

## การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

### Development of the service network of the DIC (Drop in Center) Community Service Center in caring for HIV infected people, Kamalasai District, Kalasin Province.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

จันทร์สุดา กลีบบัว<sup>1</sup>  
Chansuda Kleebua<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) และการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม – กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) 10 แห่ง จำนวน 142 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ Dependent t-test และ F – tests ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ของ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ระหว่าง บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และ จนท.อบต. หลังการดำเนินงาน ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการศูนย์บริการชุมชน (DIC) หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด  
**คำสำคัญ :** ศูนย์บริการชุมชน DIC ผู้ติดเชื้อ HIV

#### ABSTRACT

This study was research and development aimed to study the service situation of the DIC Community Service Center (Drop in Center) and the development of the service network of the DIC Community Service Center (Drop in Center) in caring for people infected with HIV, Kamalasai District, Kalasin Province. The study period is between January - September 2023, a total period of 9 months. Sample size were personnel providing services in the DIC Community Service Center (Drop in Center) in 10 places, totaling 142 people, collected data from questionnaires. Data were analyzed using mean, standard deviation, frequency, percentage, Dependent t-test and F – tests using One way ANOVA technique.

The results of the study found that after developing the service network of the DIC community service center (Drop in Center) to care for people infected with HIV in Kamalasai District, Kalasin Province, including: Understanding of community service center (DIC) standards for personnel providing services in community service centers. after operation Overall and each aspect is at the highest level. Comparison of understanding of community service center (DIC) standards between personnel providing services in community service centers, including village health volunteers, community leaders, and Subdistrict Administrative Organization officials, after the operation. There is no difference. Comparison of understanding of community service center (DIC) standards before and after implementation. There was a statistical significant difference at the .05 level, with the mean scores after the

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอมลาลัย

operation being higher than before the operation. Satisfaction regarding community service center (DIC) services after operation Overall and each item at the highest level

**Keywords:** DIC community service center, people living with HIV

## บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ ให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว จะรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ควรทำการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV test) อาการของเอดส์ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อจะมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะนี้ และบางคนไม่ทราบว่า ตัวเองติดเชื้อ จึงอาจแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ระยะมีอาการ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเริ่มแสดงอาการ ภายหลังจากได้รับเชื้อประมาณ 7-8 ปี แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเริ่มปรากฏอาการ อาการที่พบคือ มีเชื้อราในปาก ต่อมน้ำเหลืองโต งูสวัด มีไข้ ท้องเสีย น้ำหนักลด มีตุ่มคันบริเวณผิวหนัง และระยะโรคเอดส์ เป็นระยะที่มีภูมิคุ้มกันลดลงมาก ทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น<sup>2</sup>

สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อ HIV นับตั้งแต่มีการระบาด 38 ปี ล่าสุดจำนวน 77.3 ล้านคน และ 35.4 ล้านคนเสียชีวิตนับตั้งแต่มีการระบาด และมีจำนวน 36.9 ล้านคนติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตในปี พ.ศ. 2560 และมีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ใหม่ในปี พ.ศ. 2560 อีกจำนวน 1.8 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 1 ล้านคนในเวลา 35 ปี และมีผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนคนเสียชีวิต นับตั้งแต่มีการระบาด และผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนคนติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตในปี พ.ศ. 2560 (ประมาณ 2% ของทั้งโลก) และมีผู้ติดเชื้อ

ใหม่ประมาณ 6 พันคน เฉลี่ยวันละ 17 คน (ประมาณ 0.3% ของทั้งโลก)<sup>8</sup>

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย จากข้อมูลในปี 2560 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 5,500 คน หรือเฉลี่ยวันละ 15 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 440,000 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัย และรู้สถานะการติดเชื้อตนเองแล้วร้อยละ 98 แต่มีเพียงร้อยละ 75 ของผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเองได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในจำนวนของผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีเพียงร้อยละ 84 ที่กวดไวรัสได้สำเร็จ จาก ข้อมูลของผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี และรู้ผลการตรวจ 12 เดือนที่ผ่านมา 85,276 ราย ผลเลือดบวก 2,281 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.67 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 49,559 ราย ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง 37,627 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.92 และผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อและรับยาต้านไวรัสจำนวน 28,116 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.72 ผู้ติดเชื้อที่กินยาและสามารถกวดไวรัสสำเร็จ 23,759 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.50<sup>2</sup>

ประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 คือ ไม่มีเด็กติดเชื้อ HIV เมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อทุกคนเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส HIV และไม่มี การตีตรา รังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ การที่จะบรรลุเป้าหมายได้ต้องมีการทำงานที่บูรณาการด้านการป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อ การออกเชิงรุกเข้าหาประชากรเปราะบาง การให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อ การส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส การติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในรูปแบบการมีส่วนร่วม ทั้งจาก ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ การดำเนินงานจะมุ่งเน้นความต่อเนื่องของการเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจ

HIV-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) โดย “การเข้าถึง” ต้องเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อสร้างความต้องการตรวจ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ “การเข้าสู่บริการ” ต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความต้องการตรวจ HIV และเข้าสู่บริการป้องกันและดูแลรักษา “การตรวจ HIV” มีการให้บริการตรวจ HIV ที่เข้าถึงได้ มีบริการตรวจ HIV ที่สามารถทราบผลได้ภายในวันเดียว โดยประชาชนไทยสามารถตรวจฟรีปีละ 2 ครั้ง ทั่วประเทศ ทุกโรงพยาบาล ที่ให้บริการภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีการกระจายบริการตรวจ HIV ลงสู่ระดับชุมชน มีการจัดบริการตรวจ HIV เชิงรุก “การรักษา” ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV สามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้ทุกระดับ CD4 และเริ่มยาต้านไวรัสได้แต่เนิ่น ๆ ตามแนวทางของประเทศ และ “การคงอยู่ในระบบ” จะต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายยังคงป้องกันหรือรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ผลการตรวจ HIV เป็นลบ ยังคงป้องกันและตรวจ HIV โดยสม่ำเสมอ ส่วนผู้ที่ติดเชื้อ HIV เมื่อเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ หรือหากยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส ต้องติดตามให้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุด<sup>8</sup>

การที่ผู้ติดเชื้อ HIV จะสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาเดิมทุกวัน ผู้ป่วยบางรายเลือกรักษาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก บางคนเป็นวิทยากรแบ่งปันประสบการณ์ ซึ่งถ้าการดูแลตนเองไม่เหมาะสมหรือการรักษาไม่ต่อเนื่อง จะส่งผลต่อสุขภาพ นอกจากนี้ครอบครัวและชุมชนก็มีความสำคัญ และส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ศูนย์บริการชุมชน (DIC-Cluster) เป็นกระบวนการจัดการระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV โดยมีกระบวนการที่ครอบคลุมชุดบริการ RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงการดำเนินงานของศูนย์บริการชุมชน (Drop In Center : DIC) ทั้งที่ดำเนินการโดย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งเป็น ภาควิชาเครือข่ายหน่วยบริการใน

พื้นที่ และภาคีเครือข่ายหน่วยสนับสนุน รวมทั้งภาคีเครือข่ายหน่วยวิชาการ เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ด้านการวางแผน การบริหารจัดการ การดำเนินงานการใช้ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามนโยบายยุติปัญหาเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค ของประเทศ<sup>17,18</sup>

ที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้ศึกษาจึงศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

### รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม – กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center)
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) 10 แห่ง จำนวน 142 คน ประกอบด้วย อสม. 100 คน ผู้นำชุมชน 24 คน จนท.อบต. 18 คน

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกาฬสินธุ์

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีรายละเอียด และวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 การกำหนดแนวทางในการ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 3 การเสริมสร้างความเข้าใจในการ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 4 ขั้นการประเมินผลและถอด บทเรียน การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

### เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยกิจกรรม การศึกษาแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ การจัดทำแนวทางการ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ การทดลองนำไปใช้ และการประเมินผลและ ถอดบทเรียน โดยการประเมินผลการดำเนินงานก่อน และหลังการพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in

Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประชุมเพื่อติดตาม ความก้าวหน้าของการบริการศูนย์บริการชุมชน อย่าง น้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีการสรุปรายงานการประชุม 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจ เกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบ แบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับ มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือผู้ศึกษาได้ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อ ที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและ ภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและ แก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out ) โดยการนำไปทดลอง ใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำ ข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจผู้มารับ  
บริการที่ศูนย์บริการชุมชน (DIC) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับศูนย์บริการ  
ชุมชน

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจผู้มารับบริการที่  
ศูนย์บริการชุมชน (DIC) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ  
มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึง  
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน มากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความพึง  
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึง  
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึง  
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึง  
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้  
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity )  
โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญ  
พิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อ  
ที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและ  
ภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ  
ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและ  
แก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง  
คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out ) โดยการนำไปทดลอง  
ใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ  
ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำ  
ข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม  
โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach  
method)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลถูกต้องมากที่สุด  
ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความชัดเจนโดยใช้วิธีตรวจสอบแบบ

สามเส้า (Triangulation) จากข้อมูลทั้งหมด ด้านข้อมูล  
จากแหล่งข้อมูล สถานที่ เวลา และบุคคล ด้านวิธีการ  
เก็บใช้วิธีการเก็บข้อมูลเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่างกัน  
เช่นการศึกษาจากเอกสาร การสนทนากลุ่ม การประชุม  
การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และ  
รวบรวมสรุป ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ  
ชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย  
จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้  
สถิติ Dependent t-test และ F – tests ด้วยเทคนิค  
One way ANOVA

#### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการ  
วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

#### ผลการวิจัย

##### 1. สถานการณ์การให้บริการของศูนย์บริการ ชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 สภาพปัญหา ปัญหาจากการดำเนินงาน  
ได้แก่ ปัญหาด้านระบบบริการ การอำนวยความสะดวก  
ของเจ้าหน้าที่ รูปแบบให้บริการในคลินิกขาดแนว  
ปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีการอบรม ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่  
ตรงเวลา

1.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ  
ชุมชน (DIC) ของ บุคลากรในการให้บริการใน  
ศูนย์บริการชุมชน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับ  
ปานกลางและความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ  
ชุมชน (DIC) ระหว่าง บุคลากรในการให้บริการใน  
ศูนย์บริการชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และ จนท.  
อบต. ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ  
ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้  
ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์  
ประกอบด้วย การจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพองค์กรเอกชน  
สาธารณสุขประโยชน์ ชี้อองค์กร กลุ่มพลังสาวสองและ  
การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน

DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ  
กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ  
ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้  
ติดเชื้อ HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ  
ชุมชน (DIC) ของ บุคลากรในการให้บริการใน  
ศูนย์บริการชุมชน หลังการดำเนินงาน โดยรวมและราย  
ด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับ  
มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ระหว่าง บุคลากรใน  
การให้บริการในศูนย์บริการชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำ  
ชุมชน และ จนท.อบต. หลังการดำเนินงาน ไม่มีความ  
แตกต่างกัน

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับ  
มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการ  
ดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการ  
ดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p- value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ขับเคลื่อน	3.03	0.31	4.76	0.21	141	-41.250	.000	-1.81265	-1.64685
บริหาร	3.01	0.25	4.75	0.15	141	-57.643	.000	-1.80273	-1.68318
บริการ	3.08	0.35	4.74	0.25	141	-33.602	.000	-1.75851	-1.56309
รวม	3.04	0.19	4.75	0.14	141	-65.692	.000	-1.76267	-1.65967

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.5 การเปรียบเทียบความเข้าใจ  
เกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและ  
หลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการ  
ดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน

3.4 ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการ  
ศูนย์บริการชุมชน (DIC) หลังการดำเนินงาน โดยรวม  
และรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับ  
มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ของ บุคลากรใน  
การให้บริการในศูนย์บริการชุมชน หลังการ  
ดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก  
ที่สุด การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน  
ศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการดำเนินงาน

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
.05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย  
มากกว่าก่อนดำเนินงานและความพึงพอใจเกี่ยวกับ  
การให้บริการศูนย์บริการชุมชน (DIC) หลังการ  
ดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด  
ดังนั้น จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการ  
ของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการ  
ดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์  
ประกอบด้วย การจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพองค์กร  
เอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ชี้อองค์กร กลุ่มพลังสาว  
สองและการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ  
ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแล  
ผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ตาม  
แนวคิดของ DIC<sup>1</sup> สอดคล้องกันกับการศึกษาของ  
สอดคล้องกันกับการศึกษาของวาทีนิ บุญญรัตน์ และ  
อริสรา จันทร์ศรีสุริยวงศ์ (2566)<sup>9</sup> ได้ศึกษาผลการ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2563 เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบ ก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของแพทย์ 6 เดือน หลังพัฒนาระบบผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีแต่ควบคุมได้จะส่งต่อให้อยู่ในความดูแลของเภสัชกร ติดตามผลทุก 3 เดือนเป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยไม่ต้องพบแพทย์ เภสัชกรสั่งยาเติมและจ่ายยาร่วมกับนำกระบวนการจัดการบำบัดด้านยามาดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมด 26 ราย พบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ VL < 50 copies/ml เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.92 เป็น 84.62 และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 98.06 เป็น 99.81 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) มีระดับเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้นจาก 403.77 เป็น 506.58 cells/mm<sup>3</sup> เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และระยะเวลาการมารับบริการลดลง 84.30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่พบการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่ม มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 จำนวนผู้ป่วยไวรัสมีระดับ VL < 50 copies/ml ไม่แตกต่างจากเดิม แต่การตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น และระยะเวลาการเข้ารับบริการลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สัจพงษ์ โชคดีวัฒน์ และดวงฤดีวรรณ (2563)<sup>14</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ พบว่า จากการจัดกระบวนการ “แผนที่ความคิด” พบว่าปัญหาและความคาดหวังในการมารับบริการ ได้แก่ การอำนวยความสะดวก และรูปแบบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิก ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผล คือ 1)

พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ได้สะดวกและเป็นลายลักษณ์อักษร 3) อยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ และข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ปรากฏผลคือ 1) ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ตรงเวลา 2) สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนา ได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ มีการปรับปรุงด้านอัตราค่าล้างคน พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับอาคารสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จำนวน 2 เรื่อง จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานแล้วนำมาทดลองใช้ 1 เดือน พบมีข้อที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย การซักประวัติ การประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วม ไม่ชัดเจน การนัดหมายในครั้งแรกและครั้งต่อมาไม่ชัดเจน รวมถึงกรณีการส่งต่อ จึงได้ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งมีการนำไปใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงปัจจุบัน และส่งผลให้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่าที่ไม่เปิดเผยตัวยินยอมเปิดเผยตัว 5 รายและรายที่ขาดนัดจำนวน 6 รายกลับมารับยาต่อ จำนวน 5 ราย

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดำเนินการศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ควรมีการดำเนินการการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ ตามมาตรฐาน แล้วจึงดำเนินการพัฒนาให้สอดคล้องกันกับบริบทและความต้องการของชุมชน

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในการขยายผลและการดูแลติดเชื้อ HIV ในระยะยาวต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค. (2558). มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC : Drop in Center) สำหรับการจัดการบริการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค. สุมทรสาคร. บริษัท บอริ่น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด
- 2.กรมควบคุมโรค. เอดส์ (AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome) เอดส์. [ออนไลน์]. 2562[เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph.go.th/disease\\_detail.php?d=57](https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=57)
- 3.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2563). แนวทางการจัดการบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค; 2563 [สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/997820200403093559.pdf>
- 4.จุฬามาต มากกุลุธร.(2564). ผลการจัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด. วารสารโรคเอดส์ 33(2) 73-90
- 5.นันทพงษ์ พงศ์สุวรรณ.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง. วารสารโรคเอดส์ 32(2) 68-78
- 6.ประจักษ์ เทิกขุนทด.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสองดาว วารสารโรคเอดส์ 33(3) 151-64
- 7.ภรท สุน. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารโรคเอดส์ 2563; 32(1) 1-14
- 8.วงการแพทย์. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ร่วมกับสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยเผย “ความก้าวหน้าการรักษา HIV ในปัจจุบัน” [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2778>
- 9.วาทีณี บุญญรัตน์ อริสรา จันทร์ศรีสุริยวงศ์. (2566) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร. เภสัชกรรมคลินิก: 29(2) 131-42
- 10.วิภาดา มหรัตนวีโรจน์. การดำเนินงานการจัดการบริการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวัณโรค สำหรับภาคีเครือข่ายศูนย์บริการชุมชน (DIC- Cluster) ในระดับ อำเภอ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ.
- 11.ศศิธร แสงเนตร.(2563). ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 4(8):1-12
- 12.ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อและพาหะนำโรค. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์. [ออนไลน์]. 2548 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก [http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc\\_nih/a\\_nih\\_1\\_001c.asp?info\\_id=901](http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=901)
- 13.สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. เอดส์ ป้องกันได้[ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก <https://new.camri.go.th/infographic/95>
- 14.สังพงษ์ โชคคิตวัฒน์ และดวงฤดี วรชิต. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์ 2563; 32(1) 15-27
- 15.สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. โรคเอดส์ การระบาดที่ยังไม่มีวี่แวง. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2778>
- 16.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. สืบค้นจาก <https://www.thaiaidsociety.org/wp-content/uploads/2022/02/Thailand-National-Guidelines-on-HIV-AIDS-Treatment-and-Prevention-2017.pdf>
- 17.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (Drop in Center : DIC) สำหรับการจัดการบริการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/download/1813>
- 18.Juntaramano S.,Sawangareeruk J. Lifestyles and health behaviors of persons with HIV/AIDS with food quality of life. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2): 57-69