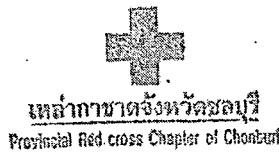
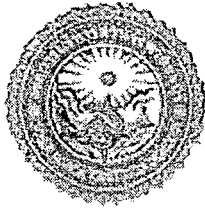
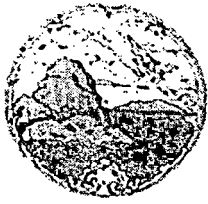


สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์เอดส์ (ASI) มหาวิทยาลัยบูรพา

รายงานการวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
จังหวัดชลบุรี

กลุ่มผู้รับบริการปรึกษาและบริการด้านสุขภาพ

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

โดยได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณพัฒนาจังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. 2552
ภายใต้โครงการพัฒนากลไกบริหารจัดการด้านการควบคุมและป้องกันปัญหาเอดส์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

A0. 00739 01

เมษายน 2553

18 ม.ค. 2554

๕๑๕๐๑๓๓๔๐๗

เรียงบริการ

28 12 92

18 ส.ค. 2554

รายชื่อนักวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทนา วัชรสินธุ์ (Assoc.Prof.Dr. Chintana Wacharasin)
ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
โทรศัพท์ 081-4019472 โทรสาร 038-475790 E-mail: chintana@buu.ac.th

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา
นพ.วิพุธ พูลเจริญ เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย
นพ.สมชาย ศรีเปลี่ยนจันทร์ ผู้อำนวยการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย
นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์ โภคิน ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูลและนโยบายเอคตส์ Integrated Analysis and Advocacy
(A²)
นางเพ็ญศรี สงวนสิงห์ ผู้จัดการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย

หน่วยงานหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุนันทา โอศิริ Email : sosiri@buu.ac.th
นายกิตติศักดิ์ ตันติพิพัฒน์กุล Email : ktantipatgul@yahoo.com
ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์เอคตส์จังหวัดชลบุรี
สงนง.เลขาห้อง 302 คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ม.บูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทร. 038-102630 โทร./โทรสาร 038-394700

หน่วยงานสนับสนุน

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย
ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูลและนโยบายเอคตส์ Integrated Analysis and Advocacy (A²)
เลขที่ 44/128 ซอยพิชัยนันท์ ถนนติวานนท์ 3 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-9689537 โทรสาร 02-9689885

คำนำ

รายงานการวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขเอดส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนากลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี การพัฒนาเครื่องมือ คู่มือ แนวทางปฏิบัติ กลวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายการสร้างแกนนำ และรูปแบบการทำงานแบบเครือข่ายของภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในจังหวัดชลบุรี สรุบบทเรียนการดำเนินการ พัฒนาตัวชี้วัด และติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จัดทำข้อเสนอการดำเนินงานเพื่อการขยายผล ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับพื้นที่อื่น ๆ ในกลุ่มเป้าหมาย 10 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการฝากครรภ์และคลอดบุตร ในจังหวัดชลบุรี
2. กลุ่มผู้รับบริการปรึกษาและบริการด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ

ในจังหวัดชลบุรี

3. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดชลบุรี
4. กลุ่มหญิงบริการในจังหวัดชลบุรี
5. กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา ในจังหวัดชลบุรี
6. กลุ่มเยาวชนในหอพักในจังหวัดชลบุรี
7. กลุ่มพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดชลบุรี
8. กลุ่มเด็กด้อยโอกาส เด็กเร่ร่อน ในจังหวัดชลบุรี
9. กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ทัณฑสถาน สถานฝึกงานและสถานพินิจ ในจังหวัดชลบุรี
10. กลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียน ในจังหวัดชลบุรี

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะที่ปรึกษา ประกอบด้วย ศาสตราจารย์ ดร. สมศักดิ์ พันธุ์ฉันทนา รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ในฐานะประธานศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์เอดส์จังหวัดชลบุรี นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ นายแพทย์สมชาย ศรีเปลี่ยนจันทร์ นายแพทย์วิวัฒน์ ธีรพัฒน์ โภกิน และคุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์ มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำและสนับสนุนการดำเนินการของคณะทำงานวิชาการของศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์เอดส์มาโดยตลอด

งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากงบประมาณพัฒนาจังหวัดชลบุรี ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ทุกท่านที่ได้ทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานในลักษณะภาคี

เครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ รวมทั้งสมาชิกในกลุ่มของภาคี
เครือข่ายต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ

คณะทำงานวิชาการ ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์เอดส์จังหวัดชลบุรี

เมษายน 2553

กลุ่มผู้รับบริการปรึกษาและบริการด้านสุขภาพ

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

บทสรุปผู้บริหาร

ลักษณะปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย

การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและการปรึกษาของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การรักษาและบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ซึ่งการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นปัญหาที่พบทั่วไปในทุกระดับบุคคล สังคมและชุมชน มีสาเหตุมาจากความกลัวการติดเชื้อจากการสัมผัสตามปกติ กลัวการถูกตำหนิ การตัดสินคุณค่าและการทำให้อาย จึงจำเป็นต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานเอดส์ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรักษาสุขภาพแบบองค์รวม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

การพัฒนาสมรรถนะผู้ที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรม โครงการ ควรเน้นการลดความกลัว การเพิ่มความตระหนัก การป้องกัน universal precaution และวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะติดต่อผู้ติดเชื้อ พฤติกรรมการรังเกียจ การรับรู้การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก ดังนั้นการดำเนินการรูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพ(Effective Intervention) จึงควรทำความเข้าใจถึงปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ติดเชื้อและเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการบริการสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (Friendly health service for people living with HIV/AIDS) ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และการพัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลสำหรับ โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ เขตจังหวัดชลบุรี

สัมฤทธิ์ผลของโครงการ

โครงการนี้ศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การระดมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์จำนวน 26 คน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ด้านพยาบาลศาสตร์และเภสัชศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การศาสนา ชมรมผู้ติดเชื้อ มูลนิธิช่วยเหลือเด็กและสตรี ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และองค์กรเอกชนในจังหวัดชลบุรี

รูปแบบการบริการสุขภาพที่สังเคราะห์ได้ในการศึกษานี้คือรูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่ง โครงสร้างประกอบด้วย 5 มิติหลัก และ 4 มิติย่อย ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to Care Services)
2. การตรวจเลือดและการให้บริการปรึกษา (Testing and Counseling)
3. การเก็บรักษาความลับ (Confidentiality)
4. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control)
5. คุณภาพการดูแล (Quality of Care)

ภายใต้แต่ละมิตินี้ประกอบด้วย 4 มิติย่อย คือ

1. การปฏิบัติ (การปฏิบัติการการดูแลและพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพ)
2. การฝึกอบรม (การสร้างและคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน)
3. การประกันคุณภาพ (กลไกการติดตามและควบคุมการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน)
4. นโยบาย (กฎระเบียบของสถาบันและข้อปฏิบัติที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน)

การดำเนินการต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวตามรูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ 5 สาขา และอาสาสมัคร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแล้ว ให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ ซึ่งในสถานบริการสุขภาพให้บริการตั้งแต่ด่านแรก

แผนกรับผู้มารับบริการ แผนกให้บริการปรึกษา แผนกเจาะเลือด แผนกตรวจรักษา แผนกจ่ายยา และ
ชมรมผู้ติดเชื้อ รูปแบบบริการประกอบด้วย การให้ความรู้ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ ให้บริการปรึกษาสำหรับกลุ่มเสี่ยง บริการตรวจเจาะเลือด บริการตรวจรักษา ให้ยาต้านไวรัส กลุ่ม
เพื่อนช่วยเพื่อน บริการเยี่ยมครอบครัวผู้ติดเชื้อ โดยอาสาสมัคร และการส่งต่อผู้ติดเชื้อไปรับบริการด้าน
สังคม เศรษฐกิจ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือระบบส่งต่อจากชุมชนสู่สถานบริการสุขภาพ

ข้อจำกัด

รูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวยัง
ไม่ได้ผ่านการทดลองใช้จริงตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ในจังหวัดชลบุรี เนื่องจากยังขาดการ
สนับสนุนทั้งด้านนโยบายและงบประมาณ จึงยังไม่สามารถเข้าถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการได้
อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่เคยใช้มาแล้วได้ผลในบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อการดูแล
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การตรวจเลือดและการ
ให้บริการปรึกษา การเก็บรักษาความลับ การควบคุมการติดเชื้อ และคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ
2. โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพควรปรับพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพสู่บริการ
ที่เป็นมิตร การฝึกอบรมเพื่อการสร้างและคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงานตาม
มาตรฐาน
3. โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพควรบรรจุบริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อการดูแลผู้ติด
เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวไว้ในการประกันคุณภาพ โรงพยาบาล โดยสร้างกลไกการติดตาม
และควบคุมการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน
4. สาธารณสุขจังหวัดต้องประกาศนโยบายนี้และกำหนดกฎระเบียบของสถาบันและข้อปฏิบัติ
ที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และพัฒนาระบบส่งต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัด

5. โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพกำหนดการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ 5 สาขา และอาสาสมัคร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล
นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
บทที่ 1	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	2
บทที่ 2	
ผลการศึกษา	6
1. ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	6
2. รูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและแนวทางปฏิบัติ	15
3. ตัวชี้วัดและการประเมินผลรูปแบบการบริการสุขภาพ	21
-แบบประเมินบุคลากรด้านงานเอดส์และการดำเนินงานเอดส์	22
-แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ	26
-แบบประเมินรูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตร	27
บทที่ 3	
สรุปและข้อเสนอแนะ	32
บรรณานุกรม	34

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศถึงแม้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จ ในการควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ค่อยลดลง และมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงก็ตาม อัตราผู้ป่วยเอดส์ 43.10 ในปี พ.ศ. 2543 และ 36.54 ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งทำนองเดียวกับจังหวัดชลบุรี 47.51 ในปี พ.ศ. 2543 และ 24.51 ในปีพ.ศ. 2547 (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548) ในปี พ.ศ. 2551ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 580,000 คน (Sirivichayakul et al., 2008) แต่การเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคม เศรษฐกิจ และเงื่อนไขการบริหารรัฐกิจ ทำให้ต้องมีการปรับยุทธศาสตร์ในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาด

ที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เน้นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มารับการรักษาที่หน่วยงานหรือโรงพยาบาลของรัฐ แต่ไม่ครอบคลุมการบริการปรึกษาครอบครัวและการรักษาในทุกกลุ่ม มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันแก้ไขโรคเอดส์แต่ไม่มีการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงทำให้ขาดองค์ความรู้หรือความเข้าใจที่ลึกซึ้งชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ แบบแผนการระบาด พฤติกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ และรูปแบบการบริการปรึกษาและการรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การหาวิธีป้องกันแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้นโยบายและแผนยุทธศาสตร์เอดส์ของจังหวัดชลบุรียังไม่ชัดเจน และเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคของสังคมที่เกิดจากวิกฤตทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ทำให้สิ่งแวดล้อมอ่อนแอ ครอบครัวและชุมชนไม่เข้มแข็ง ระบบบริการสุขภาพอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จึงต้องพัฒนาการดำเนินการแบบร่วมคิดร่วมทำในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งด้านองค์กรสุขภาพและองค์กรชุมชน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดระบบการเรียนรู้จากข้อมูลและการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อป้องกัน/แก้ไขปัญหาเอดส์ทุกมิติแบบองค์รวม และมีความยั่งยืนในพื้นที่ และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนายุทธศาสตร์เอดส์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ จังหวัดชลบุรี รายงานนี้จึงมุ่งศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมาย สังเคราะห์แนวทางปฏิบัติและกลวิธีต้นแบบบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนพัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบริการปรึกษาและการรักษาสุขภาพแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (Care) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Positive Prevention) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Change Behavior)
3. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผล

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เอดส์ (AIDS) เป็นภาวะที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายคนบกพร่อง ไม่สามารถต้านทานเชื้อโรคได้ เกิดโรคแทรกซ้อนบ่อย รักษายาก และถึงแก่ชีวิตในที่สุด ในทางจิตวิทยาและสังคมนั้น เอดส์ หมายถึง ภาวะแห่งความสิ้นหวัง หมดคุณค่าหมดความสำคัญ คนรอบข้างรังเกียจ เป็นความเจ็บปวดทุกข์ทรมานแก่ตัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย และครอบครัว เป็นภาวะที่ขาดความช่วยเหลือดูแล เป็นโรคที่น่ากลัวและติดต่อร้ายแรง น่ารังเกียจ เป็นความอัปยศอดสู เป็นภาวะที่สังคมไม่ยอมรับ นอกจากนี้ยังเป็นภาวะแห่งความสูญเสีย ทั้งชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และวงศ์ตระกูล และเป็นภาวะที่สร้างความเสียหายทางสังคมเศรษฐกิจ (สมมาตร พรหมภักดี, 2537; พีรยา จารุทรัพย์, 2539; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540; Maneesriwongul et al, 2004)

ถึงแม้เอดส์ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ระบบการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากขึ้น มียาต้านไวรัส ประกอบกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และความยอมรับของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น สามารถช่วยชีวิตหรือยืดเวลาการมีชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้มากขึ้น แต่เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน เป็นภาระรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเองและครอบครัว และสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น การติดเชื้อแทรกซ้อน ด้านจิตใจ เช่น ภาวะเครียดและวิตกกังวลต่อความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วย หรือการแพร่กระจายของโรคที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น (Kalichman et al, 2000) ด้านสังคม เช่น ภาวะเศร้า โศกสูญเสีย แยกตัว ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Wachter, Knodel, & VanLandingham, 2002) ภาวะสูญเสียภาพลักษณ์ ภาวะทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ บางครอบครัวถึงกับหมดหวังและฆ่าตัวตาย เนื่องจากต้องอาศัย

ระยะเวลาในการรักษา รักษาไม่หาย ไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้มักจะท้อแท้ และรู้สึกว่ามีไม่มีใครช่วยเหลือได้ รู้สึกกลัว รู้สึกหมดหวัง ด้อยค่า ภูกรังเกียจ (Maneesriwongul et al, 2004) ด้านเศรษฐกิจ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงาน ลดลง (จินตนา วัชรสินธุ์, พิศมัย หอมจำปา, และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2549) ผู้ติดเชื้อเหล่านี้จะต้องดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือ โรคแทรกซ้อน แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและช่วยเหลือตัวเองได้น้อยก็ต้องพึ่งพาคนอื่น หรือต้องการผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลต้องมีความรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแล

จากที่กล่าวมาข้างต้น รูปแบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสอดคล้องกับบริบทผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จึงมีความสำคัญมากต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ยั่งยืน ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว รวมถึงชุมชนต้องมีความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี การแก้ไขปัญหาเอดส์ และการพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแล ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และชุมชนที่เกี่ยวข้องการจัดบริการ โดยให้เข้าร่วมแสดงความต้องการ และวิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัดของการจัดบริการในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ร่วมกันวางแผนการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 เป็นต้นมา และในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ได้กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนในครอบครัว หรือในชุมชนของตน ได้ศึกษาวิธีการและรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับหน่วยงานของตน และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานได้ รวมทั้งได้พยายามพัฒนาระบบงานเทคโนโลยีและบุคลากร เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ลักษณะสำคัญของกลยุทธ์สำหรับกลุ่มเป้าหมายบริการให้คำแนะนำปรึกษา บริการยาต้านไวรัสเอดส์ บริการตรวจรักษาวัณโรค บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทุกกลุ่มประชากร (กลุ่มชายลูกค้ำ กลุ่มชายและหญิงบริการ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง) และประชาชนทั่วไป ควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีประสิทธิผล (Effective intervention) ซึ่งแบ่งเป็นประเภท A หมายถึง มี evidence ถูกทดลองทำ มีหลักฐานว่าได้ผลหรือไม่ได้ผล มีการศึกษา efficacy/effectiveness analysis หรือมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ทำ intervention กับกลุ่มที่ไม่ได้ทำ โดยมีผลการศึกษายกกว่าแตกต่างหรือไม่ อย่างไร ส่วนประเภท B หมายถึง มี evidence มีการทำโครงการ บอกว่าทำอะไร

อย่างไร แต่ไม่มีการศึกษาถึง efficacy/effectiveness หรือไม่มีการประเมินผลโครงการ รวมถึงการทำ operational research ในกลุ่มประชากรเล็กๆ หรือการทดลองในกลุ่มเล็กๆ

2. มีความครอบคลุม (Coverage) เป็นรูปแบบที่เหมาะสมสามารถให้บริการสุขภาพได้ในทุกกลุ่มเป้าหมาย และทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้

3. มุ่งเป้าที่การเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior change targeted) เป็นรูปแบบที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรคเอดส์

4. มีความต่อเนื่องและนำการติดตามประเมินผลมาปรับใช้กับผลงานและกิจกรรม (Sustainable with Monitoring & Evaluation)

5. มีความหลากหลาย (Multiple intervention) ไม่ใช่เพียง intervention เดียวที่จะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ตัวอย่างของ Effective Intervention

1) บริการเกี่ยวกับคำปรึกษาและการรักษาในที่นี้ควรเป็นบริการที่อยู่ในระบบส่งต่อการดำเนินงานด้านการณรงค์ป้องกันโรคเอดส์สำหรับกลุ่มชายและหญิงบริการ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง และประชาชนทั่วไป (กลุ่ม B)

2) ลักษณะการบริการควรมีการกำหนดและพัฒนาให้สถานบริการด้านสุขภาพมีลักษณะเป็นมิตรต่อกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีความเข้าใจเรื่องเพศภาวะของกลุ่มเป้าหมาย (ไม่มีอคติ) (กลุ่ม B)

3) ด้านลักษณะการบริการด้านการตรวจรักษานั้น ควรให้มีการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจและรักษาด้วย รวมถึงควรกำหนดและให้มีมาตรฐานการรักษาเดียวกัน (กลุ่ม A)

4) ควรมีระบบการส่งต่อ (ที่เป็นระบบ) กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรอื่นๆ เพื่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคมและอื่นๆ (กลุ่ม B)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คาดหวัง โดยผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ บริการให้คำปรึกษา และตรวจเลือด และผู้ให้บริการมีการจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับทุกกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อให้สามารถเข้าถึงการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริการให้คำปรึกษา และตรวจเลือด และมีการจัดบริการส่งต่อระหว่างสถานบริการ ชุมชน และจุดบริการอื่นๆ

กลไกและวิธีการในการขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งจังหวัด มีวิธีการดังนี้
ให้บริการ

1) มีการประชาสัมพันธ์บริการผสมผสานป้องกันเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ

- 2) ขยายการให้บริการผสมผสานไปทุกสถานบริการสุขภาพในจังหวัดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
 - 3) มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในสถานบริการและเตรียมผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นอาสาสมัครจากชุมชนเข้ามาประกอบทีมในการจัดบริการให้บริการ
 - 4) มีการสร้างเครือข่ายประชาคมผู้ให้บริการ
-

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม (Documentary study) และการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อการสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพเพื่อการปรับพฤติกรรมการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเอดส์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ผลการศึกษาศึกษาจากการศึกษาในระยะที่ 1 คือบริบทการบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหา ข้อจำกัด ศักยภาพของสถานบริการในการบริการปรึกษาและการรักษาสุขภาพ และปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และวิเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Effective Intervention) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และออกแบบรูปแบบบริการที่สอดคล้องกับบริบท

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายภาคีคณะทำงานที่ร่วมระดมความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อการปรับพฤติกรรมการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเอดส์ และเครื่องมือประเมินและติดตามผลการใช้รูปแบบ จำนวน 26 คน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ด้านพยาบาลศาสตร์และเภสัชศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การศาสนา ชมรมผู้ติดเชื้อ มูลนิธิช่วยเหลือเด็กและสตรี ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และองค์กรเอกชน(Non-government organization)

บทที่ 2 ผลการศึกษา

รายงานนี้นำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและแนวทางปฏิบัติ และตัวชี้วัดและการประเมินผลรูปแบบการบริการสุขภาพ

1. ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Effective Intervention)

ถึงแม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยจะลดลงก็ตาม ซึ่งถือว่าเป็นความสำเร็จในการควบคุมการกระจายการติดเชื้อในภาพรวมของประเทศ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ และกระจายอยู่ในทุกกลุ่มอายุ ความต้องการการดูแลสุขภาพก็เพิ่มขึ้นด้วย ขณะเดียวกันการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก (stigma and discrimination: S&D) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังเป็นปัญหาที่พบทั่วไป และอยู่ในรูปแบบที่หลากหลายในทุกระดับของสังคมทั้งในระดับบุคคล สังคม และชุมชน โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพทั้งจากผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการสุขภาพ และระบบการจัดการ ทำให้เป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและการปรึกษาของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การรักษาและการบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ส่งผลต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมทำให้ภาวะของโรคเลวลงได้ ปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานเอดส์ในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวีและรักษาแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive approach to HIV prevention and treatment) ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีหลากหลายกิจกรรมย่อย และจะต้องร่วมกันทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติ (Klein, Karchner, & O'Connell, 2002) เพื่อการตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก (early detection) และเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพ

การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีสาเหตุมาจากความกลัวการติดเชื้อจากการสัมผัสตามปกติ กลัวการถูกตำหนิ การตัดสินคุณค่า และการทำให้อาย ดังนั้นจึงควรทำโครงการที่เน้นการลดความกลัว การเพิ่มความตระหนัก การป้องกัน universal precaution กิจกรรมควรผสมผสานกันระหว่างลดความกลัวและลดการตีตราทางสังคม และวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะติดต่อผู้ติดเชื้อ พฤติกรรมการรังเกียจ (การปฏิเสธที่จะรักษาผู้ติดเชื้อ) การรับรู้การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก (วัดจากการรับรู้ของผู้ติด

เชื้อ) เก็บข้อมูลพื้นฐานจากผู้ติดเชื้อและเจ้าหน้าที่สุขภาพในโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต หลังจากนั้นให้ Intervention (Oanh, Ashburn, Pulerwitz, Ogden, & Nyblade, 2008) และที่สำคัญคือการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย (People living with HIV/AIDS-friendly health service: PLHA-friendly) เพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

รูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเอดส์

การทบทวนวรรณกรรมนี้จะเสนอกิจกรรม โครงการเพื่อลดการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก การตรวจหาเชื้อเอชไอวี การปรึกษา (HIV testing and counseling) และการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. การดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งการตีตราทางสังคม/การรังเกียจเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน ธรรมชาติของปัญหาฝังรากลึก การพัฒนาโปรแกรมแก้ปัญหานี้ขาดกรอบแนวคิดทฤษฎีและเครื่องมือวัดที่มีประสิทธิภาพทั้ง ในฐานะที่เป็นกระบวนการของบุคคลและระหว่างบุคคล กรอบแนวคิดใหม่นี้ให้ความหมายแนวคิดการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่ใช้สร้างและคงไว้ซึ่งการควบคุมทางสังคมและเพื่อสร้าง โครงสร้างที่ไม่เท่าเทียมกันมากกว่าระดับบุคคล (Parker, Aggleton, Attawell, Pulerwitz, & Brown, 2002) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยหรือสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยปัจจัยด้านเพศ (sexuality) ภาวะเพศ (gender)ชาติพันธุ์ (race and ethnicity) ชนชั้นทางสังคม (class) และความกลัวการติดเชื้อและโรคเอดส์ ส่งผลให้เกิดวาทกรรมมากมายเกี่ยวกับเอดส์ เช่น เอดส์แพร่กระจายในกลุ่มคนที่ขายบริการทางเพศ เอดส์เป็น โรคของผู้หญิง เอดส์มีสาเหตุจากผู้ชาย เอดส์เป็น โรคของคนอาฟริกัน เอดส์เป็น โรคของคนรวย เอดส์เป็น โรคของคนจน ลักษณะการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกสามารถเห็นได้จากนโยบายและบริบทของการใช้กฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับเอดส์ บริบทของสถาบันไม่ว่าจะเป็นสถานบันการศึกษา การจ้างงาน ระบบบริการสุขภาพ โครงการ HIV/AIDS สถาบันทางศาสนา บริบทชุมชน บริบทครอบครัว และบริบทของบุคคล จึงต้องพัฒนากรอบแนวคิดใหม่เนื่องจากการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกทำให้เกิดความแตกต่างและการแบ่งชั้นในสังคม และความไม่เท่าเทียมกันในสังคม กรอบแนวคิดใหม่นี้สำหรับการวิจัยเพื่อประเมินปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจที่มีต่อการตีตราทางสังคม/การรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมชุมชน การประเมินศักยภาพของ Intervention ที่จะลดการตีตราทางสังคม/การรังเกียจ ถูกออกแบบเพื่อการปรับเปลี่ยน

สิ่งแวดล้อม (environmental interventions) โดยเฉพาะการขับเคลื่อนของชุมชน การเพิ่มพลังอำนาจของประชาชนชายขอบให้ทันทันต่อการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก และการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง โดยเฉพาะด้านกฎหมายและการเมืองเพื่อการพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

2. World Health Organization (2008) สำรวจระหว่างปี 2005-2007 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง 17 ประเทศ พบค่ามัธยฐานร้อยละ 10.9 สำหรับผู้หญิงและร้อยละ 10.3 สำหรับผู้ชายที่ได้รับ HIV testing และร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อรู้ผลการตรวจเลือด ผลการสำรวจชี้ว่า provider-initiated testing และ counseling ในสถานบริการสุขภาพช่วยเพิ่มการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีมากขึ้น การศึกษานี้แยกแยะความแตกต่างระหว่าง 2 ชนิดของการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและการปรึกษาที่เป็นการทำด้วยความสมัครใจ ประกอบด้วย ชนิดที่เป็นการริเริ่มของผู้รับบริการ (Client-initiated HIV-testing and counseling) และชนิดที่เป็นการริเริ่มของผู้ให้บริการ (Provider-initiated HIV-testing and counseling) ส่วนใหญ่ประเทศที่รายได้ต่ำถึงปานกลางใช้วิธี client-initiated สำหรับ HIV testing and counseling ทั้งที่หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ที่บ้าน สถานที่ทำงาน และในชุมชน ซึ่งวิธีทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกมากขึ้น โดยเฉพาะหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ใช้วิธีการตรวจเลือดอย่างรวดเร็ว (rapid test) ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ได้ผลเร็ว และช่วยเพิ่มอัตราการตรวจเลือดมากขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้จะแนวโน้มการใช้วิธีนี้เป็นไปทางบวกแต่ก็มีข้อจำกัด เช่น ความกลัว การตีตราทางสังคม การขาดการรับรู้ความเสี่ยงต่ำ ปฏิกริยาทางลบของการเปิดเผย การจำกัดการเข้าถึงการรักษาและบริการสุขภาพ และความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ ส่วนชนิด Provider-initiated HIV-testing and counseling ก่อนที่จะมีมาตรฐานไวรัส มีความพยายามที่จะหากลวิธีให้กลุ่มเสี่ยงเพิ่มการตรวจเลือดและการปรึกษา ปี 2007 WHO และ UNAIDS ออกแนวทางของ Provider-initiated HIV-testing and counseling ซึ่งแนะนำให้ผู้ให้บริการสุขภาพให้บริการตรวจเลือดและการปรึกษาสำหรับทุกคนที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการที่ได้มาตรฐานรวมถึงบริการขณะตั้งครรภ์ คนที่เป็นวัณโรค และคนที่มารับบริการสุขภาพทางเพศ ผู้ชายที่แสวงหา circumcision ซึ่งเป็นกลวิธีในการป้องกันการติดเชื้อ และเด็กทุกคนมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพ ประเทศไทยก็ใช้วิธี Provider-initiated HIV-testing and counseling สำหรับบริการสุขภาพมารดาและเด็ก คลินิกรักษาวัณโรค ทำให้เพิ่มอัตราการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเวลาที่เหมาะสมมากขึ้น ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น การให้การปรึกษาครอบครัวหรือคู่สามีภรรยาเกิดผลต่อความรู้สึกทางบวกต่อชีวิตคู่ การเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อต่อคู่สมรสที่ไม่ติดเชื้อ และสามารถวางแผนอนาคต โดยเฉพาะแผนอนาคตของเด็ก ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางพบว่า

หลังจากการตรวจหาเชื้อและการรักษาด้วยความสมัครใจแล้วสัดส่วนของเพศลดลงแต่ไม่มี
นัยสำคัญเกี่ยวกับการลดจำนวนคู่นอน

การเพิ่มบริการการตรวจเลือดและการรักษา ต้องระมัดระวังเกี่ยวกับปกปิดความลับของผู้
บริการ การเป็นส่วนตัว และการส่งต่อ

3. Khuat and association (2008) พัฒนาคุณภาพการดูแลโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานใน
เวียดนามเพื่อลดการตีตราทางสังคมและการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการสนับสนุนของ
สถาบันการศึกษาและพัฒนาสังคม (ISDS) International Center for Research on Women (ICRW)
และ Horizons Program ตามฐานคิดพื้นฐานของสาเหตุการตีตราการติดเชื้อเอชไอวี 2 สาเหตุ คือ 1)
ความกลัวการติดเชื้อ (fear of casual transmission) และ 2) คุณค่าทางลบ/การตัดสินของสังคม และ
ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อมีพฤติกรรมและกลุ่ม (negative values/social judgments and
assoications between HIV and certain behaviors and groups, such as sex workers and injecting
drug users) การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์นี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการลดการตี
ตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาจาก
4 โรงพยาบาลของรัฐ (ทางเหนือและทางใต้ที่ละ 2 โรงพยาบาล) ศึกษาใน 6 องค์กรประกอบ ดังนี้ การ
แต่งตั้ง Steering committee การฝึกอบรมบุคลากร การพัฒนานโยบาย การกำหนดแนวทางและ
วัสดุอุปกรณ์สำหรับ Universal Precautions การกำหนดอุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา และการติดตาม
ผลประจำเดือน เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์และเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม กลุ่ม
ตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้บริหาร บุคลากรสายสนับสนุน และผู้รับบริการ (ผู้ติด
เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์) โปรแกรมการวิจัย (Intervention research) ประกอบด้วย 2 โปรแกรม
โดย โปรแกรม 1 ประกอบด้วย a half-day training on basis HIV/AIDS information, and a full-day
on Universal precaution โปรแกรม 2 ประกอบด้วย การฝึกอบรมเหมือนโปรแกรม 1 และเพิ่มการ
อบรม a half-day training on social stigma การฝึกอบรมเกี่ยวกับ HIV และการตีตรา มีผู้ติดเชื้อร่วม
เป็นวิทยากรด้วย

ผลการศึกษาพบว่า การตีตราการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลมี
สาเหตุมาจากความกลัวการติดเชื้อและการให้คุณค่าทางลบต่อการติดเชื้อเอชไอวี การแบ่งแยกการ
ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ขาดนโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการตีตราและการแบ่งแยกที่จะมีผลต่อคุณภาพ
การดูแล โปรแกรม (Intervention) มีประสิทธิภาพสามารถลดทั้งความกลัวการติดเชื้อและการให้
คุณค่าเชิงลบที่เป็นรากฐานของการตีตราและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โปรแกรม 2
ได้ผลดีกว่าโปรแกรม 1 และองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม (intervention) รวมถึงการพัฒนา

นโยบาย การปรับสิ่งแวดล้อมเพิ่มการตีตราในทุกระดับ (a stigma-free environment, เพิ่มจุดล้างมือ) และผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมให้ความรู้ในการอบรมซึ่งสำคัญมาก

4. Horizons/Population Council/SHARAN (2003) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินตนเอง สำหรับ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ในการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (The PLHA-Friendly achievement checklist: A self-assessment tool for hospitals and other medical institutions: Caring for people living with HIV/AIDS) ซึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 5 มิติ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to Care Services)
2. การตรวจเลือดและการให้บริการปรึกษา (Testing and Counseling)
3. การเก็บรักษาความลับ (Confidentiality)
4. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control)
5. คุณภาพการดูแล (Quality of Care)

ภายใต้แต่ละมิตินี้ประกอบด้วย 4 มิตีย่อย คือ

1. การปฏิบัติ (การปฏิบัติบริการการดูแลและพฤติกรรมของบุคคลากรทางสุขภาพ)
2. การฝึกอบรม (การสร้างและคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคคลากรในการปฏิบัติงานตาม

มาตรฐาน)

3. การประกันคุณภาพ (กลไกการติดตามและควบคุมการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน)
4. นโยบาย (กฎระเบียบของสถาบันและข้อปฏิบัติที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็น

มาตรฐาน)

การประเมินด้วยเครื่องมือนี้ที่แสดงถึงมาตรฐานมีคำตอบเป็น “ถูก” / “ผิด” ถ้าตอบ “ถูก” แสดงว่าเกิดขึ้นทุกครั้ง ร้อยละ 100 เช่น มิติด้านการควบคุมการติดเชื้อ และมิตีย่อย การปฏิบัติ คำถาม “Universal precautions เป็นการปฏิบัติที่เหมือนกันกับผู้ติดเชื้อทุกคนและทุกครั้ง” ถ้าคำตอบว่า “ถูก” แสดงว่าการปฏิบัตินั้นได้กระทำเหมือนกันทุกครั้ง เครื่องมือมีลักษณะดังนี้ (The PLHA-Friendly Achievement Checklist)

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to care services)

1.1 การปฏิบัติ (Practice)

- การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ผู้ที่รอตรวจเลือด) ไม่ปฏิเสธ ซ้ำ หรือส่งต่อไปที่อื่น

ถ้ามีบริการนั้นๆ ในหน่วยงานของตน

- การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนด้วยคุณภาพที่เหมือนกันกับการดูแลผู้ป่วย

ประเภทอื่น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ถูกแยกออกจากผู้ป่วยอื่น

โรงพยาบาลมีระบบเครือข่ายการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์และการ

สนับสนุนทางสังคมของชุมชน เช่น การเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

1.2 การฝึกอบรม (Training)

บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและสิทธิของผู้ติดเชื้อที่จะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันและการปกป้องความลับ

1.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)

มีหน่วยรับคำร้องเรียนและเปิดบริการทุกวัน ซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถแสดงความคิดเห็น/วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการบริการได้

กล่องรับคำร้องเรียนติดไว้ที่ Ward และบริเวณที่ผู้ติดเชื้อนั่งรอ

1.4 นโยบาย (Policy)

โรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติทั้งหมดที่กล่าวมา

นโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเข้าถึงและสิทธิการบริการสุขภาพต้องตีพิมพ์ประกาศไว้ในทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ติดเชื้อนั่งรอ

2. การตรวจเลือดและการบริการปรึกษา (Testing and Conseling)

2.1 การปฏิบัติ (Practice)

การตรวจเลือดทุกอย่างทำด้วยความสมัครใจ

การตรวจเลือดทุกอย่างทำหลังจากการเซ็นยินยอม

การตรวจเลือดทุกอย่างทำหลังจาก Pre-test counseling โดยผู้ให้การปรึกษาที่อบรมแล้ว

ผลการตรวจเลือดทุกอย่างต้องบอกกับผู้ป่วยระหว่าง Post-test counseling โดยผู้ให้การปรึกษาที่อบรมแล้ว

2.2 การฝึกอบรม (Training)

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับหลักการและวิธีการของการตรวจและการปรึกษาด้วยความสมัครใจ

ผู้ให้การปรึกษา HIV test ได้รับการอบรมและเพิ่มเติมความรู้และเทคนิคที่ทันสมัยอยู่เสมอ

2.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)

กรรมการของหน่วยงานควบคุมกำกับให้กิจกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด ได้นำมาปฏิบัติ

2.4 นโยบาย (Policy)

นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว

นโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการตรวจเลือดและการปรึกษาญาติประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ

3. การเก็บรักษาความลับ (Confidentiality)

3.1 การปฏิบัติ (Practice)

ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV จะรู้เฉพาะผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลสุขภาพนั้นและเก็บเป็นความลับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV ไม่ถูกเปิดเผยต่อครอบครัวและเพื่อนของผู้ติดเชื้อ

เติง หอผู้ป่วย และแฟ้มประวัติของผู้ติดเชื้อ ไม่มีสัญลักษณ์ใดๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยอื่นรู้สถานะภาพการติดเชื้อเอชไอวี

3.2 การฝึกอบรม (Training)

บุคลากรสุขภาพทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับหลักการปกป้องความลับและสิทธิของผู้ป่วย

3.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)

กรรมการของหน่วยงานติดตามการจัดการระบบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่ามีการเก็บรักษาความลับอย่างเหมาะสม

3.4 นโยบาย (Policy)

นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว

นโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับติดประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ

4. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control)

4.1 การปฏิบัติ (Practice)

Universal precautions ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคนเหมือนกันตลอดเวลา

การจัดการของเสียปฏิบัติโดยบุคลากรสุขภาพทุกคน

บุคลากรทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการพรีวัคซันไวรัสตับอักเสบบี ถ้าจำเป็น Post-exposure prophylaxis (PEP).

4.2 การฝึกอบรม (Training)

บุคลากรทุกคนได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการติดต่อของ HIV และ hepatitis และการป้องกัน การควบคุมการติดเชื้อ (รวมถึง universal precautions or UP), การจัดการของเสีย และ PEP

4.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)

มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ Universal precautions การควบคุมการติดเชื้อ และ PEP เพื่อใช้ได้ตลอดเวลา

ทีมควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงานมีการประชุมเป็นประจำ (หนึ่งครั้งต่อเดือนหรือมากกว่า) เพื่อติดตามการควบคุมการติดเชื้อและการเตรียมอุปกรณ์

ดิประกาศข้อมูล การศึกษา และการสื่อสารเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ ไว้ที่ Wards และบริเวณที่ทำงานของบุคลากร

4.4 นโยบาย (Policy)

นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว

นโยบายโรงพยาบาลการันตีสิ่งแวดล้อมที่ทำงานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

นโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อและความปลอดภัยติดประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ

5. คุณภาพบริการ (Quality of Care)

5.1 การปฏิบัติ (Practice)

PLHA ได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานสูงสุดเกี่ยวกับการจัดการและการดูแล

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเสนอให้ตรวจเลือดหา HIV ยาต้านไวรัส

(antiretroviral: ARV) เพื่อลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในระหว่างการคลอด และแนะนำการให้อาหารบุตร

การตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์ทำด้วยความสมัครใจ เป็นความลับ และร่วมกับการทำ pre- and post-test counseling.

PLHA ได้รับการเสนอและส่งต่อไปรับคำแนะนำด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ

5.2 การฝึกอบรม (Training)

ทีมสุขภาพได้รับการอบรมและอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

5.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)

ARVs และ/หรือยาที่จำเป็นสำหรับการลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OLs) มีในคลังยาอยู่เสมอพร้อมใช้

ทีมประกันของหน่วยงานคอยดูแลผู้ติดเชื้อและจัดกลุ่มมีอาการรุนแรงเพื่อการจัดการของ HIV/AIDS

มีแนวทางการจัดการเฉพาะกรณี HIV/AIDS พร้อมในทุกแผนก

5.4 นโยบาย (Policy)

นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว

นโยบายโรงพยาบาลตีประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ

5. HIV/AIDS test counseling เป็นกระบวนการสนทนาและความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ HIV และการให้การสนับสนุนด้านจิตสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ การให้บริการปรึกษากระทำในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เก็บรักษาความลับ การให้บริการปรึกษาแบบเบ็ดเสร็จประกอบด้วย

5.1 Pre-test counseling: รวมถึงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ การแพร่กระจายเชื้อและการป้องกัน HIV/AIDS, HIV test, the window period, และบอกผลเลือด (positive and negative), และรวมการประเมินความเสี่ยงและการเซ็นยินยอม

5.2 Post-test counseling with a client testing HIV-negative: ควรรวมการกระตุ้นการลดพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจเลือดซ้ำสำหรับ window period.

5.3 Post-test counseling for a client testing HIV-positive

5.4 Trained counselor for HIV testing การฝึกอบรม (Training): อย่างน้อยประเด็น/หัวข้อการอบรม 1) สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย 2) VCT and confidentiality 3) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) 4) การแพร่กระจายเชื้อและการป้องกัน HIV/hepatitis 5) การจัดการดูแล HIV/AIDS

5.5 Privacy in HIV counseling

6. การศึกษาของ จินตนา วิชาสินธุ์ พิธมัย หอมจำปา และธิดารัตน์ สุวรรณ (2549) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัว ในเขตจังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเมือง

ระของและมาร่วมกิจกรรมชมรมผู้ติดเชื้อ จำนวน 16 ครอบครัว รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ Family Caregiving Model (Wacharasin & Homchampa, 2008) และ Illness Beliefs Model (Wright & Bell, 2009) รูปแบบประกอบด้วย

- 1) การสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ
- 2) สร้างบริบทครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงและค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับ HIV/AIDS
- 3) การส่งเสริมความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนและท้าทายความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ
- 4) การสนับสนุนความเข้มแข็งของครอบครัวในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการแยกแยะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 5) การเชื่อเชิญสมาชิกครอบครัวสะท้อนคิดเกี่ยวกับรูปแบบ

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของครอบครัวในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ครอบครัวให้ความหมายใหม่ของชีวิต ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนความเชื่อ และหนักถึงความเข้มแข็งของครอบครัว ทุกระยะของการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ครอบครัว ช่วยลดความทุกข์

2. รูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและแนวทางปฏิบัติ

รูปแบบการบริการสุขภาพที่สังเคราะห์ได้ในการศึกษานี้คือรูปแบบที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เนื่องจากอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและการปรึกษาของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การรักษาและบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก (stigma and discrimination: S&D) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบทั่วไปและอยู่ในรูปแบบที่หลากหลายในทุกระดับของสังคมทั้งในระดับบุคคล สังคม และชุมชน โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพทั้งจากผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการสุขภาพและระบบการจัดการ ส่งผลต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมทำให้ภาวะของโรคเลวลงได้ ปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานเอดส์ในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวีและรักษาแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive approach to HIV prevention and treatment) ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีหลากหลายกิจกรรมย่อย และจะต้องร่วมกันทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติ (Klein, Karchner, & O'Connell, 2002) เพื่อการตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก (early detection) และเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพ

การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีมีสาเหตุมาจากความกลัวการติดเชื้อจากการสัมผัสตามปกติ กลัวการถูกตำหนิ การตัดสินคุณค่า และการทำให้อาย ดังนั้นจึงควรทำโครงการที่เน้นการลดความกลัว การเพิ่มความตระหนัก การป้องกัน universal precaution กิจกรรมควรผสมผสานกันระหว่างลดความกลัวและลดการตีตราทางสังคม และวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะติดต่อผู้ติดเชื้อ พฤติกรรมการรังเกียจ การรับรู้การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก เก็บข้อมูลพื้นฐานจากผู้ติดเชื้อและเจ้าหน้าที่สุขภาพในโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต หลังจากนั้นให้ Intervention คือการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย (People living with HIV/AIDS- friendly health service: PLHA-friendly) เพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Oanh, Ashburn, Pulerwitz, Ogden, & Nyblade, 2008)

กรอบแนวคิดรูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตร

การจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี (The PLHA-Friendly achievement checklist: A self-assessment tool for hospitals and other medical institutions: Caring for people living with HIV/AIDS) (Horizons/Population Council/SHARAN; 2003)

ซึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 5 มิติ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to Care Services)
2. การตรวจเลือดและการให้บริการปรึกษา (Testing and Counseling)
3. การเก็บรักษาความลับ (Confidentiality)
4. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control)
5. คุณภาพการดูแล (Quality of Care)

ภายใต้แต่ละมิตินี้ประกอบด้วย 4 มิตีย่อย คือ

1. การปฏิบัติ (การปฏิบัติทางการดูแลและพฤติกรรมของบุคคลากรทางสุขภาพ)
2. การฝึกอบรม (การสร้างและคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคคลากรในการปฏิบัติงานตาม

มาตรฐาน)

3. การประกันคุณภาพ (กลไกการติดตามและควบคุมการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน)

4. นโยบาย (กฎระเบียบของสถาบันและข้อปฏิบัติที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็น

มาตรฐาน)

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวตามรูปแบบการบริการ สุขภาพที่เป็นมิตร

รูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ 5 สาขา และอาสาสมัคร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแล้วให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ ซึ่งในสถานบริการสุขภาพให้บริการตั้งแต่ คานแรก แผนกรับผู้มารับบริการ แผนกให้บริการปรึกษา แผนกเจาะเลือด แผนกตรวจรักษา แผนกจ่ายยา และชมรมผู้ติดเชื้อ รูปแบบบริการประกอบด้วย การให้ความรู้ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับ HIV/AIDS ให้บริการปรึกษาสำหรับกลุ่มเสี่ยง บริการตรวจเจาะเลือด บริการตรวจรักษา ให้ยา ARV กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน บริการเยี่ยมครอบครัวผู้ติดเชื้อ โดยอาสาสมัคร และการส่งต่อผู้ติดเชื้อไปรับบริการด้านสังคมเศรษฐกิจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือระบบส่งต่อจากชุมชนสู่สถานบริการสุขภาพ

กิจกรรมของรูปแบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การตรวจเลือดและการให้บริการปรึกษา การเก็บรักษา ความลับ การควบคุมการติดเชื้อ และคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย

1. การปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (Practice)

1.1 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่รอตรวจเลือด โดยไม่ปฏิเสธหรือส่งต่อไปที่อื่นถ้ามีบริการนั้นๆ ในหน่วยงานของตน

1.2 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนด้วยคุณภาพ มีมาตรฐานสูงสุดที่เหมือนกันกับการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น และไม่แยกผู้ป่วยเอดส์ออกจากผู้ป่วยอื่น

1.3 โรงพยาบาลมีระบบเครือข่ายการช่วยเหลือจากแหล่งประ โยชน์อื่นและการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน เช่น การเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่ดูแลแบบประคับประคอง และมีอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเยี่ยมครอบครัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย

1.4 การตรวจเลือดทุกอย่างทำด้วยความสมัครใจ เป็นความลับ ทำหลังจากการเซ็นยินยอม และทำหลังจาก Pre-test counseling โดยผู้ให้การปรึกษาที่อบรมแล้ว และผลการตรวจเลือดทุกอย่างต้องบอกกับผู้ป่วยระหว่าง Post-test counseling โดยผู้ให้การปรึกษาที่อบรมแล้ว

1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV จะรู้เฉพาะผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลสุขภาพนั้นและเก็บเป็นความลับ จะไม่ถูกเปิดเผยต่อครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ติดเชื้อ แต่อาจจะถูกเปิดเผยเฉพาะบุคคลที่ผู้ติดเชื้อต้องการเปิดเผยเท่านั้น

1.6 เติง หอผู้ป่วย และเพิ่มประวัติของผู้ติดเชื้อ ไม่มีสัญลักษณ์ใดๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยอื่นรู้สถานะภาพการติดเชื้อเอชไอวี

1.7 Universal precautions ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคนเหมือนกันตลอดเวลา และการจัดการของเสียหรือสิ่งปฏิกูลจะต้องปฏิบัติโดยบุคลากรสุขภาพทุกคน

1.8 มีแนวทางหรือมาตรฐานการจัดการเฉพาะกรณี HIV/AIDS พร้อมในทุกแผนก และทีมประกันของหน่วยงานคอยดูแลผู้ติดเชื้อและจัดกลุ่มมีอาการรุนแรงเพื่อการจัดการของ HIV/AIDS

1.9 หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกคนได้รับการเสนอให้ตรวจเลือดหา HIV หลังทำ Couple pretest counseling และให้ยาต้านไวรัส (antiretroviral: ARV) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในระหว่างการคลอด และแนะนำการให้อาหารบุตร และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการส่งต่อไปรับคำแนะนำด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ

1.10 จัดบริการการปรึกษาครอบครัวผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีความขงยากในการจัดการครอบครัวและทุกรายที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส โดยบุคลากรที่อบรมแล้ว และกระทำในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว

2. การฝึกอบรมผู้ให้บริการสุขภาพ (Training)

2.1 บุคลากรหรือผู้ให้บริการสุขภาพทุกคน (แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี) ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและสิทธิของผู้ติดเชื้อที่จะได้รับการอย่างเท่าเทียมกันและการปกปิดความลับ

2.2 ผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับหลักการและวิธีการของการตรวจ การปรึกษาด้วยความสมัครใจ การควบคุมการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อและการป้องกัน HIV/hepatitis ความแตกต่างระหว่างหญิง-ชาย การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย และการจัดการครอบครัวเพิ่มเติมเสมอ

2.3 ผู้ให้การปรึกษา HIV test, ARV counseling, couple and family counseling ได้รับการอบรมและเพิ่มเติมความรู้และเทคนิคที่ทันสมัยอยู่เสมอ

2.4 บุคลากรทุกคนได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการติดต่อของ HIV และ hepatitis และการป้องกัน การควบคุมการติดเชื้อ (รวมถึง universal precautions or UP) การจัดการของเสีย และ Post-exposure prophylaxis (PEP)

3. การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)

3.1 มีหน่วยรับคำร้องเรียนและเปิดบริการทุกวัน ซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถแสดงความ คิดเห็น/วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการบริการได้ โดยตั้งกล่องรับคำร้องเรียนติดไว้ที่ Ward และบริเวณที่ผู้ติดเชื้อนั่งรอ

3.2 ทีมควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงานมีการประชุมเป็นประจำ (หนึ่งครั้งต่อ เดือนหรือมากกว่า) เพื่อติดตามการควบคุมการติดเชื้อและการเตรียมอุปกรณ์ และมีการ จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ Universal precautions การควบคุมการติดเชื้อ และ PEP เพื่อให้ใช้ได้ตลอดเวลา

3.3 กรรมการของหน่วยงานติดตามการจัดการระบบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่ามีการ เก็บรักษาความลับอย่างเหมาะสม

3.4 ศึกษาค้นคว้าข้อมูล การศึกษา และการสื่อสารเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ ไข้ ที่ Wards และบริเวณที่ทำงานของบุคลากร

3.5 ARVs และ/หรือยาที่จำเป็นสำหรับการลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกและการ รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OLs) มีในคลังยาอยู่เสมอพร้อมใช้

4. นโยบายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Policy)

4.1 นโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการตรวจเลือดและการปรึกษา การเก็บรักษา ความลับ การเข้าถึงและสิทธิการบริการสุขภาพ การควบคุมการติดเชื้อ ถูกตีพิมพ์ไว้ที่ ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อนั่งรอ

4.2 นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว

5. HIV/AIDS test counseling เป็นกระบวนการสนทนาและความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับบริการและผู้ให้บริการปรึกษา ซึ่งอาจจะเป็นการสนทนาเดี่ยวรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ มี วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ HIV และการให้การสนับสนุนด้านจิต สังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ การให้บริการปรึกษากระทำในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เก็บรักษา ความลับ การให้บริการปรึกษาแบบเบ็ดเสร็จประกอบด้วย

1) Pre-test counseling: รวมถึงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ การแพร่กระจายเชื้อและการป้องกัน HIV/AIDS, HIV test, the window period, และบอกผลเลือด (positive and negative), และรวมการประเมินความเสี่ยงและการเซ็นยินยอม

2) Post-test counseling สำหรับผู้รับบริการที่ผลการตรวจเลือดลบ (HIV-negative) ควรรวมการกระตุ้นการลดพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจเลือดซ้ำสำหรับ window period

3) Post-test counseling สำหรับผู้รับบริการที่มีผลการตรวจเลือดบวก (HIV-positive) ควรรวมพฤติกรรมการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม และการดูแลรักษาสุขภาพ

6. การปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Wacharasin, 2010) รูปแบบนี้ผู้ให้บริการเน้นความสัมพันธ์ที่ไม่ใช้อำนาจเหนือผู้รับบริการแต่เป็นการเอื้ออำนวยมากกว่า การรับฟังเรื่องราวของผู้รับบริการ ความคิดเห็นที่แตกต่าง การไม่ตัดสินเอาเอง และเน้นการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจจะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยในการแสดงความรู้สึกกลัว โกรธ และความโศกเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ตลอดจนผลกระทบของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย และผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อครอบครัว ซึ่งช่วยให้พยาบาลเข้าใจความเชื่อทั้งที่เอื้อต่อการเยียวยาและความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

1) สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ (ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย/ครอบครัว) เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ เริ่มโดยทักทายด้วยท่าทางเป็นมิตร แนะนำตัวเองกับผู้รับบริการ ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการสนทนา และบทบาทของผู้ให้การปรึกษา และผู้รับบริการ

2) สร้างบริบทเพื่อการเปลี่ยนแปลงและค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับ HIV/AIDS ประกอบด้วย การถามหนึ่งคำถาม (one question question) ที่ผู้รับบริการต้องการคำตอบจากการสนทนาครั้งนี้ เป็นคำถามที่ทำให้ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับ HIV/AIDS ของผู้รับบริการ รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ ความเชื่อเกี่ยวกับตำแหน่งที่อยู่ของ HIV/AIDS ในชีวิตและความสัมพันธ์

3) ส่งเสริมความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนและท้าทายความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย

3.1) ท้าทายความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้เล่าความเชื่อเกี่ยวกับ HIV/AIDS การตรวจเลือด การดูแลรักษา การแพร่กระจายเชื้อ

การป้องกัน และการไม่รับเชื่อเพิ่ม และให้ผู้รับบริการคิดแยกแยะความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจเลือด การดูแลสุขภาพ ความกลัวคนอื่นจะรู้ว่าตนเองติดเชื้อหรือกลัวคนอื่นรังเกียจ และผลของการปฏิบัติตามความเชื่อเหล่านั้น การชื่นชมจุดแข็งของผู้รับบริการ การพูดแทนในสิ่งที่ผู้รับบริการไม่สามารถพูดได้ การแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม การใช้ภาพเป็นสื่อ และการเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2) ส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการตรวจการตรวจเลือด การดูแลรักษา การแพร่กระจายเชื่อ การป้องกัน และการไม่รับเชื่อเพิ่ม ด้วยการใช้คำถามให้ผู้รับบริการสำรวจการเปลี่ยนแปลง เชื่อเชิญให้ผู้รับบริการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งความเชื่อ และการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป และชื่นชมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของผู้รับบริการ

4) การสนับสนุนความเข้มแข็งของผู้รับบริการในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และการแยกแยะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5) การเชื่อเชิญสมาชิกครอบครัวสะท้อนคิดเกี่ยวกับรูปแบบการสนทนาและสรุปประเด็นที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน หลังจากนั้นผู้ให้บริการนัดผู้รับบริการ พบกันครั้งที่ 2 ซึ่งเว้นระยะห่างเป็นเวลา 1 สัปดาห์

3. ตัวชี้วัดและการประเมินผลรูปแบบการบริการสุขภาพ

การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีสาเหตุมาจากความกลัวการติดเชื้อจากการสัมผัสตามปกติ กลัวการถูกตำหนิ การตัดสินใจคุณค่า และการทำให้อาย ดังนั้นรูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นบริการที่เป็นมิตร สามารถลดความกลัว เพิ่มความตระหนัก การป้องกัน universal precaution จะทำให้เกิดผลลัพธ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ การตรวจเลือดและการให้บริการปรึกษา การเก็บรักษาความลับ การควบคุมการติดเชื้อ และคุณภาพการดูแลประกอบด้วย การให้บริการแบบองค์รวม ครอบคลุมบริการ ความเสมอภาค/ความเท่าเทียมของบริการสุขภาพ หลังจากนั้นให้ Intervention คือการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย (People living with HIV/AIDS- friendly health service: PLHA-friendly) เพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Oanh, Ashburn, Pulerwitz, Ogden, & Nyblade, 2008) จะวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ พฤติกรรม การรังเกียจ การรับรู้การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยก การเข้าถึงบริการสุขภาพ การตรวจเลือด และการให้บริการปรึกษา การเก็บรักษาความลับ การควบคุมการติดเชื้อ และคุณภาพการดูแล โดย

การเก็บข้อมูลพื้นฐานจากผู้ติดเชื้อและผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินบุคลากรด้านงานเอดส์และการดำเนินงานเอดส์ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการเกี่ยวกับงานเอดส์ในโรงพยาบาล เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด

1.2 แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด และคำถามเชิงลึก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด และคำถามเชิงลึก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินรูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด

แบบ check list เกี่ยวกับการปฏิบัติ การอบรม การประกันคุณภาพ และนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

แบบประเมินมีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) หน้าคำตอบที่ท่านเลือกเพียง 1 ข้อ และเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

โรงพยาบาล.....คลินิก.....

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี เดือน
2. เพศ (.....) หญิง (.....) ชาย
3. การศึกษาสูงสุด
4. หน้าที่รับผิดชอบ () แพทย์ () พยาบาล () เภสัชกร
() จนท. Lab () นักสังคมสงเคราะห์ () อาสาสมัคร
5. ตำแหน่งงานปัจจุบัน.....
6. การอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานเอดส์
 1. เรื่อง.....วคป ที่อบรม.....
 2. เรื่อง.....วคป ที่อบรม.....

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

3. เรื่อง.....วคป ที่อบรม.....
7. ความต้องการอบรมเพิ่มเติม
(.....) ไม่ต้องการ
(.....) ต้องการ เกี่ยวกับ.....
8. จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย.....คน/วัน
ประเภทผู้รับบริการ: () นักเรียน / นิสิต นักศึกษา () ประชาชนทั่วไป
() พนักงานบริษัท () หญิงอาชีพพิเศษ
() ข้าราชการ () ผู้ติดยาเสพติด
() นักบวช () ผู้ต้องขัง
() แม่บ้าน () เยาวชนจากสถานพินิจ
9. ระยะเวลาการทำงานเอคส์ในหน่วยนี้.....ปี.....เดือน
10. ทำไมท่านจึงเลือกปฏิบัติงานในหน่วยนี้.....
11. ท่านมีแผนจะปฏิบัติงานในหน่วยนี้ถึงเมื่อไร.....
ถ้ามีแผนจะเปลี่ยนงาน มีเหตุผลอะไร.....
12. สิ่งที่ท่านได้รับจากการทำงานเอคส์ที่ท่านรับผิดชอบมากน้อยแค่ไหน
() มาก () ปานกลาง () น้อย
เหตุผลเพราะ.....

28 12 92

**แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์
คลินิก.....**

1. นโยบายเกี่ยวกับเอดส์ในหน่วยงานของท่านมีอะไรบ้าง

.....

2. แผนงานเอดส์ของหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร

.....

 แผนผลลัพธ์การดำเนินงานคืออะไร

.....

 หน่วยงานท่านมีแผนเชิงรุกในการแก้ปัญหาเอดส์อย่างไร.....

.....

3. ท่านได้ทำงานตามแผนหรือไม่ อย่างไร

 (...) ทำตามแผน

 (...) ไม่ได้ทำตามแผน เพราะอะไร.....

.....

 มีข้อจำกัดในการทำงานตามแผน.....

.....

4. หน่วยงานของท่านมีคลินิกอะไรบ้าง

.....

5. หน่วยงานของท่านมีโครงสร้าง ขั้นตอน การดำเนินงานด้านเอดส์ เป็นอย่างไร

.....

6. บุคลากรด้านเอดส์มีใครบ้าง รับผิดชอบงานอย่างไร

.....

7. ศักยภาพของหน่วยงานของท่านในการจัดบริการแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นอย่างไร

.....

8. อะไรเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินงานเอดส์

.....

9. ความพึงพอใจต่องานเอดส์ของหน่วยงานของท่าน

 (...) ไม่พอใจ.....ท่านจะปรับเปลี่ยนอย่างไร.....

 (...) พอใจ เกี่ยวกับอะไร.....

10. ความครอบคลุมในการแก้ปัญหาเอคส์ในหน่วยงานของท่าน เป็นอย่างไร

.....

11. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานของท่านมีการปรับเปลี่ยนแผนงานเอคส์บ้างหรือไม่อย่างไร

.....

12. ลักษณะหน่วยงานเอคส์ที่เป็นมิตรต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และครอบครัว เป็นอย่างไร

.....

13. มีระบบการเชื่อมโยงกับชุมชนอย่างไร ระบบการส่งต่อทำได้สำเร็จหรือไม่

.....

14. ถ้าท่านเป็นผู้รับผิดชอบหน่วยงานด้านเอคส์นี้ ท่านฝันที่จะปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงหน่วยงานอย่างไรบ้าง เพื่อให้บริการแบบองค์รวม ครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่ม และเป็นมิตรกับผู้รับบริการ

1. บริการแบบองค์รวม.....

2. ครอบคลุมบริการ.....

3. บริการที่เป็นมิตร

4. รักษาความลับผู้รับบริการ.....

5. ความมีอิสระในการทำงาน.....

6. ความเสมอภาค / ความเท่าเทียม ของการบริการ.....

15. ผลลัพธ์ของบริการสุขภาพในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอคส์ เป็นอย่างไร.....

16. ท่านประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานเอคส์อย่างไร

.....

17. เมื่อท่านมีปัญหาในการทำงาน ท่านแก้ปัญหาอย่างไร

.....

18. ท่านต้องการพัฒนาตนเองด้านไหนบ้างเพื่อผลต่อความสำเร็จในการทำงานเอคส์

.....

แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ
โรงพยาบาล.....คลินิก.....

1. อายุของท่าน.....ปี.....เดือน
2. เพศ (.....) หญิง (.....) ชาย
3. ท่านมารับบริการในหน่วยใดบ้าง.....
4. ความดีในการมารับบริการสุขภาพ.....
5. ท่านรับบริการจากหน่วยงานนี้ตั้งแต่เมื่อไร.....
 มีความต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร.....
6. ท่านประทับใจอะไรบ้างในหน่วยบริการสุขภาพนี้.....
7. ท่านได้รับความสะดวกในการรับบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร.....
 1. ช่วงเวลาบริการ.....
 2. การเข้าถึงบริการ.....
 3. ความเท่าเทียมของบริการ.....
8. บริการสุขภาพที่ท่านได้รับ สอดคล้องกับความต้องการของท่านหรือไม่ อย่างไร

(...) สอดคล้อง อย่างไร.....

.....

(...) ไม่สอดคล้อง อย่างไร.....

.....
9. คุณภาพบริการของหน่วยนี้เป็นอย่างไร
 1. บริการแบบองค์รวม.....

.....

 2. ครอบคลุมบริการ.....

.....

 3. เป็นมิตร
 4. รักษาความลับผู้รับบริการ.....

.....

 5. ความเท่าเทียมของบริการ.....

.....

 6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี.....

.....
 7. ความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง การรับปรึกษา.....

.....
 10. ในภาพรวมของหน่วยบริการสุขภาพแห่งนี้ ท่านพึงพอใจมากน้อยแค่ไหน

(...) มากที่สุด (...) มาก (...) ปานกลาง (...) น้อย (...) ไม่พึงพอใจเลย

11. ท่านได้รับข่าวสารบริการสุขภาพของหน่วยงานนี้จากแหล่งใดบ้าง.....

.....
 12. ปัญหาและอุปสรรคที่ท่านพบในหน่วยบริการนี้.....

.....
 13. ข้อเสนอแนะการปรับปรุงการบริการ

แบบประเมินรูปแบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว
 เครื่องมือมีลักษณะดังนี้ (The PLHA-Friendly Achievement Checklist) การประเมินด้วย
 เครื่องมือนี้ที่แสดงถึงมาตรฐานมีคำตอบเป็น “ถูก” / “ผิด”

ถ้าตอบ “ถูก” แสดงว่าเกิดขึ้นทุกครั้ง ร้อยละ 100 เช่น มิติด้านการควบคุมการติดเชื้อ และ
 มิติย่อย การปฏิบัติ คำถาม “Universal precautions เป็นการปฏิบัติที่เหมือนกันกับผู้ติดเชื้อทุกคน
 และทุกครั้ง” ถ้าคำตอบว่า “ถูก” แสดงว่าการปฏิบัตินั้นได้กระทำเหมือนกันทุกครั้ง

ข้อที่	ตัวชี้วัด	ถูก	ผิด
	1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to care services)		
	1.1 การปฏิบัติ (Practice)		
1.	การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ผู้ที่รอตรวจเลือด) ไม่ปฏิเสธ ช้า หรือส่งต่อไปที่อื่น ถ้ามีบริการนั้นๆ ในหน่วยงานของตน		
2.	การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนด้วยคุณภาพที่เหมือนกันกับการดูแลผู้ป่วย ประเภทอื่น		
3.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ถูกแยกออกจากผู้ป่วยอื่น		
4.	โรงพยาบาลมีระบบเครือข่ายการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์และการ สนับสนุนทางสังคมของชุมชน เช่น การเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่ดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative care)		

ข้อที่	ตัวชี้วัด	ถูก	ผิด
	1.2 การฝึกอบรม (Training)		
5.	บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและสิทธิของผู้ติดเชื้อที่จะได้รับการอย่างเท่าเทียมกันและการปกปิดความลับ		
	1.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)		
6.	มีหน่วยรับคำร้องเรียนและเปิดบริการทุกวัน ซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถแสดงความคิดเห็น/วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการบริการได้		
7.	กล่องรับคำร้องเรียนติดไว้ที่ Ward และบริเวณที่ผู้ติดเชื้อนั่งรอ		
	1.4 นโยบาย (Policy)		
8.	โรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติทั้งหมดที่กล่าวมา		
9.	นโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเข้าถึงและสิทธิการบริการสุขภาพต้องตีประกาศไว้ในทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ติดเชื้อนั่งรอ		
	2. การตรวจเลือดและการบริการปรึกษา (Testing and Counseling)		
	2.1 การปฏิบัติ (Practice)		
10.	การตรวจเลือดทุกอย่างทำด้วยความสมัครใจ		
11.	การตรวจเลือดทุกอย่างทำหลังจากการเซ็นยินยอม		
12.	การตรวจเลือดทุกอย่างทำหลังจาก Pre-test counseling โดยผู้ให้การปรึกษาที่อบรมแล้ว		
13.	ผลการตรวจเลือดทุกอย่างต้องบอกกับผู้ป่วยระหว่าง Post-test counseling โดยผู้ให้การปรึกษาที่อบรมแล้ว		
	2.2 การฝึกอบรม (Training)		
14.	ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับหลักการและวิธีการของการตรวจและการปรึกษาด้วยความสมัครใจ		
15.	ผู้ให้การปรึกษา HIV test ได้รับการอบรมและเพิ่มเติมความรู้และเทคนิคที่ทันสมัยอยู่เสมอ		
	2.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)		
16.	กรรมการของหน่วยงานควบคุมกำกับให้กิจกรรมที่กล่าวมาทั้งหมดได้นำมาปฏิบัติ		
	2.4 นโยบาย (Policy)		
17.	นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว		

ข้อที่	ตัวชี้วัด	ถูก	ผิด
18.	นโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการตรวจเลือดและการปรึกษาถูกตีตกประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ		
	3. การเก็บรักษาความลับ (Confidentiality)		
	3.1 การปฏิบัติ (Practice)		
19.	ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV จะรู้เฉพาะผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลสุขภาพนั้นและเก็บเป็นความลับ		
20.	ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV ไม่ถูกเปิดเผยต่อครอบครัวและเพื่อนของผู้ติดเชื้อ		
21.	เตียง หอผู้ป่วย และแฟ้มประวัติของผู้ติดเชื้อ ไม่มีสัญลักษณ์ใดๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยอื่นรู้สถานะภาพการติดเชื้อเอชไอวี		
	3.2 การฝึกอบรม (Training)		
22.	บุคลากรสุขภาพทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับหลักการปกปิดความลับและสิทธิของผู้ป่วย		
	3.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)		
23.	กรรมการของหน่วยงานติดตามการจัดการระบบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่ามีการเก็บรักษาความลับอย่างเหมาะสม		
	3.4 นโยบาย (Policy)		
24.	นโยบายโรงพยาบาลกรณีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว		
25.	นโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับตีตกประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ		
	4. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control)		
	4.1 การปฏิบัติ (Practice)		
26.	Universal precautions ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคนเหมือนกันตลอดเวลา		
27.	การจัดการของเสียปฏิบัติโดยบุคลากรสุขภาพทุกคน		
28.	บุคลากรทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการพรีวัคซันไวรัสตับอักเสบบี ถ้าจำเป็น Post-exposure prophylaxis (PEP)		
	4.2 การฝึกอบรม (Training)		
29.	บุคลากรทุกคนได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการติดต่อของ HIV และ hepatitis และการป้องกัน การควบคุมการติดเชื้อ (รวมถึง universal		

ข้อที่	ตัวชี้วัด	ถูก	ผิด
	precautions or UP), การจัดการของเสีย และ PEP		
	4.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)		
30.	มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ Universal precautions การควบคุมการติดเชื้อ และ PEP เพื่อใช้ได้อย่างต่อเนื่อง		
31.	ทีมควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงานมีการประชุมเป็นประจำ (หนึ่งครั้งต่อเดือนหรือมากกว่า) เพื่อติดตามการควบคุมการติดเชื้อและการเตรียมอุปกรณ์		
32.	ตีพิมพ์ประกาศข้อมูล การศึกษา และการสื่อสารเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อไว้ที่ Wards และบริเวณที่ทำงานของบุคคลากร		
	4.4 นโยบาย (Policy)		
33.	นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว		
34.	นโยบายโรงพยาบาลการันตีสิ่งแวดลอมที่ทำงานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน		
35.	นโยบายโรงพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อและความปลอดภัยตีพิมพ์ไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ		
36.	นโยบายโรงพยาบาลการันตีสิ่งแวดลอมที่ทำงานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน		
	5. คุณภาพบริการ (Quality of Care)		
	5.1 การปฏิบัติ (Practice)		
37.	PLHA ได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานสูงสุดเกี่ยวกับการจัดการและการดูแล		
38.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเสนอให้ตรวจเลือดหา HIV ยาต้านไวรัส (antiretroviral: ARV) เพื่อลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในระหว่างการคลอดและแนะนำการให้อาหารบุตร		
39.	การตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์ทำด้วยความสมัครใจ เป็นความลับ และร่วมกับการทำ pre- and post-test counseling		
40.	PLHA ได้รับการเสนอและส่งต่อไปรับคำแนะนำด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ		
	5.2 การฝึกอบรม (Training)		
41.	ทีมสุขภาพได้รับการอบรมและอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		

ข้อที่	ตัวชี้วัด	ถูก	ผิด
	5.3 การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)		
42.	ARVs และ/หรือยาที่จำเป็นสำหรับการลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OLs) มีในคลังยาอยู่เสมอพร้อมใช้		
43.	ทีมประกันของหน่วยงานคอยดูแลผู้ติดเชื้อและจัดกลุ่มมีอาการรุนแรงเพื่อการจัดการของ HIV/AIDS		
44.	มีแนวทางการจัดการเฉพาะกรณี HIV/AIDS พร้อมในทุกแผนก		
	5.4 นโยบาย (Policy)		
45.	นโยบายโรงพยาบาลการันตีข้อปฏิบัติที่กล่าวมาแล้ว		
46.	นโยบายโรงพยาบาลตีประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอ		

บทที่ 3 สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การตรวจเลือดและการให้บริการปรึกษา การเก็บรักษาความลับ การควบคุมการติดเชื้อ คุณภาพการดูแล ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติย่อย คือ การปฏิบัติการดูแลและพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพ การฝึกอบรมเพื่อการสร้างและคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน การประกันคุณภาพการติดตามและควบคุมการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน และนโยบายการปฏิบัติ น่าจะช่วยลดการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการการตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกจากบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการจัดบริการที่เป็นมิตรต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว น่าจะเป็นคำตอบของปัญหาเหล่านี้

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ซึ่งทุกกิจกรรมของรูปแบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การตรวจเลือดและการให้บริการปรึกษา การเก็บรักษาความลับ การควบคุมการติดเชื้อ และคุณภาพการดูแล โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว และปรับพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพผู้บริการที่เป็นมิตร เช่น การดูแลทุกคนด้วยคุณภาพ มาตรฐานสูงสุด ไม่แยกผู้ป่วยเอดส์ออกจากผู้ป่วยอื่น มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่ดูแลแบบประคับประคองและมีอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเยี่ยมครอบครัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย การตรวจเลือดทุกอย่างด้วยความสมัครใจ เป็นความลับ ทำหลังจากการเซ็นยินยอมและทำหลังจาก Pre-test counseling รวมถึงจัดบริการการปรึกษารอบครัวผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีความยุ่งยากในการจัดการครอบครัวและทุกรายที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส โดยบุคลากรที่อบรมแล้ว และกระทำในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจะรู้เฉพาะผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลสุขภาพนั้นและเก็บเป็นความลับ จะไม่ถูกเปิดเผยต่อครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ติดเชื้อ ไม่มีสัญลักษณ์ใดๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยอื่นรู้สถานะภาพการติดเชื้อเอชไอวี ใช้ Universal precautions กับผู้ป่วยทุกคนเหมือนกันตลอดเวลา

2. การฝึกอบรมเพื่อการสร้างและคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เช่นบุคลากรหรือผู้ให้บริการสุขภาพทุกคน (แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี) ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและสิทธิของผู้ติดเชื้อที่จะได้รับการอย่างเท่าเทียมกันและการปกป้องความลับ หลักการและวิธีการของการตรวจ การปรึกษาด้วยความสมัครใจ การควบคุมการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อและการป้องกัน HIV/hepatitis ความแตกต่างระหว่างหญิง-ชาย การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย และการจัดการครอบครัวเพิ่มเติมความรู้และเทคนิคที่ทันสมัยอยู่เสมอ

3. การประกันคุณภาพโดยสร้างกลไกการติดตามและควบคุมการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เช่น มีหน่วยรับคำร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการ ทีมควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงานมีการประชุมเป็นประจำเพื่อติดตามการควบคุมการติดเชื้อและการเตรียมอุปกรณ์ ติดตามการจัดการระบบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่ามีการเก็บรักษาความลับอย่างเหมาะสม ยาด้านไวรัสหรือยาที่จำเป็นสำหรับการลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกและการรักษา โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OLs) มีในคลังยาอยู่เสมอพร้อมใช้

4. นโยบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่หน่วยงานต้องประกาศนโยบายและกำหนดกฎระเบียบของสถาบันและข้อปฏิบัติที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เช่น นโยบายที่เกี่ยวกับการตรวจเลือดและการปรึกษา การเก็บรักษาความลับ การเข้าถึงและสิทธิการบริการสุขภาพ การควบคุมการติดเชื้อ ถูกตีพิมพ์ประกาศไว้ที่ทุกแผนกและบริเวณที่ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อนั่งรอ

อย่างไรก็ตามการดำเนินการด้วยรูปแบบนี้จะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ การเพิ่มความเข้าใจสถานการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว การมีเมตตา กรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ การเข้าใจความเป็นมนุษย์ และส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการดูแลด้วยหลักการของ Humanized Care ก็น่าจะช่วยให้สำเร็จตามเป้าหมายได้

บรรณานุกรม

- จินตนา วัชรสินธุ์ พิศมัย หอมจำปา และธิดารัตน์ สุวรรณ. (2547). ปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ และรูปแบบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับครอบครัวในเขตจังหวัด ระยอง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: กรณีศึกษาใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยนursesบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์. กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยนursesบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีรยา จารุทรัพย์. (2539). โรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนผ่านหนังสือพิมพ์รายวัน. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยนursesบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา อิมเอม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ. (2542).การจัดสรรทรัพยากร และการตอบสนองของ ครอบครัวต่อภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Cody, K.W. (1995). True presence with families living with HIV disease. In Parse,RR. (Ed). *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing Press.
- Farmer, Paul & Kleinman, Arthur. (1998). AIDS as Human Suffering. In Peter J. Brown (ed). *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mountain View, California: Meyfield Publishing Company.
- Friedland, J., Renwick, R., & Mccoll, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8(1), 15 – 32.
- Horisons / Population Council / SHARAN. (2003). *The PLHA-Friendly achievement checklist: A self-assessment tool for hospitals and other medical institutions: Caring for people living with HIV/AIDS (PLHA)*. Washington, DC: The Population Council Inc.
- Hougher Limacher, L. & Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 307-331.

- Kalichman, S.C, Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., & Bergholte, J. (2000). Depression and Thoughts of Suicide Among Middle-Aged and Older Persons Living With HIV-AIDS. *Psychiatr Serv*, 51, 903-907.
- Khuat Thi Hai Oanh, Kim Ashburn, Julie Pulerwitz, Jessica Ogden, and Laura Nyblade. (2008). Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.
- Khuat Thi Hai Oanh, Pham Duc Muc, and Ross Kidd. (2008). *Safe and Friendly Health Facility: Trainer's Guide*. Hanoi: Institute for Social Development Studies.
- Klein, S.J., Karchner, W.D., & O'Connell, D.A. (2002). Interventions to Prevent HIV-Related Stigma and Discrimination: Findings and Recommendations for Public Health Practice. *Journal of Public Health Management & Practice*. 8(6):44-53.
- Kristin L. Hackle, K.L., Kalichman, S.C., Kelly, J.A., & Somlai, A.M. (1997). Women Living with HIV/AIDS: The Dual Challenge of Being a Patient and Caregiver. *Health and Social Work*, 22.
- Maneesriwongul, W., Panutat, S., Putwatana, P., Srirapo-nham, Y., Ounprasertpong, L., & Williams, A.B. (2004). Educational needs of family caregivers of persons living with HIV/AIDS in Thailand. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, 15(3), 27-36.
- Parker, R., Aggleton, P., Attawell, K., Pulerwitz, J. & Brown, L. (2002) *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. Horizons Program. New York: The Population Council Inc.
- Rotheram-Borus, M.J., Lee, M.B., Gwadz, M., & Draimin, B. (2001). An Intervention for Parents with AIDS and their adolescent children. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1294-1302.
- Sirivichayakul, S., Phanuphak, P., Pankam, T., O-Charoen, R., Sutherland, D., & Ruxrungtham, K. (2008). HIV drug resistance transmission threshold survey in Bangkok, Thailand. *Antiviral Therapy*, 13 Suppl 2, 109-113.
- Stewart, M.J. et al, (2001). Telephone support group intervention for persons with hemophilia and HIV/AIDS and family caregivers. *International Journal of Nursing Study*, 38(2), 209-225.

28 12 92

- Wacharasin, C., & Homchampa, P. (2008). Uncovering a 'Family Caregiving Model': Insights from Research to Benefit HIV/AIDS Patients, Their Caregivers, and Health Professionals. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(5), 385-396.
- Wachter, K.W., Knodel, J.E., & VanLandingham, M. (2002). Parental bereavement: Heterogeneous impacts of AIDS in Thailand. *Journal of Econometrics*, 112(2003), 193-206.
- World Health Organization. (2008). *Toward universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report 2008. World Health Organization: WHO Press.