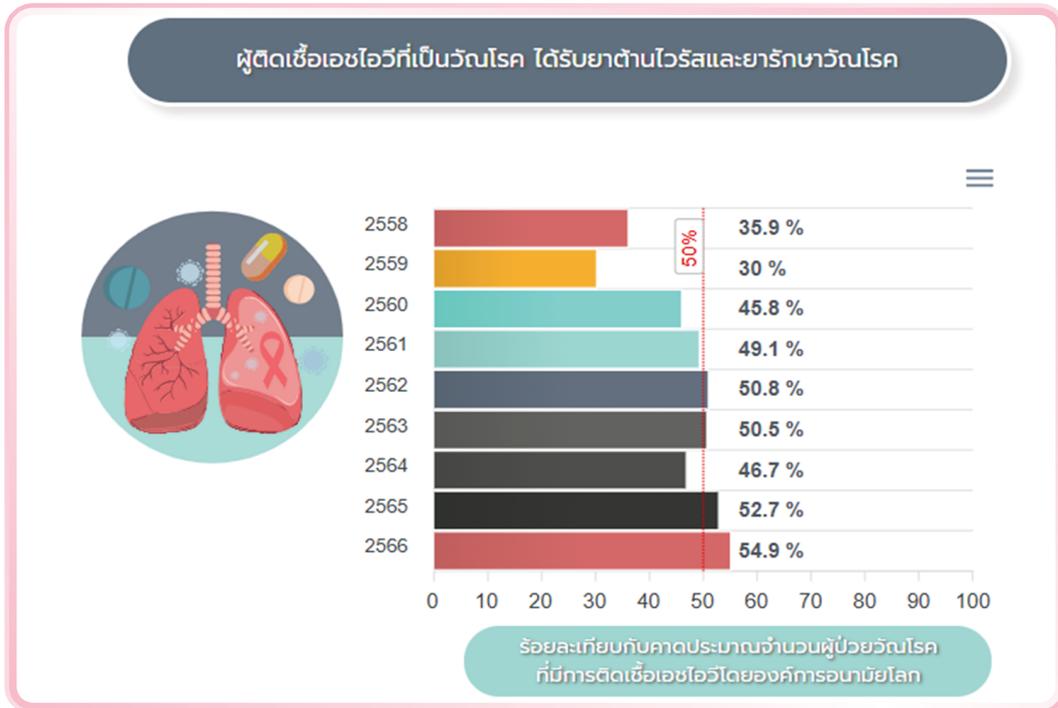
รูปที่ 17 แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์การคัดกรองเอชไอวีในผู้ป่วย TB จากระบบรายงานในฐานข้อมูล NTIP พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น TB มีแนวโน้มลดลง สัดส่วนของผู้ป่วย TB ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี ลดลงจากร้อยละ 79 ในปี พ.ศ. 2561 มาเป็นร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2564 และพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับ TB ร้อยละ 12 - 14% ผู้ที่พบว่าติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับ TB ได้รับยาต้านไวรัสฯ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79 เป็นร้อยละ 84 ซึ่งแสดงถึง ช่องว่างของการตรวจเอชไอวีในผู้ป่วย TB ยังมีอยู่ถึงประมาณร้อยละ 20 และผู้ป่วย TB ยังไม่ได้รับ ยาต้านไวรัสฯ อีกเกือบร้อยละ 20

**รูปที่ 17 การคัดกรองและรักษา HIV ในผู้ป่วยวัณโรคจากฐานข้อมูล NTIP
ในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2564**



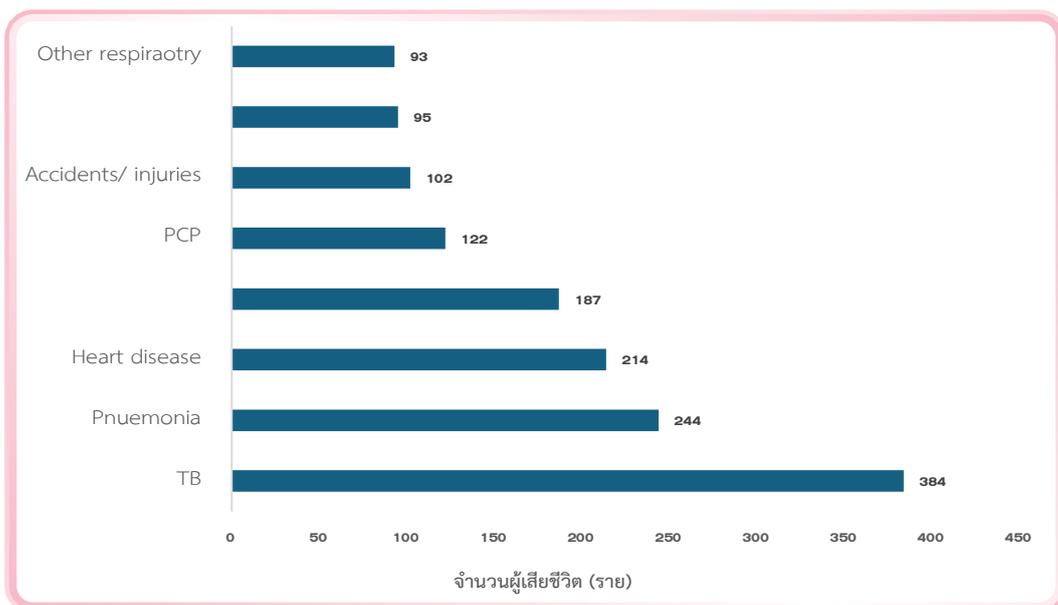
รูปที่ 18 แสดงค่าคาดประมาณขององค์การอนามัยโลกที่แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับวัณโรคได้รับการรักษาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 แสดงถึงช่องว่างสำคัญในการคัดกรองเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคและการรักษาเอชไอวี ซึ่งควรมีการเร่งรัดมาตรการคัดกรองและรักษาโรคทั้งสองเพิ่มขึ้น

รูปที่ 18 การคาดประมาณร้อยละของการรักษาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยองค์การอนามัยโลก



รูปที่ 19 แสดงถึงวัณโรค โรคปอดอักเสบ และโรคอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตายจากเอดส์ ซึ่งสามารถใช้รายงานจากระบบ EIS ของกองระบาดวิทยา รายงานจาก NAP Web report และการหาข้อมูลจากหน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่เพื่อวิเคราะห์การเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ร่วมด้วย รวมถึงประเมินสถานการณ์โรคอื่นๆ ว่ามีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อมากน้อยเท่าใด

รูปที่ 19 สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตสุขภาพ A



แหล่งข้อมูล: EIS กองระบาดวิทยา 21 เม.ย.65

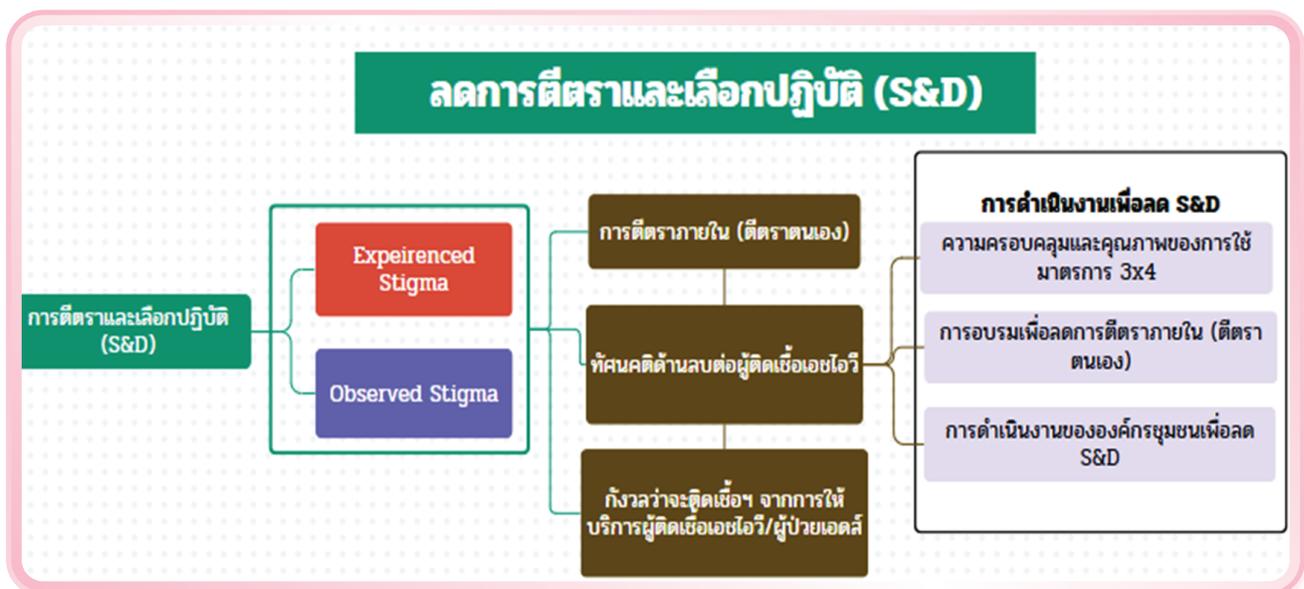
ข้อพิจารณาในการใช้ข้อมูล

- ✓ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา จึงอาจมีข้อมูลไม่ครบถ้วน (under report) และล่าช้า ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของข้อมูลด้วยในระดับพื้นที่อาจพิจารณาหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลหรือจังหวัดประกอบการวิเคราะห์ด้วย
- ✓ ถึงแม้ข้อมูลเรื่องโรคร่วมจะยังไม่ครบถ้วน หรือมีความล่าช้าของการรายงาน แต่เรายังสามารถใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ได้ โดยดูจากแนวโน้ม ลำดับของขนาดหรือสัดส่วนของโรคที่เป็นปัญหาในการวางแผนปิดช่องว่างได้
- ✓ ในระดับพื้นที่ควรเน้นประเด็นเรื่องการบันทึกข้อมูลโดยหน่วยบริการในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล หรือ NAP ให้ครบถ้วนทันเวลา ซึ่งจะเป็ต้นทางของการพัฒนาระบบวิเคราะห์ และรายงานเรื่องโรคร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณภาพต่อไป

7.5 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่างการตีตราและเลือกปฏิบัติ

แม้ว่าการตีตราและเลือกปฏิบัติจะเป็นเป้าหมายสุดท้ายในการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ แต่มีความสัมพันธ์เชิงลึกที่ส่งผลกระทบต่อเชื่อมโยงถึงสองเป้าหมายแรก (95 ที่ 1 และ 95 ที่ 2) เนื่องจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการลดการติดเชื้อรายใหม่และการเสียชีวิต ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับเป้าหมายและการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติมากขึ้นเป็นลำดับ ดังนั้น การวิเคราะห์ขนาดปัญหา ช่องว่างการดำเนินงาน จึงมีความสำคัญมากต่อการบรรลุทั้งสามเป้าหมาย ซึ่งมีกรอบแนวคิดที่ช่วยเป็นแนวทางในการวิเคราะห์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เชื่อมโยงเหตุและปัจจัยดังแสดงในรูปที่ 20

รูปที่ 20 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์การตีตราและเลือกปฏิบัติ



7.5.1 การวิเคราะห์ ขนาดปัญหา ช่องว่าง การตีตราและเลือกปฏิบัติ ระดับพื้นที่

การวิเคราะห์ขนาดปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ เป้าหมายลดการตีตราและเลือกปฏิบัติระดับผลกระทบ ที่ระดับพื้นที่กำหนด ได้แก่ ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ (experienced stigma) และการสังเกตเห็นผู้ให้บริการมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (observed stigma) และการตีตราภายใน (self-stigma หรือ internalized stigma) การวิเคราะห์หาขนาดปัญหา การตีตราและเลือกปฏิบัติ ทำโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัดการติดตามสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ระดับผลกระทบ ได้แก่

1) ผู้ติดเชื้อที่เคยมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ (experienced stigma)

หมายถึง การเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งจากการรับบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ หรือบริการสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อฯ เป็นผู้ตอบคำถามว่า เคยถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนข้อใดข้อหนึ่ง ใน 3 ข้อ ดังนี้

- 1) ถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา
- 2) ได้รับการดูแลเอาใจใส่แยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ
- 3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบอกให้ท่านเอาชุดโรงพยาบาลที่ท่านใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น

วิธีคำนวณ ร้อยละของผู้ติดเชื้อเคยมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ตอบ “เคย” อย่างน้อย 1 ข้อ X 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ร่วมการสำรวจทั้งหมด

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ใช้ในการวัดและติดตามเป้าประสงค์ ผู้ติดเชื้อมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติระดับประเทศนั้น แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์คนละระบบ ระดับประเทศใช้ข้อมูลที่มาจากการสำรวจดัชนีการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma Index) แต่มีประเด็นคำถามคล้ายกัน และกำหนดค่าเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10

2) การสังเกตเห็นผู้ให้บริการมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (observed stigma)

หมายถึง การสังเกตเห็น หรือประสบเหตุการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานบริการ (รพ.) ที่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มประชากรหลักหรือผู้ติดเชื้อใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ให้บริการเป็นคนตอบคำถามว่าเคยพบเห็นการกระทำต่อไปนี้

- 1) เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
- 2) เจ้าหน้าที่ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วย

วิธีคำนวณ ร้อยละของผู้ให้บริการที่สังเกตเห็นพฤติกรรมผู้ให้บริการในสถานบริการ (รพ.) ว่ามีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ตอบ “เคยเห็น” ข้อใดข้อหนึ่ง X 100

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ร่วมการสำรวจทั้งหมด

แหล่งข้อมูล: การวิเคราะห์ทั้งสองตัวชี้วัด ใช้ข้อมูลจากการสำรวจเฝ้าระวังสถานการณ์ การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ (S&D survey) ในระบบบริการในระดับจังหวัดเฝ้าระวังทั้ง 13 จังหวัด 12 เขต และ กทม. โดยมีการดำเนินการสำรวจทุก 2 ปี (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในคู่มือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติฯ เผยแพร่ทาง HIV info Hub)

หมายเหตุ: หากพื้นที่ใด (จังหวัด) ไม่ได้เป็นจังหวัดเฝ้าระวัง ไม่ได้ทำการสำรวจเอง ให้ใช้ผลการสำรวจของจังหวัดเฝ้าระวังในเขตสุขภาพของตนเอง หรือระดับเขตที่ใช้ข้อมูลของจังหวัดในเขตตนเอง

แนวทางการวิเคราะห์ และแปลความข้อมูล

เนื่องจากในระบบการสำรวจสถานการณ์ฯ ที่พื้นที่ดำเนินการนั้น ได้พัฒนารูปแบบการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์แบบสำเร็จรูปเฉพาะการสำรวจนี้ ซึ่งมีการส่งข้อมูลผลการวิเคราะห์ทั้งในระดับประเทศและแยกรายเขตสให้พื้นที่ ทำให้พื้นที่ไม่ต้องวิเคราะห์ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์เพื่อดูขนาดปัญหาหรือช่องว่างการดำเนินงาน บางส่วนอาจต้องนำผลที่ได้จากโปรแกรมมาวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น แนวทางการวิเคราะห์ และแปลความข้อมูล ดังนี้

• วิเคราะห์ขนาดปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดย

- เปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างค่าผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยถูกเลือกปฏิบัติกับค่าเป้าหมาย ที่พื้นที่กำหนดไว้ (พื้นที่กำหนดเป้าหมายเอง หรือตั้งเท่ากับค่าระดับประเทศ ได้วิธีการกำหนดค่าแล้วในหัวข้อการตั้งค่าเป้าหมาย) ข้อมูลผลที่ได้ หมายถึง ความท้าทายที่ต้องลดสถานการณ์การถูกเลือกปฏิบัติจากบุคลากรในระบบบริการสุขภาพลง
- เปรียบเทียบ ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยถูกเลือกปฏิบัติ เทียบกับ 12 เขต เพื่อบอกความสำคัญของพื้นที่ที่กระทบต่อภาพรวมประเทศ

• วิเคราะห์ เทียบผลการวิเคราะห์ แนวโน้มของทั้งสองชี้วัด ว่าไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่

• วิเคราะห์ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยถูกเลือกปฏิบัติ วิเคราะห์แยกรายกลุ่มอายุ แยกรายพื้นที่

• จังหวัด โรงพยาบาล ร้อยละของการสังเกตเห็นบุคลากรมีการเลือกปฏิบัติจำแนกกลุ่มเป้าหมาย อาชีพ เพศ อายุ

• ค่าตัวเลขร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยถูกเลือกปฏิบัติ และร้อยละของการสังเกตเห็นบุคลากรมีการเลือกปฏิบัติ ค่าตัวเลขร้อยละที่วิเคราะห์ คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ มากน้อย แปรตรงตามค่าตัวเลขที่พบ

• **วิเคราะห์เพิ่มเติม** ช่องว่าง ประเด็นปัญหาการดำเนินงาน โดยจำแนกข้อมูลรายข้อคำถาม ประเด็นที่ผู้ติดเชื้อถูกการเลือกปฏิบัติมากที่สุด หรือการสังเกตเห็นพฤติกรรมบุคลากรมีการเลือกปฏิบัตินั้นเป็นแบบใดมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็น สาเหตุ หรือเหตุผล รวมทั้งข้อมูลในประเด็นอื่นๆ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามกรอบการวิเคราะห์ เพื่อการแนวทางแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น

ตัวอย่างการวิเคราะห์ขนาดปัญหาดำเนินงาน และการแปลความ

• จากประสบการณ์ ในพื้นที่มักพบว่า ขนาดปัญหาผู้ติดเชื้อมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่พบมากนั้น เมื่อแยกข้อมูลรายข้อพบว่า % ส่วนใหญ่ มาจากประเด็นการให้แยกถังเสื้อผ้า อาจจะเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ไม่ได้เข้าใจว่าสิ่งที่ทำคือการเลือกปฏิบัติ ซึ่งการแก้ไขปัญหาในประเด็นนี้ไม่ได้ซับซ้อน การทำความเข้าใจ การอบรมบุคลากรให้เข้าใจถึงการตีตราและการเลือกปฏิบัติ การปรับนโยบายโรงพยาบาลในการจัดการปรับปรุงเรื่องการจัดการถังเสื้อผ้า ก็จะสามารถลดขนาดปัญหาได้ถูกจุดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

• หากพบว่าขนาดปัญหา ของร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติฯ และร้อยละของบุคลากรสังเกตเห็นบุคลากรมีการเลือกปฏิบัติฯ มีค่าสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด หรือสูงกว่าค่าระดับประเทศ หรือมีแนวโน้มที่สูงขึ้น แสดงว่า ณ ปัจจุบัน การดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการที่ดำเนินงานอยู่ในพื้นที่นั้น ยังไม่มีประสิทธิภาพหรือยังไม่ครอบคลุมพอ หรือบางพื้นที่ยังไม่มีการทำงานจริงจังมาก หรือในอีกความหมายหนึ่ง คือ ในพื้นที่ ยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการของผู้ติดเชื้อ โอกาสที่ผู้ติดเชื้อจะเข้าถึงบริการซ้ำมีมากขึ้น และสถานการณ์ advanced HIV disease จะไม่ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุ ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้อง

กับเป้าหมายการเสียชีวิตและการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งต้องการการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่องถึงการทัศนคติของบุคลากร หรือในบางปัจจัยด้านการตีตราตนเอง เป็นอย่างไร รวมถึงการดำเนินงานลดการตีตราฯ ในพื้นที่ซึ่งอยู่ในแนวทางการวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อให้เห็นช่องว่างในการดำเนินงาน ต่อไป

- เมื่อเปรียบเทียบขนาดปัญหา ณ ปัจจุบัน และแนวโน้มปัญหา ระหว่างคำร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ และร้อยละของบุคลากรที่สังเกตเห็นบุคลากรมีพฤติกรรมเลือกปฏิบัติว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ จากระเบียบวิธีของการสำรวจฯ วัตถุประสงค์ของการมีคำถามที่ให้ทั้งคู่ติดเชื้อและบุคลากรผู้ให้บริการตอบ ในเรื่องเดียวกันและช่วงเวลาเดียวกันเพราะต้องการให้คำตอบ หรือข้อมูลของทั้งสองฝ่ายช่วยสอบทานข้อมูลซึ่งกันและช่วยสนับสนุน ยืนยันการเกิดสถานการณ์การถูกเลือกปฏิบัติฯ ในระบบบริการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้น แนวโน้มข้อมูลทั้งสองชุดควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตัวอย่างเช่น พบผลการวิเคราะห์ว่าแนวโน้มร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติยังสูงลอย แต่แนวโน้มการสังเกตเห็นบุคลากรมีการเลือกปฏิบัติต่ำลง ข้อมูล 2 ชุดนี้ไม่สอดคล้อง ไม่สนับสนุนกัน จากข้อมูลนี้แสดงว่า ระบบบริการน่าจะยังมีสถานการณ์การเลือกปฏิบัติอยู่และมีสูงขึ้น แต่เนื่องจากบุคลากรอาจยังไม่เข้าใจว่าพฤติกรรมใดคือการเลือกปฏิบัติไม่อ่อนไหวต่อประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ จึงทำให้ผลออกมาต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มบุคลากรที่ตอบส่วนใหญ่อาจยังไม่เคยอบรมหรือเป็นบุคลากรใหม่หมุนเวียนบ่อย พื้นที่ที่ยังไม่มีการอบรมเกี่ยวกับการตีตราหรือยังทำได้น้อยจึงไม่ครอบคลุมบุคลากรผลจึงออกมาต่ำ ซึ่งต้องนำข้อมูลผลการวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เช่น ทัศนคติ ความกลัว กังวล ต่อการติดเชื้อ (key drivers) ของบุคลากร มาพิจารณาประกอบ รวมถึงผลความครอบคลุมของการอบรมบุคลากรมาพิจารณาด้วย แต่ถ้าพบข้อมูลในทางกลับกัน คำร้อยละของประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติต่ำลง แต่ร้อยละของบุคลากรที่สังเกตเห็นพฤติกรรมบุคลากรมีการเลือกปฏิบัติสูงขึ้น อาจแปลความได้ว่า สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในระบบบริการในพื้นที่นั้นอาจลดลงจริง แต่บุคลากรได้รับการอบรมและเริ่มเข้าใจ และรู้ว่าพฤติกรรมแบบใด คือการเลือกปฏิบัติมากขึ้น ผลการสังเกตการเลือกปฏิบัติด้านบุคลากรจึงสูงขึ้นกว่าเดิม ในขณะที่สถานการณ์จริงอาจจะไม่ได้แย่งขนาดนั้น ซึ่งอย่างไรก็ตามก็ต้องนำผลรายละเอียดการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดการเลือกปฏิบัติของบุคลากร รวมถึงผลการดำเนินงาน ที่เป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ตามที่กล่าวไปแล้ว มาประกอบการอธิบายร่วมด้วย

3) การตีตราภายใน (internalized stigma) หรือการตีตราตนเอง (self-stigma)

การตีตราภายใน (internalized stigma) หรืออีกชื่อหนึ่งคือ การตีตราตนเอง (self-stigma) หมายถึงการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รับเอาการรับรู้ว่ามีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และเห็นด้วยกับทัศนคติดังกล่าว นำมาซึ่งความรู้สึกหรือทัศนคติเชิงลบต่อตนเอง ความรู้สึกนี้ส่งผลกระทบต่ออีกมากมาย อาทิเช่น เกิดเชื้อดื้อยาต้านไวรัสฯ จากการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา และขาดพฤติกรรมป้องกันการถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่นที่ถูกต้อง นอกจากนี้การตีตราตนเองยังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ส่งผลให้ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ใกล้ชิดและแม้แต่คนในครอบครัว นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในลักษณะต่าง ๆ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และอาจรุนแรงถึงการมีความคิดฆ่าตัวตายได้

การประเมินสถานการณ์การตีตราภายในของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ปัจจุบันแนะนำให้ใช้เครื่องมือ Thai Internalized HIV-related Stigma (Thai-IHSS) แบบสั้น ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ ที่มีตัวเลือกตอบ เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย คือ

1. ฉันรู้สึกอายที่ฉันเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นเวรเป็นกรรมที่ฉันติดเชื้อเอชไอวี
3. ฉันรู้สึกท้อแท้/สิ้นหวัง เนื่องจากฉันติดเชื้อเอชไอวี
4. ฉันคิดว่าฉันไม่มีอนาคตแล้ว เนื่องจากฉันเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
5. ฉันไม่อยากไปรับบริการสุขภาพ เพราะกลัวคนอื่นจะรู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี
6. ฉันทำให้ครอบครัวอับอายเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี
7. คนอื่นจะสมน้ำหน้า/ซ้ำเติม ถ้ารู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี
8. คนอื่นอาจจะเลิกคบกับฉัน ถ้ารู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี

วิธีคำนวณ วิเคราะห์ที่ได้ 2 แบบตามตารางที่ 5:

- (1) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของจำนวนข้อคำถามที่แต่ละคนที่ตอบว่า “เห็นด้วย” จากข้อคำถาม 8 ข้อ
 - หาค่าเฉลี่ยคะแนนของแต่ละคนที่ตอบคำถามทั้ง 8 ข้อ
 - หาค่าเฉลี่ยภาพรวม ของจำนวนผู้ตอบทั้งหมด ในภาพจังหวัด เขต
- (2) คำนวณหาค่าร้อยละของผู้ที่ตอบ “เห็นด้วย” จากข้อคำถาม “ฉันรู้สึกอายที่ฉันเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี” คำนวณตามตัวชี้วัดของ UNAIDS ที่ได้ให้คำแนะนำไว้ใน Global AIDS Monitoring ปี พ.ศ. 2567

ตารางที่ 5 ตัวอย่างแสดงคะแนนการตีตราภายในของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จากวิธีวิเคราะห์ 2 แบบ

| Measurement | 2562 | 2564 | 2566 |
|---|-------|-------|---------|
| 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ที่ตอบเห็นด้วยกับข้อคำถามตีตราภายใน (Average summary score of Thai-Internalized HIV-related Stigma Scale (Thai-IHSS) (8 questions) | n/a | n/a | 2.3/8.0 |
| 2. ค่าร้อยละ “ฉันรู้สึกอายที่ฉันเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (GAM Indicator) Feeling ashamed of living with HIV (GAM indicator)” | 34.3% | 46.0% | 42.5% |

แหล่งข้อมูล: ใช้ข้อมูลจากการสำรวจการตีตรา (S&D survey) ในระบบบริการ ในระดับจังหวัดเผ่าระวัง ทั้ง 13 จังหวัด จาก 12 เขต และ กทม. ซึ่งมีการดำเนินการทุก 2 ปี (ดูรายละเอียดการสำรวจฯ ได้ในคู่มือการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการ)

หมายเหตุ: หากจังหวัดของผู้วิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้อยู่ในจังหวัดเผ่าระวัง ให้ใช้ผลการสำรวจของจังหวัดเผ่าระวังในเขตสุขภาพของตนเอง หรือระดับเขต ให้ใช้ข้อมูลของจังหวัดในเขตตนเอง

แนวทางการวิเคราะห์

- วิเคราะห์ขนาดปัญหา โดย

- เปรียบเทียบข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ ใช้ค่าร้อยละ หรือใช้ค่าเฉลี่ย เทียบกับค่าเป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ค่าส่วนต่างที่ได้ คือ ขนาดปัญหา ความท้าทายที่ต้องลดลงให้ได้
- จำแนกรายพื้นที่ รายกลุ่มอายุ เพศ (ผู้รับบริการ)

- วิเคราะห์แนวโน้ม ร้อยละการตีตราตนเอง หากพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น หรือไม่ลดลง ต้องพิจารณาดำเนินการกิจกรรมเพื่อลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และกลุ่มอื่น กลุ่มประชากรหลัก สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีการดำเนินงานด้านนี้ดำเนินงานให้ครอบคลุม เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

- วิเคราะห์ จำแนกรายข้อคำถาม เพื่อดูว่าขนาดปัญหาที่สูงอยู่ที่ประเด็นใดมากที่สุด

อนึ่ง การตีตราตนเองเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี หากพบพื้นที่ที่มีสถานการณ์การตีตราตนเองสูง พื้นที่นั้นอาจจะยังไม่มีกรดำเนินงานลดการตีตราตนเอง หรืออาจจะมีสถานการณ์ การตีตราหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและในชุมชนสังคมอยู่มาก และจะเพิ่มอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการ อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงระบบบริการช้า และการเกิด advanced HIV disease มากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่ออัตราการตาย และอัตราการติดเชื้อรายใหม่ เช่นเดียวกัน การที่มีสถานการณ์ แนวโน้มการตีตราตนเองสูง หรือสูงกว่าเป้าหมาย หมายถึงการดำเนินงานลดการตีตราตนเองอาจจะยังดำเนินการได้น้อย ยังไม่ครอบคลุมพอ ไม่มีผู้ดำเนินการ การดำเนินงานยังไม่มีคุณภาพ ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ขนาดปัญหานอกจากจะทราบรายละเอียดว่าประเด็นใด เป็นประเด็นที่มีขนาดปัญหา หรือเป็นประเด็นช่องว่างที่ใหญ่ที่สุดแล้ว ต้องวิเคราะห์ เพิ่มเติมถึงปัจจัยหรือการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพิจารณาพร้อมด้วย ตามกรอบการวิเคราะห์ตามรูปที่ ซึ่งจะแปลความและทราบถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาค้นหาได้ชัดเจนขึ้นซึ่งจะกล่าวต่อไป

7.5.2 การวิเคราะห์ ประเด็นปัญหา ช่องว่าง ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าประสงค์ การตีตราและเลือกปฏิบัติ (Experienced stigma, Observed stigma, และ Self-stigma)

การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าประสงค์การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งเป้าประสงค์ คือ ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ (experienced stigma) และการสังเกตเห็นผู้ให้บริการมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (observed stigma) และการตีตราภายใน (self-stigma หรือ internalized stigma) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อเป้าประสงค์ทั้ง 3 ประการนี้ ได้แก่ บุคลากรมีทัศนคติเชิงลบต่อเอชไอวี และบุคลากรมีความกังวลในการป้องกันเกินความจำเป็น ประเด็นปัญหาช่องว่าง ทำได้โดยการวิเคราะห์จากข้อมูลการติดตามตัวชีวิต

1) ทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยหลักที่สำคัญ (key driver) ที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ทัศนคติด้านลบของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัดได้ด้วยการตอบคำถาม 4 ข้อสำหรับผู้ให้บริการ ถ้าตอบว่า “เห็นด้วย” กับข้อคำถามต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 จาก 4 ข้อจะนับว่ามีทัศนคติด้านลบ

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ไม่สนใจว่าเขาอาจจะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้คนอื่นได้
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการติดเชื้อของตนเอง
3. คนเราจะติดเชื้อเอชไอวีได้เพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
4. ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ ถ้าต้องการ (ข้อนี้ นับจากตอบ “ไม่เห็นด้วย”)

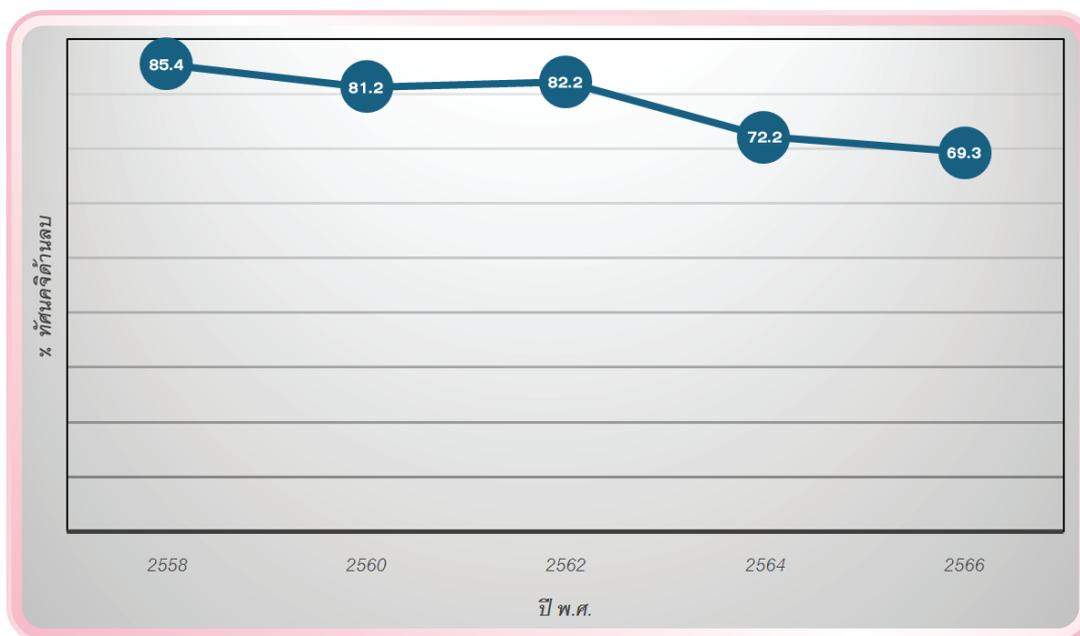
วิธีคำนวณ: ค่าเป็นร้อยละของผู้ให้บริการที่มีทัศนคติเชิงลบ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ตอบ “เห็นด้วย” + “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” อย่างน้อย 1 ข้อ x 100

ตัวหาร คือ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ร่วมการสำรวจทั้งหมด

ในรูปที่ 21 แสดงข้อมูลแนวโน้มของทัศนคติของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่มีแนวโน้มลดลง (สถานการณ์ดีขึ้น) อย่างต่อเนื่องจาก 85% ในปีพ.ศ. 2558 เป็น 69% ในปี พ.ศ. 2566 อย่างไรก็ตาม ทัศนคติด้านลบของบุคลากรยังถือว่าอยู่ในระดับสูง

รูปที่ 21 ทัศนคติด้านลบของบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทย ต่อเอชไอวี



2) กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นปัจจัยหลักสำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมกรรมการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการ เพราะหากมีความกังวลจะมีผลทำให้เกิดการป้องกันตัวเองมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ในระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การระวังตัวเกินไปจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติได้ ความกังวลดังกล่าวจะวัดจากการตอบคำถามว่า “มีความกังวล” อย่างน้อย 1 จาก 3 ข้อต่อไปนี้

1. กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี เมื่อต้องหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
2. กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี เมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
3. กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องเจาะเลือดผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

วิธีคำนวณ: ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ตอบ “กังวลน้อย” + “กังวลพอสมควร” + “กังวลมาก” อย่างน้อย 1 ข้อ x 100
ตัวหาร คือ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ร่วมการสำรวจทั้งหมด

แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของทั้งสองตัวชี้วัด (ทัศนคติ และความกังวลของบุคลากร)

- เปรียบเทียบกับเป้าหมายประเทศ
- จำแนกรายกลุ่มประชากร อายุ เพศ อาชีพ
- จำแนกรายข้อคำถาม
- แนวโน้มร้อยละของผู้ให้บริการที่มีทัศนคติเชิงลบ และ
- แนวโน้มร้อยละของผู้ให้บริการที่มีความกังวลฯ

แหล่งข้อมูล: การวิเคราะห์ตัวชี้วัดทั้ง 2 ตัว ใช้ข้อมูลจากการสำรวจการตีตรา (S&D survey) ในระบบบริการในระดับจังหวัดเผ่าละวังทั้ง 13 จังหวัด จาก 12 เขต และ กทม. ซึ่งมีการดำเนินการทุก 2 ปี (ดูรายละเอียดการสำรวจฯ ได้ในคู่มือการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการ)

หมายเหตุ: หากพื้นที่ใด (จังหวัด) ไม่ได้เป็นจังหวัดเผ่าละวัง ไม่ได้ทำการสำรวจเอง ให้ใช้ผลการสำรวจของจังหวัดเผ่าละวังในเขตสุขภาพของตนเอง หรือระดับเขต ให้ใช้ข้อมูลของจังหวัดในเขตตนเอง

7.5.3 การวิเคราะห์ ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ กับทัศนคติ และพฤติกรรม การตีตราและเลือกปฏิบัติ และการตีตราตนเอง

1) ร้อยละการดำเนินงานลดการตีตราในระบบบริการในพื้นที่

วิธีคำนวณ ความครอบคลุม (coverage, ร้อยละ) การอบรมในสถานพยาบาล หลักสูตร 3X4

ตัวตั้ง คือ จำนวนสถานบริการ (รพ.) ที่มีการดำเนินงาน หลักสูตร 3x4 x 100

ตัวหาร คือ จำนวนสถานบริการ (รพ.) ที่มีอยู่ในพื้นที่

หมายเหตุ: นับจำนวนสถานบริการ (รพ.) เฉพาะภาครัฐ หรือหากพื้นที่มีนโยบายในการดำเนินงาน 3X4 ใน รพ.เอกชนด้วย ตัวตั้งและตัวหาร ต้องนับรวมทั้งภาครัฐและเอกชน ให้สอดคล้องกัน

2) การดำเนินงานลดการตีตรา ตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

วิธีคำนวณ ความครอบคลุม (ร้อยละ) การดำเนินงาน self-stigma ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ตัวตั้ง คือ จำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับการอบรมการลดการตีตราตนเอง x 100

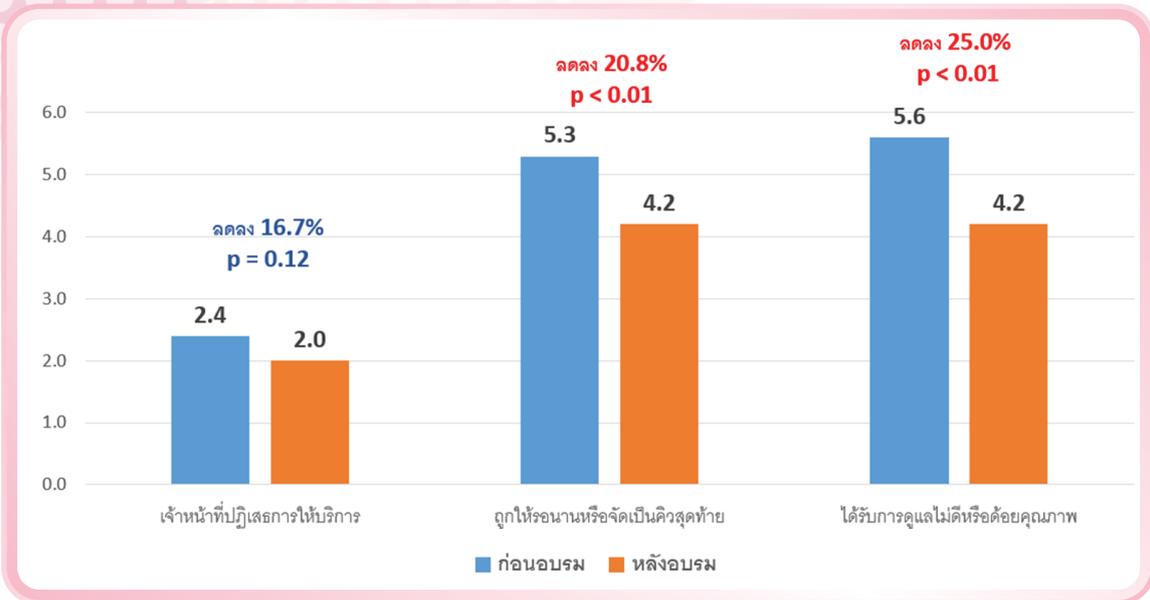
ตัวหาร คือ จำนวนกลุ่มติดเชื้อที่มีทั้งหมดในพื้นที่

ตัวอย่างการวิเคราะห์ และประมวลเชื่อมโยงความเป็นเหตุและผลของข้อมูล และการแปลความ ด้วยชุดข้อมูลการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การวิเคราะห์ และประมวลเชื่อมโยงความเป็นเหตุและผลของข้อมูล ตัวอย่างจากข้อมูล การวิเคราะห์ ชุดข้อมูล การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาประมวลเชื่อมโยงให้เห็นความเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกันเพื่ออธิบาย สถานการณ์ ช่องว่างการดำเนินงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นหนึ่งในกระบวนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการติดตามฯ เพื่อนำมาแก้ไขปัญหา ข้อมูลที่นำมาแสดงเป็นตัวอย่างการวิเคราะห์และประมวลร่วมกัน ได้แก่ แนวโน้มของผู้ติดเชื้อที่มีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติยังคงสูง ในขณะที่แนวโน้มบุคลากรที่สังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการเริ่มต่ำลง แต่บุคลากรที่มีทัศนคติเชิงลบต่อเอชไอวียังคงเดิม การอธิบายความเชื่อมโยงเหล่านี้อย่างไร และจะต้องวิเคราะห์เพิ่มหรือไม่ และควรทำอย่างไรต่อไป? ตามหลักการแล้วข้อมูลทั้งสามชุดควรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรม ประเด็นปัญหา คือ การสังเกตพฤติกรรมบุคลากรกลับต่ำลง (จริงหรือไม่ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเคยถูกเลือกปฏิบัติยังคงสูง) แต่บุคลากรที่มีทัศนคติเชิงลบยังคงสูงคงเดิม อาจเป็นเพราะเมื่อได้รับการอบรม (วิเคราะห์ความครอบคลุมของบุคลากรที่ได้รับการอบรมเพิ่ม) ตระหนักว่าพฤติกรรมใดไม่ควรทำตามที่ได้รับการอบรมและมาตรฐานวิชาชีพจึงไม่แสดงออก ทำให้บุคลากรสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติลดลง ข้อมูลที่ต้องวิเคราะห์เพิ่ม และนำมาพิจารณาเพิ่มเติม คือ ผลการวิเคราะห์ key driver ด้านตระหนักรู้ ความกลัวกังวลเกินจำเป็นรวมถึงนโยบายการใช้ทรัพยากรของ รพ. เพื่อหาพิจารณาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เป็นเหตุให้เกิดการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้น เป็นช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องหาแนวทางแก้ไข

- อีกสองตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าข้อมูล ร้อยละของบุคลากรที่มีทัศนคติเชิงลบต่อเอชไอวีที่เปรียบเทียบ สถานบริการสุขภาพ รพ. A. ผลอยู่ในระดับต่ำกว่า รพ. อื่น (ดีกว่า) ในจังหวัด แต่ข้อมูลจากผู้รับบริการ (ผู้ติดเชื้อ) มีประสบการณ์เคยการถูกเลือกปฏิบัติสูงกว่า รพ.อื่น ๆ ต้องพิจารณา และวิเคราะห์ข้อมูลอื่นประกอบ เพื่อหาสาเหตุมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วดำเนินการแก้ไข เป็นต้น การวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะการเชื่อมโยงประเด็นอีกลักษณะหนึ่ง เช่น การเปรียบเทียบระหว่างหลังการจัดกิจกรรมอบรมบุคลากรกับก่อนการอบรม ว่าผลการสำรวจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เป็นต้น ดังตัวอย่างที่แสดงในรูปที่ 22 ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการรายงานการถูกเลือกปฏิบัติลดลง หลังจากบุคลากรของสถานบริการสุขภาพได้รับการอบรมหลักสูตร 3X4 (ข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพ 48 แห่ง)
- การวิเคราะห์แนวโน้มในเรื่องใดๆ ต้องมีข้อมูลชุดเดียวกัน 3 จุดเวลาขึ้นไป ในระยะเวลาที่แตกต่างกันออกไป การติดตามแนวโน้ม จะทำให้ทราบว่าสถานการณ์ว่าการดำเนินงานนั้นดีขึ้นหรือแย่ลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง ผลการสำรวจที่แสดงถึงวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่ดี จะไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นลงอย่างรวดเร็ว (มีความเหวี่ยงหรือปรวนแปรรุนแรง) แต่จะแสดงทิศทางการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป เว้นแต่มีปัจจัยสำคัญอื่นที่อธิบายความผิดปกติของแนวโน้มได้ ตัวอย่างในรูปที่ 21

รูปที่ 22 ร้อยละของการถูกเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ



กรอบแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลที่กล่าวข้างต้นในรูปที่ 20 เป็นการนำข้อมูลจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ในพื้นที่ มาวิเคราะห์เชื่อมโยง เพื่อชี้ขนาด ประเด็นปัญหา และค้นหาช่องว่าง เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบ วางแผนการดำเนินงาน แก้ไขปัญหา ปิดช่องว่าง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละพื้นที่ มีระบบ การจัดเก็บข้อมูลไม่เท่ากัน ดังนั้น พื้นที่ที่สามารถปรับแนวทางการวิเคราะห์ข้างต้น โดยเลือกชุดข้อมูลมาใช้ ในการแสดงความเชื่อมโยง ที่เป็นเหตุและผลได้ตามความพร้อมและความเหมาะสมของข้อมูลในพื้นที่มี



8.

การนำเสนอและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ขั้นตอนการนำเสนอและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ คือ หัวใจของการติดตามการดำเนินงานยุติเอดส์ในพื้นที่ การนำเสนอข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและมีความน่าเชื่อถือให้กับเครือข่ายองค์กรในพื้นที่ จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับต่างๆ รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ดังนั้น สิ่งแรกที่ต้องตระหนัก และคำนึงถึงคือ ทีมงานต้องทำความเข้าใจร่วมกันให้ชัดเจนก่อนว่า กลุ่มเป้าหมายที่จะนำเสนอข้อมูลคือใคร และวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการนำเสนอครั้งนั้นคืออะไร แล้วจึงเลือกชุดข้อมูล และประเด็นที่จะนำเสนอให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และเวลาที่มี ซึ่งในขั้นตอนการเตรียมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลควรต้องทำอย่างรอบด้าน ครอบคลุมทุกประเด็น (เสมือนกระดาด) ในการระบุประเด็นปัญหา ขนาด ช่องว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางที่กล่าวแล้ว แต่ในการนำเสนอชุดข้อมูลไม่จำเป็นต้องนำเสนอทุกประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ ควรพิจารณาเลือกใช้ และนำเสนอเฉพาะประเด็นปัญหา ช่องว่าง ที่สำคัญได้จัดลำดับแล้ว และเป็นประเด็นที่สามารถแก้ไขปัญหาให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการมากที่สุด พร้อมชุดข้อมูลสนับสนุน ที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นภาพสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยนำมาเรียงเรียงให้เกิดความเชื่อมโยงตามลำดับ (ข้อมูลส่วนที่พบว่าไม่ได้เป็นสาเหตุ ปัจจัยเกี่ยวข้อง ไม่เชื่อมโยงไปถึงตัวประเด็นปัญหา ช่องว่างให้ตัดออก) ซึ่งจำนวนเนื้อหาข้อมูลที่จะนำเสนอต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตรงกลุ่มเป้าหมาย และเวลาที่ใช้ในการนำเสนอด้วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วชุดข้อมูลที่น่าสนใจมีแนวทางดังนี้

8.1 แนวทางการนำเสนอข้อมูล

8.1.1 ภาพรวมสถานการณ์การระบาดเอดส์ (current epidemic status)

ภาพรวมสถานการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อด้วยวิธีทางคณิตศาสตร์ของประเทศไทย (AEM-Spectrum Model) โดยนำเสนอข้อมูลดังนี้

- สถานการณ์ปัจจุบัน (ปีปัจจุบัน) ในภาพรวมของพื้นที่ (เขต หรือ จังหวัด) มีจำนวนผู้ติดเชื้ออยู่เท่าไร ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ (PLHIV) จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New infection) และมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี (Death) เป็นอย่างไร
- แนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ (PLHIV) จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New infection) จำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี (Death) ตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงปัจจุบัน และอนาคต 2573 เพื่อความีแนวโน้มมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลง ช่วงไหน อย่างไรบ้าง แนวโน้มอนาคตจะเป็นอย่างไร
- สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New infection) และการเสียชีวิตเทียบเป้าหมาย (ถ้ามีข้อมูล)
- การติดเชื้อรายใหม่ (New infection) เกิดขึ้นที่ไหนกับใครมากที่สุด
- เกิดขึ้นในพื้นที่ใดมากที่สุด เปรียบเทียบจำนวนผู้ติดเชื้อจากการคาดประมาณหรืออัตราการติดเชื้อรายใหม่ จากการคาดประมาณ รายจังหวัด

- กลุ่มประชากร กลุ่มอายุใดที่สำคัญ เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New infection) เกิดขึ้นในกลุ่มอายุเท่าใด และเกิดกลุ่มประชากรใดมากที่สุด สถานการณ์ความชุกการติดเชื้อในกลุ่มประชากรสำคัญต่างๆ มีแนวโน้มเป็นอย่างไร
- ความชุกการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก ข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ที่มีดำเนินการเฝ้าระวัง BBS กองระบาดวิทยา และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย (Young ANC) จากการเฝ้าระวัง HSS
- อัตราการติดเชื้อในเด็กแรกเกิด Vertical Transmission rate (PMTCT)

8.1.2 สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในพื้นที่

ผลการการสำรวจ (S&D survey) ระดับเขต ได้แก่ Experienced stigma, Observed stigma, Self- stigma และการเทียบค่าเป้าหมาย

8.1.3 นำเสนอข้อมูลที่ชี้ประเด็น ขนาดของปัญหา ช่องว่างการดำเนินงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยสรุปประมวลข้อมูลที่เป็นประเด็นปัญหา ปัจจัย สาเหตุหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยง ที่เป็นช่องว่างตามเป้าหมายลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิต และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยเลือกประเด็นสำคัญที่ต้องการนำเสนอพร้อมข้อมูลสนับสนุนประเด็นปัญหา ช่องว่างนั้น ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และอาจจะเพิ่มการนำเสนอผลงานเด่น โดยระบุกิจกรรมที่ทำสำเร็จเพื่อให้เป็นแนวทางการขยายผลต่อยอด

8.1.4 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข รายละเอียดในหัวข้อที่ 10

8.1.5 บอกแนวทางการแก้ไขที่ตอบสนองต่อประเด็นปัญหา ตามช่องว่างที่ค้นพบ

8.2 การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังที่กล่าวมา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานได้ในหลายกรณี

8.2.1 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต/จังหวัด โดยเฉพาะในเวทีที่มีคณะอนุกรรมการเอดส์ในระดับเขต หรือจังหวัด

8.2.2 ใช้กำกับติดตาม นิเทศงานตามแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต/จังหวัด โดยผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในระดับเขต/ จังหวัดใช้ข้อมูลเพื่อทบทวนความก้าวหน้าและระบุช่องว่างในการดำเนินงานที่ยังมีอยู่อย่างสม่ำเสมอ เช่น ไตรมาสละครั้ง หรือตามความจำเป็นเร่งด่วน และแหล่งข้อมูลที่มีล่าสุด

8.2.3 นำเสนอในที่ประชุมกับผู้บริหาร ในวาระการประชุมติดตามงานเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบาย โดยเน้นการนำเสนอที่สั้น กระชับ เน้นเฉพาะประเด็นสำคัญที่ต้องการแก้ไข พร้อมเสนอวิธีแก้ไขและสิ่งที่ต้องการการตัดสินใจเชิงนโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหาร ทั้งนี้ การนำเสนอไม่ควรเกิน 5 - 10 นาที หรือ 5 - 10 สไลด์ โดยประมาณ

8.2.4 นำเสนอในที่ประชุมกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อความร่วมมือในการแก้ปัญหา ได้แก่ หน่วยบริการภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรชุมชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มองค์กรภาคีอื่นๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับงานยุติเอดส์ ทั้งนี้ ในเวทีผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มองค์กรภาคี สามารถเสนอข้อมูลรายละเอียดเพิ่มขึ้นได้ แต่ควรเลือกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ฟัง และบอกวิธีแก้ปัญหาที่กลุ่มผู้ฟังมีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอไม่ควรเกิน 10 - 15 นาที หรือ 10 - 15 สไลด์ โดยประมาณ

8.2.5 นำเสนอสรุปสถานการณ์เป็น Policy brief และ/หรือ Factsheet เพื่อให้ผู้บริหาร รับทราบและให้นโยบายแนวทางเพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วนในพื้นที่ หรือเผยแพร่เพื่อระดมความร่วมมือจากองค์กร ภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเร่งรัดการทำงานยุติเอดส์ร่วมกัน

8.2.6 นำประเด็นสำคัญที่ได้ไปใช้ประกอบการจัดทำวิจัยเชิงลึก เพื่อตอบคำถามที่ไม่สามารถตอบได้ จากชุดข้อมูลที่มาจากระบบกำกับติดตามปกติ



9.

แหล่งข้อมูล

9.1 ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย

HIV Info Hub (<https://hivhub.ddc.moph.go.th/>) เป็นเว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค จัดทำโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลในรูปแบบของเว็บไซต์ที่เป็นศูนย์รวมของข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเอดส์จากทุกแหล่งข้อมูลที่หน่วยงานต่างๆ ได้จัดทำไว้ ทั้งข้อมูลอ้างอิงและข้อมูลที่วิเคราะห์จากระบบรายงาน และยังรวบรวมลิงก์ที่เชื่อมโยงไปยังแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเอดส์เกือบทั้งหมดซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้อีกจำนวนมาก ชุดข้อมูลต่างๆ ที่แสดงอยู่บน HIV Info Hub ได้สรุปอยู่ในตารางที่ 6 ด้านล่าง และแผนผังสรุปแหล่งข้อมูลและการจัดกลุ่มนำเสนอข้อมูลตามรูปที่ 23

ตารางที่ 6 ชุดข้อมูลและผู้ดูแลระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานเอชไอวีของประเทศไทย

| ชื่อชุดข้อมูล | เรื่องที่ใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ | หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูล |
|--|--|--|
| 43 แฟ้ม | อัตราป่วยและตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV co-morbidity, mortality report) | - ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) - สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| BBS | การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงกับการติดเชื้อเอชไอวี | กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค |
| BSS HSS | - พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มเยาวชน - ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ใน 5 กลุ่มประชากรเฝ้าระวัง (ANC, PWID, blood donor, STI clients, migrant) | กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค |
| AEM – Spectrum KP size estimation | - คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV size estimations) - คาดประมาณจำนวนประชากรหลัก (KP size estimations) | |

| ชื่อชุดข้อมูล | เรื่องที่ใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ | หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูล |
|---|--|--|
| RTCM | - ข้อมูลติดตามการดำเนินงานเชิงรุก (ปัจจุบันรวมกับงานเชิงรุกในโปรแกรม NAP) | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค |
| NASA | - ค่าใช้จ่ายด้านงานเอดส์ | |
| S&D survey | - สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) | |
| PrEP Thai.net | - ผลการให้บริการป้องกันด้วยยา PrEP (ปัจจุบันรวมกับโปรแกรม NAP) และผลการให้บริการ index partner testing | |
| CRS | - สถานการณ์การร้องเรียนการละเมิดสิทธิตีตราและเลือกปฏิบัติ | |
| TPT/ HIV | - การรักษา Latent TB ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี | |
| E-cascade | การให้บริการโดยองค์กรชุมชน KPLHS (ปัจจุบันรวมกับงานเชิงรุกในโปรแกรม NAP) | FHI-360 |
| PHIMS | ผลการให้บริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก | กรมอนามัย |
| บสต. | ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด | สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| National Health Examination Survey (NHES) | ทัศนคติของประชาชนทั่วไปต่อผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบ | สำนักงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHESO) |
| MICS | ทัศนคติประชาชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ | สำนักงานสถิติแห่งชาติ (NSO) |

9.2 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่สำคัญของประเทศไทย

ประเทศไทยมีหลายแหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติได้ ดังนี้

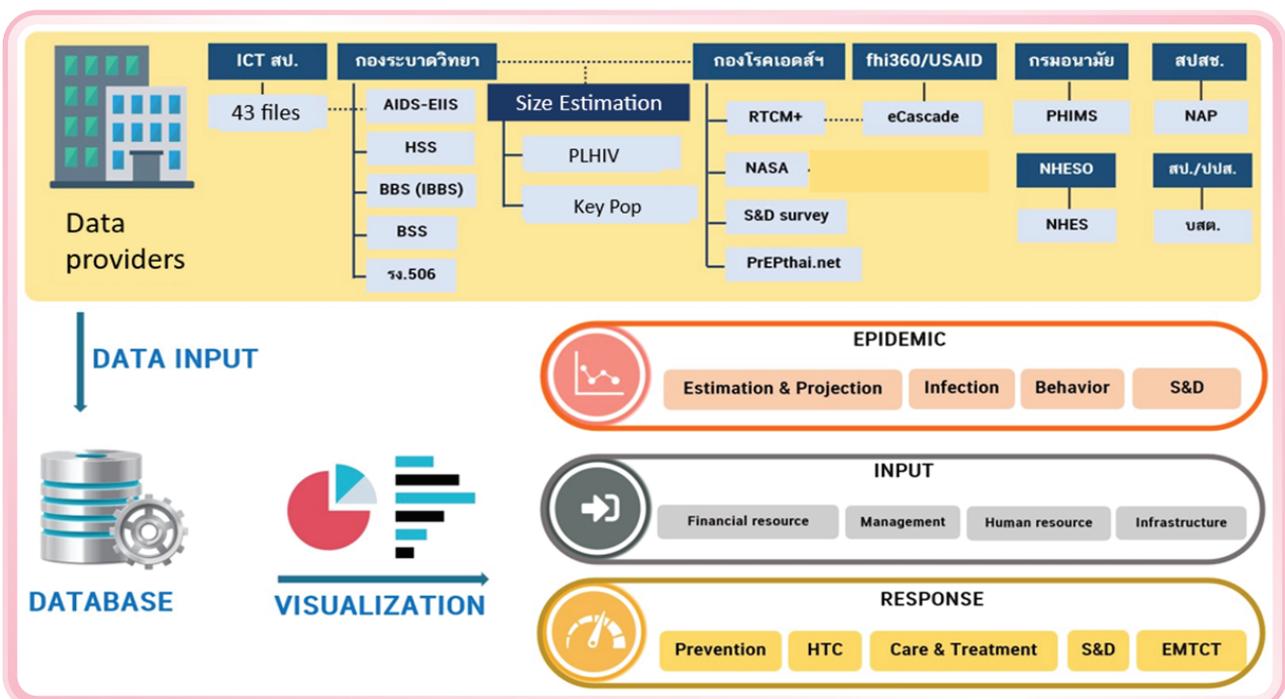
1) การสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในประชาชนทั่วไป

- การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS) มีผลการสำรวจเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนทั่วไปต่อผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบ ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติทุก 3 ปี ครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2565
- การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey) มีผลการสำรวจเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนทั่วไปต่อผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบ ดำเนินการโดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และเครือข่ายทุก 5 ปี ครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2562 - 2563

2) การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

- การดำเนินการระดับประเทศ เป็นการติดตามสถานการณ์ใน 12 จังหวัดที่เป็นตัวแทนของแต่ละพื้นที่ เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร รวมเป็นทั้งหมด 13 พื้นที่ ดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเครือข่าย ดำเนินการทุก 2 ปี ครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2566
- การดำเนินการระดับเขตและจังหวัด ดำเนินการตามความสมัครใจของพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือและวิธีการสำรวจเหมือนการดำเนินการระดับประเทศ
- การดำเนินการระดับสถานพยาบาล เป็นไปตามความสมัครใจของสถานพยาบาล ซึ่งบางแห่งมีการเก็บข้อมูลหลายรอบ เช่น ก่อนและหลังการอบรมบุคลากร เป็นต้น

รูปที่ 23 แผนผังแสดงแหล่งข้อมูลเอชไอวี/เอดส์และการนำเสนอในรูปแบบของแดชบอร์ด (dashboard) ในเว็บไซต์ HIV Info Hub



3) การสำรวจดัชนีการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี ประเทศไทย (PLHIV Stigma Index)

เป็นการสำรวจสถานการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ และการถูกละเมิดสิทธิ ที่เกิดขึ้นกับ ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การสำรวจนี้ดำเนินการโดยเครือข่ายผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ทำการสำรวจมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2552 และครั้งที่สองเมื่อปี พ.ศ. 2565-2566

4) การสำรวจประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรหลัก (KP BBS)

เป็นการสำรวจสถานการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ และการถูกละเมิดสิทธิ ที่เกิดขึ้นกับ กลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Key population, KP) ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสาวประเภทสอง ผู้ให้บริการทางเพศ และผู้ใช้สารเสพติด ที่เป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับพฤติกรรมการศึกษาการติดเชื้อเอชไอวี (Biological and behavioral survey, BBS) การสำรวจนี้ดำเนินการโดยกองระบาดวิทยา ทำการสำรวจทุก 2 ปี

5) ระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ (Crisis response system, CRS)

หรือ “สวัสดี ปกป้อง” เป็นระบบรับเรื่องร้องเรียน ที่ผู้ถูกละเมิดสิทธิสามารถแจ้งเรื่องร้องเรียนผ่านระบบออนไลน์ หรือสามารถแจ้งโดยตรงกับหน่วยงานภาคประชาสังคมต่างๆ

ตารางที่ 7 เป็นการสรุปแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ ระบุลักษณะของข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ว่าเป็นข้อมูลอะไร เป็นสาเหตุหรือผลกระทบต่อ การตีตราและเลือกปฏิบัติ

ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีในแต่ละแหล่งข้อมูล

| แหล่งข้อมูล | สาเหตุ | | | ผลกระทบ | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------|---------------------------|------------------------------|---------------|
| | ความกลัวกังวลว่าจะติดเชื้อ | ทัศนคติเชิงลบ | ขาดนโยบายและแนวทาง | ประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ | การสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติ | การตีตราภายใน |
| 1) MICS | - | ✓ | - | - | - | - |
| 2) NHES | - | ✓ | - | - | - | - |
| 3) สำรวจสถานบริการสุขภาพ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4) Stigma index | - | - | - | ✓ | - | ✓ |
| 5) KP BBS | - | - | - | ✓ | - | ✓ |
| 6) CRS | - | - | - | ✓ | - | - |

10.

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการใช้ประโยชน์ข้อมูลการติดตามและประเมินผลทางระบาดวิทยาคือ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์แล้วพบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหลายเรื่อง ขณะที่ศักยภาพของบุคลากรและงบประมาณที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาจำกัด คำถามคือ ด้วยข้อจำกัดต่างๆ เราควรให้ความสำคัญกับปัญหาใด และควรหยิบยกมาดำเนินการแก้ไขก่อนเรื่องอื่นๆ

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีหลักคิดและเป็นระบบ เราสามารถใช้เทคนิคการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อช่วยในการเรียงลำดับและตัดสินใจว่าจะดำเนินการแก้ไขปัญหาระดับใดก่อนได้ เทคนิคการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหลายแบบ ในที่นี้ขอเสนอเทคนิคที่ชื่อว่า Metrix data analysis ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ต้องการจัดลำดับความสำคัญ

สมมติว่านักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเอดส์คนหนึ่ง ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการติดตามและประเมินผลทางระบาดวิทยาในพื้นที่ของตนในปัจจุบันแล้วได้รายการปัญหาที่สำคัญ 4 เรื่อง ดังนี้

1. ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ
2. สัดส่วนของผู้รับบริการที่มีระดับ CD4 ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัยเอชไอวีน้อยกว่า 200 สูง
3. การเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย PWID
4. HIV Stigma ในชุมชนยังสูง

ในขั้นตอนแรกนี้ ให้ร่างตารางสองทางขึ้นมาหนึ่งตาราง แล้วระบุประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ต้องการจัดลำดับความสำคัญไว้ในคอลัมน์ซ้ายมือสุด (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ระบุประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ต้องการจัดลำดับความสำคัญ

| แหล่งข้อมูล | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ | | | | | |
| สัดส่วนระดับ CD4 ณ วันที่วินิจฉัยเอชไอวีน้อยกว่า 200 สูง | | | | | |
| การเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย PWID | | | | | |
| HIV Stigma ในชุมชนยังสูง | | | | | |

ขั้นตอนที่ 2 ระบุเกณฑ์การพิจารณาที่จะใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนถัดไป ให้ระบุเกณฑ์การพิจารณาที่จะใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เกณฑ์การพิจารณา คือรายการของข้อกำหนดหรือคุณสมบัติที่จะใช้สำหรับพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในขั้นตอนต่อไป เกณฑ์การพิจารณาเหล่านี้ควรได้มาจากการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าต่าง ๆ เช่น ลักษณะทางวิชาการของตัวปัญหาเอง ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ของงาน ทรัพยากรที่มีสำหรับใช้ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งรวมถึง บุคลากร งบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์ ฯลฯ เกณฑ์การพิจารณามีความเฉพาะเจาะจง และไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน ในการวิเคราะห์แต่ละครั้ง เกณฑ์การพิจารณาควรมีมากกว่าหนึ่งข้อเพื่อให้ครอบคลุมมุมมองต่าง ๆ ในการประเมิน อย่างรอบด้าน โดยจะมีจำนวนที่ข้อก็ได้ อย่างไรก็ตามหากเกณฑ์การพิจารณาที่มีจำนวนน้อยเกินไปอาจไม่ครอบคลุม มุมมองที่จำเป็น แต่หากมากเกินไปอาจเป็นภาระในการประเมินที่จะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น

สำหรับตัวอย่างของเรา สมมติว่าให้มีเกณฑ์การพิจารณา 4 ข้อ คือ 1) ขนาดหรือความสำคัญของปัญหา 2) ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา 3) ความพร้อมของงบประมาณที่ต้องใช้ในการแก้ไขปัญหา และ 4) เป็นปัญหาที่สอดคล้องกับนโยบายขณะนั้นมากน้อยเพียงใด เพื่อได้รายการเกณฑ์การพิจารณาแล้ว ให้นำไปใส่ไว้เรียงกัน บนหัวตาราง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ระบุเกณฑ์การพิจารณาที่จะใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

| ปัญหา | เกณฑ์การพิจารณา | | | | คะแนนรวม |
|---|--------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|
| | ขนาด/ ความสำคัญ | ความยาก - ง่าย ในการแก้ไข | ความพร้อม ด้าน งบประมาณ | ความ สอดคล้อง กับนโยบาย | |
| ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ | | | | | |
| สัดส่วนระดับ CD4 ณ วันวินิจฉัย เอชไอวีน้อยกว่า 200 สูง | | | | | |
| การเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย PWID | | | | | |
| HIV Stigma ในชุมชนยังสูง | | | | | |

ขั้นตอนที่ 2 ระบุเกณฑ์การพิจารณาที่จะใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

เราสามารถเพิ่มความละเอียดของวิธีการประเมิน โดยกำหนดค่าถ่วงน้ำหนักของเกณฑ์การพิจารณาแต่ละข้อที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 2 ได้ หมายถึงเราสามารถให้ความสำคัญของเกณฑ์การพิจารณาแต่ละข้อแตกต่างกันได้ โดยกำหนดค่าถ่วงน้ำหนักเป็นตัวเลขที่แตกต่างกัน ค่าถ่วงน้ำหนักนี้สามารถกำหนดได้โดยอิสระ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และความเหมาะสมของการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละครั้ง ขั้นตอนนี้เราอาจไม่ทำ ถ้าให้ความสำคัญของเกณฑ์การพิจารณาทุกข้อเท่ากัน คือสามารถข้ามไปขั้นตอนที่ 4 เลยก็ได้

ในตัวอย่างนี้ สมมติว่าเราให้ค่าถ่วงน้ำหนักของเกณฑ์การพิจารณาแต่ละข้อ ดังนี้ 1) ขนาดหรือความสำคัญของปัญหา ให้ค่าถ่วงน้ำหนัก = 5 เท่า 2) ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา ให้ค่าถ่วงน้ำหนัก = 4 เท่า 3) งบประมาณที่ต้องใช้ในการแก้ไขปัญหา ให้ค่าถ่วงน้ำหนัก = 3 เท่า และ 4) เป็นปัญหาที่สอดคล้องกับนโยบายขณะนั้นมากน้อยเพียงใด ให้ค่าถ่วงน้ำหนัก = 2 เท่า เมื่อกำหนดค่าถ่วงน้ำหนักแล้ว ให้เขียนค่าถ่วงน้ำหนักกำกับไว้กับแต่ละเกณฑ์การพิจารณา บนหัวตาราง (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 กำหนดค่าถ่วงน้ำหนักของเกณฑ์การพิจารณาแต่ละข้อ

| ปัญหา | เกณฑ์การพิจารณา | | | | คะแนนรวม |
|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|----------|
| | ขนาด/ ความสำคัญ (5) | ความยาก - ง่าย ในการแก้ไข (4) | ความพร้อม ด้าน งบประมาณ (3) | ความ สอดคล้อง กับนโยบาย (2) | |
| ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ | | | | | |
| สัดส่วนระดับ CD4 ณ วันวินิจฉัย เอชไอวีน้อยกว่า 200 สูง | | | | | |
| การเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย PWID | | | | | |
| HIV Stigma ในชุมชนยังสูง | | | | | |

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดความละเอียดของการประเมิน

ขั้นตอนต่อไป ให้กำหนดว่าเราต้องการประเมินด้วยความละเอียดแม่นยำ (precision) มากน้อยเพียงใด โดยเราสามารถกำหนดระดับของความละเอียดของการประเมินด้วยระดับคะแนนและช่วงคะแนนที่สามารถให้ได้ ซึ่งสามารถกำหนดได้ตามความต้องการ เช่น หากจะประเมินเป็น 3 ระดับ อาจกำหนดคะแนนที่เป็นไปได้คือ 1, 2 หรือ 3 เป็นต้น หรือหากต้องการประเมินให้ละเอียดมากขึ้นเป็น 10 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 1 - 10 เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ควรกำหนดระดับต่ำสุดไว้ที่ 0 คะแนน เพราะในทางคณิตศาสตร์ 0 เมื่อคูณกับอะไรก็ได้ 0 เนื่องจากในขั้นตอนถัดไปจะมีการคูณ ซึ่งหากกำหนดให้มีคะแนน 0 ได้ จะทำให้ขาดรายละเอียดของผลการประเมินไปโดยไม่จำเป็น สำหรับตัวอย่างของเรา สมมติกำหนดให้คะแนนที่เป็นไปได้คือ 5 ระดับ (1 - 5)

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดความละเอียดของการประเมิน

ขั้นตอนต่อไป ให้กำหนดว่าเราต้องการประเมินด้วยความละเอียดแม่นยำ (precision) มากน้อยเพียงใด โดยเราสามารถกำหนดระดับของความละเอียดของการประเมินด้วยระดับคะแนนและช่วงคะแนนที่สามารถให้ได้ ซึ่งสามารถกำหนดได้ตามความต้องการ เช่น หากจะประเมินเป็น 3 ระดับ อาจกำหนดคะแนนที่เป็นไปได้คือ 1, 2 หรือ 3 เป็นต้น หรือหากต้องการประเมินให้ละเอียดมากขึ้นเป็น 10 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 1 - 10 เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ควรกำหนดระดับต่ำสุดไว้ที่ 0 คะแนน เพราะในทางคณิตศาสตร์ 0 เมื่อคูณกับอะไรก็ได้ 0 เนื่องจากในขั้นตอนถัดไปจะมีการคูณ ซึ่งหากกำหนดให้มีคะแนน 0 ได้ จะทำให้ขาดรายละเอียดของผลการประเมินไปโดยไม่จำเป็น

สำหรับตัวอย่างของเรา สมมติกำหนดให้คะแนนที่เป็นไปได้คือ 5 ระดับ (1 - 5)

ขั้นตอนที่ 5 ให้คะแนนความสัมพันธ์ของปัญหาและเกณฑ์การพิจารณา

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ คือการให้คะแนนความสัมพันธ์ของปัญหาและเกณฑ์การพิจารณา โดยพิจารณาไปที่ความสัมพันธ์จนครบ วิธีทำคือพิจารณาความสัมพันธ์ของปัญหาแต่ละข้อกับเกณฑ์การพิจารณาแต่ละข้อ แล้วให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 4 โดย หากปัญหานั้น ๆ มีลักษณะที่เข้าได้กับเกณฑ์การพิจารณานั้น ๆ มาก ก็ให้คะแนนสูง และหากปัญหานั้น ๆ มีลักษณะที่เข้าได้กับเกณฑ์การพิจารณานั้น ๆ น้อย ก็ให้คะแนนต่ำลง คะแนนที่ให้ควรเกิดจากการระดมสมองและการพิจารณาร่วมกันของทีมทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คะแนนที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงของสถานการณ์ และบริบทของพื้นที่

ตัวอย่างเช่น สำหรับความสัมพันธ์ช่องบนซ้ายสุดของตาราง เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา “ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ” ว่าปัญหานี้มี “ขนาด/ความสำคัญ” มากน้อยเพียงใด โดยในตัวอย่างสมมติเราพิจารณาแล้ว ปัญหา “ความครอบคลุมของการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ” มี “ขนาด/ความสำคัญ” ค่อนข้างสูง ให้คะแนน 4 คะแนน จากคะแนนเต็มที่เป็นไปได้ 5 คะแนน ให้เขียนคะแนนที่ให้ (4) ในช่อง (cell) ของตารางที่สัมพันธ์กัน แล้วทำแบบนี้กับอีก 15 ความสัมพันธ์ (ช่อง) ที่เหลือ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มความเข้าใจ ได้แสดงคะแนนที่สมมติขึ้นของทั้ง 16 ช่อง ไว้ให้แล้วในตารางที่ 11

การให้คะแนนต้องพิจารณาทิศทางการเพิ่มหรือลดของคะแนนที่สอดคล้องกับตรรกะที่ควรจะเป็น โดยหลักคิดคือทำที่สุดแล้วปัญหาที่ได้คะแนนสูงจะได้รับการแก้ไขก่อน ตัวอย่างเช่น การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา “การเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย PWID” กับ “ความยาก - ง่าย ในการแก้ไข” หากปัญหานี้มีแนวโน้มจะแก้ไขยาก ต้องให้คะแนนในช่องนี้ต่ำ (ในตัวอย่างให้ไว้ที่ 1 คะแนน) ไม่ใช่ให้คะแนนสูง เนื่องจากเราพิจารณาแล้วปัญหานี้ น่าจะแก้ไขยาก ซึ่งในตอนท้ายจะถูกจัดลำดับรองลงไปใน การถูกเลือกมาแก้ไข เป็นต้น

ตารางที่ 11 กำหนดคะแนนระดับความสัมพันธของปัญหา และเกณฑ์การพิจารณา

| ปัญหา | เกณฑ์การพิจารณา | | | | คะแนนรวม |
|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|----------|
| | ขนาด/ ความสำคัญ (5) | ความยาก - ง่าย ในการแก้ไข (4) | ความพร้อม ด้าน งบประมาณ (3) | ความ สอดคล้อง กับนโยบาย (2) | |
| ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ | 4 | 5 | 5 | 2 | |
| สัดส่วนระดับ CD4 ณ วันวินิจฉัย เอชไอวีน้อยกว่า 200 สูง | 5 | 2 | 1 | 5 | |
| การเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย PWID | 3 | 1 | 3 | 3 | |
| HIV Stigma ในชุมชนยังสูง | 4 | 2 | 3 | 4 | |

ขั้นตอนที่ 6 รวมคะแนน

การรวมคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มี 2 ขั้นตอนย่อย ขั้นแรกให้นำคะแนนที่ได้ของแต่ละช่อง มาคูณกับค่าถ่วงน้ำหนักของเกณฑ์พิจารณานั้น ๆ หลังจากนั้นให้นำผลคูณที่ได้ของทุกช่องความสัมพันธของแต่ละปัญหา มาบวกกัน เพื่อให้ได้คะแนนรวมของแต่ละปัญหา ปัญหาที่ได้คะแนนรวมสูงสุด คือเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข ก่อนปัญหาอื่น ส่วนปัญหาที่ได้คะแนนรวมรอง ๆ ลงไป ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขในลำดับถัด ๆ ไป (ตารางที่ 12)

จากตัวอย่างของเรา ปัญหา “ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ” ได้คะแนนจากเกณฑ์ “ขนาดหรือความสำคัญของปัญหา” 20 คะแนน (4 X 5) จากเกณฑ์ “ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา” 20 คะแนน (5 X 4) จากเกณฑ์ “งบประมาณที่ต้องใช้ในการแก้ไขปัญหา” 15 คะแนน (5 X 3) และจากเกณฑ์ “เป็นปัญหาที่สอดคล้องกับนโยบายขณะนั้นมากน้อยเพียงใด” 4 คะแนน (2 X 2) คิดเป็นคะแนนรวมของปัญหานี้ เท่ากับ 59 คะแนน (20+20+15+4) ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเทียบกับปัญหาอื่น ส่วนปัญหา “สัดส่วนระดับ CD4 ณ วันวินิจฉัยเอชไอวี น้อยกว่า 200 สูง” ได้คะแนนรองลงมาที่ 46 คะแนน จึงควรได้รับการพิจารณาให้ได้รับการแก้ไขเป็นลำดับถัดไป เป็นต้น

ตารางที่ 12 การรวมคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

| ปัญหา | เกณฑ์การพิจารณา | | | | | | | | คะแนนรวม |
|--|--------------------|-----|----------------------------|-----|---------------------------|-----|---------------------------|-----|----------|
| | ขนาด/ความสำคัญ (5) | | ความยาก-ง่ายในการแก้ไข (4) | | ความพร้อมด้านงบประมาณ (3) | | ความสอดคล้องกับนโยบาย (2) | | |
| | คะแนน | รวม | คะแนน | รวม | คะแนน | รวม | คะแนน | รวม | |
| ความครอบคลุมการตรวจ viral load ในผู้ป่วยเอดส์ต่ำ | 4 | 20 | 5 | 20 | 5 | 15 | 2 | 4 | 59 |
| สัดส่วนระดับ CD4 ณ วันวินิจฉัย เอชไอวีน้อยกว่า 200 สูง | 5 | 25 | 2 | 8 | 1 | 3 | 5 | 10 | 46 |
| การเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย PWID | 3 | 15 | 1 | 4 | 3 | 9 | 3 | 6 | 34 |
| HIV Stigma ในชุมชนยังสูง | 4 | 20 | 2 | 8 | 3 | 9 | 4 | 8 | 45 |



การแพทย์



ภาคผนวก 1:

ตารางที่สรุปตัวชี้วัดสำคัญระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และแหล่งข้อมูลที่ใช้ตอบตัวชี้วัด

| ระดับ | ตัวชี้วัดระดับประเทศ | ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ |
|--|---|---|
| ผลกระทบ/เป้าประสงค์ 3 Zeros | | |
| | 1. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ | 1. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ |
| แหล่งข้อมูล | Spectrum-AEM | Spectrum-AEM และ/หรือคำนวณเป็นค่าของพื้นที่ตามสัดส่วนของประเทศ |
| | 2. จำนวนการเสียชีวิตจากเอดส์ | 2. จำนวนการเสียชีวิตจากเอดส์ |
| แหล่งข้อมูล | Spectrum-AEM | Spectrum-AEM และ/หรือคำนวณเป็นค่าของพื้นที่ตามสัดส่วนของประเทศ |
| | 3. ร้อยละของประชาชนที่มีทัศนคติเชิงลบต่อเอชไอวี | |
| แหล่งข้อมูล | MICS, สنج สกิติแห่งชาติ | |
| | 4. ร้อยละของผู้ร่วมให้ข้อมูลที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา | 3. ร้อยละของผู้ร่วมให้ข้อมูลที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา |
| | | 4. ร้อยละของบุคลากรที่สังเกตเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ |
| แหล่งข้อมูล | การสำรวจดัชนีชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma index) ระดับประเทศ | การสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D survey 13 จังหวัด) |
| ผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ | | |
| การดูแลรักษา 95-95-95 (HIV Cascade) | | |
| | 1. ร้อยละของผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย และรู้สถานะการติดเชื้อฯ | 1. ร้อยละของผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย และรู้สถานะการติดเชื้อฯ |
| | 2. ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ การติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ | 2. ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ การติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ |
| | 3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และสามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml | 3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และสามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml |
| แหล่งข้อมูล | Spectrum-AEM, NAP | NAP หรือ NAP-DQI |

| ระดับ | ตัวชี้วัดระดับประเทศ | ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ |
|---|---|--|
| การป้องกันด้วย PrEP | | |
| | 1. ร้อยละของการได้รับบริการ PrEP ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (PrEP coverage) | 1. จำนวนการได้รับบริการ PrEP ในประชากรกลุ่มเสี่ยง 2. ร้อยละของการได้รับบริการ PrEP ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (PrEP coverage) (ถ้ามีข้อมูล) |
| แหล่งข้อมูล | BBS กองระบาดวิทยา | NAP |
| การป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย และการใช้เข็มรวมถึงกระบอกฉีดปลอดเชื้อ | | |
| | 1. ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด ใช้สม่ำเสมอ ในกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มเยาวชน | 1. ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด ใช้สม่ำเสมอ ในกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มเยาวชน |
| | 2. ร้อยละของการใช้เข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) | 2. ร้อยละของการใช้เข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) |
| แหล่งข้อมูล | BBS สำหรับกลุ่มประชากรหลัก และ BSS สำหรับกลุ่มเยาวชน กองระบาดวิทยา | ใช้ BBS สำหรับกลุ่มประชากรหลัก ของจังหวัดในเขต หรือพื้นที่ใกล้เคียง และ BSS สำหรับกลุ่มเยาวชน กองระบาดวิทยา |
| | 3. อัตราป่วยซิฟิลิส หนองใน (SY, GC) ในกลุ่มเยาวชน | 3. อัตราป่วยซิฟิลิส หนองใน (SY, GC) ในกลุ่มเยาวชน |
| แหล่งข้อมูล | ทะเบียนรายงาน 506 | ทะเบียนรายงาน 506 |
| ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ | | |
| | 1. ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ รายงานถึงทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อ | 1. ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ รายงานถึงทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อ |
| | 2. ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างให้บริการ | 2. ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างให้บริการ |
| แหล่งข้อมูล | การสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตรา และเลือกปฏิบัติ (S&D survey 13 จังหวัด) | การสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตรา และเลือกปฏิบัติ (S&D survey 13 จังหวัด) |
| | 3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ตีตราตนเอง (self-stigma หรือ internalize stigma) | 3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ตีตราตนเอง (self-stigma หรือ internalize stigma) |
| แหล่งข้อมูล | การสำรวจดัชนีชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma index) ระดับประเทศ | การสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตรา และเลือกปฏิบัติ (S&D survey 13 จังหวัด) |

หมายเหตุ: ศึกษาวิธีการตั้งค่าเป้าหมาย และค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในหัวข้อที่ 4 และ 5 และกรอบแผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568 (National Monitoring and Evaluation Plan for Ending HIV/AIDS 2021 – 2025) ซึ่งอาจมีการปรับปรุงใหม่ในอนาคต

ภาคผนวก 2: คำถามที่พบบ่อย

1) การติดเชื้อรายใหม่ เหมือนกับ การวินิจฉัยรายใหม่ หรือไม่? (new infections vs new diagnosis)

คำตอบ ไม่เหมือนกัน

การติดเชื้อรายใหม่ หมายถึง ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งต้องใช้ชุดตรวจเฉพาะ (recency test) สำหรับแยกแยะผู้ที่ติดเชื้อมานานกว่า 12 เดือนออกจากผู้ที่ติดเชื้อมาภายใน 12 เดือน ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการใช้ชุดตรวจนี้ในทางคลินิก โดยอาจมีการใช้ชุดตรวจนี้เพื่อวัตถุประสงค์ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อรายใหม่ในบางช่วงเวลาหรือในบางพื้นที่เท่านั้น

ส่วนการวินิจฉัยเอชไอวีรายใหม่ หมายถึง การตรวจพบเอชไอวีในช่วงระยะเวลาที่รายงาน ซึ่งผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยอาจเพิ่งได้รับเชื้อหรือได้รับเชื่อนานมาแล้วก็ได้ แต่เพิ่งได้รับการตรวจเลือดและวินิจฉัยว่าติดเชื้อในช่วงที่มีการรายงาน แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่หรือไม่

2) ความหมายของอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี (HIV incidence), ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV prevalence) และอัตราการติดเชื้อเอชไอวี (HIV positive rate) เหมือนหรือต่างกันอย่างไร?

คำตอบ ทั้ง 3 แตกต่างกัน โดยมีคำนิยามและการแปลผลของทั้ง 3 แตกต่างกันดังนี้

อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี (HIV incidence) หมายถึง อัตราการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในประชากรกลุ่มหนึ่งในช่วงเวลาที่ต้องการศึกษา โดยทั่วไปมักจะแสดงผลเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี หรืออาจแสดงเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อประชากร 1,000 คนต่อปีในบางกรณี อุตการณ์ต้องมาจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดหรือการศึกษาติดตามกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อไปข้างหน้าจนตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก (cohort study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ค่านี้ใช้เพื่อวัดและติดตามแนวโน้มการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ต่างๆ เพื่อช่วยในการวางแผนและประเมินผลการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV prevalence) หมายถึง จำนวนหรือสัดส่วนของบุคคลในประชากรที่มีการติดเชื้อเอชไอวี ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ๆ โดยทั่วไปจะแสดงผลเป็นเปอร์เซ็นต์ของประชากรทั้งหมด ตัวอย่างเช่น ถ้าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มหนึ่งคือ 1% นั้นหมายความว่าในทุก ๆ 100 คน จะมี 1 คนที่มีการติดเชื้อเอชไอวี การวัดความชุกต้องมาจากการวิจัยหรือจากมาจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา การวัดความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีประโยชน์ในการประเมินภาพรวมของการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวีในประชากร หรือกลุ่มคนเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสามารถใช้ในการวางแผนการป้องกันและการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

อัตราการติดเชื้อเอชไอวี (HIV positive rate) คือการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มารับการตรวจทั้งหมด มักคำนวณค่าเป็นร้อยละ และใช้ข้อมูลจากระบบบริการ (program data) เช่น VCT NAP report ใช้บอกประสิทธิผลของการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะงานเชิงรุก ต้องการให้มี HIV positive rate สูงๆ แสดงถึงบริการที่เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ตรงกลุ่ม

3) AEM Spectrum คืออะไร

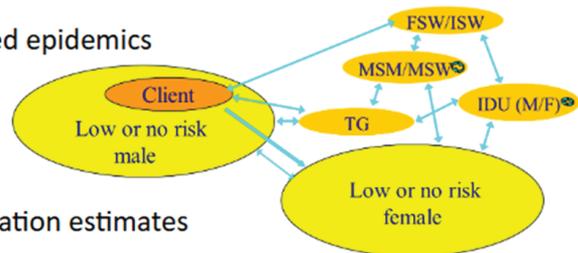
คำตอบ AIDS Epidemic Model (AEM) - Spectrum คือแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ใช้เพื่อศึกษาและทำนายการระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี แบบจำลองนี้ช่วยให้นักวิจัยและนักวิชาการสาธารณสุขสามารถคาดการณ์แนวโน้มการระบาด วางแผนและประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและการรักษาต่อความชุก (จำนวนและอัตราการติดเชื้อ) อุบัติการณ์ (การติดเชื้อรายใหม่) และผลลัพธ์อื่นๆ แบบจำลอง AEM Spectrum ถูกใช้อย่างแพร่หลายโดยประเทศต่าง ๆ ในการวางแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและการตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์

แบบจำลอง AEM Spectrum และค่าพารามิเตอร์ (parameter) ที่ใช้แสดงตามรูปด้านล่าง

Methods for HIV Estimation - HIV modeling

• AEM (AIDS Epidemic Model) V5.2

- a behavioral process model
- Simulate transmission dynamics in concentrated epidemics
- Major transmission routes include:
 - Vaginal sex (sex work, casual and marital)
 - Anal sex (receptive and insertive)
 - Needle sharing
- ART by sub-population
- Generate results for adults including key population estimates
- PrEP by sub-population



• Spectrum V6.31

- Get input from AEM model
- Get program data input
- Generate results for Adults, Children, and Pregnant women

4) Size estimation คำนวณจากอะไร ใส่รูป parameter จาก AEM

คำตอบ การประมาณขนาดประชากร (size estimation) หมายถึง กระบวนการทางสถิติที่ใช้ในการกำหนดจำนวนบุคคลในประชากรเฉพาะกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญในหลายสาขา เช่น ระบาดวิทยา นิเวศวิทยา ประชากรศาสตร์ และสาธารณสุข การประมาณขนาดประชากรช่วยในการทำความเข้าใจขนาดของประชากร ประเทศไทยใช้ในการคาดประมาณขนาดของกลุ่มประชากรหลัก และนำมาวางแผนกำหนดนโยบาย มาตรการ และการจัดสรรทรัพยากร

ค่า Parameter ที่ใช้ในการประมาณขนาดของประชากรหลักแสดงในตารางด้านล่าง

Summary of characteristics and demographic distribution of sub-population data, 2023

| Population | Adult 15+ | % Among Adult 15-49 Y | Exposure duration |
|------------------------------------|------------|-----------------------|-------------------|
| General population | | | |
| · Male | 29,092,898 | - | - |
| · Female | 31,534,831 | | |
| FSW Overall | 66,112 | 0.39% (female) | |
| · FSW1 (Higher frequency) | 14,247 | | 4 y selling sex |
| · FSW2 (Lower frequency) | 51,865 | | 4 y selling sex |
| Male client | 1,153,330 | 6.8% (male) | 5 y |
| MSM Overall | 600,090 | 3.5% (male) | Turn over off |
| · MSM1 (MSM with substantial risk) | 192,190 | | |
| · MSM2 (MSM with general risk) | 407,899 | | |
| MSW | 13,558 | 0.08% (male) | 3 y selling sex |
| TG Overall | 204,110 | 1.20% (male) | |
| · TG-Hot spot | 26,884 | | 12 y |
| · TG-Active sex (Non hot spot) | 32,017 | | In hot spot |
| · TG-Infrequent sex | 145,209 | | |
| PWID | 56,693 | 0.33% (male) | 15 y injecting |

5) วิธีคำนวณตัวชี้วัดหลักของประเทศ เช่น 95 ที่ 1, 2, 3 คำนวณอย่างไร



คำตอบ อ้างอิงมาจากคู่มือการใช้งาน HIV Info Hub หน้า 43 สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้ที่

<https://hivhub.ddc.moph.go.th/>

6) การติดตามที่นำโดยชุมชน (Community-led monitoring - CLM) คืออะไร

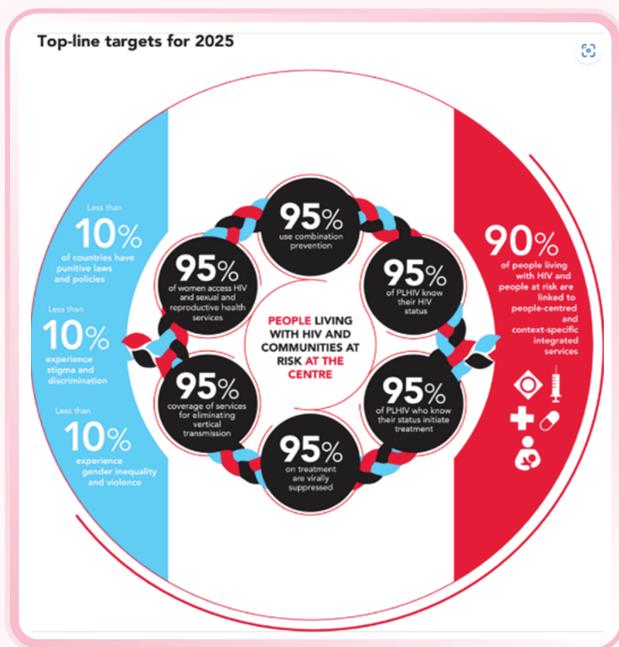
คำตอบ การติดตามที่นำโดยชุมชน (Community-led monitoring - CLM) คือ วิธีการที่สมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ หรือผู้รับบริการ มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในกระบวนการติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสุขภาพและสังคม วิธีการนี้มีประสิทธิภาพมากเพราะข้อมูลที่ได้จากการติดตามโดยชุมชนจะมาจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการให้บริการโดยตรง จึงเป็นข้อมูลที่สะท้อนประเด็นปัญหาที่แท้จริงช่วยให้เราเข้าใจและแก้ไขปัญหที่ชุมชนประสบอยู่ได้ตรงจุด จุดสำคัญของ CLM มีดังนี้:

1. **การมีส่วนร่วมของชุมชน:** สมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาที่ติดตาม มีบทบาทสำคัญในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทำให้กระบวนการติดตามมีพื้นฐานจากประสบการณ์และความต้องการที่แท้จริงของชุมชน

2. **การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล:** สมาชิกในชุมชนจะเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพ การเข้าถึง และประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การสำรวจ การสัมภาษณ์ การจัดกลุ่มพูดคุย และวิธีการมีส่วนร่วมอื่น ๆ
3. **การสนับสนุนและการรับผิดชอบ:** ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกใช้เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงบริการสุขภาพ และเพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายมีความรับผิดชอบต่อ การติดตามที่นำโดยชุมชนช่วยให้บริการตอบสนองต่อความต้องการและสิทธิของชุมชนได้ดีขึ้น
4. **การเสริมสร้างพลัง:** CLM เสริมสร้างพลังให้กับชุมชนโดยให้ชุมชนมีเสียงในกระบวนการติดตาม และประเมินผล ซึ่งส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
5. **ความโปร่งใสและความร่วมมือ:** การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนช่วยส่งเสริมความโปร่งใส และสร้างความไว้วางใจระหว่างชุมชนและผู้ให้บริการสุขภาพ และกระตุ้นการแก้ปัญหาร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการในบริบทของการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ การติดตามที่นำโดยชุมชนสามารถช่วยระบุช่องว่างในบริการ อุปสรรคในการเข้าถึง และการตีตราหรือการเลือกปฏิบัติ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนผู้ที่ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์

7) 10-10-10 คืออะไร

คำตอบ 10-10-10 คือ เป้าหมายระดับโลกที่ UNAIDS กำหนดให้บรรลุภายในปี 2025 เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายยุติเอดส์ในฐานะภัยคุกคามด้านสาธารณสุข ภายในปี 2030 ดังนี้



- น้อยกว่าร้อยละ 10 ของประเทศที่มีกฎหมายและนโยบาย สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีลักษณะลงโทษ ซึ่งเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงบริการ
- น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักที่ต้องเผชิญกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
- น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้หญิง เด็กผู้หญิง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักที่ต้องเผชิญกับความไม่เท่าเทียมและความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศสภาพ เป้าหมายเหล่านี้เน้นเรื่องสิทธิมนุษยชน และการเข้าถึงบริการที่เสมอภาค มุ่งลดความไม่เท่าเทียมที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรค โดยการจัดการกับปัจจัย

ทางสังคมและโครงสร้างที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยอยู่ระหว่างการกำหนดตัวชี้วัดและระบบข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลตามเป้าหมาย 10-10-10 นี้

8) การดำเนินงานด้านการลดการตีตราเลือกปฏิบัติในระบบบริการ มีอะไรบ้าง

คำตอบ ปัจจุบันประเทศไทยมีหลักสูตรการอบรมบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ เพื่อดำเนินงานลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

- **หลักสูตร 3X4** เป็นหลักสูตรมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้อบรมบุคลากรทางการแพทย์ แบบมีส่วนร่วม โดยออกแบบตามหลักการบริการเพื่อจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้วยการจัดการ 3 ระดับ (ระดับบุคคล ระดับหน่วยงาน และระดับนโยบาย) ด้วยการตอบสนองต่อปัจจัย 4 ด้าน ที่ก่อให้เกิดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้ ความกลัวทัศนคติ และระบบบริการ หลักสูตรฯ นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และให้แนวทางการแก้ไขปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของรัฐ
- **E-learning** เป็นการอบรมออนไลน์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถเลือกเวลา ที่สะดวกและเข้าอบรมได้ตามอัธยาศัย เป็นการให้ความรู้พื้นฐานและสร้างความเข้าใจเรื่องการทำ ที่ก่อให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

นอกจากหลักสูตรการอบรม 3x4 และระบบ e-learning แล้ว ยังมีการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในรูปแบบอื่น ได้แก่

- **Self-stigma reduction program (SRP)**
 - การอบรมผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ
 - การอบรมโดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และองค์กรชุมชน
- **Disease specific certification (DSC)** ที่บูรณาการงาน S&D กับงานพัฒนาระบบคุณภาพ และกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (CQI) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการสุขภาพ (สรพ. หรือ HAI)
- **Undetectable=Untransmittable (U=U)** คือ การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และผู้ติดเชื้อ เพื่อให้เข้าใจ เรื่องการกดไวรัสเอชไอวีได้ต่ำในระดับที่ตรวจไม่พบ (undetectable viral load) ผู้ติดเชื้อฯ จะไม่สามารถ ถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น การให้ความรู้เรื่อง U=U กับผู้ติดเชื้อ นอกจากจะช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว ยังจะช่วยลดความความวิตกกังวลที่จะถ่ายทอดเชื้อสู่คู่เพศสัมพันธ์ ความรู้ความเข้าใจในเรื่อง U=U จะช่วยลดความกังวลที่มีต่อการถ่ายทอดเชื้อ และนำไปสู่การลดลงของการตีตราและเลือกปฏิบัติในเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการและการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อ
- **Crisis Response System (CRS)** คือ ระบบข้อมูลที่ได้รับเรื่องร้องเรียนกรณีเกิดการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอวี และเพศสภาพ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือผู้ที่ถูกละเมิดอย่างเป็นระบบ

9) ทำไมจึงใช้ข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้าย (last sex) เป็นตัวชี้วัดการแสดงถึงพฤติกรรมเสี่ยง ของการติดเชื้อเอชไอวี จากระบบการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) ทำไมไม่ใช้ข้อมูลการใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอ (consistency)?

คำตอบ ในการสำรวจพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ข้อมูลร้อยละ (%) ของการใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอ ได้จากคำถามว่า “ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ถุงยางทุกครั้ง (สม่ำเสมอ) หรือไม่” ซึ่งคำตอบที่ได้ อาจมีความน่าเชื่อถือได้น้อย เนื่องจากผู้ตอบอาจจะจำไม่ได้ ทำให้คำตอบมีความคลาดเคลื่อนได้มากกว่า ดังนั้น คำตอบที่ได้จากคำถามว่า “ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ได้ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่” จึงให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือกว่า

10) Triple elimination คืออะไร

คำตอบ Triple elimination เป็นเป้าหมายและมาตรการที่ WHO กำหนดให้ทั่วโลก กำจัดการถ่ายทอดเชื้อใน 3 โรค ได้แก่ เอชไอวี (HIV) ซิฟิลิส (Syphilis) และไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) จากแม่สู่ลูก (จากมารดาสู่ทารก หรือการติดเชื้อในทารกเมื่อแรกเกิด) ให้หมดไปภายในปี 2030 ซึ่งประเทศไทย ได้ตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับเป้าหมายในระดับโลก ดังนี้

| โรค | ตัวชี้วัด | ค่าเป้าหมายปี 2573 (2030) |
|-------------|--|---|
| HIV | อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด (new pediatric HIV infections) | <= 50 ต่อ เด็กเกิดมีชีวิต 100,000 ราย (live births) |
| | อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (MTCT rate of HIV) | < 2 % |
| Syphilis | อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis cases) | <= 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 ราย (live births) |
| Hepatitis B | ความชุกของการติดเชื้อตับอักเสบบีในทารกอายุ < 5 ปี (prevalence of the HBsAg among children) | < = 0.1 % |
| | อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก (MTCT rate of Hepatitis B) | < 2 % ภายในปี 2568 |

วิธีการคำนวณตัวชี้วัด มีดังนี้

- อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด)
 - ระดับประเทศ ใช้การแบบจำลองคณิตศาสตร์ Spectrum Model
 - ระดับพื้นที่ ใช้วิธีคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{จำนวนเด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปีที่ยรายงาน} \times 100}{\text{จำนวนลูกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปีที่ยรายงาน}}$$

นิยาม: เด็กแรกเกิดติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เด็กทารกแรกเกิด ถึงอายุ 2 ปี ที่ตรวจ PCR พบผลเอชไอวีบวก ทั้ง 2 ครั้ง

แหล่งข้อมูล: ทั้งตัวตั้งและตัวหารมาจากรายงาน PHIMS ของกรมอนามัย

- อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด

$$\frac{\text{จำนวนลูกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิส ในปีที่ยรายงาน} \times 100,000}{\text{จำนวนนวนเด็กเกิดมีชีพในปีที่ยรายงาน}}$$

นิยาม: ลูกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิส หมายถึง ลูกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิส และได้รับการยืนยันว่าเป็นซิฟิลิสจริง

แหล่งข้อมูล: มาจากแบบรายงานการสอบสวนโรค congenital syphilis ที่ผ่านการตรวจสอบข้อมูลจากกองโรคเอดส์ และสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

- ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในทารกอายุ < 5 ปี

$$\frac{\text{จำนวนเด็กที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในปีที่ยรายงาน} \times 100}{\text{จำนวนเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และได้รับการตรวจ HBsAg ทั้งหมด}}$$

นิยาม: เด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง ทารกแรกเกิด ที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จนถึง 5 ปี ที่ตรวจพบ HBsAg positive

- อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก

$$\frac{\text{จำนวนเด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในปีที่ยรายงาน} \times 100}{\text{จำนวนลูกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อตับอักเสบบี ในปีที่ยรายงาน}}$$

นิยาม: เด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง ลูกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อตับอักเสบบี จนถึง 5 ปี ที่ตรวจพบ HBsAg positive

แหล่งข้อมูล: รายงานจากกองเอดส์ (HIV Info Hub)

และประเทศไทยได้กำหนดค่าเป้าหมายสำหรับมาตรการในการกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ดังนี้

- 1) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 100
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและมีปริมาณไวรัสตับอักเสบบีสูง ได้รับยาต้านไวรัสฯ ร้อยละ 95
- 3) ทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับ HBIG ร้อยละ 95
- 4) คอระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 90

ภาคผนวก 3: บทเรียนจากโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเขตในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการติดตามการดำเนินงานและขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567)

โครงการนี้ได้เริ่มวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้แทนเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพฯ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มติดตามและประเมินผลระดับชาติ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เริ่มกระบวนการฝึกปฏิบัติใน ปี พ.ศ. 2565 มีทีมผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์การติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์เป็นที่ปรึกษาโครงการฯ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรแกนนำระดับเขตให้เข้มแข็งสามารถเป็นที่เลี้ยงด้านวิชาการด้านการติดตามและประเมินผลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด/พื้นที่ เน้นการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในการติดตามการดำเนินงานเพื่อการจัดทำแผนงาน รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดหลักของโครงการฯ คือ สร้างกระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร โดยเน้นสร้างแกนนำระดับเขตให้มีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามและวางแผนการดำเนินงานยุติเอดส์ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของโครงการฯ เป็นการอบรมในรูปแบบการเรียนรู้ผ่านการทำงานจริง (on-the-job training) โดยคาดหวังให้กลุ่มบุคลากรที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ได้นำศักยภาพด้านการวิเคราะห์ข้อมูลไปใช้และเผยแพร่ต่อยอดโดยการสร้างเครือข่ายบุคลากรที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ทั้งระดับเขตและจังหวัดต่อไป

โครงการฯ ในระยะแรกมีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการฯ ที่มีคุณสมบัติสำคัญ ได้แก่ เป็นผู้รับผิดชอบงานเอดส์ หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเอดส์ในระดับเขต และเป็นบุคลากรที่มีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลงานเอดส์พอสมควร เพื่อจะได้นำประสบการณ์ตรงมาร่วมกันพัฒนารูปแบบของโครงการฯ ซึ่งการสรรหาบุคลากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวดำเนินการโดย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ได้ทำงานโดยตรงร่วมกับบุคลากรระดับเขตมาก่อน

กรอบแนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ประกอบกระบวนการพัฒนาศักยภาพ มีดังนี้

- 1) สร้างทีม TOT (training of the trainer) ระดับเขต โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาฯ อย่างชัดเจน
- 2) คัดเลือกทีมโค้ช จากผู้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการติดตามและประเมินผล รวมทั้งรอบรู้เรื่องระบบข้อมูลเอดส์ มีทักษะ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเอดส์ เพื่อเป็นที่เลี้ยงทำหน้าที่ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ของทีม TOT ตลอดกระบวนการพัฒนาศักยภาพ
- 3) มีการประเมินความต้องการ (need assessment) เพื่อดูช่องว่างในศักยภาพของทีม TOT ที่เข้าร่วมโครงการฯ และกำหนดเนื้อหาที่จำเป็นในการเพิ่มเติมทักษะ ข้อมูล และความรู้
- 4) เป็นการเรียนรู้ในรูปแบบ on-the-job training ที่ประกอบด้วย
 - ให้ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบัน สำหรับการนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านการบรรยายในระหว่างการอบรม

- ฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดทีมโค้ชประจำตัวผู้เรียน และให้ทีมโค้ชที่ทำหน้าที่กำหนดโจทย์ ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อคิดเห็นเพื่อการแก้ไข ทั้งแนวทางและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการแปลความ และการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประจำเขต
- สนับสนุนและจัดสรรงบประมาณ ให้ผู้เข้าร่วมนำไปใช้ในการทำงานจริง โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ไปใช้ในการทำงานกับจังหวัด และหน่วยบริการในพื้นที่ ใช้ข้อมูลที่วิเคราะห์เป็นข้อมูลเริ่มต้น ในการดำเนินงาน มีการประชุมระดับเขตและจังหวัดหรือนิเทศติดตามงานที่เน้นการเรียนรู้เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานระหว่างการประชุมทางออนไลน์และการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับ ส่วนกลางและระดับเขต

5) กำหนดกรอบเนื้อหาเบื้องต้น ดังนี้

- หลักการติดตามและประเมินผล และการนำมาใช้ประโยชน์
- ยุทธศาสตร์ และกรอบการติดตามการดำเนินงานยุคเอดส์
- ตัวชี้วัดระดับต่างๆ และ Logic model
- แนวทางการตั้งเป้าหมาย ระดับประเทศและระดับเขต
- แหล่งข้อมูลและระบบข้อมูลในการติดตามการดำเนินงานเอดส์
- ทักษะพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูล และการแปลความข้อมูล
- ความรู้เชิงวิชาการที่เกี่ยวข้อง และมาตรการสำคัญในการดำเนินงานยุคเอดส์ที่ประเทศนำมาใช้ล่าสุด
- เครื่องมือในการนำเสนอผลงาน

รายชื่อที่ปรึกษาหลักสูตร

| | | |
|---------------------|-----------------|---|
| 1. รศ.นพ.เกรียงไกร | ศรีธนวิบูลย์ชัย | สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. รศ.ดร.เพ็ญพักตร์ | อุทิศ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ผศ.ดร.ดุสิตา | พึงสำราญ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. คุณพรทิพย์ | เข็มเงิน | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 5. คุณปภาณีจ | สว่างโท | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 6. คุณบุษบา | ต้นตึกศักดิ์ | สำนักงานโครงการบริหารกองทุนโลก |
| 7. คุณธนันดา | นัยวัฒนกุล | นักวิชาการอิสระ |

รายชื่อผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการติดตามการดำเนินงานและขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่

| | | |
|-------------------|-------------|--|
| 1. คุณสาวมนต์ทิวา | สุนันดา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. คุณกาญจนา | มากะนันต์ย์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก |
| 3. คุณจตุพล | แสนลีลา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก |
| 4. คุณวันวิสา | ประทุม | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ |
| 5. คุณปณิษรา | จันทร์วิมล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ |
| 6. คุณนันทิพัฒน์ | ทัดศรีพีรดล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ |
| 7. คุณปิยนุช | เทพยสุวรรณ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี |
| 8. คุณอรวรรณ | วังลึก | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี |
| 9. คุณชนิสรา | ธวัชคำ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี |
| 10. คุณปิยธิดา | ภูตาไชย | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น |
| 11. คุณวิสุทธิ์ | แช่ลิ้ม | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี |
| 12. คุณจิราภา | ตาลหยง | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี |
| 13. คุณอนุกุล | ศิรินันท์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา |
| 14. คุณพัชฌณ | เจริญนาวิ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี |
| 15. คุณพัชรพงษ์ | วงศ์สามารถ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี |
| 16. คุณนราศักดิ์ | บ่อหนา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช |
| 17. คุณฮาซัน | ไร่ใหญ่ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช |
| 18. คุณนิมอนงค์ | ไทยเจริญ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา |
| 19. คุณโสภิตา | ตันธนาธิป | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา |
| 20. คุณกนกรัตน์ | เลิศไทรภาพ | สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 21. คุณกุลวดี | จันทร์สร | สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 22. คุณลัดดาวัลย์ | สุขทองสา | สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร |



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL



กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
Division of AIDS and STIs

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0 2590 3829